

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Políticas sociales de salud: Una mirada al derecho a la salud
de las mujeres desde la promoción de la salud emancipatoria.
Caso: Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama de la
Ciudad de México**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

Ana Estela Rodríguez Sánchez

Directora del Trabajo recepcional

Lic. María del Carmen Rodríguez Sánchez

Ciudad de México, febrero de 2021.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Directora del trabajo

María Del Carmen Rodríguez Sánchez

Lectoras

Dra. Mireya Carmen Pilar Viladevall Guasch

Mtra. Lourdes Guzmán Pizarro

Mtra. Mélita Morales Téllez

Dedicatoria

A mis padres Ana Socorro Sánchez Crespo y Albino Rodríguez Peralta, que me apoyaron, educaron, escucharon y han cuidado con amor a lo largo de mi vida.

A mis hermanas Marlene Fernanda Rodríguez y Vianey Rodríguez Sánchez quienes me han apoyado de manera incondicional cuando lo he necesitado.

A mi abuelo José De Jesús Rodríguez Juárez que, aunque ya no está siempre me dio una palabra de amor y aliento, enseñó a mirar las estrellas, observar a la madre naturaleza y entender a la vida de un modo diferente.

A mi abuelo Ramiro Sánchez Machado por querernos siempre y enseñarnos el valor de la responsabilidad.

A mi amiga y directora de tesis Ma. Del Carmen Rodríguez, a quien conocí en un momento trascendental en mi vida personal y profesional y estuvo allí para apoyarme con su sabiduría y consejos, no tengo palabras para mostrar esta gratitud.

A Melita Morales Téllez, maestra querida quien me permitió convivir con ella en el ámbito de lo personal, abrió las puertas de su casa y corazón, enseñó y continúa enseñándome de la vida académica y cotidiana.

A mis lectoras Lourdes Guzmán y Mireya Viladevall, por aceptar revisar este trabajo, y expresar sus valiosas aportaciones para enriquecerlo.

A Juanita González Solís y Edith Arrieta y Luz María Balderas, que con poco tiempo de conocerme confiaron en mí y han apoyado para mi formación académica y crecimiento personal de manera incondicional.

A mis maestras y maestros, compañeros, amigas y amigos de la UACM con los cuales he compartido momentos y aprendizajes inolvidables en mi vida.

Y a mi querida UACM, por darme la oportunidad de formarme, bajo el lema “nada humano me es ajeno”.

A la vida.

Agradezco a las operadoras del PAICMA, y al equipo multidisciplinario del programa de prácticas y servicio social Promoción de la salud en INMUJERES-DF y a todas las personas que hicieron posible este sueño.

ÍNDICE

Introducción	2
Pregunta de investigación:	2
Hipótesis:	2
Objetivo general:	3
Objetivos Específicos:	3
Delimitación de la tesis.	4
Justificación	5
Capítulo 1. Marco Teórico Metodológico.	6
1.1. Discusión sobre el concepto de salud.	7
1.1.1. La salud como una capacidad humana y como derecho.	13
1.2. Prácticas y miradas de la promoción de la salud.	17
1.2.1. Promoción de la salud en el PAICMA.	19
1.3. La salud como un derecho humano.	21
1.4. Desarrollo conceptual sobre taller y formación.	25
Metodología	26
Seminario de Servicio Social y Prácticas Profesionales, programa: “Promoción de la salud en INMUJERES-DF”.	28
I.I. Revisión teórica de salud y promoción de la salud.	29
I.II. Diseño del Plan de trabajo.	30
I.II.I. Primer acercamiento con el personal del PAICMA del INMUJERES-DF.	30
I.II. II. Elaboración de guía, aplicación y análisis de entrevistas.	31
I.III. Modelo pedagógico para el taller.	34
I.IV. Diseño del taller.	34
I.V. Desarrollo del taller.	34
I.VI. Reuniones de retroalimentación sobre el taller (sistematización).	36
I.VI.I. Recopilación y análisis de la información obtenida del taller.	37
I.VII. Elaboración del Informe final para el INMUJERES-DF. y el área de servicio social y prácticas profesionales de la UACM.	38
Capítulo 2. Políticas sociales de salud en México.	39

2.1.	Políticas sociales de salud.	42
2.1.1.	Políticas de programas de cáncer de mama en el contexto actual.	56
2.1.1.1	Políticas nacionales en los programas de cáncer de mama.	62
2.1.1.2.	Políticas locales de programas de cáncer de mama.	70
Capítulo 3. El derecho a la salud y el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México (PAICMA) antes de la de la intervención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.		73
3.1.1.	El derecho a la salud y su importancia en el PAICMA.	75
3.1.2.	El PAICMA, dentro del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal como un programa integral y con perspectiva de género.	90
3.1.3.	La importancia del trato digno en un programa como el PAICMA.	104
3.1.4.	La Promoción de la Salud en el PAICMA antes de la intervención de la SEDESA.	111
Capítulo 4. Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México, alcances y limitaciones después de la intervención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal mediante la implementación de la Ley para la Atención Integral al Cáncer de Mama del D.F.		118
4.1.1.	La Ley para la Atención Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal.	120
4.1.2.	Implicaciones de la Ley para la Atención Integral al Cáncer de mama del Distrito Federal para el PAICMA.	137
Conclusiones		165
Resultados.		170
Análisis de la experiencia de trabajo con las colaboradoras del PAICMA.		178
Propuestas		180
Consideraciones personales sobre el desarrollo de la experiencia.		189
Referencias y Bibliografía		195
ANEXOS		210
Glosario		210

Introducción

En la presente tesis se demuestra como una concepción de salud y acciones centradas en la enfermedad pueden anular la perspectiva integral y el derecho a la salud de un programa de cáncer de mama. Para ello, se hace una revisión teórica y conceptual de salud y de promoción de la salud seguida de una aportación metodológica de corte cualitativo buscando que este trabajo sea una referencia para otros estudiantes de promoción de la salud interesados en llevar a cabo acciones de promoción de la salud integrales.

El caso a revisar es el del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama del entonces Distrito Federal ¹(PAICMA), que atiende a mujeres que residen en la hoy Ciudad de México. La revisión se hace desde el enfoque de la Promoción de la Salud Emancipatoria y del derecho a la salud de las mujeres.

Pregunta de investigación:

¿Con qué finalidad la Secretaría de Salud del Distrito Federal interviene y aplica la Ley para la Atención Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal en el Programa Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal?

Hipótesis:

La finalidad de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de intervenir y aplicar la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal en el Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal, es acotar el derecho a la salud y dismantelar el trabajo integral que realizaban en el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.

¹ Aunque en algunas ocasiones se refiere a la SEDESA, INMUJERES, PAICMA, e incluso a la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama, con el nombre de la hoy Ciudad de México, puesto que la investigación de esta tesis se realiza en la transición de gobiernos y el cambio de nombre del Distrito Federal a CDMX, es de mencionar que nos referimos a estas instituciones programa y ley principalmente cuando la CDMX aún era Distrito Federal, y que la Ley antes mencionada se crea en el año 2011, y la aplicación de entrevistas y trabajo con las prestadoras de servicios del PAICMA, se realiza en el año 2015.

Objetivo general:

Analizar el impacto que tiene para las mujeres beneficiarias y las prestadoras de servicios del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal la acotación al derecho a la salud por el desmantelamiento del trabajo integral derivados de la intervención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y la aplicación de la Ley para la Atención Integral de Cáncer de Mama del Distrito Federal.

Objetivos Específicos:

1. Indagar el estado en el que se encuentran las políticas sociales de salud que atienden al cáncer de mama en el contexto actual.
2. Conocer el Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal y el enfoque que le da al derecho a la salud.
3. Señalar las características del derecho a la salud de las mujeres y de la promoción de la salud identificada en los procedimientos del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal antes de la intervención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, así como el impacto que trajo a las mujeres beneficiarias y las prestadoras de servicios del programa el desmantelamiento del trabajo integral y el acotamiento del derecho a la salud.

La tesis se encuentra estructurada en cuatro capítulos: En el capítulo uno, se desarrolla el marco teórico-metodológico que guio la investigación. Se abordan algunas definiciones del concepto de salud destacadas a lo largo del tiempo, posteriormente se desarrollan y exploran diversas prácticas y miradas de la promoción de la salud propuestas por Chapela con la finalidad de diferenciarlas. También se precisa que la metodología empleada.

En el capítulo dos “Políticas sociales de salud en México”, se da un panorama general sobre el contexto en que se encuentran las políticas sociales de salud relacionadas con el cáncer de mama desde el nivel internacional hasta el local. Asimismo, se reflexiona sobre la relación de los cambios en los modos de vida

derivados del sistema de producción capitalista con el aumento de patologías como el cáncer de mama.

En el capítulo tres. - El derecho a la salud y el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México (PAICMA) antes de la intervención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

En este capítulo, se destaca la importancia del derecho a la salud en las acciones del PAICMA. También se identifica el tipo de promoción de la salud y sus características realizadas por el personal del INMUJERES-DF ²cuando se hacía cargo del PAICMA, es decir, antes de la aplicación de la Ley para la Atención Integral de Cáncer de Mama del Distrito Federal. Para lo anterior, se realiza un análisis de este programa recuperando el trabajo realizado con las colaboradoras del INMUJERES-DF quienes conocieron el PAICMA desde su origen.

Finalmente, en el capítulo cuatro Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México, alcances y limitaciones después de la intervención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal mediante la implementación de la Ley para la Atención Integral al Cáncer de Mama del D.F; se reflexiona sobre las consecuencias para las mujeres beneficiarias y las prestadoras de servicios del programa haciendo hincapié en el desmantelamiento del trabajo integral y el acotamiento del derecho a la salud.

Delimitación de la tesis.

El problema que se aborda es el impacto derivado de la acotación al del derecho a la salud de las mujeres sujetas de derecho del PAICMA y el desmantelamiento del trabajo integral realizado por las operadoras del programa provocado por la intervención de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y la aplicación de la Ley para a Atención Integral de Cáncer de Mama del D.F., ya que al centrar sus objetivos en la enfermedad, en la parte estadística mediante la

² Es de mencionar, que esta tesis se elaboró en la transición de cambio del nombre del Distrito Federal a la hoy Ciudad de México, por lo que nos referimos a este programa principalmente cuando la CDMX aún era Distrito Federal.

aplicación de cierto número de mastografías por jornada, y la entrega de folletos con información para la autoexploración y la medicalización, trastocaron la capacidad de las mujeres de reflexionar su vida, sobre su cuerpo, la toma de decisiones, dejando de lado la parte humana y acciones como la atención psicológica, la entrega de resultados, y el seguimiento de casos de cáncer de mama.

Justificación

El tema de las políticas sociales de salud, así como de los programas de cáncer de mama, son relevantes para nuestro país y en específico para la Ciudad de México debido a que el cáncer de mama cobra la vida de cada vez más mujeres que en esta entidad residen. Sólo para introducirnos a la magnitud del problema, para el año 2015, la Ciudad de México, tuvo un total de 740 defunciones por tumores de la mama (INEGI, 2016).

Por lo general, los problemas de salud han sido pensados y trabajados a partir del enfoque biomédico, de este modo, las acciones implementadas desde la promoción de salud se hacen a partir de la prevención de la enfermedad y por lo general por las instituciones del sector salud y las que no pertenecen a ese sector, tienen el mismo enfoque.

Entre las acciones de prevención, encontramos campañas de información, frecuentemente se hacen mediante trípticos, spots de radio, pláticas informativas, en el caso del cáncer de mama, estas acciones son reducidas al fomento de la autoexploración.

Llama la atención, que a pesar de la evidencia de que esas estrategias y acciones no son suficientes para detener el crecimiento de ese padecimiento, no haya cambio de enfoques y estrategias.

En el 2004, surge dentro del entonces Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (INMUJERES- DF) una propuesta interesante que buscaba atender las problemáticas de salud vinculadas al cáncer de mama de manera más integral, es decir, el Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama de la hoy Ciudad de

México (PAICMA), reconocido (por algunos sectores de la sociedad y por estudiosos del tema) por ser innovador, pues no únicamente contemplaba acciones como prevención, detección, tratamiento físico, sino que incluyó en sus acciones, la atención psicológica, de seguimiento, actividades culturales, pero sobre todo, creó un espacio para que las mujeres beneficiarias del programa reflexionaran sobre sus vida, su cuerpo, sus derechos.

Derivado de lo anterior, con esta tesis se pretende hacer una aportación en tres sentidos, por un lado, de conocimiento, ya que para estudiar el PAICMA, el objetivo se centra en los sujetos no en la enfermedad. Para ello se toma como base la perspectiva de la promoción de la salud emancipatoria, que permite hacer un análisis más amplio del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México, y sus modificaciones a partir de la entrada en vigor de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal.

Por otro lado, se aspira a hacer una aportación metodológica de corte cualitativo, para otros profesionales que analicen programas relacionados con la salud y que, hasta hoy, sólo hayan visto ejemplos de tipo cuantitativo enfocados en la evaluación de indicadores económicos dejando de lado la parte humana; de lo que hacen los prestadores de servicios, las intenciones de las políticas que hay detrás de un programa y el impacto de las mismas en las personas que participan.

Finalmente, se pretende que los estudiantes de Promoción de la Salud tengan un ejemplo de investigación de caso desde la visión de la Promoción de la Salud alternativa y con ello construyan un panorama más amplio que les permita poder revisar otros programas de salud desde este enfoque y generar propuestas.

Capítulo 1. Marco Teórico Metodológico.

El objetivo del marco teórico es presentar los argumentos que permiten comprender desde qué perspectiva de salud y promoción de la salud se estudia el

Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama (PAICMA) de la hoy Ciudad de México, en esta tesis.

En el primer apartado se abordan algunas definiciones del concepto de salud destacadas a lo largo del tiempo, posteriormente se desarrollan y exploran las prácticas y miradas de la promoción de la salud oficial, así como la alternativa o emancipatoria propuesta por Chapela con la finalidad de poder diferenciarlas y demostrar por qué se eligió la segunda para el análisis del PAICMA.

1.1. Discusión sobre el concepto de salud.

Para estudiar el derecho a la salud de las mujeres desde la promoción de la salud en el caso del PAICMA, es indispensable discutir el concepto de salud, pues como indica Chapela “la manera de mirar la salud por parte de quien detenta el poder sobre grupos más o menos extensos de población define su manera de actuar en relación con la salud y los fines y formas de utilizar los recursos” (2008, p.3).

La salud, es una construcción social que de acuerdo a las necesidades de los seres humanos en diferentes momentos y debido a ciertos hechos históricos se ha concebido y conceptualizado desde las miradas más simples hasta las más complejas integrando cada vez más elementos que han llevado a una pugna entre las diferentes perspectivas que se tienen de ella.

Diversas culturas se han encargado de conceptualizar y preservar a la salud como una de sus preocupaciones. Si bien, existen infinidad de ideas y prácticas con relación a la salud, sólo persisten aquellas cuyas culturas tuvieron gran influencia, y que por supuesto fueron apoyadas para permanecer como las únicas o las más importantes de acuerdo a los intereses de la hegemonía. Para fines de la presente tesis y con el propósito de no caer en el error de descontextualizar los procesos socio-históricos sólo se mencionan algunos conceptos de salud contemporáneos.

El concepto contemporáneo de la salud, tiene un peso biológico fuerte, y aunque se considera que la estructura política y social influyen en el nivel de salud de las personas, prevalece aún más la idea de la salud alineada hacia parte fisiológica (Vega, 2002).

No obstante, “Es incuestionable que la salud guarda una relación íntima con derecho a la vida y la dignidad de los ciudadanos”, y que además cualquier limitación en el acceso a los servicios es causa de exclusión social (Ponte, 2003, p.187).

Si bien, los conceptos de cada cultura fueron muy influyentes en su momento, la clase dominante³ a nivel mundial, respaldada por un modelo económico de tipo neoliberal⁴, busca igualar el concepto de salud para tener el control sobre la misma, y para ello 1946 creó la Organización Mundial de la Salud (OMS), un organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Con la creación de la OMS, el concepto de salud no sólo se institucionalizó, sino que se universalizó, y aunque la idea de la higiene ya no era central, no deja de tener un lugar importante para la definición de salud. De esta forma, en 1946, este organismo, define a la salud como: “un completo estado de bienestar biopsicosocial y no sólo la ausencia de la enfermedad” (OMS, 1946, p.1).

El concepto de salud de la OMS es irreal e inalcanzable, y hasta discriminatorio para gran parte de la población. Ejemplo de ello puede ser una mujer que vive con cáncer, y ha sido estigmatizada como insana por su condición biológica particular. De igual forma, existen circunstancias en donde a los sujetos se les estaría eliminando la posibilidad de vivir saludablemente desde antes de existir, como las personas que nacen con capacidades diferentes y no cumplen con el “completo estado de bienestar biopsicosocial”.

Se pudiera decir que esta visión, divide a las personas en sujetos *saludables* y *no saludables*, a la vez que los estigmatiza, crea barreras entre ellos, e individualiza los problemas de salud responsabilizando únicamente a los sujetos de la misma, creando indiferencia ante las circunstancias de los otros.

³“Se define como clase dominante a aquella que posee los medios de producción y acumula riqueza a costa del trabajo de la clase dominada, que lo único que posee es su fuente de trabajo para subsistir. La clase dominante vive de la riqueza que la clase dominada crea con su trabajo. Asimismo, la clase dominante controla las ideologías y modos de vivir de la clase subalterna o dominada” (Kohan, 2006).

⁴“El neoliberalismo es un tipo de Estado que promueve la libre circulación del capital, las privatizaciones, el desmantelamiento de los derechos sociales, la reducción de los gastos en educación y salud, la represión a la clase obrera, el conservadurismo cultural, el machismo, la xenofobia, la vigilancia y el control permanente de los individuos, el racismo y la militarización de todo el planeta” (Kohan, 2006).

Tenemos, en consecuencia, que entender la salud, no como un estado, sino como un proceso complejo y dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio, pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección (autodeterminación del individuo) (Ponte, 2003, p.188).

Más adelante dos médicos con una perspectiva más amplia de la salud y lo que ella conlleva partiendo del ideal que la salud no es lo contrario a la enfermedad, ni concierne únicamente a los médicos plantean lo siguiente:

Por su parte el médico Snow alude a que “la falta de higiene y las malas condiciones de vida son los responsables de las epidemias. La salud es un problema social y las acciones para mejorarla han de ser sociales” (Ponte, 2003, p. 189).

Mientras que el médico Sigerist aclara la diferencia entre la prevención de enfermedades y la promoción de la salud colocando a la primera como secundaria a la segunda, indicando que la salud de un pueblo no depende de la asistencia médica puesto que sólo hay que recurrir a ella cuando falla la mejora en las condiciones de vida, y que el instrumento para lograr el acceso de la población a estas buenas condiciones (de trabajo, educación, cultura, formas de esparcimiento y descanso entre otras,) es precisamente la promoción de la salud. Después de la promoción de la salud, es la prevención de las enfermedades, mientras que la curación - restauración y rehabilitación - es la última de las funciones de la medicina (Ponte, 2003).

Tras estos grandes aportes, surgen dos documentos provenientes de una serie de conferencias a nivel internacional⁵ acerca de la salud, los cuales tienen una trascendencia fundamental para la promoción de la misma. En 1978 Alma Ata bajo la premisa “salud para todos en el año 2000”, hace referencia a que la salud es un

⁵ Celebradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) coordinadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

derecho y es responsabilidad del Estado garantizar la misma, implicando a todos los sectores, e incrementando el nivel de participación social⁶.

Otra de las propuestas del significado de salud alternativas al de la OMS, fue la de Ottawa en 1986, cuando definió a la promoción de la salud, integrando en ella, el concepto de salud de la siguiente forma:

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (CIPS, 1986, p. 1).

En esta conferencia, se establece de forma clara el quehacer y la importancia de la promoción de la salud, indicando que se requieren de acciones colectivas, y de facilitar los medios para que las personas logren mejorar su salud: se habla de la necesidad de identificar aspiraciones y satisfacer necesidades, tomando en cuenta la influencia de los recursos para ello, y se menciona que la salud no es un objetivo sino la fuente de riqueza de la vida cotidiana, aunque cabe mencionar que el concepto de salud de Ottawa resulta contradictorio porque cuando inicia dice que todo lo anterior se requiere para alcanzar “un estado adecuado de bienestar físico, mental y social” (CIPS, 1986, P.1), es decir, se continúa haciendo alusión al concepto de la OMS desde una visión que considera en un mismo nivel de importancia los factores físicos y las condiciones políticas, económicas y sociales.

Empero, a partir de la consolidación de la globalización y el neoliberalismo, existe un retroceso de la perspectiva holística de la salud, en donde la hegemonía

⁶ Se puede revisar esta conferencia en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

biomédica centra su atención en la enfermedad, en el estudio de los microorganismos que la generan, y en la fabricación de fármacos, así como en la generación de servicios privados para la atención de la enfermedad, individualizando el proceso salud enfermedad. Lo anterior con el fin de programar a los sujetos hacia una lógica mercantil en donde “El Estado, pasa a ser subsidiario, mientras que promueve el mercado y para que le mercado funcione (sea rentable)” necesita mayor número de consumidores y mayor consumo, aunque la demanda se artificial, los precios adulterados, las patentes gozan de privilegios abusivos y haya permisividad iatrogénica y medicalización” (Ponte,2003, p.194).

Más tarde y en el intento de recuperar la visión social de la salud, la corriente de pensamiento de la medicina social, realiza una serie de investigaciones a modo de crítica a las formas de vida y trabajo que repercuten en el nivel de salud de la clase obrera durante la Revolución Industrial.

Una de sus mayores representantes, Asa Cristina Laurell, alude a que la salud y la enfermedad no se pueden ver de manera aislada, pues los factores sociales intervienen sustancialmente en la forma en cómo enfermamos y morimos, por lo que propone el concepto de proceso salud-enfermedad.

En términos muy generales el proceso salud enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado; apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción (Laurell, 1981, p.10).

Ahora bien, el proceso salud enfermedad entendido como un resultado de las formas de organización social está relacionado con los diversos cambios en la historia de la humanidad, en los modos de producción y consumo. Al respecto Asa Cristina Laurell, ha realizado diversos estudios para demostrar el vínculo que existe entre la enfermedad y los determinantes sociales.

En uno de sus trabajos, Laurell, demuestra Cómo es que el cambio epidemiológico entre el periodo de 1940 y 1970, tiene que ver con la historicidad y no con la biología individual. En este periodo, ella indica que hay una disminución

importante en las enfermedades infecciosas, aunque no desaparecen y hay un aumento absoluto en las tasas de enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades del sistema nervioso central, la diabetes y los accidentes. En específico, los tumores malignos, en este periodo aumentaron de 23.2 % (tasa por 100,000) habitantes) a 37.6% (Laurell, 1981).

Esta propuesta hace una crítica sobre la definición de la salud como contraria a la enfermedad, pues se alude a la salud a partir de la biología y la ecología que ven al sujeto de manera aislada cuyas características específicas lo hacen mayoritariamente vulnerable a enfermar, en donde el medio ambiente sólo es visto como medio físico. Laurell menciona que es en los grupos sociales y en los modos de producción y reproducción donde se pueden describir los procesos de enfermar y morir.

En la sociedad capitalista, por ejemplo, el concepto de enfermedad explícito está centrado en la biología individual, hecho que la de socializa. El concepto de enfermedad oculto, es decir, que subyace a la definición social de qué es la enfermedad, se refiere a la incapacidad para trabajar, lo que la ubica en su relación con la economía y, eventualmente, con la creación de la plusvalía y la posibilidad de acumulación capitalista (Laurell, 1981, p.10).

En resumen, la propuesta de análisis de Asa Cristina, es que la salud y la enfermedad, son el resultado de un proceso social, de la forma en que vivimos en donde el trabajo que realizamos y lo que consumimos influye en ella.

Si bien esta conceptualización amplía el panorama de la salud y permite la generación de un cambio en las intervenciones en materia de salud, de acuerdo con (Chapela,2008).

Este enfoque, permite analizar las condiciones que estructuran nuestros modos de enfermar y vivir, no obstante, la enfermedad, continúa teniendo mayor peso en las cuestiones de salud, por lo que, se tienden a perder los procesos individuales, pues ésta visión se centra en las condiciones socio-históricas, que

aunque no dejan de ser importantes, aíslan la mirada del sujeto y lo ven desde fuera, por lo que el análisis de los problemas de salud-enfermedad se quedan en la esfera productiva y reproductiva sin averiguar sobre las cuestiones más sutiles y las más cotidianas.

Y es que la forma de significar la salud, establece cómo percibir a los sujetos. De tal manera que, al observar los problemas de salud desde una perspectiva clínica, se reduce a las personas en objetos de estudio, que hay que intervenir, en donde se divide al ser humano en mente, espíritu y cuerpo, dando mayor peso a este último elemento. Al respecto Chapela, menciona que:

el cuerpo humano está investido con relaciones de poder y dominación convirtiéndose en una fuerza útil para la hegemonía⁷ en la medida en la que pueda ser productivo y sujetado, es decir, subordinado a sus intereses. Para lograr los propósitos de la hegemonía es necesario romper la integridad de las personas para controlar su cuerpo y someter su libertad. (Chapela, 2005, p.6)

Entonces, utilizar a la salud y ejercer prácticas en torno a ella, la clase dominante primero proporciona un significado a la salud acorde a sus intereses, utilizando recursos y medios de dominación como pueden ser la información, la economía, la posición social, entre otros, estableciendo patrones de enfermedad y después hace que interioricemos una noción de salud meramente biológica, pues a través de esta visión, es más fácil mercantillarla.

1.1.1. La salud como una capacidad humana y como derecho.

Una vez revisados los anteriores conceptos de salud, y teniendo en cuenta que la forma de mirar la salud influye en la forma en que se diseñan y realizan acciones para promover la misma, me parece de suma importancia, recuperar el

⁷“El término hegemonía deriva del griego egesthai, que significa "conducir", "ser guía", "ser jefe"; o tal vez del verbo eghemoneno, que significa "guiar", "preceder", "conducir", y del cual deriva "estar al frente", "comandar", "gobernar". Por eghemonia el antiguo griego entendía la dirección suprema del ejército. Se trata pues de un término militar” Gruppi, Luciano, (1978), *El concepto de Hegemonía en Gramsci*. Ediciones de Cultura Popular México.

concepto de Chapela que entiende a la salud como “la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y lograr futuros viables” (2005, p.8). A este concepto sumaremos la perspectiva de derecho, entendiendo así a la salud como una capacidad humana y un derecho. Esto permite la apertura hacia una visión más integral, ya que es posible mirar a los problemas de salud como algo complejo en donde intervienen varios factores y no se niega que existen condiciones más allá de lo individual que alteran la salud de las personas y la vulneran.

Día a día se ve reducida nuestra capacidad para *inventar futuros*, para reflexionar sobre nuestras vidas, necesidades y proyectos, debido a la imposición de significados hegemónicos que están destinados a homogeneizar a la sociedad para cumplir objetivos políticos y económicos.

Por un lado, el sistema de consumo, crea mecanismo de manipulación para lograr que interioricemos la idea de que no valemos, que somos inferiores y por lo tanto no tenemos derechos, para posteriormente quitarnos lo que por el hecho de ser humanos nos corresponde, como el derecho a la alimentación, la salud, la vivienda, la educación, el medio ambiente sano y poder mercantilizarlo.

Por otro lado, este mismo sistema, crea deseos a los que hay que aspirar para ser aceptados o bien los convierte en necesidades para la vida.

Mediante estrategias de mercado los medios de comunicación nos bombardean de información de una forma que no sea posible analizarla, pues además de ser repetitiva y al habernos interiorizado la idea de que somos inferiores, antepone a los llamados expertos o figuras como quienes poseen el conocimiento y nos coloca en una posición de seres no pensantes. Esto hace que hagamos de nuestras vidas lo que la clase en el poder manda sin tener en cuenta lo que nosotros queremos para nuestro futuro, como apunta García:

Al perder esta conciencia de lo que influye en la invención de sus proyectos, el ser humano pierde el control sobre sus decisiones. Ya no decide lo que desea sino lo que aprendió a desear y al no estar consciente de esto se crea la ilusión de lo que decide. (2007, p.9)

De esta manera controlan significados, proyectos, sueños, y nos deshumanizan, al visibilizarnos como maquinas no pensantes que sólo reciben órdenes y sirven para producir riqueza enajenándonos de nuestro entorno y de nosotros mismos.

La salud vista como una capacidad humana concibe a los sujetos como seres autónomos y aptos para construir una vida saludable, capaces de generar de cambios en su entorno y vidas (Chapela, 2005). Y esta perspectiva, permite observar al PAICMA más allá de un programa que practica mastografías.

Por ello, el concepto de salud de Chapela es el que se ha elegido en esta tesis para analizar al PAICMA, pues va más allá de la enfermedad (en este caso del cáncer de mama), integrando todos los elementos que condicionan la salud.

En el caso de las mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México del PAICMA que resultan diagnosticadas con cáncer de mama y posteriormente recaen, este concepto no las estigmatiza como “no victoriosas” o que han perdido la lucha como regularmente se hace, pues ellas no son la enfermedad, sino que viven con ella (Chapela, 2011).

Ver al PAICMA desde el concepto de Chapela, admite entenderlo no como un programa que sólo atiende a la enfermedad, sino que trabaja con personas que viven con cáncer de mama, que tienen derechos y que pueden desarrollar capacidades para ejercer éstos, y no puede percibir a las mujeres sujetas de derecho del PAICMA sólo a partir de ser diagnosticadas o no con cáncer de mama.

Si bien, en el concepto de salud de Chapela no se alude a la enfermedad, ello no significa que sea poco importante, sino que como menciona García, “no es la naturaleza del ser humano el no tener problemas que perturben su bienestar sino el tener la capacidad de enfrentar y superar estos problemas” (2007, p.3).

Ahora bien, de acuerdo a la Observación General número 14, sobre El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, la salud es:

“un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas,

el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional” (2000, p.3),

Aunque quizá la atención de salud oportuna y apropiada, se refiere a la atención de la enfermedad. La OG 14 deja muy en claro que la salud es un derecho, y al conceptualizarlo como tal, es universal, progresivo, indivisible, e interdependiente, de acuerdo a esta última característica, depende de otros para su realización.

Tal como lo establece la carta del Ottawa “Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos” (CIPS, 1986, p.1).

Conceptualizar a la salud como un derecho y como una capacidad humana al sumar los acuerdos internacionales, al concepto de Chapela, permite una visión integral de la salud, y las acciones que sobre ella se realicen.

En conclusión, un concepto de salud que no se limita a la ausencia de enfermedad, y que entiende a la salud como interdependiente al ejercicio de otros derechos, es fundamental para el análisis de este programa, pues de esta forma se puede comprender el valor de que las colaboradoras del PAICMA estuvieran realmente comprometidas con las mujeres, que en muchos casos tenían que someterse a la extirpación de un seno para que el cáncer no siguiera invadiendo su cuerpo.

1.2. Prácticas y miradas de la promoción de la salud.

Una vez definido el concepto de salud con que se trabaja la presente tesis, podemos hablar de promoción de la salud. A continuación, diferenciaremos entre la promoción de la salud oficial (la institucional), la empoderante y la emancipatoria (propuesta por Chapela). Ello con la finalidad de argumentar porqué se eligió ésta última perspectiva y no la dominante para observar de este caso.

Es importante aclarar que este punto trata de iniciar un proceso formativo en la perspectiva de promoción de la salud emancipatoria, puesto la manera en que se piensa la salud incide claramente en la elección de acciones que nos permiten promover la salud, o, por el contrario, realizar acciones meramente preventivas o de atención a la enfermedad, que, aunque no dejan de ser importantes, al centrar la atención en la patología invisibilizan a las personas como sujetos con derechos.

Aunque Chapela (2010a), realiza una clasificación más detallada sobre las prácticas predominantes de promoción de la salud, para los fines de esta tesis, sólo se mencionan la oficial, la empoderante y la emancipatoria.

De acuerdo con esta autora, la promoción de la salud oficial es vista desde el enfoque preventivista tiene como objetivo la enfermedad, la prevención de las mismas, la reducción de factores de riesgo, la protección contra la enfermedad, las acciones de esta práctica están dirigidas hacia personas enfermas o grupos de riesgo (Chapela, 2010a).

Los modelos en los que generalmente se practica la promoción de la salud oficial son el higiénico-preventivista y el de estilos de vida. Los tipos de promotores de la salud de estos modelos son llamados interventores, y son científicos, salubristas, médicos, enfermeras, nutriólogos, técnicos en salud, entre otros, cuyo papel radica en restablecer la salud física, e informar sobre los factores de riesgo. Las estrategias que se utilizan son: diagnósticos clínicos, detección de enfermedades, aplicación de tratamientos.

La idea de salud que presenta el modelo higiénico preventivista de acuerdo con Chapela, es un estado en el que el sujeto es visto como un cuerpo que ejerce normalmente todas sus funciones biológicas, por lo tanto, se centra en la

enfermedad y la medicalización. El sujeto es un ser pasivo que debe tolerar desde sanciones verbales hasta no tener libertad de opinar sobre sí, puesto que es visto como incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

En el caso de la promoción de la salud empoderante, se realizan prácticas relacionadas con la educación para la salud que se basan en la práctica de una educación “bancaria”, que, en términos de Freire, se refiere a que:

El educador que aliena la ignorancia, se mantiene en posiciones fijas, invariables. Será siempre el que sabe, en tanto los educandos⁸ serán siempre los que no saben. La rigidez de estas posiciones niega a la educación y al conocimiento como procesos de búsqueda. (Freire, 2005, p. 52)

Este tipo de promoción de la salud se basa en dar información, las personas vistas como objetos a alfabetizar, el saber lo tiene el experto quien se encargará de proporcionar el conocimiento, de “dar poder” a quien es considerado como ignorante e incapaz de cambiar la realidad por sí mismo. El sujeto desde este modelo, es un ser pasivo y vacío de conocimiento, existe una relación de tipo vertical.

En el modelo Emancipatorio propuesto por Chapela, la promoción de la salud se define como:

“acciones encaminadas a potenciar las capacidades humanas que permiten al ser humano esfuerzos liberadores para cambiar sus relaciones con el poder de manera tal que como resultado logre cambiar también las inscripciones en el cuerpo” (2011, p.112).

Desde ésta perspectiva, la enfermedad no determina el no tener salud, sino que es vista como uno de tantos resultados que pueden o no incidir en ella, la prioridad de este tipo de promoción de la salud es la integridad de los sujetos, la autonomía es un elemento de búsqueda constante y los medios son: la reflexión por los sujetos sobre su realidad para identificar sus problemáticas, el acceso libre a todo tipo de conocimiento necesario para estudiar y resolver las mismas, así como la construcción de conocimientos y habilidades nuevas (Chapela, 2005).

⁸Freire se refiere a quienes reciben la información en calidad de alumnos, pero no que no la reflexionan ni construyen conocimiento,

Este enfoque pretende que el sujeto tenga un proyecto individual y social, un esquema de vida, un anhelo desde una dimensión económica, política y social, estima que el problema de salud para el sujeto es como un reto en donde éste puede dedicarse a fijar sus propias metas de acuerdo a sus capacidades económicas y sociales, es decir en este modelo el sujeto tiene la libertad de decidir. Para lo cual es importante detonar procesos reflexivos que partan de sus experiencias.

La promoción de la salud emancipatoria, busca entonces generar condiciones para que los individuos y comunidades desarrollen su capacidad de actuar, tomar decisiones y exigir en torno a su futuro y salud.

Este enfoque permite acercarse a los problemas de salud de una manera diferente a como lo hacen la mercadotecnia y las instituciones hegemónicas que se centran en culpabilizar al sujeto de sus enfermedades y vender un estilo de vida inalcanzable, lo cual a su vez genera seres que viven con infelicidad y estrés continuo al buscar encajar o cumplir con un estándar impuesto.

La promoción de la salud emancipatoria, es capaz de ampliar el panorama de análisis en las políticas sociales de salud pues no se centra en la biología, considera los problemas de salud desde varias causas, tomando en cuenta la historia, percibe al sujeto como un ser con dignidad que merece ser tratado de manera equitativa.

Con relación a lo anterior, la promoción de la salud a la que se refiere esta tesis, es la emancipatoria debido a que permite mirar a la salud y las prácticas desde un panorama más amplio no enfocadas en la enfermedad como en la mayoría de los modelos, y bajo la premisa de que todos los seres humanos tienen capacidades, pueden desarrollarlas, son poseedores de conocimiento y son capaces de cambiar su realidad.

1.2.1. Promoción de la salud en el PAICMA.

Si se toman en cuenta estos elementos de la promoción de la salud emancipatoria para el estudiar al PAICMA es posible distinguir que el trabajo que las colaboradoras del INMUJERES-DF no sólo se limitaba a informar a las mujeres sobre el cáncer de mama, sino que permitía esfuerzos liberadores en la medida que

la labor de convencimiento para que se subieran al camión a realizarse la mastografía implicaba acciones de empoderamiento, que en esta tesis se pueden entender como un primer paso para que las personas se apropien de su cuerpo y su derecho a la salud.

Las prácticas de la promoción de la salud emancipatoria toma como referencia metodológicamente la pedagogía liberadora de Freire en donde: [...] los oprimidos van descubriendo el mundo de la opresión y se van comprometiendo, en la praxis, con su transformación y, el segundo, en que, una vez transformada la realidad opresora, esta pedagogía deja de ser del oprimido y pasa a ser la pedagogía de los hombres en proceso de permanente liberación. (Freire, 2005, p.35)

Desde esta postura, los sujetos son capaces de desarrollar su capacidad crítica, exponer sus necesidades, exigir sus derechos y ser activos en sus procesos de salud. En el caso del PAICMA, para comenzar esta transformación, el diálogo y la forma de acercarse por parte de las colaboradoras del INMUJERES-DF con las mujeres sujetas de derecho del Programa son elementos asociados a la promoción de la salud emancipatoria.

También se puede considerar que desde esta perspectiva de promoción de la salud se consigue rescatar la forma en que se apoyaba el desarrollo de las capacidades de las mujeres, por ejemplo: promover la reflexión en torno al tiempo que se dedicaban a ellas mismas, la información con que contaban, los roles que desempeñaban en sus hogares, la libertad con que vivían, entre otros elementos.

Otro componente importante que deja ver la promoción de la salud emancipatoria es la relevancia del papel que jugaban las psicólogas del INMUJERES-DF en los grupos de reflexión con las mujeres sujetas de derecho del PAICMA del programa para que lograran identificar los problemas de violencia en que vivían y que en muchas ocasiones no les permitían decidir respecto a su salud.

Del mismo modo a partir de este enfoque, se puede entender el valor de que el INMUJERES-DF trabajara en las necesidades de la autonomía, reconocimiento, perspectiva de género, entre otros aspectos con su personal para el PAICMA antes

de que salieran a campo a convencer a las mujeres de practicarse la autoexploración y realizarse la mastografía con la finalidad de que existiera un trabajo a partir de la empatía que rescatara el diálogo con las mujeres sujetas de derecho del PAICMA.

1.3. La salud como un derecho humano.

Otra perspectiva de análisis, que se plantea para el caso del PAICMA, es la salud como derecho humano, los tratados internacionales que lo respaldan, así como la importancia de la exigibilidad y el trato digno en las políticas sociales de salud.

Se busca enfatizar que la visión de los derechos humanos puede marcar una gran diferencia en el abordaje de las políticas sociales de salud.

Como hemos visto, la salud está inmersa en relaciones de poder⁹, pero al ser ésta un derecho humano se vuelve bastante delicado el tema. Cuando la salud se ve vulnerada por terceros, un supuesto es que el Estado debiera protegerla, sin embargo, en los hechos lo que hace es todo lo contrario, pues en sintonía con un modelo neoliberal, responde a los intereses de la clase dominante que busca mercantilizar los derechos.

Aunque se sabe que las características generales de los derechos humanos son el ser: universales porque corresponden a todas las personas sin excepción, interdependientes, porque todos los derechos humanos se encuentran vinculados y requieren de su respeto y protección recíprocas, indivisibles, porque no se puede fragmentar su respeto y progresivos, porque el Estado tiene la obligación de procurar su cumplimiento (ONU, 2012).

En el caso de México, en el derecho escrito, sólo se nos reconoce el derecho a la protección de la salud y no a la salud como tal. Por lo tanto, el goce al grado

⁹ Foucault menciona que en toda relación humana existe el poder, sin embargo, el ejercicio de éste depende de la verdad que se busca legitimar para obtener algún beneficio. Asimismo, este autor menciona que para que determinado sistema funcione es necesario crear un engranaje complejo de relaciones de poder, en donde unos actúen sobre otros mediante mecanismos que subordinan a los segundos a ideales e intereses.

máximo de salud se ve acotado únicamente a la atención sanitaria, lo cual hace que la salud sólo se vea desde el aspecto biológico.

Y cuando el derecho a la salud se restringe a la asistencia médica, la característica de indivisibilidad se pierde por completo pues se ha fragmentado este derecho a una arista únicamente biológica (Spinelli, 2008).

De tal forma que el derecho a la salud al limitarse a lo anterior es mucho menos alcanzable y si no se toman en cuenta los demás derechos para su cumplimiento o éstos se encuentran lacerados la característica de interdependencia ¹⁰tampoco se puede cumplir.

Este reconocimiento de derecho sólo se enfoca en la parte biológica en donde se desintegra al ser y se utiliza como un instrumento para generar políticas de carácter individualista, biológico y asistencialista.

Esto es realmente grave al momento de diseñar y aplicar las políticas, pues se aborda de manera muy simplificada algo tan complejo como la salud.

El derecho a la salud, tampoco puede ser progresivo cuando el Estado en lugar de acrecentar las acciones que puedan garantizar el mejor nivel de salud posible provee de escasos recursos para finalmente dejarlo en manos del mercado.

Bajo la lógica neoliberal, hemos sido pensados como mercancías con un precio, nos han negado nuestros derechos y por lo tanto nuestra dignidad humana, al respecto Habermas citando a Kant indica que:

(...) el concepto de dignidad como un requerimiento moral que exige tratar a toda persona como un fin en sí mismo. Las palabras de Kant son las siguientes: “[Todo] tiene o un precio o una dignidad. Lo que tiene un precio puede ser sustituido por otra cosa como equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite equivalente, posee dignidad”. (2010, p.3)

¹⁰ Los derechos humanos son interdependientes, es decir están vinculados entre ellos y son indivisibles, que no pueden separarse o fragmentarse unos de otros. Todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales deben comprenderse como un conjunto. Lo anterior, también implica que el goce y ejercicio de un derecho está vinculado a que se garantice el resto de derechos; así como la violación de un derecho pone también en riesgo los demás derechos (CNDH-México, 2016)

Pero en cambio, se nos ve como inhumanos, como objetos y los objetos no tienen dignidad, sino un precio.

De este modo, como la dignidad es algo inherente al ser humano y traspasa todos los ámbitos de su vida entre ellos la salud, al no considerarnos como seres con derecho y dignidad, somos inferiores y por lo tanto todo lo que esté en el discurso sobre el derecho a la salud resulta ser inalcanzable.

Sin embargo, al ser sujetos de derechos, estamos en la obligación de indignarnos ante tales circunstancias que merman la salud, la condicionan y limitan, al momento de formular y ejecutar las políticas públicas.

Aunque el Estado en sus discursos utilice el concepto de salud de la OMS, ni siquiera podría satisfacer el completo estado de bienestar físico, puesto que trabaja desde la superficie, a manera de iceberg, en tanto que no se encarga ni encargará de analizar las problemáticas sociales de fondo (pues el negocio de la salud se vería afectado, así como todo lo que genera capital), ir a la raíz, en donde se encuentran las situaciones estructurantes cada vez peores, si no que *trabaja* desde la punta, sobre las patologías.

Un ejemplo concreto de lo anterior pudiera ser el *Programa de salud del niño de 1 a 11 meses* del IMSS¹¹, en donde para la prevención y control de enfermedades diarreicas, se realizan una serie de recomendaciones dirigidas a los padres para prevenir y atender, la diarrea tales como: *lavarse las manos antes y después de ir al baño o al terminar de cambiar el pañal de su niño; también antes de preparar y comer los alimentos, tomar agua hervida o purificada dar a la familia alimentos frescos, lavados y bien cocidos evitar las moscas, cucarachas u otros insectos, vacunarlos*, entre otras propuestas, sin voltear a ver si la familia habita en un lugar físico con las condiciones adecuadas, tales como temperatura, ventilación, libre de hacinamiento, con baño, sistema de drenaje para aguas negras, con acceso a agua potable, o si la familia cuenta con los recursos económicos suficientes para purificar

¹¹ Se puede revisar el Programa de salud del niño de 1 a 11 meses (IMSS) en la web: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/ninos/guianinos_1a11meses.pdf

el agua, comprar y mantener sus alimentos frescos, si en su comunidad existe un centro de salud cercano y habilitado para poder vacunar al niño.

Al respecto, Spinelli menciona que:

En tanto legitimidad, el derecho a la salud sigue ligado a una concepción biomédica que tiende al control social y a la biologización de los cuerpos y por ende se ubica en las antípodas de la concepción del derecho social. Esa legitimidad, es expresión de la biopolítica, que se instaló como una centralidad en la constitución ideológica de los sujetos contemporáneos, donde la primacía de lo individual sobre lo social, de lo económico sobre lo político y del mercado sobre lo público construyen un valor sobre la salud que domina la cultura dominante y a la cual se aspira como forma de superación social ya que constituye una forma de consumo que marca diferencias. (2008, p.3)

Por ello, la salud inmersa en relaciones de poder, es todo menos un derecho, una meta que hay que adquirir mediante el acceso a los hospitales, la adquisición de fármacos, la compra de seguros médicos, la visita a los spas, y todo en un sistema de competencia en donde cada quien ve por su salud de manera individual y accede a ella en cuanto mejor pueda pagarla.

Al respecto, resulta indispensable recuperar nuestra capacidad organizativa, y hacer valer nuestra dignidad como menciona Stéphane Hessel en su texto ¡Indignaos!, pues “Los responsables políticos, económicos, intelectuales y el conjunto de la sociedad no pueden claudicar ni dejarse impresionar por la dictadura actual de los mercados financieros que amenaza la paz y la democracia” (Hessel, 2017, p.109).

Entender a la salud como un derecho humano además de una capacidad, admite manifestar que un programa como el PAICMA es un logro al haber surgido dentro de un modelo económico neoliberal que busca mercantilizar la salud. Pero también permite ver que esta política social de salud es un derecho y no una voluntad política.

En conclusión, el Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA) de la Ciudad de México, como una política social de salud debe ser trabajado y analizado desde una perspectiva alternativa que permita cambiar el panorama hegemónico que ha limitado las prácticas en salud y ha impedido soluciones de fondo, el modelo médico hegemónico así como el sistema mercantil han degradado las personas a simples objetos de estudio incapaces de resolver sus problemáticas generando políticas en donde los sujetos viven en un ambiente insano.

El enfoque de la promoción de la salud emancipatoria es necesario para la generación de condiciones en donde los sujetos puedan desarrollar sus capacidades y ejercer su derecho a la salud, con el fin que pueda prever, resolver problemáticas, mediante el diseño de alternativas, pero para ello es indispensable cambiar el paradigma.

1.4. Desarrollo conceptual sobre taller y formación.

Puesto que esta tesis surge de un proceso pedagógico realizado con las colaboradoras del PAICMA del INMUJERES, es relevante aclarar lo que se entiende como proceso formativo, asimismo, y dado que la herramienta pedagógica utilizada fue un taller, es preciso definirlo. Es de mencionar que el enfoque pedagógico del que se partió para el desarrollo del mismo, se basó en la educación popular y el aprendizaje basado en la experiencia.

Tomando en cuenta que la educación popular de Freire plantea que el conocimiento es construcción social permanente, un proceso de acercamiento con el otro, un acompañamiento, en donde la base es el diálogo, “entenderemos la formación como un proceso de aprendizaje permanente e integral que provoca experiencias transformativas personales, sociales y pedagógicas” (Borjas, et al, 2015 p. 59.).

Partiendo de la premisa anterior, se retoma el concepto de taller planteado a continuación, entendiéndolo,

como instrumento de enseñanza y aprendizaje, el taller facilita la apropiación de conocimientos, habilidades o destrezas a partir de la realización de un

conjunto de actividades desarrolladas entre los participantes. Tal es la concepción predominante respecto a su naturaleza, ligada esencialmente al ámbito del aprendizaje y centrada en la autonomía y responsabilidad de los sujetos (...). Su puesta en marcha promueve el diálogo entre los participantes, la exposición libre de los puntos de vista para la negociación de las acciones a seguir, la definición de los propósitos comunes, las funciones de los miembros, las metas por alcanzar y los medios requeridos para lograrlo; fomenta también el despliegue de estrategias discursivas como el diálogo, la narración, la explicación y la argumentación, entre otras, de acuerdo con los propósitos y acciones comunicativas que orientan el sentido del taller (Rodríguez, 2012, p.16).

Es decir, para el desarrollo del taller, desde un inicio se tomó como base el diálogo con las colaboradoras del PAICMA del INMUJERES, incluso y, como se verá más adelante en el apartado metodológico, se realizaron entrevistas previas con el objetivo de encaminar el taller hacia las necesidades de las colaboradoras, y una vez iniciado el taller, siempre se buscó recuperar la experiencia de trabajo de las mismas, así como compartir saberes con ellas, aunque es de mencionar que durante las primeras sesiones fue complejo acompañar al grupo hacia esta dinámica y ello puede deberse a que por lo regular siempre se espera que “un experto” se encargue de desarrollar el contenido de un taller partiendo de su conocimiento sin existir un intercambio de saberes.

Una vez aclarado este punto a continuación, se refieren algunos de los conceptos más relevantes para el desarrollo de esta tesis.

Metodología

Como ya se señaló en páginas anteriores, esta tesis surgió a partir de mi participación en el programa de servicio social y prácticas profesionales denominado; “Promoción de la salud en INMUJERES-DF”. Cuyo objetivo fue:

Realizar un taller de capacitación con el personal del INMUJERES-DF, que operaba el PAICMA, en el que se construyera un espacio de reflexión, análisis y

crítica a partir de las experiencias de trabajo a fin de incorporar a su campo laboral factores sociales y culturales desde la promoción de la salud que les permitiera la afiliación de alternativas y oportunidades saludables al alcance de todas y todos.

Por consiguiente, la metodología de esta tesis parte del trabajo desarrollado en programa antes referido luego, se realizó un análisis del PAICMA con base en la promoción de la salud emancipatoria.

Es de mencionar, que la metodología que enmarca esta tesis, es de tipo cualitativa, por lo que es importante dar un panorama general, de lo que es y en qué consiste. De acuerdo con Quecedo y Castaño, “En sentido amplio, puede definirse la metodología cualitativa como la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (2002, p.8).

Es decir, en este trabajo se tomó como eje fundamental, la voz de colaboradoras del PAICMA en las entrevistas, compartir saberes, y la experiencia de trabajo con ellas a lo largo del taller.

Ahora bien, la forma de trabajo de quienes emplean la metodología cualitativa, es a partir de la inducción, es decir., una vez que obtienen la información buscan desarrollar una teoría que explique los datos obtenidos a partir de la evidencia recolectada. Las categorías de análisis pueden obtenerlas a partir un proceso de abstracción en el que las unidades de análisis se revelan, y buscan obtener y analizar datos de tipo subjetivo (Quecedo y Castaño, 2002).

Por lo que primero, se realizó el trabajo de campo, se sistematizaron las experiencias, y después se recurrió a la información bibliográfica, para encontrar a los autores que permitan explicar los datos encontrados.

A continuación, se describe cómo se llevó a cabo el trabajo en el Programa de Servicio Social y Prácticas Profesionales a través de un seminario desarrollado en once pasos:

I. Seminario de Servicio Social y Prácticas Profesionales

I.I. Revisión teórica conceptual de salud y promoción de la salud.

I.II. Diseño del Plan de trabajo.

- I.II.I. Primer acercamiento con el personal del PAICMA del INMUJERES-DF.
- I.II. II. Elaboración de guía de entrevista, aplicación y análisis de entrevistas.
 - I.II.II.I. Guía de entrevista.
 - I.II. II. II. Aplicación de las entrevistas.
 - I.II.II.III. Análisis de las entrevistas e identificación de problemas de salud.
- I.III. Modelo pedagógico para el taller.
- I.IV. Diseño del taller.
- I.V. Desarrollo del taller.
- I.VI. Reuniones de retroalimentación sobre el taller (sistematización).
 - I.VI.I. Recopilación y análisis de la información obtenida del taller.
- I.VII. Elaboración del Informe final para el INMUJERES-DF y el área de servicio social y prácticas profesionales de la UACM.

Seminario de Servicio Social y Prácticas Profesionales, programa: “Promoción de la salud en INMUJERES-DF”.

El programa “Promoción de la salud en INMUJERES-DF”, consistía en identificar las problemáticas que enfrentaban las colaboradoras del PAICMA del Instituto de las Mujeres de la hoy Ciudad de México, al momento de ejecutar el programa, y a partir de éstas desarrollar un taller de capacitación con el personal del PAICMA.

Para lo anterior, se desarrolló un seminario de servicio social y prácticas profesionales que duró seis meses. Estas reuniones de trabajo, se realizaron paralelamente por parte del equipo de la UACM, es decir, antes, durante y después de finalizar el taller.

En este seminario se llevó a cabo la planeación del taller; se generó el plan de trabajo, se recopiló, estructuró y analizó el contenido a facilitar en las sesiones del taller con su respectivo material bibliográfico. Asimismo, se revisó el enfoque teórico y metodológico con los que se trabajaría en el taller.

1.1. Revisión teórica de salud y promoción de la salud.

En esta fase, se revisó y analizó la teoría que se utilizaría durante la investigación y trabajo con las colaboradoras del PAICMA del INMUJERES-DF. Lo anterior, permitió tener una idea general de lo que se iba a hacer, ello ayudó a establecer lo siguiente:

Con la finalidad de estar en sintonía, con relación a la visión de promoción de la salud y salud con que trabajaríamos, el equipo de servicio social y prácticas profesionales, abordó diferentes perspectivas que se tienen de estos dos conceptos.

Se revisó que la salud por lo general es entendida como contraria a la enfermedad, y en la mayoría de los casos lo que se busca es evitar mediante conductas higienistas toda patología. Limitando la salud al plano de lo biológico, separando el cuerpo del ser, y percibiendo a la enfermedad como algo “malo”, que el cuerpo no debe vivir.

En concepciones más elaboradas, se incluyen los estilos de vida, sin embargo, como se revisó en el marco teórico, ésta mirada tiende a individualizar los riesgos y nuevamente se limita a la enfermedad.

Lejos de trabajar con lo que comúnmente se entiende como salud, se eligió la perspectiva que Chapela plantea, y es que esta autora, habla de que el sujeto no es la enfermedad, sino que es un ser autónomo, con un proyecto de vida, social, en constante cambio y que necesita liberarse de las relaciones de poder en que vive, por lo que define a la salud como una capacidad humana corporeizada para diseñar futuros viables (2010).

Concibiendo a la salud de esta manera, la promoción de la salud, no puede ser una disciplina que trabaje con la enfermedad como la medicina, enfermería, epidemiología, entre otras, sino más bien, con el sujeto en sí como un ser creativo, capaz de construirse a sí mismo y, construir en comunidad, de manera constante.

Por lo anterior, también, se eligió el concepto de Promoción de la Salud Emancipatoria de Chapela, (que se toma como referencia en el marco teórico de esta tesis) que considera a los seres humanos como sujetos éticos capaces de construir conocimiento independientemente de los expertos o de las instituciones y,

con base en ese conocimiento, dar significado, valor y sentido a su mundo y práctica (2005, p.10).

De forma que las colaboradoras del PAICMA, serían el centro del trabajo como comunidad, y ellas buscarían reconstruir su realidad y proponer alternativas mediante herramientas que en el taller se trabajarían.

I.II. Diseño del Plan de trabajo.

En este punto se realizó el primer acercamiento con el personal del PAICMA del INMUJERES-DF, con el fin de establecer el modelo pedagógico a realizar en el taller, aquí se indagó sobre las líneas de acción, las actividades que se realizaban en el PAICMA, el número de personas que operaba el programa, los roles de cada colaboradora, entre otros factores, que nos permitieran conocer a este programa.

I.II.I. Primer acercamiento con el personal del PAICMA del INMUJERES-DF.

En este primer acercamiento se realizó un recorrido a las instalaciones del INMUJERES-DF que se ubicaba en Calle de Tacuba 76, colonia Centro delegación Cuauhtémoc. Asimismo, se llevaron a cabo reuniones de trabajo con la coordinadora del PAICMA del INMUJERES-DF. Posteriormente hubo un acercamiento con el personal del PAICMA del INMUJERES-DF, en donde se indagó de manera general sobre cuáles eran sus necesidades, y se estableció una propuesta de trabajo.

Ocurrido lo anterior, se acordó realizar entrevistas con el fin de conocer las problemáticas que enfrenaba las colaboradoras del PAICMA en el desarrollo de sus actividades con las mujeres sujetas de derecho del PAICMA¹², y plantear una propuesta de taller.

¹²En adelante se referirá como mujeres sujetas de derecho del PAICMA a las mujeres que se realizan la mastografía y acuden a terapia psicológica mediante el PAICMA, incluyendo a aquellas que viven con cáncer de mama, con el fin de no estigmatizarlas o bien, llamarles “beneficiarias” o “receptoras” de servicios de atención médica.

I.II. II. Elaboración de guía, aplicación y análisis de entrevistas.

Para poder hacer una propuesta de trabajo con base en los problemas que enfrenta el personal del INMUJERES-DF, fue necesario llevar a cabo la herramienta metodológica de la observación participante durante todo el proceso, “la observación participante se entiende como forma condensada, capaz de lograr la objetividad por medio de una observación próxima y sensible, y de captar a la vez los significados que dan los sujetos de estudio a su comportamiento’ “. (Velasco y Díaz de Rada en: Álvarez, 2008). Asimismo, se realizaron 18 entrevistas.

I.II.II.I. Guía de entrevista.

Se diseñó una guía de entrevista con el objetivo de dar a conocer a profundidad las actividades y el lugar que ocupaban dentro del PAICMA las colaboradoras, además del enfoque de salud con que trabajaban, este punto fue fundamental para poder diseñar el plan de trabajo. Para conocer lo anterior, se estructuró la guía de entrevistas en dos partes:

La primera parte del guion fue diseñado para conocer más el carácter estructural de las actividades del personal del PAICMA del INMUJERES-DF.

¿En qué área del INMUJERES-DF trabajas?

¿Qué actividades realizas actualmente?

¿Cuáles son los objetivos que quieres lograr respecto al programa a corto mediano y largo plazo?

¿Cuáles son los recursos con los que dispones y las estrategias que usas para lograr tus objetivos en dentro del PAICMA?

¿A dónde quieres llegar?

¿Qué necesitas para ello?

¿Qué modificarías para lograr tus metas?

La segunda parte se diseñó para obtener información de carácter más particular y humano en torno a la percepción que las colaboradoras del PAICMA tenían sobre el cáncer de mama, así como, lo que representa para ellas trabajar

con las mujeres sujetas de derecho del PAICMA, se diseñaron las siguientes preguntas:

¿Qué representa para ti trabajar en INMUJERES y cómo te ubicas al interior de la institución?

¿Qué significa el cáncer para ti?

¿Cómo percibes a las personas con las que trabajas?

¿Con qué aprendizaje te quedas a partir de la interacción que tienes con las mujeres con las que trabajas y qué crees que les puedes aportar?

¿Qué significa para ti ser mujer?

I.II. II. II. Aplicación de las entrevistas.

Lo que se analiza con esta información, es la importancia de conocer las problemáticas y el contexto del PAICMA para el equipo de servicio social y prácticas profesionales de la UACM, las expectativas de las colaboradoras del este programa, los aportes que desde la promoción de la salud se pudieran hacer al PAICMA y al personal y los aportes que las colaboradoras del PAICMA harían a la promoción de la salud.

Se aplicaron un total de 18 entrevistas a colaboradoras del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA), en el periodo que abarca del 13 de abril al 16 de abril de 2015 en la sala de juntas del 2do piso de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México Centro Histórico ubicado en Fray Servando Teresa de Mier N°92 y en el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, primer piso, ubicado en Calle de Tacuba 76 colonia Centro delegación Cuauhtémoc.

I.II.II.III. Análisis de las entrevistas e identificación de problemas de salud.

Posterior a la aplicación, se realizó el análisis de las entrevistas al personal del PAICMA, con la finalidad de identificar los problemas que enfrentaban en su trabajo las mujeres sujetas de derecho del PAICMA. De igual forma, se decidió que la manera más pertinente de abordar las problemáticas identificadas, era un taller de capacitación para el personal del PAICMA.

El método de análisis consistió en identificar lo que más se repetía con relación a las necesidades y expectativas de las colaboradoras PAICMA, el significado que le daban al cáncer de mama y a su trabajo con las mujeres, así como los roles que tenían en el programa.

La información encontrada a partir de las entrevistas fue la siguiente: Las colaboradoras del PAICMA, constantemente eran capacitadas en diversos temas relacionados con el empoderamiento, los derechos humanos, programación neurolingüística, cáncer de mama. No obstante, las colaboradoras refirieron, que les gustaría reforzar la forma de acercamiento con las mujeres sujetas de derecho del PAICMA en campo, debido a los contrastes culturales que había de una comunidad a otra.

En una segunda etapa, una vez delimitado el tema, se realizó un análisis de la información recabada, para lo cual se retomó parte del trabajo realizado durante el proyecto de servicio social y prácticas profesionales, el primer paso fue revisar y analizar la información de primera mano que se obtuvo mediante la observación participante y de intervención en el proyecto de prácticas profesionales, así como en el informe resultado de este proceso.

De esta información se rescató sólo la parte relacionada a los cambios en el PAICMA generados por la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal.

De las 18 entrevistas aplicadas a las colaboradoras del PAICMA, para esta tesis se seleccionaron seis, puesto que la información arrojada fue indispensable para el análisis. De tres que yo apliqué, retomé dos que me fueron de gran utilidad ya que con estas colaboradoras pude entablar un ambiente de confianza que me permitió profundizar sobre el PAICMA. Y las otras cuatro fueron aplicadas por cuatro de mis compañeras de la UACM, cuya información me permitió complementar y describir el tema de las consecuencias de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México para el PAICMA.

I.III. Modelo pedagógico para el taller.

Para poder abordar los problemas identificados, en este punto se revisaron algunos enfoques pedagógicos. Pareció pertinente y acorde al enfoque emancipatorio de Chapela, trabajar con las colaboradoras del PAICMA bajo la pedagogía de la educación popular de Freire, puesto que este modelo de educación, está basada en la participación, el diálogo, y la complementación de distintos saberes. Y busca una transformación de las relaciones de poder opresoras que se dan desde los inicios de nuestra educación, y a su vez definen lo que debemos memorizar, cómo deben ser quienes nos educan, cómo hay que comportarse ante ellos y cuáles deben ser nuestras aspiraciones de manera tal que sirvamos al sistema (Coppens y Van De Velde, 2005).

I.IV. Diseño del taller.

Con la información obtenida tanto teórica como en campo, en las reuniones de seminario del equipo de la UACM, se generaron: presentación de la estructura del taller de capacitación, la elaboración de propósitos y objetivos generales, cartas descriptivas, material bibliográfico, presentaciones visuales para algunas las sesiones, dinámicas y material de apoyo didáctico.

El taller se desarrolló en diez sesiones, y se dividido en tres partes: argumentos teóricos y conceptuales de la salud y promoción de la salud, herramientas pedagógicas y herramientas para hacer un trabajo colectivo y finalmente reflexión e intercambio de experiencias para construir alternativas saludables, como se puede observar en el cuadro 1 del apartado de anexos.

I.V. Desarrollo del taller.

El taller consistió en diez sesiones, las cuales se impartieron a dos grupos diferentes del personal que ejecuta el PAICMA y se dividió en tres fases:

I. Intercambio de experiencias relacionadas con los problemas identificados.

La primera fase del taller consistió en cuatro sesiones en donde se trabajaron los argumentos teóricos y conceptuales de salud y promoción de la salud. En estas sesiones se estimuló el diálogo entre los participantes, así como la expresión de sus saberes y sentires respecto a su práctica.

II. Análisis de las experiencias.

En la segunda fase compuesta por las sesiones cinco, seis y siete se abordaron los temas: herramientas pedagógicas y herramientas de trabajo colectivo. Los participantes, comenzaron a identificar la relación existente entre sus experiencias y la teoría abordada.

III. Formulación de alternativas.

Y la tercera fase consistió en promover la reflexión para que las colaboradoras del PAICMA a partir de su experiencia construyeran alternativas de solución a los problemas que tenían en su trabajo con las mujeres.

Cabe mencionar que, durante el taller, se estableció el diálogo como base, existió la constante estimulación para la reflexión, hubo identificación de problemas por parte de las colaboradoras al finalizar el taller, como, por ejemplo:

Las colaboradoras del PAICMA, mencionaban que algunas mujeres ponían de limitante la falta de tiempo para realizarse la mastografía. A otras, les daba vergüenza debido a que la sociedad es muy machista, y el miedo a que un hombre (se refieren al médico) viera sus senos, era fuerte. Además, indicaban, que por la desinformación crecía el miedo, pues las mujeres pensaban que el simple hecho de realizarse la mastografía, las ponía en riesgo de ser diagnosticadas con cáncer de mama.

Otra problemática identificada por las colaboradoras del PAICMA, era negación. Con negación se refieren, a que las mujeres que se rehusaban, aún con

los síntomas a posiblemente tener cáncer de mama, o externaban que ellas no eran propensas a ello. También identificaron a la religión, como un factor a enfrentar al momento de realizar su trabajo, porque algunas no se realizaban la mastografía, por el hecho de que su religión no se lo permitía.

De acuerdo con las colaboradoras del PAICMA, este tipo de cuestiones hacen que no se hagan el estudio de mastografía. Y que ya cuando se sienten una bolita, o tienen síntomas fuertes, es cuando se realizan el mismo.

También hablaron sobre la importancia de que, como servidoras públicas, (las colaboradoras del PAICMA), tengan conocimiento de otro tipo de lenguaje, como el lenguaje de señas, ya que comentan que una vez tuvieron a una mujer que no hablaba y fue muy difícil realizar el estudio, porque tenían que comunicarse con ella con señas.

Incluso la cercanía del medibus, era otra problemática, puesto que se encontraban con casos de mujeres de Estado de México que se trasladaban a la ciudad con tal de realizarse el estudio.

Con la información anterior, fueron capaces de formular alternativas con base en su experiencia y conocimiento. Todo lo anterior con las retroalimentaciones necesarias para la construcción del taller, algunas de ellas fueron:

Una mejoría en la comunicación entre las colaboradoras del PAICMA, y las mujeres mediante la generación de un dialogo con ellas, y con ello establecer, una relación más cercana y no sólo informar de manera generalizada, y esto se podía lograr con la metodología de la educación popular, en donde el receptor y el emisor cambian los roles y es en donde se da el dialogo.

I.VI. Reuniones de retroalimentación sobre el taller (sistematización).

Al término de cada sesión de taller, el equipo de trabajo de la UACM realizaba un balance sobre la experiencia con el fin de identificar los aciertos y puntos a trabajar. En esta retroalimentación no sólo reflexionamos sobre la estructura y

desarrollo de la sesión, sino, que entre todos los miembros realizamos críticas constructivas que nos aportan elementos en nuestro crecimiento profesional.

Para realizar lo anterior durante todo el taller se llevó a cabo un proceso de sistematización. De acuerdo con Raúl Mejía, “[...] la sistematización es fundamentalmente una producción de enunciados y opera como un ejercicio de recreación de la realidad más que de simple reconstrucción o descripción” (2008, p.138).

Para reconstruir la realidad utilizamos diferentes herramientas que se fueron elaborando durante el proceso tales como: las entrevistas al inicio del proyecto, un diario de campo, relatorías por cada sesión y grupo, fotografía y video, minutas de las sesiones de retroalimentación del equipo facilitador, una carpeta con el archivo de la bibliografía a trabajar con el personal del PAICMA y con las actividades realizadas por los participantes.

Toda esta información fue organizada por el equipo de trabajo de la UACM, en donde una de las compañeras recopiló el banco de datos. Además, existe un respaldo en un correo electrónico de Google, en donde todos tenían acceso y eran responsables de subir periódicamente al Google Drive, lo recopilado en cada sesión.

De esta manera, se dividió el trabajo por herramientas, fechas y categorías de análisis establecidas por la coordinadora; relatorías, audios, cartas descriptivas, videos, minutas, lecturas, presentaciones visuales utilizadas en el proceso, bitácora de asistencias y entrevistas. Lo anterior, se analizó como se indica en el cuadro 2 (anexos).

De toda esta información se recopilaría y se entregaría un reporte a la coordinadora del proyecto. Posteriormente se buscó un modelo de informe de actividades que, al término de su elaboración, de igual forma revisó la coordinadora del proyecto.

I.VI.I. Recopilación y análisis de la información obtenida del taller.

Continuando con el plan de trabajo, se organizó la información obtenida durante el proyecto; listas de asistencia de los participantes y el equipo de la UACM,

minutas de las sesiones de taller y reuniones de trabajo, bibliografía de apoyo, audio y transcripción de las entrevistas realizadas previamente al taller, así como audios, videos y sistematización de las sesiones del mismo. Lo anterior se realizó con el fin de organizar los insumos necesarios para la elaboración del informe final.

I.VII. Elaboración del Informe final para el INMUJERES-DF. y el área de servicio social y prácticas profesionales de la UACM.

Por último, con la recopilación y análisis de la información obtenida del taller se elaboró el informe final del proyecto el cual se estructuró de la siguiente forma: portada, presentación, objetivo general, objetivos específicos, propósito del taller, organización de las sesiones del programa del taller, desarrollo, dinámica grupal, sistematización, resultados, conclusiones, evaluación, y anexos.

Hasta ahora, se describió la metodología de proyecto de servicio social y prácticas profesionales que es fundamental para la elaboración de ésta tesis, ya que con base en la experiencia e información obtenida en éste proyecto, el caso que se utilizó para la elaboración de la misma, fue el del PAICMA, que se tomó como un asunto paradigmático en donde se observó cómo la intervención de una institución de salud falta de visión y compromiso, puede perjudicar un programa de corte integral y con perspectiva de derecho.

Al finalizar el proyecto, con la información obtenida y mi experiencia como participante, y estudiante de promoción de la salud, surge la inquietud de indagar sobre las políticas sociales de salud de cáncer de mama y hacer la revisión de los cambios en el PAICMA.

Lo anterior, partiendo del problema de desmantelamiento al sistema de salud, que se viene viviendo en México, desde la implementación del modelo económico y político neoliberal en América Latina a partir de los años ochenta. En donde, mediante una serie de imposiciones de organizaciones internacionales, como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, buscan la generación de “políticas públicas” que logren privatizar los derechos para convertirlos en servicios

que se pueden vender, a cambio de préstamos económicos a países de bajos recursos.

Lo más complicado para mí en esta etapa fue poder relacionar la teoría con la práctica, es decir, hacer el vínculo del tema de tesis con la promoción de la salud. Pues la mayoría de las veces me centraba únicamente en la teoría, y dejaba de lado la parte sustancial, la experiencia de trabajo con el personal del INMUJERES-DF.

Recuperar la importancia del rol de las colaboradoras del programa en este, tuvo que ver bastante con el concepto que tenía de lo que hace un promotor de la salud, pues a lo largo de la licenciatura se manejan varias vertientes dependiendo de la asignatura y perfil del profesor, ello, aunque enriquece a la misma, deja poca claridad sobre el modelo de intervención a seguir en la práctica de promoción de la salud. Así como la diferencia con la prevención y otras prácticas relacionadas. Por ello, el poder revisar las corrientes que maneja Chapela fue algo básico.

Finalmente, la problemática principal fue no tener un panorama tan amplio de lo que requiere una investigación, situación que fui resolviendo a lo largo del proceso de tesis.

Capítulo 2. Políticas sociales de salud en México.

En el apartado anterior, se han expuesto la teoría y conceptos que guían esta tesis, cuyo objetivo general, es exponer cómo la manera de mirar a la salud centrada en la enfermedad puede llevar al desmantelamiento de un programa de cáncer con perspectiva social e integral como es el caso del PAICMA.

Para lo anterior es importante saber que el desmantelamiento es una de las estrategias que utiliza el neoliberalismo en donde se realizan una serie de reformas con el objetivo de que el Estado de Bienestar tenga cada vez menos participación, dejado en manos del mercado los derechos convertidos en servicios privados, en donde quien mayor capital posee, mejor calidad de vida y acceso a la educación, servicios médicos, seguridad social, entre otros derechos tiene. En este sentido, las políticas públicas, resultan realmente afectadas principalmente a causa del

desarrollo de estrategias económicas de privatización de servicios y recortes de todo tipo de programas de ayuda social (Huertas, 1998, p. 22).

Siendo el PAICMA el tema central, es indispensable conocer bajo qué lógica se encuentra diseñando. Por lo cual, el objetivo del presente capítulo es indagar desde qué paradigma se encuentran diseñadas las políticas sociales de salud que atienden la problemática del cáncer de mama en el contexto actual, a quién van dirigidas, y a qué intereses están respondiendo.

Es necesario mencionar que las políticas derivan en planes, que no son más que una serie de acciones en lo general, y se establecen a largo plazo como pueden ser sexenios, aquí se ven concretamente las intenciones de las políticas mediante objetivos generales. Los planes a su vez definen objetivos específicos que más adelante se ven reflejados en programas, los programas a su vez se establecen de acuerdo a la prioridad de la problemática a tratar en mediano o corto plazo. En ocasiones se convierten en ley, ya sea por algún tratado internacional, la evolución en las problemáticas que estos atienden, pero la mayoría de las veces por presión social, tal es el caso del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama del INMUJERES-DF.

Por otra parte, las personas a quienes van dirigidas las políticas, por lo general, son referidas por los trabajadores de las instituciones de salud como usuarios o beneficiarios del programa o servicio, y ello se puede observar en la redacción de los planes y programas en salud.

La idea de llamar a las personas como usuarios o beneficiarios, forma parte de una ideología controladora y opresora, en donde quienes ejecutan las políticas públicas, ejercen su papel como superiores ante los demás. Pues desde el uso del lenguaje los participantes de los programas de salud, son vistos como cosas o seres que carecen de capacidades para modificar su vida, o personas que necesitan que un experto les indique qué hacer.

Estas formas de convivencia, han hecho a la sociedad realizar prácticas totalmente enajenadas.

Fromm considera que el resultado central de los efectos del capitalismo sobre la personalidad es el fenómeno de la enajenación. Hablamos de ello cuando la persona se siente respecto a sí misma como un extraño, sus actos no le pertenecen y las consecuencias de los mismos han pasado a ser ajenos suyos, se subordina a ellos e incluso los idolatra. Puede decirse que hablamos de un proceso de “cosificación”, en el que la persona no se relaciona productivamente consigo misma ni con el mundo exterior. (Fernández, 2009, p.75)

Por ello considero importante, que en las políticas sociales de salud se recupere a los seres humanos, que participan en ellas desde la perspectiva de sujetos. Lo anterior permitiría que desde el diseño de las políticas públicas se tomara en cuenta la opinión de los sujetos acerca de cómo resolver las necesidades con que viven, se pasaría del asistencialismo y se dejaría de pensar que lo que uno o varios expertos proponen como problemáticas y soluciones a ellas es lo ideal para quienes viven en las comunidades donde las políticas se implementan, pues todos somos poseedores de conocimientos y experiencias, asimismo, somos capaces de generar propuestas.

La idea de considerar a las personas involucradas en las políticas públicas como sujetos, permite un acercamiento más acorde a la visión de la promoción de la salud emancipatoria, que “[...] considera al sujeto como un ser constructor de conocimiento, significado, representaciones e identidad cuando en relación con objetos de la realidad”. (Chapela, 2007, p.20)

Este concepto permitirá colocar la mirada hacia las mujeres y hombres involucrados en el PAICMA como seres humanos valiosos, capaces de lograr su autonomía. Un elemento clave para los promotores de la salud quienes no debemos permitirnos situar a los sujetos en calidad de objetos creyendo que somos nosotros quienes poseemos todos los saberes. Del mismo modo desde el diseño y hasta la implementación, de las políticas, la conceptualización de las personas como sujetos es realmente fundamental en el sentido de que permitiría integrar a los sujetos como partícipes activos dentro de la construcción de su realidad.

2.1. Políticas sociales de salud.

En este punto, no me detendré a realizar un seguimiento en relación al surgimiento de las diferentes políticas sociales de salud implementadas a lo largo de la historia, no obstante, sí mencionaré de manera muy general algunos cambios para poder entrar al tema.

Anterior a la promoción de la salud, las políticas sociales de salud eran pensadas desde la salud pública, bajo un concepto de la salud basado en la biología, pues según las necesidades de la población, lo que interesaba era la atención sanitaria, y el saneamiento ambiental para el control de vectores, y epidemias.

Cuando el esfuerzo de los movimientos sociales de la clase pobre en el mundo en la década de 1960, logró que se integrará la ahora visión de los determinantes sociales de la salud propuestos por la epidemiología crítica, comienza a haber un enfoque en las condiciones materiales, pues la salud se percibe como un proceso ligado a la enfermedad condicionado por el acceso a la alimentación, vivienda, educación, trabajo, agua potable, entre otros determinantes sociales dirigidos a disminuir los efectos de la pobreza generada por la desigualdad social.

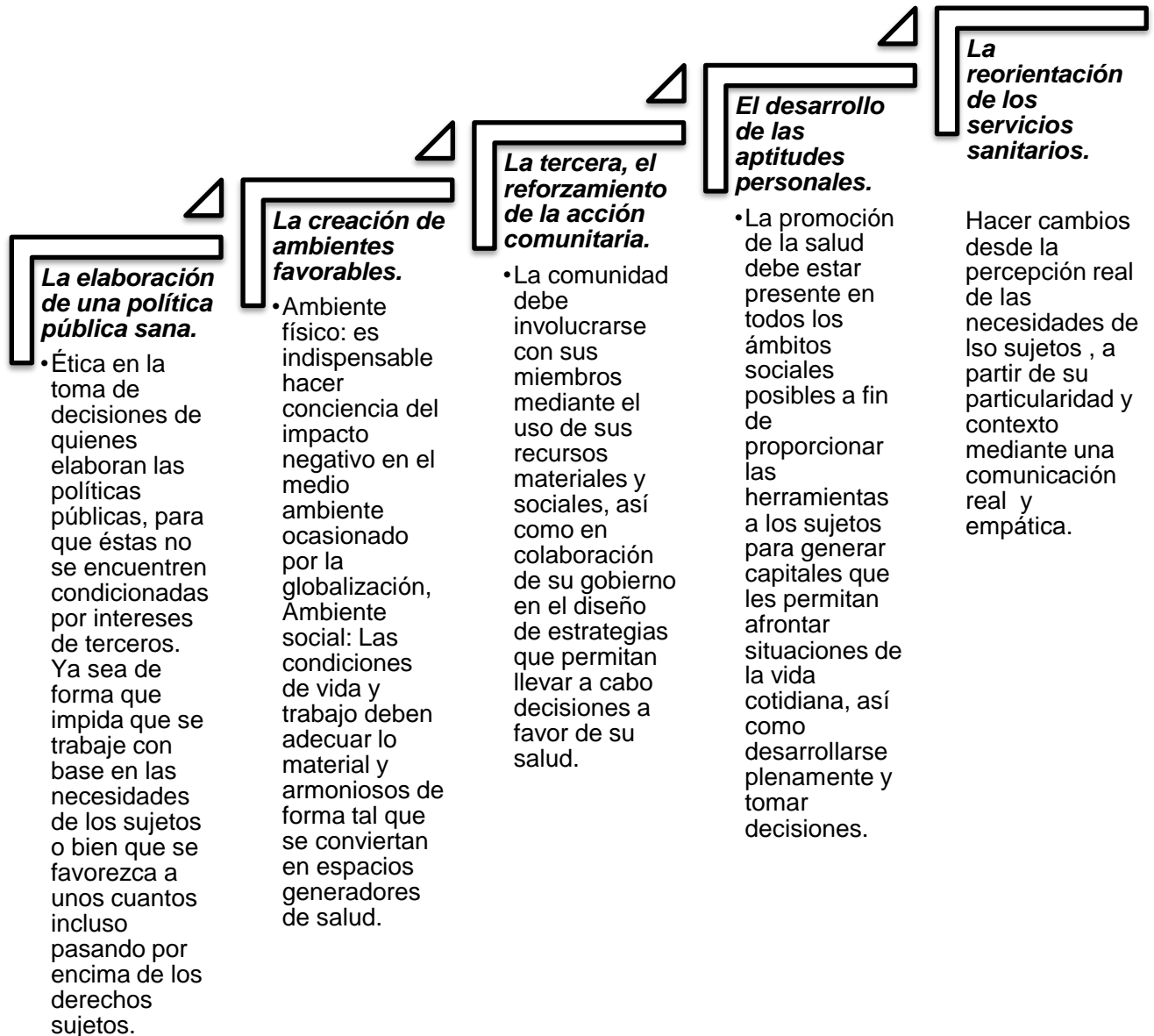
En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud, en un ambiente que percibe que el avance tecnológico y la creación de hospitales no es suficiente, si el acceso a los servicios de atención es desigual entre los diferentes países y en las regiones de los mismos, se propone que los países involucrados cumplan con la meta *salud para todos en el año 2000*, cuyo objetivo primordial era *alcanzar un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva* a sus habitantes.

Este acuerdo se formaliza en 1978 durante la Conferencia Internacional de sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata en donde se plantea “la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo” (CIAPS, 1978, p.1).

En 1986, en Ottawa surge la conferencia que tuvo como fruto la emisión de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, en donde además de replantear el concepto de salud como algo positivo. También se manifiesta la necesidad de *una participación activa* (elemento indispensable para promover la salud), pues para que realmente se generen cambios de fondo, es necesario involucrar a los sujetos en la identificación de sus necesidades, así como en la toma de decisiones que les permitan mejorar su calidad de vida utilizando sus recursos tanto físicos como intelectuales (por intelectuales me refiero a las destrezas y conocimientos de los propios sujetos en relación a elementos que sean de utilidad para transformar su realidad en conjunto), como se alude en Ottawa,

El resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones, y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. (CIPS, 1986, p.3)

Para ello, Ottawa propone cinco líneas de acción estratégicas, que se encuentran vinculadas entre sí. y son las siguientes:



Líneas de acción estratégicas para la promoción de la salud. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ottawa, 1986.

Con relación a lo planteado por Ottawa, las políticas sociales de salud, debieran ser diseñadas para responder a las necesidades de los sujetos y sus comunidades y no a los intereses de terceros (como pueden ser las empresas transnacionales o quienes detentan el poder).

Ello, se debiera hacer mediante el involucramiento de la población, que puede ser desde el que ellos mismos identifiquen sus problemáticas de salud, desarrollen sus potencialidades hasta la generación de recursos, y toma de decisiones en relación a aquellas situaciones que les permitan vivir con salud.

Pero antes, es necesario que los sujetos identifiquen y reflexionen el lugar que ocupan en la sociedad, cómo se encuentra estructurada y cómo se establecen las relaciones de poder y de esta forma también encuentren los medios para cambiar su posición y entonces generen un cambio.

No obstante, en la realidad sucede todo lo contrario, las necesidades de las poblaciones y sujetos no son tomadas en cuenta, sino que se dan opciones pre establecidas por las corporaciones internacionales como lo son: el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial quienes diseñan los programas o establecen los presupuestos acordes a sus intereses económicos, políticos y sociales que a nivel nacional y local se convierten en intereses grupales y personales.

De tal manera, que los sujetos pocas veces son partícipes activos en las políticas públicas, por lo general son acarreados por el clientelismo de los partidos políticos quienes realizan foros de consulta en donde dan opciones ya preestablecidas por ellos sobre en qué se invertirán los recursos.

No se fomenta el que la gente adquiera herramientas que los ayuden a ser tomadores de decisiones o desarrollar sus potencialidades. Sino que son tratados como incapaces al proporcionarles dádivas, tal es el caso de programas como Oportunidades, la llamada Cruzada contra el Hambre, el Apoyo Económico para Madres Solteras, Prepa Sí, que, en primera instancia, hace dependientes a los partícipes, y los pone en una situación de confort condicionado a determinadas actividades.

Es importante considerar que se genera mayor gasto para los programas y poco beneficio para la sociedad, pues deja a los sujetos en un lugar de subordinación que percibe a la gente como improductiva, fomenta la incapacidad para resolver problemas (algo muy conveniente para un Estado controlador de los sujetos y de las riquezas de un país).

Por el contrario, se deja de lado a grupos como niños huérfanos, adultos mayores, o personas cuyas posibilidades para trabajar son menores. Por ejemplificar uno de estos casos, en un artículo en línea de la revista Proceso, se alude a la situación de la población adulta en México indicando que “el principal recurso económico del que dispone este sector es el apoyo familiar o de la comunidad, y sólo el 25% es beneficiario de una jubilación o pensión económica” (Revista Proceso, 2016).

Y cuando existe un impacto negativo en la salud de las comunidades relacionados con la ocupación de sus espacios, la tala de árboles, el deterioro de sus comunidades, para la construcción de edificios o los famosos mega proyectos, al no establecerse leyes que lo prohíban, se incumple la primer acción propuesta en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, pues se anteponen los intereses de terceros al igual que en el caso de la no legislación y vigilancia en la fabricación y comercialización de productos que contienen sustancias nocivas para la salud, o bien cuando se justifica su uso y por el contrario se responsabiliza a quienes los consumen.

Por otro lado, las instituciones públicas niegan el servicio cuando no se es afiliado, aunque cabe recalcar que la mayor parte del problema no recae en éstas, ni en la falta de legislación, pues, aunque recientemente se aprobó el decreto que obliga a hospitales públicos a dar atención preferente a personas que viven en situación de vulnerabilidad¹³, la falta de recursos muchas de las veces detienen al personal, problema que ahora es más grave con la reforma en salud en puerta.

Pero el hecho de que la Carta de Ottawa a 34 años después de su publicación no tuviera los efectos que se esperaban, se debe a que justo por aquella época el mundo y específicamente, América Latina, entraba en una fase neoliberal que recordemos comienza en la década de 1980 y consiste en:

¹³ Se puede revisar éste decreto en la web del Senado de la República, Coordinación de Comunicación Social: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/grupos-parlamentarios/boletines-gp/28136-aprueba-senado-decreto-que-obliga-a-hospitales-publicos-a-dar-atencion-preferente-a-personas-que-viven-en-situacion-de-vulnerabilidad.html>

Un tipo de Estado que promueve la libre circulación del capital, las privatizaciones, el desmantelamiento de los derechos sociales, la reducción de los gastos en educación y salud, la represión a la clase obrera, el conservadurismo cultural, el machismo, la xenofobia, la vigilancia y el control permanente de los individuos, el racismo y la militarización de todo el planeta. (Kohan, 2006, p.9)

Y por supuesto, bajo esta lógica cada país interpretó la Carta de Ottawa como mejor convenía.

En el caso de México, tenemos la implementación de políticas con base en una promoción de la salud enfocada en los estilos de vida llamada también promoción de la salud oficial (debido a que es reconocida formalmente por las instituciones de salud), la práctica de este tipo de promoción de la salud va más bien ligada a la prevención o detección de la enfermedad, en donde ésta última es catalogada como un problema visto como una estadística y algo clínicamente probado, aquí los sujetos no importan, sino la enfermedad sobre el cuerpo de los sujetos.

Pero bien, para que una enfermedad sea catalogada como un problema (no para los sujetos, sino para el Estado), necesita cobrar relevancia en los gastos de salud, es decir; cuando escuchamos que el cáncer, la diabetes, la hipertensión, entre otras son un problema de salud pública, por lo general están ligadas a que en los hospitales ya no se puede cubrir a la población con estos padecimientos puesto que los tratamientos son muy caros y el número elevado.

Por otro lado, desde mi perspectiva, el reconocimiento del problema también se encuentra vinculado con el presupuesto asignado por organismos internacionales como el Banco Mundial a los Estados para promover el clientelismo.

Con lo anterior, me refiero a que cuando una enfermedad comienza a dejar recursos al sector privado ya que el Estado no se ha hecho cargo, se comienza a promocionar el problema. Un ejemplo lo podemos ver en el sexenio gobernado por el entonces presidente Felipe Calderón, comenzó a tratar el problema de la obesidad en México, se hizo mucha promoción de los estilos de vida saludables que

por supuesto dejaban de lado las condiciones económicas sociales y culturales de los sujetos y aludían a que por ejemplo las porciones de los productos de bajo valor nutrimental (comúnmente llamados alimentos chatarra), que eran vendidos a los niños en las escuelas primarias se redujeron en tamaño, ocasionó que las empresas que venden estos productos no sólo no dejaron de vender en las escuelas sus productos, si no que aumentaran sus ventas mediante la elaboración de productos más pequeños con igual o similar costo, y peor aún que los niños consumieran aún más productos.

De igual forma, la promoción de la salud basada en los estilos de vida, desde mi perspectiva, además de estigmatizar a los sujetos enfermos (merecedores de su desgracia por no haber sido capaces de optar por una buena nutrición, hacer ejercicio, etc.) contribuye a homogeneizar a los sujetos mediante la violencia simbólica imponiendo comportamientos catalogados como saludables.

Esto, lo podemos ver de manera tangible cuando en las unidades médicas se entregan dietas mediante folletos predefinidos, en el mejor de los casos por edades, dejando de lado las necesidades calóricas de cada sujeto, por ejemplo un hombre albañil que durante el día tiene un desgaste físico extremo y no se encuentra en su casa para poder preparar esos alimentos saludables, no podría cumplir con ese parámetro puesto que en primera instancia necesita alimentos que le proporcionen la suficiente energía para trabajar, por otra parte una chica adolescente que puede seguir esa dieta en poco tiempo habrá disminuido de peso de forma significativa y de continuar con esa dieta puede disminuir su rendimiento en la escuela por falta de energía.

Además, el diseño de la política desde esta promoción de la salud, se realiza por infinidad de expertos en la enfermedad como pueden ser médicos especialistas, científicos, epidemiólogos clásicos, actuarios, entre otros que son reconocidos como quienes poseen el saber sobre el problema, no obstante, se excluye el apoyo desde las disciplinas sociales y peor aún, a los propios sujetos.

Por lo cual, los contenidos dirigidos a éstos suelen estar además de saturados de lenguaje técnico, demasiado alejados de la realidad cultural y social

en que viven los sujetos y por supuesto de sus necesidades. Estos contenidos además son más bien, una serie de instrucciones indicadas en folletos (que por lo general terminan en la basura) sobre lo que se debe y no hacer para prevenir enfermedades.

Otro tipo de políticas sociales en salud que se desarrollan en nuestro país, y que incorporan a la promoción de la salud como una herramienta o estrategia de intervención, son las que trabajan el enfoque empoderante.

Desde esta perspectiva, las políticas sociales acentúan la división social, por ejemplo, separar a hombres de mujeres diseñando acciones exclusivas para éstas, sin embargo, estas acciones no logran empoderar a las mujeres, sino segregar aún más a la mujer y dividir a la sociedad, contra poniéndola incluso generando más violencia, no permite ver la relación de poder cultural que existe, ni entender el problema, de igual forma tanto hombres como mujeres podemos estar conscientes de que existe un problema de violencia de género, no obstante, ese hecho no implica un cambio necesariamente, pues nos encontramos dentro de una estructura que no opta por procesos liberadores ni genera condiciones materiales y reflexivas que permita a los sujetos cambiar su posición, sino que los dota de información esperando ese cambio. Es decir; se utiliza la antigua estrategia de *divide y vencerás*, y así el Estado se desliga de su responsabilidad, además de que este discurso favorece a las empresas para vender productos cuyas consumidoras son las mujeres.

Mucho se dice que de lo que se trata es de empoderar a la gente, sin embargo, lo que no queda claro es cómo se supone que a una persona se le devolverá el poder, si a lo más que llegan este tipo de prácticas es a concientizar a los sujetos sobre su situación desde prácticas lejos de la horizontalidad, que disfrazan acciones opresoras de liberadoras (Chapela, 2007)

En un caso reciente, tenemos cómo es que, a nivel mundial, el color rosa se pone de moda en las políticas de empoderamiento. Incluso, en la Ciudad de México, ahora que la perspectiva de género comienza a tomar relevancia, el rosa es utilizado como un elemento que ha dado una imagen diferente a esta ciudad y no

precisamente porque al Estado se le haya ocurrido dar interés a las mujeres, sino porque éstas han peleado por ocupar un lugar diferente a la sumisión, y ahora se utiliza como estrategia política, estrategia que a su vez nos convierte en sumisas al tratar el tema de una manera blanda, *delicada* y como un favor hacia las mujeres (Léa Poll, 2013).

Ahora, en nuestro transporte público es color rosa, por desgracia tememos que no ha servido realmente para colocar a las mujeres en una posición que les permita controlar su vida, incluso ha servido para aumentar el consumo de productos de color rosa, en relación al cáncer de mama tenemos que muchos laboratorios privados se encargan de promocionar paquetes de salud para la mujer. De igual forma, las empresas utilizando frases como: en pro de la lucha contra el cáncer de mama (Léa Poll, 2013) se atreven a vender sus productos acudiendo a esta causa como una forma de atraer a sus clientas.

La idea del empoderamiento se *vende* como si al comprar un producto de determinada marca (bajo discursos como el que *las mujeres nos merecemos consentirnos*) en automático nos convirtiéramos en mujeres empoderadas. Pero realmente sucede lo contrario, pues en el momento que se supone las mujeres nos liberamos adquiriendo alguna mercancía, lo que hacemos es contribuir a la acumulación de capital por quienes detentan el poder, entonces somos mujeres *empoderadas sumisas*.

En otras ocasiones, la promoción de la salud empoderante, también se ha utilizado para atender a la violencia de género, existen programas destinados a apoyar económicamente a mujeres que han vivido violencia, asimismo, se les brinda terapia psicológica y se les proporcionan talleres para poder auto emplearse. No obstante, el problema de violencia de género no se resuelve de fondo, lo que se hace es intentar disminuir los estragos de la violencia ya ejercida hacia la mujer, es decir; se atiende el resultado no la causa, y aunque se proporcionen herramientas a las mujeres no se trata de un problema que se dé por su falta de autoestima como por lo general se percibe, es un problema estructural.

Por otra parte, las políticas sociales de salud que se enfocan en la alfabetización y educación en salud, se basan en las estadísticas generales o problemáticas relacionadas por lo general con alguna epidemia. El foco de atención es el resultado de un diagnóstico realizado por expertos, lo más cercano posible a la realidad de los sujetos, pero no precisamente lo que éstos demandan. Se realizan acciones como cursos de capacitación del personal de salud y talleres de educación a los actores sociales en temas específicos como higiene y el autocuidado para prevenir o atender ciertas patologías o problemas sociales (Chapela, 2007).

Lo anterior, no es negativo para los sujetos, pues parte de una necesidad, el problema es que su participación es más de tipo estímulo respuesta que de tipo activa, además, muchas de las veces la gente es tratada nuevamente como ignorante por no saber las *técnicas adecuadas* (aprobadas por los médicos generalmente) de higiene y autocuidado.

Otro tipo de programas, son los que llevan un acompañamiento por profesionales en ciertas áreas como pueden ser la agricultura, construcción, generación de fuentes de empleos, entre otras y se otorgan recursos materiales destinados para un fin relacionado con las necesidades de los participantes. En ocasiones, los proyectos resultan muy exitosos cuando existe organización, interés y participación activa de las comunidades, aunque si no existe interés común, los insumos terminan siendo utilizados para necesidades más cercanas a estos o replican mecánicamente los conocimientos proporcionados sin encontrar sentido de hacerlo.

Lo anterior, es el resultado de que a los sujetos no se les haga partícipes activos de las políticas públicas desde el diagnóstico de sus necesidades. Por ello, es importante que este tipo de programas sean constantemente monitoreados para que realmente la opinión de los participantes sea tomada en cuenta. En otros casos ocurre que los profesionales están interesados en que los programas respondan a las comunidades, pero las instituciones no lo permiten o dejan de apoyar a los proyectos comunitarios.

Pero, ¿por qué no se ha logrado que las políticas sociales en salud tengan un enfoque más liberador? Desde finales de la década de los años setenta, en nuestro país, se implementan políticas (como parte de una estrategia a nivel mundial), con las que se desmantelan las instituciones públicas, para convertir los servicios de salud de públicos a privados, se mercantiliza el derecho a la protección de la salud, comienza a haber mayor desigualdad social, menos niños tiene acceso a la alimentación, agua potable, vivienda digna y educación básica y mucho menos adultos a un trabajo justo, bien remunerado, que les permita dejar de preocuparse por sobrevivir día a día y enfocarse en la construcción de un proyecto de vida realmente anhelado por los sujetos.

También se comienza a imponer un sistema de consumo basado en necesidades ficticias como pueden ser artículos que representan algún estatus y que predisponen que los sujetos vivan esclavizados en el trabajo para poder adquirirlos. Las situaciones de estrés, generadas en los sujetos en su intento de sobrevivir y cumplir con un patrón de consumo, así como el ingreso de sustancias nocivas para la salud en todo lo que consumimos (incluso en los alimentos) potencializan la generación de enfermedades.

Entonces, las políticas sociales de salud, se van adecuando a mitigar el impacto de lo que no se detiene. En otras palabras, la hegemonía enfoca la mirada en la superficie del problema y se define que los problemas de salud son las enfermedades cuando éstas son sólo una secuela más de las relaciones de poder que generaron las desigualdades sociales y que permean en la vida de los sujetos.

Para desarrollar esta idea, parafraseo a Chapela, quien nos dice que: la enfermedad, es una más de las distintas huellas que la experiencia con el poder deja en el cuerpo humano, un cuerpo arrancado primero del sujeto, convertido en territorio para posteriormente ser utilizado por quienes ejercen el poder dominante y con ello lograr sus fines de tipo económico y político, pero la enfermedad no es lo contrario de la salud, puesto que puede haber una persona completamente sana desde el aspecto físico y al mismo tiempo vivir triste o frustrada por no poder decidir lo que quiere para sí y su vida, o por el contrario, una persona con alguna limitación

física que puede ser el no caminar, pero que eso no impide que diseñe un futuro en donde pueda convertirse en campeón de juegos paralímpicos (Chapela,2011).

Ahora bien, ¿cómo hace el Estado para generar relaciones de poder?, esto lo hace desde sus instituciones (la iglesia, escuela, la televisión, la familia) en donde juega con el precepto de la ley del más fuerte que nos hace interiorizar desde muy pequeños diciéndonos que siempre existe alguien superior a nosotros y ese alguien es quien posee recursos materiales y además es reconocido socialmente o sus conocimientos son los más importantes. Creando adultos que ejercen el poder como autoridades creyendo que son superiores a los demás, ejerciendo prácticas desde la individualidad y la violencia actuando desde el abuso, el trato impersonal, con un concepto sobre los sujetos como cosas, valorándose, en función de los capitales que poseen, como menciona Bourdieu:

La posición de los individuos en un campo específico está determinada por su volumen de capital económico (dinero, bienes, propiedades, inversiones, etc.), capital social (relaciones, contactos, membrecía, parentescos, etc.) y capital cultural que se refiere a la información, saberes, o el conocimiento socialmente validado. (Bourdieu citado por Vizcarra, 2002, p. 62)

Y aún, cuando la hegemonía no logra convencer a quienes tienen autoridad para que estos realicen prácticas deshumanizadas que, mediante la exclusión de servicios, la culpabilización de los sujetos, la etiquetación y la disminución de la empatía que a su vez contribuyan a que el sometimiento, la violación de los derechos y la mercantilización de los mismos sean aún más fáciles, somete los primeros al deterioro de trabajo mediante los llamados recortes presupuestales.

Y esto, lo podemos visualizar cuando existen malas condiciones laborales para los prestadores de servicios, pues aquí, la clase dominante, espera que al haber pocos recursos para que ejerzan sus actividades surja el caos que genere oposición entre quienes son ya no personas sujetas de derecho si no usuarios de un servicio y los prestadores del mismo.

Si consideramos, que la promoción de la salud que se ha elegido para argumentar la presente investigación, es la emancipatoria que concibe a ésta como aquellas “acciones encaminadas a potenciar las capacidades humanas que permiten al ser humanos esfuerzos emancipadores para cambiar sus relaciones con el poder de manera tal que como resultado logre cambiar también las inscripciones en el cuerpo” (Chapela, 2011, p.112).

En este contexto, podemos decir, que las políticas sociales de salud, están totalmente desvinculadas de una promoción de la salud emancipatoria, debido a que el Estado, formula políticas, no para responder a las necesidades de las poblaciones, ni tampoco para que los sujetos se desarrollen como seres humanos, si no para obedecer a intereses mercantiles para el sector privado.

En este sentido, el Estado actúa de manera invisible, o bien sólo se encarga de realizar aquellas acciones que no generan mayor *plusvalía*,¹⁴ mientras que el mercado es el proveedor de servicios que antes eran derechos y que si generan riqueza, la promoción de la salud emancipadora no resulta ser ni siquiera un discurso, puesto que “desde la perspectiva del Banco Mundial la reorganización del sector y la inversión en salud deben orientarse a disminuir la carga global de morbilidad al menor costo posible, promoviendo la diversidad y la competencia de los servicios de salud” (Huertas, 1998, p. 38).

En otras palabras, desde una perspectiva capitalista, se busca la mayor ganancia al menor costo posible, en donde la salud es una mercancía que puede proveerse como un servicio por cualquier prestador competente en el mercado.

A partir de esta idea, las políticas sociales de salud mediante la focalización de servicios, son convertidas en migajas para quienes no pudieron adquirir el mejor paquete de salud con el sector privado, lo cual, resulta ser bastante

¹⁴Plusvalor o plusvalía es la fracción del valor producido por la fuerza de trabajo que es apropiada gratuitamente por el capitalista. Constituye el origen de la explotación. Representa un trabajo impago. Se produce en un tiempo de trabajo excedente. Es la fuente de vida del capital. Se divide y reparte entre diferentes capitalistas: como interés (bancos); ganancias (industriales) y rentas (terratenientes); Néstor Kohan, (2006). “Diccionario básico de categorías marxistas” disponible en, <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=39201>.

deshumanizador, puesto que no sólo se niega del derecho a la protección de la salud, sino el derecho a la salud.

La negación del primero, la podemos ver reflejada cuando un sujeto se ve condicionado a morir por no tener los recursos para un tratamiento costoso, o cuando la gente se ve forzada a no atenderse porque representaría una carga para la familia.

En cuanto a la negación del derecho a la salud, si comenzamos por las condiciones de vida y trabajo que llevaron a la disminución de la calidad de vida del mismo sujeto, encontraríamos que se negaron el derecho a quizá el agua potable, una vivienda digna, un trabajo justo, el esparcimiento, la nutrición, el acceso a los servicios de salud, entre otros. Pero aun yendo más a fondo, se le niega su humanidad puesto que las condiciones antes mencionadas impidieron que éste sujeto pudiera desarrollar sus capacidades porque se encontraba condicionado a pensar solamente en la enfermedad y en buscar los medios para poder curarla.

Dicho lo anterior, es que sostengo que el problema de las políticas sociales de salud, va mucho más allá del financiamiento, accesibilidad, calidad o disponibilidad de los servicios médicos que prestan las instituciones de salud, pues aun cuando un sujeto pudiera adherirse a éstos, estaría accediendo a un servicio que atiende sólo a la enfermedad.

Por otro lado, cuando se trabaja en los determinantes sociales de salud, mediante estrategias para conseguir el acceso a mejores servicios de salud, educación, vivienda, alimentación y trabajo, esto modifica la calidad de vida de los sujetos puesto que los coloca en un mejor lugar. No obstante, quedaría pendiente su salud como capacidad humana.

Es decir; es tan importante mejorar el ambiente físico como el social y personal, pero, además, es fundamental que los sujetos sean tomados en cuenta como seres humanos con dignidad, como sujetos capaces de generar cambios en sus vidas y por ello es indispensable que sean tomados en cuenta para el diseño de las políticas de salud, desde una perspectiva social y humana.

La participación de los sujetos, se podría promover con ayuda de quienes tienen conocimientos del tema, pero desde una relación en donde el poder sea ejercido por la comunidad y desde el trabajo en equipo.

2.1.1. Políticas de programas de cáncer de mama en el contexto actual.

En el apartado anterior, se señalaron de manera muy general algunas de las prácticas de promoción de la salud, bajo las que están diseñadas las políticas sociales de salud en México, ahora bien, en adelante se abordarán específicamente las de cáncer de mama, para lo cual es necesario conocer de entrada, la magnitud del cáncer de mama y posteriormente conocer cuáles han sido las acciones implementadas en algunos países de América Latina.

El cáncer de mama, es un tema relevante en la actualidad, pues el alza en la morbilidad y mortalidad es cada vez mayor. Según datos de la OMS, “en el 2012, más de 408,000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas, y 92,000 fallecieron por esta causa” (OPS, 2016). Como se puede percibir, casi la cuarta parte de las mujeres detectadas fallecieron por este padecimiento durante el 2012.

Por otro lado, “la proporción de mujeres fallecidas por cáncer de mama con menos de 65 años es más alta en América Latina y el Caribe (57%) que en Norteamérica (41%)” (OPS, 2016). Es decir; las mujeres que viven en países de menores ingresos tienen en un 16% mayores probabilidades de morir por cáncer de mama, sin embargo, el porcentaje de mujeres jóvenes fallecidas por esta causa en ambas poblaciones es muy elevado.

Además, la OPS dice que “Las proyecciones indican que el número de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas aumentará en un 46% en el 2030” (2016), estos datos deberían ser lo suficientemente alarmantes para que los países tuvieran contemplado en las políticas de programas de cáncer de mama buscar las causas que originan este problema de salud, pues no son números sino seres humanos los que mueren o su calidad de vida se ve condicionada por

esta causa. Pocas veces se llega a hablar de la investigación sobre las causas o curas.

Pero, ¿por qué no interesa hacerlo?, pues bien, recordemos que todos estamos dentro de un sistema en el que un ser humano no importa, sino que el valor de su vida radica en lo que produce y consume. La salud al estar catalogada por el sistema médico hegemónico como una mercancía siempre será vista como una oportunidad de negocio para el sector privado, y el cáncer de mama ha resultado serlo. Pues de acuerdo con un artículo de CNN expansión:

Una mastografía en el sector privado, puede costar entre 1,800 y 2,000 pesos, todo depende del laboratorio, el hospital y el doctor que la practique, en caso de detectarse irregularidades en la mama es necesario realizar un ultrasonido mamario que tiene un costo aproximado de 3,500 pesos, posteriormente si se requiere tomar una muestra del tejido, dependiendo del tipo de biopsia el costo puede variar desde 4,000 pesos hasta 15,000 pesos, y finalmente el costo de la cirugía, 150,000 pesos(2014).

De tal forma que un sujeto que vive con cáncer de mama y que no logra ser atendido por ninguna institución pública o que requiere acudir a una institución privada estaría pagando al menos de 174, 000 pesos.

Por ello, si existe una visión mercantil de la salud, no sólo la investigación sobre las causas de los problemas de salud, si no el derecho a la salud y el acceso a los servicios de atención sanitaria, difícilmente serán prioridad de los Estados, mientras que se pueda vender la mayor cantidad posible de paquetes de detección y tratamientos, pelucas, y fármacos.

De acuerdo con un artículo de la revista Merca2.0, “México es el segundo mercado más grande de América Latina en la industria farmacéutica, y es un importante productor de medicinas de alta tecnología, incluyendo antibióticos, antiinflamatorios y tratamientos contra el cáncer, entre otros” (22 de abril del 2018).

La anterior cifra es muy alentadora, no obstante, resulta paradójico que “de 2010 a 2020, México pasó de 1.8 a 0.9 camas de hospital por cada mil habitantes” (Milenio, 24 de junio del 2020).

Es decir, a la par que ha ido creciendo la industria farmacéutica ha ido disminuyendo la inversión en infraestructura hospitalaria pública.

Por otra parte, si se sacaran a la luz las causas medioambientales que generan cáncer de mama una política que prohibiera que la toxicidad que emiten muchas empresas llegara a nosotros, no resultaría favorable para las industrias que desechan tóxicos al medio ambiente, ni a las que venden tantos químicos para el aseo personal o del hogar, tampoco querrían dejarnos de vender comida con transgénicos y hormonas alteradas.

Por lo cual, los Estados al estar en constante defensa de los intereses neoliberales, optan por hacer políticas de papel, con programas que se enfocan en la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento (en el mejor de los casos), focalizados, con presupuestos muy escasos y poca cobertura. Incluso todas o la mayoría de las acciones están dirigidas hacia las mujeres, cuando los hombres también son propensos, y desde aquí el derecho a la salud deja de ser universal.

En la mayoría de los programas, las acciones están enfocadas en la enfermedad, ignorando por completo a los sujetos como seres humanos que sienten, tienen vida y derechos. Y se enfocan en la enfermedad debido a que como anteriormente hemos visto, una política social “de salud”, diseñada desde la hegemonía, no puede ser saludable, puesto que se contrapone a sus intereses, pues si se tomara en cuenta a las personas como sujetos, y estos se liberarán de las inscripciones puestas en ellos como por ejemplo, el ser catalogados como enfermos de cáncer, puesto que dejarían de ser controlados, por ello la hegemonía intencionalmente “olvida” que dentro de ese cuerpo vuelto cosa y catalogado como enfermo, vive un sujeto.

Por ello, se habla mucho en las políticas de programas de cáncer de mama que se luchará contra el cáncer, como si para empezar se estuviera luchando con un ente maligno, con una cosa o contra el propio sujeto, que es en realidad lo que

se hace, pues quienes llegan a poder acceder a un tratamiento costado por el sistema público, son expuestas a tratamientos inhumanos en donde se realizan acciones como mutilaciones y radiaciones, que resultan ser demasiado agresivos y disminuyen la calidad de vida de quienes son tratados, es decir, mientras que los diseñadores de políticas de programas de cáncer de mama, deciden pelear contra la enfermedad, el sujeto que ya fue desligado de su cuerpo y conceptualizado como no saludable, vive en un sufrimiento constante, entonces estamos diciendo que las políticas de programas de cáncer de mama se diseñan para detectar y tratar enfermedades desde un enfoque no saludable y bastante violento.

Por otro lado, en mes de octubre a nivel mundial, se realizan y campañas de salud encaminados a hacer marketing publicitario sobre el cáncer de mama en donde el presupuesto se invierte en folletería, moños, playeras, globos de color rosa, los edificios gubernamentales y monumentos se iluminan de rosa con el fin de “concientizar a la población” (Poll, 2011).

Tal pareciera, que festejamos al cáncer de mama, o el fin fuera que en ese mes se incrementarán las ventas de paquetes de detección del sector privado (Poll, 2011), debido a que, en el sector público, no todos tienen acceso a la detección. Además de que se propicia la saturación de los servicios públicos de salud en este mes, y se generan expectativas sin respuesta lo cual, a su vez, propicia frustración y enojo en las mujeres.

También, habría que analizar para qué se intenta concientizar, es decir; ¿se trata de que estemos conscientes de que el cáncer de mama existe, y de que nos sintamos culpables desde antes de enfermar por no tener los adecuados estilos de vida?, igualmente sería importante conocer lo que este tipo de campañas transmite a las personas que viven con cáncer de mama, ¿también querrán monumentos de color rosa y globos?

En América Latina, a pesar de que el cáncer de mama ha ido en incremento, la creación de políticas en relación a este padecimiento son pocas y hasta hace pocos años se vienen implementando, además de que las acciones se enfocan en la enfermedad y no en las causas que la originan, y mucho menos en la

construcción de espacios que permitan a los sujetos vivir de manera saludable aun con cáncer de mama. Y por saludable, me refiero de nuevo al concepto de salud elegido, es decir; a esa capacidad que como seres humanos históricos tenemos de construir nuestras vidas desarrollando nuestras capacidades, y por capacidad no me refiero a las físicas que son las más nombradas como el caminar, ver, escuchar, sino a las capacidades humanas como las siguientes que engloban a la capacidad humana que es la salud:

Capacidad erótica, de pasión, de rabia, de gusto, de ensueño, de enojo y placer. Capacidad sapiens, de memoria, de razonamiento, juicio y raciocinio. Capacidad ludens, de crear, soñar, imaginar, hacer el infinito, lo imposible, los guiones, escenarios y reglas. Capacidad económica, de identificar los límites y las posibilidades en contextos finitos materiales, técnicos y prácticos. Capacidad política, de evaluar, de construir alternativas, de elaborar proyectos, de elegir y decidir. Capacidad faber, de actuar con intención, de modificar a través de la práctica en el mundo material los mundos objetivo y subjetivo en función de un proyecto, de actuar en la palabra, de inscribir la subjetividad en el mundo objetivo. (Chapela, 2004, p. 4)

Un punto relevante, de un estudio realizado sobre las políticas de programas de cáncer de mama en América latina, es que en la mayoría de los países revisados, las acciones van encaminadas a confirmar un cáncer de mama y a tratarlo, además de que los criterios para realizar los estudios de mamografía (éste consiste en un estudio de rayos x, realizado en las mamas para detectar cáncer de mama) son variables en cuanto a la edad de inicio para poder realizarse la prueba (debido a que no se realiza a todas las mujeres, se aplica en un rango de 30 a 70 años dependiendo el país), la periodicidad y el tipo de población a quien va dirigido el programa (si se tienen antecedentes familiares, en algunos casos si se ha tenido terapia hormonal) (González, López y Nigenda, 2010).

Por ejemplo, en Brasil, Argentina y Chile, se realiza la mamografía como la única acción contemplada para la detección temprana de cáncer de mama, en los

primeros dos países se realizan como acciones de prevención dirigidas a mujeres con antecedentes familiares partir de los 30 y 35 años y a todas las demás mujeres sin antecedentes de cáncer de mama a partir de los cuarenta. En el caso de Chile la mamografía es utilizada como un estudio de detección en mujeres de 50 años, es decir, para confirmar una sospecha de cáncer de mama (González et al., 2010).

En países como Bolivia, México y Panamá, se contemplan acciones como el auto examen de mama (que consiste en una revisión de las mamas realizadas por las mismas mujeres), el examen clínico (realizado por el médico) y la mastografía (que es lo mismo que una mamografía) de diagnóstico y detección con periodos anuales y bianuales dependiendo del riesgo (González et al., 2010).

En el caso de Perú, las acciones son el auto examen de mama fomentado en mujeres a partir de los 20 años, la identificación de mujeres con alto riesgo para referirlas a la mamografía de tamizaje o diagnóstico y la mamografía en sólo el 30 % de las mujeres a partir de los 40 años. Y en el caso de Uruguay una de las acciones es el examen físico mamario cada tres años en mujeres de 20 a 39 años y anual para las de 40. La mastografía se realiza a mujeres mayores de 40 años que lo soliciten.

Lo anterior, habla de que existe una inequidad en este servicio de detección. Además, la detección, no puede resolver la problemática de la alta incidencia del cáncer de mama debido a que se trabaja sobre el iceberg del problema, es decir; sobre la detección, factores de riesgo y tratamiento y no sobre los determinantes sociales, que pudieran relacionar al cáncer de mama con el aumento de las zonas industriales, las condiciones ambientales, el cambio hacia una alimentación industrializada, entre otras.

La mayoría de las acciones son de prevención secundaria y se encuentran integradas en otros programas de salud como el cáncer cérvico-uterino, es decir, no se ha dado el nivel de importancia requerido a pesar de las cifras alarmantes sobre decesos por esta causa.

Las acciones contempladas hasta el momento para la detección de cáncer de mama, según el estudio antes citado han sido la mamografía de tamizaje,

la mamografía de diagnóstico, el auto examen de mama y el examen clínico periódico sin contemplar a hombres. Acciones que no han logrado la disminución de la tasa de mortalidad por cáncer de mama debido a que se realizan en etapas tardías. Lo anterior sin tomar en cuenta que en relación a la detección en hombres existen pocas acciones, lo cual implicaría un subregistro de casos y por lo tanto una morbilidad silenciosa.

2.1.1.1 Políticas nacionales en los programas de cáncer de mama.

Ya se ha destacado un poco el contexto en que se enmarcan las políticas de programas de cáncer de mama en nuestra América Latina, en adelante, se hablará específicamente del contexto de las políticas de programas de cáncer de mama en nuestro país. En el caso de México,

[...] la tasa de mujeres más jóvenes fallecidas por cáncer de mama (de 25 a 49 años) es de 7.2; y para las mujeres que se encuentran entre los rangos de edad de 50 a 64 años la tasa se eleva a 31.3 muertes por cada 100 mil mujeres; y para las mujeres de más de 65 años a 45.9 muertes (Cámara de Diputados, 2014).

No obstante, estos datos solamente han servido para justificar el hecho de que los programas de cáncer de mama se enfoquen en las mujeres en etapa productiva, bajo el argumento de que no existen los recursos para tratar o diagnosticar y que por ello los estudios se realizan en grupos etarios de mayor riesgo, como si las demás mujeres no importaran, y no podía esperarse otra cosa, pues en el Plan Sectorial de Salud, es muy evidente la visión económica que se tiene del cáncer de mama, en donde se cita a Gutiérrez, Guajardo y Álvarez para decir que:

El costo indirecto por pérdida de productividad debida a muerte prematura en población en edad de trabajar, es derivada de cuatro grupos de enfermedades vinculadas con la obesidad —diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y cáncer colon rectal, se estimó para 2008 en 25,000 millones de pesos y se estima que

en el 2017 se ubique entre 73,000 y 101,000 millones de pesos (Secretaría de Salud, 2012, p.23).

El gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, ha implementado desde 1974 el programa nacional de detección oportuna del cáncer cervicouterino y del cáncer mamario (INSP, 2009). Sin embargo, el hecho de que existiera el programa que contemplara la detección de cáncer de mama, no significó que se llevara a cabo, como al igual que una norma, pues como se puede constatar un artículo del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en 1994 ya se contaba con una Norma que consideraba la mastografía, pero como no se respaldó con la partida presupuestal correspondiente, no tuvo cumplimiento (Martínez, Uribe y Hernández, 2009).

No basta con que en el papel se tengan estipuladas acciones para atender la problemática del cáncer de mama u otras, pues el discurso no sirve de nada a la población si no se llevan a la concreción las acciones escritas, aun cuando el hecho de la existencia de normas o programas sea visto políticamente como un gran paso ante otros países.

Además, González et al., mencionan que “en México más de 75% de los casos son diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad (Estadios II, III, y IV)” (2010, p.34).

Es decir; ni siquiera hablemos de que no existe la promoción de la salud en estos programas, sino de que la prevención de la enfermedad se encuentra ausente, es más, la detección oportuna que es el supuesto objetivo de las políticas de los programas de cáncer de mama en nuestro país, tampoco se logra por la falta de seguimiento en los casos de mujeres que viven con cáncer de mama.

De acuerdo con González et al. (2010), hasta ese entonces, la Norma Oficial (NOM-041-SSA2-2002) para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama a nivel nacional, en comparación con otros países, contemplaba acciones que sólo llegaban hasta el tratamiento, es decir; no existía un seguimiento. Al no existir un seguimiento, la política de los programas de cáncer de mama para “salvar” a mujeres que viven con cáncer de

mama queda a medias, pues como se tiempo después del tratamiento, puede reaparecer el cáncer de mama.

Actualmente, y revisando la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, ya se contempla el seguimiento de casos, no obstante, no existe un apartado específico, sino que sólo se menciona como uno de los pasos a seguir y no se profundiza sobre la importancia de que quienes se realizan la mastografía, conozcan su resultado y tengan un acompañamiento psicológico como lo hacía el INMUJERES-DF, sino que sólo se toma en cuenta a quienes ya viven con cáncer de mama, para un próximo tamizaje.

Knaul, et al. (2009) indican que “el cáncer de mama afecta tanto a mujeres jóvenes como a mujeres de mayor edad y una gran proporción de este padecimiento en los países en desarrollo –en muchos hasta 50%– ocurre en mujeres menores de 54 años” (p.41). No obstante, el estudio de mastografía en México no es realizado a toda la población, si no ha determinado grupo etario y a mujeres con antecedentes familiares.

De acuerdo al Modelo de Atención de Cáncer de Mama, del Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer (PPCCM), la detección se realiza conforme a la NOM-041-SSA-2011, a mujeres a partir de los 25 años con exploración clínica de mama, y mastografía cada dos años en mujeres entre 40 y 69 años. Las mujeres con resultado anormal a la mastografía, o la exploración clínica, deben referirse a evaluación diagnóstica para confirmación histopatológica y posteriormente a tratamiento oncológico para los casos positivos a cáncer. El reporte de resultados de mastografía se realiza con el sistema del Colegio Americano de Radiología (BIRADS), las mujeres con resultados de BIRADS 0 y 3 deben contar con un estudio de imagen complementaria, y a partir de ahí, decidir su seguimiento o su referencia para evaluación diagnóstica (Secretaría de Salud, 2014).

Como se puede ver entonces, políticas sociales de salud en los programas de cáncer de mamá ni siquiera cumplen sus objetivos, sirven de muy

poco y resultan ser hasta burocráticas, es decir; los protocolos para poder acceder a la detección se encuentran interferidos por criterios como la edad, pero no sólo eso, sino que, al enfocarse en la enfermedad, dejan de lado a los sujetos como seres humanos íntegros y los ven como entes biológicos.

El PPCCM hace alusión a que se debe promover el cambio del enfoque en la *enfermedad*, para enfocarse en la “salud”, partiendo del carácter multicausal de tales neoplasias y evaluando sus aspectos patológicos en relación orgánica con sus determinantes sociales. Es decir; de nuevo se enfoca en la enfermedad, aunque en el discurso habla de salud.

Además, el programa se orienta en promover los estilos de vida enfocados en la *alimentación correcta*, el control del consumo de alcohol y principalmente la actividad física. Por lo que podemos decir que se trata de un programa que culpabiliza al sujeto, que está diseñado nuevamente para disfrazar a los factores de riesgo promovidos por la promoción de la salud oficial, como determinantes sociales, y por lo tanto terminan desligando al ser del cuerpo, para poder realizar práctica sobre este bajo el discurso de ofrecer salud, claro una salud física que tampoco se puede cumplir.

Asimismo, se hace hincapié en la detección y a sus componentes (educación de la población y el tamizaje), refiriendo que la educación permite adquirir conocimiento acerca de los factores de riesgo, signos y síntomas de la enfermedad y de las acciones de detección. Y que el tamizaje, consiste en la utilización de pruebas sencillas en una población sana, con el fin de detectar a los sujetos que aún no presentan ningún síntoma y que ya padecen la enfermedad, particularmente en el cáncer de mama el método que ha demostrado eficacia es la mastografía, al respecto Knaul et al., mencionan que:

Las organizaciones no gubernamentales en particular, y la red de servicios de la Secretaría de Salud, hacen mucho hincapié en la autoexploración mamaria debido sobre todo a la falta de acceso a la mamografía. Además, el examen clínico no incluye en general la exploración de los senos y, cuando lo hace, con frecuencia no es un

procedimiento sólido desde el punto de vista técnico. Asimismo, se carece de acceso a la mamografía debido a una insuficiencia de unidades y personal capacitado, en especial en las áreas rurales. (2009, p.341)

Es decir; además de que las acciones son insuficientes e ineficientes debido a que no existe el presupuesto para llevarlas a cabo, las acciones de prevención, se reducen a la autoexploración de mama, lo cual indica que se trabaja sobre el miedo de las mujeres por vivir con cáncer de mama, un miedo que en caso de resultar sospechosas de cáncer de mama, puede incrementarse debido a que *no se cuidaron* o bien, *no tenían la cultura de revisarse*, lo cual al ser un discurso oficial trae consigo el desligamiento de la responsabilidad del Estado y no sólo para otorgar presupuestos sino para hacer frente a la problemática y realizar acciones para proteger a la población. En cuanto a la cobertura Knaul et al., indican que:

La seguridad social en México cubre alrededor de 40 a 45% de la población e incluye tratamiento del cáncer de mama. A partir de 2007, la población sin seguridad social tiene derecho a tratamiento de cáncer de mama a través del Seguro Popular de Salud. A pesar de esto, los servicios escasean y las intervenciones de detección temprana, en particular la mamografía, son muy limitadas. Desde el año 2006, sólo 22% de las mujeres de 40 a 69 años se sometió a una mamografía en el último año. (2009, p. 335)

Es decir; no se está logrando atender ni siquiera a la demanda de mujeres para quienes está destinado el servicio, lo que habla de que en México no se está garantizando el derecho a la salud de hombres y mujeres debido a que el Estado no ha implementado las acciones ni definido presupuestos necesarios poder dar acceso a la salud de toda su población.

La seguridad social tiene un papel muy importante pues, sin la atención que brindan instancias como el IMSS e ISSSTE, México no cubriría un porcentaje representativo en la atención del cáncer de mama y aunque en efecto el Seguro Popular surge supuestamente para dar cobertura a la población no asegurada, en algunos estudios ya se ha visto que proporciona servicios muy limitados.

Y es que la seguridad social, no es poca cosa, es un derecho que costó muchas vidas conquistar y que no sólo se limitó a la atención médica.

A partir de 1945, después de un drama atroz, (..) se creó la seguridad social tal y como quería la Resistencia, como su programa estipulaba: Un plan completo de seguridad social cuyo objetivo sea garantizar a todos los ciudadanos los medios de subsistencia, en todos aquellos casos en los que no puedan procurárselos a través del trabajo; una jubilación que permita a los ancianos trabajadores finalizar sus días con dignidad. Las fuentes de energía, la electricidad y el gas, las minas de carbón y los grandes bancos se nacionalizaron. (...) El interés general debía primar sobre el interés particular y el reparto justo de las riquezas creadas por el mundo del trabajo, sobre el poder del dinero (Hessel, 2017, p.108).

Sin embargo, la seguridad social hoy día es prácticamente inexistente, incluso limitándola a la atención médica, son las personas las encargadas de su atención, la mirada hacia las problemáticas se ha individualizado, y los derechos colectivos están desapareciendo.

En cuanto al cáncer de mama, de acuerdo con un artículo reciente de periódico se menciona que:

[...] pese a que desde hace ocho años la atención del cáncer de mama está incluida en el Seguro Popular, algunas pacientes deben cubrir el costo de ciertos insumos debido a cuestiones logísticas y de desabasto, particularmente en los estados [...] la mayor cantidad de quejas se relacionan, por ejemplo, con catéteres para quimioterapia [...], retrasos en la compra de medicamentos y que de igual forma han faltado agujas para biopsias. (La Jornada, 2015 p.35)

Esto sin contemplar los costos de rehabilitación, que como se sabe son catastróficos para la población, además de que para quienes no cuentan con los recursos para atenderse pueden representar la vida.

Cabe mencionar, que México como uno de los Estados parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas y firmante en septiembre de 2015 de la Agenda

2030 para el Desarrollo Sostenible, se encuentra comprometido con el objetivo 3.8, “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (ODS, 2016, p.14).

Dentro del Plan Sectorial de Salud 2013-2018, se encuentra la Estrategia 2.5. *Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cervicouterino, de mama y próstata* (Secretaría de Salud, 2014). De esta estrategia se desprende el Programa de Acción Específico; Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018. Que desde el mismo nombre deja fuera a los hombres y coloca al cáncer de mama como un “problema exclusivo de la mujer”. Cabe mencionar que anteriormente ya se había logrado separar el programa de atención al cáncer de mama del cervicouterino como una estrategia para dar importancia a cada uno de estos de manera específica, no obstante, vemos un retroceso en el programa de este sexenio.

Además, la promoción de la salud continúa ausente, pues podemos notar sigue siendo concebida por las instituciones a nivel federal (es decir, por quienes detentan el poder y una autoridad en materia de salud), como una herramienta de la prevención que tiene como fin *educar a la población en estilos de vida saludables*. De igual forma los determinantes sociales son entendidos como factores de riesgo y se pierden en las acciones como detección y tratamiento.

En el primer objetivo del Programa de Acción Específico. Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018, se indica que uno de los principales problemas de los servicios de salud en México, es el enfoque de las prácticas médicas en el tratamiento de la enfermedad, por lo que se enfatiza la necesidad de *evolucionar de la enfermedad a la salud*, y para ello, se opta en favorecer prácticas integrales de salud, asociadas a la apropiación de estilos de vida saludables y en constituir a la promoción y prevención de la salud en ejes prioritarios en la prestación de servicios (Secretaría de Salud, 2014).

No obstante, no se nota la diferencia. Pues se responsabiliza a la población por no saber alimentarse o tiene hábitos *no saludables*. Y con este discurso hay que tener mucho cuidado pues bajo la idea de prevenir la enfermedad mediante la promoción de estilos de vida saludables, se puede estar eliminando el derecho al tratamiento y la responsabilidad del Estado.

El tener un estilo de vida saludable no es algo negativo, pues cuando una persona se alimenta de forma más natural y cambia sus actividades para mejorar su salud física, vive de manera más armónica, previene ciertos riesgos físicos y genera mejor estabilidad en su autoestima, entre otras cosas.

Sin embargo, es importante pensar que las condiciones entre unos y otros para cambiar de estilo de vida son desiguales, además, la forma en que plantean las estrategias para lograrlo, por lo general se imponen. Por lo que las personas pueden dejar de seguir *hábitos saludables* al sentirse incómodas, y obligadas a hacerlo. Pues se trata de un modelo de tipo conductual.

Cambiar de hábitos va mucho más allá de una decisión individual, pues se encuentra relacionado con procesos más profundos, como pueden ser la parte cultural, el entorno social, la depresión, el acceso económico, la mercadotecnia, el tiempo, la familia, entre otras circunstancias que van moldeando al sujeto a un modo de vida particular que no se puede homogeneizar a e incorporar a cierto estilo de vida que llevan a cabo otros sujetos

También es importante reflexionar ¿qué es un estilo de vida saludable?, ¿para quienes lo es?, y de acuerdo a qué lineamientos lo es. Pues no es lo mismo el estilo de vida para una sociedad oriental, occidental, con diferente nivel socioeconómico.

Más allá del discurso, existe inequidad no sólo en los recursos asignados para estudio de mamografía, mientras que en la Ciudad de México se cuenta con 113 mastógrafos para tamizaje, en Nayarit y Aguascalientes se tienen 7 en total (Secretaría de Salud, 2014).

Lo cual, puede influir en el subregistro de detecciones en estos Estados. De las instituciones que cuentan con estos aparatos, destacan el IMSS, ISSSTE y SSA.

Y aunque se dice se cuenta con los recursos necesarios, no se menciona en qué condiciones se encuentran los mastógrafos, además de que Coahuila siendo la entidad federativa que registró la mayor tasa de mortalidad por cáncer de mama en 2012, con 23.8 muertes por cada 100 mil mujeres (Cámara de Diputados, 2014), cuenta con tan sólo con 36 mastógrafos para atender a toda su población.

Y aunque la detección no ha sido efectiva para reducir la muerte de mujeres por esta causa, no se han estudiado otras formas de trabajar realmente con los sujetos que viven con cáncer de mama desde una opción más saludable, es decir; desde lo que sí pueden hacer, desde cómo pueden re significar sus vidas utilizando los medios con los que cuentan, reflexionando sobre el sentido y formas de vivir, recuperando su autonomía para definirse desde otro lugar que les permita vivir sin sufrimiento, sin estigmatización, sin violencia.

Igualmente, sería importante conocer si las mujeres se realizan el estudio por la idea del *auto cuidado* o por el miedo fomentado desde las instituciones de salud. De ser esto así, habría una imposición más sobre los cuerpos de las mujeres y se dejaría de respetar su autonomía, pues se vería violentado su poder de decisión el cual estaría mediado por las instituciones de salud.

Lo anterior, sumaría la relación de poder que se ejerce sobre el género femenino en nuestra sociedad, pues además de infundir miedo a padecer cáncer de mama y con ello tener el control sobre sus formas de pensar y posteriormente sus cuerpos, se crece el sentimiento de inferioridad que las pone en una condición socialmente vulnerable y en el caso de resultar sospechosas de cáncer de mama además de ser culpables por no cuidarse, serían convertidas en objetos de compasión y debilidad.

2.1.1.2. Políticas locales de programas de cáncer de mama.

Una vez visto, cómo es que nuestro país se encuentra abordando la problemática del cáncer de mama, nos propondremos revisar, el caso particular de la Ciudad de México, pues es en ésta donde nace el Programa de Atención Integral al Cáncer de

Mama de la Ciudad de México, del INMUJERES-DF tema de la presente investigación.

En el caso de la Ciudad de México, la tasa de mortalidad se había incrementado desde 1990. No obstante, no se había implementado ninguna acción por parte del Gobierno del antes Distrito Federal.

Eran las asociaciones de lucha contra el cáncer de mama como son: Grupo Reto, Fundación Cim*ab, FUCAM, INMEGEN, Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer; y la iniciativa Tómatelo a Pecho de la Fundación Mexicana para la Salud A.C (FUNSALUD) e Instituto Carso para la Salud, quienes se hacían cargo mayoritariamente de atender esta problemática (Maza y Vecchi, 2009). Se trataba de los familiares de mujeres o bien de mujeres que tras haber vivido con alguna experiencia en relación al cáncer de mama crearon asociaciones civiles, y rompieron el silencio en que se encontraba este tema. Silencio que ocultaba el crecimiento de la problemática.

Esto tuvo gran importancia, pues para un país en donde predomina la cultura machista y por ende la salud de la mujer es poco o nada importante, con las voces de muchas personas se logró que las mujeres (que por lo general son las más diagnosticadas con cáncer de mama) fueran atendidas por el gobierno la hoy Ciudad de México. Sin embargo, las acciones implementadas por estas organizaciones, se han reducido a acciones asistencialistas y educativos.

Actualmente en la Ciudad de México, existen instituciones y programas públicos que atienden la problemática del cáncer de mama

Los centros de salud cuentan con mastógrafos, pero cabe mencionar que para pedir informes se debe contar con acceso a internet, además los datos de la página web de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA-CDMX), no se encuentran actualizados, pues en el mes de octubre de 2018, se ingresó a la página, posteriormente, se eligió el centro de salud más cercano y el número telefónico no coincidía.

También se encuentra el Seguro Popular con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. El principal requisito para poder ser atendido o atendida es

no ser beneficiario de ninguna otra institución que brinde seguridad social, lo cual reduce la “universalidad” del seguro popular, otro requisito es que primero se debe estar afiliado para lo cual hay que acudir a realizarse un estudio socioeconómico para ver si se es candidato y de ser aprobado, se debe cubrir la una cuota económica, y por si fuera poco, la póliza inicia vigencia el mismo día de incorporación, contemplando treinta y seis meses (tres años). Por lo cual, si un sujeto que vive con de cáncer de mama requiere tratamiento primero deberá renovar el seguro.

Además, en el Manual del Seguro Popular Guía para la Atención del Cáncer de la Mujer, respecto a una de las preguntas: ¿Qué hago si me cobran o solicitan comprar algo que está incluido en mi atención?, se menciona que él o la “paciente” pueden interponer una queja, pero que, para ser atendidos más rápido, es mejor que cubran el gasto y posteriormente solicitar un reembolso en las oficinas del Seguro Popular de preferencia antes de 30 días naturales.

Por lo cual, no es un hecho que el seguro popular cubra totalmente los gastos, pues al momento de atenderse puede ser posible que requieran pagar algún tratamiento, además de que para el reembolso se contemplan el trámite sea posible en no más de 30 días hábiles. Es decir; se ve más el lado económico que la vida de las personas.

Por otra parte, existe el Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA) de la Ciudad de México. Este programa realiza jornadas de salud para la prevención, aplicando mastografías gratuitas a mujeres mayores de 40 años, desarrolla actividades educativas sobre derechos sexuales y reproductivos y derecho a una vida libre de violencia con énfasis en la prevención del cáncer de mama, así como estudios complementarios, canalización especializada y acompañamiento psico-emocional a mujeres que viven con cáncer de mama.

Aunque en los siguientes capítulos se hablará con más detalle del PAICMA, que es el tema central de la presente investigación, es importante señalar que este programa fue reconocido como innovador, anteriormente era llevado a cabo por el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, y a partir del 2011 con la entrada en

rigor de la Ley para la Atención Integral al Cáncer de Mama de la Ciudad de México es la Secretaría de Salud de la Ciudad de México la institución encargada de ejecutarlo.

A partir de esta ley, ha habido cambios importantes para el PAICMA, por mencionar algunos, para que una persona pueda saber en dónde se contra la red de mastógrafos, requiere tener acceso a internet, debido a que es por este medio donde mayor difusión hay.

Esto habla de una desigualdad en cuanto al acceso a la información para poder encontrar el servicio. Uno de los requisitos es ser habitante de la Ciudad de México, lo que conlleva a un acto discriminatorio hacia las mujeres que no lo son.

Por otra parte, no sólo en las políticas relacionadas con los programas de cáncer de mama sino con los programas de salud en general, los intereses y la falta de coordinación entre el Gobierno Federal y Local, así como de sus instituciones se ha convertido en una de las principales limitantes para garantizar el derecho a la salud de la población.

Como se pudo observar, resulta fundamental que las políticas gubernamentales de programas de salud dejen de enfocarse en la enfermedad y giren la mirada hacia los sujetos y sus necesidades. En este sentido también es importante que éstos últimos sean tomados en cuenta como seres autónomos con capacidad para participar en los procesos y toma de decisiones.

Un enfoque de promoción de la salud más integral, permitiría la generación de estrategias que vayan más allá de la prevención. En el caso del cáncer de mama, es necesario un avance por lo menos en este último nivel de acción, pues hasta ahora a lo más que se llega es a la detección ya sea por autoexploración, ultrasonido o mastografía.

Capítulo 3. El derecho a la salud y el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México (PAICMA) antes de la de la intervención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

En el capítulo anterior, se ha expuesto el panorama general de las políticas sociales en salud y particularmente las de cáncer de mama en América Latina, México y en

la hoy Ciudad de México. A continuación, se presenta el caso del programa gubernamental de cáncer de mama de la Ciudad de México: Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA), que nace en el Instituto de las Mujeres del antes Distrito Federal y que, a partir de la entrada en rigor de la Ley para la Atención Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal en el 2011, pasa a formar parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SEDESA).

En este capítulo, se referirá al PAICMA antes de la intervención de la SEDESA, es decir, cuando el INMUJERES-DF lo implementaba para en el capítulo cuatro hacer alusión a los cambios observados después de la aplicación de la Ley antes mencionada.

En adelante, se revisan algunos elementos en el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama, como la perspectiva de género y el trato digno, asimismo, se reflexiona sobre la existencia de la promoción de la salud en este programa, y desde qué enfoque se daba cuando pertenecía al INMUJERES-DF. Para ello, se toma como base el análisis de la experiencia del trabajo con el personal del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal para el PAICMA y como marco de referencia a la promoción de la salud emancipatoria debido a que desde este enfoque es posible observar elementos de la salud que van más allá de la enfermedad, como las relaciones de poder que se pueden estar ejerciendo desde la hegemonía en el diseño e implementación de una política, así como la concepción que se tiene de las mujeres y en este caso, de las mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México.

Pero antes de iniciar, para entender mejor el enfoque con el que se revisará al PAICMA, es importante hablar de los fines que persigue la promoción de la salud emancipatoria.

La promoción de la salud emancipatoria es una propuesta realizada por Consuelo Chapela, que propone que, para poder realmente construir alternativas con relación a la salud, es necesario replantear el concepto de salud y la idea de lo que es un sujeto saludable.

En su propuesta, Chapela justifica que esto es necesario puesto que la hegemonía mediante sus instituciones es la que crea conceptos e impone significados, y con ello controla a los sujetos desde el modo de pensar, una vez que logra que la mayoría reconozca los significados impuestos como propios, es cuando es capaz de ejercer una serie de prácticas, que permiten direccionar a sociedad con el fin de acumular más poder y tener la libertad para lograr los fines políticos, culturales, económicos, entre otros que hacen que prevalezcan los intereses de un grupo que por años se coloca en el poder.

Por ello Chapela propone una promoción de la salud que permita recuperar la autonomía de los sujetos, en donde sean estos quienes construyan sus significados, y ejerzan sus capacidades humanas con el objeto de que decidan sobre sus vidas y puedan generar sus proyectos de vida a partir de un trabajo de reflexión, que recupere al sujeto de las redes de poder del consumismo entre otras que no le permiten la libertad en ningún sentido. Es por lo anterior que la promoción de la salud emancipatoria, no tiene como prioridad la enfermedad, ni lucha contra ella porque esto significa dividir al sujeto en cuerpo y mente e implicaría luchar contra el sujeto, por el contrario, busca su integridad, y lo concibe como capaz de construir y modificar su realidad en tanto que es poseedor de conocimiento y capaz de construir su realidad (Chapela, 2007).

3.1.1. El derecho a la salud y su importancia en el PAICMA.

La salud como un derecho humano¹⁵ es resultado de la constante lucha de la sociedad por conquistar sus derechos, y ha sido replanteada por organismos internacionales para poder convertirse en la medida de lo posible, en un derecho realmente tangible. Sin embargo, como uno más de los derechos sociales, su

¹⁵El artículo 25 de la declaración universal de derechos humanos, estipula que: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad"(Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, p. 7). Disponible en:http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

legislación y ejercicio suelen convertirse en arma de doble filo, pues se puede defender y vulnerar al mismo tiempo.

Este derecho humano, no debería estar condicionado a discursos políticos, firmas o acuerdos entre países, reglamentos o constituciones, aunque cabe mencionar que sin estos instrumentos su defensa sería bastante complicada y su exigibilidad¹⁶ inútil. Por ello en cada país, los derechos civiles y políticos, al igual que los derechos económicos, sociales y culturales como la salud, son orientados por documentos internacionales, pero regidos para su ejecución por la máxima ley de cada país (en el caso de México por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos).

A nivel internacional, tenemos por ejemplo al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que en la Observación General 14.-sobre *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* estipula en su párrafo tercero que:

El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud. (2000, p.2)

Lo anterior, nos permite tener un concepto amplio e integral de la salud, y, por lo tanto, la noción de que no se trata sólo del derecho a tener las condiciones mínimas y necesarias para no enfermar. Aunque en la OG 14 refiere que “El derecho

¹⁶“La exigibilidad, en un sentido lato, tiene que ver con la concreción del alcance del derecho (su contenido esencial); la identificación de sus titulares, así como del responsable de hacerlo efectivo” (Saura, 2011, p.5). Jaume Saura Estapà. Facultad de Derecho. Universidad de Barcelona. Artículo en línea disponible en: http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/19294/exigibilidad_saura_PTD_2011.pdf?sequence=1

a la salud, no debe entenderse como un derecho a estar sano” (2000, p.3), con lo cual se pudiera entender que estar sano es sinónimo de no enfermar. No obstante, este documento internacional, es lo más cercano que tenemos a un derecho a la salud integral, puesto que se extiende hacia los determinantes sociales de la salud, y a los prerequisites para la salud establecidos en la Carta de Ottawa: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad (CIPS, 1986:1), lo que le da a la salud la característica de interdependencia con otros derechos. Sin embargo, cada Estado parte, puede realizar acciones respecto a la salud de una manera limitada o integral, generando estrategias de corto, mediano y largo impacto.

El Comité, haciendo un ejercicio de realismo, reconoce que ningún Estado tiene la capacidad para asegurar que toda su población esté sana, puesto que hay una serie de factores que son imposibles de controlar y que influyen en el goce o no de salud (tal es el caso de la propensión individual a sufrir una dolencia, la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados, la falta de prevención, etcétera). (Carbonell, 2009, p. 175)

La interpretación que cada Estado haga sobre el texto, puede marcar diferencias para el goce de este derecho en los sujetos. Por ello, podemos decir, que la salud como derecho humano, se encuentra en una lucha constante de relaciones de poder, pues en Estados autoritarios, la salud se encuentra vulnerada constantemente y aún más, cuando la sociedad vive sometida y desconoce que tiene derecho a exigir el cumplimiento del mismo.

Si bien, es cierto que existen circunstancias individuales que pudieran vulnerar la salud, los estilos de vida y los factores de riesgo, son atribuibles a las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones.

Ahora bien, vayamos al caso específico de nuestro país, a nivel nacional, en nuestra carta magna, en el artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), se hace mención que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. (2014, p.7)

Como se puede notar, este artículo, ni siquiera es exclusivo para el derecho a la salud, sino a su protección, no se establece de forma clara en qué consiste y cómo es que el Estado lo hará cumplir.

Este es un punto importante a reflexionar, pues en el caso del cáncer de mama, así como en de cualquier problema de salud, al igual que en la mayoría de los países de América latina, en México el derecho a la protección de la salud en cualquier nivel de atención (prevención, diagnóstico o tratamiento), sólo se encuentra cubierto para algunos sectores de la población, incluso algunas etapas de la evolución de la enfermedad. Lo anterior se debe a que nuestro modelo de salud se encuentra estructurado de la siguiente manera:

El sistema de salud de México, está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. (Gómez et al., 2011, p. 221)

Aunque en el modelo todas las personas tienen acceso a un servicio de salud, en la realidad para quienes existe un menor costo al momento de la atención,

es para los trabajadores del sector formal, pues el acceso al nivel de rehabilitación por mencionar un ejemplo es prácticamente directo que para quienes trabajan en el sector informal. Este último sector de la población en muchas ocasiones tiene que buscar atención privada y pagar desde una consulta médica, medicamentos, una ambulancia, hasta tratamiento y si tiene los medios rehabilitación.

Además, la atención es totalmente desigual entre quienes asisten al Seguro Popular, al IMSS o a SEDENA, puesto que el primer nivel de atención lo cubre la institución a la que se está afiliado, por ejemplo: si se tiene Seguro Popular, primero habrá que acudir a la clínica (que no dispone de igual cantidad de equipo, personal o medicamento que una unidad del IMSS), posteriormente se irá escalando de acuerdo a la normatividad para ser atendido, lo que lleva tiempo de espera que puede traducirse en la complicación de la patología con que se vive, incluso la muerte.

Actualmente (desde el sexenio de Felipe Calderón hasta el de Enrique Peña), el gobierno federal ha impulsado un sistema universal de salud, por ello la existencia del seguro popular. No obstante, además de prestar servicios precarios a las personas que pertenecen al seguro popular, se ha disminuido el presupuesto a instituciones que durante años han dado cobertura a gran parte de la población (IMSS e ISSSTE). Por lo que este sistema, en lugar financiar a las instituciones que dan mayor cobertura e integrar entonces a toda la población para una atención equitativa y digna, tiende a ser privado, no resuelve la problemática de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud (y no hablemos de quienes se encuentran en las zonas rurales más alejadas de estos servicios) por lo que se incumple con lo estipulado en la Constitución sobre que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

De tal forma, que la normatividad y legislación existente para tener acceso a un servicio de salud en México, muchas veces es un impedimento para las personas. En el caso del Cáncer de mama que hasta hace poco se ha atendido, el tratamiento tiene un costo impagable para personas de escasos recursos no

afiliadas al sistema público que cuente con lugares de atención cercanos y con buen nivel.

Por lo que, dividido el sistema de salud, hablamos de que existe una discriminación hacia las personas que no se encuentran en el sector formal que de acuerdo a una noticia del periódico *La Jornada*, para el segundo trimestre del año 2016, 29 millones 412 mil 185 mexicanos se encontraban en este sector por supuesto sin acceso a ninguno de los beneficios de la seguridad social (Miranda, 2016). Hablamos entonces de que el hecho de ser humano en México como en otros países no importa, pues la salud es para quien la puede pagar.

El derecho a la salud, ligado principalmente a la prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, es decir a la prestación de servicios médicos, deja a los mexicanos en un nivel muy lejano a lo estipulado en los mecanismos internacionales sobre la complejidad del derecho a la salud. Pues para este derecho, no sólo se requiere de tener atención médica, la cual como ya hemos visto, prácticamente no existe en nuestro país.

Pero no sólo eso, sino que, aun limitándose al derecho a la protección de la salud, revisando la OG 14 en relación a los elementos esenciales del derecho a la salud tampoco hay un cumplimiento. Para ejemplificar de mejor manera, revisemos una noticia que habla sobre el caso de mujeres de las comunidades de Oaxaca, que, debido a la no existencia de la equidad en los servicios de salud, y a la falta de un programa integral, a nivel nacional, la calidad de los servicios para atender este problema de salud, varía de un estado a otro. Pero antes veamos cuáles son los elementos esenciales de la salud que de acuerdo a la Observación general 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, estos son:

a) Disponibilidad.- que exista un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas; b) Accesibilidad.- servicios de salud sin discriminación alguna y que encuentren al alcance geográfico de todos, en especial los grupos vulnerables o marginados, que exista asequibilidad, para lo cual es necesaria la equidad la cual exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud,

en comparación con los hogares más ricos. Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. c) Aceptabilidad. - los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la cultura de las personas, sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate) Calidad. - ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. (OG 14,2000, p.4)

En un artículo del periódico *el Imparcial* se habla de que las mujeres indígenas de algunas comunidades de Oaxaca se encuentran en gran desventaja en relación al cáncer del virus del papiloma humano y al cáncer de mama. Esto debido a que las principales barreras para ser diagnosticadas y acceder un tratamiento son: la falta de conocimiento sobre el cáncer, la pena sobre el qué dirán de sus cuerpos, o de que un hombre las vea, que sus parejas no dejen que otro hombre las vea desnudas, el miedo a salir diagnosticadas, la pobreza, o los gastos que genera un tratamiento (que si bien se dice son cubiertos por el seguro popular, muchas veces venden sus propiedades para continuar el tratamiento o peor aún mueren por no contar con recursos para trasladarse a las unidades de salud), que los volantes y trípticos estén en español cuando ellas hablan otra lengua y no el español, asimismo, el racismo, la discriminación que se da en general en los servicios de salud cuando se es mujer, joven o indígena. (Manzo, 2016)

Lo anterior habla de que no existe aceptabilidad y accesibilidad. Respecto al tema de accesibilidad, se da una discriminación hacia las mujeres indígenas y pobres, los servicios de salud no se encuentran geográficamente cerca, aun tomando en cuenta que se trata de una población marginada, de mujeres, incluso adolescentes, tampoco hay accesibilidad económica, pues el tratamiento representa un gasto catastrófico para las familias de quien lo padece. Asimismo, no hay un acceso a la información sobre el cáncer de mama, además, la información

que se encuentra en, las clínicas no están al alcance de todos (hablando de la lengua) Y en cuanto a la aceptabilidad, hace falta que los servicios de salud se encuentren culturalmente apropiados a la cultura de este y otros grupos de mujeres, salvaguardando sus derechos humanos.

El PAICMA, desde sus inicios cuando pertenecía al INMUJERES-DF, en la medida de lo posible y con los recursos con los que contaba, logró realizar un programa lo mayor apegado a los elementos esenciales de la salud y al derecho a la salud de manera amplia.

En primera instancia, el INMUJERES-DF, realizó un convenio para que los camiones de Red de Transporte Colectivo del antes Distrito Federal (RTP) transportaran a las mujeres hasta el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). De igual forma, si bien no había un traductor, realizaron trípticos en lengua náhuatl, que, aunque, no es la única lengua que se habla en esta ciudad, sí la que mayormente ha predominado después del español. Las mastografías se realizaban por delegaciones principalmente en las zonas más marginadas.

Para que acudiesen las mujeres a realizarse la mastografía las colaboradoras, se acercaban a puntos estratégicos como la lechería, la iglesia, el mercado, las escuelas, avisando con tiempo de anticipación a la población, e incluso acudiendo hasta sus casas, este trabajo las prestadoras lo hicieron muy bien, pues aún con miedo las mujeres poco a poco fueron acudiendo a realizarse el estudio hasta verlo como algo cotidiano al respecto, las colaboradoras, comentaban que al principio asistían muy pocas mujeres, y después no había capacidad para atenderlas por lo que tuvieron que hacer convenios con asociaciones para dar la cobertura requerida.

Otro punto importante a destacar, es que el personal del INMUJERES-DF para el PAICMA, hablaba con las mujeres antes de subirse a la unidad móvil a realizarse la mastografía, explicándoles en qué consistía, cómo serían tocadas y que, si se sentían agredidas, o veían algo fuera de lo común se acercaran a las mujeres del chaleco rosa para reportarlo, lo que generaba mayor confianza por parte de las mujeres para practicarse el estudio de mastografía.

Además, algo que permitía que el PAICMA fuera un programa integral y por lo tanto con perspectiva de derecho a la salud, era el hecho de que en la etapa de rehabilitación las mujeres recibieron mangas, sostenes o prótesis por parte del INMUJERES-DF,

[...] en el año 2009 se estableció como meta la donación de 100 artículos de rehabilitación como prótesis externas, sostenes especiales y mangas de compresión para la prevención de linfedema para contribuir a la rehabilitación física y emocional. Para las pacientes que fueron sometidas a una mastectomía es importante utilizar prótesis mamarias con la finalidad de prevenir posibles lesiones en la columna como consecuencia de la pérdida de peso de la mama que fue retirada. Esto se complementa con la utilización de un sostén especial para colocar la prótesis. [...] Otro artículo de suma importancia para la rehabilitación de las pacientes es el uso de una manga de compresión para la prevención de la linfedema. Es importante señalar que las pacientes atendidas dentro del Programa eran jefas de familia o sólo percibían el ingreso de uno a dos salarios mínimos por parte de sus parejas, lo cual dificulta la adquisición de artículos de rehabilitación por cuenta propia y el pago de terapia física [...]. (INMUJERES, 2014, p.21)

Algo que es importante destacar aquí es que, aunque que el INMUJERES-DF en ese año no recibía ni la mitad del presupuesto que actualmente se le asigna a la SEDESA para operar al PAICMA, contemplaba la situación socioeconómica de las mujeres a las que se les hubiera extirpado un seno ofreciendo este tipo de apoyos creando el grupo de 'la red rosa'.

este grupo de la red rosa fue maravilloso, [...] se hacía un grupo de apoyo psicológico [...], se lograron muchas cosas con ellas, reconstrucción de mama, entrega de mangas, hacían yo creo que algún convenio no estoy muy enterada pero algunas asociaciones hicieron un convenio o algo así para la entrega de prótesis, para la

entrega de mangas, la última que me tocó fue que les entregaron una tarjeta, les dieron un apoyo económico a las mujeres, ese estuvo fabuloso, pero nada más fue una vez. (Informante 1, comunicación personal, 16 de abril del 2015)

El derecho a la protección de la salud, en la Ley General de Salud, entiende a la salud de acuerdo a lo que la OMS establece, es decir; como *un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*. A partir de este concepto de salud, podemos entender por qué es tan limitado el derecho a la protección de la salud.

Si revisamos el artículo 2º de la Ley General de Salud, encontramos que el derecho a la protección de la salud, tiene como primera finalidad: “el bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades” y como siguiente “la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana” (Ley General de Salud, 2014, p.1)

El PAICMA cuando pertenecía a INMUJERES-DF, en materia de derecho no se limitaba a la protección de la salud, sino que hizo tangible la recomendación de la Observación General 14 en relación al párrafo 20 sobre la perspectiva de género que menciona lo siguiente:

Para suprimir la discriminación contra la mujer, es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se

supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos. (OG 14, 2000, p.7)

Pues cuando una mujer no tiene acceso a un trabajo remunerado, a la educación, a una vida sin violencia, a la libertad sobre su cuerpo, a la expresión, entre otros derechos, la salud no puede ser ejercida, en vista de que es interdependiente con los anteriores derechos.

Cada una iba y contaba sus experiencias contaba lo que en ese momento lo que le estaba molestando perturbando inquietando, y tocamos temas desde la familia la violencia a la que muchas de las mujeres han sido sometidas por sus parejas y yo creo que por la hijos y ellas por la ideología que traen de la familia, de la educación, no lo veían como violencia, sino cómo lo que me tocó vivir porque mi mamá me dijo que me tenía que aguantar y aquí es en donde se empiezan a identificar un proceso de violencia pasando por temas de valor de autoestima de no sé, derechos humanos, de trámites legales, de acuerdo a cómo se iba desarrollando la sesión (se refiere al grupo de terapia psicológica). (Informante 6, comunicación personal, 16 de abril del 2015)

No es que el PAICMA, debiera ser dirigido únicamente a mujeres, pero debido a que el derecho a la salud en una sociedad patriarcal, como lo es la sociedad mexicana, es desigual en su ejercicio cuando se es mujer, un programa de cáncer de mama con esta perspectiva permite a ver a las mujeres como sujetas de derecho y no como objetos o como seres inferiores.

El programa de cáncer de mama del INMUJERES-DF, proporcionó a las mujeres de escasos recursos el acceso a una mastografía gratuita, pues de acuerdo

con lo que las colaboradoras del PAICMA, este programa inició en las delegaciones más marginadas del entonces Distrito Federal, en donde incluso al tener el convenio con el Instituto de Cancerología, se trasladaba a las mujeres que requerían estudios complementarios a este instituto.

[...]fue un logro muy importante porque es muy difícil que Cancerología te haga un estudio de tamizaje [...] aparte se rentaban los camiones de RTP, se hacían las llamadas y las citábamos, por ejemplo, en el parque solidaridad que está allí en Avenida Juárez, este muy cerca de la Alameda ahí llegaba el camión y todas las mujeres que venían de diferentes delegaciones se concentraban, se subían a la unidad móvil, en ese inter las registrábamos, les dábamos la plática porque había mucha gente entonces y a veces no teníamos ni donde sentarlas. (Informante 1, comunicación personal, 16 de abril del 2015)

Las colaboradoras indican que incluso llegaban mujeres que vivían en el Estado de México para realizarse la mastografía. El hecho de que el INMUJERES-DF hiciera todo lo posible por incluir a las mujeres más vulnerables y acercara el servicio de mastografías, hacía del PAICMA, un programa que cumplía con la característica de accesibilidad tanto física como económica, sin embargo, lo anterior cambió radicalmente con la SEDESA.

Por otro lado, el hecho de que la autoexploración fuera promovida por el PAICMA, fue un gran logro puesto que las mujeres en edad madura, aún vivían con el tabú de tocar su cuerpo.

Con el empoderamiento, el INMUJERES-DF, comenzó a impulsar a las mujeres para reducir las relaciones de poder que vivían en su entorno, había logrado que acudieran a realizarse la mastografía, que no tuvieran pena por tocar su cuerpo, aprendieran a conocerlo lo anterior, gracias a que el personal tenía el compromiso de buscar y convencer a las mismas de asistir a las jornadas, muchas mujeres iban perdiendo el miedo y poco a poco ejercían su derecho a la atención médica.

El empoderamiento, con perspectiva de género, en el PAICMA significó mucho, de acuerdo a lo que las colaboradoras del PAICMA externaron en el

acercamiento que se tuvo durante el proyecto: *Programa del taller de capacitación en Promoción de la Salud al personal de INMUJERES-DF que opera el PAICMA*, como colaboradoras, el empoderamiento les permitía inculcar a las mujeres el respeto hacia a ellas mismas, que contaban con derechos, que no podían seguir siendo violentadas en ningún ámbito o lugar, apuntaban, que su objetivo como personal del INMUJERES-DF era fomentar en las mujeres mejores herramientas personales, más habilidades, asimismo, que desarrollaran sus propias habilidades para que tuvieran la capacidad de enfrentarse a diferentes situaciones en su casas, en su comunidad, en la cuestión laboral.

Alguna de las colaboradoras aludió al empoderamiento como *una habilidad mental* que era importante sobre todo después del proceso del cáncer de mama, que el empoderamiento personal ayudaba a que las mujeres pudieran tener las herramientas necesarias para adquirir recursos económicos ya que después de vivir un proceso de cáncer de mama, no era tan fácil conseguir un trabajo y que era importante contemplar que la mayoría de ellas eran madres y jefas de familia.

Otras de las colaboradoras del PAICMA del INMUJERES-DF mencionaron, que la convivencia con las mujeres que vivían con cáncer de mama y que habían sido acompañadas en el proceso de empoderamiento, les permitía ver cómo éstas habían aceptado y asumido su enfermedad y que ese periodo de transición había fortalecido a las mujeres. De igual forma, el personal del PAICMA, indicaba que el empoderamiento era una herramienta que utilizaban para hacer sentir importantes a las mujeres, que eran libres e independientes y podían elegir dejar a su pareja si vivían en una relación de violencia, hacerse escuchar, ser madres solteras si así lo decidían y que no necesitaban cumplir con un prototipo de mujer.

Por otra parte, el informe del Proyecto de Seguimiento del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA) del Distrito Federal, cita fragmentos de una de las entrevistas realizadas a mujeres que asistían a los grupos de acompañamiento psicológico, en donde se pone énfasis en la importancia del Empoderamiento para enfrentar al cáncer, en adelante se refieren parte de ellos:

“yo era una persona que ni hablaba, era una persona ora´ sí que, muy sumisa pero ahorita ya he aprendido [...] Yo me siento muy bien, me siento completa.[...] porque hay cosas que ya no permito que me hagan, o que me digan; entonces me ha ayudado mucho venir aquí a INMUJERES [...] yo decía que, yo no tengo violencia intrafamiliar porque no me golpea...Sí me está ofendiendo, sí vivo violencia intrafamiliar [...]puedes ver que tienes capacidad de resistencia primero, de poder modificar, porque puedes modificar y aparte de eso ser un ejemplo para otra gente [...]”. (2013, p.26)

Este testimonio, permite entender la importancia del empoderamiento con perspectiva de género no sólo para el personal del INMUJERES-DF como una herramienta o estrategia, sino para las mujeres que viven con cáncer de mama.

De acuerdo con lo que el personal externó, hubo una época en que a las mujeres que vivían ya con cáncer de mama y se encontraban dentro del programa se les entregaban vales, en la situación que se encontraban, éste apoyo les permitía tener un recurso económico para poder continuar asistiendo a su tratamiento.

La atención psicológica era en parte cubierta por el grupo de psicólogas con que contaba el INMUJERES-DF, que no sólo se dedicaba a dar terapia individual y de grupo, sino que les daban seguimiento a las mujeres incluso buscándolas hasta sus domicilios cuando dejaban de asistir.

La atención psicológica entre otras cosas permitió que las mujeres se sintieran escuchadas, no sólo por la psicóloga con quien hicieron catarsis, sino por otras mujeres que se encontraban en el grupo y pasaban por una situación similar. Además de la escucha, la empatía juega un papel importante en estos grupos de apoyo según lo que las colaboradoras del INMUJERES-DF indican, pues esto ayudaba a que las mujeres no se sintieran solas y generan redes de apoyo incluso fuera del INMUJERES-DF.

[...] son más los casos de mujeres que todo mundo se va y todo mundo las deja, entonces, ¿qué hacen?, pues que están llevando la enfermedad solas y en algunos casos son mujeres que hasta el trabajo perdieron, entonces imagínate ¡qué condición de vida! cuándo hasta

perdiste trabajo porque tienes que buscar, ¿por qué sigues viviendo, y sigues luchando? y tienes que buscar entonces, ¿cómo te alimentas, ¿cómo comes, ¿cómo vistes?, ¿cómo todavía tienes para irte a tus tratamientos? (Informante 2, comunicación personal, 13 de abril del 2015)

Por otra parte, el PAICMA cuando pertenecía al INMUJERES-DF, poco a poco permitió la participación de las mujeres, y como alguna de las colaboradoras mencionó, que las mujeres se acercaran y creyeran en sus instituciones. Esto es un punto fundamental en las políticas sociales de salud.

La salud es un derecho, y los derechos se ejercen. La participación social es una expresión del ejercicio de ese derecho; así que, en términos de las políticas de salud, dicha participación es una obligación de los gobiernos y no una graciosa concesión o, apenas, un recurso técnico para hacer “exitoso” un programa o acción de salud. La participación es, también, una estrategia necesaria si de lo que se trata es que las personas y los grupos sociales, asuman progresivamente, el control de su salud, adecuándose o modificando las condiciones de vida y de trabajo que la favorecen o deterioran. En el camino de este propósito, la participación contribuye al éxito de los programas. (Deneb, Gasca y Ríos 2008, p.84)

Por lo que se requiere de procesos educativos que nos ayuden a conocer e incorporar nuestros derechos, como lo hizo el INMUJERES-DF, con el apoyo de su personal al momento de acercar a las mujeres a la realización de diagnósticos de cáncer de mama. Pues no solo se trata de recibir un folleto que los mencione, sino que es importante se nos expliquen cuáles son, en qué consisten y cómo ejercer nuestros derechos, así como los mecanismos a seguir para expresar nuestras necesidades. Con miras a que en un futuro ya no se requiera de acompañamiento para ejercerlos y lo hagamos de manera autónoma.

Esto lo consiguió el INMUJERES-DF cuando ejecutaba el PAICMA, pues las mujeres ya no necesitaban que el personal prácticamente les rogara asistir a las

unidades móviles, sino que ellas eran las que se acercaban para preguntar cuándo habría jornadas de mastografías.

3.1.2. El PAICMA, dentro del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal como un programa integral y con perspectiva de género.

Resulta importante destacar que el Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA) es un gran logro del derecho a la atención a la salud de la mujer, pero el hecho de que naciera dentro del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (INMUJERES-DF), lo hace de entrada, un programa con perspectiva de género.

Pues la a mujer contemporánea, continúa sometida, y aunque se han realizado múltiples luchas por la recuperación de sus derechos, el panorama no ha cambiado mucho, pues los roles que le asocian a la figura maternal, la alejan del cuidado de sí. En los tiempos actuales, es ella quien debe sacrificarse por la familia, primero vela por la salud de sus hijos, cónyuge, hermanos, cuida de las personas de la tercera edad que viven con ella, pero nunca de ella misma.

Incluso los programas de salud que van dirigidos hacia la mujer hasta hace poco hacen alusión hacia temas como la violencia de género, pero por lo regular siempre se le incluye en programas que no se enfocan en ella, si no en su cuerpo o en los miembros de su familia, y por lo general con una connotación maternal y hasta machista, llámese la planificación familiar (como si la mujer fuera la única responsable de ello), la atención materno-infantil (donde quien realmente importa es el recién nacido), os programas como los de vacunación siempre incluyen la imagen de una mujer o de una enfermera, cuidando a un niño, sólo por dar algunos ejemplos.

Por supuesto, esto tiene una lógica de ser, a un Estado que vela por los intereses del mercado, le es de mucha utilidad que miembros específicos de la sociedad se hagan cargo de lo que a éste corresponde. Por ello el imponer un sistema patriarcal, en donde la mujer esté al servicio de los demás, y por lo tanto sea su labor preocuparse por la alimentación, higiene, malestares e infinidad de

necesidades de las personas que la rodean, dejando su salud para el final es indispensable. Y es el mercado, el que se encarga de hacer creer a la mujer que es importante, pero importante sólo en algunos casos, por ejemplo cuando se trata de hacerse cargo de lo exterior, es decir; de la apariencia de su cara y cuerpo, pues en una sociedad estereotipada¹⁷, eso importa mucho, la mujer debe verse lo mejor posible, mostrarse siempre sonriente y lo mejor arreglada, y todo lo anterior claro con el fin de obtener la mayor cantidad de ganancias posibles vendiendo productos cosméticos e infinidad de objetos que no necesitamos.

Formas de pensar como las anteriores expuestas, han dificultado que la perspectiva de género en los programas sociales de salud se vea presente, en vista de que la mujer no es más que percibida como cuerpo o máquina a disposición de otros, se le impide la autonomía para tomar decisiones sobre su vida y cuerpo, se le condiciona diseñar un proyecto de vida en relación a intereses del Estado, del Mercado y de quienes la rodean y se le deja en el olvido como ser humano.

Como vemos, salud de la mujer poco importa para una sociedad patriarcal, pues la mujer vista desde la hegemonía siempre tiene que estar activa y en las mejores condiciones para procurar a los otros, pero no se generan las condiciones para que esto suceda, y cuando es ella quien tiene algún padecimiento, pasa como poco importante. Tal es el caso del cáncer de mama que como se revisó en el segundo capítulo de la presente tesis, poco se ha hecho para atenderlo.

Como ya se ha mencionado, este programa nace en 2004, con el objetivo de atender la problemática del incremento de muertes por cáncer de mama en el antes Distrito Federal.

El punto inicial de las Jornadas de Salud Integral para las Mujeres, fueron las colonias de alta marginalidad y rezago educativo de la delegación Iztapalapa. El programa desde entonces ejecuta la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres residentes de la Ciudad de México de las 16 delegaciones mediante la

¹⁷ Los estereotipos son una serie de características físicas y sociales a seguir mandadas por el sistema capitalista. Este sistema se encarga de hacer que interioricemos la idea de la perfección para después decirnos que no somos perfectos y con ello vendernos multitud de productos que enriquecen cada vez más a quien poder ya tiene.

realización de mastografías a mujeres a partir de los 40 y hasta los 65 años de edad, así como a menores de 40 en el caso de tener antecedentes familiares de cáncer de mama.

El programa bueno, era del Instituto directamente se atendían 90 mujeres por día, te hablo de ocho a tres de la tarde he aquí lo importante es de que se bueno se daban las pláticas, se les entregaba su ficha llegando a las mujeres se les daba su plática y bueno les preguntábamos si venían con los requisitos: baño del día, sin crema, sin perfume, sin talco sin desodorante, rasurada de las axilas y tener más de un año de no haberse realizado el estudio, no tener implantes este y bueno y ya te decían que sí pues ya se iban formando les dabas su ficha y ya cuando estuvieran la mayoría, porque normalmente llegaban entre a las 5 o 6 de la mañana en aquellas épocas entonces pues sí dábamos la plática, era más enfocado a lo que es cáncer de mama y lo que es autoexploración, ya posteriormente se fueron metiendo de derechos humanos y más cosas. (Informante 1, comunicación personal, 16 de abril del 2015)

El PAICMA, se enfoca en prevenir el cáncer de mama mediante la autoexploración. Se encuentra diseñado bajo la perspectiva de género y de derecho a la salud de la mujer como anteriormente se ha mencionado. Además de practicar mastografías, realizan acciones de educación para la salud, como charlas, talleres y conferencias sobre la autoexploración, la detección del cáncer de mama y los derechos de la mujer.

Resulta relevante citar lo que, en el Modelo de Atención de Cáncer de Mama, del Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer (PPCCM), del INMUJERES-DF refería respecto a la salud, pues ello permite entender por qué se realizaban ciertas acciones.

Si bien el modelo de atención cita la definición de salud de la OMS. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que

se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad...la extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud..." (INMUJERES, 2014, p.15).

En la introducción de este manual y a lo largo del mismo siempre se hace referencia al reconocimiento de los derechos de las mujeres.

"En el Distrito Federal, el impulso de los gobiernos democráticos de izquierda, al reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y la igualdad sustantiva, ha promovido acciones de política pública para garantizar los derechos de todas y todos, entre ellos el derecho a la salud integral, considerado como indispensable para llevar una vida digna. ..."

(PAICMA, 2014, p.15).

Es decir, el INMUJERES, consideraba según este manual, a la salud desde una visión de derecho, yendo más allá de lo planteado por la OMS, integrando al menos en el discurso, una perspectiva integral.

La importancia de que este programa naciera y fuera implementado por el INMUJERES-DF, reside en que se promueve el derecho a la salud de la mujer, lo cual permite que las mujeres puedan tener un trato más cálido o de mujer a mujer tal cual promueve este instituto. Asimismo, se permitió, la adecuación del programa a las necesidades de las partícipes como lo realizó el INMUJERES-DF desde 2004 y hasta el 2010.

Por otra parte, el PAICMA estando a cargo de este instituto, logró ir más allá de lo que la NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama establecía, llevando de una manera muy integral este programa.

De acuerdo con lo que las colaboradoras del PAICMA mencionaron en el taller y en las entrevistas aplicadas en el programa de prácticas profesionales, las mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama

de la Ciudad de México tenían acceso a otros programas del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, la vida libre de violencia, la equidad de género y la promoción de los derechos humanos.

Lo que hacía posible la realización de la característica de interdependencia de los derechos humanos, pues el derecho a la salud en el caso de las mujeres, depende del acceso igualitario a la educación, los servicios de salud, el derecho a la información, y la progresividad de los derechos sexuales y reproductivos, entre otros derechos.

Lo anterior, forma parte de la promoción de la salud, no sólo porque se realizan acciones que mejoran el entorno social e individual de quienes se encuentran incluidas dentro de PAICMA, sino porque hace tangible el derecho a la salud de las mujeres.

Si bien, es cierto que al Estado patriarcal le importa más que las mujeres sobrevivan al cáncer de mama y a otros padecimientos por el hecho de encontrarse en edad productiva o puesto que si no sobreviven hay una generación de orfandad y bajas para la productividad económica en donde la mujer ha tomado cada vez mayor lugar, programas como el PAICMA, permiten la exigibilidad del derecho a la protección de la salud de las mujeres y otros derechos relacionados que desde el enfoque del empoderamiento manejado por el INMUJERES-DF, acercan a la mujer al cambio del lugar de sumisión que ocupa hacia otro en donde se le puede dar el reconocimiento social como persona sujeta de derechos.

Por lo anterior mencionado, podemos decir, que el INMUJERES-DF, no sólo ejecutaba el programa desde la perspectiva de género, sino que también lo hacía desde la promoción de la salud Empoderante. Aunque antes continuar, es importante aclarar el objetivo de este tipo de promoción de la salud.

Si bien en el marco teórico metodológico de esta tesis, se enunció el término empoderar haciendo referencia a éste como “hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido” (Real Academia Española, 2017), para muchos profesionales de la salud y de otras áreas relacionadas el empoderamiento, tiene

que ver con un proceso pedagógico en donde la gente junto con sus colectivos busca mejorar sus condiciones de vida mediante el “tener poder”.

No obstante, en la mayoría de las definiciones construidas por estos expertos, prácticamente nunca se toman en cuenta palabras como ciudadanía o autonomía, elementos que realmente permiten un cambio en las relaciones de poder. Para no ahondar mucho, veamos el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

En promoción de la salud, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.[...]El empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. (1998, p. 16)

Como podemos ver, en éste concepto de la OMS, se habla de *poder expresar sus necesidades*, sin embargo, el hecho de que una persona se pueda expresar no significa que eso le permitirá liberarse de una relación de poder, quizá externe alguna necesidad, pero quizá ésta, se encuentra condicionada por los expertos, además en realidad no hay un cambio de fondo, es más una opción para poder mermar situaciones que siempre han existido tales como el hambre o la pobreza, pero no para erradicarlas de fondo. Es decir; el empoderamiento al no integrar la crítica en relación a los modos de vivir ni la autonomía de las personas y al no cuestionar la estructura del poder, no hace más que proporcionar alternativas para que los más vulnerables tengan un poquito de ese poder establecido de manera desigual y tomen algunas decisiones que les sean de beneficio pero que al mismo tiempo no afecten a quienes dominan la estructura. Por lo anterior y de acuerdo con Chapela,

La promoción de la salud Empoderante, tiene como fin que la gente entienda y reflexione sobre conocimientos construidos y seleccionados por expertos.

Mediante la reflexión sobre problemas propuestos, conformados o dirigidos desde el conocimiento experto que tienen que ver con la realidad vivida por el sujeto y la provisión de conocimiento seleccionado acerca de esos problemas. (2006, p.19).

Es decir; las personas pueden incorporar determinados conocimientos para adoptar comportamientos saludables, con el fin de disminuir o mejorar ciertas condiciones, pero aquí no hay libertad como tal, sino un poco de “apoyo” por parte de los expertos hacia las comunidades.

Ahora bien, regresemos al caso del PAICMA, en donde el INMUJERES-DF al momento de trabajar el empoderamiento en todos sus programas, tuvo como ventaja el logro de un primer acercamiento con las mujeres de las comunidades más lejanas que nunca se habían realizado una mastografía o acercado a los servicios de atención médica; la generación de confianza de los prestadores hacia los partícipes del programa para promover el derecho a la protección de la salud y la importancia de ejercerlo, el valor del autocuidado que aunque ya se ha dicho no es suficiente, si permite un primer paso para dejar de ver al cuerpo femenino como un tema tabú.

Desde que inició el PAICMA, el INMUJERES-DF realizaba un trabajo de capacitación constante a su personal (en la mayoría mujeres¹⁸), “[...] este tipo de capacitaciones en donde nos hablan de todo, tú de la empatía con la mujer de avances médicos, técnicos etcétera” (Informante 2, comunicación personal, 13 de abril del 2015).

Estos cursos eran enfocados principalmente a la evolución del cáncer, los derechos de la mujer, el empoderamiento, el proceso emocional de pacientes con cáncer de mama, empatía, entre otros.

Lo anterior, con la finalidad de que los operadores del programa logaran conseguir aportar, herramientas a las mujeres con cáncer de mama para que éstas

¹⁸ De acuerdo con las entrevistas realizadas, el personal del PAICMA, mencionaba que debido a que el programa está dirigido principalmente a mujeres, el tener personal de este sexo era parte de la estrategia del INMUJERES-DF para poder brindar una atención más personalizada y efectiva.

podieran afrontar de la mejor manera posible, las implicaciones de vivir con este padecimiento.

Que ellas tengan un empoderamiento personal, y puedan tener las herramientas necesarias para que puedan adquirir recursos económicos ya que después de esto eh pues no es tan fácil que consigan un trabajo y aparte la mayoría de ellas son madres de familia y jefas de familia.

(Informante 3, comunicación personal, 16 de abril del 2015)

A la par, trabajaban el empoderamiento con mujeres que acudían a realizarse la mastografía para que así ellas pudieran superar sus miedos e inseguridades, valorarse a sí mismas como personas y conocer su cuerpo.

[...]siempre se los digo todas, se tienen que olvidar de todo que tienen que ir a lavar, la cocina, olvídense un ratito, las incito a que se queden un ratito pensando en ellas nada más, a modo de que ellas se sientan importantes, ¡digo! también es parte de este trabajo hacerlas sentir importantes (Informante 4, comunicación personal, 16 de abril del 2015).

Los prestadores del PAICMA, mencionaron que las constantes capacitaciones con oncólogos¹⁹ les ayudaban a identificar los casos de las mujeres que probablemente saldrían sospechosas en la prueba de mastografía, lo anterior les era de utilidad, para dar un seguimiento más preciso a esos casos. Asimismo, sabían que no todas las anomalías en el seno son cáncer, por lo que, si las mujeres se acercaban porque se sentían alarmadas, las colaboradoras contaban con herramientas para tranquilizar e informar adecuadamente a las mujeres, proporcionando un trato cálido y respetuoso, con la finalidad de que se sintieran acompañadas en todo momento.

Tienes que sentir ese compromiso, o sea, no se trata de que aquella mujer llegue y te diga: sabes que, es que no se, siento esto, pero... no sé ni qué hacer y tú (expresión de no hacer caso), ¡no puedes hacer

¹⁹Médicos especializados en cáncer.

eso!, o sea tú como servidora pública tienes que decir sí, vamos a buscar ahorita las alternativas, dónde podemos atenderte. (Informante 2, comunicación personal, 13 de abril del 2015)

Esto también les ayudaba a explicar a las mujeres con mayor profundidad lo que podría resultar de los estudios que se realizaban, así como la importancia de recoger sus resultados y de no alarmarse si eran citadas para un posterior diagnóstico.

Con lo anterior se logró que cuando las colaboradoras del PAICMA se acercaban a invitar a las mujeres para que se realizarán los estudios de mastografía, estas últimas adquieren confianza para poder preguntarles sobre otros programas, pedirles asesoría sobre algún tema como la violencia intrafamiliar, apoyo a madres solteras, entre otros, que si bien no estaba contemplado ni era parte del PAICMA, fue de gran importancia ya que permitía un panorama más integral del programa, un pequeño acercamiento de las mujeres hacia sus derechos, y por supuesto, dejaba notar que las colaboradoras del PAICMA, se encontraban capacitadas para atender a las mujeres, lo cual se reflejaba en la calidad de servicio, un criterio primordial para evaluar que una política pública cuente con un enfoque basado en los derechos humanos.

Cuando las colaboradoras acudían de nuevo a las jornadas de mastografía en comunidades donde habían estado anteriormente, las mujeres las reconocían como “las del chaleco rosa” (esto de acuerdo a uno de los comentarios más repetidos de las colaboradoras), y al reconocerlas, la labor de convencimiento por parte del personal del PAICMA era menos complejo, pues comentan que las mismas mujeres se acercaban y de cierta forma tenían mayor seguridad para realizarse sus estudios de mastografía con el INMUJERES-DF.

La práctica y acercamiento con las mujeres, permitió algo fundamental para las colaboradoras del PAICMA: el identificar las necesidades de las mujeres, sus luchas de día a día, la forma en cómo se comunicaban y el contexto en que vivían. Si se hubiera tomado en cuenta la participación y voz de las colaboradoras del PAICMA, en la evaluación del mismo, esto pudo haber permitido una mejora en la

formulación e implementación de la política del cáncer de mama, desde un enfoque más adecuado a la diversidad de las mujeres y hombres de comunidades distintas.

Otro de los aportes importantes es que INMUJERES-DF, había logrado, es que algunas de las colaboradoras del PAICMA, tuvieran un acercamiento permanente con las mujeres que vivían con cáncer de mama.

En su acercamiento con las mujeres, las colaboradoras habían notado que las mujeres que lograban permanecer en el programa, se sentían seguras, y con ganas de vivir, e incluso habían modificado su percepción sobre sí mismas, incluso después de un largo acompañamiento con las psicólogas del PAICMA y un duro trabajo por parte de las mismas mujeres, éstas visualizaban al cáncer no como una patología, si no como una oportunidad de vida.

O sea, muchas tienen ya muchos años, las vi como venían con todo su proceso de quimioterapias y las veías así como muy..., pues, o sea con, con las quimioterapias te acabas, y verlas ahorita, ¡no hombre, ahora se vienen más arregladas!, las ves reírse y están vendiendo y las veías antes, antes de que... bueno te digo a algunas las conozco porque fueron de unidades móviles y pues estaban enojadas se veían con el semblante enojadas, no salían de su casa, entonces y tu aunque estés muy mal, o sea y las veo ahora y hacen otras cosas, se van a tomar el café, se van a bailar, y les encanta la chorcha. (Informante 1, comunicación personal, 16 de abril del 2015)

Entonces, las colaboradoras del PAICMA indican que estos cambios que notaban en las mujeres en su proceso de vivir con cáncer resultaban positivos, no por el hecho de tener que vivir esta situación, sino por la forma en que transformaban su vida, pues se daban tiempo para sí mismas, se valoraban más como personas.

Por ello, el PAICMA era tan innovador cuando pertenecía al INMUJERES-DF, ya que abría la posibilidad de dar un espacio a las mujeres que vivían con cáncer de mama para ser escuchadas. Esto era muy significativo para las mujeres sujetas de derecho del PAICMA, o al menos según lo que las colaboradoras del

PAICMA de INMUJERES-DF comentaron, muchas resignificaban su vida y se valoraban de otra manera gracias a la terapia psicológica, a convivir con otras mujeres que vivían en la misma situación que ellas, incluso al poder conversar con las colaboradoras del programa.

Las colaboradoras, señalaban que había desde las mujeres que se dedicaban al hogar y que después de haber tenido que integrarse al programa dejaban un poco las labores domésticas para buscar un empleo o auto emplearse (lo cual destacamos que se trataba en la mayoría de mujeres de 40 a 69 años, es un paso gigante, no sólo porque el sistema emplea a gente joven, sino porque anteriormente la mayoría de las mujeres se dedicaba únicamente al hogar), hasta aquellas que llegaban desarregladas y se apropiaban de su cuerpo para darle otra personalidad y arreglarse más, las colaboradoras comentaban que ir al salón de belleza, les ayudaba a aumentar su autoestima, a sentirse más seguras según las mismas mujeres les comentaban.

Incluso, la confianza que poco a poco iban ganando las mujeres al participar dentro de las actividades que el personal del PAICMA planeaba para ellas, les daba la oportunidad de aumentar su capital social. “Para Fukuyama (1996), el capital social está relacionado con la capacidad de la gente para asociarse y trabajar juntos hacia objetivos y metas comunes” (Restrepo, 2000). Este es un término muy utilizado en el Empoderamiento, y en el caso del PAICMA las mujeres sujetas de derecho del mismo al tener espacios de reunión, hablaban unas con otras, eran escuchadas por el personal, y esto les generaba cierta seguridad sobre todo a aquellas que tenían miedo de salir de su casa sin cabello, o después de que se les hubiera extirpado una mama, puesto que potenciaban su confianza para salir de nuevo a la calle.

Ahora, debido a que ya no hay un seguimiento de casos con el detalle que anteriormente se hacía no se sabe con exactitud cuál es la situación de las mujeres y hombres sujetos de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México.

Por otro lado, el PAICMA a lo largo de su existencia había realizado múltiples convenios con asociaciones civiles y hospitales de gobierno para poder dar cobertura y atender al mayor número de mujeres posibles, pues debido a su éxito, éste programa requirió apoyo de diferentes instancias como: la Fundación Mexicana de Fomento Educativo para la Prevención y Detección Oportuna del Cáncer de Mama, A.C. (FUCAM); Salud Integral para Todos A.C. (EMERCARE); y el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN); para realizar estudios de mastografía.

Asimismo, el INMUJERES-DF intentó transferir parte del presupuesto destinado a la realización de estudios de mastografía para la contratación de personal de honorarios para ejecutar el PAICMA, de igual forma transferir recursos a la Secretaría de Salud, con la finalidad de que esta dependencia realizará 32 mil estudios de mastografía, no obstante, dichas transferencias no tuvieron éxito. Más tarde, el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, solicitó a la Asociación Mexicana de Mastología evaluar el desempeño del Programa para que ésta emitiera recomendaciones que promovieron la calidad en el servicio por encima del cumplimiento de la meta.

Para dar mantenimiento a los mastógrafos instalados dentro de las unidades móviles, el INMUJERES-DF, solicita la colaboración del Instituto de Física de la Universidad Nacional Autónoma de México (IFUNAM) Este programa comienza con 4 unidades móviles cada una con dos mastógrafos en donde FUCAM, era responsable de realizar los estudios, mientras que el personal de INMUJERES-DF debía convocar, organizar a las mujeres y entregarles sus resultados. Posteriormente, se comienza con el seguimiento de casos de mujeres con sospecha y alta sospecha de cáncer de mama, así como la localización vía telefónica y mediante visita domiciliaria de las mujeres que no habían recogido sus estudios o requerían de estudios complementarios.

Asimismo, el personal se cercioraba de que las mujeres que acudieron a realizarse la mastografía, recibieron la información adecuada, preguntando siempre si tenían dudas, lo anterior lo hacían con el propósito de sensibilizar a las mujeres,

puesto que como prestadores sabían que muchas de las veces la falta de información las alarmaba.

Este tipo de situaciones, en las que tú puedas tener herramientas para decirles sabe que venga, vamos a hacer esto, todas las bolitas no son cáncer de mama, eso hay que aclararlo mucho. Si nos tocamos una bolita hay soluciones ya no como antes que te sentías una bolita y todo mundo se aterraba y todo mundo terminaba en maquinado o en tratamientos (Informante 2, comunicación personal, 13 de abril del 2015).

De igual forma, las colaboradoras, se encargaban de que las mujeres tuvieran en claro la importancia de recoger sus resultados y de cuál era el procedimiento que realizaba el instituto en los casos positivos y negativos de cáncer de mama.

Llevábamos un control para su entrega de estudios, es decir; les dábamos un folio, o sea el folio original para nosotros y su copia para ellos y les pedíamos su nombre completo tres teléfonos casa, recados y trabajo o casa, recados y celular (Informante 1, comunicación personal, 16 de abril del 2015).

Ahora bien, un punto fundamental que trabajó INMUJERES-DF es que trataba los casos positivos de cáncer de mama con apoyo de psicólogas, es decir; si había una mujer sospechosa que no recogía sus estudios y el personal de seguimiento no localizaba a ésta mujer vía telefónica, el INMUJERES-DF, enviaba a una psicóloga al domicilio de la mujer para darle a conocer, que tenía que llevar un tratamiento debido al cáncer de mama que se le había detectado, “si no ubicábamos a la mujer y era una mujer positiva, las psicólogas las iban a buscar a su domicilio y a veces nosotras cuando eran estudios complementarios” (Informante 1, comunicación personal, 16 de abril del 2015).

Más tarde el Instituto implementa acciones que abarcaron desde el tamizaje hasta el tratamiento. También se diseñaron diversos materiales con información sobre los factores de riesgo de cáncer de mama, detección temprana y

autoexploración como son rotafolios, cuadernillos (en 2009 se realiza una edición especial traducido al náhuatl), mantas, roll ups, separadores, tarjetones e imanes.

[...] antes llevábamos un video, se los poníamos a las señoras, se los platicábamos llevábamos nuestros registros, nuestro control de seguimientos, las listas las B0 pues las que no saben qué está pasando con ellas, las B3 las que tenemos que vigilar, los casos positivos se deslindaban a cancerología y a la clínica que estaba aquí en la roma. (Informante 2, comunicación personal, 13 de abril del 2015)

Lo anterior, desde la promoción de la salud, es un paso importante, pues el INMUJERES-DF, trabajó para que el PAICMA fuera un programa incluyente de la población indígena o al menos de aquellos sujetos que hablan la lengua náhuatl. Asimismo, el hecho de que el instituto se hiciera cargo de realizar la mayor difusión posible para que así, las mujeres acudieran a realizarse la mastografía, es una acción fundamental que, de no realizarse, difícilmente hubiera conseguido el impacto para que las mujeres que viven en la Ciudad de México, se acercaran a los servicios no sólo de mastografía, sino de salud de la mujer.

Sin embargo, cuando el programa pasa a ser de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) la responsable de la elaboración, manejo y análisis de la base de datos que se generen en el PAICMA y el INMUJERES-DF actúa sólo como coadyuvador del mismo dejando de realizar los seguimientos y entrega de resultados, aunque continua con apoyo psicológico y actividades recreativas, así como culturales.

Desafortunadamente ahorita las cosas está mal, puede pasar un mes, ...tres ... seis meses y yo no obtengo ningún resultado de mastografía cuando a mí me dijeron que en dos meses me lo entregan y las mujeres no saben a dónde dirigirse porque llaman a otro lugar y les dicen: no aquí no es, llame a tal número y después no aquí tampoco, llame a otro número, y las traen vuelta y vuelta y terminan mandándolas al número del Instituto de la Mujer y el Instituto también igual lo mismo, ya no nos corresponde la entrega, pues llame a tal

número y en algún momento ellas también se fastidian, ‘y no sabes que, mejor así, mejor me hago otro estudio’, pero eso no es la finalidad porque al final si se queda con la espinita de ‘qué pasó con mi otro estudio que habrá salido’ aja y luego si pasan tres meses y después de esos tres meses yo ya tenía que a ver tendió el resultado y resulta que ya me sentí una bolita y si no lo encuentro ¿qué hago’, ya no me puedo tomar otro, porque ellas también tiene claro que no deben de realizarse otro mastografía nuevamente porque hay un cierto tiempo (Informante 3, comunicación personal, 16 de abril del 2015).

Lo anterior resulta muy preocupante, debido a que habla de la violación al derecho a la información, y a la salud (que se abordará más adelante), así como de una falta de responsabilidad, y capacidad de respuesta por parte de la SEDESA, quien ahora se encarga de implementar el PAICMA.

3.1.3. La importancia del trato digno en un programa como el PAICMA.

Aunque, existen múltiples conceptos en relación al trato digno, en el área de la salud por lo general éste entendido y referido como una buena atención, que sea cordial, en donde las personas tengan acceso a unidades médicas limpias, con el equipo necesario para ser atendidas y que su tiempo de espera no sea prolongado, no obstante en la presente investigación entenderemos que el trato digno en un programa como el PAICMA, no puede ser acotado a lo anterior, puesto que están presentes las relaciones de poder, por lo que tomaremos como base el concepto de dignidad kantiano, que alude a lo siguiente: [Siendo el hombre un fin y no un medio es merecedor de respeto y de] “tener una dignidad, es decir, un valor incondicionado, incomparable, para el cual sólo la palabra respeto da la expresión conveniente de la estimación que un ser racional debe tributarle” (Kant, 1783, p.49).

El Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama, cuando pertenecía al INMUJERES-DF, de alguna forma trabajaba el trato digno, pues con la perspectiva de género, se acercó mucho a las necesidades que, de las mujeres, al proporcionar un seguimiento y dar cuenta de que sus vidas e inquietudes eran importantes.

Ellas mismas te dan las herramientas para que tú a otras mujeres puedas atacarles esas dudas, cada día conoces a una persona diferente con problemas diferentes con inquietudes diferentes y el que tú se las puedas resolver o el que tú le puedas decir sabe que señora no lo sé pero se lo voy a investigar... y que regrese y te diga: ¿qué pasó si me investigó lo que le dije? y que tú se lo puedas resolver creo que es el mayor aprendizaje (Informante 5, comunicación personal, 13 de abril del 2015).

En la experiencia con las colaboradoras del PAICMA, éstas decían que las mujeres comenzaron a creer en sus instituciones, se sentían respaldadas ya que no sólo se acercaban para preguntar sobre las mastografías, si no que hablaban de las razones por las cuales no podían realizarla (la falta de tiempo, porque necesitaban atender a los hijos y esposos, realizar las labores del hogar, porque trabajaban o por miedo a ser diagnosticadas).

En el momento que el PAICMA pasa a formar parte de la SEDESA, el INMUJERES-DF, deja de enviar a sus psicólogas para dar la noticia a las mujeres que fueron sospechosas de cáncer de mama, debido a que no es una acción que ya le corresponda. Pues desde el momento de la implementación de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama, al INMUJERES-DF se le redujo el presupuesto y con ello le quitaron líneas de acción y redujeron al personal.

Por otro lado, el personal del INMUJERES-DF para el PAICMA, también comentó que trabajaban mucho la empatía en los cursos de capacitación a los que eran enviadas. La empatía para el personal era fundamental, pues “les permitía colocarse en los zapatos” (Sic.) del otro o mejor dicho de las otras.

La empatía les permitía, reflexionar sobre la importancia de dar la información correcta y oportuna a las mujeres de escucharlas y responder a sus inquietudes. Principalmente ponían mucho énfasis en explicar en qué consistía el tamizaje para evitar un trato irrespetuoso, así como en conocer las etapas del cáncer de mama

para identificar aquellas mujeres a las que necesitaban dar mayor información y canalizar con una psicóloga.

Lo anterior, es realmente importante, pues se puede ver que el PAICMA, ejecutado por el INMUJERES-DF, trabaja desde su personal, lo cual permite generar una relación más humana con las mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México. Una relación empática hace que podamos dar a los y las otras un trato digno.

No falta la que luego, luego le ves la cara diferente, y de ahí te agarras y empiezas a hablarles de más...para que ella acuda a las actividades y pueda atenderse entonces yo creo que mi papel es principalmente informarles, que es muy importante que vivan sin violencia, que vivan siendo ellas mismas, y que puedas ver que de las 20 que tienes a por lo menos tres, como sí puedes motivarlas para que suban a la unidad para hacerse el estudio (Informante 5, comunicación personal, 13 de abril del 2015).

La empatía que trabajaba el INMUJERES-DF, resultaba ser un elemento de suma importancia, pues la forma que se concibe al sujeto por parte de quienes diseñan y por consiguiente de quienes aplican las políticas sociales de salud, permite desde mi perspectiva un mejor trato digno. Pues desde la promoción de la salud Emancipatoria, Chapela menciona que:

La concepción 'del otro' se refiere a la manera en la que un agente o agencia que lleva a cabo un estudio, discurso, programa, material, política o cualquier otro tipo de práctica en relación con otros agentes, mira al otro, piensa en qué es el otro, concibe otro y desde ahí lo interpreta en relación consigo mismo (con el agente que lleva a cabo la práctica); en la concepción del 'otro' el agente que lo concibe se está mirando así mismo y su manera de existir en el mundo. (Chapela, 2010b, p.155)

Si recordamos que las relaciones de poder se encuentran presentes en todo momento, la forma en que se percibe a los sujetos en los programas sociales de salud como el PAICMA, refleja cómo se balancea el ejercicio de poder, si será de forma simétrica o asimétrica, qué discurso y qué grupo dominará. Lo cual impactará, en la manera en cómo las personas participantes reciban una respuesta por parte de los prestadores de servicios.

Por lo que podemos decir, que la empatía en un programa de corte empoderante (al menos como lo manejaba el INMUJERES-DF), permitía una relación entre las mujeres sujetas de derecho del PAICMA y las colaboradoras del PACIMA, más orientada hacia la horizontalidad y a un trato digno.

Por otra parte, en el caso de las mujeres sospechosas de cáncer de mama, que son canalizadas para su atención, la información necesaria para su diagnóstico, así como la atención recibida por parte del personal médico no siempre es la más adecuada, pues de acuerdo con algunos testimonios citados en el informe del Proyecto de Seguimiento del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA) de la Ciudad de México que se refieren a continuación se atenta contra la dignidad de las mujeres,

[...]si yo hubiera sabido un poco más... o me hubieran informado más los doctores no hubiera permitido que me hubieran quitado mi seno... porque yo pensé que como soy diabética, si recibía primero las quimios me iba a poner muy mal, entonces opté por la operación y la verdad, pues ahora me arrepiento, pero pues ya ni modo [...]. (2013, p.17)

En el caso anterior, el hecho de no haber sido informada a la mujer adecuadamente deja en claro que ésta no fue considerada como ser humano, sino como un cuerpo que no importaba si era mutilado o no, no le hicieron las pruebas necesarias para saber qué tipo de tratamiento tomar, es decir; si tenía alternativas, aquí la relación de poder que se estableció médico paciente, fue muy vertical, incluso permite pensar que no se le informó a la mujer de su padecimiento por considerar innecesario hacerlo.

Además, nuevamente la falta de acceso a la información para las mujeres, salta a la vista. Así como la no aplicación del principio de toma de decisiones informada, que, de acuerdo con el Instituto Danés de Derechos Humanos, “El acceso a la toma de decisiones libre, previa, plena e informada es un tema central de la ética médica y está incorporado en la legislación de derechos humanos”. (IDDH, 2017, p.29)

[...] es que cada que uno va a Cancerología está el titular y están residentes. Entonces, cada que vas es un residente diferente y la verdad que yo lo veo así, y yo se lo he dicho a mi esposo y a mis hermanas: que no es fácil que todo mundo te esté viendo, no es fácil, porque nada más fuera una persona lo verías más tranquilo, pero es uno, es otro, es otro y dices como que, o sea, uno como mujer no estás preparada a estarte encuerando con todos, por eso simplemente te da miedo la mastografía... Entonces, a mí, en ese aspecto, sí se me hace un poco complicado; aparte de eso hay mucha información que no tienes. (2013, p.18-19)

El segundo caso, no está aislado de la realidad que mucha gente que acude a los hospitales vive a diario, con la cual los residentes experimentan como si se tratara de objetos, además si se sabe de lo complicado que es que las mujeres acudan a realizarse la mastografía, se debería considerar que si se van a realizar estudios complementarios se tuviera el cuidado de no atentar contra la intimidad de la persona cuya dignidad está expuesta, pues esto pudiera influenciar la decisión de la mujer sobre acudir o no al diagnóstico.

El trato digno, también puede verse en las formas de poder ejercidas en los diferentes tipos de promoción de la salud. Para entenderlo mejor, retomaré la clasificación que Chapela, realiza sobre las prácticas de promoción de la salud²⁰ que se ejercen, en donde explica cómo son vistos los sujetos y el concepto de salud que impera en el discurso y práctica de acuerdo al fin para el cual están diseñadas las siguientes promociones de la salud.

²⁰Chapela, realiza esta clasificación de los tipos de promoción de la salud en su texto ¿Qué promoción de la salud ha fracasado? UAM-X 2007.

La promoción de la salud de mercado, busca acumular riqueza imponiendo un modelo a seguir para el sujeto (visto como cliente), en donde odie y tema de su cuerpo para comprar aquello que lo mantendrá “saludable”. En este tipo de promoción de la salud, puedo percibir que el trato digno es más bien visto como *un buen trato al consumidor*, Quien es importante sólo mientras consume y mientras más consume.

Para la promoción de la salud oficial que percibe a los sujetos como un conjunto de enfermedades representadas por cifras, y cuyo objetivo es disminuir los costos para el Estado que generan los tratamientos de las enfermedades, donde lo que importa es alcanzar metas ya sea mediante indicadores positivos o negativos de salud, más que mirar el sufrimiento humano, el trato digno es visto como *la cantidad y calidad de los servicios a los que las personas tienen acceso* para atender ciertas patologías.

En la promoción de la salud empoderante, el principal fin es que el grupo de expertos logre que los sujetos percibidos como usuarios incorporen ciertos conocimientos para adoptar comportamientos saludables, con el fin de disminuir cifras relacionadas con padecimientos con alta prevalencia a nivel local, estatal, nacional o mundial. Por lo que el trato digno quizá pueda ser que los usuarios tengan *acceso a los servicios de salud, a la información oportuna y verídica, así como un trato cordial por parte de quienes prestan los servicios.*

En el caso de la promoción de la salud popular, se identifica a los sujetos como personas que forman parte de una comunidad, donde se busca la horizontalidad y organización de la comunidad para resolver problemas a nivel grupal. Aquí el trato digno tiene que ver con que *todos sean tratados como capaces de aportar algún conocimiento, como seres pensantes, constructores de su realidad e importantes.*

Para la promoción de la salud ciudadana y emancipatoria, los sujetos ya no son usuarios ni elementos de un grupo, sino que son sujetos constructores de significados sobre su salud y vida, con capacidad autónoma para modificar su realidad. Se busca el ejercicio de poder a nivel individual y colectivo de los sujetos

con el fin de que sean estos quienes ejerzan sus capacidades humanas, participen en los procesos de su vida cotidiana y modifiquen su salud evaluándose por sí mismos y no por el experto o grupo de expertos. De igual forma la salud se puede vivir, aunque se tenga algún padecimiento. El trato digno tiene que ver con *concebir al otro como sujeto de derecho por el hecho de ser humano, con autonomía y capacidades*, el permitir que los sujetos sean libres para reflexionar y decidir, que puedan adquirir herramientas de utilidad para transformar su realidad, estas herramientas no deben ser impuestas, sino propuestas ya sea por los mismos sujetos o por algún colaborador o guía.

Ahora que ya se han mencionado la clasificación que realiza Chapela sobre los diferentes tipos de promoción de la salud, se revisará el tipo de ejercicio de poder que se ejerce en cada una de ellas con la finalidad de comprender cómo se puede ver condicionado el trato digno. Para lo cual, primero se refieren algunas clasificaciones de las formas de ejercicio de poder, que realiza Maritza Montero.

El poder de recompensa, que aprueba cuando un sujeto ha logrado adoptar cierta conducta. El poder coercitivo, en donde quien ejerce el poder para obligar a otro a realizar cierta conducta es respaldado por una institución que le da cierto estatus por poseer determinada función o conocimiento, para amenazar y hacer ver las consecuencias al otro de no llevar a cabo las indicaciones al pie de la letra. El poder referente, que se da cuando un sujeto se identifica con otro que posee cierto conocimiento o poder el primero, lucha por complacer al segundo. El poder experto, que se otorga a quien tiene cierto conocimiento, informativo; aquí quien posee información puede impedir u obstaculizar el flujo de la misma (Montero, 2006).

Una vez presentadas estas formas de ejercicio de poder, en el cuadro 3 del apartado de anexos, se pueden ver de manera ejemplificada, las formas en que se puede percibir y por lo tanto condicionar el trato digno, en las diferentes promociones de la salud.

Por todo lo anterior, es necesario trabajar desde las bases que sostienen esta forma de pensar y actuar de los operadores de los programas sociales de salud, es decir, se requiere trabajar desde la microfísica del poder, comenzar desde el trato

uno a uno, entre los mismos prestadores de servicios, y entre los prestadores y los sujetos. Pues como Foucault, alude,

Entre cada punto del cuerpo social, entre un hombre y una mujer, en una familia, entre un maestro y su alumna, entre el que sabe y el que no sabe, pasan relaciones de poder que no son la proyección pura y simple del gran poder del soberano sobre los individuos; son más bien el suelo movedizo y concreto sobre el que ese poder se incardina, las condiciones de posibilidad de su funcionamiento. (Foucault, 1979, p.157)

Es importante que los implementadores de los programas visualicen que el trato digno no es algo que se deba hacer para evitar conflictos, o para cumplir las normas, sino que es algo esencial a lo que tienen derecho las personas por el hecho de ser seres humanos. Por ello el trato digno se encuentra en constante búsqueda ya que un sujeto al ser visto como cosa puede ser tratado de forma inhumana como objeto.

Concluyendo, si no se trabaja el trato digno, y el derecho a la salud de la manera más integral posible, la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama, es una ley vacía, que se limita a controlar la enfermedad, es decir, se centra en la lucha contra el cáncer, pero no escucha a las personas, sino que las victimiza al etiquetarlas como pacientes con cáncer de mama. Tratando únicamente al cuerpo o a la parte del cuerpo en donde aparece el cáncer, con lo cual, se objetiva a las personas y se experimenta con sus vidas al esperar que el tratamiento funcione, y se dejan de hacer acciones de promoción de la salud que el INMUJERES-DF sí realizaba, al momento de contemplar a las mujeres como personas con derechos.

3.1.4. La Promoción de la Salud en el PAICMA antes de la intervención de la SEDESA.

Desde el momento en que aplicamos las entrevistas, las colaboradoras del PAICMA del INMUJERES-DF, hablaron del empoderamiento hacia la mujer, y de la importancia de difundirlo. Durante el transcurso del taller, dimos cuenta de que

aunque eran reflexivas, mantenían el discurso de la OMS sobre la salud (el completo estado de bienestar y no sólo la ausencia de la enfermedad), aunque cabe mencionar que algunas de ellas llegaron a describir al cáncer, no como una enfermedad, sino como una nueva oportunidad para reivindicar la vida de quien lo padece, como una lucha, algo que según ellas habían aprendido en su práctica cotidiana con las mujeres a quienes prestaban sus servicios.

En conclusión, y tras el trabajo realizado con las colaboradoras del PAICMA, nos pudimos percatar que las anteriores, mantenían una mezcla en sus discursos sobre el modelo empoderante y hegemónico, pero que al prevalecer la perspectiva de género y de derecho a la salud, con un enfoque más integral, buscaban en la medida de lo posible, mantener actividades recreativas y la atención psicológica hacia las mujeres por lo que se deduce que el tipo de promoción de la salud que ejercían prioritariamente era el de la promoción de la salud Empoderante.

Ellas empiezan a darse cuenta de que realmente lo que ellas vivían no era lo que ellas creían y si creo que desde ahí, desde su enfermedad, desde su perspectiva de cómo estaban llevando a su familia, porque ahora tienen que ver por ellas, dejan ya de hacer todo lo que tenían que hacer al principio le costaba mucho trabajo dejar esta una actividad en casa como dejar la ropa para los hijos, no dejar la comida hecha este, por irse a una consulta o por irse una sesión de quimioterapia que regularmente dura más de tres horas. (Informante 6, comunicación personal, 16 de abril del 2015)

Es importante aclarar el enfoque de la promoción de la salud empoderante, pues por lo regular es confundida con la emancipatoria. Para ello, primero abordaremos el concepto de empoderamiento, del cual su traducción y uso han sido bastante cuestionados.

El empoderamiento ha sido utilizado por el movimiento feminista durante mucho tiempo. En la actualidad, este término hace alusión acciones encaminadas para dar poder a las mujeres y con ello buscar la igualdad de género rompiendo con las relaciones de poder patriarcales. Pero existe una gran diferencia entre dar poder

y que sean las mismas mujeres o personas, quienes recuperen el poder que les ha sido arrancado.

Aunque existe una multiplicidad de trabajos realizados con las comunidades (no sólo de mujeres) en donde se habla de empoderamiento, es importante conocer la diferencia de las prácticas, pues este término es utilizado indiscriminadamente. Como se vio en el Marco Teórico-Methodológico de la presente investigación, existen diferentes prácticas de promoción de la salud, en las que las relaciones de poder se dan de diferente forma de acuerdo a los intereses que existen por parte de quien realiza esta práctica.

Si recordamos que la promoción de la salud popular, tiene como una de sus bases la pedagogía de Paulo Freire, sabremos que este autor hace alusión a la importancia de realizar procesos desde la horizontalidad, es decir desde un lugar entre iguales tanto educando como educador, y esto es fundamental, porque permite que los sujetos sean parte de los cambios necesarios para recuperar su poder.

La promoción de la salud popular, permite trabajar con los grupos vulnerados que han sido oprimidos y en este tipo de promoción de la salud se habla del empoderamiento como un proceso de liberación en el cual, los sujetos se empeñan en la lucha por la misma, y empiezan a conocerse críticamente como oprimidos dentro del dominio de las estructuras socioeconómicas. Utilizando sus propios medios en comunidad luchan por la recuperación de su poder y autonomía, siempre siendo partícipes del proceso, es decir; siendo activos (Freire, 2005).

Hasta este punto, empoderar suena bien, sin embargo, cuando este término fue aludido como *empowerment* en las diferentes conferencias internacionales y principalmente en la Carta de Ottawa que habla sobre promoción de la salud, muy convenientemente algunos gobiernos tradujeron el empoderamiento como proporcionar a alguien el poder que no tiene.

El empoderamiento de la carta de Ottawa, buscaba realizar procesos para que los sujetos lograran transformar, las relaciones de poder en que vivían, y con ello mejorar la salud de la población de sus comunidades. No obstante, y puesto

que al Estado el empoderamiento le traería problemas para defender sus los intereses económicos y políticos, mediante sus instituciones, induce a los sujetos a creer en recuperar el poder, pero utilizando esto como un discurso y en la práctica realizando acciones desde la verticalidad. Es decir; ejerciendo de nuevo las relaciones de poder, en donde quien posee el conocimiento es quien detenta el poder y dará la luz a quien no sabe.

Por ello el promotor de la salud institucional, busca el empoderamiento creyendo que ayudará al otro que es visto como el carente de autonomía para lograrlo. Pero cabe notar que, en primer lugar, el sujeto no ha solicitado de la ayuda del promotor de la salud, y en segundo lugar es cuando otro es visto como inferior, el promotor por más que quiera “dotará mágicamente al desfavorecido”, y con ello realizar un acto de caridad a quien no posee conocimiento no podrá lograr ni siquiera que el mismo se desate de la relación de poder en que vive mientras piense en jerarquías.

Por otro lado, una vez que Chapela revisa el concepto de empoderamiento y sus diferentes interpretaciones, propone un concepto más apropiado para nombrar el proceso donde los sujetos pueden recuperar su autonomía, es el de apoderamiento, en donde, “el sujeto se dota y recupera lo que es y era suyo en primera instancia” (2006, p.2).

Y eso que es y era suyo, es el poder, el poder sobre su vida, sus decisiones, formas de pensar, actuar y construir. En donde para recuperar ese poder necesario un proceso de reflexión sobre el lugar que ocupa en la sociedad e identificar, las herramientas con que cuenta para transformar su posición. Chapela entonces, describe que:

Empoderar se refiere a alguien que por sus propias razones y con sus propios medios y fines, decide dotar a otra persona de algo que quien dota posee y quien es dotado no posee, estableciendo así una relación en donde una parte es activa e independiente y la otra pasiva y dependiente” (2006, p.2).

Por lo que propone el apoderamiento refiriéndose a la transformación de la realidad desde los sujetos que la viven a partir de la recuperación del poder por los mismos.

Entonces, la promoción de la salud Empoderante aún más cuando se realiza dentro de lo institucional, no buscará modificar las relaciones de poder y sometimiento, sino que se trata de una práctica que deshonra la pedagogía de la liberación de Freire utilizándose como discurso, funcionando como una pantalla, como un engaño a los sujetos que no resuelve nada.

Si por ejemplo, hiciéramos una analogía entre el apoderamiento y el empoderamiento con el proverbio chino: “Regala un pescado a un hombre y le darás alimento para un día, enséñale a pescar y se alimentará para el resto de su vida”, el empoderamiento se parece a la primer parte, pues el sujeto no incorporará la noción de que es capaz de realizar las cosas por sí mismo, sino que será otro quien le lanzará el conocimiento y tampoco es tomado en cuenta como un ser digno de ser tratado como un ser autónomo merecedor de respeto.

Lo anterior, no serviría por mucho tiempo, puesto que lo memoriza de manera mecánica sin sentido y para utilizarlo en determinado momento. En cambio, la segunda parte del proverbio, se acerca más a la idea de apoderamiento, debido a que el sujeto es capaz de construir el conocimiento, una vez que reflexiona sobre los aprendizajes y herramientas que posee y que va adquiriendo, recuperando su autonomía para modificar el conocimiento. Aunque cabe mencionar que el proceso de aprendizaje debe ser horizontal y que es importante que rompamos con la idea de *ser el salvador del otro*, puesto que esto lo infantiliza, lo trata como inferior y es aquí donde la relación de poder se continúa de manera desigual.

Ahora bien, a partir de diferenciar el apoderamiento del empoderamiento, podemos hablar del tipo de promoción de la salud que ejercía el INMUJERES-DF con el PAICMA, la promoción de la salud Empoderante. La cual, por lo general, tiene como fin disminuir las cifras sobre las enfermedades que se han convertido en alarmantes para los costos de los hospitales.

En este tipo de promoción de la salud, lo importante de la enfermedad no es el sufrimiento que implique el “alivio” de los sujetos, sino que acudan a realizarse los chequeos y tratamientos. Y para ello, se utiliza como herramienta el empoderamiento, informando y “concientizando” a los sujetos sobre la importancia de la prevención de la enfermedad, y por supuesto centrando la responsabilidad de la aparición de la misma en el sujeto. Echando culpa al medio ambiente pero nunca cobrando factura a los intereses económicos y políticos de lo que generó la enfermedad.

La promoción de la salud Empoderante, es muy acudida puesto que es funcional (para los fines de disminuir los costos hospitalarios) a corto plazo, debido a que al informar a los sujetos vistos como usuarios, con ayuda de los expertos en el tema o enfermedad a tratar como puede ser el caso del cáncer de mama, hipertensión arterial, diabetes, logra mecanizar a los sujetos para que acudan a los servicios médicos, o bien conozcan sus síntomas y adopten cierto estilo de vida y con ello disminuir el riesgo de alguna complicación.

No obstante, a largo plazo, no se consigue un cambio real, pues, aunque lo aprendido por el sujeto sea algo significativo, si no hubo un proceso que le permitiera realizar el cambio por sí mismo pueden suceder varias cosas.

La primera es, que exista una relación de poder en donde los sujetos adopten ciertos comportamientos por miedo a ser sancionados (generalmente por un médico u otro), o que realizaran ciertas acciones de prevención porque aprendieron a temer de su enfermedad (y con ello a sí mismos o a su cuerpo).

Por otro lado, al existir esta relación de poder durante y después del proceso de *concientización* dependen del experto para continuar con los chequeos o cambios en los estilos de vida. Y si se llega a dar un proceso de diálogo y horizontalidad en la promoción de la salud Empoderante, pero sólo se mira sobre la superficie del problema, es decir; sobre los factores de riesgo, y la generación de la enfermedad, al ausentarse el promotor de la salud, el sujeto no verá mayor importancia de continuar con el cambio.

Ahora que se ha explicado a la promoción de la salud Empoderante, podemos pasar a describir de qué manera el INMUJERES-DF cuando ejecutaba el PAICMA, ejercía este tipo de promoción de la salud. En primera instancia, acercaba a las mujeres a una perspectiva de derecho. Al llevar el programa de mastografías, las colaboradoras del PAICMA, buscaban persuadir a las mujeres para convencerlas, aun contra el discurso machista tan marcado en nuestra sociedad de que la salud de la mujer es al último.

Además, las mujeres no llegaban a exigir sus derechos, sino que asumían, que acudir a las revisiones periódicas era importante. Pues habían interiorizado, que era importante porque otras mujeres se los habían dicho. Pues quienes poseían el conocimiento eran los y las colaboradoras del PAICMA, que lo que hacían era informar y concientizar sobre la importancia del autocuidado para detectar a tiempo el cáncer de mama con acciones como la entrega de material impreso o pláticas grupales e individuales. Es decir; *concientizar* a las mujeres, lo cual es muy utilizado en la promoción de la salud Empoderante.

Aunque haya muchos talleres y lo que tú quieras, hacer conciencia, y me incluyo que tenemos que concientizarnos en que tenemos que estar bien nosotras como mujeres trabajadoras del Instituto para reflejar a otras mujeres y poder transmitirle a otras mujeres que todas valemos y que nos debemos de respetar, que somos mujeres de lucha y que todas podemos, [...]no, que una mujer empoderada es una mujer que gana más, y ya eres uff y te vean así como que hay pobrecita no vales porque ganas menos, no, o sea, ese es el estilo que yo veo aquí.[...] pues si nos ponen que te visualices, que todo positivo todo bonito, o sea si, fíjate tus metas hazte un plan de vida, a lo mejor con uno sí, pero la gente te ve, percibe de otra forma, o sea yo creo que falta humildad, ser sinceras y ser humildes y aquí yo creo que lo que es empoderamiento siento que está equivocado, o sea yo creo que sí hay que seguir adelante, hay que luchar por tus cosas si puedes sigues estudiando, si no puedes pues bueno pero tratas de hacer cosas,

pero... es en esta cuestión de soberbia, comentarios que a lo mejor los hacen con broma y a o mejor la gente se ofende (Informante 1, comunicación personal, 16 de abril del 2015).

Cabe mencionar, que *concientizar*, no es suficiente, dado que una persona puede estar consciente de la situación en que vive, o de que es necesario hacer cambios, pero si no existe un proceso reflexivo que surja a partir de ella, puede dejarlo para otro momento. O bien, si no se le proporcionan herramientas que le permita visualizarse como sujeto de derecho a salud, y de lo que posee a su alcance para modificar su vida, puede no incorporar la información que otra persona le dé. Al mismo tiempo, si no se realiza un trabajo que permita modificar la relación vertical (de dominación autoritaria en donde el dominado no tienen voz y sólo recibe órdenes) de las instituciones hacia las personas, difícilmente éstas últimas encontrarán las condiciones para comenzar a realizar estos procesos que les permitan tomar decisiones sobre sus vidas.

Capítulo 4. Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México, alcances y limitaciones después de la intervención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal mediante la implementación de la Ley para la Atención Integral al Cáncer de Mama del D.F.

En el capítulo anterior, se contextualizó el origen del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama. Después, se señaló la importancia de la perspectiva del derecho a la salud.

Asimismo, se dieron a conocer las fortalezas y debilidades que han existido para el PAICMA a lo largo de su historia, antes y de la aplicación de la Ley para la Atención Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal. En este capítulo se habla de un segundo momento del PAICMA, a partir de la intervención de la SEDESA y las consecuencias de la aplicación de la ley antes mencionada.

Como se revisó anteriormente, bajo la perspectiva de género, el personal del PAICMA del INMUJERES-DF, promocionó mucho el empoderamiento de la mujer, y con ello se ejercía la promoción de la salud empoderante, el PAICMA, por tanto,

acercó a las mujeres a una perspectiva de derecho a la salud, esto sirvió para que ellas lograran percibir que podrían decidir sobre su cuerpo, permitió que las mujeres se aproximaran a los servicios de mastografía, y que tuvieran conocimiento de sus derechos.

La perspectiva de género que manejaba el Programa de Prevención y Atención Integral al Cáncer de Mama, se ha dejado en el olvido, el trabajo que INMUJERES-DF había realizado para el seguimiento de las mujeres que acudían a realizarse la mastografía, que era vía telefónica y visitas a domicilio, cuando éstas no acudían por sus resultados y eran sospechosas de cáncer de mama ya no se hace.

A partir de la implementación de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal, no sólo se pierde la perspectiva de género prácticamente en su totalidad, sino que se modifica el tipo de promoción de la salud con que se ejecuta el programa de empoderante a oficial, mejor dicho, se vuelve meramente prevención de enfermedad, “lucha contra el cáncer de mama”.

Se debe entonces, recuperar el trabajo de acercamiento a las comunidades como lo hizo el INMUJERES-DF en un inicio.

Por otro lado, en relación con el trato digno, es importante mirar que mientras exista una relación de poder inequitativa, los sujetos vistos como objetos de estudio, seres pasivos y sin conocimiento, por más protocolos que se diseñen para dar una atención de calidad, seguirán siendo tratados como niños, y sus derechos humanos violentándose.

El trato digno, debe verse desde el diseño las campañas, pues en algunas incluso se caricaturizan los padecimientos físicos, algo que para quien lo padece, puede no ser divertido pues desde mi perspectiva minimiza el sufrimiento y lo ve como un juego insignificante.

También, es recomendable, realizar una capacitación permanente en promoción de la salud (desde el enfoque emancipador) a los prestadores del INMUJERES-DF que ya conocen a la población con la que trabajan, lo cual ayudaría

a generar procesos reflexivos en las mujeres, con la finalidad de que logren modificar su relación consigo mismas y con el cáncer de mama.

4.1.1. La Ley para la Atención Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal.

Como se revisó en el marco teórico de la presente tesis, una ley es un conjunto de normas que se establecen en un documento de importancia jurídica para determinado espacio y están diseñadas para hacer cumplir tanto los derechos humanos como los acuerdos de una sociedad.

En el caso de la Ley para la Atención Integral al Cáncer de Mama del D.F, estamos hablando de una ley diseñada para hacer cumplir el derecho a la salud en relación al cáncer de mama, que como se revisó éste es producto de una lucha social, donde el movimiento feminista tuvo una participación significativa.

El año 2010, surge la iniciativa para esta ley por parte de la Comisión de Salud y Asistencia de la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México. Cuyo fin era contar con una legislación que regulara los servicios de atención al cáncer de mama tanto públicos como privados.

El principal objetivo, era disminuir la morbilidad y mortalidad de las mujeres a partir de una política de prevención y diagnóstico oportuno.

El foco de atención, serían las mujeres que carecieran de seguridad social, principalmente las que vivieran en situación de vulnerabilidad y cuyos resultados requirieran, de estudios complementarios o atención médica.

Pero, como anteriormente se ha mencionado, iniciativas como ésta no surgen de la voluntad política, sino de la presión social.

Aunque se tenía el antecedente de que, durante el 2006, el cáncer de mama fuera la primera causa de muerte en mujeres, la regularización de los servicios para el diagnóstico; el tratamiento; la rehabilitación de cáncer de mama, no fueron planteadas si no hasta que se presentan casos relacionados con personas reconocidas pertenecientes al sector salud, económico y político del país. Tal es el caso de Felicia Knaul una reconocida investigadora del sector salud y esposa del

ex secretario de salud Julio Frenk, la ex subsecretaria de salud Maki Ortiz, directoras de programas y creadoras de asociaciones civiles como Fundación Cimab, la iniciativa Tómatelo a Pecho de Fundación Mexicana para la Salud A.C (FUNSALUD) e Instituto Carso para la Salud.

De igual forma, surgieron casos relacionados con trabajadoras de la industria televisiva (El Universal, Rodríguez, 2008).

Una vez revisada la propuesta de iniciativa de ley del año 2010, el 21 de enero de 2011, se publica el decreto por el cual se expide la Ley de Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal. Esta Ley fue formulada con base en las reglas de operación del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama que llevaba a cabo el INMUJERES-DF, para que posteriormente la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) tomara el mando del PAICMA, con la finalidad de realizar las acciones que garantizaran el derecho al acceso gratuito a la atención integral al cáncer de mama.

De entrada la creación de esta ley permitiría dar mayor cobertura a la realización de mastografías, y aún más en las zonas marginadas de la Ciudad de México, se trataba de una política pública en donde se esperaba que el Estado reconociera al menos el derecho a la protección de la salud de muchas mujeres, que si bien, como ya se ha mencionado en párrafos anteriores, la protección de la salud es un derecho que contempla acciones dirigidas a prevenir y atender la enfermedad mediante la prestación de servicios de atención médica, es decir, que atiende la parte física del sujeto, y que por lo tanto, no lo ve de forma integral, al menos, significó que la salud física de la mujer era igual de importante que la de cualquier mexicano y que quienes vivieran con cáncer de mama pudieran tener acceso a un tratamiento subsidiado por el Estado.

Sin embargo, es una Ley realizada desde la hegemonía, que si bien, en su contenido se refieren acciones de *promoción de la salud*, estas pudieran responder más a herramientas para la prevención (es decir a algo secundario) que a lo estipulado en la Carta de Ottawa o la promoción de la salud Emancipadora. Por ejemplo, el objetivo V de esta Ley dice: “Realizar acciones de promoción de la salud

para fomentar una cultura de prevención del cáncer de mama” (Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF), 2011, p.2), analizando el discurso, cuando se utiliza la preposición *para*, se puede ver, que la promoción de la salud aparece entremezclada incluso subordinada a la prevención y de menor peso. Aun, cuando se trata de dos cosas diferentes, puesto que mientras que la prevención, está encaminada a realizar acciones que en lo mayor posible eviten la enfermedad, la promoción de la salud (principalmente vista desde el enfoque emancipatorio), no se limita a la enfermedad, ni tampoco la ve como un obstáculo para que un sujeto pueda vivir de manera saludable, por el contrario, es una disciplina encaminada a que los sujetos busquen su autonomía mediante el desarrollo de sus capacidades independientemente de si viven o no con una patología (Chapela, 2011).

Por otro lado, la prevención no resuelve el problema de fondo, no quiero decir que no sea útil, sino que se queda en un ámbito bastante superficial, puesto que los sujetos pueden tener toda la información pero si no les es significativa y está alejada de la realidad en que viven, no la llevan a la práctica, por ejemplo; cuando se pide a una mujer que palpe sus mamas para detectar alguna bolita y su atención está puesta en resolver otras necesidades de mayor prioridad en ese momento para ella, no lo hará así le lleve cinco minutos de tiempo.

Además, la “cultura de prevención”, promueve y se basa en el miedo para hacer que las mujeres acudan a realizarse la mastografía o el chequeo médico, y el miedo ha sido utilizado desde tiempos de la conquista en nuestro país para homogeneizar a la población, con esto no digo que no se deba acudir al médico, pero ¿qué es lo que realmente se busca al decir a una mujer que si no acude a tiempo a un chequeo, o si no realiza un tratamiento predeterminado cuando se es sospechosa de cáncer de mama morirá?, ¿se quieren mujeres sumisas a la orden de cualquier autoridad sanitaria?, quizá sí, pues el miedo es bastante utilizado hoy en día para promocionar productos que “venden salud”, tal es el caso de fármacos, yogurt, prendas de ropa, alimentos, lociones, entre otros y aleja a las personas de los servicios de salud más que acercarlas, pues ¿quién quiere arriesgarse a saber

de los problemas de salud con los que pudiera llegar a vivir? o peor aún, saberlo no poder atenderse por falta de recursos.

Así mismo, cuando se habla de que es necesario fomentar “la cultura de prevención”, es importante reflexionar sobre el trasfondo y fin que se busca, pues es bien sabido que el uso del lenguaje influye en la forma en cómo se ejercen las relaciones de poder y, la palabra cultura suele ser bastante utilizada en los discursos de programas de salud, ésta oculta la realidad del problema, pues implica que el sujeto es quien debe adaptarse o adoctrinarse, para evitar enfermar y no existe nada externo que lo vulnere, por otro lado, da a entender que quien no responde a éste patrón (como puede ser el de “una cultura saludable”, “una cultura de prevención”, “una cultura de estar informado”) es inculto y por lo tanto inferior. Un ejemplo, es cuando se dice que las personas se enferman “por falta de educación”, que los jóvenes se embarazan “porque ignoran”, “son irresponsables” y hasta “incivilizados” debido a que aun conociendo los métodos anticonceptivos no se protegen de alguna enfermedad de transmisión sexual o previenen el embarazo.

No está por demás mencionar que, en el capítulo de prevención, se hace alusión a: “[...] promover estilos de vida sanos, a través de diversos medios de información, ya sean masivos, grupales o individuales [...]” (ALDF, 2011, p.5), los cuales son aludidos como un grupo perteneciente a los factores de riesgo del cáncer de mama.

Lo cual tampoco resuelve mucho, pues los estilos de vida visualizan el problema del cáncer de mama y otros relacionados con la salud, desde un enfoque intermedio, pues si bien, rebasan la visión centrada en la biología, no llegan al nivel de los determinantes sociales de la salud, pues se continúa escondiendo lo que causa el origen de éste problema de salud y se espera que los sujetos modifiquen sus estilos de vida como si de ellos dependiera únicamente la elección de hacerlo o no, sin ver las causas estructurales del problema.

Por lo cual, también se puede decir que, si se culpabiliza a alguien por no llevar a cabo cierto estilo de vida impuesto por la hegemonía, es una forma de discriminación puesto que el generalizar hábitos sin tomar en cuenta las condiciones

de vida de cada sujeto y de la mayoría de la población, es obvio que sólo algunos cuantos cumplan con la norma establecida y por lo tanto sean estos últimos los menos castigados socialmente por la autoridad que se encarga de alinear a los sujetos.

Por ejemplo, cuando en las unidades de salud, se llama la atención a las personas que llegan a consulta (tengan o no problemas de alimentación), por no alimentarse de acuerdo a la *NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*, cuyas recomendaciones son algunas como realizar tres comidas al día principales (que incluye al menos un alimento de cada uno de los tres grupos, que son: leguminosas y alimentos de origen animal, cereales, verduras y Frutas) y dos colaciones, además de procurar hacerlo a la misma hora, y tomar en abundancia agua simple potable (Secretaría de Salud, 2012), resulta injusto en una sociedad donde al menos en el 2014 el 42.4% de la población tuvo algún grado de inseguridad alimentaria (INEGI, 2016), en un país en donde 9 millones de mexicanos no tienen el acceso al líquido mientras que 13 millones lo reciben contaminado, y cuatro de cada diez hogares indígenas no tiene acceso al agua (Suarez,2015).

Es decir, la hegemonía ha impuesto y diseñado la idea del estilo de vida “ideal” acorde a las necesidades de cierto grupo de personas con características como: un nivel socioeconómico que permita tener tiempo para la recreación, consumir cierta variedad de alimentos, poder elegir hacer alguna actividad deportiva además de su rutina diaria, dejando de lado al resto de la población, pues como menciona Menéndez,

¿Por qué fumar y comer grasas son riesgos de estilo de vida, y no lo es beber agua no potable o no comer a grados de desnutrición crónica?, ¿Por qué caminar o correr por los parques constituye parte de un estilo de vida, y no el trabajo de los campesinos o albañiles? Todos estos comportamientos son partes de estilos de vida: lo diferente es que en algunos casos las posibilidades personales y del grupo social de pertenencia pueden favorecer

la modificación de sus comportamientos, mientras que a otros sujetos/grupos les es mucho más difícil debido a condiciones estructurales de orden económico y también cultural que limitan o impiden la posibilidad de elección. (1998, p.50)

Por lo que podemos decir, que la idea de cultura en los estilos de vida es tratada de forma generalizada, lo cual resulta injusto, debido a que no todas las personas tienen las mismas condiciones de vida para “adaptarse” o elegir cierto estilo de vida, además de que la medida de los estilos de vida no es suficiente si no se trabajan primero los determinantes sociales de la salud.

Esto, sin tomar en cuenta que la mercadotecnia impone, lo que es y no saludable, utilizando este concepto de estilo de vida de forma indiscriminada, ejemplo de ello es cuando en los comerciales se vende alimentos con alto contenido de hormonas y grasas con argumentos como: “es lo más llenador o nutritivo que le puedes dar a tu familia”, así se trate de un producto que lleva más de dos meses de haber sido procesado.

De tal forma, acciones como informar o fomentar el autocuidado para prevenir y detectar el cáncer de mama, se quedan bastante cortas frente a la enorme publicidad y control del mercado por parte de las empresas que imponen estereotipos, para después promover el consumo de productos que además de que no los necesitamos, dañan nuestro medio ambiente y condicionan la salud y vida sobre todo de la gente más vulnerable (Leonard,2007), tal es el de aquellas

multinacionales²¹vendedoras de alimentos con gran cantidad de aditivos²² como Monsanto²³.

Por otro lado, el autocuidado no garantiza la inmunización al cáncer de mama, pues existen casos de personas que realizan actividad física, ejercicio, se alimentan en relación al famoso plato del bien comer, incluso no tienen antecedentes familiares y son diagnosticadas con cáncer de mama.

En segundo lugar, el objetivo IV: “Difundir información a las mujeres y, en su caso, hombres sobre la importancia del autocuidado y la apropiación de su cuerpo para la detección oportuna de cáncer de mama” (ALDF, 2011, p.2), se queda bastante corto en comparación con las actividades de acercamiento de que el personal del INMUJERES-DF realizaba, pues a una persona, se le puede informar, sobre la importancia de cuidar su cuerpo, pero si no existe una reflexión no es posible la apropiación.

Además, a partir de que le SEDESA toma las riendas del PAICMA, la difusión del mismo comienza a disminuir, pues como el personal del INMUJERES-DF para este programa indicó, los recursos que les asignaban para esta tarea eran cada vez menos. Asimismo, debido a que este instituto fue tomado cada vez menos en cuenta en las jornadas territoriales poco podían hacer, pues dejó de haber un acercamiento

²¹ De acuerdo a la Real Academia Española, una multinacional, es una sociedad mercantil o industrial cuyos intereses y actividades se hallan establecidos en muchos países. (RAE, <http://dle.rae.es/?id=Q4QmPcP>)

²² Se entiende por aditivo alimentario cualquier sustancia que en cuanto tal no se consume normalmente como alimento, ni tampoco se usa como ingrediente básico en alimentos, tenga o no valor nutritivo, y cuya adición intencionada al alimento con fines tecnológicos (incluidos los organolépticos) en sus fases de fabricación, elaboración, preparación, tratamiento, envasado, empaquetado, transporte o almacenamiento, resulte o pueda preverse razonablemente que resulte (directa o indirectamente) por sí o sus subproductos, en un componente del alimento o un elemento que afecte a sus características. Esta definición no incluye “contaminantes” o sustancias añadidas al alimento para mantener o mejorar las cualidades nutricionales. NORMA GENERAL PARA LOS ADITIVOS ALIMENTARIOS CODEX STAN 192-1995. Disponible en: www.fao.org/gsfaonline/docs/CXS_192s.pdf

²³“Empresa transnacional que controla alrededor de 90 por ciento del mercado mundial de semillas transgénicas” (Greenpeace), Quién es Monsanto. Disponible en: <http://www.greenpeace.org/mexico/es/Campanas/Agricultura--sustentable--y-transgenicos/Y-tu-sabes-lo-que-comes/Por-que-no-quieren-que-sepas/Quienes-ganan-con-que-tu-comas-transgenicos-sin-saberlo/El-negocio-de-los-transgenicos/Quien-es-Monsanto/>

con anticipación con las mujeres, incluso los carteles los pegaban el mismo día que los medibuses con mastógrafos llegaban a las colonias o barrios pues ni el mismo personal de INMUJERES-DF sabía en dónde se llevarían a cabo las jornadas.

De nada sirve muchas veces que lleves la unidad a una colonia donde no se enteran las mujeres y por lo mismo no hay atención, de nada sirve que llegues a un lugar donde tú vas a atender a 5 o a 10 mujeres.
(Informante 5, comunicación personal, 13 de abril del 2015)

Ahora bien, en un informe del Proyecto de Seguimiento del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA) del Distrito Federal (2013), se menciona que la SEDESA no señala nada respecto a cómo se llevó a cabo la promoción del PAICMA, mientras que el INMUJERES-DF informa que se realizaron acciones de divulgación, orientación e información sobre el PAICMA a través de carteles, volantes y fichas de control. De igual forma se alude a que el medio que predominó para que las mujeres se enteraran de las jornadas de mastografías, fueron los carteles y folletos con un 81%, seguido por la invitación de un familiar o amiga/o con un 47%.

Con relación a lo anterior, se puede decir que la labor que hacía el INMUJERES-DF, es lo que realmente impulsaba al PAICMA, pues además de que la información impresa la realizaba el personal de este instituto y no el de SEDESA, de acuerdo a lo que el personal del INMUJERES-DF aludió, parte de la estrategia para la labor de convencimiento que realizaban consistía en que fueran las mismas mujeres quienes invitaran a otras a realizarse el estudio.

Cuando la SEDESA empieza a realizar las jornadas de mastografía, envía la información sobre las mismas al INMUJERES-DF, y este instituto en su página web posteaba la información sobre la ubicación de los medibuses con mastógrafos con sus respectivas fechas, no obstante, para las personas que no tienen acceso a internet o bien, no se encuentran familiarizadas con las tecnologías de información estos medios resultan insuficientes y hasta discriminatorios.

Por otra parte, la difusión de la información no es suficiente para que los sujetos se apropien de su cuerpo, pues la estructura social en que vivimos justo está diseñada para lo contrario. De acuerdo con Chapela,

El cuerpo humano está investido con relaciones de poder y dominación convirtiéndose en una fuerza útil para la hegemonía en la medida en la que pueda ser productivo y sujetado, es decir, subordinado a sus intereses. Para lograr los propósitos de la hegemonía es necesario romper la integridad de las personas para controlar su cuerpo y someter su libertad. (2006, p.11)

Entonces, el objetivo de *difundir información a las mujeres y, en su caso, hombres sobre la importancia del autocuidado y la apropiación de su cuerpo para la detección oportuna de cáncer de mama*, de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama, resulta ser un doble discurso, pues pareciera que se quiere “ayudar” a las personas para que adopten la idea de que su cuerpo es importante, no obstante, volvemos a la idea del empoderamiento en donde para que el sujeto se apropie de su cuerpo, la indicación de hacerlo es desde la figura del experto.

Por otro lado, si la hegemonía busca que los cuerpos estén a su disposición, para utilizarlos como fuerza de trabajo y objeto de consumo, es obvio que intentará separar al cuerpo del sujeto, y enajenarlo, pues ésta es la forma de lograr inscribir una historia en ellos, dejar huella del ejercicio de su poder, ocuparlos de forma física y simbólica, marcar la vida de quienes habitan dentro de forma brutal y sin que los sujetos perciban que son las empresas, el Estado y la clase en el poder quienes controlan sus vidas e impiden en mucho la construcción de su proyecto de vida. Y es que la enajenación llega a tal grado que perdemos nuestro cuerpo, como menciona Wilber,

Ya no me dirijo al mundo con mi cuerpo, sino sobre mi cuerpo. Estoy aquí arriba y él ahí abajo es indudable que me inquieta no saber a ciencia cierta qué es lo que está ahí abajo. Mi conciencia es casi exclusivamente conciencia de la cabeza: soy mi cabeza, pero tengo mi cuerpo. El cuerpo queda reducido a no ser «uno», sino «propiedad»

de uno; algo que es «mío», pero que no es «yo». En una palabra, el cuerpo se convierte en un objeto o una proyección. (2006, p.131)

O, mejor dicho, en un objeto de uso del sistema en que vivimos. Por esta razón, acciones ya mencionadas de este programa, no sirven cuando se vive sometido, no son suficientes, si no se realiza un trabajo de profunda reflexión que permita que los sujetos se visualicen, como seres íntegros sujetos de derecho y que reconozcan que sus cuerpos no tienen por qué ser sometido por otros. Asimismo, es necesario que las personas comprendan que se encuentran dentro de un sistema en donde impera una hegemonía que hará lo posible por dominar sobre ellos pero que existen alternativas de resistencia puesto que como seres humanos tienen la capacidad para desprenderse de las relaciones de poder que los atan e impiden pensar que pueden ser más que máquinas productoras al servicio de otros (Chapela, 2006).

En relación a todo lo anterior, cabe mencionar que el hecho de que se traten los problemas de forma superficial y no de fondo, tiene que ver con la política económica de privatización que se ha impuesto en los países de América Latina, y que responde a los intereses de la clase en el poder para acaparar la mayor cantidad de riqueza posible incluso a costa de que no se regule el mercado, o se mejoren las condiciones laborales y de vida de las personas. Pues como menciona Chapela,

La pobreza y la marginalidad son una condición de acceso restringido a la riqueza material y simbólica que resulta de los procesos de conquista de los cuerpos-territorio con fines de la hegemonía de mercado; y que la enfermedad más frecuente es pobreza escrita en los cuerpos-territorio individuales y colectivos. Desde esta concepción de pobreza y enfermedad aparece relevante identificar las características de la participación de las agencias que ejercen hegemonía en el campo de la salud. (2006, p.14)

Pero, además, de las inscripciones en el cuerpo, también es importante hablar del papel que juega la ciudadanía en esta ley, pues por lo que se refiere al artículo 14 del Capítulo Segundo De la Prevención de la “Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal” que hace a alusión lo siguiente:

La prevención del cáncer de mama incluye actividades de promoción de la salud tendientes a disminuir la prevalencia de los factores de riesgo en la comunidad, desarrollar entornos saludables, el reforzamiento de la participación social, la reorientación de los servicios de salud a la prevención y el impulso de políticas públicas saludables.

Para tal efecto, se realizarán acciones para orientar a las mujeres y, en su caso, hombres sobre la responsabilidad en el autocuidado de su salud, disminuir los factores de riesgo cuando sea posible y promover estilos de vida sanos, a través de diversos medios de información, ya sean masivos, grupales o individuales, mismos que deben apegarse a las disposiciones establecidas en la presente Ley, los lineamientos de operación del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal, la Norma Oficial Mexicana en materia de cáncer de mama y las evidencias científicas (ALDF,2011, p.5)

Se puede observar, que se mencionan las líneas de acción estratégicas contempladas en la Carta de Ottawa, no obstante se terminan concretando en acciones de prevención, los factores de riesgo y los estilos de vida, en donde como ya se ha destacado, las acciones de la promoción de la salud, se terminan supeditando a las estrategia de prevención y se enfatiza el que los sujetos de forma individual se concienticen sobre la problemática y acudan a los servicios de mastografía, en donde el Estado no toma mayor responsabilidad.

Lo importante a destacar aquí, es que las acciones de la carta de Ottawa como la elaboración de políticas públicas sanas, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales, y la reorientación de los servicios sanitarios (CIPS, 1998, págs. 2-3), sólo fungen como discursos pues para que realmente suceda lo anterior, es necesario el poder ciudadano. Pero, antes de hablar de la vinculación que tiene éste con la Ley para la atención integral del cáncer de mama, es fundamental, acudir a la noción que por lo general en Estado tiene de ciudadanía.

En primer lugar, tenemos que la ciudadanía con derecho civil y político, es una herencia de los liberales, que buscaban la libertad de mercado utilizando la figura del Estado como un instrumento disponible a la defensa de sus intereses mantener y defender la propiedad privada (Boaventura, 1998) para hacerla crecer, mediante el fomento del individualismo que entorpece el proceso de la vida y que jamás pone un límite en cuanto a acaparar satisfactores (llámese recursos), aun a costa de que unos cuantos tengan mucho y la mayoría nada. A este tipo de ciudadanía, se le denomina, ciudadanía de mercado.

En segundo lugar, tenemos a la ciudadanía social o integral, que si bien, tiene su origen en el liberalismo, es también resultado de la conquista de la lucha por los derechos sociales en tanto que se guía entre otras cosas por el principio de solidaridad que admite una preocupación por las necesidades colectivas y un sentido de pertenencia. En donde la subjetividad juega un papel importante, dado que permite el pensamiento crítico, la reflexión y con ello una participación activa que va más allá del voto, ya que involucra el análisis para la construcción y la exigibilidad de derechos (Saforcada, 2013). Y mediante la construcción de herramientas y saberes colectivos se puede ir en dirección a la mejora de los modos de vida de todos y al mismo tiempo de uno mismo, en busca de la autonomía y en contra de la degradación de nuestras vidas por parte de quienes detentan el poder, trabajar juntos para llegar a la emancipación.

Por lo que podemos decir, que el tipo de ciudadanía que se percibe en la Ley para la atención integral del cáncer de mama es una ciudadanía de mercado, pues no involucra a las personas, su subjetividad no es importante, y por lo tanto no se toma en cuenta, no se opta por la creación de redes, algo que al menos el INMUJERES-DF cuando ejecutaba el programa hacía, aunque muy por encima.

Como bien indican Lena Kähleret.al.

Los gobiernos y otras organizaciones deben adoptar medidas positivas para incluir a las mujeres en todos los niveles del sistema de atención sanitaria”.

En concreto, la CEDAW exige a los países que garanticen que las mujeres tengan derecho a participar plenamente y estar representadas en la formulación de políticas públicas en todos los sectores y en todos los niveles (2017, p.28).

Y en la creación de esta ley, hizo falta la escucha de las personas involucradas en el PAICMA, pues recordemos que fue una iniciativa propuesta por los diputados debido a la relevancia del problema del alza del cáncer de mama, pero nunca hubo un acercamiento con la gente. No se abrieron espacios de debate, ni se generaron estrategias para ir más allá de lo procesos únicamente informativos sobre lo relacionado a signos, síntomas y formas detección del cáncer de mama, es decir, no existió un proceso de emancipación que permitiera que la gente se reconociera como titular de derechos o con capacidad para la toma de decisiones, no hubo construcción de ciudadanía.

Por el contrario, lo que enfatiza, es el concepto de responsabilidad pero en relación al autocuidado, y no es que no sea importante que los sujetos se hagan cargo de sí mismos, si no que en ésta Ley el Estado no opta precisamente por ir hacia la vía de la autonomía, sino que lo hace desde la introyección de culpa en las personas, donde primero las individualiza, para que después se sientan las únicas causantes de lo que suceda con sus vidas o la de algún familiar, para después, deslindarse de su responsabilidad.

Podemos decir, que no se fomenta la autonomía en esta ley, sino el adoctrinamiento en relación a la detección del cáncer de mama. Estamos hablando de una ley que al dictar que hacer, trata a las personas de una manera inferior, como si no fueran aptas para decidir, sino sólo para obedecer. No olvidemos que esta ley, no está aislada al proceso de globalización de los Estados neoliberales, y por lo tanto responde a intereses del Mercado defendidos por el Estado. Intereses por los cuales se impone una serie de significados y conductas a la sociedad, significados en relación a la enfermedad, en este caso al cáncer de mama. A propósito de esto, Chapela alude a que:

Las situaciones de la realidad no son en sí mismas ‘problemas’; para lograr que una situación de la realidad pase de ser una situación en sí misma a una situación problemática se requiere de procesos de significación y re significación que conduzcan a otorgarle a la situación ‘en sí’ un sentido problemático ‘para’ agentes o grupos de agentes sociales particulares [...]La definición de un problema no se hace sin intención [...]mirar las cosas implica relacionarse con ellas y esta relación es una relación de conocimiento (Chapela, 2010b, p. 138).

Es cierto que, el cáncer de mama ha sido enfatizado desde la imagen más que desde el sentir de las personas, la mayoría de los medios de comunicación ponen énfasis en la mujer aunque el hombre también sea propenso a éste padecimiento, incluso por lo general se le llama cáncer de mama y no cáncer de mama, mucho se habla de campañas para recolectar cabello, el listón rosa no puede faltar, escuchamos anuncios sobre la reconstrucción mamaria, los factores de riesgo y la idea de muerte están siempre presentes. Las acciones para “prevenir, tratar y curar” están encaminadas a incapacitar a las personas para que no piensen más allá de lo anterior mencionado vivan o no con cáncer de mama.

También es natural, que se les medique de por vida sólo con el fin de sobrevivir, de que la mujer siga produciendo no importa en qué condiciones, en relación a esto, no es nada nuevo que la mujer no sólo produce económicamente cuando trabaja, sino que es vista como una fábrica de trabajadores y como mano de obra doméstica gratuita, pues además está a cargo de alimentar y cuidar de la fuerza de trabajo.

Recordemos que al Estado le interesa controlar a la población, para lo cual hace ejercicio del poder y uso de la violencia física o simbólica. Cuando se dice que el cáncer de mama es uno de los problemas prioritarios, la atención se centra en definir los presupuestos y normas para controlar al padecimiento, pero también a la sociedad, incluso puede ser utilizado como un distractor cuando se realizan las campañas en el mes de octubre.

La violencia física que se hace contra la mujer puede pasar como invisible en el proceso del cáncer de mama. Por mencionar algunos ejemplos, resulta muy inhumano que no se haga nada para regular las zonas de trabajo donde las mujeres se encuentran expuestas a gran cantidad de químicos, tóxicos, que se las exponga al consumo de hormonas, para después de ser detectadas con cáncer de mama se les someta a quimioterapias en lugar de optar por otras alternativas menos agresivas. O que se les mutile un seno, pero claro, esto no es visto como violento porque es necesario, es un “dolor necesario”.

Todo esto, genera que la mujer tenga miedo de sí, de sus mamas, las cuales debe auto explorar, esperando no haya “anormalidades”, esta serie de miedos que se van induciendo no permiten una significación personal del proceso por el que van pasando las mujeres. Si la mujer fallece por cáncer de mama, es porque no lo “venció”, es una “víctima” más. Si sobrevive, es una mujer luchadora, triunfadora no importa el estado de ánimo que tenga ni todo por lo que esté pasando o haya vivido, importa que está viva, que “el Estado” puso su mayor esfuerzo para ello.

Ahora bien, ya hemos mencionado que los intereses de mercado son el vender tratamientos o productos de color rosa, que incluso este año empresa como Salud Digna, promovieron la venta de estudios de mastografía a “bajo costo” que la Comercial Mexicana, así como otras tiendas departamentales implementaron el “pasillo rosa” para supuestamente apoyar la causa, sin que se diga nunca cuánto y de qué manera, es decir; todo, gira en relación a las ganancias que esto genera (Poll, 2011). Y todo esto es normal para la ciudadanía, para los consumidores que caen fácilmente y compran productos rosas bajo la idea de la compasión que las campañas influyen sobre nosotros.

Por otro lado, las campañas desde mi perspectiva son cada vez más agresivas, ya no sólo inducen miedo, si no que potencializan el concepto de que las personas son “poco pensantes”, incapacitadas para reflexionar. Ejemplo de ello es la campaña mundial²⁴ “Guantes Rosas”, a la que recientemente se unió el Instituto

²⁴ En el siguiente enlace web se puede ver la campaña del guante rosa del hospital Alemán del Argentina como uno de los ejemplos: <http://www.hospitalaleman.org.ar/fundraising-proyectos/campana-del-guante-rosa/>

de Seguridad Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y en el que participan bailando funcionarios como el director del IMSS y el actual secretario de salud José Narro²⁵.

Para no ahondar mucho sobre esta campaña global, ya que el tema de la presente investigación no son las campañas de cáncer de mama, sólo haré alusión a algunos puntos de la versión anteriormente mencionada. El video tiene como objetivo “concientizar” a la población para que se realice la autoexploración mamaria. Si bien, las imágenes como la falda tipo Adelita, así como la música (la cual a su vez permite recordar el mensaje) son adecuadas a las tradiciones mexicanas, no obstante, es una campaña vacía.

En primer lugar, el uso de color rosa hace alusión a la infrautilización de la mujer y por lo tanto del cáncer de mama, no olvidemos que el rosa es un color que ha sido introyectado como símbolo del estereotipo de la mujer y asociado a lo femenino, desde los juguetes, ropa y hasta nuestra vida adulta seguimos siendo tratadas como niñas por usar este color. Y aunque hay público masculino (incluso funcionarios públicos que son hombres con poder que bien pudieran influenciar a otros a realizarse la autoexploración) éstos son minoría, pues son más las mujeres que participan en el video.

En segundo lugar, este video, además de parecer un festejo (cuando el cáncer de mama para quien lo vive represente algo diferente), desde mi punto de vista, ridiculiza la situación del cáncer y a las personas que viven con este padecimiento. El uso de pelucas guantes, cubre bocas, guantes, más que “concientizar”, pareciera promociona el color rosa para vender el cáncer de mama, además de que la expresión de los participantes es la misma que un anuncio de detergente (todo el tiempo están felices), se juega y baila con el sentir de las personas, lo cual no permite tomar en serio al cáncer de mama.

En tercer lugar, el video no permite la crítica y mucho menos la reflexión de las personas porque la campaña carece de mensaje, sólo se repite la palabra

²⁵ Se puede consultar el video en el siguiente enlace web: <https://www.youtube.com/watch?v=9diJqfcivX8&feature=share>.

“amate” pero ni siquiera hay un esfuerzo por informar dónde realizarse la mastografía, como hacerse la autoexploración, tampoco se incluye a la población a quien va dirigido el video, se hace alusión a amarse, cuidarse, explorarse no dice cómo.

Como vemos en el ejemplo anterior, si desde las campañas no se fomenta la autonomía ni la reflexión, sino el adoctrinamiento en relación a la detección del cáncer de mama, poco se puede esperar de los programas. En específico poco se puede esperar de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama, que no fomenta la ciudadanía integral pero sí la de mercado, ya que en el PAICMA, se sigue utilizando el color rosa como un símbolo de la lucha contra el cáncer de mama, no se opta por algo alternativo, sino que al igual que muchos programas a nivel mundial y nacional, el mes de octubre sirve para promocionar que las personas participen en las llamadas actividades de “concientización” comprando productos rosas, tratamientos de “bajo costo”.

De tal forma, que, en esta ley, los sujetos conceptualizados como individuos aislados de la sociedad en que viven, no son vistos como capaces de generar cambios por y para sí, pues se utiliza el término *orientar*, como si la gente no fuera apta para pensar en sí, o no quisiera hacerlo. Por otro lado, el Estado muy conveniente mente se olvida de su función de promover la participación de los sujetos en los procesos de elaboración de políticas públicas, en la acción comunitaria, para que los sujetos entonces sí se conviertan en tomadores de decisiones. Aunque cabe decir, que esto va más allá del PAICMA, pues como sociedad mexicana no tenemos este trabajo de construcción de ciudadanía y no es fomentado por obvias razones: al Estado le conviene, tener a una sociedad que sea capaz de exigir, ni a quienes controlan el mercado tener una sociedad crítica y autónoma, y por lo tanto poco podemos hacer para defender nuestros intereses. Incluso, muchas de las veces desconocemos de la existencia de los programas, de las leyes mismas por lo que la exigibilidad no sucederá, pues si se desconoce la ley, por ende, los derechos, y esto no nos permite involucrarnos como ciudadanos.

4.1.2. Implicaciones de la Ley para la Atención Integral al Cáncer de mama del Distrito Federal para el PAICMA.

La creación de la Ley para la Atención Integral al Cáncer de mama del Distrito Federal, pudo haber significado un avance para el PAICMA, en materia de derecho, inclusión, y asignación de un mayor presupuesto destinado para el programa, tal como se establece en el Artículo 3°. de esta Ley:

La atención integral del cáncer de mama en el Distrito Federal tiene como objetivos los siguientes:

- I. Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina de la Ciudad de México, mediante una política pública de carácter prioritario;
- II. Coadyuvar en la detección oportuna del cáncer de mama en mujeres a partir de los 40 años y en toda mujer que haya tenido un familiar con cáncer de mama antes de esa edad, que residan en el Distrito Federal;
- III. Brindar atención a mujeres y, en su caso, hombres sin seguridad social, cuyo resultado de estudios complementarios o atención médica de acuerdo a las indicaciones respectivas;
- IV. Difundir información a las mujeres y, en su caso, hombres sobre la importancia del autocuidado y la apropiación de su cuerpo para la detección oportuna de cáncer de mama;
- V. Realizar acciones de promoción de la salud para fomentar una cultura de prevención del cáncer de mama;
- VI. Llevar a cabo acciones de prevención y atención de casos de cáncer de mama en hombres;
- VII. Brindar acompañamiento psicológico a las mujeres y, en su caso, hombres cuyo resultado indique sospecha, alta sospecha o confirmación de cáncer de mama, y
- VIII. Realizar acciones encaminadas a la atención médica y rehabilitación integral de las mujeres y, en su caso, hombres con diagnóstico sospechoso, altamente sospechoso y confirmado de cáncer de mama (ALDF,2011).

Sin embargo, al momento de la implementación, esta Ley resultó bastante acotada en comparación con lo que ofrecía y realizaba el INMUJERES-DF cuando tenía mayor participación en el programa.

En primera instancia, porque esta Ley sólo se aplica a la población que no tiene seguridad social y que vive en la hoy Ciudad de México. Sin embargo, el hecho de que una mujer tenga seguridad social, no le garantiza la atención médica, pues la falta de presupuesto ha vulnerado a las instituciones que prestan servicios para esta población, sin nombrar las largas filas y listas de espera para tratamiento o estudios complementarios.

Por otro lado, se deja de atender a las mujeres que vivían en el EDOMEX y circulaban por la Ciudad de México.

Cuando el programa pasa a la SEDESA, se pierde el trabajo de derecho a la salud de la mujer, con lo que no sólo se deja de percibir a ésta como sujeto de derecho, sino que se retrocede el avance en relación a la ciudadanía que el INMUJERES-DF venía realizando dentro del PAICMA. Concretamente, el trabajo que se había realizado se pierde, y con ello el poder de exigibilidad.

Pues los objetivos de la Ley tales como: difundir información sobre la importancia del autocuidado y la apropiación, y realizar acciones de promoción de la salud para fomentar una cultura de prevención del cáncer de mama, resultan ser un claro ejemplo de que esta ley se enfoca en prevenir el cáncer y no en las personas como sujetas de derecho.

Y es que cuando el INMUJERES-DF se encargaba del programa, trabajó mucho el empoderamiento, y que con un tema tan relevante como el cáncer de mama involucró a las mujeres a la perspectiva de derecho, si bien, no se llegaba a la ciudadanía, sí existía un proceso informativo, y hasta cierto punto de poder por parte de las mujeres sujetas de derecho del PAICMA en el programa, pues se acercaban a las colaboradoras para pedir informes tanto del programa de mastografías como de otros, y ello permitía una visión del derecho a la salud y no sólo la atención a la enfermedad.

Aquí, también resulta interesante mencionar que, si una mujer es capaz de exigir sus derechos ante las instituciones, por ende, esto se replicará en su núcleo familiar y social, lo que a su vez impactará en la forma de actuar y ejercer derechos. Lo anterior por supuesto, no encaja con la forma de control del Estado, por lo que recalco nuevamente, que quizá uno de los objetivos de esta ley era que el INMUJERES-DF perdiera funciones para con el PAICMA y con ello debilitar el trabajo de Empoderamiento que se iba replicando.

Por otro lado, esta ley menciona a la promoción de la salud propuesta en la Carta de Ottawa, pero carece de la visión de quienes la firmaron y se comprometieron entre otras cosas a:

[...]intervenir en el terreno de la política de la salud, [...]oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales,[...]a tomar medidas contra las desigualdades, [...]a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general; a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo[...]. (CIPS, 1998, p.4)

Dado que las acciones que trabaja esta Ley, son diseñadas a partir de los factores de riesgo y no desde los determinantes sociales de la salud, que como se refirió en párrafos anteriores, mientras que los primeros enmascaran el problema, la mayoría de las veces son una solución momentánea, y no tiene mayor trascendencia en los sujetos además de que son efectivos sólo en casos específicos, como por ejemplo cuando el hecho de que un sujeto modifique su conducta en relación a beber alcohol en exceso sea sólo por factores como falta de motivación personal (lo cual pocas o nulas veces es así) y no tenga que ver con las condiciones de vida, o el entorno donde vive.

El enfoque de la Carta de Ottawa me parece más amplio, ya que contempla a los determinantes sociales de la salud, ésta perspectiva, ahonda sobre las

cuestiones de desigualdad social, pues, encuentra en éstas la causa de los problemas, principalmente, en la distribución inequitativa de los recursos, en el medio ambiente en que vivimos y laboramos, en la cantidad de sustancias creadas de forma indiscriminada para el consumo y uso humano (como por ejemplo: los aditivos para alimentos, los químicos para uso doméstico, entre otros), en no acceso al derecho a la educación, la atención a la salud, jornadas laborales excesivas, salarios reducidos, alimentación precaria, acceso al agua y servicios sanitarios, inexistencia de espacios seguros para realizar deporte o recreación, etcétera.

A partir, de esta visión, lo que se requiere, son políticas sociales de salud integrales, programas sociales que trabajen de manera horizontal, a los que atienden la enfermedad. El caso del PAICMA, cuando era coordinado por el INMUJERES-DF, es un ejemplo de ello, puesto que se realizaba la canalización a las mujeres a otros programas.

La Carta de Ottawa, además de incorporar los determinantes sociales, pone en el centro de la práctica de promoción de la salud, a las personas, pues en ellas, se encuentra la voz y el resultado del deterioro causado por la desigualdad, pero también, se encuentra el poder. Si bien, como Chapela ha explicado en sus textos, algunas interpretaciones de la carta de Ottawa, plantean al poder, como algo que hay que conceder al otro, el poder es algo que se necesita recuperar, y no que alguien nos lo comparta.

Con base en lo anterior, podemos decir, que la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del D.F, se queda demasiado lejos de lo propuesto en la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de 1986, resulta, que hablamos de una política débil, que no ataca la problemática de fondo, pues no se asume la responsabilidad como debería ser. No se toman medidas, que trabajen sobre los determinantes sociales de la salud, relacionados con el cáncer de mama.

Los cambios en la genética, la aparición de la obesidad, el consumo de bebidas alcohólicas en exceso, la exposición cada vez más agresiva a químicos para uso doméstico y personal, entre otros llamados “factores de riesgo”, pudieran

estarse evitando, si el Estado, estuviera alerta de la entrada y venta en nuestro país de productos transgénicos y nocivos para la salud.

Por otra parte, la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del D.F, en ningún momento contempla a los sujetos, sino es para verlos como objetos aprendices, cuya voz no importa y cuyo padecimiento si bien debe tratarse no se va más allá, por ejemplo, al menos en el papel se cubre el diagnóstico y tratamiento, además de brindar atención psicológica, sería importante incluir la reconstrucción mamaria, que aunque es considerada una cirugía estética no debiera serlo puesto que la mama es un órgano de la mujer que más allá de la estética permite la recuperación emocional (Begoña, 2005).

La *atención integral* contemplada en esta ley, se enfoca en realizar prácticas a partir de la enfermedad y no desde una visión que contemple al sujeto de forma holística, es decir; se limita al sujeto a un cuerpo, y al cuerpo en partes lesionadas de un organismo vivo. Pues la Ley fija la atención en actividades como; la aplicación de mastografías, atención médica, auto cuidado, prevención y rehabilitación, todas éstas desde un enfoque únicamente biológico.

Cabe mencionar que, aunque existe un acompañamiento psicológico, y éste se proporciona, cuando una mujer resulta sospechosa de cáncer de mama, se ha perdido el enfoque de género, la terapia grupal, y la horizontalidad con otros programas, que INMUJERES-DF, si manejaba.

Es decir; el programa con la entrada de la Ley, ha ido en retroceso no sólo porque el seguimiento y trato personalizado que hacía que las mujeres se acercaran al PAICMA, se ha ido perdiendo, sino porque de una promoción de la salud Empoderante, que contemplaba una visión más amplia de salud, se regresa con SEDESA a la antigua promoción de la salud oficial enfocada en la prevención y en la enfermedad que no mira al sujeto como un ser complejo trastocado por múltiples elementos que vulneran su salud.

[...]se supone que el objetivo es mejorarlo, ¿para qué? pues porque obviamente la población principalmente la femenina sigue requiriendo este tipo de estudios y atenciones,[...]ese fue uno de los puntos por los cuales se decidió que ya no perteneciera a un instituto de gobierno, pues si no dejabas descubierta toda la parte médica, entonces pues sí, obviamente llévala a una institución donde se abarque esta parte de salud, pero desafortunadamente yo así como estoy viendo la realidad, la realidad de cómo estamos llevando el programa, yo no lo veo nada alentador y no lo veo nada satisfactorio, por ejemplo cuando las mujeres te dicen a ver es que tú viniste a aquí el año pasado y no tengo los resultados, y tú dices, ¿cómo? O sea ¿cómo de un año no vas a tener los resultados? (Informante 2, comunicación personal, 13 de abril del 2015)

Por otro lado, si con la Ley para la Atención Integral al Cáncer de Mama, no ha habido una progresividad del derecho a la atención de la salud, ni han disminuido las tasas de morbi-mortalidad, entonces, podemos pensar, que el diseño de la misma, no es más que un sustento para el desmantelamiento²⁶ del PAICMA. Cuyo objetivo, fue quitar la coordinación del mismo al INMUJERES-DF. Erradicando así, el trabajo de empoderamiento que se estaba realizando con las mujeres sujetas de derecho del PAICMA, y con ello evitar una mayor participación de las mismas y un acercamiento hacia sus instituciones.

Debido a lo anterior, se puede decir, que, en esta ley, se decide por las personas y no con ellas, se ha retrocedido en cuanto al acercamiento con las y los sujetos de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la

²⁶ El desmantelamiento entendido para este caso, como el proceso de eliminación de las acciones integrales del PAICMA, a través de la limitación de las funciones del personal operativo y con ello su interacción con las mujeres derechohabientes, disminuyendo la contratación del mismo, los recursos asignados al INMUJERES-DF, el seguimiento, entre otras actividades de suma importancia para garantizar el derecho a la salud de las mujeres.

Ciudad de México, no hay un seguimiento, ni una atención personalizada, sino que se aísla a las personas al mirarlas como externas a las instituciones de salud y como simples usuarias cuando es esencial su papel.

[...] el reflejo tú lo ves realizado directamente aterrizado en las mujeres en el campo, las mujeres en el campo son la pieza clave que te está diciendo sí funcionas, o no funcionas. (Informante 2, comunicación personal, 13 de abril del 2015)

Efectivamente, quienes saben si una política funciona o no, si se les tomó en cuenta en el diseño de la misma, son las personas sujetas de derecho de las mismas.

Ahora bien, al crearse la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal, se esperaría que la asignación del presupuesto al PAICMA tuviera un monto estable y en incremento. Pues como se muestra en el cuadro 4 del apartado de anexos, antes del 2011, el presupuesto había ido disminuyendo considerablemente, por ejemplo, cuando en el 2007 se le habían asignado 50 millones, para 2009, llegó a reducirse a más del 50 por ciento, con una cifra de 22 millones 500 mil pesos para ejercerse este año. A partir del 2010, comienza incrementarse de nuevo el presupuesto. No obstante, como se revisa más adelante, el incremento del mismo, no tuvo un impacto sustancial en el mejoramiento del PAICMA.

Respecto a los datos de los últimos años, se realizó una solicitud la SEDESA, a través del INAI (Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales), la respuesta fue:

Se le comunica que el presupuesto se asigna por actividad institucional y no por programa, por tanto, la información correspondiente al presupuesto programado y ejercido a la Actividad Institucional “Detección de cáncer de mama”, puede ser consultada en el Avance Programático-Presupuestal de Actividades Institucionales, el cual se encuentra en el apartado del artículo 121 fracción XXXIII del Portal de Transparencia de esta Secretaría. Se proporciona la

dirección electrónica.
<http://data.salud.cdmx.gob.mx/ssdf/portalut/art121f33.php>". No se omite precisar que, la información oficial con la que se cuenta en el Portal de Transparencia, es la correspondiente a los ejercicios 2016, 2017 y 2018(SEDESA, 2019).

Al ingresar a la liga proporcionada, se observó que la información se encontraba dentro del eje 1: *Equidad e inclusión social para el desarrollo humano*, con el código 325. Detección de cáncer de mama. Cabe mencionar, que dicha información, se encontró a partir del año 2014, como se muestra en el cuadro 5 (anexos).

Si bien, el presupuesto aprobado aumentó, en los últimos años, no se ejerció en su totalidad, pese a que dejaron de ser atendidas miles de mujeres. Por otro lado, más adelante se observará que el INMUJERES-DF, realizaba más mastografías y más acciones, como difusión apoyo psicológico y entrega de mangas con mucho menos presupuesto.

Ahora bien, cabe mencionar que este presupuesto lo ejerce la SEDESA, pues en el acercamiento que se tuvo con el personal del Programa Integral del Cáncer de Mama (PAICMA), éste mencionó que ha habido recortes presupuestales y de plantilla. Si bien, a INMUJERES-DF se le destina parte de este recurso económico, ya no es quien lo administra.

Este dato resulta ser curioso, pues cuando el INMUJERES-DF estaba a cargo del PAICMA, contaba con asociaciones para apoyo con insumos, entre ellos mastógrafos, pero actualmente la SEDESA los contrata. Es decir; el recorte presupuestal o la creación de mecanismos legales para reasignar este programa pudiera ser una estrategia para justificar el uso de recursos económicos o entregar los servicios públicos al sector privado.

Llegan las unidades móviles traen su equipo ya sea digital o análogo de mastógrafos, estas unidades móviles solamente son prestadores de servicio por parte de la secretaría de salud, que contrata estas unidades para que a las mujeres les vayan a hacer sus estudios de mastografía, entonces estos equipos llevan desde su técnica radióloga

su capturista su operador que es de la unidad y les realizan su mastografía. Hay algún prestador que sube su estudio a su sistema y el médico jala esa información y la interpreta, da un diagnóstico lo escribe lo firma y lo imprime o más bien captura estas imágenes en un disco y este es el estudio que se le hace a la paciente. (Informante 5, comunicación personal, 13 de abril del 2015)

Al convertirse en coadyuvador con implementarse la Ley para la Atención Integral al Cáncer de mama del Distrito Federal, este instituto tiene menos recursos que cuando jugaba el papel de implementador.

Esta situación ha tenido impacto en los servicios que ofrece el PAICMA, lo cual en ocasiones ha impedido que las colaboradoras realicen su trabajo adecuadamente y sobre todo cuando trabajan con las mujeres que llegan a terapia psicológica.

Tenemos más de 19 extensiones, de las cuales seis de ellas no sirven, porque el aparato no está funcionando entonces son 10 minutos que afectan. En esos minutos en los que yo no atiendo una llamada o no haga una llamada porque no todas las extensiones están funcionando [...] Entonces la señora puedes pensar que nadie la va atender, o que el número al que está llamando está equivocado y no vuelve a llamar. (Informante 6, comunicación personal, 16 de abril del 2015)

Cabe mencionar, que el personal de INMUJERES-DF, destinado para el PAICMA no es en su totalidad de base, sino que la mayoría de éste se encuentra contratado por honorarios, anteriormente contaban con un aproximado de 40 personas para este programa, este número se ha reducido a la mitad con condiciones salariales en deceso. La mayoría de los trabajadores realizan múltiples actividades en diferentes programas y actividades de oficina cuando no hay jornadas de mastografía, es decir en campo, las que tienen mejores condiciones laborales son las psicólogas, y sólo tres prestadores del PAICMA tienen base.

Quienes llevan más de seis años como colaboradoras del PAICMA en INMUJERES-DF, comentan que en otras ocasiones han realizado trabajo fuera del

PAICMA, en otros programas del gobierno del Distrito Federal, realizando múltiples y diversas funciones cuando no hay el personal suficiente. Algunas colaboradoras después de haber estado en jornadas de mastografía laboran en el área telefónica en un horario de nueve de la mañana a seis de la tarde. Pero cuando hay jornadas deben trasladarse al lugar que les indican y sin pago de transporte.

Dos de las colaboradoras mencionaron que en algunas ocasiones trabajan al rayo del sol, sin mesa, sin silla, sin seguridad en zonas de alto riesgo, en condiciones no gratas para ellas y para las mujeres quienes están en las filas de espera por largas horas entre sol y de pie.

Es importante mencionar esto debido a que, si se quiere que una política o programa funcione, se requiere de recursos financieros para poder capacitar y mantener en buenas condiciones a quienes sean implementadores, sin mencionar los derechos laborales de éstos ni la importancia de su desarrollo como personas. Incluso, el hecho de que sean vistos como trabajadores de segunda o máquinas es un hecho que influye en la forma que cómo estos interactúan con su trabajo.

El trabajador de la salud, no es el trabajador manual pensado por Taylor, sino que es un trabajador del conocimiento y por ende el lenguaje –verbal y no verbal– es central en su proceso de trabajo. El trabajador de la salud, en tanto trabajador del conocimiento, hace cosas con palabras. Cuando se comunica trabaja y cuando trabaja se comunica, expresando así el potencial del lenguaje como constructor de la realidad. (Spinelli, 2010, p.283)

De tal forma que la labor de convencimiento y acompañamiento que realizan los trabajadores de PAICMA de INMUJERES-DF, los convierten en trabajadores de la salud, y que, aunque no sean reconocidos como tal, son constructores de la realidad, de tal forma que requieren de las condiciones para seguir capacitándose y desarrollándose con el fin de que adquieran herramientas que los ayuden a comunicarse con las personas de una mejor forma y brindar una atención realmente integral.

Ahora bien, no sólo se requieren de personal en buenas condiciones, sino de que éste sea suficiente. En el caso de las Psicólogas, (que apenas son la cuarta

parte del personal de INMUJERES-DF para PAICMA) éstas atienden en total de los tres grupos entre 70 y 75 mujeres que asisten de manera constante, sin embargo, hay una población indeterminada de mujeres y son alrededor de 150 mujeres.

Quienes desempeñan trabajo logístico de las sesiones para el grupo de apoyo psicológico indican que estas sesiones se dan dentro de INMUJERES-DF o en alguna sala de “Casa Mesones” que es una fundación de Centro Histórico, que presta sus instalaciones cuando las salas del instituto se encuentran ocupadas. Lo anterior nos habla de la falta de infraestructura, además de que pudimos percibirlo cuando realizamos las entrevistas. Pues se pudo observar que tiene pocos espacios para desarrollar sus actividades, los cubículos de las psicólogas son muy pequeños e incluso un rota folio las separa entre sí. Esto influye al momento de dar consulta, y resulta un hecho grave puesto que las mujeres pueden llegar a sentirse incómodas no sólo físicamente, sino que el espacio puede ser poco favorable para externar emociones.

Aquí por ejemplo sólo tenemos dos salas y esas salas las ocupamos todas las áreas del Instituto, sí es importante que las mujeres pudieran tener un espacio donde ellas supieran que es algo a donde pueden llegar todos los días, un lugar donde no las vamos por ejemplo a estar moviendo de lugar. Por lo general son aquí en el Instituto, pero a veces por la falta de espacio tenemos que pedir el apoyo a Casa Mesones que es parte de la Fundación de aquí de Centro Histórico. (Informante 6, comunicación personal, 16 de abril del 2015)

Es decir; el manejo del presupuesto finalmente impacta en las y los personas quienes no sólo se enfrentan a la decisión de poder o no asistir por sus propios recursos hasta el instituto, sino de si en éste existen las condiciones para que puedan ser atendidos.

Por otro lado, uno de los puntos que se pudieron percibir al tener contacto con los prestadores, en su mayoría colaboradoras del PAICMA de INMUJERES-DF, fueron las dificultades que éstos y éstas han identificado en la implementación del programa a partir de la entrada en rigor de la Ley antes mencionada, pues indican

que el Programa Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México, era muy integral, refiriéndose a que anteriormente se les daba a las mujeres un trato más personalizado pues se llevaba un control para la entrega de estudios de mastografía, para lo cual se entregaba a las mujeres un folio con el cual recoger sus resultados, éste folio era pegado en un sobre en donde se anexaba una ficha con datos como: nombre completo, tres teléfonos; de casa, recados y trabajo o celular, así como su dirección completa incluyendo especificaciones físicas de su domicilio.

Posteriormente se entregaban los resultados mediante una ficha programada. Si no llegaban las mujeres se les llamaba por teléfono e incluso se le entregaba su resultado a domicilio sobre todo si se trataba de casos positivos de cáncer de mama, de igual manera si no podían asistir se les daba la opción de que un familiar identificado y con una carta poder recogiera sus resultados.

Este control, es fundamental puesto que, si tomamos en cuenta que el cáncer de mama evoluciona de manera muy rápida, entre la detección del mismo y la entrega de resultados puede ocurrir el paso de un estadio²⁷ a otro, lo cual puede significar desde perder tejido mamario hasta la vida y la calidad de la misma en una persona sospechosa de cáncer de mama.

Actualmente, la entrega de resultados de mastografía a las mujeres, es realizada por SEDESA, de un modo diferente a como lo realizaba el INMUJERES-DF, es decir; ya no se entrega por delegación, ni se busca a las mujeres en su domicilio o por teléfono en caso de que no recojan sus resultados. Si no que se les cita directamente en secretaría de salud de Xocongo.

Al respecto, los prestadores del PAICMA nos comentaban que ésta era una de sus grandes preocupaciones, la cual era mayor en el año 2012, pues en un inicio, las mujeres llamaban al INMUJERES-DF para preguntar por los resultados de sus estudios de mastografía indicando que no sabían a dónde acudir por ellos, en otros

²⁷ “El estadio suele expresarse con un número entre 0 y IV. El estadio 0 corresponde al cáncer no invasivo que permanece en su ubicación original y el estadio IV al cáncer invasivo que se propaga fuera de la mama hacia otras partes del cuerpo” Fuente: American Cancer Society (2014), Consultado por última vez el 25 de febrero de 2016 en: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/diagnostico/estadios>

casos llamaban mencionando que cuando marcaban a la jurisdicción sanitaria, no obtenían respuestas satisfactorias, pues no les sabían decir están listos o no. En otros casos a algunas mujeres les decían que habían salido bien, que si querían fueran o no a recoger sus estudios.

Por otra parte, el personal de PAICMA de INMUJERES-DF, recibía constantes llamadas, debido a que los estudios, no se entregan en tiempo y forma, e incluso en algunos casos simplemente nunca llegaban a manos de las mujeres, le sindicaban otras circunstancias, éstas mismas indicaban que ya tenían esperando de dos y hasta tres meses y medio, o que no les habían entregado ningún folio.

Tras esta preocupación, e igual forma algunos de los trabajadores del PAICMA de INMUJERES-DF, buscaron apoyar a las mujeres realizando seguimiento (aun cuando no era parte de sus actividades) sin tener éxito, pues en algunas de las jurisdicciones sanitarias, les llegaban a contestar con tratos inadecuados (refiriéndose a alzarles la voz) o bien, ya sea que les dijeran que no encontraron el estudio con los datos que proporcionaban o que llamaran después porque aún no estaban listos. Para algunas de las colaboradoras del PAICMA, esta situación se tornó alarmante, pues indicaban que si ellas que eran pertenecientes al INMUJERES-DF, recibían un trato de inferioridad, la manera en cómo les contestarían a las mujeres podría ser peor. Esto, era algo que les causaba mucho coraje, que jugaran con la información, que no le dieran la importancia necesaria. Menciona que esta situación continuó hasta el 2013. Desde mediados del año 2013, las mujeres ya no llaman al INMUJERES-DF, pues saben que la dinámica ahora es hablar a la jurisdicción sanitaria.

Lo anterior generó cierta incertidumbre y entre las mujeres, pues el personal indica que cuando se acercan como coadyuvadores en las jornadas de mastografía, las mismas mujeres, externan molestia e indican que no quieren ya hacerse la mastografía puesto que finalmente no les entregan los resultados y lo ven como una pérdida de tiempo. Es decir; el trabajo de convencimiento que realizaba el INMUJERES-DF se ha ido perdiendo al grado de que las mismas mujeres que habían logrado acercarse al PAICMA, ahora lo rechacen. Este hecho, no sólo hace

que las mujeres dejen de confiar en los programas de mastografía del gobierno del distrito federal, sino de los de salud en general.

Por otra parte, esto, pudiera ser una estrategia neoliberal en donde se prepara a la gente para que interiorice la idea de no creer en sus instituciones de salud y que por lo tanto es mejor acudir al servicio privado, que como en el capítulo anterior se mencionó funciona como una estrategia de mercado en donde el derecho a la protección de la salud deja de serlo para convertirse en un servicio que puede ser comprado. Y peor aún, la organización no es eficaz y el hecho de que no se atienda a las mujeres con la visión y compromiso que lo hacía INMUJERES-DF, habla de la falta de profesionalismo con que se trabajó el programa después de la entrada en rigor de la ley anteriormente mencionada, además de la falta de trato digno a los sujetos, pues ya no sólo se trata de si la perspectiva de género se ha perdido o no, si no de la evidente indiferencia que existe hacia las mujeres vistas como no importantes, en donde su salud no vale, sino que son un número más en la listas de personas, de morbilidad y mortalidad.

Por otro lado, la situación de seguimiento del PAICMA empeoró no sólo en la entrega de los resultados, sino en la falta de responsabilidad al momento de repetir los estudios de mastografía o canalizar a las mujeres a oncología para la detección oportuna de cáncer de mama, aun cuando ellas mismas lo solicitaban, tal como se cita a continuación en un testimonio del informe del Proyecto de Seguimiento del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA) del Distrito Federal,

“...me habían hecho una mastografía y, desgraciadamente, este, pues no, me dijeron que era BI-RADS 2 (sic) que no había masas ni nódulos a comentar, y cuando yo quise que me volvieran a repetir, me dijeron que no, que dejara pasar un año porque ya sentía una bolita, y dejé pasar, pero esa bolita creció. Tons, (sic) cuando ya fui, me dijeron pues que había sido un mal diagnóstico, que yo ya no era BI-RADS2, ya era BI-RADS, este, 5 BI-RADS... había enojo porque yo dije: ‘si ese diagnóstico hubiera estado correcto mi seno se hubiera salvado’...”
(2013, p.18)

Además de la falta de profesionalismo, ética médica, responsabilidad e interés por salvar una vida, es importante destacar cómo es que la relación de poder que se establece entre el médico o quienes le dieran seguimiento a casos como el anterior y la persona afectada puede determinar en gran medida la vida de una persona, pues por lo regular en la atención “médico-paciente”, éste último (que debiera considerarse persona y no paciente) no es escuchado, su voz es nula pues quienes poseen el conocimiento es el de la bata, el radiólogo, el médico, el prestador de servicio, pero nunca la persona sin importar que es ella quien adolece y quien mejor puede conocerse.

Otra de las preocupaciones que externó parte del personal es el no saber si la SEDESA, proporciona un trato con la calidez necesaria a las mujeres sospechosas de cáncer mamario. Como anteriormente se señaló, el INMUJERES-DF buscaba que las mujeres tuvieran acompañamiento psicológico no sólo durante el proceso, si no desde el momento en que se les daba la noticia. Al respecto, el personal menciona que no creen que suceda así, puesto que ahora que entregan los resultados en la clínica Xocongo, desconocen si sólo se les entrega el sobre con sus resultados o lleven el acompañamiento necesario, ya que, si el sólo hecho de solicitarlos resulta un proceso complicado, el tipo de trato que se esté dando a las mujeres probablemente no sea tan personalizado, como lo realizaba el INMUJERES-DF.

Según el informe del Proyecto de Seguimiento del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA) del Distrito Federal (2013), el cual se basa en historias de vida de mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México que participan en los grupos de atención psicológica del INMUJERES-DF entre otras fuentes de información, el 60 por ciento de las mujeres entrevistadas no recibió continuidad por parte de SEDESA, sino por parte del IMSS, el Seguro Popular, e incluso de FUCAM. Asimismo, quien realmente las motivo para asistir a los grupos de atención psicológica de acuerdo al 60 por ciento de las entrevistadas, fue el INMUJERES-DF mediante llamadas telefónicas y FUCAM durante la atención médica que recibieron,

mientras que el 40 por ciento refiere que por medio de amigas u otras mujeres con cáncer de mama que conocieron durante el proceso de atención.

Lo cual quiere decir que la SEDESA además de no dar seguimiento a las mujeres que ya han sido diagnosticadas con cáncer de mama, tampoco promueve el servicio de atención psicológica que brinda el INMUJERES-DF, dejando en evidencia no sólo la falta de comunicación con la institución que sí brinda de alguna manera atención integral, si no la poca importancia que le dan a las mujeres que no cuentan con acceso a otros servicios de atención médica para el tratamiento de cáncer de mama y acuden a la SEDESA.

Por otra parte, la falta de coordinación e imposición entre la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y el INMUJERES-DF ha hecho que el trabajo en las jornadas de mastografía sea poco efectivo, pues los prestadores del PAICMA, comentaban que la difusión de las jornadas en ocasiones se hace en el momento y no con el tiempo de anticipación necesario, que ellos mismos no saben dónde se llevarán a cabo, en ocasiones de un día a otro les indican a donde tienen que asistir para apoyar, y esto provoca que muy pocas mujeres asistan a realizarse el estudio de mastografías.

Ahora que pasó a formar parte de la SEDESA, el trato digno es bastante cuestionable, en relación a que las mujeres que se realizan la mastografía desconocen sus resultados, e incluso en las jornadas de mastografía ya no quieren realizarse el estudio, bajo el argumento de que no les entregan un resultado.

Aquí eran muy cuidadosos, nos decían no, aquí hay que tener todo perfecto porque llega contraloría y nos llegan a revisar y creo que sí si llegó no me tocó porque yo estaba en campo, pero, por ejemplo, si nosotros tratábamos mal a una mujer en la unidad, luego, luego nos reportaban nos llegaban a llamar a contraloría del GDF y yo no sé en Salud si no ha habido quejas o qué, porque son muchas mujeres las que se han quejado y conocidas que tengo y nos dicen 'es que ya no es lo mismo'. (Informante 1, comunicación personal, 16 de abril del 2015)

En este sentido, bien se podría hablar de la existencia de una violencia institucional al negarles el derecho de conocer los resultados de sus mastografías. Si bien no les dicen que no los entregarán, al hacer caso omiso de las peticiones de las mujeres vía telefónica o el simple hecho de que no las busquen para entregarlos como lo hacía el INMUJERES-DF, están privándolas de su derecho a ser informadas independientemente del resultado. Lo anterior puede traducirse como la falta de trato digno por parte de la nueva estructura que permea en el PAICMA hacia las personas involucradas en el programa.

Y es que las relaciones de poder pueden verse en el PAICMA, desde el momento en que quienes son la autoridad (los prestadores de servicios), ocultan la información de los resultados al no darlos a conocer a las interesadas. Esto para las personas involucradas en el programa puede ser normal, pues durante mucho tiempo se nos ha hecho creer que somos los únicos responsables sobre nuestra salud y vidas, entonces si un prestador de servicios no nos proporciona información por lo regular hacemos caso omiso de exigir, incluso cuando lo hacemos y los procesos son bastante burocráticos, decidimos abandonar el fin.

Es más trámite burocrático, realmente la preocupación de que las señoras se hagan su estudio, porque a lo mejor la señora va una vez, dos veces, va tres veces, la cuarta ya le da flojera y ya no va, y entonces esa es una señora que para el siguiente año te va a decir “ay para que me lo hago si ni siquiera me lo entregan”, ahí SSA te da un programa, pero al mismo tiempo te pone las limitantes para el siguiente año (Informante 5, comunicación personal, 13 de abril del 2015).

La forma en cómo se comunica el resultado del estudio de las mastografías a las y los sujetos de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México, también es un elemento a revisar en el trato digno.

Algunas colaboradoras de PAICMA, aluden también a que les hace falta material para poder trabajar, como son carteles debido a que por sede sólo les pueden dar entre 20 o 30 y abarcan zonas de población extensa, entonces tienen

que ser muy estratégicos los puntos donde ellos los colocan, como un mercado, una carnicería, una tortillería, una panadería, para poder informar.

La información la proporcionan yendo de casa en casa mediante volanteo, colocan carteles y con perifoneo invitan a todas las mujeres, a realizarse la mastografía. Sin embargo, esto no es suficiente indican que sería mejor en televisión, aunque sea por radio. Aluden a que anteriormente en una estación de radio lo hacían últimamente ya no es así, ahora tienen difusión en la página de INMUJERES-DF, pero les ayudaría más por los medios antes mencionados debido a que no todas las mujeres tienen o hacen uso de internet sobre todo el grupo etario con que trabajan. Esto es un punto de vista lógico, puesto que siempre que se quiere difundir un programa es necesario verificar los medios de acuerdo a la población a quien va dirigido, así como el tipo de lenguaje e información que se utilizará.

Las colaboradoras del PAICMA, mencionan que les gusta mucho el poder apoyar a la gente, trabajar de mujer a mujer, esto ha sido muy importante para ellas pues les ha dejado lecciones de vida, aunque las condiciones no son adecuadas y en ocasiones se desaniman, se preocupan porque las mujeres reciban una atención adecuada debido a que según indican:

Es de estar buscando dónde les pones un techito o algo, porque ellas van por una necesidad, porque no cuentan con un servicio médico, pero tampoco es como lo adecuado por mucho que sea gratis o por mucho que no tengan [...] para que ellas puedan esperar, aunque sea una silla, un techito. Los enlaces, son ellos (Se refiere a las delegaciones) quienes pueden decidir en dónde, si para ellos es adecuado es, porque ellos pueden decidir, si aquí abajito y ya cuando llegas el lunes la realidad es que no es adecuado, es el problema. Antes cuando el programa de nosotras entonces: había dos personas que se encargaban de e ir una semana antes, de ver los espacios y que éstos fueran adecuados, que tuvieran las condiciones propicias para que se llevarán a cabo la jornada. (Informante 4, comunicación personal, 16 de abril del 2015)

Mencionan sentirse preocupadas porque las mujeres se hagan su autoexploración o se realicen su estudio de mastografía porque saben perfectamente bien que el cáncer si se detecta a tiempo puede ser curable.

No obstante, ésta ley de entrada carece de una mirada integral sobre el cáncer de mama, pues aun retomando elementos importantes propuestos en un inicio por el INMUJERES-DF para el PAICMA, como la atención psicológica, el seguimiento oportuno, y aunque se deja al INMUJERES-DF como partícipe en lo relacionado a la perspectiva de género, actualmente, la SEDESA como institución rectora del programa no aporta elementos novedosos, ni la ley contempla investigación sobre las causas del cáncer de mama, tampoco acciones con relación a los determinantes sociales de la salud, ni se toma en cuenta a las personas como sujetos de cambio.

Ahora bien, otro dato, el más alarmante, que arrojó la consulta a la SEDESA a través del INAI, fue la significativa disminución de la Mastografías realizadas en Hospitales y MEDIBUSES de la SEDESA (a la población no derecho habiente) del 2007 al 2018, como se puede ver en el cuadro 6 (apartado de anexos). De igual forma, se puede observar que el cuadro no sólo incluye las mastografías realizadas en MEDIBUSES, si no también, las realizadas en Hospitales de la SEDESA, no obstante, la reducción de las mismas es clara, como se puede observar en la gráfica 1 (apartado de anexos).

De 147,217 mastografías realizadas en el año 2007, hubo una reducción del 39.8%, en el año 2011, justo, cuando entra en vigor la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal. Aunque a partir del año siguiente, se da un incremento, y en el 2013, se alcanza casi la meta del 2010 con 149,171, mastografías realizadas, de nuevo se da un descenso. Para el año 2018, se realizan 73,668 mastografías, habiendo una diferencia de 100, 678, 74.2%, con relación a las aplicadas en el año 2009.

Ahora bien, de acuerdo al INEGI, para el año 2015, la población de a CDMX fue de 8, 985,339 habitantes, de los cuales el 19.15%, corresponde mujeres no afiliadas a ningún servicio de salud. Tomado en cuenta, que la población de mujeres

de la CDMX en el 2015, fue de 4,726,288, de las cuales, las que tenían entre 40 y 69 años (que de acuerdo a la NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, deberían realizarse la mastografía cada dos años), eran 1,425,419, (que representan el 15.86% de la población de a CDMX), estaríamos hablando de que en ese año, se realizaron tan sólo el 8.5% de mastografías , del total de mujeres de este grupo etario, como se puede observar en la gráfica 2 (apartado de anexos) .

Estamos hablando del abandono a una política pública exitosa, que atendía a población no derechohabiente, lo que deja entre ver la omisión del Estado por la protección a la salud de las mujeres de la Ciudad e México, y la clara intención de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal; desaparecer al PAICMA.

Además, la SEDESA no aprovecho los recursos asignados por la ALDF para el PAICMA en su totalidad, al contrario, al haber más prepuesto la realización de mastografías disminuyó de manera significativa, en contraste con las metas alcanzadas por el INMUJERES-DF, antes del 2011, cuando operaba este programa, con menos recursos, ejemplo de ello son el año 2018, en comparación con el 2009, como se puede observar en la gráfica 3 (apartado de anexos).

Si bien, las acciones ejecutadas respecto al presupuesto aprobado, no se limitan a la realización de mastografías, aun así, el aprovechamiento de presupuesto por parte de la SEDESA, para el PAICMA, no es el mayor, pues de acuerdo al quinto informe de gobierno de la CDMX, correspondiente al periodo 2012- 2018, en donde cuyo jefe de gobernó era Lic. Miguel Ángel Mancera, se encontró, la siguiente información (Ver infografías 1,2 y 3, apartado de anexos).

Como se puede observar, respecto de la orientación a las mujeres que acuden a las jornadas de mastografía (mediante asesorías, canalizaciones, pláticas, entre otros), si bien, hubo un avance con relación al total realizado en la administraciòn anterior, se puedevisualizar, una depreciación gradual, entre los años

2013 y 2016²⁸. De 46,455 que se realizaban en el período del 2012 al 2013 disminuyeron a 17,357 del 2015 al 2016, es decir, hubo un descenso de hasta el 62%, lo que tiene relación con la reducción del personal del PAICMA del INMUJERES-DF, y con la aminoración de las mastografías realizadas por parte de la SEDESA, como se revisó anteriormente.

Además, de 1995 orientaciones que se facilitaron a hombres en la administración anterior, respecto al programa, se llevaron a cabo tan solo 138 en el periodo reportado de ésta última.

Ahora bien, con relación a asesorías y/o terapias psicológicas a mujeres con resultado sospechoso, positivo y/o que se sometieron intervenidas quirúrgicamente y/o sus familiares, como se puede observar, en la infografía 2, hubo un descenso respecto a la administración anterior del 40 por ciento, asimismo, como en el caso anterior, también fue gradual en el caso de las mujeres, pues del año 2012 al 2016 o hubo una reducción del 84.2%.

Finalmente, en cuanto a la dotación de aditamentos de rehabilitación (mangas de compresión para prevenir la linfedema, prótesis mamarias, braseares y pelucas) hasta el periodo reportado, hubo una reducción del 12%, respecto a las reconstrucciones mamarias a mujeres de escasos recursos., sí hubo un aumento significativo con relación a la administración anterior. Cabe mencionar que cuando el INMUJERES-DF, se hacía cargo del PAICMA solicitaba donaciones de asociaciones civiles y había realizado convenios para este tipo de aditamentos y para las reconstrucciones mamarias. Es decir, trabajaba con menos presupuesto con el que ahora cuenta la SEDESA.

Lo anterior, resulta realmente alarmante, cuando se sabe que un diagnóstico a tiempo puede salvar la vida de una persona, y que la evolución del cáncer de mama se da muy rápido, y que quienes no cuentan con un servicio médico subsidiado por el Estado, difícilmente pueden costear un tratamiento o saber su diagnóstico. Además, como se puede observar en la gráfica 4 del apartado de

²⁸ Cabe mencionar que del año 2017 en adelante ya no se refirió en esta tesis, puesto que solamente está reportado hasta el mes de julio.

anexos, las defunciones de mujeres por tumor maligno de la mama en la Ciudad de México, cada año aumentan significativamente, y pareciera que al Estado no interesa atender esta problemática.

Como se revisó en este cuarto capítulo, en México y en algunos países, el derecho a la salud se encuentra fragmentado, dado que las políticas y programas sólo están enfocados a atender a la parte biológica mediante la atención médica, servicio nombrado como derecho a la protección de la salud. Y por si fuera poco este derecho a la protección de la salud, no es progresivo cuando el Estado a partir de sus instituciones es generador de relaciones de poder que impiden el cumplimiento de este derecho ya sea mediante la privatización, el recorte presupuestal, o la creación de mecanismos legales para reasignar programas de una institución a otra como hemos visto es el caso del PAICMA.

La Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama, no es más que una política que transformó al PAICMA en un programa donde el saber médico hegemónico es el único válido, al eliminar el saber y pensar de las mujeres sujetas de derecho del PAICMA, así como el de las colaboradoras por parte del INMUJERES-DF. El programa deja de ser integral al no incluir a las personas vistas como sujetos en él, y en donde sólo la SEDESA tiene voz.

La ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama, se desliga de la construcción de derecho ya que no incluye la figura de autonomía. Incluso desde que ésta surge como una iniciativa de los diputados, es una ley creada en medio de relaciones de poder, puesto que no existe una escucha de las personas involucradas en el Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama, por lo que es difícil que la gente se reconozca como titular de derechos o con capacidad para la toma de decisiones para la construcción de ciudadanía, y para la reflexión en relación al cáncer de mama.

Cuando el PAICMA pasa a SEDESA, de acuerdo a lo que el personal del INMUJERES-DF informó, se dejan de entregar los resultados a las personas que se realizaban los estudios de mastografía, al INMUJERES-DF se le limitan acciones, entre ellas el seguimiento; las bases de datos son entregadas a la SEDESA, así

como el control de la información de las y los sujetos de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México en el mismo.

Lo anterior provocó una confusión para las mujeres al momento de recoger sus resultados, pues además de que se les deja de localizar vía telefónica ni el personal del INMUJERES-DF, podía informarlas dónde recogerlos, pues ya no era su función y no sabían hacia dónde dirigirlas, y aunque hacían la búsqueda de los estudios llamando a las jurisdicciones sanitarias, el personal de estas últimas, en ocasiones ni siquiera se tomaba la molestia de buscarlos y en el mejor de los casos responden diciendo, que aún no les llegaban, pues la SEDESA era quien los concentraba y después los enviaba a las jurisdicciones. Y, por lo tanto, las mujeres al no recibir sus resultados poco a poco dejaron de asistir a realizarse la mastografía.

En el Informe del Proyecto de Seguimiento del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA) del Distrito Federal, se menciona que de un total de 95 mil 926 mastografías realizadas hay un faltante en cuanto a la entrega de resultados de 21,285 mastografías (2013, p.11).

Lo anterior, ayuda a confirmar lo que el personal del INMUJERES-DF externó, además de que al menos en dos años a partir de la implementación de la Ley, la SEDESA, no ha logrado sustituir ni mejorar el trabajo que el INMUJERES-DF para el PAICMA hacía, asimismo, que hay un retroceso para éste programa, pero sobre todo que la salud de las personas que acuden a realizarse la mastografía, así como la de las mujeres que cada vez se ven mayormente involucradas con el cáncer de mama, no importa al Estado.

Como Foucault refiere en sus textos, el poder se encuentra en toda relación humana, lo cual no significa que necesariamente sea desigual. No obstante, cuando el poder que se encuentra en un sólo grupo es utilizado como un medio que impide mediante el acaparamiento y uso de recursos que el grupo con menores posibilidades pueda desarrollarse y realizar cambios. En el caso del PAICMA, la relación de poder desigual se da desde el momento en el que al INMUJERES-DF le

quitan la posibilidad de seguir rigiendo el programa, eliminando funciones y recursos.

Esta relación de poder entre instituciones lo que ha generado es que la comunicación entre las colaboradoras con las mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México se rompiera. Pues cuando SEDESA concentra el programa, en lugar de incorporar al personal ya capacitado del INMUJERES-DF para operar, lo desplaza y sólo pasa a ser parte del protocolo para convocar a las personas para la mastografía. Esto tuvo un impacto para el personal del INMUJERES-DF, pues cada vez se fue reduciendo.

La escasa comunicación entre SEDESA y el personal del PAICMA que INMUJERES-DF pudo retener ha hecho que la organización, el acercamiento y la confianza que se tenía con las mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México que participaban en el mismo disminuyera. Pues de acuerdo a lo que el personal del INMUJERES-DF, explicó muchas de las veces ellos ni siquiera sabían dónde se harán las jornadas, por lo que el comunicar esta información a las comunidades les era difícil. Incluso para la entrega de los resultados al perder ellos el control de las bases de datos, no podían informar bien a las mujeres que se realizaban el estudio y esto generó que estas dejaran de acudir a realizarlo.

Ahora que el PAICMA, forma parte de la SEDESA, la perspectiva de género, es prácticamente nula, aunque que el INMUJERES-DF, de acuerdo con la Ley Integral de Cáncer de Mama de la Ciudad de México sería la institución encargada de encaminar el programa hacia este enfoque, cada vez va teniendo menor participación en este programa.

La falta de seguimiento para la entrega de resultados, violenta el derecho a la información de las personas que ser realizan la mastografía, debido a que se les priva de la información sobre su resultado. Además, se ha perdido el cuidado en el acercamiento para conocer las necesidades de las mujeres que ahora son vistas como simples usuarias.

Desde mi perspectiva el programa fue incorporado por SEDESA como una estrategia política más que por hacer de la salud de las personas que viven con cáncer de mama un derecho integral. Pues en el momento social que vivimos en el que se lucha por la igualdad de la mujer, el hecho de tener al público femenino de lado del Estado y no aparte, es muy conveniente para el Gobierno de la Ciudad de México. No se ha visto un cambio realmente importante en el programa, al contrario, las expectativas sobre éste han disminuido y se ha convertido en un instrumento de persuasión.

Dentro de este contexto de relaciones de poder en que se encuentran los derechos humanos, el concepto de salud de Chapela como “la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y lograr futuros viables” (2005, p.16), en un Estado con una estructura convenientemente patriarcal, es ignorado para no hacer visible que existen otras formas de mirar y afrontar la realidad. Fuertemente criticado para impedir que se realicen cambios y propuestas generadas por las propias personas. Poco tomado en cuenta, puesto que el neoliberalismo se ha encargado de eliminar la concepción de la salud como un derecho y promocionar la de salud como diferente a enfermedad, y con ello poder vender la atención médica como un servicio. Un servicio al que no todos pueden acceder, pues tiene un costo, es decir, es un privilegio de quien puede pagar para adquirirla como si fuera una cosa.

Hay que partir desde cómo conceptualizamos y vivimos el derecho a la salud. Pero también desde quienes tienen derecho a expresar lo que sienten, a tener dolencias, a vivir en un ambiente saludable. En nuestra sociedad y sistema en que vivimos quienes manifiestan lo anterior son catalogados como débiles y poco útiles. Por lo general los hombres tienen poco “permiso social” para exponer que se sienten mal fuera de sus hogares, pero dentro la atención se centra en ellos. En cambio, la mujer puede ser escuchada por las demás mujeres de su entorno, pero en su núcleo familiar debe aparentar ser la fuerte, la que puede cargar con toda la responsabilidad y “no tiene permiso siquiera de enfermarse”, si lo hace debe soportar y seguir adelante.

Es decir, la negación al derecho a la salud de la mujer tiene que ver con la prevalencia del sistema patriarcal, pues una mujer empoderada es un riesgo para quienes mantienen la estructura política, económica y social de un país a su favor.

Por lo tanto, cualquier programa social de salud que nos permitiera colocarnos en otro lugar y poder expresarnos sería eliminado o poco a poco limitado, como fue el caso del PAICMA con la Ley para la atención integral del cáncer de mama.

A la mujer por la condición de nacer mujer, se le niega el derecho de humanidad, y expresar el dolor, por ser catalogadas como inferiores, y por lo tanto los programas de salud contruidos en una lógica de desigualdad hacia ellas, tienen una visión hegemónica que no fomenta que sean escuchadas. Por el contrario, elimina su modo de pensar y sentir, si observamos un poco en la mayoría de los programas se incluye a la mujer, pero no es ella quien directamente es el fin del mismo, sino que es utilizada como un medio para garantizar la salud de los demás, como la educación y alimentación de los hijos, pero pocas veces la de ella.

Si una mujer, no es capaz de visibilizarse como un ser con derechos, no luchará por ellos, y sólo estará al servicio de otros, incluso hará parte del trabajo del Estado al buscar cubrir las necesidades básicas de quienes tiene a cargo.

Por otra parte, si la salud física de los hijos e incluso la de la propia mujer se deteriora, ella no sólo es culpabilizada por el médico por no tener los cuidados suficientes, sino por la pareja y círculo que la rodea, cayendo la responsabilidad de la crianza y cuidado de los hijos sólo en ella.

De este modo, la relación de poder se da también en la forma en que es tratado y diagnosticado el cáncer de mama. Aunque sabemos esto no depende del PAICMA, en la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama se debería contemplar la investigación e implementación de técnicas usadas para la diagnóstico y tratamiento lo menos agresivas posibles. Asimismo, la implementación e incorporación de tratamientos naturales como alternativas para curar y prevenir el cáncer de mama.

Aludo a las relaciones de poder, puesto que como ya se ha revisado en el marco teórico de la presente investigación, para quienes detentan el poder económico y político (principalmente) es muy conveniente el control del cuerpo para lograr sus fines. Y para controlar el cuerpo es necesario controlar también la información, adoctrinar a los cuerpos mediante las disciplinas y homogeneizarlos, pues:

El cuerpo dócil, es la consecuencia de una operación de *anatomía política*, concebida como las marcas que la aplicación de las disciplinas produce en los cuerpos (Foucault, 1990); es la posibilidad de estas técnicas para formar una anatomía conveniente con determinados fines (de sujeción y de producción). (Barrera, 2011, p.133)

Y una de las disciplinas que controla al cuerpo de manera hegemónica, es la medicina, que, si bien ha aportado mucho para la cura de las enfermedades, la disminución de la mortalidad y morbilidad, también hay que decir, que ha sido utilizada, para controlar a los sujetos mediante la imposición e inscripción de significados y conductas sobre los cuerpos de los mismos. Lo cual, ha logrado a través de la autoridad que infunde en la imagen del médico, quien prescribe cómo hemos de comportarnos, las prácticas higiénicas a realizar, el tratamiento a seguir en caso de enfermedad, dando la única vía para “sanarnos”, o mejor dicho “normalizarnos”, algo que resulta ser contraproducente con la naturaleza humana, que es diversa y no lineal.

En relación al diagnóstico del cáncer de mama, algunas de las colaboradoras del PAICMA del INMUJERES-DF, mencionaron que, en una de sus capacitaciones, se le había hecho mención de técnicas menos costosas y dolorosas para realizar la mastografía, no obstante, en la implementación del programa no están contempladas.

De igual forma, existen múltiples investigaciones que señalan que el cáncer de mama se puede prevenir incorporando ciertos alimentos naturales a la dieta, y así mismo se puede lograr la cura. No obstante, nunca se habla de prevención

primaria, sino de detección en las campañas de cáncer de mama, y el tratamiento universal sigue siendo la quimioterapia (algo ajeno a nuestra naturaleza humana), que si bien es un avance de la medicina a favor de la salud, dados los efectos colaterales como problemas digestivos, en los huesos, las articulaciones y el tejido blando, hormonales, pulmonares, cardíacos, o linfedema, así como cánceres secundarios (American Society of Clinical Oncology, 2016), habría que ver que tan a favor está para quienes tienen que someterse a la quimioterapia. Pero obviamente, las técnicas naturales o menos costosas no son promovidas puesto que no son un negocio para las farmacéuticas, ni para los laboratorios, además de que, al Estado, no conviene que dejemos de fijar la atención en las dolencias puesto que, esto ayuda a mantener nuestra atención en lo individual.

Por lo que en esta ley hace falta, trabajar desde mi perspectiva como promotora de la salud, el derecho que como personas tenemos a que se regule la venta de productos que causan cáncer y otros problemas de salud (llámese las sustancias tóxicas). Asimismo, el derecho a que se investiguen las causas del cáncer de mama, y que se den a conocer los resultados a la población, mediante procesos educativos que nos permitan comprenderla.

Cuando el PAICMA, pasa a formar parte de la SEDESA, la promoción de la salud empoderante, se deja de lado, para actuar bajo la perspectiva de la prevención y detección de cáncer de mama, basándose únicamente en la parte biológica. Es decir, desde el modelo hegemónico, el cual como ya hemos revisado, resulta ser bastante reducido para un programa de salud.

Y aunque en la formalidad, se estipula que el INMUJERES-DF participa de la mano con la SEDESA en la implementación del programa a través de acciones de orientación, divulgación e información sobre este programa, lo cierto es que en la realidad esto ya no sucede. Incluso, de acuerdo a la información proporcionada por el personal del INMUJERES-DF del PAICMA, para la *campaña rosa* del 2015 que anualmente se hace en el mes de octubre, *mes de la lucha contra el cáncer de mama*, el INMUJERES-DF fue totalmente excluido y realizó por su propia cuenta actividades en alusión a este mes.

Si bien, cuando el PAICMA, pertenecía al INMUJERES-DF con el Empoderamiento existía un rol menos inactivo por parte de las mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México, su participación se quedaba corta, pues ellas no eran quienes proponían actividades, sino las que asistían a ellas. Quizás no estaban solas durante el proceso de vivir con cáncer de mama, pero siempre tenían que estar dentro de la Institución, pues el programa no buscaba darles herramientas para que ellas lograran decidir qué hacer de sus vidas, sino que las veía como personas que necesitaban ser ayudadas en su condición de “vulnerabilidad” por ser mujeres con cáncer.

Conclusiones

Como ya se dijo, presente tesis surgió después de participar en el programa *Promoción de la salud en INMUJERES-DF* en el cual se llevó a cabo el *Taller de capacitación en Promoción de la Salud al personal de INMUJERES-DF que opera el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama (PAICMA)*. Aquí se conoció que el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal se encargaba de operar este programa y que a partir de la entrada en rigor de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama de la hoy Ciudad de México en el año 2011 es la Secretaría de Salud (SEDESA) de la hoy Ciudad de México la institución encargada de ejecutarlo.

Tras conocer lo anterior, se buscó analizar cuáles fueron las implicaciones de la nueva normatividad para el PAICMA. Pues el cáncer de mama es un tema que ha cobrado cada vez mayor relevancia en el mundo, en nuestro país y por supuesto en la Ciudad de México.

El problema de investigación fue que el PAICMA había disminuido varias de sus funciones significativamente, entre las principales se encuentran la difusión del programa mediante el acercamiento con las mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México, así como el control y seguimiento para la entrega de resultados.

Por lo que la hipótesis que se manejó es que el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama (PAICMA) del Distrito Federal, había tenido implicaciones negativas a su enfoque de derecho a la salud de las mujeres que venía impulsando el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal cuando el programa estaba a su cargo a partir del 2011 con la entrada en rigor de Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal.

Para comprobar lo anterior, se utilizó la metodología cualitativa y en algunos casos se recurrió a la cuantitativa.

En primera instancia, se revisaron diferentes formas en que se conceptualiza la salud para posteriormente poder ilustrar cómo es que la visión que se tenga de ella repercute en el diseño e implementación de las políticas públicas.

Posteriormente, se indagó sobre la situación de las políticas de programas de cáncer de mama en México, pero sobre todo en la Ciudad de México con la finalidad de conocer el contexto anterior al surgimiento del PAICMA.

Esto sin dejar de lado que a partir de la década de 1980 se viene implementando en América Latina un Estado de tipo neoliberal que busca la eliminación de los derechos para convertirlos en mercancía y la salud, no está exenta de este suceso.

Se revisó que, en América Latina, a pesar de que el cáncer de mama ha ido en incremento, la creación de políticas públicas con relación a este padecimiento son pocas y hasta hace algunos años se vienen implementando.

En general, la mayoría de las acciones se encuentran integradas en otros programas de salud como el cáncer cérvico-uterino, es decir, no se ha dado el nivel de importancia requerido a pesar de las cifras alarmantes sobre decesos por esta causa.

Por otro lado, esta indagación arrojó que cuando comienza a haber mastógrafos en nuestro país, estos eran muy pocos, hacía falta personal que interpretara los estudios de mastografías, así como recursos económicos y técnicos para poder dar mantenimiento a los equipos, además de que atendían a muy poca

parte de la población, en específico sólo a algunas mujeres aseguradas por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

De acuerdo a la información obtenida, en México más de 75% de los casos de mujeres que viven con cáncer de mama son diagnosticados en etapas avanzadas (Estadios II, III, y IV) (González, 2009).

Es importante destacar que las ONG, tuvieron un papel fundamental para atender a la población que vive con cáncer de mama.

Se descubrió que el caso del Distrito Federal, la tasa de mortalidad se había incrementado desde 1990.

Más tarde, en el año 2004, nace el Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama (PAICMA) del Distrito Federal, cuya institución a cargo fue el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal teniendo como tarea realizar mastografías gratuitas en un inicio a las mujeres que transitaban en el Distrito Federal y con ello garantizar su derecho a la salud²⁹, principalmente a aquellas que vivieran en las zonas más marginadas y con poco o nulo acceso a los servicios de salud.

En este sentido, se observó que este programa fue un avance muy significativo para atender la salud de las mujeres con pocos recursos, sobre todo porque anteriormente las políticas gubernamentales, se enfocaban, en ellas sólo como madres, y las ingresaban en programas como el materno infantil, o planificación familiar.

No obstante, se dejaba de lado a la mujer como sujeto de derecho a la salud, es decir, no se le percibía como una persona que por el hecho de ser humana podía tener acceso a condiciones en donde se protegiera su ser, sino que se le veía como objeto y trataba como el vínculo para el cuidado de los hijos como si la responsabilidad recayera únicamente en ella y no fuera importante su vida si no su función de madre.

²⁹ Que como indica Carbonell (2009), en nuestro marco constitucional el derecho a la salud se acota a la protección a la salud. Mientras que el primero es más amplio pues está relacionado con las condiciones de vida de la población y aspectos más integrales, el segundo se limita a la atención médica, es decir, sólo se aborda el aspecto biológico.

También se revisaron tres de las formas en que se ejerce la promoción de la salud de acuerdo con la clasificación que realiza Chapela (2011). Se observó que la promoción de la salud oficial promovida institucionalmente y basada en los procesos biológicos, es la que predomina en las políticas sociales de salud, no obstante, este tipo de promoción de la salud se enfoca en la enfermedad y el sometimiento de los sujetos mediante la práctica médica.

Si bien, lo que ha logrado la medicina, y la tecnología con relación al cáncer de mama que va desde la detección, extirpación del tumor y hasta la reconstrucción mamaria ha salvado vidas, lo cierto es que ha sido de una manera muy violenta hacia el cuerpo y vida de las personas y no se han buscado o aprobado alternativas que proporcionen tratamientos menos dañinos e inhumanos.

Por ejemplo, una mujer que ha sido diagnosticada con cáncer de mama puede querer no acceder a realizarse una quimioterapia por el daño físico al que se pudiera someter o bien extirparse el seno que es parte de ella, no obstante los actores sociales de su círculo como el médico, la enfermera, la familia, amigos y vecinos empapados del discurso hegemónico intentarán convencerla de lo contrario sin saber que ejercen una relación de poder sobre su decisión, además de que el hecho de acceder al tratamiento no garantiza que el cáncer de mama se eliminará por completo.

Por el contrario, en la promoción de la salud oficial se priorizan los factores de riesgo como el tipo de alimentación, la genética, los estilos de vida y se enfatiza la responsabilidad del sujeto sobre su salud o mejor dicho sobre no enfermar, haciendo la divulgación de información para promover el autocuidado y los “estilos de vida sanos”.

También se analizó a la promoción de la salud empoderante, la cual busca la cercanía con la comunidad, pero se imponen acciones en donde las personas dependen de quien tiene el poder de mejorar su salud.

Por lo que se concluyó que el empoderamiento no es suficiente para lograr la autonomía de los sujetos, pero si es un primer paso para la emancipación que es el proceso mediante el cual los sujetos realizan procesos de reflexión en donde

identifican y desarrollan sus capacidades humanas para poder modificar el lugar que ocupan en las relaciones de poder en que se encuentran inmersos (Chapela, 2011). Pues el hecho de estar consciente de que se tienen derechos, no implica que las personas en automático los ejerzan, debido a que los procesos, circunstancias y recursos para hacerlo son diferentes en cada sujeto. Se requiere de un proceso largo, profundo que logre que las mismas personas exijan sus derechos y no asistan en calidad de usuarias pasivas de un servicio. Es por esto que para esta tesis se recurrió a la promoción de la salud emancipatoria.

Que como se revisó a lo largo de ésta tesis, la autora de ésta propuesta de promoción de la salud, hace alusión a cambiar las inscripciones en el cuerpo de los sujetos, puesto que por mucho tiempo la hegemonía nos ha dividido en cuerpo y mente con el fin de que no reflexionemos en relación a lo que pasa con nuestro entorno, en nuestras vidas y seamos nosotros mismos quienes nos veamos como objetos que no dan importancia a su sentir y cuya existencia radica en servir al otro y no para crear un proyecto de vida realmente propio.

En sintonía con este análisis, se observó que en relación al cáncer de mama las personas por lo general son vistas como partes de un cuerpo enfermas, en específico, la significación de la mujer de por sí ya es cosificada a cuerpo en la sociedad patriarcal, pero aquellas que viven con cáncer de mama pierden el rol de ser mujeres con valor.

Por otro lado, para poder comprobar la hipótesis de la presente tesis, se llevó a cabo un análisis de la experiencia de trabajo de campo con las colaboradoras del PAICMA, en donde se revisó el informe de servicio social y prácticas profesionales generado en el proyecto: *Programa del taller de capacitación en Promoción de la Salud al personal del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (INMUJERES-DF) que opera el Programa Integral del Cáncer de Mama (PAICMA)*, así como los anexos que incluye entre otros elementos las relatorías de cada sesión de taller y el análisis de un total de 18 entrevistas realizadas a las colaboradoras del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA) en el periodo que abarca del 13 de abril al 16 de abril de 2015 en la sala de juntas del 2do piso de la Universidad

Autónoma de la Ciudad de México Centro Histórico ubicado en Fray Servando Teresa de Mier N°92 y en el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, 1er piso ubicado en Calle de Tacuba 76 colonia Centro delegación Cuauhtémoc-.

La metodología cualitativa permitió conocer la perspectiva de salud y promoción de la salud con que ejecutaba el PAICMA, así como el impacto en las acciones realizadas antes y después de la implementación de la Ley para a Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México.

En cuanto a la metodología cuantitativa, permitió evidenciar con datos concretos que hubo una reducción significativa de las mastografías realizadas, aún con el incremento del presupuesto, asimismo, la atención psicológica, la dotación de aditamentos, y las asesorías, y la difusión del programa disminuyó. Los resultados se presentan a continuación.

Resultados.

Lo que se descubrió en la investigación de trabajo de campo desde un inicio y posteriormente en el taller de capacitación, fue la inconformidad de los prestadores de servicio del INMUJERES-DF con los cambios en el PAICMA.

De acuerdo con la información recabada quedó manifestado que cuando el PAICMA pertenecía al INMUJERES-DF, este tenía un enfoque integral, pues se brindaba atención psicológica a las mujeres sospechosas de cáncer de mama y se les incorporaba a grupos, donde realizaban actividades recreativas y, además, se fomentaba el autoempleo.

También se hacía una gran labor para convencer a las mujeres de realizarse los estudios de mastografía, y la autoexploración, y se daba seguimiento oportuno a quienes fueran sospechosas de cáncer de mama.

Con el tiempo, la experiencia de acercamiento con las mujeres, al igual que la capacitación que el personal del INMUJERES-DF para el PAICMA tenía constantemente con oncólogos y especialistas del área social, las colaboradoras podían identificar con mayor facilidad aquellos casos de personas que pudieran ser sospechosos de cáncer de mama. Lo anterior les permitía estar pendientes de los

resultados, teniendo a la mano los datos de las mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México, para que en caso de ser cierta su sospecha lograr ubicarlas lo más rápido posible.

Se observó que el PAICMA al estar dentro del INMUJERES-DF, era un programa con perspectiva de género, lo cual permitía que las mujeres se acercaran con más confianza a las colaboradoras de servicio para solicitar apoyo e incluso ingresar a otros programas dentro del INMUJERES-DF.

De igual modo, quienes ya eran sospechosas y tenían un seguimiento más estricto, eran canalizadas a los grupos de apoyo psicológico en donde el personal del INMUJERES-DF, se encargaba de identificar, las necesidades de las mujeres. Más tarde, se crea la red rosa para apoyarlas con talleres de derecho a la salud, en los cuales, se trabajaba el Empoderamiento. Lo anterior permitió a las mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México valorarse como seres humanos, re significar sus roles después de vivir el proceso de cáncer de mama, priorizar su cuerpo mediante el autocuidado y pensar primero en ellas.

Pero este programa tuvo un cambio radical cuando a finales del 2011 deja de ser regido por el INMUJERES-DF para pasar a formar parte de Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA).

Con relación a esto, las colaboradoras del PAICMA, hicieron mención de que la falta de coordinación entre la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y el INMUJERES-DF hizo que el trabajo en las jornadas de mastografía fuera muy difícil y poco eficaz ya que desde el año 2012, se deja de hacer una buena difusión de las jornadas y eso provoca que asistan a realizarse el estudio de mastografías muy pocas mujeres. Cuando el Programa pertenecía al INMUJERES-DF, se atendía aproximadamente a 90 mujeres, actualmente llegan 70 y en ocasiones 10 o 15 para realizarse la mastografía.

En las entrevistas se halló que la mayoría de las colaboradoras del INMUJERES-DF coincidió en que Secretaría de Salud entrega a destiempo los estudios o incluso no los entrega a las mujeres y por esto a veces ya no quieren

asistir a las jornadas de mastografías y dejan de confiar en sus instituciones. Esto les ha generado cierta molestia con que el programa de las mastografías porque no se atiende a las mujeres con la visión y compromiso que lo hacía el INMUJERES-DF.

Por otro lado, descubrió que cuando el PAICMA es incorporado a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), con la puesta en marcha de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México en el 2011, además de que al INMUJERES-DF se le recortó presupuesto para operar el programa, se pierde el seguimiento y el trabajo de empoderamiento que permitía una participación más activa por parte de las mujeres, es decir; la perspectiva de género.

También se detectó que las condiciones en que opera el PAICMA para atender a mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México no eran las más óptimas, incluso algunas de las colaboradoras del INMUJERES-DF mencionaron que en su campo laboral no cuentan con viáticos o apoyo para transportarse a las jornadas, por lo que en ocasiones llegaban fatigadas a trabajar, pero lo que más les preocupaba era que las mujeres tuvieran que estar por lo menos cuatro horas paradas en lugares donde había mucho sol.

Aquí lo importante como bien las colaboradoras del PAICMA mencionaron fue que no por ser un programa gratuito y dirigido a personas de escasos recursos tenía que fungir como un favor para las mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México, que son seres humanos y tienen derecho a un trato digno.

Por otra parte, se observó que cuando la SEDESA toma el programa formalmente en el 2012 y deja de entregar los resultados, las mujeres se veían en la necesidad de rastrear los mismos como si se tratara de solicitar una dádiva. Y como ellas eran las principales interesadas eran incluso ignoradas vía telefónica por el personal de la SEDESA.

Esto porque, de acuerdo a lo revisado, cuando el programa lo ejecutaba el INMUJERES-DF se hacía hincapié en informar a las mujeres sujetas de derecho del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México, la forma de entregarles el resultado era diferente de acuerdo al caso, y cuándo era necesario realizar estudios complementarios, las colaboradoras, eran muy cuidadosas en la forma de comunicar a las mujeres sujetas de derecho del PAICMA, cuáles podrían ser los motivos por los que pudieran recibir una llamada del INMUJERES-DF, pues podrían alarmarse y pensar que eran sospechosas de cáncer de mama En el momento que la SEDESA deja de realizar el seguimiento de casos, fomenta la no exigencia de derecho a la información por parte de las mujeres, puesto que dedujeron que habían resultado negativas en el estudio, y por lo tanto no debían preocuparse por acudir a la entrega de sus resultados.

De igual forma, las que acudían por primera vez, no regresaban al no tener seguimiento, perdían el interés y objetivo de realizarse la mastografía, lo cual pone en mayor riesgo su vida.

Pero el no acceso al derecho a la información no queda ahí, pues a las mujeres sospechosas de cáncer de mama que asistían a los servicios de atención y rehabilitación, tampoco se les daba seguimiento.

Lo anterior generó una gran desinformación con relación al proceso necesario para realizar el diagnóstico de cáncer de mama, algo que al menos el INMUJERES-DF acercaba por medio de especialistas invitados en las actividades grupales de la red rosa.

Análisis de resultados

Los derechos humanos son esenciales y la dignidad de las personas es substancial en la ejecución de los programas, pero no siempre todos los derechos se pueden aplicar debido a las políticas y limitantes de los programas y a los intereses que se encuentran detrás de las instituciones que los ejecutan.

Uno de los aspectos más graves revelados fue que desde que el PAICMA, es ejecutado por la SEDESA, se dejan de entregar los resultados a las mujeres que acudían a realizarse el estudio de mastografía. Lo anterior no únicamente es una violación al derecho que tienen las mujeres de conocer la información sobre su estudio, sino que, además, esto puede ocasionar que, si su resultado fuera positivo y se dieran cuenta en una etapa avanzada, se ponía en riesgo su vida.

Por lo que se dedujo que con la aplicación de la nueva ley se olvida el enfoque de derecho a la salud, porque se ve a las personas como objetos, simples usuarias de un servicio, no existe una escucha de las mujeres involucradas en el Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama, por lo que es difícil que se reconozcan como ciudadanas importantes para su Estado.

Además, se manifestó que el PAICMA al cambiar de institución sufre una modificación en relación al tipo de promoción de la salud que se venía promoviendo, pues la SEDESA enfatiza en los factores de riesgo, las mujeres dejan de ser el centro al perderse la visión de derecho centrándose en el cuerpo desde una visión únicamente biológica. Es decir, de una promoción de la salud empoderante se pasa a una de tipo oficial.

Las actividades de empoderamiento que este instituto diseñó e implementó quedan tan sólo en el papel de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal, es decir, no solamente ya no se aplican, sino que tampoco se proponen estrategias para mejorar este programa, pero sobre todo para cumplir el objetivo de disminuir la morbi y mortalidad de las personas por cáncer de mama.

Asimismo, se evidenció que el trabajo de empatía fomentado por el INMUJERES-DF con sus colaboradoras para el PAICMA permitía tener muy en claro la importancia de proporcionar la información correcta y a tiempo a las diferentes mujeres que acudían con diversas dudas sobre en qué consistía la mastografía, qué era o no cáncer de mama, los síntomas, cómo no confundirlos, las etapas o estadios, lo cual permitía un trato digno.

Otro aspecto que se identificó fue el trato digno, como un elemento fundamental en las políticas y programas sociales de salud como el PAICMA, pues

no sólo forma parte de la base de sus derechos como personas, sino que si un sujeto no es visto como importante puede ser tratado de forma inhumana, como un objeto, o un ser inferior cuya salud y vida no son valiosas.

Por ello es elemental que las instituciones trabajen con los implementadores de las políticas y programas sobre la idea que tiene de sí y del otro, pues la forma en que perciban a los otros y las maneras de relacionarse con ellos, determinará su forma de ejercer, y tratar a los y las participantes como seres humanos con una vida, derechos y autonomía, o por el contrario en jerarquía inferior, ignorantes, incapacitados y vulnerables.

La falta de interés por parte de la SEDESA hacia la salud de las mujeres, es un ejemplo de la invisibilidad de trato digno que existe en la formulación de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal. Pues se evita la realización diagnósticos a tiempo, no hay un acercamiento con las mujeres (quienes conocen su cuerpo y notan cambios) como lo hacía anteriormente el INMUJERES-DF, los resultados no llegan a tiempo o “se pierden” (algo que no debiera ocurrir), no se les escucha ni se da el seguimiento adecuado en caso de sospecha.

En relación a lo anterior, es importante destacar que difícilmente se puede evitar que una mujer llegue una etapa letal si es sospechosa de cáncer de mama y no lo sabe, sobre todo porque la mayoría de las veces el cáncer es asintomático en su etapa inicial y si el diagnóstico no es el correcto o la detección a tiempo, puede crecer y ser notorio tarde, incluso cuando ya se ha diseminado a otras partes de cuerpo.

También se encontró que la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal, está en total sintonía con la tendencia neoliberal del sistema de salud en México y América Latina, pues no es una política que vea por mejorar la salud de la población, sino que resulta ser una estrategia para ir encubriendo y minimizando la situación del cáncer de mama para finalmente dejarla en manos del mercado.

No se trabajan acciones sobre los determinantes sociales de la salud, no se llega al fondo de la problemática, ha habido reducción en el presupuesto para el programa y no ha crecido lo suficiente para atender a la población que lo requiere.

Además, como ya se ha aludido, desde que SEDESA dirige al PAICMA, el acercamiento con la población se ha perdido dejándose de promover la exigibilidad del derecho a la salud. Esto lo que fomenta es que cada vez más las personas se alejen de los programas sociales y los servicios de salud optando por comprar seguros médicos, pues la iniciativa privada en sintonía con el Estado acapara los derechos precarizados para convertirlos en mercancía, ofreciéndoles como servicios de mejor calidad.

Pues como menciona Chapela (2011) el mercado fomenta que las personas no reflexionen para posteriormente sembrar la semilla de que los servicios médicos públicos son ineficientes y con ello poder comercializar los servicios privados.

Por ello se deduce que el hecho de que se deje de realizar el seguimiento oportuno, como ha sucedido después de que el PAICMA fuera absorbido por la SEDESA, no resulta ser algo aislado a la política neoliberal que busca obtener riqueza a costa de la vida de mucha gente. De seguir así, difícilmente, se llegará al objetivo de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina de la Ciudad de México como se estipula en la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal.

En conclusión, en esta ley no se busca una mejora integral para las personas que viven con cáncer de mama, ni trabajar el empoderamiento que el INMUJERES-DF fomentaba de manera relevante para el PAICMA.

Debido a lo anterior se concluye que la hipótesis que se manejó sobre que PAICMA, había tenido implicaciones negativas a su enfoque de derecho a la salud de las mujeres que venía impulsando el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal cuando el programa estaba a su cargo a partir del 2011 con la entrada en rigor de Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México se cumple.

Asimismo, se observó que no es casualidad que el PAICMA fuera incorporado por la SEDESA, en un momento político importante en donde la mujer ha luchado por un lugar en la sociedad, pero sobre todo por sus derechos.

Pues se encontró es que la implementación de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México también fue una estrategia para que el Gobierno de la Ciudad de México lograra a clientelar a las mujeres de la metrópoli en donde se utilizó al PAICMA, un programa con un tema de salud que las involucraba, como el medio debido al éxito de cercanía que había logrado.

Para ello era necesario hacer a un lado al INMUJERES-DF eliminado poco a poco su participación. A partir del año 2012 el personal destinado para este programa fue recortándose. De una plantilla de 50 prestadores hubo una disminución a 38, después a 20 y en el año 2014 eran 14 personas a quienes redujeron el sueldo y funciones que realizaban, para el 2017 de acuerdo al testimonio de una prestadora del PAICMA del INMUJERES-DF el desmantelamiento por reducción del personal había continuado debido a las condiciones laborales a las que habían sido sometidas posteriores a la aplicación de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal.

Por otra parte, se revisó, que en general las políticas de programas de cáncer de mama, infantilizan y mercantilizan el tema mediante el uso del color rosa, que recordemos es un estereotipo que se impone a la mujer desde niña. Sobre todo, en el llamado mes rosa, cuando se conmemoran las muertes a razón del cáncer de mama. Casualmente múltiples empresas comienzan a preocuparse por las mujeres haciendo una serie de campañas de marketing en donde promocionan sus productos utilizando como bandera publicitaria al cáncer de mama.

De tal forma que se piensa en la mujer como consumidora de productos que dañan su salud y a la vez la estereotipan, más que como sujeto de derecho a la salud.

Finalmente se considera que en esta tesis hizo falta trabajar directamente al menos con algunas de las mujeres sujeta de derecho del PAICMA, pues ellas son las principales involucradas en la ley que se operativizó a través del programa.

Aunque, lo anterior no se realizó debido a que el trabajo de prácticas profesionales se enfocó y capacitar al personal del PAICMA para el INMUJERES-DF, en próximas tesis, se podría hacer, además de observar el resultado de la capacitación del personal, así como su trato con las mujeres.

Cabe mencionar que se asistió a uno de los eventos en donde varias mujeres que vivieron o viven con cáncer de mama asistieron y aquí se pudo recabar un poco de información, aunque la grabación del evento sufrió un daño técnico.

Análisis de la experiencia de trabajo con las colaboradoras del PAICMA.

Lo que esta experiencia de trabajo me ha aportado como promotora de la salud resulta ser bastante enriquecedor, ya que no sólo se limita a una visión amplia de una problemática relevante en la Ciudad de México como lo es la crisis de un programa social de salud de cáncer de mama. A partir del trabajo de campo desarrollé herramientas que llevé de la teoría a la práctica.

Con el PAICMA, logré visualizar importancia de la elaboración de una política pública sana, una de líneas de acción de la Carta de Ottawa, pues desde su diseño y hasta su aplicabilidad tienen determinado impacto de acuerdo a los fines para las que son pensadas. Pero sobre todo tuve un acercamiento a la realidad de las políticas de género. Programas como el PAICMA, son de gran relevancia para seguir trabajando por el derecho a la salud de la mujer en nuestra ciudad y país, pues la mayoría de los programas dirigidos a la mujer nunca se enfocan en ella, sino en la familia.

Este proyecto me dio la oportunidad de trabajar directamente con las colaboradoras del PAICMA, conocer la experiencia de quienes tienen trato directo con las mujeres sujetas de derecho del PAICMA y por lo tanto se percatan de primera mano sobre sus necesidades e inquietudes, y ello amplió mi panorama sobre la importancia de trabajar con la comunidad a partir de un elemento que ellas han desarrollado mucho, la empatía, la sensibilidad y la responsabilidad de trabajar con seres humanos.

De igual forma, la aproximación con las colaboradoras del PAICMA, me permitió conocer el trabajo de empoderamiento, las actividades y metodologías que llevan a cabo durante las jornadas de mastografía. Desde cómo integran a las mujeres al programa, la forma de acercarse, la importancia la escucha e información oportuna y precisa, la difusión del programa, del trabajo grupal, de hablar del derecho a la salud, entre otros componentes. Y hasta la recuperación, cómo trabajan con las personas que viven con cáncer de mama, lo fundamental que es el seguimiento de casos, de las terapias de acompañamiento psicológico, la generación de convenios de colaboración con instituciones para la rehabilitación física, la donación de prótesis mamarias, brasieres, y mangas de compresión para la linfedema la generación de actividades recreativas y de apoyo para la reinserción laboral y vida cotidiana.

Ahora bien, como promotora de la salud, puedo aportar al PAICMA, el enfoque emancipatorio en donde se trabaje la comunicación horizontal y dialógica, permita el tránsito hacia la autonomía, mediante procesos pedagógicos que tomen como eje a la educación popular de Paulo Freire.

Del mismo modo, el enfoque de la promoción de la promoción de la salud emancipatoria, permitirá ver y analizar a profundidad de trabajo de género y derecho a la salud de las mujeres. Y de esta manera, contribuir con una visión diferente de la promoción de la salud oficial y empoderante, que reconozca la capacidad crítica y autónoma tanto de las colaboradoras como de las mujeres sujetas de derecho del programa lo cual fomentaría una participación más activa y enfocada en el diálogo.

Ofrecer alternativas que permitan un trabajo horizontal no sólo de las colaboradoras del PAICMA hacia las mujeres sujetas de derecho del programa, sino entre las mismas operantes del programa, pues el reconocimiento del trabajo que realizan sus compañeras permitirá un ambiente más favorable al comprender que todas aportan algo valioso y revalorar la importancia de su práctica. Asimismo, se pueden generar procesos que permitan potenciar las capacidades humanas de las colaboradoras y mujeres sujetas de derecho del PAICMA a partir de sus propias

experiencias apoyándose de redes sociales externas que se vinculen con las necesidades de los grupos.

Propuestas

En adelante se realizan algunas propuestas, no obstante, son las mismas personas que viven con cáncer de mama, así como las involucradas en el PAICMA quienes pueden construir alternativas para este programa.

1. Es necesario la creación espacios de diálogo y procesos para la construcción de ciudadanía en donde a partir de la reflexión de sus vivencias y necesidades, así como mediante el reconocimiento de sus capacidades puedan exigir sus derechos y generar cambios en sus modos de vida, a través, del conocimiento de sí, de su entorno.
2. De igual forma la búsqueda de espacios para abordar y defender la salud y promover la promoción de la salud emancipatoria.
3. Resulta fundamental recuperar el trabajo de acompañamiento que realizaba el equipo del PAICMA del INMUJERES-DF, un trabajo desde el reconocimiento del cuerpo por las mujeres, tanto con las que no viven con cáncer de mama como con las que sí.
4. Se requiere continuar con la toma de mastografías y la atención médica, para dar progresividad al derecho a la atención a la salud de las mujeres de la Ciudad de México.
5. Para que el PAICMA tenga un impacto real en la emancipación de las mismas para la exigibilidad y la apropiación de sus derechos, se necesita trabajar con las mujeres mediante procesos pedagógicos de educación popular, para lograr una comunicación horizontal y dialógica. Esto permitiría cambios en los modos de vida de las mujeres a través del conocimiento de sí y su entorno.
6. De igual modo estos procesos pedagógicos también deben de llevarse a cabo con quienes implementen las políticas de programas de cáncer de mama, con el fin de que dejen de ver a la mujer, como un cuerpo

biológico que necesita ser reparado como si fuera una máquina, reconociéndola como un ser integral y sujeta de derechos. Es decir, se requiere fomentar la capacitación de los servidores públicos respecto a la perspectiva de la salud como derecho y capacidad humana.

7. Es importante una mejora en las actividades del PAICMA, puesto que las pláticas a manera de conferencia con oncólogos, (a las que por cierto son obligadas a asistir las mujeres sujetas de derecho del PAICMA) no procesos pedagógicos, y mucho menos están realizados desde la horizontalidad. Además de que la reacción de las mujeres es de temor sobre las siguientes etapas del cáncer de mama, la relación vertical en donde el oncólogo habla desde un escenario no es de mucha ayuda puesto que en situaciones donde las mujeres lloran se requiere cercanía, además que pareciera que ellas no conocen nada sobre el cáncer de mama cuando lo están viviendo, y se les trata personas que requieren ser *alfabetizadas*.
8. Resaltar la importancia de dar voz a las personas que viven con cáncer de mama dentro de foros donde se plantean las políticas, públicas y dar voz, significa escuchar sus necesidades, conocer lo que para ellas y ellos es el cáncer de mama, proporcionar herramientas y alternativas que permitan el poder de elección desde la autonomía y no desde el miedo y sometimiento como siempre se ha hecho. Se puede crear una red de mujeres y hombres que se interesen en compartir experiencias respecto a la salud con el objetivo de fomentar la participación comunitaria y con ello hacer real su participación en foros de toma de decisiones.
9. Es importante recuperar el trabajo de acompañamiento que el INMUJERES-DF hacía anteriormente, pues de acuerdo a lo que las colaboradoras del PAICMA comentaban, en algunos casos las mujeres que viven con cáncer de mama son abandonadas por la

familia, pierden el trabajo y, por lo tanto, la fuente ingresos económicos, así como la interacción con otras personas, lo que conlleva una limitación para poder ejercer sus capacidades, y una situación psicológica bastante vulnerable. Por ello se propone la creación de grupos entre las mujeres que han vivido cáncer de mama y quienes están en el proceso como un acompañamiento a través del compartir sus experiencias de residencia y reivindicación.

10. Se requiere formar un vínculo institucional para garantizar la atención psicológica.

El empoderamiento que fomentaba el INMUJERES-DF se perdió, pues actualmente solo unas cuantas mujeres acuden a los grupos de terapia debido a que sin bien en la ley se dice que el INMUJERES-DF es coadyuvador en relación a la perspectiva de género, la realidad es que el personal ha sido limitado en sus funciones y ya no cuenta con la base de datos ni con los recursos para poder convocar a las mujeres sujetas de derecho del PAICMA.

Derivado de lo anterior, se dedujo que la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México además de ser una política que apunta a la privatización del servicio de mastografías que el INMUJERES-DF ofertaba de manera gratuita, busca que las mujeres sujetas de derecho del PAICMA (una parte significativa de la población de mujeres del Distrito Federal) dejen de ser empoderadas y con ello exijan sus derechos.

Si bien el empoderamiento desde el punto de vista de la promoción de la salud emancipatoria no es lo ideal puesto que sólo proporciona información y funciona como un botón que necesita ser tocado por el experto para activar al sujeto quien no reflexiona y actúa realmente por sí mismo, el INMUJERES-DF mediante éste tipo de promoción de la salud y con la capacitación constante de los prestadores del PAICMA apoyaba a las mujeres para la exigibilidad de sus derechos y en específico del derecho a la salud.

Con base en el análisis del PAICMA, así como en la Promoción de la salud Emancipadora de Chapela, en primer lugar, el programa demanda integrar procesos

pedagógicos dirigidos a las mujeres y/o hombres que les permitan transformar su realidad a partir de la acumulación de sus capitales de tipo económico, social, cultural, o simbólicos³⁰, así como el intercambio de los mismos, que si bien no corresponden ni dependen únicamente de este programa pueden ser fomentados. Pues mientras más capitales adquieran en los campos, mayor poder tendrán para ser analíticos de la situación actuar.

Para lo anterior es importante impulsar la participación ciudadana, la cual no sólo debe consistir en dar información a la gente o en promocionar el concepto de democracia, que muchas veces es entendido como un pequeño poder que da el Estado a las personas para elegir entre una serie de alternativas ya expuestas, sino que en realidad se generen procesos en donde todos analicen y propongan, es decir, tengan una participación activa en donde las relaciones de poder no se establezcan por parte de los acompañantes en el proceso de transformación pues si se generan jerarquías no podemos hablar de procesos horizontales y mucho menos de ciudadanía.

Mediante una serie de talleres permanentes dirigidos a la población participante del programa se pudieran abordar los siguientes puntos que se relacionan con la promoción de la salud emancipadora. Se requeriría de la colaboración de personal del INMUJERES-DF que ya conoce y puede seguir aportando en relación a las necesidades de las mujeres para tener un diagnóstico más completo con perspectiva de género, así como para contagiar de ésta al personal de la SEDESA y realizar un trabajo en equipo fortalecido, pero sobre todo que realmente trabaje con las personas a quienes se dirige el programa.

- 1) Realizar un sondeo a mujeres y hombres de 20 años en adelante³¹ para saber qué saben del PAICMA, conocer sus inquietudes en relación al cáncer de mama,

³⁰ El capital simbólico para Bordieau, se puede traducir como la capacidad de los sujetos para actuar en el mundo a través del lenguaje, de interpretar lo que ha sido nombrado y clasificado y con ello construir su realidad. Para mayor profundidad revisar: Vizcarra, Fernando (2002), "Premisas y conceptos básicos en la sociología de Pierre Bourdieu", en *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, vol. VIII, núm. 16, diciembre, pp. 55-68 Universidad de Colima. Colima, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31601604>

³¹ Se pueden realizar otras actividades con mujeres de menos de 20 años, aunque por ahora me baso en los datos estadísticos del INEGI del año 2013 que nos dicen que el cáncer de mama para

y con ello crear grupos de reflexión con una muestra del sondeo que permita la generación de propuestas sobre algunos talleres relacionados con estas inquietudes. Y posteriormente rediseñar algunas actividades del PAICMA con la información arrojada.

- 2) Por otro lado, convocar a participantes del PAICMA que viven con cáncer de mama y estén dispuestos a participar en un grupo de reflexión con la finalidad de identificar características que tienen en común y que posiblemente los llevaron a vivir con cáncer de mama en donde trabajen a partir de su realidad individual y social desde una perspectiva crítica alguna propuesta que pueda ser de ayuda para mujeres y hombres que aún no llegan a esta fase.
- 3) Asimismo, podrían reflexionar en relación a lo que significa el cáncer de mama para ellos y ellas, cómo lo viven, qué les gustaría haber sabido o cómo les gustaría haber sido acompañados en éste proceso, qué aportarían a otras personas a partir de sus conocimientos y experiencias, en primer lugar a quienes no han sido detectadas con cáncer de mama , y en segundo lugar a quienes son diagnosticadas para generar un intercambio que les permita compartir los resultados de ésta reflexión mediante un diálogo.
- 4) Además de los grupos de reflexión es necesario que se incluyan talleres dentro del programa, que permitan dar continuidad al trabajo de estos grupos como pueden ser:
 - a. Un taller que permita resignificar la vida de las personas que viven con cáncer de mama por medio de la creación o potencialización de su proyecto de vida, así como de la identificación de sus capacidades desarrolladas y las herramientas que necesitan para desarrollar las que se encuentran disminuidas.
 - b. Otro taller que haga participe al grupo de trabajo de psicólogas del INMUJERES-DF que permita un trabajo sobre la canalización de

este año fue la principal causa de morbilidad hospitalaria por tumores malignos en la población de 20 años y más (18.7 por ciento). Estos datos se pueden consultar en el documento “Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre)”. INEGI (2015), disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>

emociones como el miedo, la angustia, la culpa y el dolor entre otras, con la finalidad de canalizarlas hacia actividades creativas que las mismas personas sepan realizar y compartan con sus pares, o bien, propongan.

- c. Un taller más que permita que éstas mismas personas generen cursos con base en sus conocimientos que les permitan tener una fuente de ingresos en un futuro.
- d. Un último taller que permita a las personas que participan en este programa sean o no sospechosas de cáncer de mama, reflexionar sobre los intereses económicos y políticos que evitan que se tomen medidas serias en relación a los productos químicos a los que estamos expuestos para quizá en un futuro exigir el derecho a una vida sin químicos que deterioran la salud.

Se requiere un cambio en la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama en el Distrito Federal, con la finalidad de que PAICMA pueda ser lo más integral posible, y no se limite sólo en la enfermedad y obtenga más presupuesto para brindar atención de calidad. También, es de suma importancia que no se siga perdiendo el seguimiento ya que éste resulta ser definitivo para la detección oportuna. Es indispensable recuperar y fortalecer el trabajo con el INMUJERES-DF en relación a la perspectiva de género, así como incorporar una estrategia que impulse el derecho a la salud no sólo de la mujer sino de todas las personas que estén involucradas en el programa.

Institucionalmente la SEDESA necesita implementar un trabajo profundo con los prestadores de servicios, y una mejor comunicación para que el programa sea progresivo. Al respecto, y asentado en el análisis de las entrevistas del informe de servicio social y prácticas profesionales, las colaboradoras del INMUJERES-DF para el PAICMA quienes cuentan con un amplio conocimiento de este programa, pero sobre todo de las necesidades de las mujeres con quienes trabajan directamente en campo, tienen las siguientes expectativas respecto al PAICMA.

- Encontrar apoyo de universidades y otras organizaciones de la sociedad civil o fundaciones que les puedan brindar capacitaciones a las mujeres. Y a largo

plazo conseguir convenios entre el instituto y otras empresas para la creación de una bolsa de trabajo e incluso que los productos que las mujeres hacen se realicen constantemente ferias para que ellas puedan ofrecer sus productos no nada más a las personas que trabajan en el instituto y a sus propias compañeras sino fuera.

- Una de las nuevas colaboradoras del PAICMA indica que le gustaría echar andar el pilotaje de un programa de psicoterapia que está por iniciar en donde se apoyará a las mujeres positivas de cáncer y a sus familiares.
- Otra de las colaboradoras menciona que espera en un futuro pudieran realizar las 70 mastografías por día y no solo unas cuantas.
- Una prestadora cree que para desempeñar mejor su trabajo necesita actualizarse en cuanto a los procedimientos en el cáncer de mama, y conocer más sobre este padecimiento.
- También argumentan que necesitan un espacio que sólo sea para dar sesiones del grupo de apoyo pues tienen que estar moviéndose del Instituto a Casa Mesones cuando no hay cupo en las salas del INMUJERES-DF. Y que el instituto debería de tener aditamentos para la rehabilitación de las mujeres como lo son las prótesis.
- Para ellas sería importante el poder intervenir directamente tanto en entrega de resultados como estar viendo y llevando a cabo esos seguimientos, así como poder mejorar la difusión y la convocatoria, que la información sea corta y precisa.
- Uno de sus objetivos es que todas las mujeres sepan que existe el programa, que todas tengan la información, que les quede clara la información para que con ella vayan claras al estudio y se realicen la mastografía.
- Sus intereses son el seguir ayudando, informando y orientando a las mujeres tanto en sus derechos, como en los cuidados que deben de adoptar para una mejor salud.
- Esperan que su trabajo sea reconocido y por tanto valorado, así como recibir el pago por lo que hacen para que ellas puedan desempeñar de su trabajo

en forma, buscan que la Secretaria de Salud pueda financiar los programas y campañas para seguir operando.

- A una de las colaboradoras, le gustaría que capacitarse en temas sobre cáncer, de útero y de trompas, para que pueda brindar mayor información a las mujeres que le llamen.
- Una de las entrevistadas menciona le gustaría un taller para tener un mayor control sobre su tono de voz para que la información que da a las mujeres genere más cercanía entre ellas y se sientan cómodas en la espera de su estudio de mastografía.
- Asimismo, mencionan que una parte que aún tiene que trabajar es el miedo, que en anteriores talleres les han ayudado, pero que las mujeres van a veces muy temerosas, otras van muy confiadas, pero porque se han realizado el estudio muchas más veces, pero las de primera vez van con miedo.
- Una de las entrevistadas hizo alusión a que los talleres que les han impartido les sirven pero que no se ha trabajado lo suficiente “creo que falta aunque haya muchos talleres y lo que tú quieras, hacer conciencia, concientizarnos y me incluyo que tenemos que concientizarnos en que tenemos que estar bien nosotras como mujeres trabajadoras del Instituto para reflejar a otras mujeres y poder transmitirle a otras mujeres que todas valemos y que nos debemos de respetar, que somos mujeres de lucha y que todas podemos” (Informante 1, comunicación personal, 16 de abril del 2015) .
- Otra de las entrevistadas considera que el objetivo de este programa es fomentar en las mujeres herramientas personales, así como herramientas que desarrollen sus propias habilidades para que tengan la capacidad de enfrentarse a diferentes situaciones ya sea quien esté a cargo de los grupos, o que tengan las habilidades en sus casas, en su comunidad en la cuestión laboral, que tengan un empoderamiento y habilidad mental para después del proceso del cáncer de mama.
- Entre las expectativas de las entrevistadas en general están el tener mayor difusión, continuar acompañando a cada una de las mujeres en su proceso

con el cáncer de mama, apoyarlas, y capacitándose para estar preparadas y brindar una mejor atención.

También, es fundamental impulsar el derecho humano a la salud y no sólo a la protección, buscar la verdadera universalidad del mismo, (por supuesto no me refiero al seguro popular), si no en donde todos seamos tratados por igual como seres humanos y no bajo el viejo discurso de “ayuda a los vulnerables”. Si pensáramos en un mundo incluyente y no se tuvieran privilegios condición social, económica o política, en donde los menos favorecidos catalogados como vulnerables, (que más bien han sido vulnerados) estuvieran en la espera de un favor, o de la compasión de los demás, el cáncer de mama no sería un negocio.

Tener un sistema de salud más justo, con políticas sociales más equitativas y programas sociales diseñados con base en las necesidades de las personas requiere de financiamiento por parte del Estado, algo que sabemos, no sucederá en un Estado Neoliberal, hay menor participación en lo social y el mercado acapara los derechos para convertirlos en mercancía.

Pero como Foucault insta, el problema del poder va más allá del tipo de relación que el mercado o el Estado ejerzan sobre la población, se trata de una serie de estrategias minuciosas en donde se establecen y ejecutan una serie de patrones de sumisión físicos, ideológicos, simbólicos entre otros que son corporeizados para lograr los fines de la clase en el poder.

Incluso como Fanon menciona, se trata de una cuestión de racismo, pues mientras sigamos pensando que unos son mejores que otros, que la salud al igual que otros derechos es un privilegio y puede ser condicionada, gran parte de la población será limitada en sus derechos en la medida que no es considerada humana.

Por ello es fundamental trabajar desde la propuesta de promoción de la salud emancipatoria de Chapela, comenzar a generar procesos reflexivos que permitan a las personas tener un horizonte crítico y realizar cambios por sí mismas en lo colectivo y en lo individual. Recuperar aportaciones de la pedagogía liberadora Freire que apuesta a un trabajo con los grupos poblacionales que han sido

vulnerados histórica y socialmente, por lo que su compromiso es político. El fin de la propuesta emancipadora de Freire es la conquista promoción y defensa de los derechos humanos mediante procesos pedagógicos horizontales en los cuales existe un sujeto activo, donde se da voz a los participantes a partir del diálogo cuyo objetivo es la formación de una ciudadanía crítica capaz de asumirse como autónoma para cambiar su realidad bajo la premisa de que “nadie libera a nadie, ni nadie se libera sólo, todos nos liberamos colectivamente” (Freire, 1975, p. 23).

La promoción de la salud emancipatoria es realmente fundamental para que las personas sean parte de los cambios necesarios para recuperar su poder y eliminar toda relación que las deje en desventaja, realizando aquellas “acciones encaminadas a potenciar las capacidades humanas que permitan al ser humano esfuerzos liberadores para cambiar sus relaciones con el poder de manera tal que como resultado logre cambiar también las inscripciones en el cuerpo” (Chapela, 2011, p.112).

Los programas muchas veces pueden ser impulsados por personas con buenas intenciones, pero cuando los incorporan las instituciones se puede perder el objetivo, ya que son diseñados y pensados desde fuera de las necesidades de los ciudadanos, además de que pueden ser utilizados para distintos a los creados, tales como económicos y políticos.

Un trabajo con el enfoque del derecho a la salud, desde la empatía y la horizontalidad, pero sobre todo con humanismo a partir de la promoción de la salud emancipatoria permitiría esfuerzos en conjunto para que en sociedad fuéramos capaces de hacer frente a nuestras verdaderas problemáticas con soluciones de fondo.

Consideraciones personales sobre el desarrollo de la experiencia.

En este punto, considero significativo para esta tesis describir de manera general mi experiencia durante el desarrollo del taller en vista de que el vínculo establecido con el personal fue aún mayor. Aunque de manera particular con tres de las colaboradoras a quienes entrevisté la interacción fue profunda, trabajar con

las demás colaboradoras del PAICMA, me permitió conocer más de cerca sus problemáticas, asimismo, me produjo más retos como futura promotora de la salud.

Uno de los retos principales fue la realización de sesiones del taller, pues, aunque ya había realizado prácticas que involucran el trabajo de campo en algunas asignaturas de la licenciatura y proyectos extracurriculares, era la primera vez que tenía la oportunidad de desarrollar una sesión de taller con una comunidad externa y poner en práctica la teoría revisada y aprendida durante la licenciatura.

Si bien, muchas veces escuché sobre la importancia de que un promotor de la salud realice su labor con las comunidades esto pocas veces se logra. Pues depende de diversos factores como: los pocos espacios para realizar prácticas de campo a lo largo de la licenciatura, ya que el plan de estudios tiene más materias teóricas que prácticas, además tanto la perspectiva teórica de promoción de la salud, así como la metodología, incluso el plantel en que los estudiantes nos encontremos influye para que la realización de prácticas de campo sea profunda o más superficial. De igual forma el perfil varía con relación a la teoría revisada y estos elementos hacen que algunos busquemos alternativas dentro y fuera de la universidad para cubrir los vacíos de las prácticas de campo.

Personalmente, en práctica de campo sólo había podido trabajar otros modelos de promoción de la salud como el hegemónico, es decir; lo relacionado a las prácticas biológicas que tienen que ver más con el ámbito médico, como los estilos de vida “saludables”, los factores de riesgo, y el medio ambiente físico. Este tipo de prácticas me hacían pensar que nos preparaban para ser ayudantes de epidemiólogos, enfermeras, médicos o nutriólogos, aunque en el discurso se dijera lo contrario, y cuando nuestra labor estaba más centrada en la parte social y profunda de las problemáticas de salud.

Aunque tuve algunas asignaturas donde revisamos la parte social por cuestiones de tiempo sólo logramos aplicar un diagnóstico sobre las problemáticas y en algunos casos únicamente llegué a participar como espectadora.

Debido a lo anterior una de mis mayores preocupaciones durante el proyecto de prácticas profesionales fue cómo vincular la teoría con un problema concreto, pues identifiqué que conocía muy poco de la promoción de la salud emancipatoria y que carecía de herramientas metodológicas para aplicar esa perspectiva al caso concreto.

Otro de mis miedos fue la inseguridad que me producía ser facilitadora en un taller dirigido a un grupo de servidores públicos que desde mi perspectiva era experto en su trabajo y que además constantemente recibía capacitaciones en temas relacionados con la salud.

También, tenía muchas dudas con relación a cómo llevar a cabo el desarrollo de la sesión que me tocaba facilitar y en encontrar la manera adecuada de transmitir la información para que los participantes identificaran las herramientas que les fueran de utilidad en su práctica de campo con las mujeres.

Afortunadamente hubo elementos catalizadores a mi temor e inseguridad que me permitieron desarrollar mi trabajo favorablemente como el apoyo de mis compañeras promotoras de la salud y el acompañamiento permanente y necesario de la coordinadora del proyecto de prácticas profesionales citada anteriormente, en momentos donde la situación se salía de mi control o no podía aterrizar los temas por diversas circunstancias.

Durante el desarrollo de las sesiones del taller, hubo temas que generaron controversia y no se lograba el objetivo de la sesión. En algunas ocasiones me enfrenté a no saber cómo reestructurar el esquema que tenía planeado en la carta descriptiva cuando se daban este tipo de situaciones.

Lo anterior, se debía a que al trabajar con mujeres que habían tenido un proceso de empoderamiento, que competían entre sí y al mismo tiempo tenían muchas herramientas para debatir cualquier contenido y por ende muchos temas ya los habían trabajado o bien, no les interesaba modificar su percepción para enriquecer los mismos.

Incluso, realizar una práctica desde la pedagogía horizontal fue complicado, pues la mayoría de las colaboradoras del PAICMA esperaban que un experto las dirigiera y no que un grupo de estudiantes que se estaba formando.

Asimismo, tuve dificultades en la comunicación con el personal, por ejemplo, hubo una ocasión en que me dirigí de manera inadecuada, mi impresión era que el grupo traía un conflicto y por eso estaba indisciplinado en la sesión, puse una dinámica de relajación y aunque el grupo estuvo dispuesto a realizarla, más tarde comentaron que no les parecía la forma de dirigirme hacia ellos. Una de las participantes llegó a decirme que le parecía que yo sólo quería escuchar ciertas cosas y dirigirlos hacia un objetivo y lo demás no importaba.

En esa misma sesión se intentaron poner reglas para evitar distracciones, tales como dejar el celular enfrente, lo cual disgustó a los participantes esto se debió a que en la sesión que me correspondía no se establecieron reglas de convivencia desde un inicio, y los partícipes argumentaron que se comunicaban constantemente con sus compañeros de trabajo, y que no teníamos derecho a quitarles sus pertenencias.

Este incidente me llevó a disculparme al inicio de la siguiente sesión para no entorpecer el trabajo de los demás compañeros. Esta experiencia fue también parte del aprendizaje alcanzado durante el proyecto de prácticas profesionales.

En otra ocasión, en una técnica que se llama árbol de objetivos, una de las participantes la conocía muy bien, quiso acelerar el proceso, entonces, me quitó el plumón y se puso a terminar el trabajo colectivo, argumentando que mi forma de llevar la dinámica era lenta y poco objetiva, derivado de lo anterior, no me quedó más que dejar de dar la sesión y que ellos sacaran sus propias conclusiones.

En otro momento, hubo confusión en el desarrollo de una actividad para los participantes debido a que las indicaciones no fueron muy claras de mi parte, finalmente, ellos lograron entablar un diálogo para resolver el caso por su cuenta.

Incluso en el desarrollo de varias sesiones mi práctica pedagógica se redujo a exponer algunos temas debido nuevamente a mi inseguridad frente a los participantes y al dominio del contenido a tratar.

No obstante, de todo lo anterior obtuve un aprendizaje, por ejemplo, tratar de entablar relaciones pedagógicas más horizontales (aprender a escuchar y dar voz a la opinión de los participantes, el eje de la práctica), corregir fallos, mejorar lo que salió bien, aprender a adaptarme a las situaciones de estrés y manejar conflictos de manera asertiva.

También es importante mencionar que todos los inconvenientes mencionados los pudimos resolver colectivamente y con la constante intervención de la profesora, pues siempre estuvo presente en cada una de las sesiones del taller.

Si bien, como ya he mencionado, en algunas ocasiones los participantes del PAICMA indicaron que no les gustaba que los estudiantes facilitaran el taller, me parece fundamental que la coordinadora nos haya abierto éste espacio y permitiera formarnos en este proyecto, por supuesto sin dejar de estar presente, además de invitar a profesores como facilitadores en algunas sesiones, pues sólo de ésta forma es que como estudiantes de promoción de la salud podemos tener una práctica cercana a la realidad y darnos cuenta de lo que necesitamos trabajar y comprender el área de trabajo que ofrece nuestro perfil.

En resumen, lo que me aportó haber participado en un proyecto como éste fue una experiencia muy enriquecedora puesto que logré visualizar y desarrollar habilidades como: aplicar la teoría en la práctica con una comunidad específica con problemas concretos, comprender que en ocasiones lo institucional está por encima de lo que pude hacer un promotor de la salud, por ejemplo; hay temas que no se pueden trabajar muy a fondo por el esquema que los participantes ya traen. O bien los mismos participantes se enfrentan a circunstancias que rebasan la generación o puesta en marcha de alternativas, en el caso del PAICMA, la implementación de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal, que deja

de lado cualquier esfuerzo para mejorar la calidad de atención a las mujeres sujetas de derecho del PAICMA, por parte de los operadores del INMUJERES-DF.

El trabajo en equipo, la resolución de problemas, el pensamiento crítico, la responsabilidad, la comunicación asertiva (en dónde se respeta la opinión de los demás, se busca la crítica constructiva y se evita el conflicto) y bidireccional (en donde existe retroalimentación en relación al aprendizaje por parte del facilitador y los participantes, y existe el debate a partir del conocimiento y experiencias de todos), la empatía, la organización, y la toma de decisiones fueron otras habilidades que identifiqué como importantes para seguir trabajando en ellas. Asimismo, descubrí elementos que me hacen falta desarrollar sobre todo en el trabajo de campo.

Me parece importante señalar que en este proyecto participaron dos compañeros de la licenciatura en comunicación y cultura de la UACM, y su contribución me permitió observar la necesidad de trabajar herramientas metodológicas y pedagógicas en el trabajo con grupos, así como desarrollar habilidades de comunicación que en la licenciatura en promoción de la salud trabajamos muy poco, ejemplo: las asignaturas de Salud Pública II, Epidemiología I y Salud Comunitaria II.

Por lo anterior considero primordial y me gustaría que en la licenciatura se integren herramientas teórico metodológicas, y se lleven a acción al menos en pequeñas prácticas. Asimismo, y aunque depende de los tiempos que se tienen en el semestre, sería importante que los profesores se interesen más por realizar prácticas de campo, enlazando materias, como este proyecto.

Referencias y Bibliografía

Referencias

Libros.

- Fromm, E. (2006). *Ética y Psicoanálisis*. Distrito Federal, México. Editorial: Fondo de Cultura Económica.
- Huertas, R. (1998). *Neoliberalismo y Políticas de Salud*. Madrid, España: Editorial El viejo topo. Fundación de Investigaciones Marxistas.
- Jiménez, M. (2007), *Violencia familiar y violencia de género: Intercambio de experiencias internacionales*. Ciudad de México, México. 1ª edición: Dirección General de Igualdad y Diversidad Sexual. Quinto seminario sobre violencia familiar. Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Mejía J., Marco Raúl. (2008). *La sistematización Empodera y produce saber y conocimiento*. Fe y Alegría Colombia. Ediciones desde abajo ISBN: 978-958-8093-91-8. Medellín, Colombia.
- Ponte, C. 2016. Conceptos fundamentales de la salud a través de la historia reciente (187-196) En: Guzmán, L; Ángulo, A; García, D. Gómez, M. Introducción a la Promoción de la Salud. CDMX, México.
- Hernández, S; Fernández, C; Baptista, M. Capítulo 1. Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias (2-21) En: Metodología de la Investigación. Quinta edición, 2010, McGRAW-HILL- México.
- Wilber, K. (2006). *La conciencia sin fronteras. Aproximaciones de Oriente y Occidente al crecimiento personal*. (M.I, Guastavino, Trans) Barcelona, España: Editorial Kairos. (Trabajo original publicado en 1998).
- Hessel, Stéphane Frédéric. (2017). Resistencia: ¡Indignaos! Vectores de investigación, 12-13(12-13), 105-119. Recuperado en 07 de agosto de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2255-33712017000100105&lng=es&tlng=es.

Libros en versión electrónica.

Federico Copen y Herman Van De Velde Módulo 4 – Curso E-DC-4.1.: Técnicas de Educación Popular abril 2005. Programa de especialización en: Gestión del desarrollo comunitario. CURN / CICAP - Estelí, Nicaragua.PDF

Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. (Tierra Nueva, Ed.) Buenos Aires, Argentina. Editorial: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1972). Versión electrónica disponible en: <https://Fhcv.Files.Wordpress.Com/2014/01/Freire-Pedagogia-Del-Oprimido.Pdf>

Kohan, N. (2006). *Diccionario básico de categorías marxistas*. Recuperado de: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=39201>

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo*. Ginebra, Suiza. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid, España. 23ava edición. Madrid, España. Recuperado de: <http://dle.rae.es/>

Resistencia: ¡Indignaos!

Capítulos de libros.

Carbonell, M. (2009), “El derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos: las observaciones generales de la ONU”, en: Courtis y Ávila (ed.), *La protección judicial de los derechos sociales* (pp.-173-190). Quito, Ecuador 1ra. Edición: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Chapela, M. (2010a), “Cap. 1: Contenidos de poder en la historia de la promoción de la salud”, en: Chapela y Cerda (ed.), *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos* (pp.21-69). Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Chapela, M. (2008), “Cap. 4 ¿Qué promoción de la salud ha fracasado?”, en su: *Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México: seguridad social, servicios, promoción de la salud* (pp.91-109). Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana.

- Chapela, M. C. (2006). "Cap. 14, Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria", En: Jarillo E y Guinsberg E (ed.), *La Salud Colectiva en México. Temas y desafíos...* (pp. 347-373) Diplomado en promoción de la salud. Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Chapela, M. (2010b), "Cap. 5. Diabetes, obesidad, ocultamientos y promoción de la salud", en su: *En el debate: Diabetes en México* (pp.135-163). Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Rebeca, C y Chapela, M (2011), "Cap. 3. Cuerpo Territorio", en: Chapela y Cerda (ed.), *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos* (pp.96-123). Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Restrepo, H. (2002), "Cap. I. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud", en su: *Promoción de la Salud: Como construir vida saludable* (pp.15-24). Bogotá, Colombia. Editorial: Médica Panamericana.
- Ríos, V; Gasca, A y Deneb, I (2008). "Cap. 6. Una metodología para la participación y la acción en la salud urbana. Preguntas para un proyecto", En: Arenas, A; Sosa, N y Corrales A (ed.), *Experiencias de acercamiento comunitario y participación de la población en salud* (pp.-82-95). Morelos, México: INDESOL, INSP y SEDESOL.

Capítulos de libros con versión electrónica.

- Borjas, B, Ortiz, M, Rodríguez, E, Soto, M. (2015) "Capítulo IV. Fundamentación y concepción de la formación". (p. 59-60) En: La formación de educadoras y educadores populares. Una propuesta para la transformación de las prácticas. PDF. ISBN: 978-980-7135-07-8. Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/367453283/La-Formacion-de-Educadoras-y-Educadores-Populares-Una-Propuesta-Para-La-Transformacion>
- Carbonell, M. (2004). "Los derechos fundamentales en la constitución de 1917: Introducción general", En su: *Los derechos fundamentales en México*. (pp.1-65). Distrito Federal, México: Editorial Porrúa. 2da edición. PDF

- Chapela M, Cerda A y González S. (2011). "La salud en México: ayer, hoy y mañana" En: Chapela M y Contreras M. Coord. *La salud en México, Pensar en el Futuro de México, colección Conmemorativa de las Revoluciones Centenarias*. (pp. 11-31). Distrito Federal, México: Editorial Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado de: http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/SS2011_Li_UAM.pdf
- Eisler, R. (1999). *Placer Sagrado Sexo, Mitos y Política del Cuerpo*, (E, Olivos, trad.) Santiago, Chile: Editorial Cuatro Vientos. (Trabajo original publicado en 1999). 2ª Edición, Volumen 1, Recuperado de: <http://libroesoterico.com/biblioteca/Varios/VARIOS%203/29036596-Eisler-Riane-Placer-Sagrado-Vol-I.pdf>
- Ferrajoli, L. (2006). "Igualdad y diferencia", En: Ferrajoli, L y Carbonell, M. *Igualdad y diferencia de género*. (pp. 7-31). Distrito Federal, México: Editorial 2MIRA. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Recuperado de: http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Igualdad%20y%20diferencia%20de%20genero_WEB.pdf
- Foucault, M. (1980). "Cap. 10: Las Relaciones de Poder Penetran en los Cuerpos", En su: *Microfísica del Poder*. (J. Varela y F. Álvarez Trans) (pp. 53-63). Madrid, España: Las Ediciones de La Piqueta (Trabajo original publicado en 1979). Recuperado de: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina39453.pdf>
- Kant, I. (2007). *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. (P.M Rosario, Trans). San Juan, Puerto Rico: Licencia: Creative Commons (Trabajo original publicado en 1785). Primera Edición. Recuperado de: http://pmrb.net/books/kantfund/fund_metaf_costumbres_vD.pdf.
- Montero, M. (2006). "Cap. 1: El poder de la comunidad", En su: *Teoría y práctica de la psicología a comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad*. (pp. 31-57). Buenos Aires, Argentina: 1ª ed. 2003 3ra-reimp: Editorial Paidós. Recuperado de: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-comunitaria/542-teoria-y-practica-de-la-psicologia-comunitaria-la-tension-entre-comunidad-y-sociedad-1o-parte/file>

Rodríguez, L. (2012). El taller: una estrategia para aprender, enseñar e investigar (p. 13-45). En: Rodríguez, M. Cárdenas, A. Calderón, D. Lucía, O. Plantin, C. Soler, S. Muñoz, G. Mejía, M. Vasco, M. Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Bogotá, Colombia. Disponible: <https://www.researchgate.net/publication/299408146>

Publicaciones periódicas (revistas).

American Society of Clinical Oncology. (2016). Efectos secundarios a largo plazo del tratamiento del cáncer. Recuperado de: <http://www.cancer.net/es/sobrevivencia/efectos-secundarios-largo-plazo-del-tratamiento-del-c%C3%A1ncer>

Barrera S, O. (2011). El Cuerpo en Marx, Bourdieu y Foucault. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana. Voces y Contextos*. 6 (11). 121-137. Recuperado de: <http://www.iberomx.com/iberoforum/11/pdf/6.%20BARRERA%20VOCES%20Y%20CONTEXTOS%20%20IBEROFORUM%20NO%2011.pdf>

Begoña, O. (2005). Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28 (2), 19-26. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000400003

Boaventura, S. (1998). Subjetividad Ciudadanía y Emancipación. (Escobar, R. Trad.) *Revista: Cátedra Paralela*, 1 (1), 6-28. Recuperado de: http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00005f001t1.pdf

Álvarez, Á. C. (2008). La etnografía como modelo de investigación en educación. *Gazeta de Antropología*, 24 (1), Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Oviedo. Oviedo, España. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/6998>

Chapela, M. C. (2004). La Universidad-sujeto. Utopía para el reencuentro. *Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*. 41 (0). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34004104>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos-México. (2016). Los principios de

- universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos. Ciudad de México. México. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/documento/los-principios-de-universalidad-interdependencia-indivisibilidad-y-progresividad-de-los>
- Espinosa, H. (2001) Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud: Revista *Facultad Nacional de Salud Pública*. 19 (1) pp. 41-56. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12019104.pdf>
- Fernández, P. J. (2009). La enajenación en la sociedad capitalista. Una aproximación a las tesis de Erich Fromm. *Germinal: Revista de Estudios Libertarios*. 0 (8) pp. 59-86. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3785880>
- Ferrajoli, L. (2006), Sobre los Derechos Fundamentales (M, Carbonell, trad.). *Revista Mexicana de Derecho Constitucional, Cuestiones Constitucionales*, (15), 113-136. (Trabajo original publicado en 2001) Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88501505>
- García, D. (2007). Introducción al enfoque emancipador de la Promoción de la Salud. *Creative Commons*. Recuperado de: <http://www.manantialdenubes.org/archivos/294>
- González, L; Nigenda, G y López, L. (2010). Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro. *Revista Salud Pública de México*. 52 (6) 533-543. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000600009
- Grosfoguel, R. (2011). La descolonización del conocimiento: diálogo crítico entre la visión descolonial de Frantz Fanon y la sociología descolonial de Boaventura de Sousa Santos. *Formas-Otras: Saber, nombrar, narrar, hacer*. 97-108. Recuperado de: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/RAMON%20GROSFOGUEL%20SOBRE%20BOAVENTURA%20Y%20FANON.pdf>
- Gutiérrez, B. M; Vilches, M.A. y Ferri, A.A. Periodista. (2006). Guía técnica operativa para la elaboración, implementación y evaluación participativa de políticas públicas saludables. Organización Panamericana de Salud. Recuperado de:

<http://terceridad.net/PyPS/Por temas/31 Evaluaci%F3n manuales/Gu%EDa Oper Ev PPS OPS.pdf>

- Habermas, J. (2010) El concepto de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos. *Diánoia* 16 (64), 3–25. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/dianoia/v55n64/v55n64a1.pdf>
- Knaul, F. M; Nigenda, G; Lozano, R; Arreola, O. H; Langer, A y Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: Una prioridad apremiante. *Revista Salud Pública de México* 51 (2). 335-344. Recuperado de: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002305
- Kähler, L. Villumsen, M. Holst, M y Falk, P. (2017). La DAAC y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Indicadores Internacionales para la Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad. (Sánchez, C. S, trad.). Recuperado de: https://www.humanrights.dk/sites/humanrights.dk/files/media/dokumenter/udgivelser/aaaq/aaaq-srhr_issue_paper_dihr_2017_spanish.pdf
- Laurell, A. C. (1981), La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25. Recuperado de: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
- López, A. O y López, S. (2012). Retos para la difusión, comunicación y posicionamiento de los determinantes sociales de la salud. En: Urbina, F. M y González B.M. *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. 61-64. Recuperado de: http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/Ss2012_Li_Importancia.pdf
- López, A. O; Escudero, J. y Carmona, L. (2018). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Revista de Medicina Social*. 3 (4). Pp. 323-345. Recuperado de: http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/los_determinantes_sociales_alames.pdf
- Martínez, O. G; Uribe. Z. P y Hernández. A. M (2009). Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 51 (2), 350-360. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800028

Martínez, O; Uribe, P; Hernández, M. (2009). Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Revista Salud Pública de México*. 51 (2). 350-360. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800028

Maza, M y Vecchi, E. (2009). El cáncer de mama en México: evolución, panorama actual y retos de la sociedad civil. *Revista Salud Pública de México* 51 (2). 329-334. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800025

Menéndez, E. (1998). Estilos de vida riesgos y construcción social, conceptos similares y significados diferentes. *Revista de Estudios Sociológicos*, 16 (46), 37-67. Recuperado de:

<http://aleph.academica.mx/jspui/bitstream/56789/24227/1/16-046-1998-0037.pdf>

Naranjo, M. (2006). Evaluación de programas de salud. *Comunidad y Salud*, 4 (2). pp. 34-37. Recuperado de:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740239005>>. ISSN 1690-3293.

Núñez, Carlos Hurtado. (2005). Educación popular: una mirada de conjunto. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. Cátedra Paulo Freire/Guadalajara, México. 12 págs. Disponible en: http://www.infodf.org.mx/escuela/curso_capacitadores/educacion_popular/de_cisio10_saber1.pdf. Consultado por última vez, en 2017.

Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2012). [20 claves para conocer y comprender mejor los derechos humanos](#). Recuperado de:

http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=168&catid=17&Itemid=278.

Organización Mundial de la Salud. (1946) ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

- Organización Panamericana de la Salud. (2000). Módulo de Políticas Públicas SIC Manizales. Recuperado de: <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Manizales/modpoliticas.htm>
- Pautassi, L. (2012). La igualdad en espera: el enfoque de género. *Lecciones y Ensayos*. (89). 279-298. Recuperado de: <http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/lye/revistas/89/pautassi-laura-la-igualdad-en-espera-el-enfoque-de-genero.pdf>
- Quecedo, Rosario; Castaño, Carlos. Introducción a la metodología de investigación cualitativa
- Revista de Psicodidáctica, núm. 14, 2002, pp. 5-39. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Vitoria-Gazteis, España. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>
- Spinelli, H. (2008). La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. En: *Asociación Latinoamericana de Medicina Social*. Taller Latinoamericano sobre Determinantes. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. 50-60. Recuperado de: http://saludyambiente.uasb.edu.ec/images/salud/linea_1/documentos/Documento_Taller_Determinantes_Sociales_Hugo_Spinelli.11.pdf
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, volumen (6), 275-293. Recuperado de: <http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista18/3.pdf>
- Trujillo, G. J y Méndez, G. J. (1995). I Taller sobre la vinculación de la investigación epidemiológica en programas de prevención y control de cáncer. *Salud Pública de México*, 37 (4), 375- 380. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5858/6576>
- Vega, F. L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Revista Salud Pública de México*. 44 (3). 258-265. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000300010
- Villarreal, A.L. (2001). Relaciones de Poder en la Sociedad Patriarcal. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*. 1 (1). 1-18. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44710106>

Vizcarra, F. (2002). Premisas y Conceptos Básicos en la sociología de Pierre Bourdieu. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 8(16), 55-68. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/316/31601604.pdf>

Periódico en línea

Álvarez, S. (2 de octubre de 2014). El impacto financiero del cáncer de mama. *Cnnexpansión*. Recuperado de: <http://www.cnnexpansion.com/mi-dinero/2014/10/01/gasto-catastrofico-padecer-cancer-de-mama>

Gómez, M. C. (22 de abril de 2015). Rechazan falta de insumos para atender cáncer de mama en el Seguro Popular. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/22/sociedad/035n2soc>

Manzo, D (10 de agosto de 2016). Mujeres indígenas, más afectadas por el cáncer. *El Imparcial*. Recuperado de: <http://imparcialoaxaca.mx/istmo/ccQ/mujeres-ind%C3%ADgenas-m%C3%A1s-afectadas-por-el-c%C3%A1ncer>

Méndez, E. (21 de abril de 2014). Preocupante aumento de la dependencia alimentaria de México, informa la UEC. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2014/04/21/politica/011n1pol>

Miranda, J. (13 de agosto de 2016). INEGI: en un año, más de 300 mil se sumaron al empleo informal. *La Jornada*. Recuperado de: <http://jornadabc.mx/tijuana/13-08-2016/inegi-en-un-ano-mas-de-300-mil-se-sumaron-al-empleo-informal>

Mesa editorial Merca2.0. (22 de abril del 2018). Industria farmacéutica en México. *Merca2.0*. Recuperado de: <https://www.merca20.com/industria-farmaceutica-mexico/>

Montes, R. (24.06.2020). Disponibilidad de camas en México cae a la mitad en 10 años. *Milenio*. Recuperado de: <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/disponibilidad-camas-mexico-cae-mitad-10-anos>

Osuna, M. (3 de julio de 2011). Seguro Popular insostenible. *Seminario Conciencia Pública*. Recuperado de: <http://concienciapublica.com.mx/reportaje-especial/seguro-popular-insostenible/>

Por la redacción. (28 de agosto de 2016). Sin pensión, 75% de los adultos mayores en México. *Revista Proceso*. Recuperado de:

<http://www.proceso.com.mx/452633/sin-pension-75-los-adultos-mayores-en-mexico>

Pulido, C. (10 de abril de 2016). 50 mujeres acuden a MUAC por medicamentos. *Agencia Imagen del Golfo*. Recuperado de: <http://imagedelgolfo.mx/resumen.php?id=41153271>

Rodríguez, R. (12 de marzo de 2008). Aqueja cáncer de mama a esposa de ex titular de la SSa. *El Universal*. Recuperado de: <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion/158164.html>

Suárez, C. (18 de diciembre de 2015). Más de 22 millones de personas no tienen acceso al agua en México. *Tercera Vía*. Recuperado de: <http://terceravia.mx/2015/12/mas-de-22-millones-de-personas-no-tienen-acceso-al-agua-en-mexico/>

Informes

Abelino, M; Arias, P; García, M; Hernández, D; Rodríguez, A; Rodríguez, M, (2015). *Anexo del Informe del Programa del taller de capacitación en Promoción de la Salud al personal de INMUJERES-DF que opera el PAICMA. UACM, Ciudad de México. PDF*

Cámara de Diputados LXII Legislatura; Comité del Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género; Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. (2014). *19 de octubre de 2014 día internacional del cáncer de mama*. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/documentos/octubre/CancerMama_2.pdf

Consejo de evaluación del desarrollo social de la Ciudad de México. (2013). *Proyecto de Seguimiento del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA) del Distrito Federal: Capítulo 3. Análisis y evaluación del PAICMA por etapas*. Recuperado de: http://www.evalua.cdmx.gob.mx/docs/estudios/i_aep_inmujeres.pdf

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2015). *Estadísticas a propósito del día mundial del internet*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/internet0.pdf>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2016). *Consulta de mortalidad*. Recuperado de:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2016). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido.*

Recuperado de:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Aguascalientes. (2016). *Estadísticas a Propósito del día Mundial de la Población (11 De Julio).* Recuperado de:

http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/poblacion2016_0.pdf

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2003). *Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México.*

Recuperado de:
http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=132:diagnostico-sobre-la-situacion-de-derechos-humanos-en-mexico-2003&catid=17&Itemid=278

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Cáncer de mama: prevención y control.*

Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index2.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Nota Informativa sobre el cáncer de mama.* Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3400&Itemid=3639

Documentos oficiales

Asamblea Legislativa del Distrito Federal. (21 de enero de 2011). *Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal.* Recuperado de:

<http://www.programassociales.org.mx/sustentos/DistritoFederal799/archivos/LEY%20DE%20ATENCION%20INTEGRAL%20DEL%20CA%20DE%20MAMA%20DF.pdf>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (11 de agosto de 2000)

Observación General 14.-sobre El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 22º período de sesiones. Ginebra Recuperado de:

<http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451>

- Congreso Constituyente de México. (1917), *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Última reforma publicada DOF 07-07-2014. Diario Oficial de la Federación. Querétaro, México. Recuperado de: <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/mx/mx139es.pdf>
- Diario Oficial de la Federación. (2 de enero de 2014). Ley General De Salud. Título Primero. Disposiciones Generales. En: *La agenda de salud.2014*. 10ª edición. Editorial ISEF
- Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (2014). *Programa De Atención Integral De Cáncer De Mama en el Distrito Federal (PAICMA). Modelo de Atención*.
- Naciones Unidas (2018), La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
- Secretaría de Salud de la Ciudad De México. Subdirección de la Unidad de Transparencia y Control de Gestión Documental. Acceso a la Información Pública No. 0108000044519 y 0108000058319 25 de febrero de 2019 Oficio No. SSCDMX/SUTCGD/1035/2019. PDF
- Secretaría de Salud. (12 de diciembre de 2013). Plan Sectorial de Salud 2013-2018. Diario Oficial de la Federación Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- Secretaría de Salud. (22 de enero de 2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
- Secretaría de Salud. (22 de julio de 2015). *Programa de acción específico. Prevención y control del cáncer de la mujer. 2013 – 2018*. Recuperado de: http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/cancerma/ProgAccionCancer.html

Conferencias

[Asociación Latinoamericana de Medicina Social \(ALAMES\)](#). (30 de septiembre al 2 de octubre del 2008). *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*. Universidad Autónoma Metropolitana. Distrito Federal. México. Recuperado de: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2009/04/28/taller-de-determinantes-sociales/>

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Recuperado de: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf

Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado de: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

V Foro Anual de Promoción de la salud Tema: Epistemología de la salud que se llevó a cabo los días 19 y 20 de febrero de 2015 en el plantel San Lorenzo Tezonco de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

Segundo ciclo interdisciplinario: Temas selectos de promoción de la salud: reforma de salud, educación, derecho y medio ambiente, llevado a cabo en el plantel Centro Histórico de la UACM los días 27 de marzo, 24 de abril y 8 de mayo de 2015.

Diplomado de Vida Cotidiana y Salud llevado a cabo del 16 de abril al 24 de septiembre de 2015 en el Centro Cultural Casa Talavera.

V Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES): Contra la violencia y las reformas neoliberales en defensa de la vida digna y la salud, del 15 al 17 de octubre de 2015.

Curso en línea: Promoción de la Salud: Conceptos, Herramientas y Abordajes en mayo de 2016, a través del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS/OMS.

Curso virtual básico sobre Derechos Humanos y Salud en mayo de 2016, a través del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS/OMS.

YouTube

B&B Sistemas Multimediales. (Publicado el 3 dic. 2013). Enrique Saforcada en: *XXVIII Congreso Argentino de Medicina General - Construcción de Ciudadanía y Derecho a la Salud*. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=GvRv3KJWpGE>

Lazos Rosas, S.L. / Pink Ribbons, Inc. [Documental] Publicado el 21 oct. 2013. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=-nIW3C1Pftc>.

Leonard, A. (4 de diciembre de 2007). *La Historia de las Cosas*. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=lrz8FH4PQPU>

National Board of Canadá (productores) y Léa Poll (director). (2011).

Bibliografía

Libros:

Foucault, M. (1976). El Cuerpo de los Condenados. En su: *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*: Siglo Veintiuno Editores Argentina S. A. (pp. 6-30). Buenos Aires, Argentina.

Granda, E. (1999). Salud pública: hacia la ampliación de la razón. En: Briseño, R. *Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Un balance*: Ex-Libris. (pp. 57-71.) Venezuela, Caracas.

Periódico

Gómez, Carolina. (martes 21 de abril de 2015). Desabasto de insumos para cáncer de mama en Seguro Popular. En: *La Jornada*. Distrito Federal. México. Recuperado de: www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/04/21/desabasto-de-insumos-para-cancer-de-mama-en-seguro-popular-2437.html

ANEXOS

Glosario

Política social de salud. - “las políticas públicas saludables tienen especial importancia para la modificación de los determinantes importantes de la salud y el bienestar, generalmente de carácter pluralista, multisectorial y que son diferentes a la política de salud corriente que se refiere fundamentalmente al sistema de atención de la gente enferma” (Restrepo, 2000, p.1).

Programa de salud. - “consiste generalmente en una serie de actividades coherentes, organizadas e integradas destinadas a alcanzar unos objetivos concretos y definidos previamente para mejorar el estado de salud de una población” (Naranjo, 2006, p.33).

Salud. “la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y lograr futuros viables” (Chapela, 2005, p.8). A este concepto sumaremos la perspectiva de derecho, entendiendo así a la salud como un derecho y una capacidad humana.

Promoción de la salud emancipatoria, “acciones encaminadas a potenciar las capacidades humanas que permiten al ser humano esfuerzos liberadores para cambiar sus relaciones con el poder de manera tal que como resultado logre cambiar también las inscripciones en el cuerpo” (Chapela, 2011, p.112).

Empoderar: 1. tr. Hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido. 2. tr. Dar a alguien autoridad, influencia o conocimiento para hacer algo. (Real Academia Española, 2020).

Promoción de la salud Empoderante: “tiene como fin que la gente entienda y reflexione sobre conocimientos construidos y seleccionados por expertos. Mediante la reflexión sobre problemas propuestos, conformados o dirigidos desde el conocimiento experto que tienen que ver con la realidad vivida por el sujeto y la

provisión de conocimiento seleccionado acerca de esos problemas”. (Chapela, 2006, p.19).

Cuadro 1. Estructura general del taller:

Horario	Actividad	Salón	Responsables
Primera sesión martes 28 de abril			
9:45 a 10:00	Registro	UACM-Plantel Centro Histórico. Sala Isóptica, Fray Servando No. 99 tercer piso	Mayra Joselin Abelino Hernández y Patsy Arias Moreno (Estudiantes de la licenciatura en promoción de la salud de la UACM). Dulce Noemí Hernández Arroyo y Francisco Javier Huexotitla Estrella (Estudiantes de la licenciatura en comunicación y cultura de la UACM).
10:00 a 13:00	1. Salud: Concepto y perspectivas empoderantes y emancipatorias 2. Salud y comunicación	UACM-Plantel Centro Histórico. Sala Isóptica, Fray Servando No. 99 tercer piso	Mayra Joselin Abelino Hernández y Patsy Arias Moreno (Estudiantes de la licenciatura en promoción de la salud de la UACM). Dulce Noemí Hernández Arroyo y Francisco Javier Huexotitla Estrella (Estudiantes de la licenciatura en comunicación y cultura de la UACM).

Segunda sesión jueves 30 de abril			
10:00 a 13:00	1. Educación de la salud y emancipación	UACM-Plantel Centro Histórico. Sala Isóptica, Fray Servando No. 99 tercer piso	Lourdes Pérez Guzmán (Profesora investigadora de la UACM).
Tercera sesión martes 5 de mayo			
10:00 a 13:00	1. Derechos Humanos 2. Derecho a la Salud	UACM-Plantel Centro Histórico. Sala Isóptica, Fray Servando No. 99 tercer piso	Karla Ruiz Oscuro (Colaboradora independiente).
Cuarta sesión jueves 7 de mayo			
10:00 a 13:00	1. Estilos de vida: limitantes y alternativas	UACM-Plantel Centro Histórico. Sala Isóptica, Fray Servando No. 99 tercer piso	Guadalupe Berenice Enríquez Vázquez Ana Estela Rodríguez Sánchez Marlene García Estrada (Estudiantes de la licenciatura en promoción de la salud de la UACM).
Quinta sesión martes 12 de mayo			
10:00 a 13:00	1. Aprendizaje basado en la experiencia 10:00-11:30 1. Modelos Pedagógicos: Educación Popular 11:30-13:00	UACM-Plantel Centro Histórico. Sala Isóptica, Fray Servando No. 99 tercer piso	David García Cárdenas María Cecilia Iglesias (Profesores investigadores de la UACM).

Sexta sesión jueves 14 de mayo			
10:00 a 13:00	1. Políticas sociales en salud	UACM-Plantel Centro Histórico. Sala Isóptica, Fray Servando No. 99 tercer piso	Roselia Arminda Rosales Flores (Profesora investigadora de la UACM).
Séptima sesión martes 19 de mayo			
10:00 a 13:00	1. Estrategias pedagógicas: Procesos horizontales de aprendizaje colectivo.	UACM-Plantel Centro Histórico. Sala Isóptica, Fray Servando No. 99 tercer piso	María del Carmen Rodríguez Sánchez (Profesora investigadora de la UACM).
Octava sesión jueves 21 de mayo			
10:00 a 13:00	1.Reconstrucción de experiencias de trabajo 2. Reflexión crítica de las experiencias de trabajo	UACM-Plantel Centro Histórico. Sala Isóptica, Fray Servando No. 99 tercer piso	Guadalupe Berenice Enríquez Vázquez Ana Estela Rodríguez Sánchez Marlene García Estrada (Estudiantes de la licenciatura en promoción de la salud de la UACM).
Novena sesión martes 26 de mayo			

10:00 a 13:00	1. Retroalimentación	UACM-Plantel Centro Histórico. Sala Isóptica, Fray Servando No. 99 tercer piso	Mayra Joselin Abelino Hernández y Patsy Arias Moreno (Estudiantes de la licenciatura en promoción de la salud de la UACM). Dulce Noemí Hernández Arroyo y Francisco Javier Huexotitla Estrella (Estudiantes de la licenciatura en comunicación y cultura de la UACM).
Décima sesión jueves 28 de mayo			
10:00 a 13:00	1. Formulación de alternativas 2. Conclusiones del taller	UACM-Plantel Centro Histórico. Sala Isóptica, Fray Servando No. 99 tercer piso	Guadalupe Berenice Enríquez Vázquez Ana Estela Rodríguez Sánchez Marlene García Estrada (Estudiantes de la licenciatura en promoción de la salud de la UACM).

Fuente: Proporcionado por María del Carmen Rodríguez Sánchez, coordinadora del programa de servicio social y prácticas profesionales: “Promoción de la salud en INMUJERES-DF”, Profesora de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Cuadro 2. Categorías de análisis del trabajo por parte el equipo de la UACM para la entrega del reporte de servicio social y prácticas profesionales.

Actividad	Especificaciones: ¿Para qué?
-----------	------------------------------

Minutas	Se observó la planeación de objetivos y actividades.
Asistencia	Se indagó el interés en el taller, el desenvolvimiento y la participación de los asistentes. Para ello se tomaron como base las relatorías, audios y videos.
Bibliografía	Se revisó la relación de ésta con los temas y si fue pertinente para las sesiones, así como la incorporación de temas de otras disciplinas pertinentes para el PAICMA.
Entrevistas	Se exploró la importancia de conocer el contexto, es decir; lo que hacen las colaboradoras del PAICMA, los aportes desde la promoción de la salud hacia las colaboradoras y viceversa, así como, sus expectativas sobre el trabajo con la UACM. Además, se exploró la parte profunda o humana de las coadyuvadoras, específicamente lo que significaba para ellas trabajar con las mujeres sujetas de derecho del PAICMA, y las problemáticas que enfrentan para realizar su trabajo.
Relatorías	Se examinó si realmente se cumplieron los objetivos planteados, asimismo, se analizó el proceso de aprendizaje, el compromiso de los asistentes y las aportaciones desde la promoción de la salud hacia el PAICMA, así como los aportes del PAICMA hacia la promoción de la salud.

Fuente: Elaboración propia con base en el reporte del programa de servicio social y prácticas profesionales: “Promoción de la salud en INMUJERES-DF”.

Cuadro 3. Formas en que se ve condicionado el trato digno en los diferentes tipos de promoción de la salud.

Promoción de la salud	Tipo de poder que se ejerce	Formas en que se ve condicionado el trato digno
Mercado	Coercitivo	Se puede notar cuando en la publicidad, el médico o el vendedor de farmacia indica que de no comprarse y tomar cierto medicamento o tratamiento el sujeto pagará consecuencias para su salud.
	Informativo	Se presenta cuando no se informa al sujeto sobre las consecuencias que ese producto traerá para su salud, en cambio se exagera la publicidad de sus beneficios.
	Recompensa	Aquí, el sujeto al ser un cliente adquiere un estatus y mientras más acude al médico y compra tratamientos, es considerado como mejor persona. Cuando no consume, el sujeto es negado de la atención médica o bien, excluido de lugares donde se ejerce este tipo de promoción de la salud.
Oficial	Coercitivo	El poder que confiere autoridad al médico o enfermera, es utilizado para “regañar” a sus pacientes (que convertidos en cosas le pertenecen) por no llevar cierto estilo de vida y hasta por enfermar.
	Informativo	Cuando un sujeto visto como paciente desde el momento en que saca una cita para atender alguna patología, el recorrido para éste o cualquier otro trámite suele ser burocrático y depende de quién detente el poder para otorgar el servicio.
Empoderante	Experto	En este caso el poseedor del conocimiento ejerce poder sobre los sujetos vistos como ignorantes.

	Referente	Cuando el sujeto que reconoce al experto como poseedor de conocimiento, hace todo lo que éste le dice sin reflexionar porqué hacerlo, actuando de manera automática.
	Informativo	Se puede dar el caso de que no se dé a conocer información importante para los sujetos, o el resultado del proceso del que fueron partícipes.
Popular	Referente	Cuando ocurre un cambio social si el sujeto a nivel individual sólo actúa porque la mayoría sigue a un líder, puede llegar a atentar con su propia forma de pensar a veces por miedo a ser excluido o porque hizo falta un proceso de autonomía que le permitiera tomar sus propias decisiones a nivel individual
Ciudadana		El ideal de este tipo de promoción de la salud es que los sujetos sean tomadores de decisiones y sean quienes ejerzan el poder.
Emancipatoria		El ideal de este tipo de promoción de la salud es que los sujetos sean tomadores de decisiones y sean quienes ejerzan el poder.

Fuente: Elaboración propia con base en la clasificación de los tipos de promoción de Chapela y la clasificación de algunas formas de poder que realiza Maritza Montero (2006).

Cuadro 4. Presupuesto asignado al PAICMA de 2005 a 2014.

Año	Monto
2005	23 millones 893 milpesos
2006	Sin Datos (cambio de Jefe de Gobierno del Distrito Federal ³²)
2007	50 millones de pesos
2008	42 millones 500 milpesos

³²Se menciona debido a que el cambio de Jefe de Gobierno del antes Distrito Federal, implica un cambio en los programas y presupuestos.

2009	22 millones 500 mil pesos
2010	32,624.30 millones de pesos
2011	38,065.90 millones de pesos
2012	Sin Datos (cambio de Jefe de Gobierno del Distrito Federal)
2013	\$49'544,076.00 millones de pesos
2014	\$49'754,009.00 millones de pesos
2015	Sin datos
2016	Sin datos

Elaboración propia, con base en los datos de la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

Cuadro 5. Presupuesto aprobado, modificado y ejercido para el PAICMA del 2014 al 2018.

Periodo	DENOMINACIÓN	APROBADO	MODIFICADO	EJERCIDO
		(4)	(5)	(6)
Enero-diciembre 2014	Detección de cáncer de mama	49,754.0	136,346.9	61,775.0
	<i>Secretaría de Salud</i>	48,299.0	96,269.9	55,855.6
	<i>Servicios de Salud Pública</i>	1,455.0	40,077.0	5,919.4
Enero-diciembre 2015	Detección de cáncer de mama	54,507.8	75,497.3	47,697.6
	<i>Secretaría de Salud</i>	52,372.8	67,310.9	42,264.0
	<i>Servicios de Salud Pública</i>	2,135.0	8,186.5	5,433.7
Enero-diciembre 2016	Detección de cáncer de mama	54,168.7	40,794.5	38,642.0
	<i>Secretaría de Salud</i>	52,993.7	16,833.8	15,808.3
	<i>Servicios de Salud Pública</i>	1,175.0	23,960.7	22,833.7
Enero-diciembre 2017	Detección de cáncer de mama	56,894.0	72,089.9	59,101.4
	<i>Secretaría de Salud</i>	55,834.0	68,198.1	57,060.4
	<i>Servicios de Salud Pública</i>	1,060.0	3,891.7	2,041.0
Enero-diciembre 2018	Detección de cáncer de mama	76,189.6	83,699.5	41,471.1
	<i>Secretaría de Salud</i>	75,550.4	68,317.6	40,247.1
	<i>Servicios de Salud Pública</i>	639.3	15,381.9	1,224.0

Fuente: Portal de Transparencia de esta Secretaría de Salud de a CDMX. "Detección de cáncer de mama".

<http://data.salud.cdmx.gob.mx/ssdf/portaut/art121f33.php>

Cuadro 6. Mastografías realizadas en Hospitales y MEDIBUSES de la SEDESA del año 2017 al 2018.

Año	Mastografías realizadas en
-----	----------------------------

	Hospitales y MEDIBUSES de la SEDESA
2007	147,217
2008	146,782
2009	174,346
2010	149,868
2011	90,161
2012	101,177
2013	149,171
2014	131,739
2015	121,959
2016	96,374
2017	96,889
2018	73,668

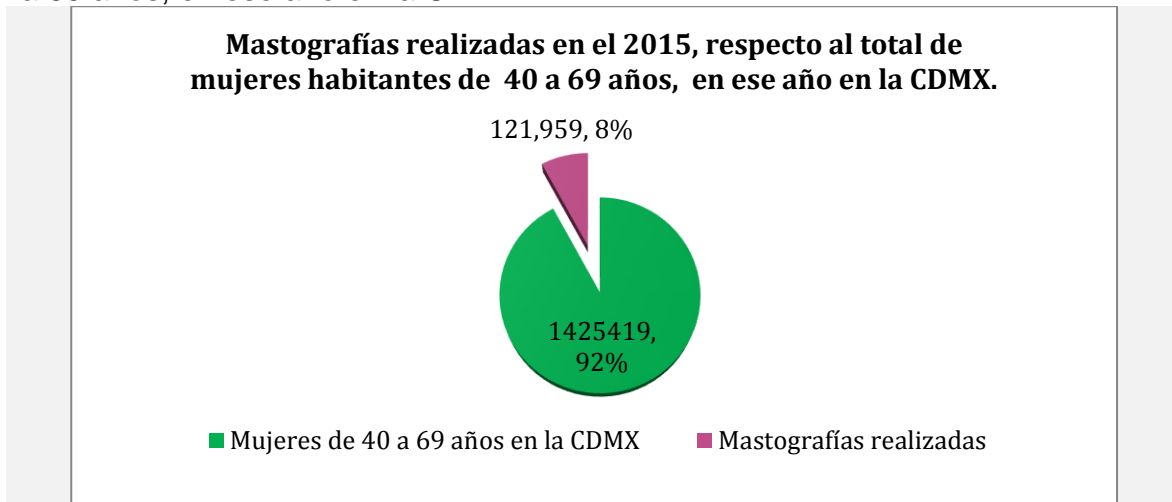
Fuente: Informes mensuales de la Dirección General

Gráfica 1. Mastografías realizadas en Hospitales y MEDIBUSES de la SEDESA.



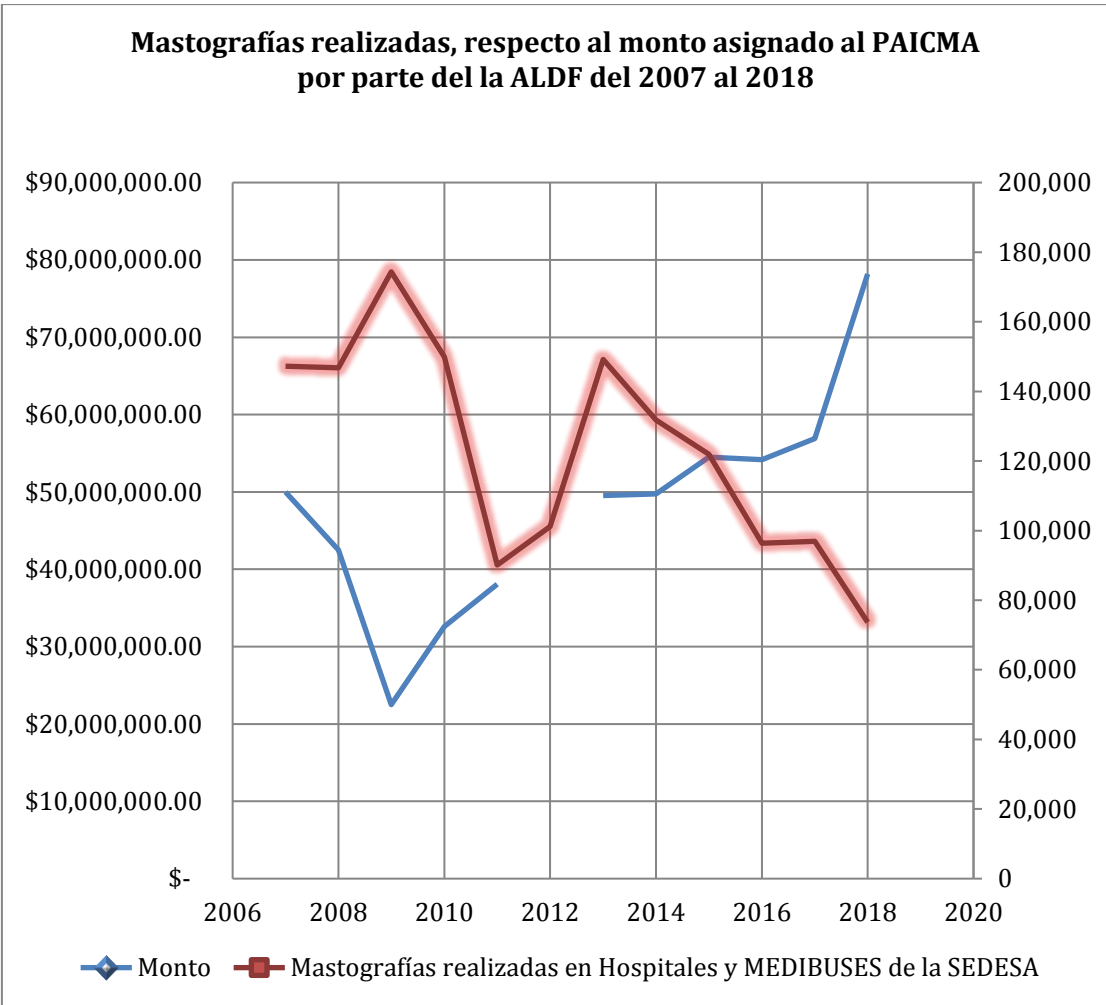
Elaboración propia con base en la consulta a la SEDESA a través del INAI, con números de folio: 0108000044519 y0108000058319.

Gráfica 2. Mastografías realizadas en el 2015, respecto al total de mujeres de 40 a 69 años, en ese año en la CDMX.



Elaboración propia con base en datos del INEGI (<https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?t=0200001000000000&ag=09#D0200001000200000>) y en la consulta a la SEDESA a través del INAI, con números de folio: 0108000044519 y0108000058319.

Gráfica 3. Mastografías realizadas, respecto al presupuesto asignado al PAICMA por parte de la ALDF del 2007 al 2018.



Elaboración propia con base en los datos de la Gaceta Oficial del Distrito Federal, y el portal de Transparencia de esta Secretaría de Salud de a CDMX, sobre: “Detección de cáncer de mama”.

<http://data.salud.cdmx.gob.mx/ssdf/porta/ut/art121f33.php>

Infografía1. Orientación a las mujeres que acuden a las jornadas de mastografía (mediante asesorías, canalizaciones, pláticas, entre otros).

COLABORACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE CÁNCER DE MAMA DEL DISTRITO FEDERAL (PAICMA)

	ADMINISTRACIÓN ANTERIOR	ADMINISTRACIÓN ACTUAL					TOTAL CONSOLIDADO		COMPARATIVO ENTRE ADMIN.
	DIC 2006- DIC 2012	DIC 2012- DIC 2013	DIC 2013- DIC 2014	DIC 2014- DIC 2015	DIC 2015- DIC 2016	DIC 2016- JUL 2017	DIC 2012- DIC 2016	DIC 2012- JUL 2017	PCT. DE AVANCE DE LA ACTUAL (JULIO 2017) RESPECTO DE LA ANTERIOR
Orientación a las mujeres que acuden a las jornadas de mastografía [mediante asesorías, canalizaciones, pláticas, entre otros] A/									
Mujeres	124,222	46,445	30,718	37,184	17,341	13,253	131,688	144,941	116.68%
Hombres	1,995	0	0	113	16	9	129	138	6.92%
Personas atendidas	126,217	46,445	30,718	37,297	17,357	13,262	131,817	145,079	114.94%

A/ De conformidad con la Ley del Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama del DF y en coordinación con la Secretaría de Salud de la CDMX (SEDESA), se proporciona a las mujeres información acerca del procedimiento y requisitos para realizarse el estudio, su derecho a la salud y una cultura de autocuidado.

Fuente: Quinto informe de gobierno de la Ciudad De México. 2016-2017. Septiembre de 2017. Disponible en:

<https://transparencia.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a0/202/763/5a0202763d3e5410465405.pdf> Página 57

Infografía 2. Apoyos, asesorías y/o terapias psicológicas a mujeres con resultado sospechoso, positivo y/o que se sometieron intervenidas quirúrgicamente y/o sus familiares.

	ADMINISTRACIÓN ANTERIOR	ADMINISTRACIÓN ACTUAL					TOTAL CONSOLIDADO		COMPARATIVO ENTRE ADMIN.
	DIC 2006- DIC 2012	DIC 2012- DIC 2013	DIC 2013- DIC 2014	DIC 2014- DIC 2015	DIC 2015- DIC 2016	DIC 2016- JUL 2017	DIC 2012- DIC 2016	DIC 2012- JUL 2017	PCT. DE AVANCE DE LA ACTUAL (JULIO 2017) RESPECTO DE LA ANTERIOR
Apoyos, asesorías y/o terapias psicológicas a mujeres con resultado sospechoso, positivo y/o que se sometieron intervenidas quirúrgicamente y/o sus familiares.									
Mujeres	6,771	1,832	1,463	324	284	171	3,903	4,074	60.17%
Hombres	17	0	1	4	5	49	10	59	347.06%
Personas atendidas	6,788	1,832	1,464	328	289	220	3,913	4,133	60.89%

Fuente: Quinto informe de gobierno de la Ciudad De México. 2016-2017. Septiembre de 2017. Disponible en:

<https://transparencia.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a0/202/763/5a0202763d3e5410465405.pdf> Página 57

Infografía 3. Dotación de aditamentos de rehabilitación y reconstrucción mamaria B/a mujeres de escasos recursos.

	ADMINISTRACIÓN ANTERIOR	ADMINISTRACIÓN ACTUAL						COMPARATIVO ENTRE ADMIN.	
	DIC 2006- DIC 2012	DIC 2012- DIC 2013	DIC 2013- DIC 2014	DIC 2014- DIC 2015	DIC 2015- DIC 2016	DIC 2016- JUL 2017	TOTAL CONSOLIDADO		PCT. DE AVANCE DE LA ACTUAL (JULIO 2017) RESPECTO DE LA ANTERIOR
Dotación de aditamentos de rehabilitación y reconstrucción mamariaB/ a mujeres de escasos recursos.									
Aditamentos	1,001	0	180	336	374	0	890	890	88.91%
Reconstrucciones	8	0	0	4	40	0	44	44	550.00%
Mujeres atendidas	322	0	125	160	204	0	489	489	151.86%

B/ Según el diagnóstico y necesidad de la mujer beneficiada se le otorgó: 1) Uno o más aditamentos de rehabilitación: mangas de compresión para prevenir el linfedema, prótesis mamarias, brassieres y pelucas; y 2) Material necesario para la reconstrucción mamaria: implantes mamarios anatómicos, sutura absorbible y no absorbible, drenajes, puntas de electrocauterio, malla de polipropileno, lápiz de electrocauterio, expansores mamarios anatómicos, fajas y brassieres de compresión grado médico post operatorio. Fuente: Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, Cuentas Públicas de 2008 a 2016, Informes Sustantivos de Actividades del mismo periodo y Libros Blancos de 2006 a 2012.

Fuente: Quinto informe de gobierno de la Ciudad De México. 2016-2017. Septiembre de 2017. Disponible en: <https://transparencia.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a0/202/763/5a0202763d3e5410465405.pdf> Página 57

Gráfica 4. Defunciones de mujeres por tumor maligno de la mama en la Ciudad de México.



Fuente: INEGI. Estadísticas de Mortalidad. Disponibles en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=75ada3fe-1e52-41b3-bf27-4cda26e957a7&db=Mortalidad&px=Mortalidad_05