

Género y Salud en Cifras

Vol. 4, no. 2

Mayo - Agosto 2006



PRESENTACIÓN

La transversalidad de la influencia del género en la salud de individuos y poblaciones, así como en la dinámica organizacional de las instituciones de atención a la salud es cada vez más evidente. Mejorar la salud de las poblaciones y la calidad de los servicios de salud que se prestan con este fin requiere de manera ineludible la incorporación de la perspectiva de género, como una herramienta que permite comprender, junto con el análisis de otras dimensiones de orden social, los mecanismos culturales que contribuyen a la pérdida o conservación de la salud y, por lo tanto, debe tomarse en cuenta en el diseño de programas y servicios de salud.

En este número de *Género y Salud en Cifras* se aborda el impacto de las construcciones de género en aspectos tan diversos como el consumo de alcohol, la relación de las mujeres con su propio cuerpo, la posibilidad diferenciada de hombres y mujeres de apropiarse de la información científica y de la tecnología a partir de su experiencia de género o, bien, la calidad de la atención vista por representantes de grupos tradicionalmente discriminados socialmente. Estamos seguros de que el material incluido ofrecerá oportunidades de reflexión y análisis para los interesados en los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención y las estrategias para modificar su curso.

En el artículo sobre abuso en el consumo de alcohol en hombres y mujeres, Guido-García y colaboradores presentan los resultados de una investigación llevada a cabo con el objetivo de explicar el abuso

CONTENIDO

Abuso en el consumo de alcohol en hombres y mujeres: articulación teórica y prueba empírica de un modelo explicativo

Priscila Guido García, Alejandro Mújica Sarmiento, Fabiola Gloria Florencio

3

El cuerpo femenino como lugar de encuentro entre el cáncer de mama y la subjetividad de las mujeres: pensando la educación para la salud

Verónica Ortega Altamirano, Ofelia Poblano Verástegui

8

Información y Educación para la equidad de género

Carmen García Colorado, Rosa María Irigoyen Camacho, Antonia Llorens Cruset, Esther Ramírez Godoy, Alma Silvia Díaz Escoto

16

Jerarquía laboral y género en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Héctor Gómez Dantés, José Luis Vázquez

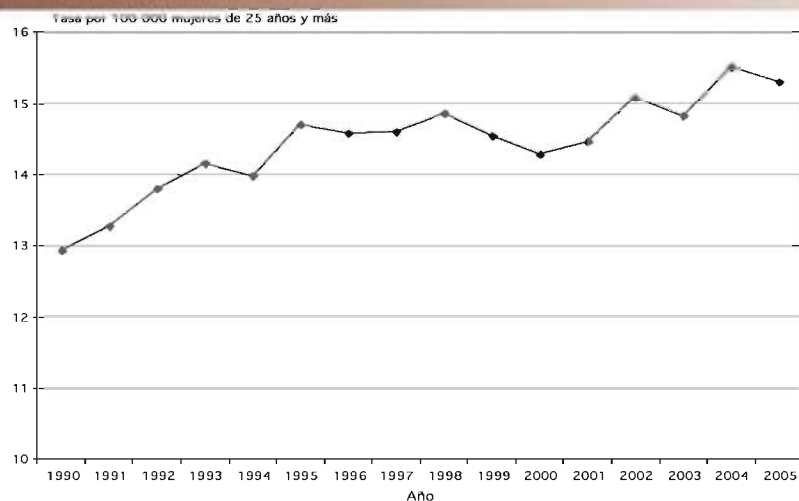
21

Seguridad del Paciente. Una disciplina necesaria

Evangelina Vázquez C

27

Mortalidad por cáncer de mama, 1990-2005



Fuente: Base de datos de defunciones 1990-2005. INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.

La tendencia en la tasa de mortalidad por cáncer de mama es ascendente, sin embargo se expresa un descenso del valor para 2005 en comparación con 2004.



Secretaría de Salud
Boletín Género y Salud
en Cifras

Directorio

Secretario de Salud
Dr. Julio Frenk Mora

Consejo Directivo
Dra. Patricia Uribe Zúñiga
Dr. Rafael Lozano Ascencio
Aurora del Río Zolezzi

Comité Editorial
Héctor Ávila Rosas
Ma. Beatriz Duarte Gómez
Sonia Fernández Cantón
Javier Hidrovo Velandia
Ma. de la Paz López Barajas
Ma. Isabel Monterrubio Gómez
Gustavo Olaiz Fernández
Laura Pedrosa Islas
Blanca Rico Galindo
Raffaella Schiavon Ermani
Ivonne Szasz Pianta
Margarita Velázquez Gutiérrez

Editor
Alonso Restrepo

Secretaría técnica
Magda Luz Atrian Salazar

Género y Salud en Cifras es una publicación cuatrimestral editada y distribuida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Dirección General de Información en Salud, de la Secretaría de Salud.

El tiraje consta de 2 000 ejemplares y fue impreso por Gráfica, Creatividad y Diseño, Plutarco Elías Calles # 1 321-A, Col. Miravalle, Delegación Benito Juárez, 03580 México, DF. Este número se terminó de imprimir en enero de 2007.

SEP-INDAUTOR
ISSN 1870 - 51 46
DIRECCIÓN DE RESERVAS DE DERECHOS
Licitud de Título: En trámite, con el folio
04-2006-062612483500-01

Los materiales publicados son responsabilidad de sus autores.

Comentarios y correspondencia
Escribir a: mlatrian@salud.gob.mx
Reforma 450, piso 4, colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc,
06600 México, DF.
Tel: 01(55) 55 14 52 38, 55 14 59 64, 52 03 32 22
extensión 1058.

en el consumo de alcohol en adolescentes de entre 15 y 17 años de edad, de una preparatoria del Estado de México. Concluyen que, mayoritariamente, las mujeres beben por presión e influencia de sus pares y los hombres, porque creen que pueden hacerlo.

En el trabajo "El cuerpo femenino como lugar de encuentro entre el cáncer de mama y la subjetividad de las mujeres: pensando la educación para la salud", Doris Ortega Altamirano y Ofelia Poblano Verástegui comparten sus reflexiones sobre la experiencia de indagar en la subjetividad de las mujeres sanas en edad reproductiva respecto al cuerpo "para otros", y plantean la necesidad de educar en cáncer con una visión del cuerpo femenino para sí, en respuesta a la tendencia epidemiológica actual de ese padecimiento en México.

Por otra parte, en "Información y educación para la equidad de género", García-Colorado y colaboradoras reflexionan sobre la ambigüedad del concepto sociedad de la información —o del conocimiento— y sobre las inequidades en el uso de las nuevas tecnologías, reflejo de desigualdades económicas y sociales más profundas. Sostienen que el acceso real a la información, es decir, la posibilidad de descifrar los contenidos, se hace desde la formación de cada persona, que es resultado de largos procesos de educación en la familia, la escuela y el ambiente social. Consideran que es posible establecer nichos de información específicos de género en función de necesidades particulares y diferentes niveles de conciencia, pero que para la apropiación del conocimiento y la transformación de los esquemas de género se requiere del concurso de la educación en su más amplio sentido social.

El Modelo de equidad de género MEG:2003 (del Instituto Nacional de las Mujeres) plantea, en su segunda línea de acción sobre cargos y estructura, "la identificación, en la plantilla de personal, de la baja o nula participación de algún sexo en algunos cargos". Atendiendo a esa recomendación, el Instituto Mexicano del Seguro Social exploró su estructura laboral desde una perspectiva de género y, en el trabajo "Jerarquía laboral y género en el Instituto Mexicano del Seguro Social", Gómez Dantés y colaboradores describen la distribución de las posiciones directivas entre hombres y mujeres de esa institución.

En los últimos años ha aparecido una gran inquietud respecto a un problema tabú —los errores médicos—; aunque el tema ya se ha tratado de forma que entusiasma a las noticias sensacionalistas, recientemente ha sido abordado de manera constructiva, positiva, sin sensacionalismo y sin culpas por pacientes, médicos y organismos como la Organización Mundial de la Salud, la cual ha creado la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Alianza ha reclutado a pacientes de todo el mundo, quienes, a partir de haber sufrido un daño por error médico, han colaborado para evitarlos. El ensayo "Seguridad del Paciente. Una disciplina necesaria" se debe a la pluma de una de las cinco mujeres de entre los 24 pacientes elegidos para el primer Taller de Pacientes en Defensa de su Seguridad, que luchan por el derecho a la Salud Materno-Infantil. La Declaración de Londres muestra el mensaje no sólo de algunos pacientes, sino la voz de aquellos pertenecientes a los grupos discriminados y que sufren de inequidad en la atención a la salud.

Por último, en la sección fija *Para Descifrar*, observarán la tendencia francamente ascendente de la tasa de mortalidad por cáncer de mama, en los últimos 15 años, en nuestro país.

Patricia Uribe Zúñiga

Directora General

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Secretaría de Salud, México



Abuso en el consumo de alcohol en hombres y mujeres: articulación teórica y prueba empírica de un modelo explicativo

Priscila Guido García, Psicóloga social,¹ Alejandro Mújica Sarmiento, Psicólogo social,¹
Fabiola Gloria Florencio, Psicóloga social.¹

Seminario Kurt Lewin

¹Universidad Autónoma Metropolitana -Iztapalapa, Ciudad de México, Distrito Federal, México

Los acontecimientos del mundo actual ofrecen un panorama sumamente preocupante y abrumador para cualquiera que dé un vistazo a su entorno. Este clima de peligro donde encontramos todos los días injusticia, inseguridad, pobreza, violencia, incertidumbre por el porvenir, etcétera, afecta de manera ineludible tanto a las personas que muestran interés, como a las que manifiestan una postura de indiferencia. Uno de los sectores de la población que se encuentra más propenso a los efectos de dichos acontecimientos es el de adolescentes. La crisis de identidad, las definiciones poco precisas acerca de su destino se reflejan constantemente en varios aspectos de su conducta. Son momentos en los que van a encontrarse con nuevas situaciones que les ofrecerán la posibilidad incurrir en diversas conductas de riesgo.¹ El consumo de alcohol es un claro ejemplo de la búsqueda de experiencias nuevas por parte de los y de las jóvenes. La prevalencia de bebidas alcohólicas en diferentes ámbitos del contexto social de la juventud como en los centros de reunión (fiestas), se ha convertido en algo habitual, y aunque los y las adolescentes de menor edad lo perciban como algo nuevo y prohibido, conforme pasa el tiempo y conviviendo dentro del grupo puede modificarse esta percepción aceptando y adoptando la conducta de sus pares bebedores.

Las razones de incidencia sobre el consumo de bebidas alcohólicas por parte de adolescentes son diversas, destacándose; conflictos familiares, dificultades para vincularse con amigos y compañeros, curiosidad por experimentar nuevas sensaciones, atracción por la conductas desafiantes, etcétera;² todas estas razones se deben básicamente a que algunos y algunas adolescentes buscan un estado “fuera de sí” que les permita salir de esa situación o estado de ánimo, siendo el alcohol esa forma de evasión.

Actualmente se estima que la incidencia en esta conducta de riesgo para la población adolescente mexicana va en incremento. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones³ 35% de adolescentes entre 12 y 17 años de edad de la zona urbana consumen alcohol. De ese porcentaje de consumidores, se considera que 60% de los hombres y 30% de las mujeres lo ingieren en demasía (cinco copas o más en una sola ocasión), llegando incluso a estado de ebriedad. Con el paso del tiempo se ha equiparado su consumo; se estima una relación de 1.4 varones por cada mujer,^{3,4} el alcoholismo, regularmente, se considera más como un mal moral que como un problema de salud. La mayoría

de los estudios al respecto se han realizado con hombres, olvidando que cada día existen más mujeres con esta enfermedad.

De acuerdo con la Asociación Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos,⁵ entre 1998 y 2002 se observó un aumento en el número de bebedoras moderadas altas de 2.6 a 3.7%, y las tendencias en los niveles de consumo de bebidas embriagantes entre la población de mujeres jóvenes en el mismo periodo fue de 18 a 25 %.

Considerado uno de los temas más investigados, principalmente por el interés de conocer cuáles son los factores que determinan su incidencia, el consumo de alcohol actualmente prevalece como objeto de estudio de diferentes disciplinas.

En Psicología Social, una herramienta usual en la explicación y predicción del comportamiento humano, incluyendo esta conducta de riesgo, es la Teoría de la Conducta Planeada.^{6,7} Este modelo es considerado la continuación directa de la Teoría de la Acción Razonada (TAR),⁸ la cual afirma que la intención de realizar determinada conducta, entendida como la representación cognitiva de la disposición de una persona para la realización de una conducta (“*La próxima vez que me reúna con mis amigos/as voy a tomar gran cantidad de bebidas alcohólicas*”), funge como la variable inmediata que antecede a la conducta mostrada. La intención se sustenta en dos constructos: el primero, cognitivo, la actitud hacia la conducta, y el otro, sobre percepción social, la norma subjetiva. La actitud hacia la conducta es la evaluación positiva o negativa hacia ésta (“*Tomar en exceso bebidas alcohólicas es: desagradable / placentero*”); la norma subjetiva es la percepción personal de la presión social de las personas importantes para el individuo (los “otros” significativos) sobre la realización de una conducta (“*Mis amigos/as creen que seré más atractiva/ si tomo alcohol en la próxima fiesta*”).

Varias críticas se han imputado a esta teoría, pero dos son especialmente importantes. La primera de ellas consiste en que los componentes de la TAR son predictores insuficientes y limitados de la conducta voluntaria.⁹ Y la segunda es el restringido conjunto de conductas que pueden ser explicadas, pues se limita sólo a las voluntarias —las que están bajo el control del individuo—. ^{9,10} Y es que la TAR deja fuera de su alcance a todas aquellas conductas en





las que el actor social posee poco o nulo control para su desempeño o en las que se necesita de ciertas habilidades y que su carencia puede influir en la intención de realizar una conducta (por ejemplo, bajar de peso).⁹ Esto llevó a que este modelo evolucionara e incluyera una nueva variable. Su desarrollo es continuado por Ajzen, quien en la Teoría de la Conducta Planeada (TCP)^{6,7} añade otro constructo como antecedente tanto de la intención conductual como del comportamiento: el control percibido —percepción del control que se tiene sobre la realización de una conducta (*“Tengo el control sobre la cantidad de alcohol que tomaré en la próxima fiesta”*)—. En un meta-análisis¹¹ se indica que la TCP provee un buen grado de explicación de la **intención**, entre 39 y 42% de la varianza, mientras que si además se incluye la variable “control percibido” el modelo sólo predice entre 28 y 34% de la varianza conductual; es decir, queda un margen mayor de la conducta que no se explica a partir de las variables incluidas.

Así, investigadores como Bentler¹² afirman que la varianza residual en la conducta se debe a que la TCP omite variables importantes para el desarrollo y explicación conductual y, por lo tanto, se sugiere que al añadir variables pertinentes al modelo se obtendría más información de los distintos aspectos de la conducta, y una predicción más precisa.^{10,13} Kerlinger¹⁴ afirma que los investigadores deben estar plenamente conscientes de la naturaleza multivariable de la explicación conductual. En lugar de decir si p entonces q, generalmente ayudará más a los estudios sobre conducta decir si p₁, p₂, p₃,..., p_n, entonces q. El mismo Ajzen¹⁵ considera que la inclusión de variables adicionales en la ecuación de la TCP, como la medida de la autoidentidad, puede explicar mejor la predictibilidad en el uso de marihuana, por ejemplo.

Otros estudios ha demostrado la mejoría de la explicación de la conducta con la adición de normas personales o morales. Cabe señalar que se considera que la inserción de medidas de rasgos de la personali-

dad también mejora la predicción conductual. Así pues, en este estudio se propone un modelo teórico articulador que incluye dos variables adicionales en la TCP que representan dicha situación. Primero, el autoconcepto social, variable psicosocial que por mucho tiempo ha manifestado su papel regulador en los procesos interpersonales, así como en la conducta, considerado como un sistema complejo y dinámico de creencias, cada una con su valor propio, que un individuo mantiene acerca de sí mismo, acerca de su entorno social¹⁶ (*“Mis amigos/as me estiman por ser como soy”*). Y en segundo lugar, la extroversión, rasgo de la personalidad que en investigaciones anteriores ha expresado su influencia en constructos predictores del consumo de sustancias adictivas —por ejemplo, la búsqueda de sensaciones—. Esta variable, que alude al comportamiento interpersonal, parece estar definida por la facilidad de experimentar emociones positivas (ser muy cariñoso), ser vigoroso y tener mucha energía (*“Hago amigos con facilidad”*).

El modelo explicativo que se presenta implica que la intención hacia el consumo de alcohol en adolescentes no sólo depende de la actitud, la norma subjetiva y el control percibido, sino que, además, puede ser el resultado del autoconcepto social y de la extroversión (probable predictor de este consumo).

Objetivos

- Integrar el autoconcepto social, la extroversión y los elementos de la teoría de la conducta planeada en un modelo articulador, para explicar el abuso del consumo de alcohol en adolescentes de entre 15 y 17 años de edad, de una preparatoria del Estado de México.

- Identificar los factores que determinan el abuso en el consumo de alcohol, según el sexo de los adolescentes que participaron en el estudio.

Hipótesis. Es posible integrar el autoconcepto social, la extroversión y los elementos de la teoría de la conducta planeada en un modelo articulador, para explicar el abuso en el consumo de alcohol en adolescentes de entre 15 y 17 años de edad, de una preparatoria del Estado de México.

Participantes

La muestra no aleatoria (sujetos que participaron voluntariamente) estuvo constituida por





309 adolescentes, 189 mujeres (61.2%) y 104 hombres (33.7%). Se aplicó el instrumento a estudiantes de cinco grupos de 1^{er} año y a dos de 2^{do} año de preparatoria. La media de edad de los participantes fue de 15.38 años, con un rango de 15 a 17 años.

Instrumento

Con el objetivo de detectar debilidades en el cuestionario, se realizó una prueba piloto a 30 adolescentes (sujetos-tipo). Posteriormente, se realizaron los ajustes apropiados para obtener la versión definitiva del instrumento "Opinión sobre las actividades juveniles", conformado por 119 reactivos clasificados en cinco categorías: autoconcepto-personalidad, 61 reactivos tipo Likert, con opciones de respuesta entre 4 (totalmente cierto) y 1 (totalmente falso); consumo de alcohol (17 reactivos); variables de la TCP, 14 reactivos tipo Likert, con opciones de respuesta entre 1 (totalmente cierto) y 5 (totalmente falso); un diferencial semántico para medir la actitud hacia el consumo de alcohol (ocho reactivos), y una sección de datos sociodemográficos (19 reactivos).

Procedimiento

La aplicación del cuestionario fue en población cautiva dentro de las instalaciones de la preparatoria, previa autorización de los directivos, donde los y las estudiantes fueron encuestados en sus aulas. Se enfatizó el hecho de que no existían respuestas buenas ni malas y que la información que proporcionarían sería utilizada, sólo para fines de la investigación, de manera anónima y confidencial.

Análisis

Se efectuaron análisis de regresión múltiple con el método *Stepwise*, con la finalidad de conocer cuáles factores determinan el consumo de alcohol en adolescentes.

Resultados

Se realizaron las regresiones correspondientes a la teoría de la conducta planeada (TCP), respecto al consumo de alcohol (frecuencia de consumo en el último mes de cinco o más copas de alcohol en una sola ocasión) primero para las mujeres y posteriormente para los hombres de la muestra.

Se corrió una regresión para conocer la influencia de la norma subjetiva, la actitud y el control percibido sobre la intención de las adolescentes para consumir alcohol. Así pues, se presentó una $R^2=.258$, $[F(1,169)=29.034 p<0.001]$, quedando como variables explicativas, *la norma subjetiva negativa* y *la actitud*. Asimismo, se realizó un análisis para conocer el efecto de la intención y el control percibido sobre el consumo de alcohol en las mujeres. Los resultados presentaron una $R^2=0.119$, $[F(1,114)=15.2624 p<0.001]$, únicamente el *control percibido* manifestó impacto explicativo. A continuación se presenta la figura 1 correspondiente a esta serie de relaciones de influencia basadas en la TCP para las adolescentes:

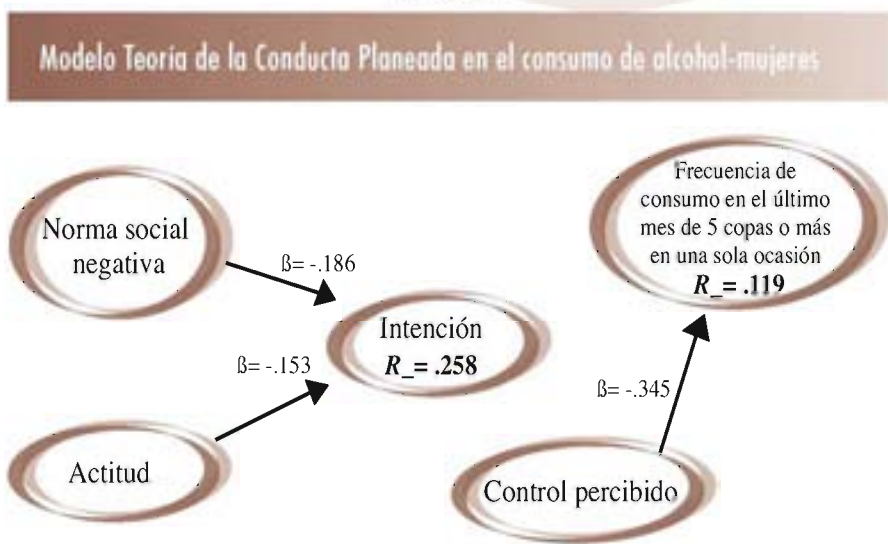
Como se puede observar, no se manifestó ninguna influencia de la intención. Por ello, se incluyó a las variables *autoconcepto social* y *extroversión*, como posibles constructos explicativos de la conducta y que, a su vez, pudieran proveer un mejor grado de predictibilidad sobre la intención.

Por tanto, se corrió un análisis para conocer la influencia de los elementos del modelo de la conducta planeada (actitud, norma subjetiva y control percibido), el autoconcepto social, y la extroversión, sin la mediación de la intención, sobre la intención y el consumo de alcohol. Ahora bien, los resultados indicaron las mismas variables de impacto sobre la intención que figuraron en la figura 1. Sin embargo, para la frecuencia de consumo se presentó una $R^2=.151$, $[F(1,104)=5.990 p<0.001]$, quedando como

Referencias

- ¹ Balaguer I, Pastor Y. Un estudio acerca de la relación entre autoconcepto y los estilos de vida en la adolescencia. Valencia, España: Universidad Miguel Hernández; 2001. Disponible en: <http://psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/56/>. [2004 mayo 15].
- ² McKinney J. Psicología del desarrollo. Edad adolescente. Guía para padres e hijos. México, DF: El Manual Moderno; 1982.
- ³ Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002). México, DF: SSA; 2002.
- ⁴ Pacheco C. Las mujeres y el abuso de alcohol. Disponible en: <http://www.unam.mx/rompan/69/rf69art4.html>. [200 Junio 30].
- ⁵ Asociación Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos. Alertan sobre incremento de consumo de bebidas alcohólicas en mujeres. Disponible en: http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_nota=131239. [2006 junio 30].
- ⁶ Ajzen I. From intentions to actions: A theory of the planned behavior. En: Kuhl J, Beckmann J, Ed. *Action control: From cognition to behavior*. Nueva York: Springer-Verlag; 1985:11-39.
- ⁷ Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1994;50:179-211.

FIGURA 1





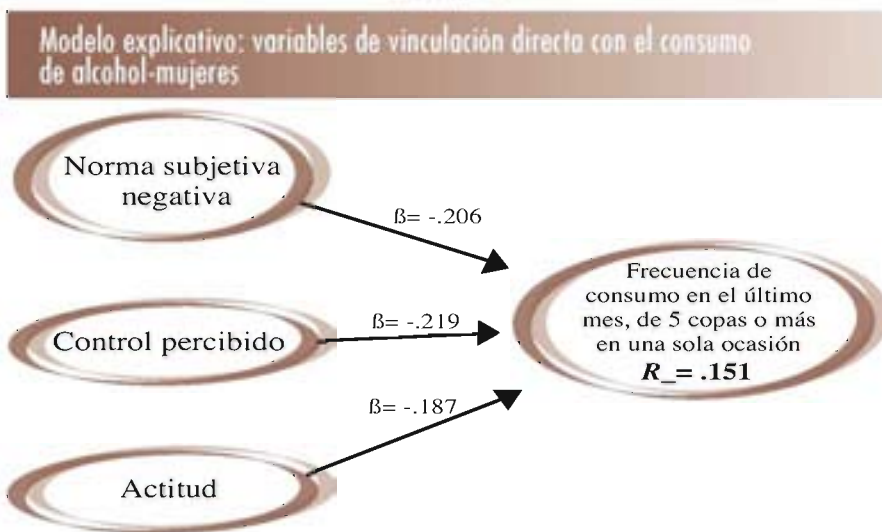
variables de influencia *la norma subjetiva negativa, el control percibido y la actitud* (figura 2).

Para el caso de los hombres, igualmente se realizaron análisis de regresión múltiple, con la finalidad de conocer qué variables influyen en el consumo de alcohol por parte de adolescentes, basado en los constructos y la lógica de la TCP. Para el caso de la intención, se expresa una $R^2=.304$, [F (1,87)= 15.560 $p<0.001$], quedando como variables explicativas *la norma subjetiva negativa y la norma subjetiva positiva*. Asimismo, se realizó un análisis para conocer el

efecto de la intención y el control percibido sobre el consumo de alcohol en los hombres. Los resultados presentaron una $R^2=.280$, [F (1,56)= 10.511 $p<0.001$], manifestando el *control percibido y la intención* impacto explicativo. La figura 3 expresa dichas relaciones de influencia

Si bien, la intención y el control percibido figuraron como variables de influencia en el consumo de alcohol en los adolescentes, nuevamente se optó por integrar las variables adicionales al modelo de la TCP, sin la mediación de la intención, con la finalidad de conocer el efecto que podría tener esta inserción, en el nivel de explicación conductual.

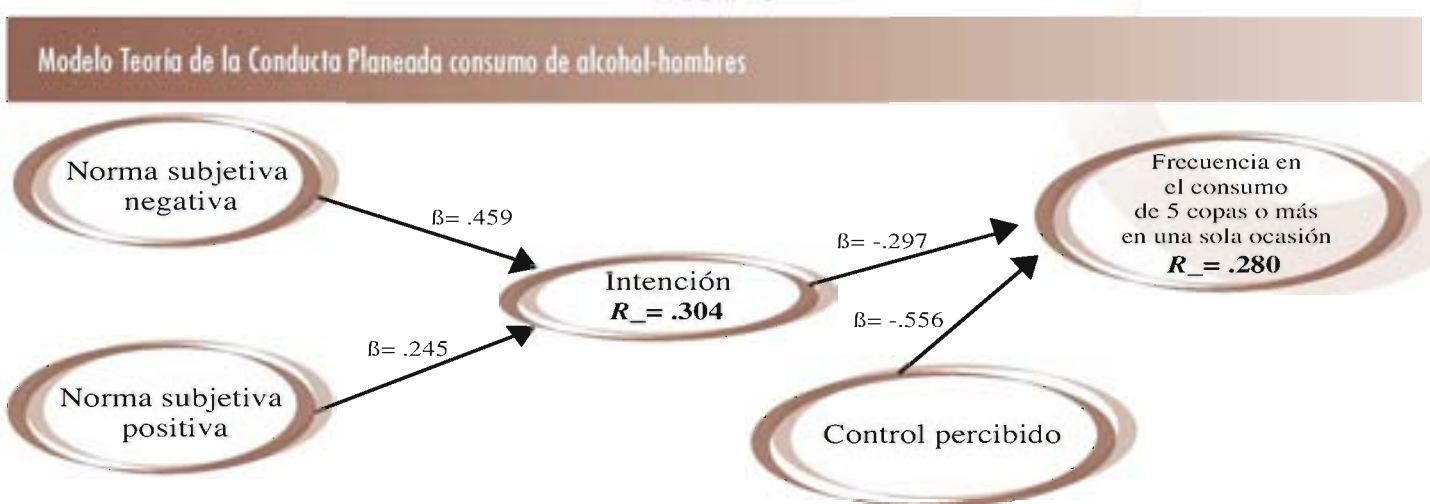
FIGURA 2



Los resultados indicaron las mismas variables de impacto en la intención que figuraron en la figura 3. No obstante, para la conducta se presentó una $R^2= .373$, [F (1,43)= 7.925 $p<0.001$], quedando como variables de influencia el *control percibido, la norma subjetiva negativa y la extroversión* (figura 4).

Ahora bien, de los resultados anteriores podemos apreciar el considerable aumento del nivel de explicación en el consumo de alcohol, tanto para hombres como para mujeres. Empero, se presenta en mayor medida en el caso de los hombres, en comparación con las mujeres.

FIGURA 3



Discusión

Recordando, la hipótesis general hacía referencia a la posibilidad de integración del autoconcepto social, la extroversión y los

elementos de la TCP en un modelo articulatorio para las mujeres y otro para los hombres, que permitiera explicar en mayor medida el abuso del consumo de alcohol en la





FIGURA 4



adolescencia media. Ahora bien, comprobamos en los resultados tal suposición.

En el modelo de la TCP como tal para explicar este tipo de consumo en las mujeres, solamente el control percibido se presentó como variable explicativa y si bien para los hombres, tanto la intención como el control percibido, figuraron en el modelo, fue innegable la considerable mejoría en el grado de explicación del consumo cuando, además de la inclusión de las variables adicionales, los constructos se vincularon directamente con la conducta.

Esto nos sugiere que si consideramos únicamente el hecho de que las y los adolescentes quieran beber alcohol en exceso y que, además, perciban que pueden hacerlo, no es suficiente para predecir y explicar este comportamiento. Podemos considerar entonces la viabilidad de la vinculación directa de las variables independientes (actitud, norma subjetiva, control percibido, intención, el autoconcepto social y la extroversión), hacia el abuso del consumo de alcohol en ambos sexos, en comparación con la TCP.

Observamos que cuando las adolescentes consideran que si toman tendrán reconocimiento y prestigio social frente a sus pares y creen poseer las capacidades para ingerir alcohol y, además, tienen opinión favorable hacia esta conducta, la frecuencia de consumo será mayor. A diferencia de los hombres, en quienes encontramos que si creen poseer las capacidades para consumir en exceso alcohol y creen que serán socialmente aceptados por sus amigos y amigas si beben y, además, tienen facilidad para socializar, son desinhibidos, etcétera,

la frecuencia del abuso será mayor. Esto puede responder al hecho de que si un adolescente se considera extrovertido puede considerarse, también, capaz para realizar diversas actividades. Por tanto, posiblemente crea tener las capacidades para consumir en exceso alcohol; además de que se sabe que, en su mayoría, el consumo de alcohol es mayoritario en las personas extrovertidas y más aún en una edad ávida de experimentar situaciones nuevas.

Bajo un enfoque de género, en las mujeres el primer factor que explicó su consumo fue la norma subjetiva. En las adolescentes cobra mayor relevancia el que crean que al beber recibirán de sus pares reconocimiento o prestigio social. En los hombres, por su parte, observamos que es el hecho de que se crean capaces de beber, de que consideren que está sólo en sus manos hacerlo. En suma, mayoritariamente las mujeres beben por presión e influencia de sus pares y los hombres porque creen que pueden hacerlo.

La presente investigación pone en tela de juicio el que se considere a la intención como el mejor predictor de la conducta, ya que como vimos, para las mujeres de esta muestra el mejor predictor para el consumo en exceso de alcohol fue la norma subjetiva. Y para los hombres la del control percibido.

Sin embargo, es necesario incluir no sólo variables referentes a rasgos de personalidad, que constituyan en conjunto, con las contempladas en la TCP, un modelo articulatorio que provea de mejores y más confiables explicaciones conductuales sino, además, aquellas que se consideren apropiadas para el fenómeno social en cuestión, y que estén acordes con él.

Referencias

- ⁸ Fishbein M, Ajzen I. Beliefs, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading (MA): Addison-Wesley; 1975.
- ⁹ Hale J L, Householder B J, Greene K L. The Theory of Reasoned Action. En: Dillard JP, Pfau M, Comp. The persuasion handbook developments in theory and practice. Londres: Sage Publications; 2001.
- ¹⁰ Carpi A, Breva A. La predicción de la conducta a través de los constructos que integran a la Teoría de la Acción Planeada. Rev Electron Motivacion Emocion 1997;4(7):22-33. Disponible en: <http://www.comportamental.com/resumenes/varios/24.htm>. [2005 enero 15].
- ¹¹ Cooke R, Sheeran P. Moderation of cognition-intention and cognition-behavior relations: A meta-analysis of properties of variables from the theory of planned behavior. Br J Soc Psychol 2004;43:159-86.
- ¹² Bentler P. EQS structural equations program manual. Los Angeles: BMDP Statistical Software; 2004.
- ¹³ Pieters R, Verplanken B. Intention-behavior and consistency: Effects of consideration set size involvement and need for cognition. Eur J Soc Psychol 1995;25:531-43.
- ¹⁴ Kerlinger F. Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. México, DF: Interamericana; 1975.
- ¹⁵ Azjen I. Nature and operation of attitudes. Annu Rev Psychol 2001; 52:27- 58.
- ¹⁶ Purkey W. Self-concept and school achievement. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1970.





El cuerpo femenino como lugar de encuentro entre el cáncer de mama y la subjetividad de las mujeres: pensando la educación para la salud

Doris Verónica Ortega Altamirano, M. en C. en Salud Reproductiva,*
Ofelia Poblano Verástegui, Dra. en C. en Sistemas de Salud.**

*Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, e Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

**Subsecretaría de Innovación en Salud. Secretaría de Salud, México.

Introducción

I. Panorama de la problemática del cáncer mamario en México

El cáncer de mama, CM, es un padecimiento que consiste en el crecimiento desordenado de células malignas en los tejidos mamaros. Existen diversos tipos de tumores malignos mamaros; se clasifican clínicamente dependiendo de la ubicación y del comportamiento del tumor en el cuerpo de las mujeres.

El desarrollo del CM en las mujeres cursa por cuatro momentos denominados etapas I, II, III, IV.¹ Cada etapa se clasifica por el tamaño de la lesión maligna en los senos y por la presencia de tumores en otros tejidos y órganos del cuerpo el hígado, los pulmones o los huesos. Las etapas I y II se consideran tempranas y las III y IV, tardías.² En las tempranas el tamaño del tumor es menor a 2.5 cm y, generalmente, no se han afectado otros tejidos u órganos; se les da un determinado tratamiento y las mujeres recuperan su salud y viven normalmente. En cambio, en las etapas tardías los tumores son mayores y otros tejidos se ven afectados. El tratamiento que reciben las afectadas por esta enfermedad incluye la aplicación de radiaciones, el uso de medicamentos y la cirugía. También existen tratamientos para las enfermas en etapas tardías; sin embargo, son más largos, agresivos, costosos y las mujeres ya no recuperan la salud, ni su ritmo de vida previo; también se reduce el tiempo que sobreviven a la enfermedad.^{2,3}

En México la mortalidad por el CM ha aumentado en las últimas décadas. Al observar en su conjunto los datos de las mujeres de 15 y más años de edad, la tasa de mortalidad en 1979 fue de 6.4 por 100 000 mujeres y en 1994, de 9.6; en 1998, de 15.12 y en 2000, de 18.49. La distribución del padecimiento por grupos de edad muestra que las más afectadas son las mujeres de 45 a 59 años de edad; de 1979 su tasa pasó de 13.94 muertes por cada 100 000 mujeres a 21.18 en 1994 y es la segunda causa de muerte por neoplasias entre las mujeres de 35 a 50 años de edad.^{4,6}

* Clasificación utilizada por el American Joint Committee on Cancer y en la Norma Oficial Mexicana SSA-041-2002.

La edad promedio de muerte por esta causa entre las mexicanas es de 51 años, mientras que para las estadounidenses y para las de los países del norte de Europa es de 63 años.^{7,8} Una de cada dos mujeres que mueren por CM es menor de 50 años de edad. En las mujeres premenopáusicas el CM suele avanzar con mayor velocidad que entre quienes ya son posmenopáusicas, esto se vincula con la cantidad de estrógenos (hormona femenina) que se produce internamente.^{9,10}

A la fecha, se han identificado algunas condiciones que contribuyen a que el CM se presente; sin embargo, aún se desconoce qué es lo que hace que se inicie la reproducción acelerada y desordenada de las células en los tejidos de los senos.¹¹ Las causas reportadas en la literatura científica se pueden agrupar en cuatro tipos: reproductivas, alimenticias, genéticas y ambientales.[#] Alguno de los tres primeros tipos de factores está presente en una de cada dos mujeres con el padecimiento; lo que implica que la mitad de las afectadas no reúne ninguna de las condiciones conocidas. Por otra parte, éstas son poco modificables.^{12,13}

Las políticas y las estrategias para enfrentar al CM sugeridas por la Organización Mundial de la Salud, OMS, han estado implantadas en México desde hace ya cerca de cuatro décadas. Éstas se concretan en un conjunto de acciones llamadas PREVENCIÓN SECUNDARIA O DETECCIÓN DEL CM. La detección consiste en distinguir entre las mujeres sanas y las enfermas; a las últimas, encontrarles el tumor lo más pequeño posible; es decir, cuando el padecimiento apenas comienza. Ello se hace a través de los programas de detección que operan en los servicios de salud y la demanda de los mismos por parte de las mujeres; al respecto, la educación para la salud es básica para la práctica y la utilización de las TÉCNICAS DE DETECCIÓN.¹⁴

La detección del CM, de la cual forma parte la educación para la salud, vincula dos componentes, el científico y el subjetivo.¹⁵ Se da en un entorno cultural y personal. Éste último se refiere a la íntima historia de vida de las mujeres. La subjetividad interviene en la relación de cada una de ellas con sus cuerpos, la percepción y las actitudes que tienen hacia el CM, hacia los prestadores de los servicios, así como hacia los propios servicios. Gran parte





de las mujeres desconocen qué hacer para detectarlo y cómo enfrentarlo en caso de que se presente. Cómo, cuáles, cuándo, por qué y dónde utilizar las técnicas de detección se señala en la Norma Oficial Mexicana, NOM 041-SSA2-2002,¹⁶ cuadro I.

El autoexamen, AES, el examen clínico de la mama, ECS, la mamografía, MAM, y el ultrasonido de la mama, US, son las técnicas disponibles en los servicios de salud de la Secretaría de Salud (SSA); pero, operan parcialmente debido a factores atribuibles a las condiciones de los servicios y a las formas como las mujeres los demandan:

1) Olaiz y colaboradores reportaron en 1994, que 9 de cada 10 mujeres con CM que acudieron a los servicios de la SSA encontraron el tumor en su pecho por sí mismas.¹⁸ En su mayoría, el hallazgo fue casual y no el resultado de una práctica o hábito de búsqueda intencional, frecuente y sistemática; esto es, los hallaron mientras se enjabonaban al bañarse o durante las relaciones sexuales o al darse cuenta de que tenían una lesión expuesta y perceptible a simple vista.

2) En 1998 se reportó que la mitad, 51%, de las enfermas atendidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

CUADRO I

Breve descripción de las técnicas de detección de cáncer de mama disponibles en México

| Tipo de examen y quién lo realiza | ¿Cada cuándo? | Ventajas |
|--|--|--|
| Autoexamen. Una misma | Una vez al mes desde que se presenta la menstruación | La mujer lo hace por sí misma. Reduce el tiempo entre la identificación de una masa sospechosa de CM y el inicio del tratamiento |
| Examen clínico. El médico o la enfermera | Una vez al año, después de los 20 años de edad | Reduce el tiempo entre la identificación de una lesión sospechosa del CM y el inicio del tratamiento |
| Mamografía. Especialista en radiología | Cada dos años, después de los 40 años de edad | Útil para las mujeres que ya no tienen menstruación. Reduce el tiempo entre la identificación del CM y el inicio del tratamiento |
| Ultrasonido. Especialista en ultrasonido | Cuando lo indique el personal médico ante la sospecha de un tumor. Es propiamente una herramienta de diagnóstico | Útil para mujeres que aún menstrúan. Reduce el tiempo entre la identificación del CM e inicio del tratamiento |

* Fuente: Ortega Altamirano DV. De amiga a amiga.¹⁷

tuvieron tumores en etapas tardías, III y IV,¹⁰ mientras que, en la SSA en 2001, tuvieron tumores en etapas tempranas menos de 40% de las enfermas de CM.⁵ En México como en los países del norte de Europa y de América se observa que el nivel socioeconómico alto, la edad mayor de 24 años, el estado civil unida, la escolaridad de 9 o más años y el acceso a los servicios de detección se relacionan con la presencia de tumores en etapas I y II e indirectamente con la mayor sobrevivencia de las mujeres con CM.

3) Las instituciones de salud reportan anualmente un determinado número de consultas brindadas para la detección de CM a mujeres que acuden a los servicios, pero son pocas respecto a lo que podría esperarse, dado los 30 millones de mexicanas mayores de 30 años de edad que existen en el país.^{19, 20}

4) La interacción compleja de factores propios de la organización social a escala mundial en general y, en particular, la mexicana, propicia la inequidad para enfrentar al CM tanto por los servicios de salud, como por las mujeres entre las distintas clases sociales.²¹

Entre las condiciones que se atribuyen a las mujeres para no asistir a la detección del CM están las de acceso económico y geográfico, las psicológicas y las culturales. En estas dos últimas, la educación para la salud puede influir a través de disminuir las creencias inadmisibles, las actitudes desfavorables y las barreras basadas en las percepciones que las mujeres tienen sobre el cuerpo, los senos, el riesgo de enfermar, la salud, la enfermedad, la muerte, el cáncer como enfermedad fatal, las técnicas de detección, también las emociones, los sentimientos negativos hacia el personal de salud producidos por experiencias personales o indirectas y el miedo hacia un posible diagnóstico de CM.²²

Entre las mujeres mexicanas la práctica del AES está muy reducida; en 1986 en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, se encontró que 1 de cada 200 mujeres se había hecho al menos un AES.²³ Para 1997, entre mujeres hospitalizadas en unidades médicas del IMSS y de la SSA en la ciudad de México 42% declararon que se lo habían practicado al menos una vez en su vida; sin embargo, lo practicaban una vez al mes sólo 4 de cada 100 participantes en el estudio.²⁴ En 1999 se reportó²⁵ que al ECS acudía casi 1 de cada 100 mujeres mexicanas; para el año 2000





* Entre los factores de riesgo (condiciones) para CM que se vinculan con el ciclo de vida de la mujer están los siguientes: tener 9 o menos años de edad a la primera menstruación (menarca); tener 55 años o más de edad al presentar la menopausia (última menstruación); tener 30 años o más de edad al primer embarazo a término; el uso continuo por tres o más años de terapia hormonal en la posmenopausia y la ausencia parcial o total de lactancia en la historia reproductiva. Entre los factores ambientales está la exposición a productos químicos, aunque los resultados de los estudios no son concluyentes. Entre los alimenticios – el consumo de dos o más copas de alcohol de grano al día, alta ingesta de grasas animales y escasa o nula de alimentos ricos en fibra y vitaminas A, C y selenio. Los factores genéticos incluyen la presencia de mutaciones en los genes BRCA-1 y BRCA-2 y, por último, el contar con una familiar con cáncer de mama en línea materna directa.²

** En la clasificación por clases sociales consideran únicamente el ingreso mensual del hogar. Documento metodológico de la Encuesta Nacional de Salud, ENSA 2000.

* Información difundida por televisión abierta en México, 20 de julio de 2006.

las mexicanas que se habían hecho una MAM en los últimos cinco años fueron 25 de cada 100; de éstas, 85% habitan en áreas urbanas y en el área conurbada de la Ciudad de México. De cada 10 mujeres que se habían hecho una MAM, cinco pertenecen a la clase alta, tres de clase media y dos, de baja.** Respecto al US mamario, con reciente inclusión en la NOM-041-SSA2-2002, se carece de información debido a que se reporta el total de pruebas practicadas.²⁶

En México, a partir de 1995, en el sector salud se han hecho esfuerzos sostenidos para dotar a las unidades médicas de equipos radiológicos de detección del CM como son los mamógrafos y ultrasonidos mamarios.²⁴ También se han intensificado sus acciones de educación para la salud con base en la capacitación al personal médico y de enfermería y se han impartido pláticas a la población abierta beneficiaria y no beneficiaria de los programas de combate a la pobreza en áreas urbanas y rurales.

Se despliegan campañas periódicas en los medios de comunicación y a través de organizaciones de eventos masivos cuya meta es alertar a las mujeres en contra del CM. Son ejemplos de acciones emprendidas por el sector salud y la sociedad civil las campañas LA SALUD COMIENZA EN CASA (antes de 1995) y OCTUBRE: MES DE LA SALUD REPRODUCTIVA. En la primera campaña la población meta fueron las trabajadoras de las unidades médicas de las instituciones de salud, a quienes se les dotó de material impreso; en la segunda, cada octubre desde 1995 hasta 2002 la población objetivo fueron las mujeres de la población abierta; en ella se distribuyeron también impresos de distintos tipos donados por marcas de cosméticos y revistas de divulgación y en entrenamiento, ambos orientados al consumo de las mujeres.

Otros tipos de campañas que se han hecho en México son la promovida en el año

2003 por el gobierno del Distrito Federal en el Zócalo de la Ciudad de México, en la que se hicieron mamografías con equipos portátiles. Actualmente, la organización civil Fundación Mexicana de Fomento Educativo para la Prevención del Cáncer de Mama, AC (FUCAM) visita colonias populares urbanas y rurales con unidades móviles, toma un promedio de 470 mamografías diarias.* No obstante el esfuerzo que ello implica, los resultados, eficiencia y calidad de dichas acciones no han sido evaluados o publicados.

Se hacen colectas de fondos por parte de instituciones privadas y comerciales, con el fin de comprar equipo para donar a la SSA o para mejorar, ampliar, remodelar y construir sus instalaciones hospitalarias. También con los fondos se distribuyen gratuitamente folletos, carteles y listones rosas para la sensibilización de la población. Esto, por ejemplo, se ha hecho ininterrumpidamente por la empresa Avon Cosmetics desde principios de la década de los noventa del siglo XX y por las Asociaciones de Lucha contra el Cáncer en los estados, también por la asociación civil sin fines de lucro Recuperación Total (RETO), conformada por grupos de sobrevivientes del CM que colaboran cotidianamente en algunas unidades médicas públicas y de la seguridad social, además de participar en acciones de promoción de la salud, así como recaudar fondos para ofrecer pelucas y prótesis a costos reducidos en apoyo a las mujeres mastectomizadas.

Organizaciones como la Asociación Mexicana contra el Cáncer de Mama, AC (CIMAC), e instituciones privadas, como las industrias farmacéuticas, usan un porcentaje de las ganancias provenientes de la venta de los productos que producen para hacer eventos de divulgación (foros, pláticas y conferencias) y patrocinar a organizaciones de la sociedad civil.

También la educación para la salud se hace a través de grupos feministas cuyos fines son mejorar las condiciones de vida y hacer del derecho a la salud de las mujeres una práctica a través de la modificación de políticas y programas públicos son ejemplo de éstas Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, AC (CIDHAL), en el estado de Morelos, y Salud Integral para la Mujer (SIPAM), en el Distrito





Federal, las cuales, altruísticamente o a bajo costo, hacen la capacitación de parteras, lideresas comunitarias, voluntarias para que hagan ECS y enseñen cómo hacerse el AES, promueven el uso de las técnicas de detección y producen y entregan afiches a las mujeres en sus lugares de trabajo, en las comunidades o en las escuelas a las que acuden sus hijos.

En la última década se intensificó la difusión de mensajes en medios de comunicación colectiva dirigidos a las mujeres. El valor científico de la información contenida en éstos varía dependiendo de las fuentes consultadas para generarlos. Los temas que se abordan son los alusivos al diagnóstico, a los tratamientos, a las prótesis mamarias y a la experiencia de quienes han sobrevivido al CM; también han sido de interés del público las entrevistas con especialistas.

II. El cuerpo y el cáncer de mama en la subjetividad femenina

La subjetividad femenina ha sido estudiada por distintas disciplinas y se ha ido incluyendo en los estudios de salud pública. Comprenderla toma importancia ante un padecimiento como el CM que afecta predominantemente a las mujeres. Podría ayudar a identificar algunas de las causas por las que la atención a la salud es diferencial por género, patrón que permanece constante aún en diversos contextos geográficos y culturales en nuestro país.²⁷ La subjetividad, lejos de ser una expresión de cada persona, es lo que expresa a segmentos poblacionales amplios y da cuenta del sentido del quehacer diario y viceversa. Es el resultado del proceso social que se da a través de la apropiación de los elementos culturales tales como los significados, los signos verbales e iconográficos y los símbolos —que les da pertenencia e identidad a las mujeres dentro del contexto cultural en el que están—. Se transforma lentamente, a menos de que existan fuertes cambios en dicho contexto; y se manifiesta a través de las creencias,²⁸ percepciones, valores y conocimientos respecto a lo que su cuerpo es y respecto a tener cáncer en los senos.

Se exploró en Cuernavaca, Morelos, México, entre agosto y septiembre de 1997, la subjetividad de las mujeres sobre el cuerpo femenino en relación con el CM, con el fin de identificar algunos rasgos que orientaran una propuesta

de intervención educativa que incluyera la subjetividad.

Se hicieron dos entrevistas a profundidad y cuatro grupos focales. Estas técnicas permitieron aplicar, durante su realización y en el análisis, conceptos teóricos previamente establecidos, con base en los cuales se estructuraron los resultados que se presentan. En las entrevistas participaron dos profesionales, y en los grupos, 48 mujeres sanas. Cada grupo reunió a mujeres con características sociales semejantes y en cada uno se abordó a un segmento poblacional distinto, lo que le da diversidad a las participantes del estudio y, a la vez, homogeneidad al interior de cada uno de los cuatro segmentos. Hubo un grupo de jóvenes, estudiantes de secundaria de entre 12 y 15 años de edad y con mínimo de seis años de escolaridad y máximo nueve. En un segundo grupo se entrevistó a mujeres profesionales de un centro de investigación de entre 25 y 35 años de edad y con 15 o más años de escolaridad. Otro, un grupo de profesoras de un colegio de enseñanza básica privado, de entre 30 y 40 años de edad y 16 o más años de escolaridad y, finalmente, a mujeres de clase media alta y alta en una organización religiosa de ayuda comunitaria, de entre 35 y 47 años de edad y con mínimo de nueve años de escolaridad y máximo 16.

Se utilizó un marco de referencia basado en el trabajo de las autoras Aisensoy²⁹ y Frank.³⁰ En las entrevistas se abordaron temas relativos a las vivencias de las participantes en salud-enfermedad, a la educación de su cuerpo durante el crecimiento y desarrollo de los senos, a los conocimientos sobre el cáncer, la forma como fueron aprendidos y sus reflexiones sobre el aprendizaje y la práctica del AES,³¹ así como sus patrones de utilización del ECS y de la MAM y los procedimientos de enseñanza sobre la prevención del CM y su detección. Los hallazgos están constituidos por unidades sociales de sentido, las cuales se presentan a continuación.

Salud femenina, cuerpo y cambios en los senos

Las mujeres manifiestan más fortaleza en su propia salud que en la de los varones y señalan que su papel en la familia les impide enfermar, por lo que, cuando tienen signos o síntomas de algún padecimiento, no le prestan la atención necesaria. La valoración que las

Referencias

- ¹American Joint Committee on Cancer. Handbook for staging of cancer, from the manual for staging of cancer. Filadelfia: Lippincott; 1993: 280.
- ²Ortega-Altamirano D. Diagnósticos tardíos del CM en México: desencuentro entre las mujeres y los servicios de salud. En: Brofman M, Denman C, ed. Salud reproductiva: temas y debates. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003:157-80.
- ³Gloecker-Ries LA, Earl-Henson D, Harras A. Survival from breast cancer according to tumor size and nodal status. Medicolegal controversies in breast cancer. Biological basis and risk prevention. Surg Oncol Clin North Am 1994;3(1):35-65.
- ⁴López-Ríos O, Lazcano-Ponce E, Tovar-Guzmán V, Hernández-Ávila M. La epidemiología del cáncer de mama en México. ¿Consecuencia de la transición demográfica? Salud Publica Mex 1997;39:259-65.
- ⁵López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, López-Cervantes M, Rueda-Neria L. Identificación de lesiones mamarias malignas en México. Salud Publica.
- ⁶Lazcano-Ponce E, Tovar-Guzmán V, Alonso-Ruiz P, Romieu I, López-Carrillo L. Cáncer de mama. Un hilo conductor histórico, presente y futuro. Salud Publica Mex 1996;38:139-52.
- ⁷Rodríguez-Cuevas S, Macías C, Franceschi D, Labastida S. Breast carcinoma presents a decade earlier in Mexican women than in women in the United States or European countries. Cancer 2001;91(4):863-8. Epidemiol 1998;27:735-42.





mujeres hacen de la enfermedad para sí mismas las lleva a decidir que ante esto es mejor guardar silencio. Simultáneamente se planteó una postura de mayor apertura y de involucramiento de los demás miembros de la familia, ya que algunas mujeres afirman, tajantemente, que el silencio que rodea a la enfermedad les ha causado mucho daño y que es necesario cambiar esa actitud tanto de mujeres, como de varones.

También expresaron el miedo a la condición de estar enfermas, la cual difiere substancialmente de su percepción del varón enfermo. Éste obtiene atenciones y cuidados por parte de los demás miembros de la familia. Lo que no sucede en el caso de las mujeres, ya que cuando ellas enferman SE DESORGANIZA LA VIDA DOMÉSTICA Y LA CASA SE CONVIERTE EN UN CAOS.

Las mujeres tienden a minimizar sus síntomas y aplazan la búsqueda de atención médica. Esto, ante la presencia del CM, les impide siquiera sospechar que pueda estar en su propio seno aun cuando hubiera signos de la enfermedad. Reconocen que uno de los signos más importantes para la detección es la presencia de una masa espesa o BOLITA en los senos y que es, casi siempre, imperceptible e indolora: lo que retrasa la búsqueda de atención médica pues las mujeres tienden a considerarlas inocuas, ya que PODRÍAN SER DE AGUA O GRASA.

La vivencia de los senos es variada; va desde algo que hace lucir la ropa o es fuente de alimento para los hijos, hasta un motivo de vergüenza. Para referirse a las mamas, los términos más usados por las jóvenes son BUSTO O BUBI, y para las adultas SENOS O PECHOS. La conceptualización del cuerpo femenino en general, y de los senos en particular, varía de acuerdo con el contexto social en el que se vive y el valor cultural que el grupo familiar les otorga; además, influyen la edad, el hecho de tener o no actividad sexual, haber estado embarazada y haber amamantado, así como la generación a la que se pertenece.

Para las mujeres jóvenes la función erótica de los senos provoca angustia y no se habla de ello fácilmente. Ellas no habían iniciado vida sexual; sus vivencias se limitaron a las sensaciones biológicas y psicológicas del crecimiento, y durante la entrevista se les dificultó verbalizar lo que les significan. En cambio, para las mujeres adultas, el crecimiento de los senos representó cambios molestos, incomodidad psicológica —que se expresa en el encorvamiento de la espalda para ocultarlos—. También expresaron que LAS JÓVENES ACTUALMENTE NO EXPERIMENTAN VERGÜENZA, SINO PLACER AL MOSTRAR LOS PECHOS BAJO LA ROPA CEÑIDA.

En la información que aportaron las adultas, respecto a su vivencia de los senos en la maternidad y en la lactancia, prevalecieron los siguientes elementos: el dolor físico, la excesiva comezón, el pudor, el malestar emocional al perder la infancia con la transformación del cuerpo de niña al de mujer.

Entre las adultas entrevistadas, los senos son el mayor símbolo de su feminidad. De su tamaño, forma y consistencia depende la medida como se perciben femeninas, por lo que les recono-

cen como motivos de satisfacción o de insatisfacción. Los senos tienen supremacía sobre otras características consideradas femeninas tales como la forma de hablar y pensar, traer cabello largo y usar aretes, las que hasta hace algunos años fueron consideradas exclusivas de las mujeres, en la cultura mexicana.

Las transformaciones físicas de las mamas, producidas por los ciclos menstrual y de vida, modifican la percepción que las mujeres tienen hacia sí mismas y su cuerpo. En general, reconocieron que dichos cambios en la apariencia, forma, textura y tamaño de los senos son resultado de alteraciones hormonales; aunque no supieron precisar en qué consisten dichos cambios, ni cómo ocurren, prevaleció la atribución del valor negativo de cambios *igual* a DETERIORO INEVITABLE. Sus valoraciones pueden estar influidas por los cambios emocionales que ocurren con la edad, las variaciones físicas y biológicas ligadas a las vivencias experimentadas, y por el papel cultural que éstos desempeñan en la formación de la identidad femenina, más allá de lo personal.

Las entrevistadas desconocen cómo son internamente las mamas sanas, cuál es su consistencia, textura y anatomía; les inquieta saber QUÉ DEBE DE SENTIRSE al deslizar la mano sobre ellas durante el AES. Las mujeres expresaron desconocer que la forma, el tamaño y las características de los senos son distintos y particulares para cada mujer; tanto como las facciones de la cara. Tampoco supieron en dónde inicia y termina la glándula mamaria (tejido en el cual puede desarrollarse el CM), ni supieron que puede llegar a extenderse hasta las axilas —en 3 de cada 10 mujeres se presenta esta peculiaridad en la estructura de sus mamas y no se considera anormal o patológica— a este tejido se le conoce como cola de Spence.³²

Las mujeres adultas manifestaron que SE HA QUITADO UN VELO sobre estos aspectos del cuerpo y la sexualidad. Pero se observó que entre ellas los senos aún son tabú, ya que no los nombran, utilizan el anglicismo BUBI o señalan sus propios senos; tampoco utilizan palabras populares. Las jóvenes se refieren a los senos diciendo ESO o ARRIBA. Las molestias, incomodidades o las satisfacciones que les da el cuerpo femenino no se comparten entre amigas solamente, en algunos casos, con la pareja o con el médico.

El padecimiento, sus causas y cómo se detecta

Las mujeres sostuvieron que cualquier persona puede padecer el CM, pero ellas mismas no se sienten en riesgo de presentar la enfermedad. Prevaleció, además el sentimiento de inmunidad ante el cáncer. Las entrevistadas reconocieron que el CM es curable si se detecta en etapas tempranas y lo consideraron como una ENFERMEDAD SERIA que se relaciona con las células de los senos.

Las mujeres adultas de mayor escolaridad mencionaron algunas condiciones (factores de riesgo), reproductivas y genéticas que aumentan la probabilidad de enfermar de CM: el hecho de no tener hijos, no lactar, la herencia, el consumo prolongado de pastillas anticonceptivas o de medicamento de reemplazo hormonal y el





ser familiar de una enferma con cáncer, entre otros. Las jóvenes desconocen estos factores, pero saben que la lactancia reduce el riesgo de CM, aunque ignoran cómo y por qué lo hace. Entre ellas prevaleció la idea de que el cáncer es una enfermedad contagiosa, es decir, que UNA CÉLULA VA INFECTANDO A OTRA.

Las jóvenes y adultas estudiadas, independientemente de su escolaridad, comparten, desde su perspectiva, algunas creencias sobre lo que produce el CM. Atribuyen con mayor frecuencia esta enfermedad a causas físicas, psicológicas y a las relacionadas con los hábitos alimenticios. Entre las primeras se encuentran los golpes en los pechos, los apretones, la presión en las mamas, ocasionada por dormir boca abajo, y usar sostén con varillas o apretado. Entre las causas psicológicas mencionaron la depresión, el rencor y el coraje acumulado, las defensas bajas por exceso de tensión nerviosa y la falta de apoyo; expresaron que lo anterior PRODUCE ENERGÍA NEGATIVA QUE SE ACUMULA EN LOS PECHOS. Y entre los hábitos alimenticios, atribuyen el CM al consumo de comida chatarra; supieron, por ejemplo, que comer brócoli, coles de Bruselas y coliflor, contribuye a evitar el padecimiento.

Las manifestaciones de CM más conocidas por las mujeres son una masa espesa o BOLITA en las mamas y el hundimiento de los pezones. Se desconocen la hinchazón en el brazo o en los mismos senos y la salida de líquido por el pezón, distinto al calostro o a la leche.

Las participantes adultas identificaron los tratamientos contra el CM, en particular, mastectomía (cirugía de senos), la terapia con rayos X y con medicamentos. Mencionaron que lo más difícil para una mujer es sobrevivir a las consecuencias de la cirugía, ya que la reacción de sus parejas sexuales tiende a ser la incompreensión, el abandono y la desvalorización de la mujer mutilada; es generalmente discriminatorio.

Respecto a la técnica del AES, su reacción fue positiva al hecho de tocarse ellas mismas; sin embargo, prácticamente desconocen el procedimiento. La mayoría ignora la frecuencia con la que debe hacerse esta prueba y la forma adecuada de hacerlo. En particular, las mujeres más jóvenes ignoran totalmente la técnica; sólo saben que es la revisión de los pechos que las mujeres se hacen a sí mismas. Quienes saben

algo acerca de esta técnica son las que tienen alguna familiar o amiga enferma.

Las jóvenes afirmaron que no tendrían ningún problema en practicarse el AES. Respecto a qué zona del cuerpo debe revisarse manualmente durante el AES, ellas privilegiaron la parte más prominente del pecho, que incluye la areola y el pezón, y no desde la clavícula, hasta la parte inferior del pecho. Las jóvenes no incluyeron las axilas en este procedimiento.

El patrón de búsqueda de círculos concéntricos fue poco conocido entre las mujeres; al solicitarles que palparan un modelo, la duración máxima de la exploración manual fue de un minuto; casi todas separan frecuentemente la mano del seno, en vez de deslizarla. Algunas mujeres adultas se hacen el AES una vez al mes, aunque en ocasiones olvidan practicárselo por dos o tres meses. En general, lo practican en cualquier momento del ciclo y sólo una de las entrevistadas supo que lo óptimo es hacérselo al término de la menstruación.

La mayoría de las mujeres con menor escolaridad, y en especial las jóvenes, ignoran en qué consiste el ECS, pero las adultas más escolarizadas no, aunque algunas no tenían la experiencia de que se lo hubieran practicado e incluso no se los había propuesto nunca su médico general o su ginecólogo. Quienes tuvieron al menos un examen en su vida, manifestaron haber sentido desconfianza de la competencia técnica del personal de salud y de la utilidad del procedimiento. La interpretación adecuada de las bolitas que se detectan a través del AES y del ECS está filtrada no sólo por la confianza que la mujer misma y el personal de salud tengan sobre su propia capacidad para detectarlas y reconocerlas, sino también por la dificultad intrínseca de identificar lo anormal en las mamas.^{33, 34}

La información concerniente a la MAM fue aportada por algunas

Referencias

- ⁸ Brewster A, Helzlsouer K. Breast cancer epidemiology, prevention and early detection. *Curr Opin Oncol* 2001;13(6):420-5.
- ⁹ Rodríguez-Cuevas S, Macías C, Labastida S. Cáncer de mama en México, ¿enfermedad de mujeres jóvenes? *Ginecol Obstet Mex* 2000;68(5):185-90.
- ¹⁰ Vital-Reyes VS, Pérez-Fonseca I. Evolución del cáncer de mama. Experiencia clínica de cinco años en un hospital urbano. *Ginecol Obstet Mex* 1998;66(3):92-7.
- ¹¹ Harris JR, Lippman ME, Veronesi U, Willet W. Breast cancer. *N Engl J Med* 1992; 327 (5):319-28.
- ¹² Ruiz-Flores P, Calderón-Garcidueñas AL, Barrera-Saldaña MA. Genética del cáncer de mama. BRCA1, BRCA2: los principales genes de predisposición a la enfermedad. *Rev Invest Clin* 2001;53(1):46-64.
- ¹³ López-Carrillo L, Bravo-Alvarado J, Poblano-Verástegui O, Ortega-Altamirano DV. Reproductive determinants of breast cancer in Mexican women. *Ann N Y Acad Sci* 1997;837:537-50.
- ¹⁴ Shapiro S, Coleman EA, Broeders M, Codd M, de Koning H, Frecheboud J, et al. Breast cancer screening programmes in 22 countries: Current policies, administration and guidelines. *Int J*
- ¹⁵ Eisenstein Z. *Manmade breast cancers*. Ithaca and London Cornell Paperbacks. Cornell University Press; 2001:189.





Referencias

¹⁶ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana, NOM-041-SSA2-2002 Prevención, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama. México, DF: Diario Oficial de la Federación; 2002.

¹⁷ Ortega-Altamirano DV, López-Carrillo L, Tello-Garrido JM, Poblano-Verástegui O. De amiga a amiga. Lo que nosotras necesitamos saber del autoexamen del seno. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2005: 16.

¹⁸ Olaiz G, Hernández-Ávila M. Cáncer. Un encuentro con el futuro epidemiológico. En: Sepúlveda J, coord. Los retos de la transición. Cuadernos de Salud núm. 1 México, DF: 1994: 81.

¹⁹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Resultados preliminares. Aguascalientes, México: INEGI; 2000.

²⁰ Secretaría de Salud. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. México, DF: SSA; 2003. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>. [2005 septiembre 26 de 2005].

²¹ Moss NE. Gender equity and socioeconomic inequality: A framework for the patterning of women's health. Soc Sci Med 2002;54:649-61.

²² Borrayo E, Jenkins SR. Feeling indecent: Breast cancer screening resistance of Mexican-descent women. J Health Psychol 2001;6(5):537-49.

²³ Sheley J, Lessan G. Limited impact of the breast self examination movement: A Latin American illustration. Soc Sci Med 1986;23(9):905-10.

²⁴ Poblano-Verástegui O, López-Carrillo L, López-Cervantes M, Figueroa-Perea JG, Clemenseau R. Primera parte: Examen clínico de mama: significados sociales de las mujeres y los prestadores de los servicios. Segunda Parte: El diagnóstico del cáncer de mama con mamografías en México (tesis de maestría en sistemas de salud). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1999.

²⁵ Secretaría de Salud. Coordinación General de Planeación Estratégica, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Anuario Estadístico de los Servicios de Salud y los Servicios de Salud en los Estados 2000. México, DF: SSA; 2001.

²⁶ Secretaría de Salud. Coordinación General de Planeación Estratégica, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Anuario Estadístico de los Servicios de Salud y los Servicios de Salud en los Estados 2001. México, DF: SSA; 2002.

mujeres adultas que habían tenido algún familiar con CM o con algún otro padecimiento en los senos, por lo que supieron que se trataba de un estudio radiológico. El resto de ellas ignoraron esta técnica o la confundieron con el ultrasonido; tampoco supieron la utilidad que tiene la MAM como instrumento de monitoreo ante la sospecha de enfermedad.

El sentir las mujeres IMPOSIBILIDAD PARA ENFERMARSE las coloca en una posición de mayor vulnerabilidad ante la enfermedad; esto se vincula con la autovaloración social que tiene la mujer en nuestra sociedad y, por ende, del valor que le dé ella misma a su cuerpo y por el valor que le dan los que la rodean.³⁵ El tabú de los senos y el mito de la pérdida de la feminidad por la mastectomía son considerados, en la subjetividad de las mujeres, como una marca en la relación con los varones, que se vive con sus particularidades biológicas, sexuales, económicas, culturales y psicológicas.

Aunque se exploraron características consideradas relevantes para la educación respecto a la salud falta mucho por estudiar sobre la subjetividad, como es la influencia de rasgos TÍPICAMENTE FEMENINOS de la cultura mexicana, como la abnegación, supuestas faltas de fuerza física y rudeza, exceso de emotividad, escasa capacidad de valerse por sí mismas, sensibilidad, sumisión hacia el varón o los hijos; éstas podrían estar influyendo de manera importante en el tipo de diagnóstico del CM prevaleciente en México.

III. Pensando la educación para la salud de las mujeres en cáncer mamario

La educación para la salud es, probablemente, uno de los múltiples procesos a través de los cuales se va(n) conformando y cambiando la(s) subjetividad(es) de las mujeres, es decir, en cuanto a las unidades sociales de sentido sobre la salud, la enfermedad, la muerte, el cuerpo, el cáncer y el CM; lo anterior en un ritmo constante y activo, pues el proceso educativo no escapa a las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales en las que opera.

Actualmente, la educación para la salud no incluye la incorporación sistemática de la manera de pensar, sentir y ser de las mujeres

mexicanas, el sentido que le dan al cuerpo, sus creencias, sus vivencias de los senos, por citar sólo algunos de los aspectos de la subjetividad femenina.

Las organizaciones internacionales como la OMS y la OPS proponen a la educación para la salud como un elemento coadyuvante en la solución de problemas de salud pública. En las políticas internacionales la educación para la salud de las mujeres ha tomado relevancia en los últimos años y se ha convertido en una herramienta para prevenir, evitar y enfrentar los padecimientos.³⁶ Esto se refleja en la política de salud de México, concretamente en el Programa de Acción para el Cáncer de Mama 2001-2006.³⁷

En Estados Unidos de América y en Europa la educación para la salud en CM no incluyó en sus experiencias iniciales aspectos de la subjetividad femenina. Aquéllas comenzaron hace cuatro décadas, apoyadas con recursos financieros de múltiples fuentes, entre ellas, la industria de productos orientada al consumo de las mujeres, escuelas, agencias que operan con fondos propios o son sustentables, y de las instancias responsables de la salud pública.³⁸

En Japón, Uruguay y Cuba la educación para la salud en CM lleva al menos dos décadas de desarrollo y ha sido incluida en los programas regulares de la educación básica. Una revisión de las intervenciones, de las publicaciones y de los indicadores de CM en dichos países dan cuenta de la organización, las acciones y la respuesta de las mujeres ante la problemática de este cáncer, tanto en lo colectivo como en lo individual.³⁹

El conocimiento, las actitudes y habilidades hacia la detección del CM en México van tomando un sentido en cada una de las mujeres a partir de múltiples fuentes de información, comunicación e interrelaciones que pueden provenir de diversos contextos o fuentes, como el escolar, los libros de consulta, las exposiciones, consultas en la Internet, intercambios con otras personas del entorno familiar, comunitario, de las instituciones o del personal de salud, de los medios de comunicación masiva, cine, radio, televisión o cualquier otra.

En una sociedad coexiste diversidad en las subjetividades de sus miembros; en esta





diversidad están las mujeres participantes en el estudio y se refleja en sus prácticas cotidianas, las cuales son estructurantes de su mundo social. El valor que las mujeres y la sociedad le dan a la educación para la salud para detectar el CM está condicionado por múltiples aspectos que influyen en la subjetividad y, a su vez, son influenciados por ella, tales como las unidades sociales de sentido percepciones, costumbres, apego a los hábitos de cada grupo social hacia la salud, la enfermedad, la muerte, el cuerpo, a las propias mujeres y a su papel.

IV. Reflexiones finales

El reto es aumentar los diagnósticos de CM en etapa I y II. Si se requiere modificar los indicadores de salud en CM, señalados en la primera sección de este trabajo, se puede actuar al menos desde tres escenarios: a) la educación para la salud de las mujeres, que debe incluir los aspectos de la subjetividad femenina, así como las razones para utilizar los servicios de salud adecuada y oportunamente; b) optimizar los servicios de salud, y c) mejorar y desarrollar las técnicas de detección en sí mismas.

La educación para la salud en CM es un conjunto de ideas consensuadas en las comunidades científicas, y conformadas desde diferentes fuentes de información nacionales e internacionales. Ésta se

institucionaliza en el Programa de Acción: Cáncer de Mama, que está consignada en la NOM-041-SSA2-2002 y orientada a incluirse en el saber de las mujeres, en sus unidades sociales de sentido, que se conforman por múltiples conceptos, tabúes, mitos, creencias, actitudes e inclusive comportamientos aprendidos a lo largo de la vida.

En el caso del CM, la parte del cuerpo femenino más afectada es la que coincide con la valoración de la supremacía de la feminidad. El sentido que tienen para las mujeres el CM y sus consecuencias escapa al saber médico hegemónico. El CM plantea a la mujer el reto de superar tabúes y dar un sentido a su cuerpo, ya sea sano o modificado por el propio cáncer y su tratamiento; esto puede lograrse a través de la educación para la salud, ya que ésta es una parte que estructura su ser y en ella se edifican sus prácticas y hábitos.

El tema de la educación para la salud representa una vía que atraviesa el orden social, donde se busca introducir una práctica que implica transformaciones de fondo para las propias mujeres, pues se busca un nuevo puesto en dicho orden: cambiar su vivencia de SER PARA SÍ MISMA EN VEZ DE SER PARA OTROS.



Referencias

- 27 Poblano-Verástegui O, Carrillo-Ordaz C, Saucedo-Valenzuela AL, Orozco-E, Ortega-Altamirano DV, Mora-Flores G et al. Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género, en entidades federativas de la República Mexicana. *Género y Salud en Cifras* 2006;3(2/3):16-22.
- 28 Álvarez-Bermúdez J. El estudio de las creencias acerca de la salud y la enfermedad con base en el paradigma de la psicología cognoscitiva. En: *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis Psicosocial*. México, DF: Trillas; 2002: 35-80.
- 29 Aisenson A. La significación antropológica del cuerpo vivido. En: *Cuerpo y persona: filosofía y psicología del cuerpo vivido*. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1981:279-304.
- 30 Frank A. For a sociology of the body: and analytical review. En: Featherstone M, Hepworth M, Turner B, Ed. *The body. Social process and cultural theory*. Londres: Sage Publications; 1991: 37-102.
- 31 Carter P. Public space and private bodies. *Feminism, breast and breast feeding*. Londres: Macmillan Press; 1995:106-32.
- 32 Spence W R. *Breast self care*. Waco, Texas, USA: Heath Edco; 1996:16.
- 33 Pennypacker HS, Goldstein MK, Stein GH. A precise method of manual breast self examination. En: Mettlin C, Murphy GP, comp. *Progress in cancer control IV. Research in the Cancer Center*. Nueva York (NY): Alan R Liss; 1983:305-11.
- 34 Grifford S. The meaning of lumps: A case study of the ambiguities of risk. En: Craig J, Stall R, Gifford S, Ed. *Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health on disease*. Dordrecht, Holland: Reidel Pub; 1989: 213-46.
- 35 Hernández-Tezoquipa I. *El proceso salud enfermedad en mujeres de mediana edad (tesis)*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2001.
- 36 Organización Mundial de la Salud. *Programas Nacionales de lucha contra el cáncer. Directrices sobre política y gestión*. Ginebra: OMS; 1995: 134.
- 37 Subsecretaría de Salud. *Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud. Programa de Acción: Cáncer de Mama 2001-2006*. México, DF: SSA; 2002: 59.
- 38 Fletcher S, O'Malley, Earp J, Morgan T, Lin S, Degnan D. How best to teach women breast self examination training and maintenance. *Ann Intern Med* 1990;112:772-9.
- 39 Pinto B, Fuqua WR. Training breast self examination: A research review and critique. *Health Educ Q* 1991;18: 495-516.





Información y educación para la equidad de género

Carmen García Colorado¹, Rosa María Irigoyen Camacho¹, Antonia Llorens Cruset¹, Esther Ramírez Godoy¹, Alma Silvia Díaz Escoto¹

¹Dirección General de Bibliotecas, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad Universitaria, Circuito de la Investigación Científica, México, D.F. C.P. 04510

*correo electrónico: cgarcia@dgb.unam.mx

INTRODUCCIÓN

La presencia creciente de gran cantidad de información y de tecnologías de la información y comunicación (TICs) que permiten su acceso, es un hecho por lo menos ciertas regiones y sectores del mundo. A partir de este hecho se ha despertado un gran entusiasmo, muchas expectativas, pero también puntos de vista polémicos acerca de las posibilidades que ofrece este escenario.

Las posturas optimistas plantean, que el acceso a la información y la circulación intensa de las ideas a través de las redes informáticas pueden enriquecer las experiencias de todos, y de esta manera contribuir de forma dramática en el desarrollo educativo, cultural e incluso económico, para llegar como meta a una “sociedad de la información o del conocimiento”, término que sin embargo no goza de gran consenso ni claridad, ya que existen diversas definiciones del mismo.

En contraparte, hay quienes están preocupados y se hacen la pregunta de si la superación de la llamada “brecha digital” es posible y, de serlo si ello puede incidir en la reducción o superación de inequidades sociales, dentro de ellas la de género y la pobreza, o si por el contrario se polariza la situación de desigualdad de grupos que ya viven situaciones marginales.

Los dos enfoques anteriores contienen argumentos que se pueden analizar. La idealización de las posibilidades de las TICs y la información, sin que medie el análisis centrado, contextualizado y en lo posible objetivo, puede conducir a efectos contraproducentes o en el mejor de los casos estériles, de tal manera que puede resultar más útil colocar en su justo valor el papel que cada elemento juega en el cambio.

Por otro lado, pensamos que es imprescindible resaltar que el acceso real a la información, es decir, la posibilidad de descifrar los contenidos recibidos, se hace desde la formación de cada persona, que es resultado de largos procesos de educación en la familia, la escuela y el ambiente social.

En este trabajo nos proponemos analizar las ideas de “sociedad de la información”, de información y de educación, con el fin de contribuir a la claridad de las metas, para visualizar hacia dónde tendrían que dirigirse los esfuerzos.

SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN

Hablar de sociedad de la información es muchas veces recurrir a un lugar común, en donde no siempre se tiene claro qué es lo que se quiere decir. Webster¹ señala que existen por lo menos seis definiciones identificadas de sociedad de la información, que aunque no son excluyentes enfatizan distintos aspectos, estos son: la innovación tecnológica, el mayor valor económico de la información, los grandes flujos de información que reducen el tiempo y espacio, la cantidad de puestos de trabajo relacionados con la industria de la información así como la expansión de símbolos y señales culturales. Por último, algunos entienden por sociedad de la información la utilización de conocimientos científicos en la toma de decisiones de una gran parte de las actividades humanas.

El autor concluye que la mayoría de las definiciones de sociedad de la información son poco convincentes, particularmente porque suponen de manera equivocada que el enorme crecimiento de la información y las formas de manejarla nos llevan a un nuevo orden social. Las cinco primeras concepciones se apoyan en la medición cuantitativa de este fenómeno y argumentan que su expansión ha traído consigo diferencias cualitativas en la organización social.

Nosotras coincidimos con estas apreciaciones: no creemos que se puede hablar de un tipo diferente de sociedad tomando en cuenta solamente la expansión en la cantidad y flujos de información, ni se puede pensar que la reducción de la llamada brecha digital puede disolver otras desigualdades como la educativa, la de salud, vivienda y alimentación, que se encuentran en la base misma de la estructura social y económica. Más bien podríamos decir que esta desigualdad es en parte producto de las otras.

La mayor cantidad de información y tecnologías por sí mismas no conducen a la construcción de una sociedad más justa e igualitaria, aunque sí pensamos que están ayudando en algunos aspectos, y que tienen un papel importante, aunque mucho más modesto del que se les atribuye, como el agilizar el acceso a los documentos y el facilitar la comunicación entre los que comparten las mismas inquietudes. También es cierto que los medios masivos de comunicación están jugando algún





papel para el reconocimiento y contraste de las diferencias entre diversas culturas y formas de ver el mundo, lo que permite poner en una situación relativa nuestras creencias, siempre y cuando se haga de una manera crítica.

Gloria Bonder dice que “Se necesita mirar cómo se inscriben las nuevas tecnologías dentro de las biografías socio-históricas de personas y grupos y de qué forma interactúan con los estilos de vida y el capital cultural y simbólico de mujeres y varones.”²

Esta autora brinda un panorama de las formas en que se están expandiendo y utilizando las TICs en América Latina, por las mujeres en la vida cotidiana y, en particular para la organización y participación ciudadana.

EL PAPEL DE LA EDUCACIÓN EN LA TRANSFORMACIÓN DE LAS RELACIONES DE GÉNERO

La transformación de la realidad es muy compleja y se debe a diversos factores, entre los que influyen poderosamente los condicionantes sociales y económicos. Por ejemplo, al insertarse la mujer activamente en la producción de bienes, riqueza cultural y social, se modificaron las formas de poder y opresión, pero la transformación más íntima de las personas se produce de manera muy lenta. Es decir, aunque la relación entre los géneros femenino y masculino está cambiando por las condiciones económicas, políticas y sociales y ello modifica poco

a poco la vida cotidiana, la mujer aunque desempeña nuevos papeles actualmente, no logra quitarse por completo la camisa de fuerza que la sociedad le ha impuesto históricamente. Esto es así por el poder que tienen para el niño los primeros contactos humanos, los primeros aprendizajes a través de los cuales concebimos con fuerza una realidad que nos es enseñada como verdadera y natural³.

Sin embargo, estas realidades internas se pueden transformar en alguna medida y dentro de ciertos márgenes, si se analizan y cuestionan las ideas y prácticas tenidas por verdaderas y esta es una actitud crítica que se puede extender a todos los aspectos de la vida, la sociedad y la verdad científica. No existe cambio sin reflexión, y los movimientos feministas son reflexivos, porque se ubican precisamente en el interior de un discurso que intenta transformar críticamente la realidad. Marcela Lagarde⁴ señala que “la perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura, la política”. Esta resignificación requiere del análisis profundo de los significados culturales vigentes y este hecho se hace a través de procesos educativos en los que por supuesto interviene la información, pero de manera más importante otros procesos como la capacidad de lectura, el manejo de lenguajes y conceptos de las ciencias, que se dan a través de procesos de interiorización y apropiación, producidos tanto dentro como fuera de la escuela.

La escuela es uno de los elementos más importantes para la apropiación de la información, por ello no hay que olvidar que en México el nivel promedio de escolaridad de la población de 15 y más años es de 8.3 años para los hombres y 7.9 para las mujeres⁵, hecho que nos habla por un lado de una desigualdad en el acceso a la educación entre hombres y mujeres, y por otro de las dificultades de toda la población para el acceso real a la información dada la baja escolaridad general del país.

El acceso físico a la información no garantiza el acceso mental a la misma, ya que la llave para este acceso es la educación, la educación escolarizada es en general la que proporciona el acceso a los códigos elaborados que manejan las ciencias y cuya apropiación a veces requiere años de estudio. En otros casos, alguna información no requiere de muchos conocimientos previos, pero en todos los casos el acceso real a la información está determinado por los procesos personales de formación, antes mencionados, que se dan a través de procesos de interiorización y apropiación, producidos tanto dentro como fuera de la escuela, entonces cada quien entiende lo que puede, y accede a lo que puede con lo que tiene desde su capital de formación.

Se puede pensar en establecer nichos de información de acuerdo con diferentes núcleos de personas en función de niveles de escolaridad, necesidades particulares, niveles de conciencia respecto al género, etcétera.





Al resaltar esta diferencia entre educación e información lo que estamos tratando de enfatizar es que cada uno juega un papel y que tal vez lo más importante y trascendente son los procesos sociales de transformación del pensamiento, no el contacto con mucha información. La información es un elemento necesario, que además siempre ha estado presente en los procesos educativos, pues ¿qué otra cosa son los contenidos educativos, contenidos orales, libros de texto, consulta a enciclopedias, revistas, y otras? No sólo siempre ha estado allí, sino que constituye el sentido mismo de la educación escolar. Es un elemento que ahora parece tener una mayor presencia porque su acceso es más ágil, a través de los medios electrónicos, es más ágil su acceso concreto, pero no el subjetivo, cuyo camino sigue siendo el mismo e igual de largo y sinuoso, ya que se requiere el mismo tiempo que antes para estudiar, aprender y procesar ideas.

Otro concepto que se debe revisar es el de información. Este término se ha convertido en algo más amplio y ambiguo que el de sociedad de la información. Christine Pawley⁶ explica que el término información denotaba, en su origen en el siglo XVIII durante la Ilustración, la posibilidad de formación interna, es decir, “información” de la persona a través de la lectura, suponiendo que la existencia de bibliotecas públicas incitaría el deseo de lectura en las personas, y esta es una aspiración de la biblioteca que persiste y que probablemente tiene que ver con esta idea de la sociedad de la información (en cuanto a la creencia de que el acceso a la lectura a través de mucha oferta de información producirá cambios). Posteriormente, con la aplicación de procesos de clasificación, indización, catalogación, la información se empezó a entender como un objeto que podía clasificarse, manipularse y comercializarse, y así la información se transformó de efecto a causa y de proceso de conocimiento a objeto a través del cual se obtienen y se transmiten las ideas.

Actualmente, como señala Rozack,⁷ se llama información a una gran cantidad de cosas, incluso dentro de la ingeniería computacional, a impulsos electrónicos, que no tienen un significado para la comunicación humana, de allí que se hable a veces de cantidades exageradas de crecimiento de la información, que toman en cuenta estas mediciones, lo cual puede crear confusión cuando se utiliza este término.

Para efectos de este análisis consideramos como información a la expresión verbal, oral o escrita, que tiene un sentido y un fin para la comunicación de ideas. Resaltamos el papel del lenguaje oral por dos razones: la primera es que cuando se habla de información se está resaltando muchas veces el papel de la información escrita y se minimiza el papel de la comunicación oral, que es la fuente de gran parte de la formación de todos; y la segunda, porque en ciertos medios, en los que están inmersas muchas mujeres, la cultura oral tiene un impacto profundo y significativo para los procesos educativos que el escrito, en ciertas comunidades que poseen una rica historia y cultura, el intercambio oral es fuerte. En el seno de cualquier familia la comunicación oral con sus componentes verbal, no verbal y de actitud que tienen un impacto definitivo en las personas.

La palabra hablada es distinta de la escrita y cumple otras funciones. Y aquí defendemos a la llamada educación tradicional, ya que la transmisión oral es tan importante que un profesor puede repetir lo que dice un texto pero también puede agregar lo que conoce, relaciona, ha vivido, reflexiona, experimenta, siente y transmite a través de sus actitudes y formas de tratar los contenidos y todo ello no se puede transmitir por escrito, la presencia del profesor, con su mayor experiencia y conocimientos y su capacidad para seleccionar y secuenciar contenidos es así sustancial, aunque algunas propuestas didácticas se empeñen en minimizarla en el presente, también los compañeros son centrales en este aspecto por las mismas razones.

También hay que considerar que un discurso, tanto hablado como escrito puede ser un discurso cerrado, que se presente como verdad, pero también puede ser un discurso abierto, que abra interrogantes, que cuestione lo que propone, que historicice los conceptos, que abra polémica con otras posturas, en fin, que ponga en términos relativos lo que propone, que problematice, y ello depende de la idea de ciencia, conocimiento y realidad de la que parta el que habla o escribe, y esto es usar la información, usarla para entender una realidad, pues sólo con base en ello se le puede transformar.

La información formal, como representación del conocimiento ha sido siempre y seguirá





siendo una parte fundamental del proceso educativo escolarizado, y a veces del informal; sin embargo, la información se convierte en conocimiento como proceso personal de apropiación de ideas de una manera original, pero socialmente construida, la información como documento es un elemento muerto, sólo vive en las personas que se la apropian. La educación es un hecho social una forma de reproducir la cultura y también de transformarla.

En esta época que exalta el individualismo, queremos resaltar ahora la educación como hecho social. Este proceso de apropiación, de encarnación, consiste en poner a trabajar las ideas desde la perspectiva personal, pero es siempre finalmente un proceso social, porque el conocimiento acumulado en los documentos es producto de varias generaciones de esfuerzo y pensamiento, también es social porque las ideas y el lenguaje con que nos aproximamos a la realidad nos fueron transmitidas por otros, igualmente es social porque nadie puede aprender de manera solitaria, porque la educación es en esencia un proceso con otros, aunque sea individual, y también porque, al cambiar el yo interno se modifica el entorno personal, el núcleo más inmediato, familiar, laboral, vecinal, lo que finalmente es parte de un todo social. Los espacios para este proceso son diversos, la escuela, la familia y cualquier espacio público.

Una condición para transformar la realidad es analizarla pero críticamente, y este es un proceso personal que se puede apoyar en la escucha de los otros, y en la puesta en juego de contenidos críticos que ayuden a comprenderla de esta manera, es decir, dudando de lo obvio imaginando una realidad distinta y esto lo hacen los estudios de género, la sociología crítica, la epistemología; desgraciadamente este tipo de contenidos actualmente se

están erradicando de las escuelas por considerarlos de manera utilitaria como no esenciales para el trabajo.

Todos sabemos que la equidad de género se ha ido construyendo con base en procesos que requieren grandes esfuerzos intelectuales y afectivos para la desnaturalización de lo tomado por natural, la desmitificación de los papeles y atributos de género. Esto es un proceso de educación liberadora, que según Freire⁸ es la verdadera educación para la libertad, en este contexto, la educación que aspire a la libertad de pensamiento es la educación basada en procesos de lectura, reflexión, diálogo. El diálogo es una parte central de la liberación. Hay que dudar de lo obvio, sospechar de lo que parece fácil, sospechar de lo que se presenta como verdadero.

En este proceso educativo por supuesto es necesaria la información, pero sobre todo es necesaria la reflexión, sobre todo es necesaria la educación en toda su magnitud humana, afectiva, social. Es necesario el diálogo consigo mismo y con los otros, la confrontación de ideas, el afecto, la compasión, la capacidad de empatía.

Para pensar y llevar a cabo este tipo de educación existen varias propuestas desde la pedagogía y la sociología. Freire, con su educación para la práctica de la libertad, las propuestas de gestión ciudadana, los grupos operativos, basados en el psicoanálisis, que resaltan el papel de los afectos en el proceso de aprendizaje, y en el ámbito de la psicología el constructivismo, especialmente el radical, que propone en primer lugar abordar el aprendizaje como un proceso de transformación conceptual, donde se sabe que las personas no parten de cero en un proceso educativo, que siempre tienen una gran cantidad de ideas





Referencias

- ¹ Bachelard G. La formación del espíritu científico. México, DF: Siglo XX EditoresI, 1993.
- ² Bonder G. Mujeres en la ruta hacia la sociedad del conocimiento: reflexiones sobre contextos y oportunidades. Cátedra Regional UNESCO, Mujer, Ciencia y Tecnología en América Latina, 2004: 1-25.
- ³ Berger P, Luckman T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1968.
- ⁴ Freire P. La educación como práctica de la libertad. México, DF: Siglo XXI Editores; 1975.
- ⁵ Lagarde M. Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. 2ª ed. Madrid: Horas y Horas; 1997. (Cuadernos inacabados 25: 13).
- ⁶ INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2005
- ⁷ Pawley Ch. Information literacy: A contradictory coupling. Library Q 2003;73(4):422-52.
- ⁹ Rozak T. El culto a la información. El folklore de los ordenadores y el verdadero arte de pensar. México, DF: CNCA-Grijalbo; 1990.
- ¹⁰ Webster F. Information society. Enciclopedia of Library and Information Science.. Londres; 2003.
- ¹¹ Webster F. La sociedad de la información revisitada. En: Ramírez E, Díaz AS, García C, Irigoyen RM, Llorens A, trad. Biblioteca Universitaria 2006 Ene-Jun;9(1):22-44.

previas, prejuicios, conceptos y creencias, todo estructurado de forma personal y que como dice Bachelard⁹ a veces se constituyen en obstáculos epistemológicos para asimilar el nuevo conocimiento, por lo tanto hay que evidenciarlos, trabajar con argumentación, convencer a las personas contra argumentando sus razonamientos.

En el caso de las creencias que rodean las ideas sobre género, sexualidad y papeles sociales, éstas son tan íntimas y tan cargadas de afecto que su movilidad es difícil, a veces requieren incluso de psicoterapia. Por ejemplo, en el caso de mujeres víctimas de violencia familiar, algunas instituciones han creado programas de apoyo psicológico grupal.

Examinando concretamente esta realidad en los países en vías de desarrollo —donde la brecha digital y la inequidad de género son notables debido a las desigualdades económicas, a los prejuicios sociales y al manejo político de la población—, por no darse por vencidas, las mujeres de estos países impulsan proyectos y actividades utilizando la red, se comunican a pesar de la distancia, comparten experiencias y se organizan para apoyarse o trabajar juntas. Pero queda la pregunta ¿cuántas de ellas tienen acceso a las TICs? y ¿cuán real puede ser el beneficio que obtienen?, ya que el entorno no les permite una inserción plena, por ejemplo, en el mundo laboral. Una vez más la lucha por lograr la equidad tendrá que ser por distintos frentes.

CONCLUSIONES

En el discurso de la sociedad de la información, no se parte de la consideración del origen de las desigualdades relacionadas con el género, la clase social, la etnia y otras. Solamente se reivindica la necesidad de acercar a todos a las nuevas tecnologías y la información misma, suponiendo que con esto se atenuarán las desigualdades.

Sin embargo, no podemos aceptar de principio que estos elementos pueden favorecer la evolución hacia una mejor sociedad, si no reflexionamos en la manera en que esto puede darse. El problema de esta propuesta es que enarbola como bandera el acceso a la información como si éste fuera un fin en sí mismo, cuando en realidad lo debemos entender como un medio, donde el fin es la igualdad y la justicia social.

Hay que considerar que la introducción de estas tecnologías en países no desarrollados, “coincide con un período de escandaloso crecimiento de la pobreza, del desempleo y de los niveles de desigualdad social. Ello ha ido de la mano de un achicamiento de los estados nacionales y de reducción de inversión pública en sectores estratégicos para el desarrollo humano como educación y salud, lo cual está teniendo importantes consecuencias en la formación del capital social de las nuevas generaciones que, supuestamente, son las que más podrían aprovechar del uso de las tecnologías de información y comunicación para su crecimiento personal y el de sus comunidades”²

Es deseable por lo tanto, que antes de invertir recursos en TICs se analicen las necesidades y posibilidades reales y que se dé prioridad a la inversión en educación, que constituye la base sin la cual el acceso material a la información deja de tener sentido.

La aspiración de lograr equidad a través de la lectura y el acceso físico a la información, es sólo un primer paso, si consideramos que la educación es un proceso amplio, social y prolongado; en este sentido, no todos las personas cuentan con las mismas posibilidades de acceso real a la información y si hablamos de las mujeres también podemos entender que no todas tienen las mismas oportunidades, capacidades e intereses, por lo que requieren diversos tipos de información y los medios de acceso a la información pueden planearse en función de estos segmentos para poder atender necesidades particulares.

Los usuarios de la información no son un todo homogéneo, tampoco la información lo es, y así podemos considerar información más académica, de acceso más especializado, de divulgación, información no estructurada, y que algunos llaman educación para la ciudadanía, también pensar en la diversidad de formatos: papel y electrónico.

El papel que juegan las TICs en el acceso a gran cantidad de información así como la función de esta información en la sociedad es un asunto en debate, en cuanto a sus posibilidades de democratización y disminución de la desigualdad, en este trabajo quisimos expresar parte de la polémica en juego, porque pensamos que es sólo a través de una constante actitud crítica, fincada en la realidad, que se va haciendo posible aquello a lo que aspiramos.





Jerarquía laboral y género en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Héctor Gómez Dantés,* MC, M en C, José Luis Vázquez,*
MC, M en C, Dra. Sonia Fernández Cantón.¹

Introducción

En los últimos años ha existido un intenso debate en relación con las inequidades de género en el ámbito doméstico-familiar, social, laboral y económico¹, pero poco se ha discutido en el terreno institucional. El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la No Discriminación (PROEQUIDAD) pone de manifiesto el apoyo a la igualdad de oportunidades económicas entre hombres y mujeres, así como a la eliminación de la discriminación por motivos de género en el acceso y la continuidad del empleo, remuneraciones equitativas, capacitación, desarrollo profesional y participación en la toma de decisiones.² Estas iniciativas señalan la distancia que hay entre el discurso y la puesta en marcha de estrategias específicas que traten de acortar la brecha en dichas inequidades, sobre todo en la esfera institucional.

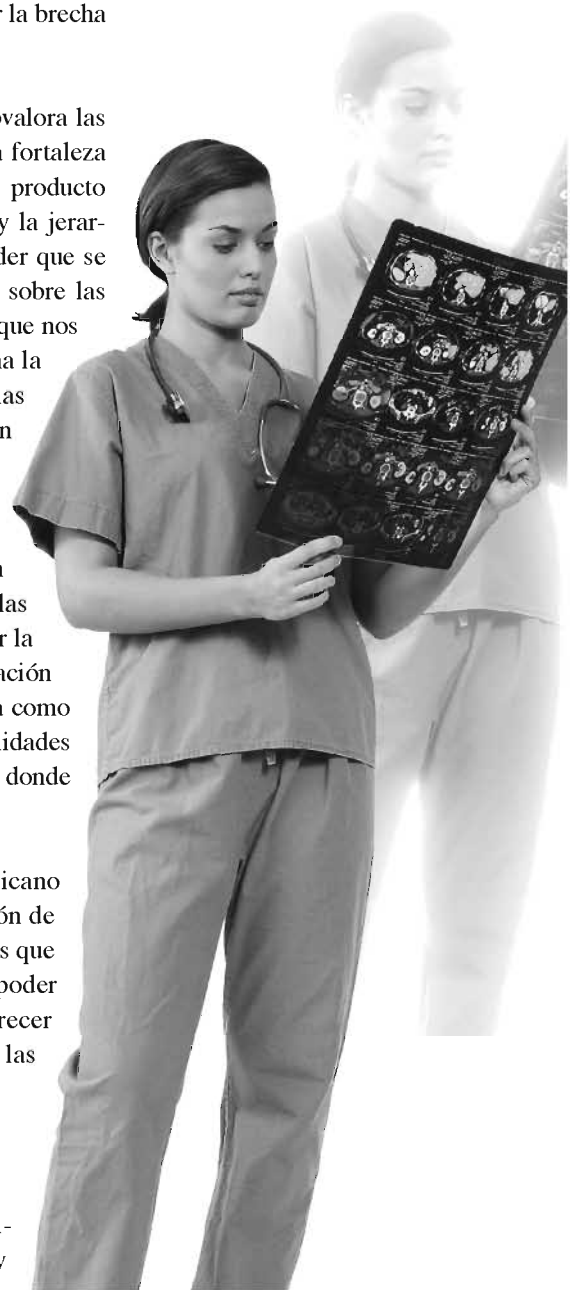
La sociedad patriarcal en la que vivimos ha creado un imaginario colectivo que subvalora las capacidades de las mujeres en todas las esferas de la vida, así como sobre valora la fortaleza y capacidad de los hombres. Estas concepciones tienden a “naturalizar” lo que es producto del condicionamiento y la enseñanza social.³ El caso de las instituciones de salud y la jerarquía médica inherente a su funcionamiento, replica muchas de las relaciones de poder que se expresan en otras esferas del quehacer humano, por lo que un abordaje de género sobre las relaciones jerárquicas en una institución de salud permite explorar los desafíos a los que nos enfrentamos en el campo laboral de la salud. La visión tradicional de que la medicina la ejercen los médicos (hombres) apoyados por las enfermeras, las asistentes médicas, las trabajadoras sociales, etcétera (mujeres), perpetúa la idea de que los hombres deben ocupar las posiciones de mayor jerarquía en un sistema de salud (institución, programa, hospital o unidad médica) indistintamente de las capacidades demostradas. Las evidencias nos demuestran que son pocas las mujeres que ocupan posiciones directivas mientras muchas otras saturan las de menor relevancia. La discriminación de las mujeres se puede constatar tanto en las categorías ocupacionales, como en las ramas de actividad económica.⁴ El caso del sector salud puede ser muy ilustrativo por la diversidad de profesiones involucradas tanto en la administración, como en la prestación de los servicios de salud. El origen de dicha inequidad se puede rastrear en la forma como se educa a los recursos humanos, la socialización de ciertas profesiones, las oportunidades laborales, los criterios de selección y las relaciones de poder dentro de las instituciones donde laboran hombres y mujeres.⁵

Este trabajo tiene como objetivo explorar la estructura laboral en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde una perspectiva de género y describir la distribución de las posiciones directivas entre hombres y mujeres dentro de la institución. Esperamos que dicho ejercicio se replique al interior del resto de las instituciones de salud para poder integrar un diagnóstico y generar iniciativas comunes que permitan limitar o desaparecer las inequidades en el acceso a las posiciones de mayor responsabilidad dentro de las instituciones de salud.

Métodos

El presente estudio tomó como fuente de información los directorios de las áreas administrativas del IMSS del nivel central y delegacional disponibles en la red institucional y

* División Técnica de Información
Estadística en Salud





que estaban vigentes en julio de 2005. En algunas circunstancias se recurrió a las instancias normativas para solicitar el directorio delegacional del área respectiva. No se pudo conseguir el directorio de las delegaciones sindicales. Los tabulados se construyeron con los puestos referidos en el directorio y se contabilizaron los individuos, según su sexo y nivel de adscripción.

Resultados

Nivel central

El Instituto Mexicano del Seguro Social en 2005 se encontraba organizado en 15 Direcciones y Coordinaciones a nivel central en donde laboran 896 directivos medios y superiores, de los cuales 33.4% son mujeres. Los representativos de las cuatro Direcciones Regionales contaban con 57 directivos, de los cuales sólo 10.5% eran mujeres (cuadro I). En cuanto a la distribución por sexo, sobresalen la Unidad de Vinculación Institucional, la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente y la Dirección de Prestaciones Económicas por su balance en la distribución de los puestos directivos, ya que 62, 52 y 49%,

respectivamente, son ocupados por mujeres. Además, las primeras dos eran las únicas direcciones dirigidas por mujeres. La preferencia de otorgarle a los hombres los puestos directivos en las diferentes instancias organizativas de la institución reflejan también los sesgos en la formación profesional de las diferentes disciplinas. En las áreas financieras, administrativas, jurídicas y tecnológicas existe un predominio en la masculinización de la profesión que se ve reflejada también en la distribución de los mandos medios y superiores en las áreas centrales del IMSS.

La razón hombre/mujer (H/M) en los puestos de mando medio y superior en las áreas centrales de la administración institucional presenta un patrón inverso a la jerarquía donde, a mayor jerarquía, mayor diferencia entre los hombres y mujeres. Por ejemplo, la razón H/M en los puestos de Director es de 6 hombres por cada mujer, en los Titulares de Unidad es de 4, en los Coordinadores Normativos es de 3 y se va equilibrando a medida que desciende el nivel de responsabilidad (figura 1). En las Direcciones Regionales este desbalance es mucho más notorio, ya que llega a ser de 11 hombres por cada mujer en los puestos de Jefe de División, de 9 en los de Coordinador y de 4 en los de Director

CUADRO I

Distribución de los mandos medios y superiores, por sexo, en el nivel central del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005

| | Totales | | | Porcentajes | | |
|--|------------|------------|------------|-------------|-------------|------------|
| | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total |
| Dirección General | 6 | 3 | 9 | 66.7 | 33.3 | 100 |
| Secretaría General | 20 | 8 | 28 | 71.4 | 28.6 | 100 |
| Unidad de Vinculación Institucional | 8 | 13 | 21 | 38.1 | 61.9 | 100 |
| Dirección de Prestaciones Médicas | 80 | 46 | 126 | 63.5 | 36.5 | 100 |
| Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales | 37 | 36 | 73 | 50.7 | 49.3 | 100 |
| Dirección de Planeación y Finanzas | 49 | 30 | 79 | 62.0 | 38.0 | 100 |
| Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social | 99 | 42 | 141 | 70.2 | 29.8 | 100 |
| Dirección de Administración y Calidad | 91 | 28 | 119 | 76.5 | 23.5 | 100 |
| Dirección de Desarrollo de Personal y Organización | 44 | 13 | 57 | 77.2 | 22.8 | 100 |
| Dirección Jurídica | 43 | 24 | 67 | 64.2 | 35.8 | 100 |
| Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico | 67 | 23 | 90 | 74.4 | 25.6 | 100 |
| Dirección de Inversiones Financieras | 13 | 8 | 21 | 61.9 | 38.1 | 100 |
| Coordinación General de Comunicación Social | 12 | 6 | 18 | 66.7 | 33.3 | 100 |
| Coordinación General del Programa IMSS Oportunidades | 16 | 6 | 22 | 72.7 | 27.3 | 100 |
| Coordinación General de Atención y Orientación al DH | 12 | 13 | 25 | 48 | 52 | 100 |
| TOTALES | 597 | 299 | 896 | 66.6 | 33.4 | 100 |
| Dirección Regional Centro | 12 | 3 | 15 | 80 | 20 | 100 |
| Dirección Regional Norte | 13 | 1 | 14 | 92.9 | 7.1 | 100 |
| Dirección Regional Occidente | 0 | 0 | 14 | 100 | 0 | 100 |
| Dirección Regional Sur | 12 | 2 | 14 | 85.7 | 14.3 | 100 |
| TOTALES | 51 | 6 | 57 | 89.5 | 10.5 | 100 |





y asesores. La equidad se da en el puesto de secretario particular (figura 2).

Nivel delegacional

Lo que ocurre en el nivel central también se observa a nivel delegacional y operativo, ya que de los 1679 puestos directivos en las delegaciones sólo una tercera parte de ellos son ocupados por mujeres. Las delegaciones de Querétaro, Chihuahua, Coahuila, DF Norte, Zacatecas y Colima tienen más de 40% de los puestos directivos a nivel delegacional ocupados por mujeres (cuadro II) y sólo tres delegaciones son ocupadas por mujeres (Colima, Hidalgo y Michoacán). De acuerdo con la posición jerárquica observamos un patrón similar al del nivel central: la razón H/M en el puesto de Delegado es de 10 hombres por cada mujer, y en la de Coordinador Auxiliar de 11. Frente a estas grandes diferencias el resto de los puestos de mando parecieran tener mejor distribución por género cuando se observa la razón H/M para el puesto de Contralor interno, Subdelegado, Jefe de Prestaciones Médicas y Coordinadores delegacionales de las áreas normativas (figura 3).

Dirección de Prestaciones Médicas (DPM)

En el caso del área médica, la distribución de puestos directivos se encuentra en fase intermedia. A nivel central 36.5% de los mandos medios y superiores son ocupados por mujeres. La DPM tiene 274 posiciones directivas en el país que representan a las áreas normativas en las delegaciones y de ellas 27.7% son ocupadas por mujeres (1 de cada 3). Existen delegaciones como Puebla, Nayarit, Guanajuato y Durango donde 100% de los mandos medios y superiores son asignados a hombres, mientras que en Baja California y Jalisco existe un balance de género de 50% en los puestos directivos. En el caso de Tamaulipas, 75% de los mandos medios y superiores son ocupados por mujeres (cuadro III).

La razón H/M en las Coordinaciones delegacionales de la Dirección de Prestaciones Médicas presenta un espectro interesante en cuanto a la participación de las mujeres en la conducción de las políticas y los programas de salud. Destaca el área de Salud Reproductiva donde 86% de los mandos medios

FIGURA 1

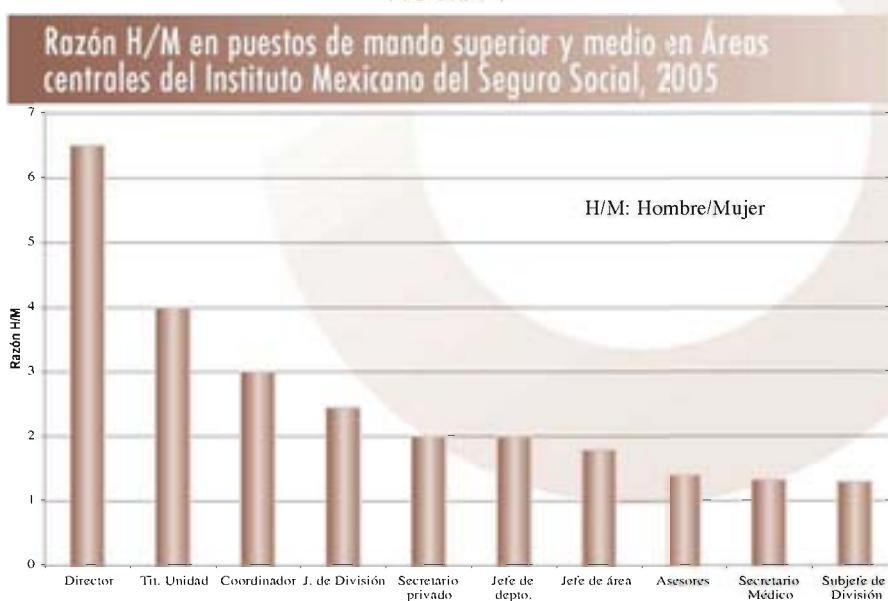


FIGURA 2

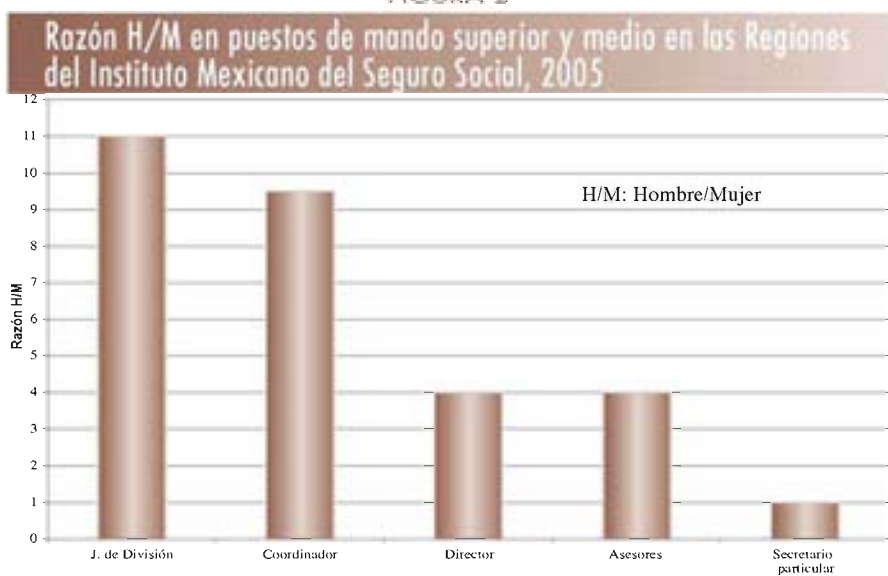
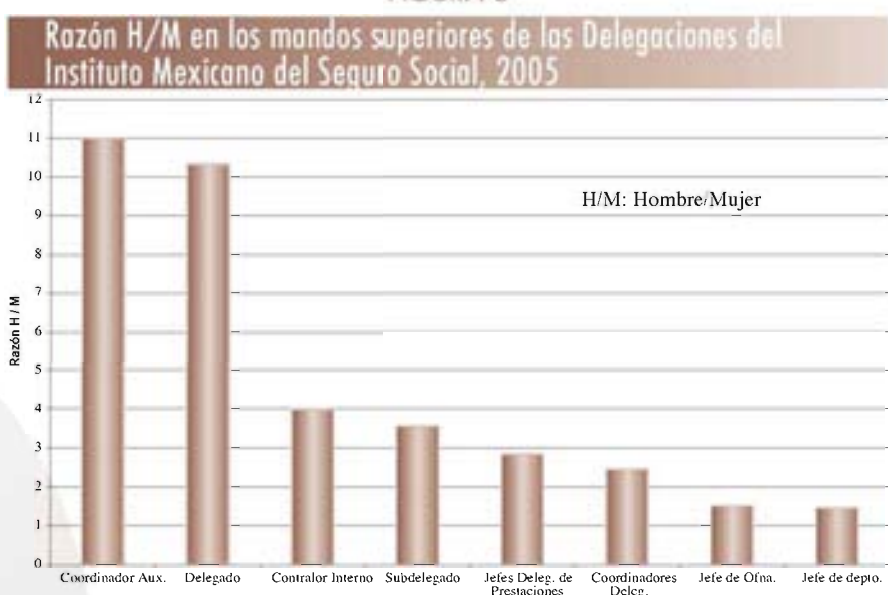


FIGURA 3



CUADRO II

Distribución de los mandos medios y superiores, por sexo, en las Delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005

| Delegaciones | Totales | | | Porcentajes | | |
|-----------------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total |
| Aguascalientes | 31 | 20 | 51 | 60.8 | 39.2 | 100 |
| Baja California | 32 | 13 | 45 | 71.1 | 28.9 | 100 |
| Baja California Sur | 29 | 10 | 39 | 74.4 | 25.6 | 100 |
| Campeche | 31 | 12 | 43 | 72.1 | 27.9 | 100 |
| Coahuila | 38 | 28 | 66 | 57.6 | 42.4 | 100 |
| Colima | 22 | 15 | 37 | 59.5 | 40.5 | 100 |
| Chiapas | 34 | 13 | 47 | 72.3 | 27.7 | 100 |
| Chihuahua | 38 | 30 | 68 | 55.9 | 44.1 | 100 |
| Durango | 35 | 14 | 49 | 71.4 | 28.6 | 100 |
| Guanajuato | 43 | 9 | 52 | 82.7 | 17.3 | 100 |
| Guerrero | 42 | 16 | 58 | 72.4 | 27.6 | 100 |
| Hidalgo | 21 | 11 | 32 | 65.6 | 34.4 | 100 |
| Jalisco | 45 | 26 | 71 | 63.4 | 36.6 | 100 |
| Estado de México Ote. | 29 | 10 | 39 | 74.4 | 25.6 | 100 |
| Estado de México Pte. | 35 | 16 | 51 | 68.6 | 31.4 | 100 |
| Michoacán | 44 | 16 | 60 | 73.3 | 26.7 | 100 |
| Morelos | 31 | 19 | 50 | 62.0 | 38.0 | 100 |
| Nayarit | 29 | 13 | 42 | 69.0 | 31.0 | 100 |
| Nuevo León | 40 | 15 | 55 | 72.7 | 27.3 | 100 |
| Oaxaca | 29 | 18 | 47 | 61.7 | 38.3 | 100 |
| Puebla | 29 | 13 | 42 | 69.0 | 31.0 | 100 |
| Querétaro | 28 | 25 | 53 | 52.8 | 47.2 | 100 |
| Quintana Roo | 23 | 14 | 37 | 62.2 | 37.8 | 100 |
| San Luis Potosí | 34 | 19 | 53 | 64.2 | 35.8 | 100 |
| Sinaloa | 35 | 20 | 55 | 63.6 | 36.4 | 100 |
| Sonora | 33 | 7 | 40 | 82.5 | 17.5 | 100 |
| Tabasco | 32 | 16 | 48 | 66.7 | 33.3 | 100 |
| Tamaulipas | 32 | 18 | 50 | 64.0 | 36.0 | 100 |
| Tlaxcala | 23 | 13 | 36 | 63.9 | 36.1 | 100 |
| Veracruz Norte | 38 | 21 | 59 | 64.4 | 35.6 | 100 |
| Veracruz Sur | 33 | 11 | 44 | 75.0 | 25.0 | 100 |
| Yucatán | 39 | 21 | 60 | 65.0 | 35.0 | 100 |
| Zacatecas | 28 | 20 | 48 | 58.3 | 41.7 | 100 |
| DF Norte | 30 | 22 | 52 | 57.7 | 42.3 | 100 |
| DF Sur | 56 | 28 | 84 | 66.7 | 33.3 | 100 |
| TOTALES | 1115 | 564 | 1679 | 66.4 | 33.6 | 100 |

y superiores están ocupados por hombres y ue existan seis hombres por cada mujer en un puesto directivo, cuando el programa está principalmente dirigido a la salud de la mujer. En el resto de las áreas normativas tiende a haber un balance que se hace más notable en las áreas de información estadística (DTIES), en Educación en Salud y en Investigación (cuadro IV y figura 4). En el caso de la División Técnica de Información Estadística en Salud (DTIES) y sus 5 199 representantes a nivel delegacional destaca que 59.5% de los encargados de las áreas de archivo clínico (ARIMAC) y del sistema de información son mujeres, aunque a nivel de los responsables o coordinadores delegacionales de información en salud (CODEIS) 65.7% son hombres.

Personal trabajador

El IMSS es una de las instituciones más grandes en el país, con más de 350,000 trabajadores afiliados a la institución aunque en diferentes categorías. Un hecho que debe destacarse es que 62% de los trabajadores en el IMSS son mujeres. De acuerdo con la categoría hay distinciones relevantes que deben señalarse. Por ejemplo, aunque la mayoría de las plazas de base son ocupadas por mujeres (63%) sólo 48% de los puestos de confianza son ocupados por mujeres. La adjudicación de las plazas temporales a mujeres se incrementó de 48 a 54% de 2000 a 2004, mientras que las plazas de sustitutos disminuyeron de 69 a 67%. En el caso de los estudiantes en el área médica, las mujeres becarias aumentaron de 50 a 55% y las residentes de 42 a 45% (cuadro V).

Discusión

El trabajo que aquí se describe es relevante dado que el IMSS es una institución de cobertura nacional y muy compleja en su estructura y organización. La diversidad de servicios y funciones obliga a la institución a contar con una plataforma laboral muy amplia y diversa en sus capacidades técnicas, académicas y profesionales. Un hecho evidente es que por su naturaleza es una institución de seguridad social y, por ello, muchas de sus funciones y servicios están bajo la responsabilidad de las mujeres. Las enfermeras, las trabajadoras sociales, las secretarías, las asistentes médicas, y otras áreas profesionales o técnicas son mayoritariamente ocupadas por mujeres. De origen, existe un sesgo en la formación profesional de estos recursos humanos que se ve reflejado en el perfil laboral de la institución. Sin embargo, también es evidente que la equidad en las oportunidades laborales hacia las mujeres no está marcada por la profesión, sino por las relaciones de género establecidas y forjadas a lo largo de la historia institucional.

El patrón observado en el IMSS hace evidente que los puestos directivos no están en igualdad de competencia para los hombres y las mujeres, ya que la razón H/M es inversamente proporcional al nivel de jerarquía en todas las áreas, sean administrativas, financieras,

Referencias

- ¹ Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Disponible en: <http://pnd.presidencia.mx>. [2006 septiembre 2].
- ² Instituto Nacional de las Mujeres. Programa PROEQUIDAD. Disponible en: <http://www.inmujeres.gob.mx/principales/proequidad.htm>. [2006 septiembre 2].
- ³ La Rosa –Huertas L. Descentralización del sistema de salud: una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y la transversalización de la perspectiva de género. Washington, DC: OPS; Abril 2004: 5-21.



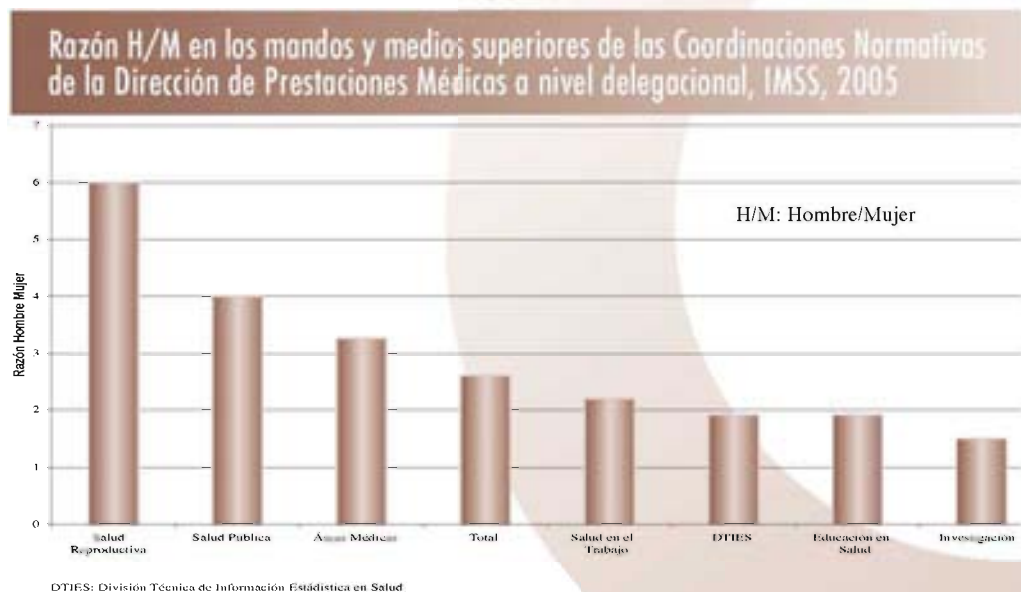
jurídicas, asistenciales, médicas o técnicas. El hecho de que 2 de las 3 direcciones con mayor balance de género en los puestos directivos (Unidad de Vinculación Institucional, la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente y la Dirección de Prestaciones Económicas) estén encabezadas por mujeres, indistintamente de las labores asignadas a cada dirección, habla por sí sólo de lo relevante del tema. En el área médica, por ejemplo, existe una situación que es por demás reveladora, ya que en la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil los directivos son eminentemente hombres a pesar de que las condiciones de salud que se administran son predominantemente “femeninas”.

En el terreno de los trabajadores se presenta una situación que también describe la inequidad de género en las relaciones laborales. La población trabajadora es eminentemente femenina y tiende a feminizarse cada vez más, aunque no en todas las áreas. Este es un fenómeno universal y no único del IMSS. Los puestos de confianza aún son otorgados con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres, y las especialidades médicas (residentes) son ocupadas por hombres más que por mujeres aunque en el caso de las becarias suceda lo contrario. En este sentido habrá que reconocer que existe una mayor apertura para que las mujeres ingresen a las carreras de medicina y profesiones afines pero no sucede lo mismo para continuar con su educación de posgrado o en la obtención de puestos de mayor responsabilidad. Existen algunos temores de que la incorporación

CUADRO III

| Delegaciones | Totales | | | Porcentajes | | |
|-----------------------|------------|-----------|------------|-------------|-------------|------------|
| | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total |
| Aguascalientes | 7 | 1 | 8 | 87.5 | 12.5 | 100 |
| Baja California | 4 | 4 | 8 | 50.0 | 50.0 | 100 |
| Baja California Sur | 4 | 3 | 7 | 57.1 | 42.9 | 100 |
| Campeche | 5 | 2 | 7 | 71.4 | 28.6 | 100 |
| Coahuila | 5 | 3 | 8 | 62.5 | 37.5 | 100 |
| Colima | 5 | 3 | 8 | 62.5 | 37.5 | 100 |
| Chiapas | 5 | 2 | 7 | 71.4 | 28.6 | 100 |
| Chihuahua | 6 | 1 | 7 | 85.7 | 14.3 | 100 |
| Durango | 8 | 0 | 8 | 100.0 | 0.0 | 100 |
| Guanajuato | 8 | 0 | 8 | 100.0 | 0.0 | 100 |
| Guerrero | 6 | 2 | 8 | 75.0 | 25.0 | 100 |
| Hidalgo | 7 | 1 | 8 | 87.5 | 12.5 | 100 |
| Jalisco | 4 | 4 | 8 | 50.0 | 50.0 | 100 |
| Estado de México | 6 | 2 | 8 | 75.0 | 25.0 | 100 |
| Ote. | 7 | 1 | 8 | 87.5 | 12.5 | 100 |
| Estado de México Pte. | 7 | 1 | 8 | 87.5 | 12.5 | 100 |
| Michoacán | 6 | 1 | 7 | 85.7 | 14.3 | 100 |
| Morelos | 6 | 2 | 8 | 75.0 | 25.0 | 100 |
| Nayarit | 8 | 0 | 8 | 100.0 | 0.0 | 100 |
| Nuevo León | 5 | 3 | 8 | 62.5 | 37.5 | 100 |
| Oaxaca | 5 | 3 | 8 | 62.5 | 37.5 | 100 |
| Puebla | 8 | 0 | 8 | 100.0 | 0.0 | 100 |
| Querétaro | 6 | 2 | 8 | 75.0 | 25.0 | 100 |
| Quintana Roo | 6 | 2 | 8 | 75.0 | 25.0 | 100 |
| San Luis Potosí | 5 | 3 | 8 | 62.5 | 37.5 | 100 |
| Sinaloa | 7 | 1 | 8 | 87.5 | 12.5 | 100 |
| Sonora | 5 | 3 | 8 | 62.5 | 37.5 | 100 |
| Tabasco | 5 | 2 | 7 | 71.4 | 28.6 | 100 |
| Tamaulipas | 2 | 6 | 8 | 25.0 | 75.0 | 100 |
| Tlaxcala | 4 | 3 | 7 | 57.1 | 42.9 | 100 |
| Veracruz Norte | 5 | 3 | 8 | 62.5 | 37.5 | 100 |
| Veracruz Sur | 4 | 3 | 7 | 57.1 | 42.9 | 100 |
| Yucatán | 7 | 1 | 8 | 87.5 | 12.5 | 100 |
| Zacatecas | 5 | 3 | 8 | 62.5 | 37.5 | 100 |
| 1 y 2 del D.F. | 6 | 3 | 9 | 66.7 | 33.3 | 100 |
| 3 y 4 del D.F. | 6 | 3 | 9 | 66.7 | 33.3 | 100 |
| TOTALES | 198 | 76 | 274 | 72.3 | 27.7 | 100 |

FIGURA 4



Referencias

⁴ Conferencia Económica para América Latina. Pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género. En: Panorama social de América Latina 2002-2003 (L/C/G.2209-P), 2004:23-33.

⁵ Vlassoff C, García-Moreno C. Placing gender at the centre of health programming: Challenges and limitations. Soc Sci Med 2002;54:1713-23.

⁶ Allen I. Women doctors and their careers: What now? BMJ 2005;331:569-72.





CUADRO IV

| | Totales | | | Porcentajes | |
|---------------------|---------|---------|-------|-------------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres |
| DTIES | 23 | 12 | 35 | 65.7 | 34.3 |
| Salud Pública | 28 | 7 | 35 | 80.0 | 20.0 |
| Áreas Médicas | 49 | 15 | 64 | 76.6 | 23.4 |
| Salud Reproductiva | 30 | 5 | 35 | 85.7 | 14.3 |
| Salud en el Trabajo | 24 | 11 | 35 | 68.6 | 31.4 |
| Educación en Salud | 23 | 12 | 35 | 65.7 | 34.3 |
| Investigación | 21 | 14 | 35 | 60.0 | 40.0 |
| Totales | 198 | 76 | 274 | 72.3 | 27.7 |

de las mujeres a la profesión médica provocará la pérdida de "status" profesional y del poder e influencia del gremio médico. El debate no radica en que exista una cuota equilibrada de las posiciones directivas, sino en realizar todos los esfuerzos necesarios para desterrar las actitudes y prácticas obsoletas que inhiben la contribución de las mujeres al campo de la salud.⁶

En el contexto global se puede decir que hay una feminización del mercado laboral institucional (manejada por mujeres), pero una masculinización en la dirección y administración de la institución (dirigida por hombres). Con la finalidad de dar igualdad de oportunidades a hombres y mujeres dentro de la institución es indispensable realizar, así como profundizar en este tipo de diagnósticos para poder ir cerrando las brechas y modificando las conductas que provocan dichas inequidades. Esperamos que este trabajo contribuya a la reflexión acerca de esta problemática al interior del IMSS, pero que también se extienda al resto de las instituciones en el sector salud y de las instancias gubernamentales. El mayor riesgo es dejar de contar con nuevas ideas y dinámicas de trabajo que hagan la administración y prestación de servicios de salud más eficientes y eficaces.

CUADRO V

| | 2000 | | | | 2004 | | | |
|------------|---------|----|---------|----|---------|------|---------|----|
| | Hombres | | Mujeres | | Hombres | | Mujeres | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Confianza | 23 143 | 52 | 21 733 | 48 | 18 491 | 52 | 17 271 | 48 |
| Base | 98 734 | 36 | 174 678 | 64 | 104 313 | 37 | 178 536 | 63 |
| Temporales | 1 999 | 52 | 1 827 | 48 | 503 | 46 | 600 | 54 |
| Becarios | 1 250 | 50 | 1 233 | 50 | 1 207 | 45 | 1 469 | 55 |
| Sustitutos | 12 935 | 31 | 28 619 | 69 | 10 655 | 33 | 21 853 | 67 |
| Residentes | 3 152 | 58 | 2 242 | 42 | 3 227 | 55 | 2 626 | 45 |
| | 141 213 | 38 | 230 332 | 62 | 138 396 | 38.4 | 222 355 | 62 |





Seguridad del paciente. Una disciplina necesaria

Evangelina Vázquez C.^{1*}

¹Campeona de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, de la Organización Mundial de la Salud.
^{*}http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/regional_champions/en/index.html

Introducción

Reducir los errores médicos ha sido una preocupación que se está convirtiendo en un asunto de interés internacional.

Basado en estudios de varios países se ha demostrado que existe un gran porcentaje de daños por error médico. De acuerdo con datos obtenidos en algunos países, por ejemplo en Australia, ocurren eventos adversos entre 10.6 a 16.6%¹ de las hospitalizaciones, en Canadá la tasa es de alrededor de 7.5%² y en Estados Unidos entre 3.2 y 5.4%.³⁻⁵ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la situación en los países en desarrollo amerita especial atención debido a que la falta de recursos humanos y materiales hacen que la probabilidad de eventos adversos sea mucho más alta que en las naciones industrializadas.⁶ En México, como en la mayoría de los países en desarrollo no se han implementado sistemas de reportes sobre eventos adversos en la atención a la salud, por ello no existen datos al respecto.

En respuesta, en octubre de 2004, la OMS estableció la Alianza para la Seguridad del Paciente, para mejorar la seguridad de éste tanto en países desarrollados, como en desarrollo.

Pacientes en Defensa de su Seguridad

La Alianza para la Seguridad del Paciente estableció seis áreas de acción.⁶ *Los Pacientes en Defensa de su Seguridad* es una de éstas[#] y tiene como objetivo asegurar que los pacientes y sus familias sean la parte central de los esfuerzos internacionales para mejorar la seguridad del paciente. La Alianza para la Seguridad del Paciente, es impulsada por personas como Susan Sheridan. Ella sufrió la pérdida de su esposo debido a cáncer no diagnosticado a tiempo y su hijo, Cal, sufrió ictericia no tratada y padece lesión cerebral por hiperbilirrubinemia (*kernicterus*).

El primer taller de *Los Pacientes en Defensa de su Seguridad* reunió a 24 personas que sufrieron daño por error médico y que han trabajado para mejorar la calidad en los servicios de salud. Ellos fueron seleccionados de diferentes partes del mundo para discutir la mejora en la seguridad del paciente a través del planeta.

En ese taller se consideró una nueva perspectiva del papel de los pacientes como agentes de cambio activos en la mejora de la

[#] Las otras cinco áreas son: 1. Desafío mundial (campana de prevención de infecciones nosocomiales). 2. Investigación de la seguridad del paciente. 3. Taxonomía de la seguridad del Paciente. 4. Reportando y aprendiendo para mejorar la seguridad del paciente y 5. Soluciones para reducir riesgos. En el siguiente periodo (2006-2007) se preparan 10 áreas de acción donde el desafío será sobre campañas por cirugías más seguras



calidad de los servicios de salud, lo cual puede ser considerado de gran relevancia histórica.

De las 24 personas, cinco mujeres, tres de Sudán, una de Australia y una de México participaron para proponer mecanismos que garanticen se respete el derecho a la salud materno-infantil.





Las participantes de Sudán trabajan por resolver la fuerte problemática de una razón de mortalidad materna de 509 por 100 000 nacidos vivos, una de las más altas en el mundo.

En el caso de Australia y México se observó, de acuerdo a la experiencia que compartieron, un problema sistemático de los sistemas de salud que llevan a causar daño por trabajo de parto prolongado, llevando a la muerte o a una lesión cerebral en el producto.

En el caso que expuso la autora de este ensayo referente a su propia historia, se observó que un error no corregido a tiempo, puede llevar a una especie de reacción en cadena, lo cual puede considerarse negligencia y no un simple error; su hijo, Uriel, tuvo lesión cerebral por sufrimiento fetal y, en gran similitud con el caso del hijo de Susan Sheridan, en el cual se cometieron los mismos errores, sufrió ictericia desatendida en el momento indicado, por lo que padece también kernicterus. Durante su estancia en el hospital Uriel padeció dos cuadros de septicemia, todo lo anterior se inició por no corregir desde el embarazo un error en su tipo de sangre, y no haber sido atendido adecuadamente, a pesar de mostrarles este error a tiempo, en un estudio de otro laboratorio. La observación principal personal sobre esta experiencia es la necesidad de un cambio en la educación médica.

El problema de una atención adecuada en el embarazo, parto y puerperio es como una moneda de dos caras, con la que está en juego no sólo la salud y vida de la madre, sino la del hijo también. La cifra de mortalidad materna en México es de 64.2 por cada 100,000 nacimientos vivos registrados (datos del 2004), de acuerdo a una estimación del Consejo Nacional de Población (CONAPO)⁷, las cifras varían substancialmente cuando se comparan las áreas rural y urbanas y, obviamente, las mujeres rurales presentan más riesgo de muerte materna^{8,9}. Las causas de la mortalidad materna están directamente relacionadas con la accesibilidad de los servicios de salud, con la oportunidad de las intervenciones, los costos implícitos y la calidad de los servicios obstétricos y perinatales. Así, las causas más importantes de muerte materna en el anteparto, parto y postparto⁷ (datos de 2004), fueron las hemorragias (24.8%), la hipertensión arterial (28.6%) y el aborto (6.9%). En el alumbramiento, a las dos primeras complicaciones se agrega el parto prolongado. Además,

durante el puerperio, las mujeres fallecen por infección,^{7,10} generalmente debida a una atención de parto no higiénica. Cuando la mujer tiene acceso a un sistema de atención con capacidad de evaluarla, apresurar el nacimiento o realizar una operación cesárea, el parto deja de ser una causa de muerte. Las complicaciones del puerperio son, casi sin excepción, consecuencias de una atención inadecuada.¹⁰ De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) la mortalidad materna es reconocida como un problema multifactorial que contempla la inequidad social y de género, la corresponsabilidad no sólo institucional sino familiar y comunitaria frente a la muerte materna, la falta de información efectiva sobre los cuidados de la mujer embarazada y de su hijo, y la necesidad de reforzar programas educativos para construir una cultura de la prevención de la muerte materna a todos los niveles. La mortalidad materna y mortalidad perinatal son manifestaciones evidentes de la inequidad y discriminación hacia la mujer. La mortalidad materna continúa siendo un problema prioritario en México y su importancia está subestimada; la mayoría de muertes maternas son evitables con la atención médica adecuada; la misma organización propone como una de las estrategias la promoción de la perspectiva infantil del derecho a tener una madre sana y viva que asegure su supervivencia, su crecimiento y desarrollo.

Aunque las cifras de muerte infantil han disminuido en México, aún, en la mayoría de casos esas muertes son prevenibles, situación que carece de justificación técnica o moral.¹¹⁻¹³ En este caso también se observan las diferencias regionales. A pesar de la disminución mencionada, México aún está lejos de las naciones desarrolladas, y el porcentaje de niños con discapacidad debida a una lesión al no recibir la atención adecuada en el nacimiento es desconocido. Más aún, los casos de *kernicterus*, el cual frecuentemente se confunde con otro tipo de parálisis cerebral, no están cuantificados y afectan al bebé causándole daño cerebral irreversible. La madre también puede ser afectada de forma indirecta pues, sino es atendida adecuadamente, un nuevo embarazo puede ser de alto riesgo. Lo extraño es que a pesar de que la afectación es grande y los costos para evitar ese daño son mucho menores, no sea digno de mayor atención. Además las mujeres no cuentan con la información adecuada para saber que el *kernicterus* empieza con ictericia unos días después del parto, generalmente cuando

Referencias

¹Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD et al. The Quality in Australia Health Care Study. *Med J Aust* 1995;163(9):458-71.

²Baker GR, Norton PG, Flintoff V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Can Med Assoc J* 2004;179(11):1678-86.

³Brennan TA, Leape LL, Laird N M, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study. *N Engl J Med* 1991;324(6):370-7.

⁴Leape LL, Brennan TA, Laird N, Hebert L, Newhouse JP, Lawthers AG et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324(6):377-84.

⁵Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB, Webb RK, Sexton E, Wilson RM et al. A comparison of iatronic injury studies in Australia and the USA I: Context, method, casemix, population, patient and hospital characteristics. *Int J Qual Health Care* 2000;2(5):371-8.

⁶World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2004.

⁷Lozano-Ascencio R, Nuñez-Urquiza RM, Duarte-Gómez MB, Torres-Palacios LM. Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio. México, DF: Consejo Nacional de Población; 2005.

⁸Godínez-Leal L. Persisten índices de mortalidad materna en México. México, DF: CIMAC; mayo de 2004.

⁹Castañeda M, Dfáz D, Espinosa G, Freyermuth G, Sánchez-Hidalgo D, de la Torre C. La mortalidad materna en México: cuatro visiones críticas. México, DF: FUNDAR; 2004.





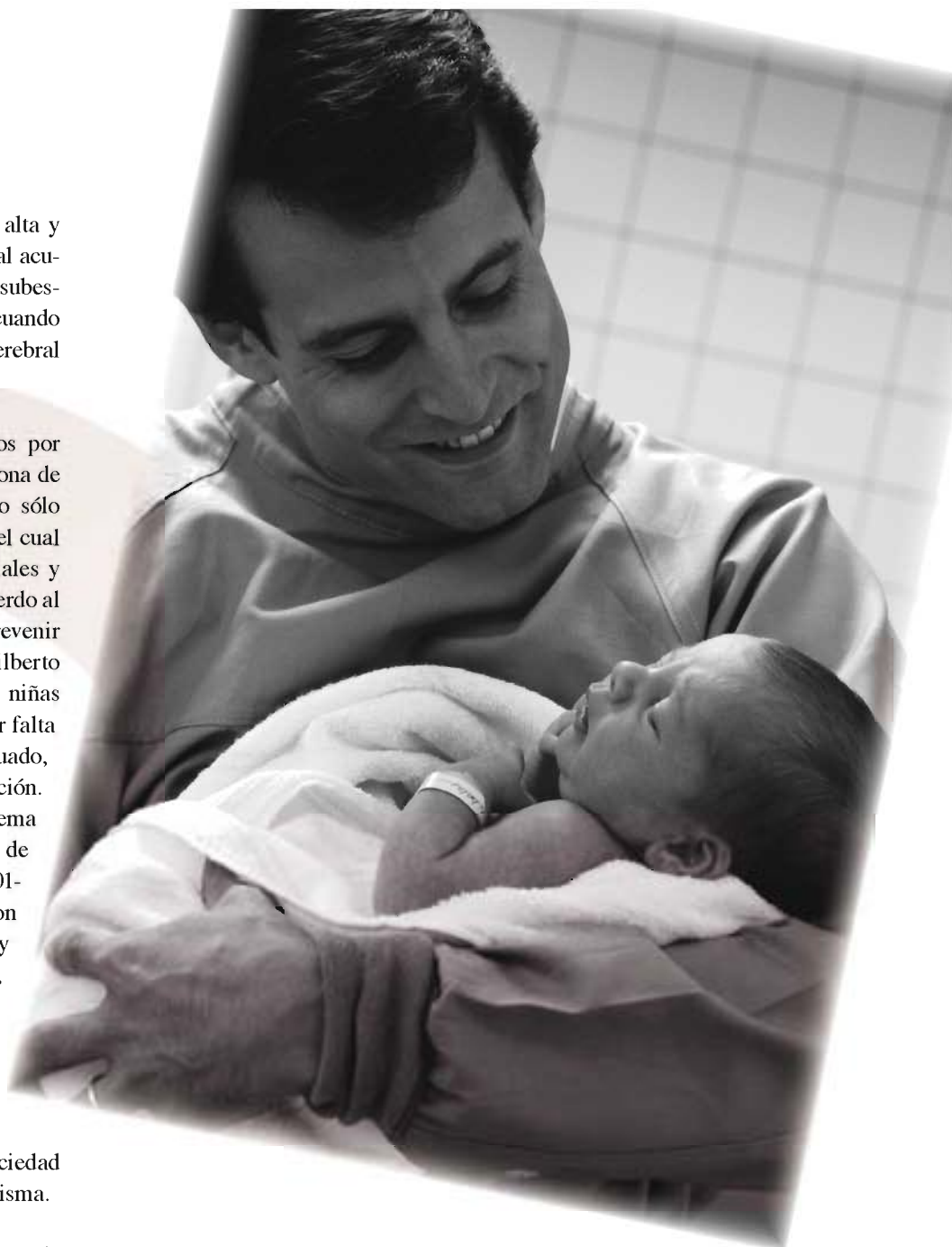
la madre y el bebé han sido dados de alta y quedan sin observación médica, y que al acudir a control, en general, el problema se subestima y se le indican sólo baños de sol, cuando ya el bebé inicia el proceso de daño cerebral irreversible.

El problema de generar discapacitados por una mala atención repercute en la persona de forma inconmensurable por cuanto no sólo existe el daño por la discapacidad por el cual el niño sufre limitaciones físicas, sociales y psicológicas inherentes, sino que, de acuerdo al Director del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), Gilberto Rincón Gallardo, sólo 2% de niños y niñas con discapacidad asiste a la escuela por falta de infraestructura y personal adecuado, negándoseles así el derecho a la educación. De acuerdo con un reporte del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en el período de 2001-2005, sólo se adoptaron seis menores con discapacidad, lo que refleja prejuicios y escasa cultura en materia de adopción, además del grave problema de la discriminación a los discapacitados, a los que se les condena a mala calidad de vida, a la segregación, se les niegan derechos elementales como el de la educación y de poder integrarse a la sociedad como parte productiva y activa de la misma.

Afortunadamente, el tema de la mejora en la calidad de los servicios de salud está siendo promovido de tal forma que permitirá, aunque sea a largo plazo, evitar en la medida de lo posible, casos de discapacidades por mala atención médica. El taller de *Pacientes en Defensa de su Seguridad* ha sido uno de esos trabajos.

Declaración de Londres.

Como resultado del taller realizado en noviembre del 2005 por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, se escribió la llamada declaración de Londres, que resume el trabajo del Taller, en la cual, *Los Pacientes en Defensa de su Seguridad* se comprometen a trabajar para crear conciencia en todas las partes involucradas en el mejoramiento en la calidad de los servicios de salud, enfatizando la participación los pacientes en ese trabajo. Uno de los asuntos más importantes que fue discutido fue el de enfocar la atención a los grupos más desprotegidos y discriminados como una lucha contra las desigualdades



sanitarias y se propuso crear redes con las instituciones, asociaciones y grupos que trabajan para ellos a nivel regional y mundial. Se asumieron retos, y se analizaron las prioridades, como la necesidad de iniciar sistemas de reportes lo más pronto posible, en las naciones en las cuales no han sido implementados. Una de las propuestas interesantes fue el estimular la creación de asociaciones civiles de pacientes como en algunos países como Estados Unidos y Canadá, que trabajan fuerte y conjuntamente con la OMS y otras organizaciones e instituciones involucradas en ese trabajo. A su vez se expusieron algunos trabajos realizados en México, como el Tribunal de los Derechos Reproductivos, en mayo de 1996, encabezado por la Red de Salud por las Mujeres del DF. y Salud Integral para la Mujer (SIPAM), donde participaron mujeres pacientes, como la autora de este trabajo, defendiendo el derecho materno infantil, representantes de instituciones de salud,

Referencias

¹⁰ Langer-Glas Ana. La mortalidad materna en México: la contribución del aborto inducido. En: Ortiz A, ed. Razones y pasiones en torno al aborto. México, DF: Edamex/Population Council; 1994: 149-53.

¹¹ Lattes AE, Farren M, McDonald J, comp. Salud, enfermedades y muerte de los niños de América Latina. Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO, IDRC; 1989.

¹² Hernández-Bringas HH. La mortalidad infantil en México durante los años de crisis. Cuernavaca, Morelos, México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM; 2001.

¹³ Rice-Buffer R, Serrano CV. Características de la mortalidad en la niñez. Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la niñez. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1973.





algunos miembros del legislativo, representantes de UNICEF y UNIFEM así como expertos en el tema.

Para concluir el trabajo del Taller de *Pacientes en Defensa de su Seguridad* redactaron la declaración de Londres que dice:

Pacientes en Defensa de su Seguridad Alianza Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente

Nosotros, *Pacientes en defensa de su seguridad*, prometemos ayudar a crear un mundo en el cual los errores de la atención de salud dañen a un menor número de personas. Nos hemos reunido en Londres del 27 al 30 de noviembre de 2005 para establecer una alianza, en un esfuerzo por reducir la enorme carga de daños evitables de la atención de salud. Nos acompañan constantemente riesgos e incertidumbres. Así pues, dialogamos y participamos en la atención de salud junto a los proveedores de ésta. Aunamos nuestras fuerzas como defensores de una atención de salud que cause menos daños, tanto en el mundo en desarrollo como en el mundo desarrollado.

Nosotros asumimos el compromiso de propagar nuestro mensaje de una persona a otra, de una ciudad a otra y de un país a otro. Tenemos derecho a una atención de salud segura, y no dejaremos que continúe la cultura actual del error y la negación. Pedimos honradez, franqueza y transparencia. Convertiremos la reducción de los errores de la atención de salud en un derecho humano básico que proteja la vida humana en todo el mundo.

Nosotros, *Pacientes en defensa de su seguridad*, seremos la voz de todos los pacientes, pero especialmente de aquellos a los que no se oye. Juntos, como aliados, colaboraremos para:

- Concebir y fomentar programas en favor de la seguridad del paciente y la capacitación de los pacientes.
- Mantener e impulsar un diálogo constructivo con todos los asociados implicados en la seguridad de los pacientes.
- Establecer sistemas para informar sobre los daños relacionados con la atención de salud y ocuparnos de ellos, en todo el mundo.
- Definir prácticas óptimas relacionadas con los daños de todo tipo causados por la atención de salud y promover estas prácticas en el plano mundial.

En honor de quienes han fallecido, de quienes han quedado discapacitados y de nuestros seres queridos, pondremos el máximo empeño en lograr que todas las personas que reciben atención de salud gocen de la máxima seguridad posible, lo antes posible. Así se concreta nuestro compromiso de colaboración.

17 de enero de 2006 (versión en español, realizada por la Organización Panamericana de Salud).

Recientemente se realizó un segundo taller, a nivel regional, donde se discutieron puntos en concreto para las Américas. En este taller se reunieron, además de pacientes, otros profesionistas relacionados con el tema. En él se discutieron también los retos y prioridades para la región, se reflejó la misma necesidad que en taller de Londres, de transparencia en los sistemas de salud respecto a la frecuencia de eventos adversos. Este taller fue un primer paso de encuentros de pacientes y asociaciones de éstos con otras personas que trabajan en la seguridad del paciente, como representantes de instituciones, asociaciones de abogados, y otros grupos, lo cual resultó enriquecedor y que sentó las bases para una interacción y diálogo más general sobre este tema.



Conclusiones:

Existe la necesidad de crear propuestas que permitan cambios en la Atención a la salud, presento algunas de ellas:

La Seguridad del Paciente se propone como una disciplina de estudio como La Seguridad en Aviación. Debe ser una cátedra obligatoria en la carrera de Medicina que incluya Bioética, Responsabilidad legal ante la violación de los derechos de los pacientes, entre otros temas.

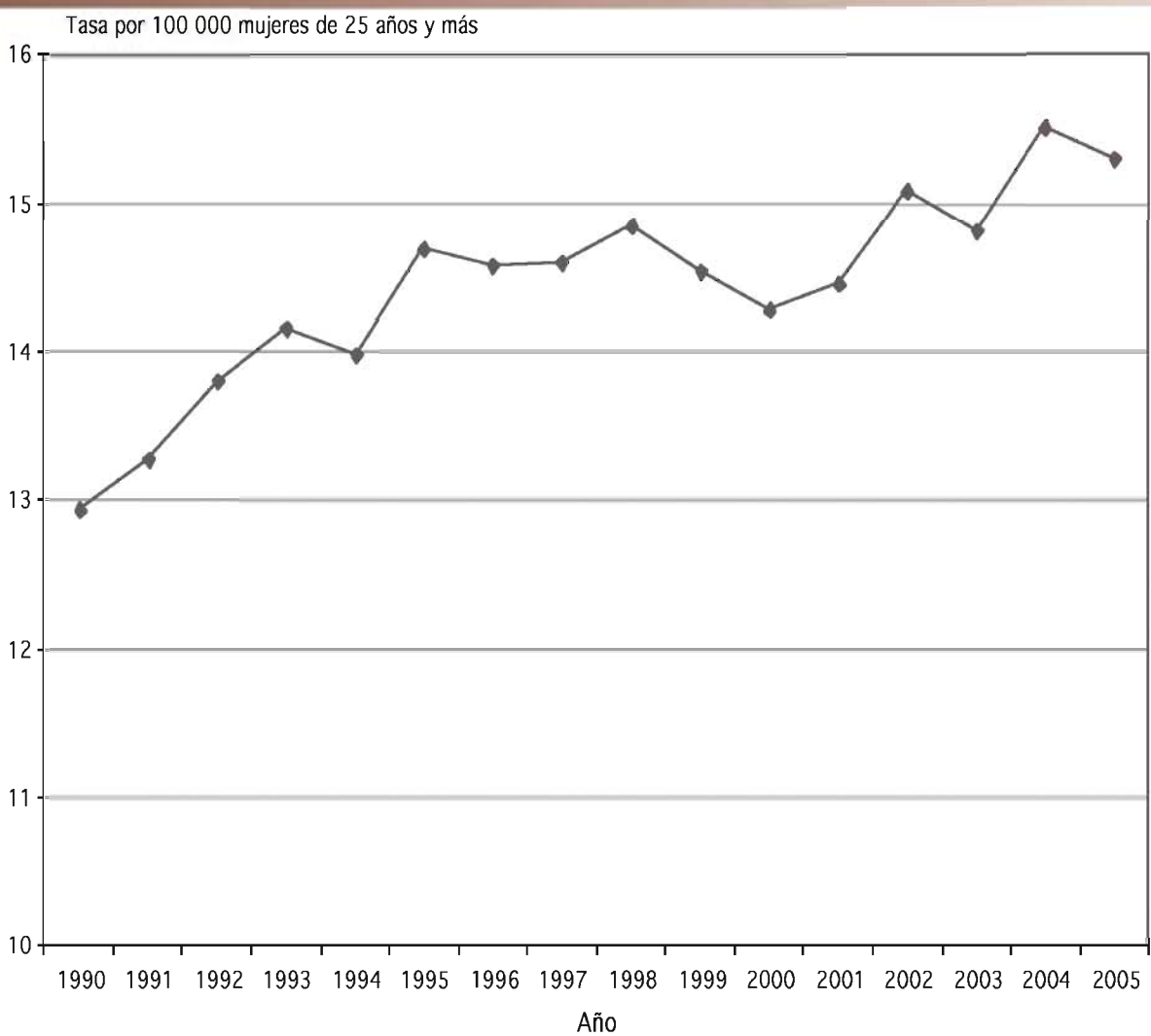
Considerar que el papel de los pacientes como agentes activos en la mejora de la calidad de los servicios de salud permitiría un enfoque más amplio de la problemática y permitiría encontrar soluciones más realistas. Los pacientes, más aún los que han sufrido un daño tienen una visión distinta al médico de lo ocurrido en una situación adversa y suele percatarse de detalles que el personal médico a veces no percibe. Un análisis desde una visión más general aprovechando la experiencia conjunta, puede ser reflejada en la mejora en la calidad de los servicios médicos.

Considerar que el deterioro en la calidad de los servicios de salud afecta a los grupos más vulnerables como mujeres, niños, grupos étnicos, gente de bajos recursos, y que la inequidad de género y discriminación son factores importantes a trabajar para solucionar este grave problema.



PARA DESCIFRAR

Mortalidad por cáncer de mama, 1990-2005



Fuente: Base de datos de defunciones 1990-2005. INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050

La tendencia en la tasa de mortalidad por cáncer de mama es ascendente, sin embargo se aprecia un descenso del valor para 2005 en comparación con 2004.

NOTIGÉNERO

NOVIEMBRE

LX Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, AC
Soluciones locales a retos globales
Quinta sesión temática: Mortalidad materna en México
Lugar y fecha: Boca del Río, Veracruz, del 20 al 25 de noviembre de 2006

DICIEMBRE 2006

V Simposio internacional de enfermedades cerebrovasculares ictus2006. 1er. Simposio centroamericano y del caribe de neurosonología
Lugar y fecha: Palacio de Convenciones, La Habana, Cuba, del 28 de noviembre al 1º de diciembre de 2006. Informes: <http://cencomed.sld.cu/ictus2006/#inscripcion>

XIX Congreso mundial de diabetes

Lugar y fecha: Cape Town, South Africa, del 3 al 7 de diciembre de 2006.
Organiza: International Diabetes Federation. Teléfono: +32 (2) 543-1631.
Fax: 538-5114. Correo electrónico: WorldDiabetesCongress@idf.org
Web: <http://www.idf2006.org/>

FEBRERO

VI Congreso internacional de informática en salud. Redes y conocimientos en acción

Lugar y fecha: La Habana, Cuba, del 12 al 16 de febrero de 2007.
Organizan: El Ministerio de Informática y Comunicaciones y el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. Temáticas: informática y servicios de salud, nuevas tecnologías de la información y la práctica clínica, gestión del conocimiento y la información para la salud, internet, redes y servicios web en función de la salud, informática, sociedad y salud.
Informes: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. INFOMED.
Calle 27 No. 110 entre M y N, Vedado, Ciudad Habana, CP 10400, CUBA.
Teléfonos: (537) 832-4402 y 55-3890.
Fax: (537) 833-3063.
Correo electrónico: informaticasalud@infomed.sld.cu
Web: <http://www.informatica2007.sld.cu/>

X Congreso de metodología de las ciencias sociales y de la salud

Lugar y fecha: Barcelona, España, del 6 al 9 de febrero de 2007. Organiza: Asociación Española de Metodología de las Ciencias del Comportamiento
Informes: Secretaría X Congreso, Departamento Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, Campus Mundet, P. Vall d'Hebron, 171, 08035-Barcelona. Teléfono: +34 93 312 50 81. Fax: +34 93 402 13 59. Web: <http://161.116.7.111/xcongreso>

7º Encuentro nacional de salud y medicina de la mujer

Lugar y fecha: Palacio de Congresos de Madrid, España, del 21 al 23 de febrero de 2007. Organiza: Instituto Palacios. Dirección: Instituto Palacios, Antonio Acuna, 9 28009 Madrid, España. Teléfono: 91.578.05.17. Correo electrónico: ipalacios@institutopalacios.com Web: www.institutopalacios.com

7th Meeting of the International Society for the Study of Women's Sexual Health Lugar y fecha: Orlando, FL, EUA, del 22 al 25 de febrero de 2007. Sede: Hotel Hilton Walt Disney World Resort. Web: www.isswsh.org

MARZO

II Congreso internacional salud y trabajo

Lugar y fecha: La Habana, Cuba, del 12 al 16 de marzo de 2007. Temática: Medicina Ocupacional. Más información: Dra. María Esther Linares Fernández. Teléfono: (537) 6-438343. Fax: (537) 6-438341. Correo electrónico: saludtrabajo@infomed.sld.cu

Curso de capacitación y formación en nutrición y diabetes

Lugar y fecha: Buenos Aires, Argentina, del 1 de marzo de 2007 al 1 de marzo de 2009. Organiza: Fundación Escuela para la Formación y Actualización en Nutrición y Diabetes (FUEDIN), Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, USAL, Buenos Aires, Argentina. Tucumán 1845, 3er piso. (C1050AAK). Buenos Aires, Argentina. Web: <http://www.fuedin.org>

9th Congress on controversies in obstetrics, gynaecology and infertility (COGI)

Lugar y fecha: Palau de Congressos de Catalunya, Barcelona (España), del 22 al 25 de Marzo de 2007. Organiza: COMTECMED, Medical Congresses. Correo electrónico: cogi9@comtecmed.com Web: www.comtecmed.com/cogi/cogi9

19th World congress on fertility and sterility

Lugar y fecha: Durban, Sudáfrica, del 29 de marzo al 3 de Abril de 2007. Contacto: Turner Conferences, P O Box 1935 Durban, 4000 South Africa. Teléfono: +27 31 3321451. Web: www.iffs2007.org.za

IV Coloquio internacional de la historia de mujeres y de género en México.

Lugar y fecha: Zamora, Michoacán, México, del 15 al 17 de marzo de 2007. Organiza: Red de Investigador@s sobre la Historia de las Mujeres y de Género en México. Sede: El Colegio de Michoacán. Informes a la siguiente dirección de correo electrónico: 4congresomujeres@colmich.edu.mx

XII Congreso de investigación en salud pública

Lugar y fecha: Cuernavaca, Morelos, México, del 7 al 9 de marzo de 2007. Organiza: Instituto Nacional de Salud Pública. Web: http://www.insp.mx/congreso/inf/s_congreso4.php

2nd. World Congress on gender-specific medicine and aging: The endocrine impact

Lugar y fecha: Roma, Italia, del 8 al 11 de marzo de 2007. Sede: Atahotel Villa Pamphilia. Organizan: The Academy for Gender-Specific Medicine and Aging, European Society for Gynecologic and Obstetric Investigation, Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM), International Academy of Cosmetic Dermatology (IACD), International Academy of Human Reproduction, International Society for Gynecological Endocrinology. Web: www.gendermedicine.com

4th International symposium on diabetes and pregnancy

Lugar y fecha: Estambul, Turquía, del 29 al 31 de marzo de 2007. Sede: Hotel Hilton Estambul. Cumhuriyet Caddesi, Harbiye, Istanbul, Turkey, 34367. Web: <http://www.kenes.com/dipo7/gen.asp>

