



2013 Vol. 11 Núm. 1 Enero - Abril

GÉNERO Y SALUD *en Cifras*

Enero - Abril

ISSN: 1870-5146
Volumen 11
Núm. 1
2013



El corazón de las mujeres

Masculinidades y cáncer genital

Evolución y distribución del gasto en salud reproductiva. México 2003-2010

Ser médica y mujer: un privilegio

Colección Matices

www.cnegsr.gob.mx

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa."

Género y Salud en Cifras

www.cnegsr.gob.mx



CENTRO NACIONAL
DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA



SECRETARIA DE SALUD

GÉNERO Y SALUD *en Cifras*

VOL. 11 • NÚM. 1

Enero- Abril

SECRETARIA DE SALUD

Mercedes Juan López

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Pablo Kuri Morales

SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Luis Rubén Durán Fontes

CONSEJO DIRECTIVO

Prudencia Cerón Mireles

Aurora del Río Zolezzi

COMITÉ EDITORIAL

Héctor Ávila Rosas

Raffaella Schiavon Ermani

Ivonne Szasz Pianta

Ma. Beatriz Duarte Gómez

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Cecilia Robledo Vera

Olivia López Sánchez

Dubravka Mindek Jagic

Luis Botello Lonngi

SECRETARÍA TÉCNICA

Cecilia Robledo Vera

Ma. del Socorro Martínez Cervantes

Alejandra Oyosa Romero

Comentarios y Correspondencia:

gysenc@gmail.com

GÉNERO Y SALUD *en Cifras*, AÑO 11 NÚM 1, enero - abril 2013 es una publicación cuatrimestral editada y distribuida por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Secretaría de Salud. Homero 213, 3er. Piso, Colonia Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, C. P. 11570, México, D.F., Tel + (55) 2000 3500, ext. 59132 y 59186, www.cnegsr.gob.mx. Editora responsable: María del Socorro Martínez Cervantes. Coeditora/correctora de estilo: Alejandra Oyosa Romero. Diseño editorial: María Adriana García Hernández. Impreso por: Impresora y Encuadernadora Progreso, S.A. de C.V. (IEPSA) Calzada San Lorenzo, 244; 09830, México, D.F. Este número se terminó de imprimir en el mes de diciembre de 2013 con un tiraje de 4000 ejemplares. Los materiales publicados son responsabilidad de sus autoras/es. Cualquier parte de los contenidos e imágenes, puede ser reproducida, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y sea utilizada sin fines de lucro. Indizada en la base de datos periódica del Centro de Información Científica y Humanística (CICH), de la Universidad Nacional Autónoma de México, y registrada en Latindex (Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal).

Presentación

Dra. Aurora del Río Zolezzi, Directora General Adjunta de Equidad de Género
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Artículos

Evolución y distribución del gasto en salud reproductiva. México 2003-2010 **3**
Mtro. Julio Montañez-Hernández, Dra. Leticia Ávila-Burgos, Dra. Lucero Cahuana-Hurtado, Mtra. Belkis Aracena Genao

El corazón de las mujeres **11**
Dra. Débora Tajer

Masculinidades, intimidad y relaciones afectivas. Experiencias con el cáncer genital en varones del Distrito Federal **15**
Mtro. Francisco Eduardo Viveros Pérez

Descifr3mo5 **29**

Para compartir **33**
Ser médica y mujer: un privilegio
Dra. Patricia Volkow Fernández

Reseña **37**
Colección Matices
Mtra. Yoloxóchitl Casas Chousal

Día Mundial de la Lucha Contra el Cáncer **45**
Lo que toda mujer necesita saber de la mastografía

Notigénero **50**

Invitación a publicar **54**

Arte en portada:

“Lo que se encuentra en mi corazón”.

Técnica mixta, óleo y acrílico (2012)

Karla Aurora Estrada Torres

Artista plástica y audiovisual. Perfeccionó su dominio de las técnicas de óleo, dibujo, acuarela, gouache, pastel, texturización acrílica y técnica mixta en la Universidad de Miami, Florida y es fundadora de la Galería *StradaStudio* en Cuernavaca, Morelos en donde imparte talleres de Arte-terapia como forma de expresión de las emociones, combinándolos con música, poesía y conceptos espirituales básicos para trascender diversas enfermedades emocionales y, al mismo tiempo, envolver a los participantes en el asombroso arte de crear.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENTRO NACIONAL
DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA



Presentación

Tras 10 años de crecimiento, **GÉNERO Y SALUD en Cifras** afianza los cimientos que le dieron vida para transitar a una nueva etapa de su desarrollo como revista de divulgación científica y académica que alimenta el interés, la participación y el conocimiento en los temas de salud y violencia desagregados por sexo y analizados con perspectiva de género.

Los esfuerzos han dado frutos y cada vez se extiende más el compromiso de diversas disciplinas para aplicar esta mirada en los fenómenos de salud y violencia con abordajes cualitativos y/o cuantitativos.

En este tránsito hacia su madurez, **GÉNERO Y SALUD en Cifras** ha transformado su fisonomía. Presenta a partir de ahora un formato tamaño carta, más cómodo y manejable con un diseño renovado que invita a la lectura y abona -como es la pretensión de toda publicación- para una fácil y accesible consulta de sus contenidos.

Encabeza este volumen un análisis descriptivo sobre un tema de singular importancia la *Evolución y distribución del gasto en salud reproductiva. México 2003-2010* elaborado por un grupo de especialistas del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública que resume algunos de los principales hallazgos de los ejercicios de estimación de gasto en salud reproductiva y equidad de género realizados. Su objetivo es presentar la composición del gasto en salud reproductiva según los distintos esquemas de financiamiento de la salud y cómo evolucionó durante el periodo citado.

El artículo tiene la virtud de responder a las preguntas clave: quién paga qué, en qué se gasta y quiénes se benefician, al presentar muy acertadamente el comportamiento de los incrementos y disminuciones de los gastos públicos y privados en este rubro.

Tema sin duda relevante que da pauta a merecidos análisis subsecuentes sobre otros aspectos necesarios de explorar, como el gasto en salud reproductiva por entidad federativa, con otros indicadores sociodemográficos y epidemiológicos que permitan analizar cómo se traducen las políticas en acciones concretas.

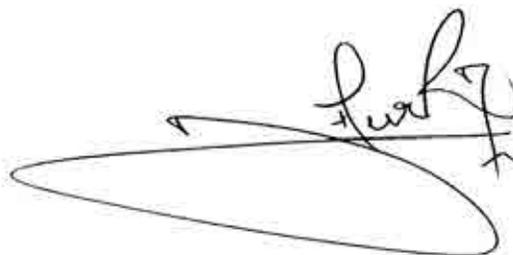
El corazón de las mujeres, es un ensayo presentado por la Dra. Débora Tajer, especialista en salud pública y estudios de género en la Universidad de Buenos Aires, Argentina, que de manera puntual nos invita a repensar el modo específicamente femenino como se manifiesta la enfermedad coronaria y sus implicaciones desde el momento de la consulta hasta el tratamiento, lo que suele tener como efecto que las y los médicos tardan en diagnosticar adecuadamente esta patología en el caso de las mujeres, dificultando su eficaz atención en etapa temprana.

Complementa las páginas centrales el trabajo *Masculinidades, intimidad y relaciones afectivas. Experiencias con el cáncer genital en varones del Distrito Federal* de Francisco Eduardo Viveros Pérez, maestro en Estudios de Género por el Colegio de México y especialista en temas de masculinidad, quien propone a través de un estudio empírico con pacientes en tratamiento de cáncer genital del Instituto Nacional de Cancerología, que las relaciones y vínculos afectivos juegan un papel fundamental en las emociones de estos varones y en la (re) significación de su masculinidad, incorporando así, nuevos elementos para el análisis e interpretación de la masculinidad.

En la sección "Para compartir", Patricia Volkow Fernández, subdirectora de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento del Instituto Nacional de Cancerología comparte con nuestros lectores y lectoras su ponencia intitulada *Ser médica y mujer: un privilegio* cuyo testimonio muestra las inequidades que afloran en todos los ámbitos cuando la mirada de género explora la cotidianidad de las mujeres.

Además de las consabidas secciones "Descifr3mo5" con datos estadísticos que complementan el panorama ofrecido en los temas centrales y "Notigénero" con las actividades de interés para el sector, ofrecemos en este número, una reseña de los cinco volúmenes que conforman la colección *Matices*, publicada por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred).

Su propósito es acercar el tema de la discriminación a la sociedad mediante las reflexiones de hombres y mujeres de trayectoria y presencia pública notables en la política, la academia, el arte, el espectáculo y la literatura de nuestro país, quienes nos aproximan al tema con su mirada enriquecedora. Los títulos son: *Género y democracia*, *Dos mundo bajo el mismo techo*, *Caminos por la igualdad*, *Ellas...por ellos* y *Miradas a la discriminación*.



Dra. Aurora del Río Zolezzi
Directora General Adjunta de Equidad de Género
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Evolución y distribución del gasto en salud reproductiva. México 2003-2010

Mtro. Julio Montañez-Hernández, Dra. Leticia Ávila-Burgos, Dra. Lucero Cahuana-Hurtado, Mtra. Belkis Aracena-Genaoⁱ

Investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)



Yessica Sánchez Rangel

Introducción

A pesar de su tendencia decreciente en el tiempo, el nivel de la Razón de Mortalidad Materna (RMM), indicadora de inequidad social,¹ ha sido un objetivo de política de salud en nuestro país. Por ello, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)^{ii,2,3} México se comprometió a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo que significaría pasar de 89 muertes maternas por 100 mil Nacidos Vivos Estimados (NVE) en 1990 a 22 muertes en 2015,³ lo que requeriría una disminución promedio de 5.2 muertes por 100 mil NVE.

En el periodo 1990-1999, la RMM en México fue en promedio 84.3%, y su tasa de disminución

promedio fue de 1.0%.ⁱⁱⁱ En 2000, la RMM nacional era de 72.6% y la distribución de la misma estaba relacionada con la pobreza en el país.⁴ Así, en entidades de mayor pobreza, como Guerrero y Oaxaca, la RMM era de 1.6 veces el promedio nacional, mientras que en entidades con mayor desarrollo, como Nuevo León, esta razón fue 32% menor.⁴

Ante esta situación, desde el año 2000 las autoridades gubernamentales se dispusieron a reforzar y coordinar las acciones dirigidas a reducir la mortalidad materna. De este modo, en 2001 se creó el Comité Nacional del Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV);⁵ se firmó en 2006 el Acuerdo del H.

ⁱ Correspondencia: julio.montanez@insp.mx; leticia.avila@insp.mx; lucero.cahuana@insp.mx; belkis.aracena@insp.mx

ⁱⁱ Quinto Objetivo del Milenio: mejorar la salud materna. Meta: reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes

ⁱⁱⁱ En 1990 la RMM era de 89 muertes por 100 mil Nacidos Vivos Estimados y en 1999 era de 81.0

Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para la atención de mujeres sin acceso a la seguridad social⁶ y se inició el programa de Planificación Familiar y Anticoncepción 2007-2012.⁶ En 2008 se implementó la Estrategia de Embarazo Saludable,⁷ y en 2009 se firmó el Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas.³

En paralelo, a partir de 2003, el sistema de salud mexicano vivió un proceso de reforma financiera cuyo objetivo fue aumentar el gasto en salud, reducir brechas en el gasto público para población con y sin seguridad social, así como entre entidades federativas e instituciones de salud. En 2004 entró en funcionamiento el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuyo brazo operativo, el Seguro Popular (SP), es dirigido a atender y expandir la cobertura de los servicios de salud, principalmente a la población de escasos recursos no cubierta por la seguridad social.⁸ Este sistema integró paulatinamente actividades relacionadas con la salud materna, que fueron cubiertas bajo sus diferentes modalidades de financiamiento, entre los que destaca el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), en el que se incorporó la atención de recién nacidas/os complicados y de cáncer cérvico uterino en 2005,⁹ el Seguro Médico para la Nueva Generación (SMNG) en 2006 y el de cáncer de mama en 2007.¹⁰

La ejecución de las acciones antes mencionadas requirió la inversión de recursos públicos que, se presume, modificaron los niveles, composición y distribución del gasto. Por ello, el análisis de la información de estos datos es relevante para dar seguimiento financiero a las políticas y así responder a preguntas clave como: quién paga qué, en qué se gasta y quién se beneficia del gasto público y privado. Para este fin, en 2004 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en colaboración con el Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), inició la elaboración de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género (CSRyEG), esfuerzo que se ha sistematizado y convertido en un mecanismo para dar seguimiento financiero a las políticas relacionadas con el tema.

Este documento resume algunos de los principales hallazgos de los ejercicios de estimación de gasto en salud reproductiva y equidad de género realizados; y tiene como objetivo presentar la evolución y composición del gasto en salud reproductiva^{iv} (SR) según los distintos esquemas de financiamiento de la salud durante el periodo 2003-2010.

Material y métodos

Las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género se componen de una serie de matrices que describen el flujo anual de fondos en la producción de actividades de salud reproductiva en el territorio nacional.^{11,12,13}

Entre las actividades incluidas en la definición de salud reproductiva se encuentran las relacionadas con salud materno-perinatal, planificación familiar, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata, violencia intrafamiliar y equidad de género, y patologías benignas de útero, mama y próstata.

Para fines de este documento, el gasto en SR fue agrupado por esquemas de financiamiento siguiendo los criterios establecidos en el Sistema de Cuentas en Salud 2011 (SHA, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁴ Los esquemas considerados y los agentes que lo incluyen se presentan en el cuadro 1.

La información que se presenta proviene de las matrices Agente financiador^v por Función^{vi} publicadas de 2003 a 2010.¹⁵ Para realizar la comparación temporal de los montos anuales de gasto, éstos se convirtieron a pesos del 2010 utilizando las tasas de inflación publicadas por el Banco de México.¹⁶

Se presenta el gasto en SR considerando dos ejes analíticos. El primero describe el gasto total, el gasto público y el privado, y su contribución en el Producto Interno Bruto (PIB). Ello permite observar la dinámica del gasto y apreciar si la misma responde a cambios en la economía del país.

^{iv} Se entiende por gasto en SR a los recursos consumidos en la ejecución de las estrategias dirigidas a contribuir con el ejercicio de una vida sexual, reproductiva y post-reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con respeto a los derechos y a la libre decisión de las personas.

^v Agentes financiadores: entidades receptoras y concentradoras de los recursos financieros suministrados por las fuentes de financiamiento, y que deciden la orientación final de los fondos.

^{vi} Funciones de salud: acciones y servicios encaminados a la producción de salud (curativos, de rehabilitación, de enfermería y auxiliares a la persona; prestación de servicios de salud a la comunidad o de salud pública, y rectoría).

Cuadro 1

Esquemas de financiamiento considerados en el cálculo del gasto en salud reproductiva y equidad de género

Sector	Esquema de financiamiento	Comprende	Agentes financiadores incluidos
Público	Planes y programas de gobierno	Gasto del gobierno para población que no tiene acceso a algún esquema de financiamiento.	Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (Sesa) y el programa IMSS Oportunidades. ^{vii, 17}
	Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	Esquema de afiliación voluntaria destinado principalmente a población de escasos recursos y sin seguridad social.	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)
	Seguridad social	Gasto de los sistemas contributivos obligatorios.	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). ^{viii}
Privado	Agentes privados		Gasto de bolsillo de los hogares, ^{ix} seguros privados y organizaciones de la sociedad civil.

Fuente: Elaboración propia con base en los criterios del Sistema de Cuentas en Salud 2011, de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Un segundo eje presenta el gasto en SR por esquemas de financiamiento y permite observar los montos erogados en cada esquema y sus variaciones en el periodo analizado. Todos los datos de gasto se expresan en miles de millones de pesos (mmdp).

Para realizar comparaciones entre los diferentes esquemas de financiamiento, el gasto fue ajustado por el número de beneficiarias, que se definen como las mujeres de 15 a 64 años, a las cuales se dirigen principalmente las acciones de salud reproductiva.^x Este gasto se expresa en pesos de 2010.

Resultados

El gasto total en SR se redujo en 4% en 2010 respecto a 2003, pasando de 45.0 a 43.2 mmdp constantes (Gráfica 1). A lo largo del

periodo, el gasto total en SR experimentó oscilaciones importantes. Los años en los que se observó mayor gasto fueron 2005 y 2007, que coinciden con la inclusión del tratamiento para cáncer cérvico uterino y de mama en el FPGC y con el lanzamiento del SMNG.

El gasto de los agentes públicos presentó, a excepción de 2006 y 2009, un incremento sostenido entre 2003 y 2010, al pasar de 25.2 mmdp a 32.3 mmdp, respectivamente. El gasto privado se redujo 45% en el mismo periodo, pasando de 19.8 mmdp en 2003 a 10.9 mmdp en 2010 (Gráfica 1).

Por otra parte, el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) destinado a actividades vinculadas con SR mostró una disminución constante en el periodo, pasando de 0.49% en 2003 a 0.33% en 2010 ^{xi, 18} (Gráfica 1).

^{vii} El IMSS Oportunidades es un programa del gobierno federal que tiene como objetivo principal otorgar servicios integrales de salud gratuitamente a personas en desventaja social y económica que habitan en comunidades apartadas.

^{viii} No se incorporan en esta estimación la información proveniente de los servicios de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Secretaría de Marina (Semar) y Petróleos Mexicanos (Pemex) debido a la dificultad de recopilar información proveniente de las mismas.

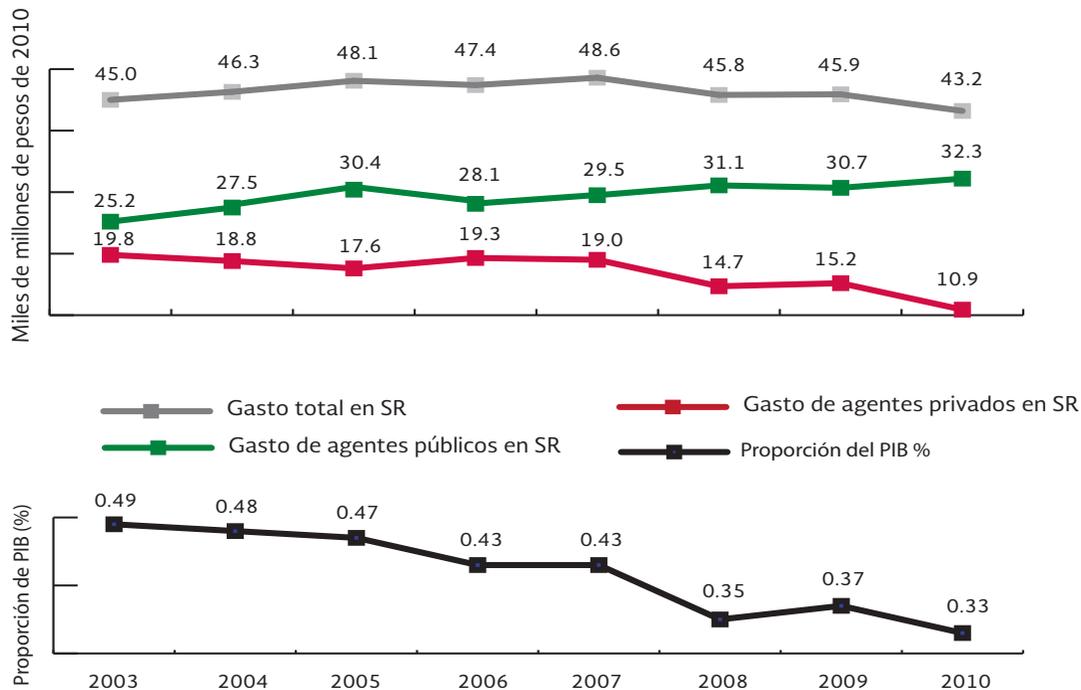
^{ix} La principal fuente de información para estimar el gasto de los hogares en salud es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), la cual se levanta cada dos años. En la serie de gasto 2003-2010 se utilizaron las ENIGH 2002, 2004, 2006, 2008 y 2010. En los años intermedios (2003, 2005, 2007, 2009) para las estimaciones del gasto de los hogares se utilizó el gasto estimado en la última ENIGH corregida por la inflación acumulada en el año inmediato anterior.

^x Aunque se reconoce que las acciones en SR también se dirigen a los hombres, el monto desembolsado para su atención sólo representa 1.2% del gasto total.

^{xi} El PIB de 2003 fue de 10 213 mmdp y el de 2010 fue de 12 403 mmdp (precios de 2010). Es decir, en proporción del PIB, el gasto en SR se redujo debido a un crecimiento del PIB del 21.4%.

Gráfica 1

Gasto total público y privado en salud reproductiva y gasto total como proporción del PIB. México, 2003-2010. Miles de millones de pesos de 2010



Fuente: Ávila et al. Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. Estimación 2010 y comparativo 2003-2010

El cuadro 2 presenta la composición del gasto en SR por esquemas de financiamiento. A diferencia de la tendencia decreciente del gasto total en salud reproductiva, el ejercido por los planes y programas del gobierno aumentó 62% entre 2003 y 2010. De manera similar, el gasto del SPSS se incrementó a medida que fue expandiendo su

cobertura, pasando de 0.4 mmdp en 2004 a 3.9 mmdp en 2010. El monto del gasto de la seguridad social no presentó cambios significativos en el periodo analizado. En contraste, el gasto privado se redujo en el tiempo, por lo que el monto desembolsado en 2010 representó sólo 55% del observado en 2003.

Cuadro 2

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por esquema de financiamiento. México, 2003-2010. Miles de millones de pesos de 2010

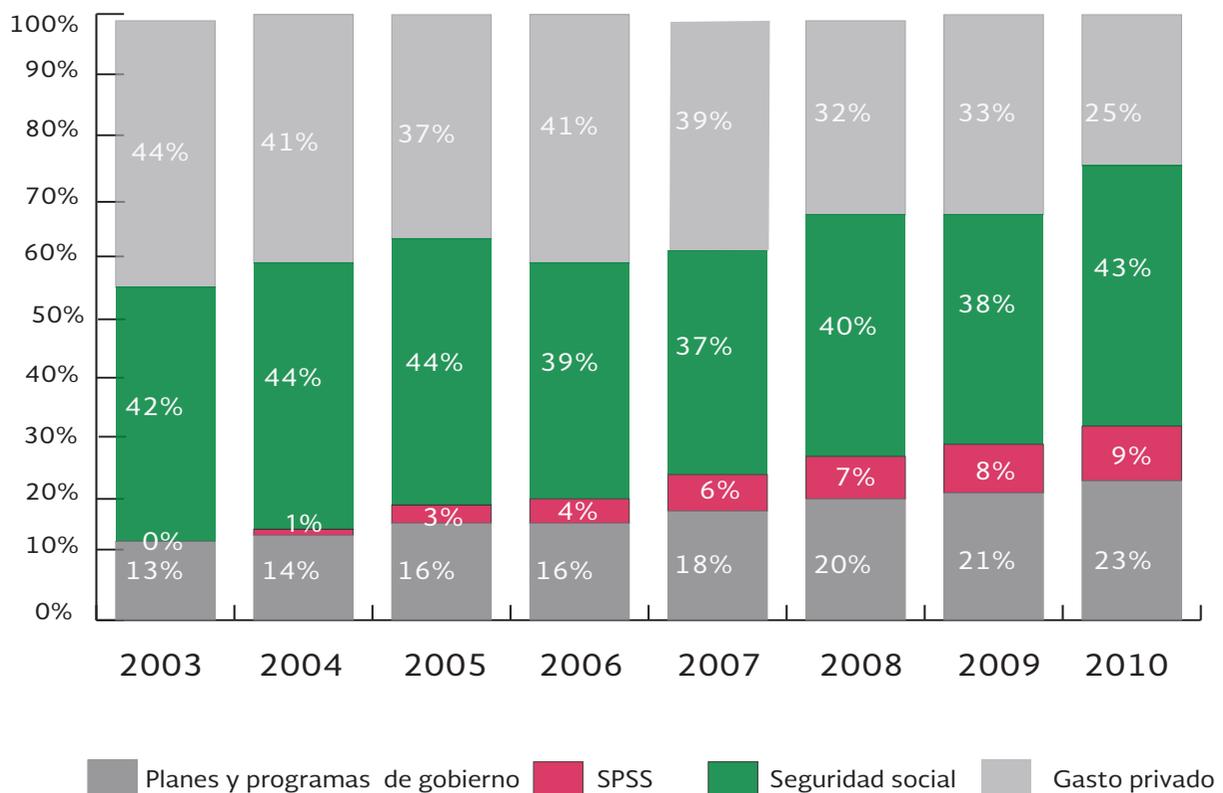
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Planes y programas de gobierno	6.1	6.6	7.9	7.6	8.7	9.4	9.5	9.9
SPSS		0.4	1.2	2.1	2.9	3.2	3.5	3.9
Seguridad social	19.1	20.6	21.3	18.4	17.9	18.5	17.7	18.5
Gasto privado	19.8	18.8	17.6	19.3	19.0	14.7	15.2	10.9
Gasto total en salud reproductiva	45.0	46.3	48.1	47.4	48.6	45.8	45.9	43.2

Fuente: Ávila et al. Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. Estimación 2010 y comparativo 2003-2010.

La gráfica 2 muestra el comportamiento temporal de la contribución de los diversos esquemas de financiamiento en el gasto total. En 2003 el gasto privado fue el principal agente financiador, representando 44% del gasto ejercido, seguido por la seguridad social. Las reducciones del gasto privado observadas en 2008 y 2010 implicaron que este agente

sólo contribuyera con la cuarta parte del gasto en SR en 2010. Por el contrario, el incremento del gasto del SPSS y de los planes y programas del gobierno reflejó su mayor participación en el gasto. La contribución de la seguridad social mostró oscilaciones en el periodo manteniendo un promedio de 41%.

Gráfica 2
Contribución porcentual en el gasto en salud reproductiva y equidad de género por esquema de financiamiento. México, 2003-2010



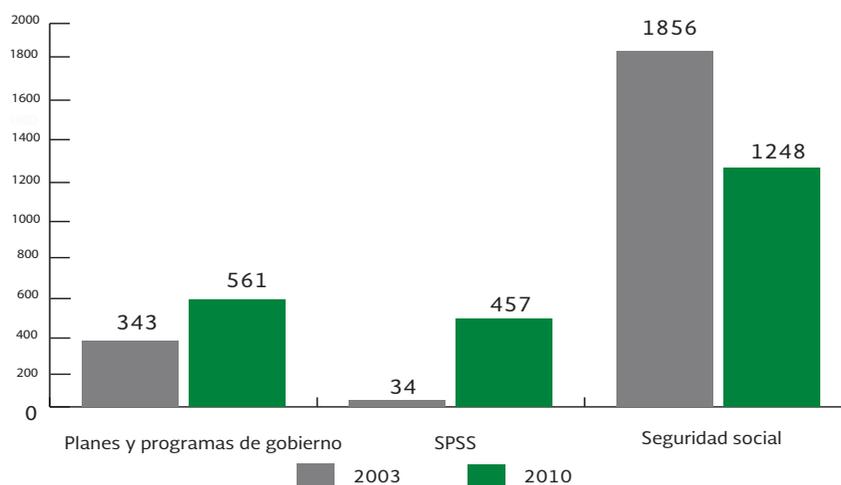
Fuente: Elaboración propia con información de Ávila et al. Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. Estimación 2010 y comparativo 2003-2010.

La Gráfica 3 presenta la variación del gasto en SR por beneficiaria según esquema de financiamiento en los años 2003 y 2010. En el transcurso de los ocho años analizados, el gasto anual por beneficiaria de los planes y programas de gobierno aumentó en 63%, pasando de 343 a 561 pesos en el periodo 2003-2010 debido al incremento real de 70% en el presupuesto destinado para estos fines¹⁹. Por otro lado, el

monto por beneficiaria desembolsado por el SPSS^{xii} creció sostenidamente, pasando de 34 pesos en 2004 (año en el que inició operaciones) a 457 pesos en 2010, cifra comparable a la presentada por los planes y programas de gobierno en el mismo año. En el ámbito de la seguridad social, el gasto por beneficiaria disminuyó en 33%, al pasar de 1856 pesos en 2003 a 1248 en 2010.

^{xii} En el caso del SPSS, la figura 3 compara 2010 y 2004, año de inicio de este agente financiador

Gráfica 3
Gasto en salud reproductiva por mujer entre 15 y 64 años
según esquema de financiamiento. México, 2003 y 2010. Pesos de 2010



Fuente: Elaboración propia con información de Ávila et al. Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. Estimación 2010 y comparativo 2003-2010.

Comentarios finales y recomendaciones

La comparación del gasto en SR entre el primer año del periodo analizado, 2003, y el último año, 2010, muestra un decremento de 4% en términos reales, que se explica a través de las variaciones en el gasto de los agentes públicos y privados. Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que el primero se comporta de manera opuesta al gasto privado: mientras el gasto público aumentó 28% en 2010 respecto a 2003, el segundo se redujo en 45%.

En cuanto a la caída del gasto privado, se explica principalmente por la reducción del gasto de los hogares. En efecto, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) reporta que el gasto trimestral promedio de los hogares en cuidados de la salud se redujo en 13.6% entre 2008 y 2010.^{xiii,20,21} Otra posible explicación para esta reducción, puede atribuirse al efecto protector del SP.

Así, análisis a mayor profundidad a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, muestran que el SP reduce en 36% la probabilidad de que los hogares incurran en gastos en salud equivalentes a 30% o más del gasto total del hogar, y que el efecto protector es superior en hogares con mayores necesidades de salud, al tener integrantes con diabetes, hipertensión o algún evento hospitalario.^{xiv}

En el periodo analizado, el gasto público en SR registró aumentos atribuibles principalmente al incremento constante, tanto del gasto de los programas y planes de gobierno, como del SPSS. Ello refleja la congruencia de los gobiernos con su compromiso de incrementar la inversión en acciones de salud orientadas a la reducción de la mortalidad materna y de las brechas de gasto entre esquemas de aseguramiento.

Por su parte, el incremento en el gasto del SPSS es explicado, principalmente, por el crecimiento expansivo de la afiliación.^{xv} Adicionalmente, la

^{xiii} De acuerdo al INEGI, el gasto corriente total de los hogares se redujo en 1.7% entre los años 2008 y 2010, reducción que abarcó rubros como la alimentación, vivienda y salud en 3.1%, 6.7% y 13.6% respectivamente. Adicionalmente, la caída de 12.3% del ingreso promedio trimestral por hogar, así como la caída del número de trabajadores permanentes afiliados al IMSS en 0.5% y 2.0% en los periodos 2007-2008 y 2008-2009 respectivamente, sugiere que las variaciones mencionadas pueden ser efecto de cambios en las variables macroeconómicas atribuibles a la crisis.

^{xiv} Ávila-Burgos L, Servan-Mori E, Wirtz V, Sora-Rubí S, Salinas A. Efecto del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos: ENSANUT 2012. Cartel presentado en: 15 Congreso de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, México 6-8 de marzo 2013.

^{xv} Es pertinente mencionar que los montos transferidos al SPSS se hacen por número de afiliados.

inclusión del cáncer cérvico uterino, de mama y de cuidados intensivos neonatales en el FPGC²², aunado al incremento paulatino en el número de casos cubiertos, se ha visto reflejado en el aumento real del gasto del FPGC de 0.161 mmdp en 2005 a 2.140 mmdp en 2010.¹⁶

El gasto de la seguridad social presentó poca variación en el periodo 2003-2010. Esta conducta es producto de los cambios en dos variables. La primera se refiere a la tasa de crecimiento del presupuesto ejercido por instituciones de seguridad social, cuyo comportamiento fue errático en el periodo, en particular, después de la reforma del IMSS de 2004.^{xvi,12,23} La segunda puede explicarse por el decremento en el número de días estancia relacionados con actividades en salud reproductiva, lo cual es reflejo de diferentes cambios implementados en los procesos de atención de las instituciones de seguridad social.¹¹ Por lo anterior, el gasto promedio de la seguridad social fue de 19 mmdp desembolsados anualmente durante el periodo de análisis.

En lo concerniente al gasto por beneficiaria, los resultados obtenidos en el presente estudio dan cuenta de un mayor gasto dirigido a la población sin acceso a la seguridad social y que es cubierta por los planes y programas de gobierno y por el SPSS, así, la tasa de aumento del gasto en mujeres sin acceso a la seguridad social fue superior al reportado en las mujeres con seguridad social.^{11,24}

En 2003, el gasto conjunto para las mujeres sin seguridad social (planes y programas del gobierno y SPSS) no representó más que la quinta parte del gasto destinado a las mujeres con seguridad social. En 2010, en cambio, el monto desembolsado para las mujeres sin seguridad social se incrementó y fue similar al gasto de la seguridad social, traduciéndose en una disminución de las brechas en el gasto de los esquemas.

El análisis de la composición del gasto por esquema de financiamiento permite observar las variaciones en la participación de diferentes agentes en el gasto total en SR que es reflejo de la ejecución de acciones dirigidas a la reducción de la mortalidad materna. De lo anterior, se podría inferir que las diversas estrategias, planes y acuerdos implementados

permitieron amortiguar una reducción mayor en el gasto en SR y reducir las brechas de gasto entre poblaciones de ambos esquemas (con y sin seguridad social). Sin embargo, debido al diseño de este análisis descriptivo, no es posible estimar la magnitud del efecto real de las diversas estrategias implementadas en SR. Estudios posteriores deberán dirigirse a analizarlo y a cuantificar la repercusión del SPSS en el gasto de los hogares relacionado con rubros como la atención del embarazo o parto.

Aún queda por explorar la relación entre el gasto por entidad federativa en SR con otros indicadores sociodemográficos y epidemiológicos, como la marginación y la RMM. Asimismo, se deberá abordar en el análisis del gasto por funciones de salud, según tipo de esquema, lo relativo a la prevención y promoción de la salud reproductiva.

A pesar de la experiencia obtenida, la estimación del gasto en salud reproductiva y equidad de género continúa con problemas de subestimación, en lo relativo al gasto de los hogares, debido a que no existe información del gasto vinculado a otros padecimientos diferentes del embarazo y parto, como la atención de los cánceres. No obstante, la continuidad de la serie y su comparabilidad a través de ocho años, ha permitido documentar cambios en el sistema como la implementación del SPSS, la cobertura de la atención del cáncer cérvico uterino y de mama a través del FPGC, el inicio de la Estrategia Embarazo Saludable y la firma del Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

Se espera que la continuidad de la serie de gasto contribuya con evidencia para entender cómo diversas estrategias implementadas en salud reproductiva modifican niveles y composición del gasto. Por otra parte, el seguimiento de los avances para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio demanda ya la generación de indicadores de gasto que permitan analizar cómo se traducen las políticas en acciones concretas.²⁵



^{xvi} En pesos de 2010, las variaciones presupuestales del IMSS reportadas en porcentajes han sido las siguientes: 17.9, -3.2,-4.5, 1.3,-1.6, 5.7 y 7.4 en los años 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010, respectivamente.

Referencias bibliográficas

- Borghi J, Somanathan A, Lissner C, Mills A. Mobilizing financial resources for maternal health. *The Lancet* [en línea]. 2006 [Consultado enero 2013];368(9545): 1457-1465. Disponible en: [http://DOI:10.1016/S0140-06736\(06\)69383-5](http://DOI:10.1016/S0140-06736(06)69383-5)
- Organización de las Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011*. New York: ONU; 2011.
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. *Informe de Avances 2010*. [libro electrónico]. México: Presidencia de la República; 2011.
- Secretaría de Salud. *Sistema Nacional de Información en Salud*. México: Secretaría de Salud; 2013 [Consultado marzo 2013]. Disponible en http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2000.pdf
- Programa de Acción Específico 2007–2012. *Arranque Parejo en la Vida*. México: SPSS; 2012.
- Observatorio de la Mortalidad Materna en México. *Programas en marcha*. México: OMM; 2013 [Consultado marzo 2013]. Disponible en <http://www.omm.org.mx/index.php/programas.html>
- Secretaría de Salud. *Quinto informe de labores*. México: Secretaría de Salud; 2012 [Consultado junio 2012]. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/publicaciones.html>
- Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados Enero-Junio 2012*. México: Seguro Popular. Secretaría de Salud; 2013 [Consultado enero 2013]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/informes2012.pdf>
- Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud: elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
- Instituto Nacional de Salud Pública. *Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2007*. Cuernavaca: INSP/SSA; 2008.
- World Bank, World Health Organization, United States Agency for International Development. *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries*. Vancouver: World Health Organization; 2003.
- Merino-Juárez MF, Alarcón-Gómez M, Lozano-Ascencio R. *Manual del sistema de cuentas nacionales y estatales de salud*. México, DF: Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud; 2004.
- Ávila-Burgos L, Cahuana-Hurtado L, Pérez-Nuñez R, Aracena-Genao B, Vázquez-Meseguer V. *Desarrollo de Subanálisis de Cuentas en Salud. El caso de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género en México*. México: Fundación Mexicana para la Salud AC. Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
- Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, WHO (2011). *A System of Health Accounts*. European Union; OECD. Eurostat. World Health Organization; 2011.
- Ávila-Burgos L, Montañez-Hernández JC, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genao B. *Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2010 y evolución del gasto 2003-2010*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
- Banco de México. *Calculadora de inflación*. México: Banco de México; 2013 [Consultado enero 2013]. Disponible en: <http://www.banxico.gob.mx/polmoneinflacion/servicios/calcDelInflacion/calcDelInflac.html>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. México (Homepage en Internet): IMSS; 2013 [Consultado septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/programas/Pages/index.asp>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Indicadores macroeconómicos de coyuntura [base de datos en Internet]*. México: INEGI; 2013. [Consultado marzo 2013]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/BIE/Default.aspx?Topic=0&idserPadre=1020003500700050#D1020003500700050>
- Secretaría de Salud. *Boletín de Información Estadística*. 30(4). México, DF: Secretaría de Salud; 2010 [Consultado julio, 2012]. Disponible en: http://sinais.salud.gob.mx/descargas/zip/bie30_vIV.zip
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadística: Población, hogares y vivienda*. México [base de datos en Internet]. México: INEGI; 2012 [Consultado noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. *Memoria Estadística 2010 [CD-ROM]*. México: IMSS; 2011.
- Sistema de Protección Social en Salud. *Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico 2010*. [CD-ROM]. México: SPSS; 2011.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. *Ejercicio Fiscal 2010 [CD-ROM]*. México: IMSS; 2011.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadística: Población, hogares y vivienda. Censo de Población y Vivienda 2010 [base de datos en Internet]*. México: INEGI; 2012 [Consultado noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx/>
- Pan American Health Organization/World Health Organization. *Latin American Center for Perinatology and Reproductive Health. Plan of action to accelerate the reduction of maternal mortality and severe maternal morbidity: monitoring and evaluation*. Uruguay: CLAP/WR; 2012.

EI corazón de las mujeresⁱ

Dra. Débora Tajerⁱⁱ

Profesora adjunta de Introducción a los Estudios de Género,
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA),
especialista en Salud Pública.

¿Qué está pasando con las mujeres y su salud hoy? ¿Cómo se va construyendo el riesgo de enfermedad coronaria en ellas? ¿Es igual al de los varones o hay una forma específicamente femenina relacionada con los cambios que han ocurrido –en los últimos años– en los papeles de las mujeres en la sociedad?



ⁱ El texto está basado en el libro Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres escrito por Débora Tajer en 2009.

ⁱⁱ Correspondencia: dtajer@psi.uba.ar

Desde hace varios años, estamos investigando en la Universidad de Buenos Aires (UBA)ⁱⁱⁱ si existe un modo específicamente femenino en la construcción del riesgo de la enfermedad coronaria en mujeres de distintos sectores sociales de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. También nos preocupa saber cómo son atendidas, tanto en el sector público como en las obras sociales y el servicio de prepagas cuando presentan signos de enfermedad coronaria.

De nuestras indagaciones plasmadas en los estudios “Género y construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes” y “Mujeres, varones y enfermedad cardiovascular. Aportes epidemiológicos desde la salud mental y la perspectiva de género a la explicación de la incidencia diferencial por sexos de enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes”,^{iv} entre otros, encontramos que el riesgo psicosocial de las mujeres es diferente al de los varones y que existen, a su vez, diferencias entre mujeres de diversos sectores socioeconómicos.

Las mujeres con afecciones coronarias de sectores económicos bajos, entrevistadas para estos estudios epidemiológicos cualitativos de caso-control,^v presentaron patrones de género tradicionales: están casadas en primeras nupcias, la maternidad es el eje central de sus vidas y desempeñan un trabajo como amas de casa, o bien, como empleadas domésticas.

Estas características han sido consideradas hasta ahora como “factores de protección” para las mujeres frente a este tipo de enfermedades, al suponer que no compiten por el éxito ni trabajan fuera del hogar en tareas estresantes y, por lo tanto, no se parecen a los hombres. Sin embargo, son sobreexigidas y presentan el “síndrome de la supermujer” que define a las que se perciben y actúan como imprescindibles y multifuncionales.

Esto es propio de los sectores populares urbanos: mujeres que viven con una economía de subsistencia pensando que ellas deben resolverlo todo. El empeoramiento de las

condiciones de vida del país las expone a situaciones “sin salida”, generándoles mucha angustia, sobre todo, si tienen gran dificultad para soportarla sin sentirse desbordadas por estas condiciones.

Las mujeres de sectores medios-altos con afecciones cardíacas se caracterizan porque no pueden parar, tienen una clara percepción de lo que está aconteciendo, pero sienten que no pueden evitarlo. Su ritmo de vida es muy apurado, con dificultad para articular las diferentes áreas de su cotidianidad, pues sus rasgos de personalidad suelen ser perfeccionistas y omnipotentes. Por lo tanto, la entrada de estas mujeres a la modernidad y al mercado laboral asalariado *full time*, se presenta en el marco de una suma de conflictos para enfrentar: trabajo, familia, desarrollo personal, requerimientos estéticos vigentes, etcétera, que las hace mantener una autoexigencia muy elevada aunque sientan que pueden “morir en el intento”.

Las supermujeres de este sector social, en lugar de flexibilizar ideales y acoplar sus áreas de acción, establecen una sumatoria de aspiraciones al máximo. Suelen trabajar solas, lo cual acrecienta la sobrecarga de exigencias, ya que se trata de personas que no pueden controlar por sí mismas estas situaciones para evitar el daño.

¿Son masculinas? No, son mujeres que “pagan el costo” de haber construido su autonomía en un mundo donde el modelo valorizado es el masculino. Por lo tanto, el estrés de estas mujeres en el ámbito del trabajo debe ser comprendido como un fenómeno más complejo que estar expuestas a los mismos imperativos que los varones. Se les demanda actuar como hombres en el ambiente laboral –considerado como un universo masculino –que no reconoce sus características ni su desarrollo profesional, al desvalorizar sus capacidades, pedirles el doble, estimulándolas a ser como hombres y luego acusarlas de haber perdido la “feminidad”.

ⁱⁱⁱ Equipo conformado por las licenciadas Graciela Reid, Josefa Cernadas, María Isabel Barrera y Alejandra Lo Russo, entre otras/os colaboradoras/es del Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA.

^{iv} Dichos estudios fueron la base del libro *Heridos corazones*.¹ En el primero, participaron además de Cernadas, Barrera y Lo Russo, Mercedes López, Xavier Imaz y Cecilia Mélez; en tanto que en el segundo, lo hicieron Daniel Vega y Paola Albertano, junto con Cernadas y Barrera. Ambos trabajos fueron coordinados por Débora Tajer.

^v Se entrevistaron 116 personas (84 varones y 32 mujeres) de entre 35 y 55 años, internadas en un hospital público y en clínicas privadas de Buenos Aires. La mitad con enfermedad coronaria (ingresadas luego de un infarto agudo de miocardio o un episodio de angina inestable) y el resto, pacientes sin patología coronaria comprobable.



Yessica Sánchez Rangel

¿Las y los especialistas en cardiología tratan diferente a los pacientes varones que a las pacientes mujeres? ¿Estas diferencias tienen algún efecto negativo en el diagnóstico y atención de las mujeres? ¿Se puede hacer algo al respecto?

Según el análisis de datos provenientes de la Encuesta sobre Infarto de la Sociedad Argentina de Cardiología (1996 y 2000), las mujeres que han padecido un infarto reciben menos estudios de coronariografías que los varones con el mismo perfil. Tales estudios permitirían establecer diagnósticos más precisos para ellas, así como una menor indicación de trombolíticos y angioplastía como métodos de tratamiento.

Por otra parte, mueren más mujeres por infarto, que varones por la misma causa. La explicación más extendida de este hecho es que las mujeres se infartan en promedio 10 años después que los varones; por lo tanto, la causa sería la mayor edad de ellas. Sin embargo, el análisis de los datos destierra esta hipótesis al revelar que la mayor

mortalidad de las mujeres se presenta en todas las edades, lo cual lleva a buscar la explicación con una mirada más integral.

Con tal objetivo, se llevó a cabo la investigación “Equidad de género en la calidad de la atención de pacientes cardiovasculares”,^{vi} en la que se entrevistó a especialistas en cardiología de hospitales públicos, clínicas privadas y nosocomio de la comunidad de la ciudad de Buenos Aires.

Esta pesquisa evidenció que se diagnostica y se trata diferente a los pacientes varones que a las pacientes mujeres con problemas coronarios. Tales diferencias se advierten en varios niveles.

El hecho de que la enfermedad coronaria sea más frecuente en varones, sumado a que la misma patología en mujeres se presenta de manera menos específica, incide en el comportamiento médico. Las y los médicos

^{vi} Directora de la investigación, Débora Tajer; asesora, Ana María Fernández; equipo: Graciela Reid, Mariana Gaba, Nicolás Idígoras, María Fernanda Giralt Font, Mercedes Cicalessi y Clara Attardo junto con Cernadas, Vega, Barrera y Lo Russo.

tienden a tratar a todos los pacientes, hombres y mujeres, tomando como patrón el modo en que se presentan los cuadros coronarios en la población masculina, desestimando en general, las peculiaridades presentadas en las mujeres para la misma enfermedad.

Existe dificultad en el personal médico para pensar y actuar clínicamente según el modo de enfermar de mujeres y hombres, motivo por el cual, la diferencia de género tiende a transformarse en inequidad en la calidad de la atención.

Este hecho ha sido estudiado y se le ha llamado “Síndrome de Yentl” (tomado del personaje de Barbra Streisand en la película con el mismo nombre, basada en una historia de Isaac Bashevis Singer) que sostiene que en salud las mujeres deben comportarse, enfermarse y consultar como lo hacen los varones, pues ser o enfermarse diferente a ellos, las llevará a ser tratadas como pacientes de segunda clase.

La presentación inespecífica de los síntomas coronarios, que es el modo típico en que se manifiestan estos problemas en las mujeres, suele tener como efecto que las/os médicos tardan en diagnosticar adecuadamente esta patología en el caso de las mujeres, dificultando su atención eficaz en etapa temprana.

Por otra parte, el reducido tiempo dedicado a cada paciente durante la consulta, como consecuencia de las presiones institucionales para acelerar la cantidad de tareas, dificulta más esta situación, puesto que se requiere de entrevistas más extensas en las pacientes mujeres para realizar un diagnóstico diferencial adecuado y no confundirlo con síntomas digestivos, como ocurre a menudo.

Las y los profesionales señalan que las pacientes son más quejas generalmente, lo cual dificulta el interrogatorio médico. A esto se ha sumado que las mujeres tienen dificultad para realizar consultas tempranas en esta área, pues no se consideran a sí mismas como grupo de riesgo, debido al imaginario social de que se trata de una enfermedad “sólo de hombres”. Por el contrario, ellas suelen estar más entrenadas para detectar y consultar las enfermedades del aparato reproductivo.

Esto plantea la necesidad de realizar campañas de información dirigidas a las mujeres sobre su modo específico de riesgo coronario que permitan fomentar la consulta precoz.

Estos sesgos médicos, sumados al modo de consulta típico de las mujeres, generan un diagnóstico tardío, aumentando el riesgo en una patología en la que, durante los últimos años, se ha avanzado mucho en la intervención oportuna.

Las mujeres suelen consultar tempranamente en el ámbito general de los servicios de salud, pero acuden con menos frecuencia a cardiología, ya que no se perciben como grupo de riesgo. En contraposición, una vez diagnosticadas, acatan y se adhieren más al tratamiento que los hombres.

¿Se puede producir algún cambio?

Resulta esperanzador que las y los médicos entrevistados coincidan en sus expectativas a futuro acerca de la necesidad de cambiar su actitud profesional. Consideran necesario contar con mayor información sobre los modos específicos de enfermar, de consultar y de como deben ser atendidos, tanto los varones como las mujeres, dentro de la capacitación en la especialidad. Esto ayudaría a establecer diagnósticos más precisos y contribuiría al acompañamiento y tratamiento de las personas con trastornos cardiacos.



Referencia bibliográfica

1. Tajer D. Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires: Paidós; 2009.

Masculinidades, intimidad y relaciones afectivas. Experiencias con el cáncer genital en varones del Distrito Federal

Mtro. Francisco Eduardo Viveros Pérezⁱ

Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
Maestro en Estudios de Género por El Colegio de México A.C.

Introducción

En este trabajo se presentan testimonios recabados en algunos de los “encuentros” que tuve y sistematicé en una investigación de maestríaⁱⁱ sobre los procesos de (re)significación de la(s) masculinidad(es) de individuos con cáncer genital en el Distrito Federal. La investigación se realizó en los meses de junio, julio y agosto de 2011 en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) a partir de entrevistas semiestructuradas con 21 hombres (obreros, campesinos, profesionistas y comerciantes) quienes se encontraban en proceso de diagnóstico, tratamiento o curación del cáncer genital. El propósito de este documento es presentar un panorama que permita comprender cómo las emociones y las relaciones afectivas integran, dan forma, (re)estructuran y (re)construyen relaciones y prácticas de género, que vinculadas a sus interacciones familiares, laborales y económicas configuraron y dieron nuevos significados a las masculinidades de los individuos que entrevisté.

En ese sentido, el interés -o la necesidad- de explorar las emociones de estos pacientes respecto al cáncer genital, responde a una búsqueda de elementos para (re)pensarlas fuera de las explicaciones psicobiológicas, las cuales les otorgan un carácter de “percepciones sensoriales” como si fuesen una función puramente corporal o en el caso que nos

atañe, una respuesta “obvia” a la experiencia del cáncer, para reconocer las implicaciones sociales, culturales y de género, que las dotan de sentido y, sobre todo, de prácticas que poseen un lugar dentro de la cotidianidad y la subjetividad de los entrevistados.

Así, de los relatos expuestos, procuré presentar un panorama situacional de sus vivencias con el cáncer genital en correspondencia con las experiencias acumuladas¹ en su vida cotidiana, sus relaciones afectivas y sus prácticas diarias. Me propuse comprender cómo estas experiencias se articularon con las construcciones de sus “identidades” y con los posicionamientos y los significados en torno a sus relaciones de género con las demás personas, en los contextos y relatos particulares.

El contexto del cáncer genital y las masculinidades. Un primer encuentro con la intimidad

En las diferentes investigaciones en torno a los procesos de construcción y (re)configuración de la(s) masculinidad(es), algunos de los ejes que se han problematizado, inicialmente en los años 70 en los países anglosajones, se refieren al cuestionamiento que los varones comenzaron

ⁱ Correspondencia: franviv01@hotmail.com

ⁱⁱ El título de la investigación es: Masculinidad y cáncer. La (re)significación de la(s) masculinidad(es) en las experiencias del cáncer genital, realizada en la maestría en Estudios de Género, en El Colegio de México.

a realizar en torno a su “identidad como hombres”. Como expresa Burin,² estos varones han puesto su *identidad en crisis*, marcada por diferentes procesos que han mostrado algunas reconfiguraciones en las mentalidades, dadas principalmente por los cambios en las posiciones subjetivas, sociales y genéricas de los hombres y las mujeres. Así, algunos de los procesos que dan cuenta de los cambios de mentalidad para resignificar sus identidades masculinas, su hombría y su virilidad, han puesto en duda el principio político y filosófico de un basamento *hegemónico de la masculinidad*, el cual no permite ni considera pertinente aceptar alteraciones o transformaciones corporales, de poder y de privilegios que atenten en contra del orden estructurado y de prestigios que los sustentan.³

Considerando lo anterior, en este trabajo se presentan, más que “un escenario de crisis” respecto a los sentidos y significados de las “identidades masculinas” de los hombres que acudieron al INCAN, los diferentes escenarios de relación en donde los reencuentros con sus vínculos afectivos con las/os demás y con ellos mismos constituyeron un “factor común”, ya que, como plantea Beatty,⁴ las emociones dan forma a las experiencias, configuran situaciones, caracterizan a las personas y nos enseñan dónde estamos “existencialmente en una historia”.

De acuerdo con López Sánchez⁵ las emociones al igual que el sexo y el género son representaciones que poseen diferentes significaciones en los contextos de las prácticas y experiencias sociales, por lo que podemos comprender en los relatos aquí expuestos, la importancia que tienen en los procesos de significación de su masculinidad, ciertas relaciones intra e intergenéricas que se van (re)pensando ante

los diferentes escenarios de curación, atención y cuidado del cáncer genital.

Uno de los primeros elementos para comprender cómo las emociones, la intimidad y el miedo al rechazo toman un lugar primordial en las significaciones de las masculinidades, es la experiencia del cáncer en relación con el cuerpo. Éste representa el elemento esencial que posibilita la integración de una identidad masculina a partir de organizar, –siguiendo a Connell-⁶ una esfera masculinizada de producción material en donde se define a la mayoría de los hombres como sujetos masculinos. Esta situación engloba diferentes relaciones de género, tanto con ellos mismos como con las mujeres, al vincular espacios de acción en los cuales el cuerpo representa la “evidencia” de que cada uno de ellos tiene un papel en la configuración de los sistemas de valores morales, que definen y articulan las características socialmente construidas de lo que es “ser hombre”

No, yo pa’ pronto yo nunca me enfermaba, pa’ pronto yo he tragado de todo, tragado de *tocho morocho*, a mí si me dan una rata me la trago, me vale gorro, me trago un cencuate vivo, conejo, gallinas, pa’ pronto, todo he probado, de víbora, de caballo, de venado hasta de pantera he tragado. Me gustó la cacería también, soy deportista, pa’ pronto. A mí me ha gustado un poco de todo, a mí no me digan nada de nada, fui futbolista, me gustó el beisbol, el frontón, todos los deportes, de todo, no me digan, no soy el mil usos, pero casi le llegué, bueno pero en hechos no en palabras.

(Estéban, 59 años)

El relato de Estéban permite comprender esta “evidencia material” del cuerpo que posibilita, y al mismo tiempo, otorga una posición respecto al “ser hombre”. Se percibe al cuerpo como un elemento que muestra en hechos, no en palabras, capacidades, atributos, prácticas necesarias



Guillermo Trujillo

no sólo para presentarse ante las/os demás como “hombre”, sino que también representa el bastión en donde radica la experiencia misma. Cuando él expresa “a mí no me digan nada de nada” da cuenta de la fuerza que posee en las prácticas y en las relaciones con las y los demás, esta “evidencia material” que el cuerpo facilita, ya que desestima cualquier posibilidad de contradicción respecto a lo vivido y lo sentido.

A la vez, estos elementos constitutivos, que exponen tal “evidencia material” de una posición de género, se enmarcan en otros espacios como la privacidad y el secreto, en los cuales, la experiencia del cáncer genital jugó, y juega, un papel significativo para las (re)significaciones de estas masculinidades. Por ejemplo, en el momento en que se llevó a cabo la entrevista con Aarón, tenía poco tiempo de haberse sometido a una cirugía para removerle los testículos debido a lo avanzado del cáncer. Para él, esta experiencia tan próxima -temporalmente hablando- implica un extrañamiento con su propia imagen corporal.

La verdad es que todavía me siento no captando del todo, porque yo la verdad era vanidoso, ¿no? Me gustaba hacer mucho ejercicio, verme bien físicamente y todo eso, y ahorita me veo, y los médicos comentan: “mira, te tuvimos que extraer los testículos, debido a ello, tendrás que utilizar hormonas para que tu cuerpo vaya desarrollándose como debería de ser”. Bueno, ya conlleva todo, si ahorita como que... yo, siento que no es igual el inyectarte hormonas a tú producir hormonas propias, y... pero ahí me siento muy bien, al relacionarme con la gente y eso.

(Aarón, 21 años)

Esta situación se vive como ya no sentirse igual al tener que inyectarse hormonas, pues su cuerpo no es capaz de producirlas, esto genera ese sentimiento de ruptura con lo que debería ser “un cuerpo normal”. Es posible imaginar la significación que este cuerpo “no productor” tiene en su construcción como sujeto de género. La fuerza de “ser productor/proveedor” en los significados otorgados a las masculinidades posee una preponderancia en esta idea de “ser hombre”. No sólo es la ausencia de los testículos lo que pone en cuestión su imagen como “sujeto de un género”-si es que podemos pensarlo como una atribución única- sino que, de igual forma, esta relación de él con su cuerpo, de intimidad consigo no está del todo entendida, en la medida en que ya no es productor desde su propio cuerpo. La “evidencia material” que éste ofrece a partir de las diferentes cirugías y dentro de los sentidos y significados que otorgan a “ser hombre”, se vive como elementos “faltantes” en el (re)encuentro consigo mismo.



Guillermo Trujillo

Para la mayoría de ellos, la experiencia con el cáncer genital es un elemento que construye nuevas prácticas y espacios de acción. El miedo al posible rechazo que genera el pensar un cuerpo con cáncer, es lo que los hace construir y diseñar *estrategias de intimidad*, de privacidad o incluso como “un secreto”, en el que las/os demás tienen cierta idea de lo ocurrido, pero se evita mostrar la evidencia.

Sinceramente es eso, es miedo al rechazo, al rechazo, o sea el primer punto, pero es eso nada más, porque sí influye mucho, pero pienso que poco a poco iré superando eso y llegaré a ver la realidad, no sé...superar.

(Aarón, 21 años)

... pus también me cuido y ando pa' allá y pa' acá con ellos, y luego nos vamos así, a pasear “métase a bañar”, no, no, no ustedes métanse ¿por qué?, no pus nada más, tengo frío o no puedo, ya ves que por la enfermedad me dijeron que no puedo estar mucho tiempo...

(Víctor, 42 años)

...digo sí era medio mujeriego, tenía amigas pero... las dejé de ver, na' más por teléfono les platico, porque no me gusta estar cantando que no tengo testículos, usted como hombre, si no los tuviera, pus se sentiría medio incómodo, ¿no cree? Pero ya a mi edad pus... ya pasa, ¿no? Ya no es lo mismo cuando era joven, 30, 40 años, ahora no se diga 20 años, pero ya cumplí 70, dejé de... hacer eso a los sesenta y tantos.

(Julio, 70 años)

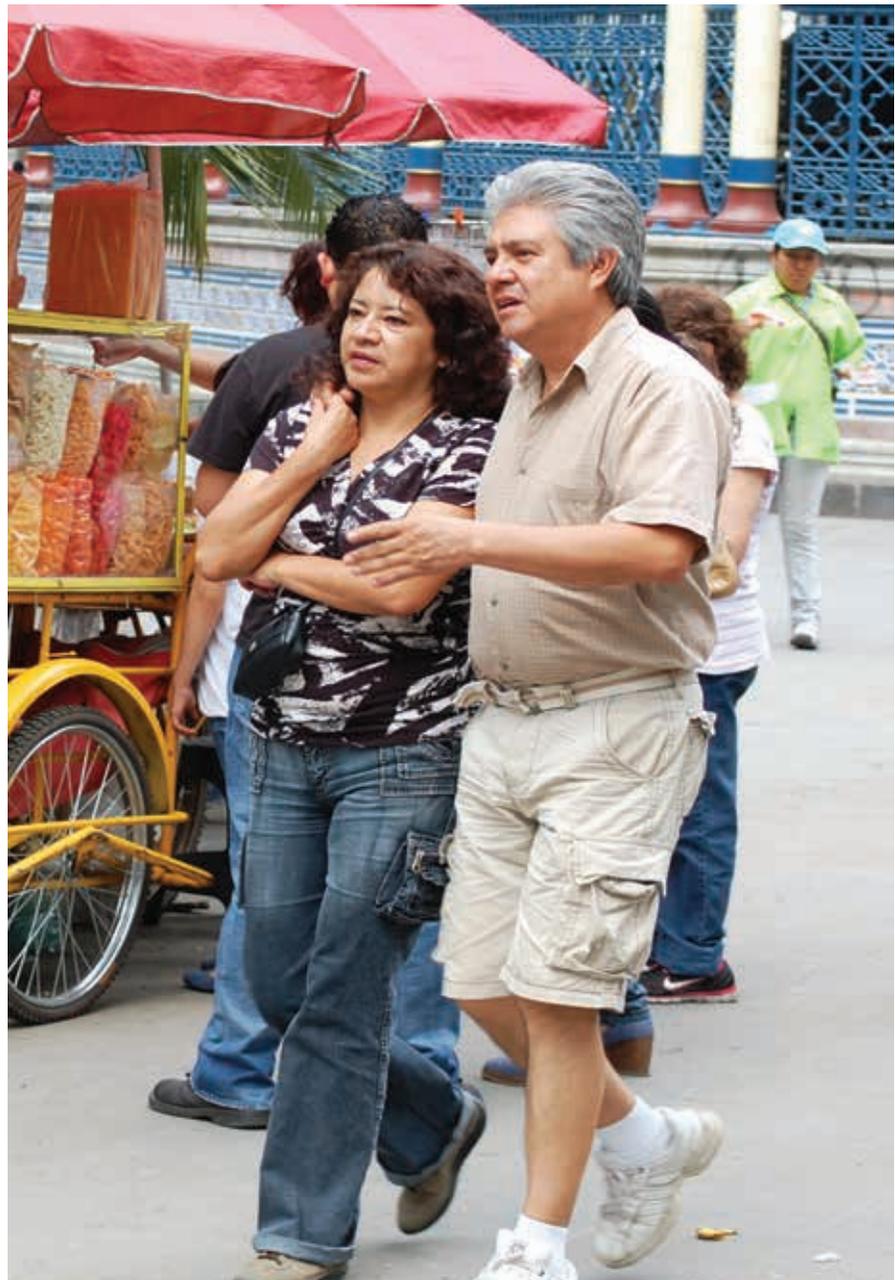
En los primeros dos relatos, se puede notar que el rechazo de las/os otros, el qué dirán, o incluso, el recuerdo de lo ocurrido, representa para ellos la necesidad de ocultar su cuerpo ¿o su dolor? Este miedo al rechazo se vincula con no sentirse bien, con saberse incompleto, pero no es solamente por el qué dirán, a diferencia de lo que podría significar la pérdida de otra parte del cuerpo, sino que este "qué dirán" se articula con "el qué dirán de mí como hombre"; como sujeto de género que no posee aquello que lo representa en el cuerpo, eso que constituye su identidad de género. Así, el secreto de no contar lo ocurrido, de no mostrar lo sucedido, configura nuevas formas y prácticas de intimidad consigo mismos, con sus cuerpos y con otras personas, para tener -o mantener- esa imagen de sí como "hombres".

Claro está, que esa experiencia con el cuerpo está mediada por la edad en cada uno de los casos. Como observamos, para Aarón, de 21 años, el miedo al rechazo pareciera estar moderado por la construcción de esa imagen vital de sí mismo. Al pensar en qué dirán las y los demás, en cómo se presentará ante nuevas personas en su vida, manifiesta su temor al rechazo. En el caso de Víctor, de 42 años, la preocupación radica en qué dirán las personas que han estado con él y con quienes convivió diariamente. La enfermedad es reconocida por él y las/os demás, pero las evidencias de ella son las que se viven desde esta intimidad/secreto.

Finalmente, para Julio, de 70 años, esta experiencia con el cáncer determinó que como "hombre" ya no fuera el mismo al perder esa parte del cuerpo que "representaba" su identidad de género. Es muy interesante notar en su relato, cómo al perder aquella parte del cuerpo, que articula *la identidad de género* con la sexualidad, la comunicación con las mujeres pasa a ser un

asunto de "lejos". No convive con el otro sexo/género porque no posee aquello que le daba la posibilidad de actuar sin sentirse extraño consigo mismo.

Es innegable la fuerza que el cuerpo tiene en la construcción del género y de las relaciones, como lo explica Connell,⁶ la sociedad tiene una serie de "prácticas corporales" que sirven para clasificar y modificar los cuerpos, los significados y las relaciones a partir de esos "reflejos del cuerpo". Se encarnan estas experiencias de salud desde el género como una forma de incorporación de lo social y se entrelazan en estas dimensiones afectivo/emocionales al delimitar su intimidad y su cercanía hacia las demás personas.



Guillermo Trujillo

Redes de apoyo y prácticas de cuidado

Las diferentes personas que participaron de alguna forma durante el tratamiento y curación del cáncer genital, generaron en estos individuos encuentros con la salud, la afectividad, el compromiso e incluso el rechazo, como medios que adquieren sentido en sus proyectos de vida y en sus experiencias personales como “hombres”. El sentirse queridos y apoyados los incitó a (re)pensarse y responsabilizarse a partir de sus relaciones, tanto con las personas cercanas a ellos como con las demás.

Algunos procesos de (re)significación de las masculinidades se gestaron a partir de las “nuevas” prácticas de cuidado, que derivaron de sus vivencias con el cáncer, y principalmente, de su relación con quienes estuvieron presentes o ausentes durante estas experiencias de dolor.

Varios autores han tratado el tema de los hombres y las prácticas de cuidado: Turner,⁷ De Keijzer,⁸ Courtenay,⁹ Sabo,¹⁰ Figueroa,¹¹ entre otros, quienes han señalado que los proyectos de identidad que por momentos invisibilizan al varón ante sí mismo al construirlo como un sujeto autoreferido, se explicitan y se significan ante la presencia de una enfermedad, en este caso, el cáncer genital como un elemento que propicia en ellos, no reconocer las dificultades para pedir ayuda o, en ocasiones, negar que están enfermos, así como evitar la incorporación de medidas de autocuidado tanto médicas como en su estilo de vida.

Particularmente, a partir de los relatos sobre sus experiencias con el cáncer genital, estos pacientes dan cuenta de nuevas formas de su masculinidad y su (re)construcción identitaria desde el cuidado de la salud. Muchos de ellos desarrollan nuevas prácticas de sí como sujetos masculinos, con su cuerpo, con su salud, e incluso con alguna experiencia dolorosa asociada a quienes los han acompañado, lo cual, indiscutiblemente, se piensa desde las relaciones de género.

...ya ahorita me siento ya más con ganas... de echarle más ganas a la salud, pus cuidarme... sí cuidarse uno mucho de eso, porque uno no lo hace, yo lo hacía de a relajo todo eso, y por último, pus, viendo mi enfermedad, ya pensé las cosas, y sí es verdad lo que le dicen a uno, a veces un consejo le dicen, y uno lo agarra mal, pero no, este es un bien para nosotros, cuidarse uno, hasta en las actividades, protegerse del sol, del can... de la piel, del cáncer, cuidarse en hartas enfermedades, porque sí... porque es muy doloroso esto.

(César, 26 años)

Francisco Viveros: ¿Y ellos qué te decían?

Diego: Que le echara ganas, que me esperaban allá afuera, ellos me echaban ánimos, pero pus me enojaba cuando me preguntaban: “¿qué tienes?”, o “¿por qué estás aquí?” Eso es lo que me molestaba.

Francisco Viveros: Pero ¿qué era?, ¿contarles o revivir lo que sentías?

Diego: Contarles, porque decía: “no, es que si les cuento y van a la calle y le cuentan a otra persona, y esa persona lo divulga”, eso era yo a lo que temía, que los demás se enteraran y que saliera, y cuando yo saliera me dijeran: “no, no, ni te le acerques, porque él tiene cáncer”, y como la gente no... pus no toda la gente sabe que tiene cura.

(Diego, 20 años)

En estos relatos se deja ver lo importante que es cuidarse para evitar que el cáncer reincida. Para César, su enfermedad le ha hecho reconsiderar los comentarios y sugerencias de las y los demás; ha generado en él la necesidad de salir adelante, de “echarle ganas”, ya que reconoce que el cuidado y la salud forman parte de “aquello que uno hace y siente”. Ya no piensa en la enfermedad ni en el dolor que conlleva, como un aspecto “ajeno a sí mismo” o “de relajo”, sino como un proceso en el cual participa continuamente en relación con las demás personas.

En estas experiencias que dan cuenta de “aquello que uno hace”, se configuran espacios de intimidad y relaciones que aluden y hacen eco en algunas emociones, eventos y relaciones consigo mismos y con las demás personas para dar paso a diversos espacios de acción. Pensemos, por ejemplo, cómo el enojo que sentía Diego cuando se le preguntaba qué tenía, hablaba, tal vez, no sólo de lo difícil que era revivir el proceso mismo de la enfermedad y de la experiencia durante los tratamientos curativos, sino también, del enojo como una emoción que determinaba espacios de acción y relación con las/os demás al mostrar dimensiones que podrían revelar, e incluso invadir aspectos íntimos, produciendo rechazo hacia él por parte de las y los otros debido a un problema de salud. La vinculación del cuidado con sus procesos afectivos está mediada por todo aquello que han perdido, todo aquello que han vivido y sentido o que han tenido que dejar de hacer debido a la enfermedad. Así, se gestan nuevas prácticas en las que buscan ser más precavidos, incluso reservados, teniendo mayor consideración hacia quienes participan de esas relaciones.

Pues ahora sí que... la comunicación con mi esposa sigue siendo la misma, o sea pus... sexualmente igual, nada más que ora sí que, le vuelvo a repetir, cuando lo operan a uno pus ni modo de cometer la misma burrada, ahora sí hay que cuidarse uno mismo, toda aquella

persona que quiere a sus seres queridos se debe de querer, el que no se quiere a sí mismo, no quiere a las demás personas.

(Felipe, 36 años)

...ellos vieron la calma con la que enfrentamos esto, es parte bien importante, con que uno enfrente una noticia tan devastadora, porque todos escuchan cáncer y creen que es muerte, ¿no?, cuando podemos prever todo esto, haciéndonos nuestros respectivos análisis y quitándonos de la cabeza pus... de alguna manera el error que... que tiene uno en mente del machismo ¿no?, cuando te hacen el tacto rectal, porque también, no es nada seguro, porque el urólogo me había dicho: "yo percibo una próstata muy sana", pero hasta que me hicieron la biopsia, fue como se confirmó el cáncer.

(Alejandro, 54 años)

En el caso de Felipe y Alejandro, la experiencia del cáncer les brindó reconocimiento tanto moral como personal sobre las consecuencias del "no cuidado" en sus relaciones con las/os demás. Para Felipe, lo importante es reconocer que al hacerse daño, hace daño a aquellas otras personas con quienes convive, a quienes quiere y le quieren de igual forma. Pareciera que ahora, "ser hombre" implica reconocerse en relación con el dolor que se puede causar a las y los demás; es admitir que si se está bien, también las otras personas estarán bien. Advertir y comprender la fuerza que sus acciones tienen en relación con las/os otros, les permite (re)conocer el dolor, el amor, el cariño, la compañía, el respeto y el cuidado de quienes dan forma a sus relaciones, brindándoles la posibilidad de apartarse del error que es el machismo. Alejarse de ese estigma, de esas barreras que se construyen desde las socializaciones de género e impiden a muchos de ellos asistir al doctor y realizarse el tacto rectal o la prueba del antígeno prostático, les motiva a ser mucho más abiertos acerca de lo que sienten y cómo se sienten. Reconocen que hablar de su enfermedad no es signo de debilidad.

Alejandro reafirma lo importante que es "el actuar de uno ante estas situaciones". Para él es necesario mostrar y ser un ejemplo de cómo afrontar la enfermedad; reconocer que su acción configura también el actuar de las/os demás. En este sentido, en su relato se integra la necesidad y la importancia de cuestionarse y superar aquello valorado como hombría y machismo, ya que el querer "mantener" los privilegios o las actitudes "tradicionales" trae consigo consecuencias no sólo en su salud, sino en su relación con las y los otros. De igual forma, en este encuentro cara a cara¹²

se ven afectadas las demás personas por dicha situación.

Esta "nueva" conciencia de sí, integrada a partir de un orden moral de género, pareciese que busca de-construir las "viejas" creencias, prácticas y actitudes en torno a lo que es ser un "hombre", para así, organizar nuevas formas de relación y (re)construcción como hombres que permitan la corresponsabilidad con las otras personas.

El camino de la "curación"

"Curarse" representó uno de los objetivos más importantes en estas experiencias con el cáncer. Uno de los elementos presentes en los relatos, fue la idea de "echarle ganas". Esta situación se presentó desde dos vertientes. En primer lugar, tuvo como finalidad responder a una forma de salir de la enfermedad; se enmarcaba en lograr continuidad laboral para retomar su papel de proveedores.

En el segundo caso, "echarle ganas" se asoció al "reencuentro" con sus relaciones de pareja, consigo mismos, sus familias, sus amistades y su comunidad, de donde toman conciencia de tener un cuerpo que debe ser cuidado para seguir vivo y una salud que tiene una acción/incidencia sobre las demás personas.

...pues ahorita ya me siento bien, ya voy a trabajar, qué más da, para morir, nacimos, ¿quién es eterno en esta vida?, en este mundo nadie es experto, tengo, me muero, no lo tengo, me muero ¿cuál es el problema? Si así, los que lo tienen, se mueren, yo que no lo tengo, no me he muerto. A ver ¿por qué? Para mí es inaudita la vida, la vida para nosotros es una ilusión, si no disfrutas esa ilusión que te da, vales gorro, el que la sabe disfrutar que la disfrute, y el que no, que se lleve al panteón lo que no pudo.

(Pedro, 59 años)

Aprendes de los demás y aprendes de ti. De la entereza y la fuerza de los demás, pero también la fuerza tuya, la entereza tuya frente a una situación difícil, ahí la aprendes, y dices: "no... pus yo puedo salir adelante", porque a lo mejor no importa, porque lo importante es la actitud, lo que tú vas viendo, porque yo veo aquí a gente muy desesperada, muy acabada, muy tirada al suelo y dices: "no, no te tires ¿por qué?, pus aprende de esto, vive con esto", porque esto es un aprendizaje y esto es lo que la gente no entiende.

(Leonardo, 60 años)

Tanto para Leonardo como para Pedro, la experiencia del cáncer los llevo a replantear su propia imagen, pareciera que los motivó a forjar una nueva visión de la vida. En sus relatos reflejan que lo importante está en la actitud ante este tipo de situaciones y frente a la vida, a la ilusión que ésta representa, lo mejor que se puede hacer es disfrutar todo lo que se vive, aprender que las situaciones por más complejas que puedan parecer, resultan más enriquecedoras y dejan un aprendizaje. Su entereza lleva a reflexionar sobre los procesos por los cuales se (re)significa la idea de “ser hombre”, anclada en el sentido de no dejarse caer o vencer por la situación. Pero en este afrontar con fuerza, está también la imagen de ser un ejemplo para las demás personas. Es mostrar a las/os otros esta posibilidad “heroica” de reconocerlos como testigos de este camino a la curación.

Sobre el tema, Aarón nos habla de cómo cambió el sentido que le daba a la muerte. Pensar en ella antes le generaba incertidumbre sobre qué pasaría con él y con su vida. La muerte representaba el fin último de cualquier situación. Ahora, a partir del cáncer, las cosas cambiaron, ve la vida diferente, desde otro lugar en el que lo importante es aceptar la vida como es, y en ese sentido, la muerte deja de ser algo que lo detiene, que lo limita.

...las personas que quiero a mi alrededor, todo, mi forma de pensar cambió, cambió por completo, este... pues sí, todo fue muy diferente, ahora veo la vida desde otro punto, más positivo, hasta incluso la muerte ahora no me da miedo, es como decir, “bueno, lo acepto” porque antes no, decías tú, ¿morirte?, ¿qué va a pasar? O sea, con el temor, pero ahorita no, hasta eso, voy a morir, ¿no?, pues está bien o sea acepta la realidad.

(Aarón, 21 años)

En el caso de Felipe y Alejandro, la experiencia del cáncer los llevó a reconocer las consecuencias del “no cuidado” en sus relaciones con las y los demás.

...pus más que nada, fuerza de voluntad. El que quiere vivir, quiere vivir, y el que se quiere dejar caer, se quiere dejar caer y ya... también en eso depende si las familias los motivan, pero cuando no tienen apoyo moralmente, así tengan todo el dinero del mundo.

(Felipe, 36 años)

...y si algo de mi experiencia sirve, si algo puedo hacer por mi prójimo, pues yo lo voy a hacer y es lo que he hecho ahora.... Yo me he vuelto promotor de... a la gente casada y no casada les digo ¿saben qué?: “váyanse a hacer su examen de antígeno prostático, no está de más, no va a pasar nada, es simplemente la salida de sangre, no duele y es rapidísimo, al otro día ya tienes tu resultado”. Entonces eso es lo que yo he hecho y platicar con mucha gente que está como yo en esta situación, o estuvo en esta situación. Eso es lo que hemos hecho, sí se han establecido muchos cambios.

(Alejandro, 54 años)



Guillermo Trujillo

El “valor” de la masculinidad y “este nuevo significado” que adquieren de sí mismos están mediados por el hecho de reconocer y buscar las formas de apoyarse y ayudar a las otras personas en la búsqueda de soluciones para este tipo de problemas. Si bien, es innegable admitir la fuerza que posee la relación “cáncer-muerte” dentro de los significados socialmente otorgados a este tipo de problemáticas de salud, para algunos hablar de lo sucedido se asocia con el temor al rechazo; para otros, hacer frente a la situación a través del apoyo y de platicar con otras personas sobre su experiencia, determina o marca una pauta para reflexionar que sus masculinidades y virilidad, ya no se anclan en la constante exhibición de la fuerza o de la capacidad sexual, sino que estas “nuevas” formas de pensarse “hombre” se originan al reconocerse enfermos, pero con

en donde lo masculino y lo femenino embonan a partir de los espacios, prácticas y posibilidades materiales y simbólicas que tanto hombres como mujeres tienen en la vida cotidiana.

El “reencuentro”: religión, paternidad, los amigos y los otros

El “reencuentro” de estos individuos, a partir de las experiencias con el cáncer, se articula a través de su fe y compromiso con su iglesia, el ejercicio de la paternidad con mayor participación dentro de sus dinámicas cotidianas, de sus relaciones afectivas diarias y de las formas de pensarse a sí mismos y a las demás personas.



Guillermo Trujillo

la entereza y fortaleza suficientes para salir de esa situación. Desean “echarle ganas” porque quieren vivir y seguir con las personas que han permanecido a su lado.

Aprender de las y los demás, de fuerza, entereza, compromiso, cariño, acompañamiento y apoyo, les permite mostrarse como vencedores y como ejemplo de lucha que da sentido positivo a su experiencia con el cáncer genital y con la muerte, permitiéndoles comprender sus realidades en torno a las relaciones de género,

Y ahorita, gracias a Dios, desde que he estado así, dos veces, tres veces por semana voy a darle gracias a Dios, estar ahí, ¿por qué no?, yo le doy gracias a Dios que me ha dado otro año más de salud, y le voy a seguir pidiendo... Le digo tengo una esposa, y gracias a Dios me ha sacado adelante, ella me decía “échale ganas por tus hijos, porque por mí, a lo mejor yo ya viví, pero por tus hijos”, ella me llevó en el pueblo a una iglesia, y le pedí mucho a Dios, rezaba, yo le rezaba, incluso me metí a un retiro...

(Víctor, 42 años)

... yo siento que mi forma de ser no ha cambiado nada, nada más ya no tomar, le he pedido a Dios que ya no... pus que ya no tomara, pus que dejara los vicios. Nada más eso.

(Porfirio, 26 años)

Para muchos de ellos, la fe en Dios se vuelve muy importante en sus vidas, la mayoría expresa cómo han puesto su recuperación, salud y bienestar "a su voluntad". Para ellos, tener fe es lo que les da la fuerza para seguir adelante con todo el proceso de tratamiento y curación de la enfermedad. Esta creencia y apego a Dios se produce de manera muy particular. Las esposas son quienes los acercan a la Iglesia, son ellas quienes los llevan a que recen por su salud. Parece que en estas socializaciones de género, las mujeres/esposas mantienen mayor cercanía con la religión. Son ellas las que oran por otras personas, piden por su bienestar y velan para que sus situaciones mejoren. Ellas los acercan a la Iglesia y a Dios, como una forma más de apoyar, "atender" y velar por ellos.

Otro aspecto muy significativo en la expresión "echarle ganas", se relaciona con el "valor" que adquiere nuevamente su "rol" como padres. La preocupación de no poder estar cerca y convivir con sus hijas e hijos, al parecer no difiere con la edad, tanto para los padres mayores como para los más jóvenes, la experiencia del cáncer (re) constituye sus relaciones y los lazos afectivos con sus hijas/os y personas cercanas a ellos.

De acuerdo con Rojas¹³, una de las razones por las que la paternidad posee gran importancia dentro de las subjetividades de estos hombres, se relaciona con el rol de proveedor. Esta situación da pauta a cierto marco genérico que les permite pensarse y construirse como "hombres" -y a la vez- propicia ciertos significados que les dan valor a sus prácticas, a sus relaciones con las demás personas y consigo mismos.⁷

La familia, la paternidad y la crianza resultan ser las relaciones que les dieron la fuerza para "salir adelante". La posibilidad "real de la muerte", de no poder estar con sus hijas e hijos, les genera una angustia que los obliga a repensarse como sujetos de género, valorar sus prácticas de cuidado y de crianza, y ser capaces de establecer y mantener los vínculos afectivos con las demás personas, en especial con sus hijas e hijos, como un eje medular en su vida diaria y en sus percepciones como "hombres".

... sí me preocuparía porque yo quisiera que ya no volviera el cáncer y salir adelante con mis hijos, porque mis hijos están chiquitos y ya, pus... yo le pido al Señor que me dé licencia, nomás, pus ver mis niños más grandecitos, que ya puedan... que no sufran pues.... Darles ahorita el apoyo de papá, ahorita es lo que le pido al Señor, que me dé licencia para estar con ellos.

(César, 26 años)

No, pus a mis hijos yo les he platicado, a lo mejor... antes no me daba tiempo para jugar con ellos, y pus hoy en día sí lo hago, sí les doy otro tiempo que ya puedo.

(Porfirio, 26 años)

Entonces le digo, mi relación con ellos ha sido respetuosa, ya... más... con más confianza con ellos ahora, no es que seamos amigos, yo creo que está mal la figura de que digamos que somos amigos, más bien tenemos que ser padre e hijo, ¿no? Los roles bien claros -sonríe-, pero llevamos una relación, la verdad... más suave... más bonita, y a uno y a otro los he tratado de ayudar a la par, ni a uno más, ni a uno menos, pero sí hemos cambiado en muchos aspectos.

(Alejandro, 54 años)

Incluso, fue interesante escuchar a Diego, a sus 20 años ya tiene una hija de dos años y medio de una relación anterior. Para él, lo complicado es que ya no tiene tiempo para verla y estar con ella, relata que solamente pasa a dejar dinero una vez a la semana y es en ese momento que puede estar con su hija. Los demás días se la pasa en el hospital o en algún tipo de tratamiento para el cáncer.

Estos varones hablan de "recuperar" relaciones con sus hijas e hijos y construir otras mucho más cercanas a ellos, sobre todo, (re)encontrar relaciones más responsables, en las que ellos cuiden a las demás personas. Ahora la paternidad es vista como relaciones que no están determinadas solamente por el "proveer" y el "mantener", sino que incluyen otras dinámicas que poseen la misma importancia. Reconocen que sus acciones, y en especial, las consecuencias de éstas, repercuten en el sufrimiento que sus hijas/os pudieran vivir. Al buscar erradicar estos espacios de sufrimiento tanto para ellos como para las demás personas, se acercan a relaciones equitativas y responsables.

Yo hace años había pensado así, pero a veces, siempre lo dejamos en propósitos, en deseos, en buenas intenciones, en ser un mejor padre, y ser un mejor esposo... porque cometemos muchos errores, la regamos, nos equivocamos, a veces gritamos, nos enojamos, peleamos, ¿no? Más con los hijos, yo con mi esposa no tengo ningún problema, ¿no? Pero a veces con los hijos tiene que haber una mejor comunicación,

comprensión y de más, no es solamente proveer económicamente, vamos, para sus necesidades, sino cuidar y darles valores para que sean alguien de valor, ¿no? Alguien honrado, alguien trabajador, alguien pus que vea ¿no?

(Alejandro, 54 años)

Para comprender el peso que las emociones tienen en la construcción de las experiencias de estas personas, hay que pensar en el impacto que tienen en las (re)significaciones de su cotidianidad, prácticas, relaciones con las/os otros y con ellos mismos. Crean, producen y reproducen relaciones sociales, económicas, culturales, laborales, familiares y de género. Si tomamos el ejemplo de Alejandro, podemos notar cómo en su relato se producen y reproducen relaciones de género en las que se establecen vínculos con las demás personas a partir de lo que se vive en la experiencia con el cáncer genital.

Al comprender que son sujetos sociales que pueden renegociar los significados pasados y futuros al reconstruir las diferentes experiencias en el presente,⁷ la vivencia del cáncer genital permite interpretar la responsabilidad familiar como un aspecto que forma parte de su identidad como “hombres”, al ser un espacio que da sentido a su existencia en estas “nuevas” formas de paternidad.

Los amigos y los “otros”

Como parte importante de las relaciones que se enlazan a partir del cáncer genital, están aquellas que tienen que ver con el establecimiento de dos diferencias particulares. En primer lugar, están las/os amigos. En este grupo se encuentran las personas que han estado ahí para cuidarlos y apoyarlos a lo largo de los procesos de curación y tratamiento del cáncer. En segundo lugar, se ubican aquellas personas que les dan la espalda, los juzgan, critican y rechazan por lo acontecido con el cáncer.

Para ellos, saberse apoyados por sus amistades y por las demás personas, les dio la fuerza necesaria para salir adelante. Dicha situación les permitió mostrarse débiles o enfermos y saber que no serían juzgados por eso, al contrario del estereotipo que les impone manifestarse ante las demás personas como sujetos fuertes, hábiles y viriles para no poner en duda su identidad masculina.

... me dicen lo mismo: “la verdad yo te admiro mucho”, los pocos que me lo han dicho, este... “yo la verdad te admiro, porque has sido muy fuerte, al pasar por esto”, pues así, así, “la verdad es que sí te admiro”, no, no veo ninguna diferencia, te digo.

(Manuel, 21 años)

Me siento tranquilo con mis amigos, les digo del problema que tengo, yo les digo, mis amigos me aceptan, y... cómo le dijera, no se burlan de mí “porque no tienes un testículo”, no, nada, al contrario, me dan ánimo, me ayudan y han sido buena gente conmigo; mis amigos me apoyan, me han apoyado, “échale ganas, no te desanimes”, sí son comprensivos, y es lo que me da un sentir que, le pido al señor que me ha ayudado, que me ha abierto las puertas.

(César, 26 años).

Si bien se ha comentado más arriba que en estas experiencias con el cáncer genital, muchos varones articulan y estructuran espacios de intimidad como “un secreto” de lo sucedido y tienden a mantener una distancia ante el posible rechazo y estigmatización, también encontramos que, para algunos de ellos, los vínculos con sus amistades, su apoyo, respeto, e incluso admiración por la fortaleza y la resistencia que han visto en ellos durante estos procesos, los motiva a mostrarse más abiertos para hablar del tema, construyendo vías de comunicación y convivencia en fraternidad para expresar lo que sienten, lo que viven. En palabras de César: “me da un sentir... que me ha abierto las puertas”, esto le ha posibilitado tener “apertura” para expresar lo que siente.

De igual forma, en estas experiencias se incluyen a “otras/os” que no están con ellos ni los apoyan. Son quienes los desprecian, miran feo y rechazan.

Yo he visto hartas cosas, que aquí se muestran los amigos, aquí se muestran toda la familia que te quiere, que te aprecia, tus amigos, todas las personas que sí son tus amigos, como dice el dicho, “en la enfermedad y en la cárcel, ahí ves a tus amigos”, y yo he visto hartos aquí, en esta enfermedad, con mi enfermedad hay unos que sí me apoyan, y hay unos que... te dan la espalda... miras qué persona es la que te quiere, miras cuáles son tus amigos y cuáles no son tus amigos, y sí he visto esto y le pido al Señor que si me da licencia de vivir más, pueda cambiar mi vida y ayudar a los que me han ayudado, corresponderles.

(César, 26 años)

Hay unos que sí se alejaron de mí, o sea pero no en la manera.... O sea, no me rechazaron ni nada, pero haz de cuenta que ya no los veo. Como me dice un amigo: “na, pus el que te quiera hablar ¿igual, no?, tú no tienes por qué rogarle, tú eres normal, tú siéntete normal, no porque te deje de hablar él, te vas a dejar caer”, si hay algunos que no.... Si de a fuerza, como diciendo: “no, no le hables porque te va a pegar su enfermedad”, ¡pero yo me siento normal! Hasta la fecha yo digo, es como te digo, si me quieres hablar pus bien, y si no, yo voy a seguir mi vida normal ¡Es eso nomás!

(Diego, 20 años)

Pues mire joven, yo le voy a decir una cosa, con los amigos, no hay más amigos que su bolsillo, ¿sí? Cuando están estos casos no tiene amigos, si ven el árbol tirado, lo quieren hacer leña, y no es eso, amigo es aquel que de veras te ve en las buenas y en las malas, esos son amigos. Pero así de... que dijera, como dice el dicho: “amigos de parrandas ni tan siquiera”, o sea de que se acordaran. Un amigo solamente te dice amigo cuando te ve dinero, ése es amigo, ya después cuando te ven enfermo... ya ni se acuerdan de ti... así es.

(Felipe, 36 años)

La experiencia que Felipe vivió durante su tratamiento de cáncer genital, revela cómo, siguiendo a Beatty,⁴ las emociones al formar parte de las relaciones, permiten “contar una historia” dentro de las historias personales. Recuerdo cuando estábamos en la sala de espera del área de urología, lo que más me llamó la atención no era solamente lo que Felipe decía, sino cómo lo decía. En su voz dejaba notar cierta tristeza por la falta de apoyo de sus amigos, su entonación fue mucho más profunda y reservada. En el punto en que mencionó que “no hay más amigos que su bolsillo”, su voz denotaba enojo y un reclamo moral ante la actuación de quienes consideraba sus “amigos de parranda”.

Para Felipe, al igual que para Diego y César, la experiencia con el cáncer genital, les permitió ver quiénes realmente los querían y estaban con ellos. César relató cómo reconoció quiénes estaban con él y quiénes le daban la espalda. La



Yessica Sánchez Rangel

enfermedad y la cárcel para él son dos espacios en los cuales “realmente ves” quiénes están contigo. En estos espacios la enfermedad actúa como un filtro para “detectar” a las personas que te apoyan, frente a las que te dan la espalda. La enfermedad sirve para reconocer las máscaras y los intereses, pero de igual forma, permite “corresponderles” ante el cuidado, el apoyo y el acompañamiento durante estos procesos.

Conclusiones

Uno de los aspectos destacados del encuentro con las experiencias de estos pacientes fue rastrear la importancia que tuvieron las emociones como elementos necesarios en sus vivencias con el cáncer genital. En sus relatos, pude comprender las diferentes formas en que van (re)negociando y dando sentido a sus relaciones con las demás personas en su cotidianidad y al cuidado de su salud. A partir de las situaciones descritas, indagué cómo el amor, dolor, miedo y alegría tuvieron un papel muy importante en la conformación de los significados en torno a sus masculinidades.

Las redes de apoyo, el encuentro con sus seres queridos, la familia y la paternidad, determinaron en diferentes niveles las formas de vivir las experiencias del cáncer genital y sus masculinidades. Sus emociones no eran meras “creaciones” generadas por la inesperada noticia de la enfermedad, sino que éstas participaban en el nuevo sentido de interpretar sus relaciones de familia, de pareja, de género, laborales y económicas.

Beatty⁴ propone entender que, para quitarle a las emociones las etiquetas de ser simplemente respuestas momentáneas de las experiencias diarias de las personas y caracterizarlas dentro de las (re)construcciones históricas de los procesos sociales, debemos tener presente el contexto narrativo desde el cual (re)significan y dan forma a las historias y prácticas personales.

En este sentido, las emociones también definen y dan forma a las situaciones que caracterizan y posicionan a las personas dentro de las relaciones de género; las prácticas e historias personales se enlazan como el punto nodal; son signos de vida, pero también son diferentes instrumentos de análisis, lentes o prismas que permiten significar, percibir y dar sentido al mundo y a las relaciones sociales. Como expone Deleuze¹⁴ cada formación histórica implica una distribución de lo visible y de lo enunciable que se construye en ella misma.

Así, en los relatos se entretajan el dolor, cariño, amor, rechazo, duda, miedo, felicidad, e incluso confianza vertida en mí durante las entrevistas, lo que constituyó un aprendizaje integral sobre la posibilidad de modular y (re)pensar sus masculinidades a partir de un padecimiento que dispara emociones profundas.

Pensemos, por ejemplo, en la importancia que tuvo el apoyo y el cariño de las esposas, familiares, las hijas e hijos y amistades que los acompañaron durante estos procesos. Saberse apoyados por otras personas que les mostraron respeto, tolerancia y cariño ante las vicisitudes, les dio la fortaleza para enfrentar la problemática que conlleva el cáncer, y además les otorgó una razón para seguir viviendo y poder cumplir con sus papeles de género: pensarse como “mejores hombres” en la medida en que se comprometen con sus parejas, sus familiares, sus hijas/os, les lleva a (re)pensarse como parte indispensable en las vidas de las demás personas.

En las diferentes investigaciones realizadas en contextos anglosajones, encontramos que las formas de presentar tales experiencias no parecen estar articuladas desde los sentimientos. La sexualidad y la capacidad sexual se identifican en estos estudios como el valor más (re)significado en los procesos de salud. En el caso de estos pacientes, reconocer que la “fuerza con la que pudieron salir adelante” estuvo mediada por el cariño y apoyo de las demás personas (familia, pareja, amistades), les brindó ciertas posibilidades de modificar sus papeles de género, en los que su interés ya no estaba en mostrarse victoriosos, inmutables e indiferentes ante lo que sentían, sino que interactuaba una cualidad de ellos como “hombres” en la que el “proveer” y responder a ese cariño de las y los otros con el compromiso de ser “mejores hombres” se transformaba en actitudes y prácticas “nuevas” que los hacía (re) pensarse como “nuevos hombres” alejándose del error del machismo.

En esa misma línea, estos papeles de género no sólo eran pensados y sentidos a partir de lo que ellos “debían” hacer. De igual forma, reconocían a las personas que estuvieron con ellos y les daban este “valor” en sus vidas por “cumplir” con tales “papeles” de género. Uno de los ejemplos es el reconocimiento hacia sus esposas. Para estos varones, ellas tuvieron un papel principal al cumplir los “deberes” como parejas y madres durante el proceso de curación del cáncer genital. El velar por sus hijas e hijos, cuidarlos, estar a su lado apoyando y viendo por los intereses de otras personas antes que los de ellas, los llevó a colocarlas en un lugar importante durante esta etapa. Esto no quiere decir que el cariño no estuviese previamente presente, sino que en estos procesos y significaciones de las relaciones, las emociones que les dan sentido, están también -producidas- desde las relaciones de género.

Pensar cómo las emociones se construyen desde las relaciones de género nos provee de pequeñas pistas acerca de cómo se viven y estructuran las contradicciones y conflictos que viven en sus relaciones sociales.

Así, el interés vertido en este artículo para recuperar las voces y experiencias de estos varones diagnosticados con cáncer genital,

significa al amigo, a la compañera sentimental, al padre, al trabajador, incluso al paciente, pues se posicionan como sujetos corresponsables en la superación de su enfermedad.

Si nos permitimos reconocer los procesos afectivos por los que transitan los varones durante estos métodos de diagnóstico, tratamiento y curación, así como entender las



Guillermo Trujillo

tiene la finalidad de presentar un panorama de esta problemática de salud a partir de nuevos elementos de análisis y de acción. Considero que al intentar comprender cómo, a través de estas dinámicas del cáncer, se enlazan elementos que van más allá del diagnóstico de una patología, nos encontramos ante la parte más humana de la salud.

A través del análisis de los relatos presentados, se problematizan los procesos que aparentemente “deben afrontar los hombres que padecen cáncer genital”, según los ideales hegemónicos de lo que significa ser un hombre. Es decir, pone en quiebre las identidades de esos sujetos de género masculino. Sus narraciones dan cuenta de la interacción entre cuerpo, experiencias y emociones que genera el cáncer genital y propicia otros sentidos y significados, otras identidades masculinas, en las que se (re)

diferentes formas cómo construyen su intimidad hacia sus cuerpos, hacia su propia salud y hacia las y los demás, encontramos ante realidades que nos motivan a pensar, diseñar e implementar nuevas formas de comprensión del cáncer genital, mucho más cercanas a la cotidianidad de las personas que lo padecen.





Guillermo Trujillo

Referencias bibliográficas

1. Le Breton D. Antropología del dolor. Barcelona, España: Seix Barral Los tres mundos Ensayos; 1999.
2. Burin M. Construcción de la subjetividad masculina. En: Burin M, Meler I. (Coords.). Varones, género y subjetividad masculina. Buenos Aires, Argentina: Biblioteca de psicología profunda Paidós; 2000. p. 123-148.
3. Huerta RF. El cuerpo masculino como escenario de la vasectomía: una experiencia con un grupo de hombres de la Ciudad de México y Puebla. En: Amuchástegui A, Szasz I. (Coords.). Sucede que me canso de ser hombre. Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México. México: El Colegio de México; 2007. p. 479-515.
4. Beatty A. How did it feel for you? Emotion, narrative and the limits of ethnography. En: American Anthropologist Association 2010 Sept; 112(3):430-443.
5. López Sánchez O. La pérdida del paraíso. El lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México; 2011.
6. Connell RW. La organización social de la masculinidad. En: Valdés T, Olavarría J. (Eds.) Masculinidades: poder y crisis. Chile: FLACSO; 1998. p. 31-48.
7. Turner B. The body and society: Explorations in Social Theory. Oxford: Blackwell; 1984.
8. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallenas S, (Coords.). La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: International Forum for Social Sciences in Health, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1997. p. 137-152.
9. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well being: a theory of gender and health. Soc Sci Med 2000 May; 50(10):1385-1401.
10. Sabo D. Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género. EEUU: Harvard School of Public Health, Organización Panamericana de la Salud; 2000.
11. Figueroa JG. El sentido de ser hombre como categoría política. En: Tepichin, AM, Tinat K, Gutiérrez L. (Coords.). Los grandes problemas de México. Vol. VIII. Relaciones de género. México: El Colegio de México; 2010. p. 109-133.
12. Goffman E. El orden de la interacción. En: Goffman E. Los momentos y sus hombres. Textos seleccionados. España: Paidós; 1991. p. 91-98.
13. Rojas O. Paternidad y vida familiar en la Ciudad de México. Un estudio del desempeño masculino en los procesos reproductivos y en la vida doméstica. CEDUA. El Colegio de México; 2008.
14. Deleuze G. Foucault. España: Paidós; 1987.

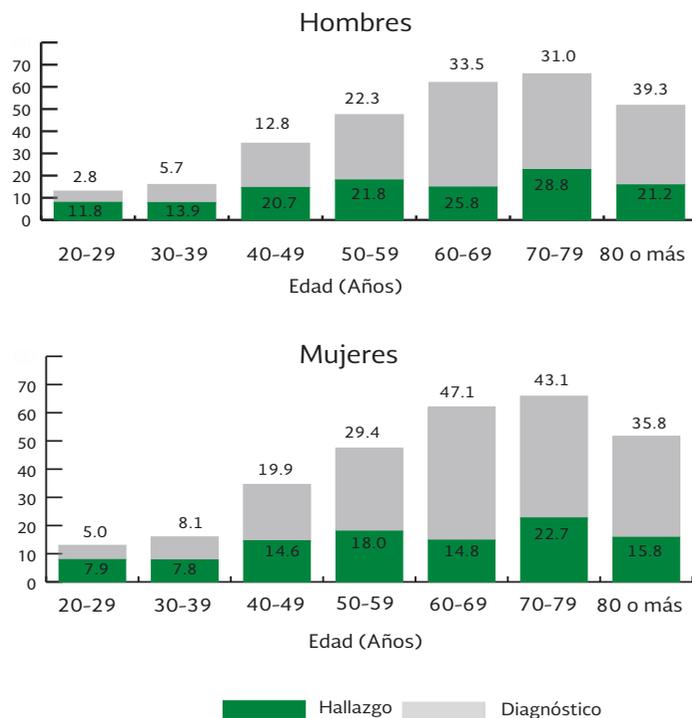
Porcentaje de personas adultas que reportan medición de colesterol en la sangre, según sexo, edad y resultado. México, 2012

Grupo de edad (años)	Hombre			Mujer			Todos		
	Sí, normal	Sí, alto	No	Sí, normal	Sí, alto	No	Sí, normal	Sí, alto	No
20 a 29	24.6	3.7	70.6	30.9	3.5	64.9	27.8	3.6	67.7
30 a 39	34.6	9.0	55.2	39.1	8.8	51.6	37.0	8.9	53.3
40 a 49	38.1	16.7	44.4	40.9	17.8	40.4	39.6	17.3	42.3
50 a 59	41.7	19.7	37.7	43.4	27.1	28.5	42.6	23.5	33.0
60 a 69	42.5	20.2	36.4	42.0	28.7	28.2	42.2	24.7	32.0
70 a 79	48.1	14.6	35.0	45.3	19.8	33.2	46.6	17.4	34.0
80 y más	48.5	7.8	40.8	45.3	13.7	36.7	46.8	11.0	38.5
Total	35.1	11.7	52.0	38.6	14.4	46.4	37.0	13.0	49.1

Frecuencia en miles

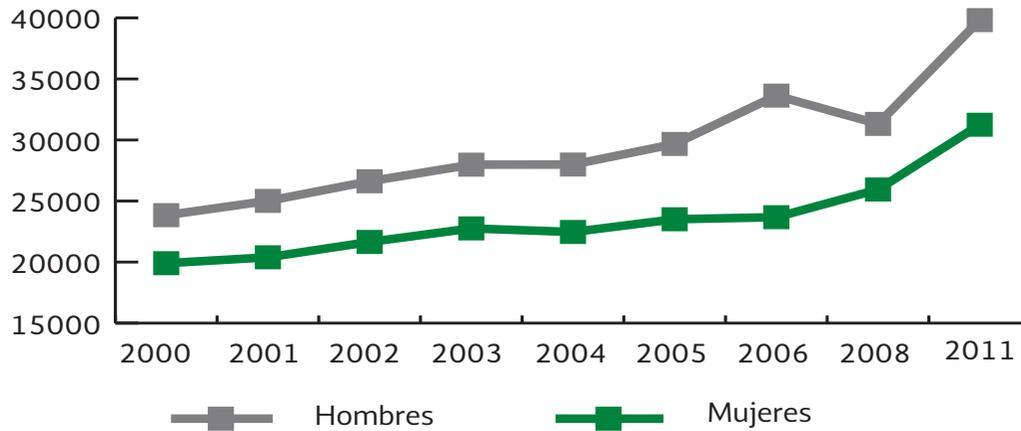
Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Resultados Nacionales, 2012.

Distribución de los casos de hipertensión arterial por grupo de edad y sexo. México, 2012



Fuente: ENSANUT. Resultados Nacionales, 2012.

Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón Mujeres y hombres. México, 2000-2008, 2011



Fuentes:
 2000-2008 Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), 2008
 2011 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Defunciones generales de hombres por principales causas de mortalidad, 2011.
 INEGI. Defunciones generales de mujeres por principales causas de mortalidad, 2011.

Prevalencia de hipertensión arterial en México, 2011

	Mujeres	Hombres
2006	31.1%	32.4%
2012	30.8%	33.3%

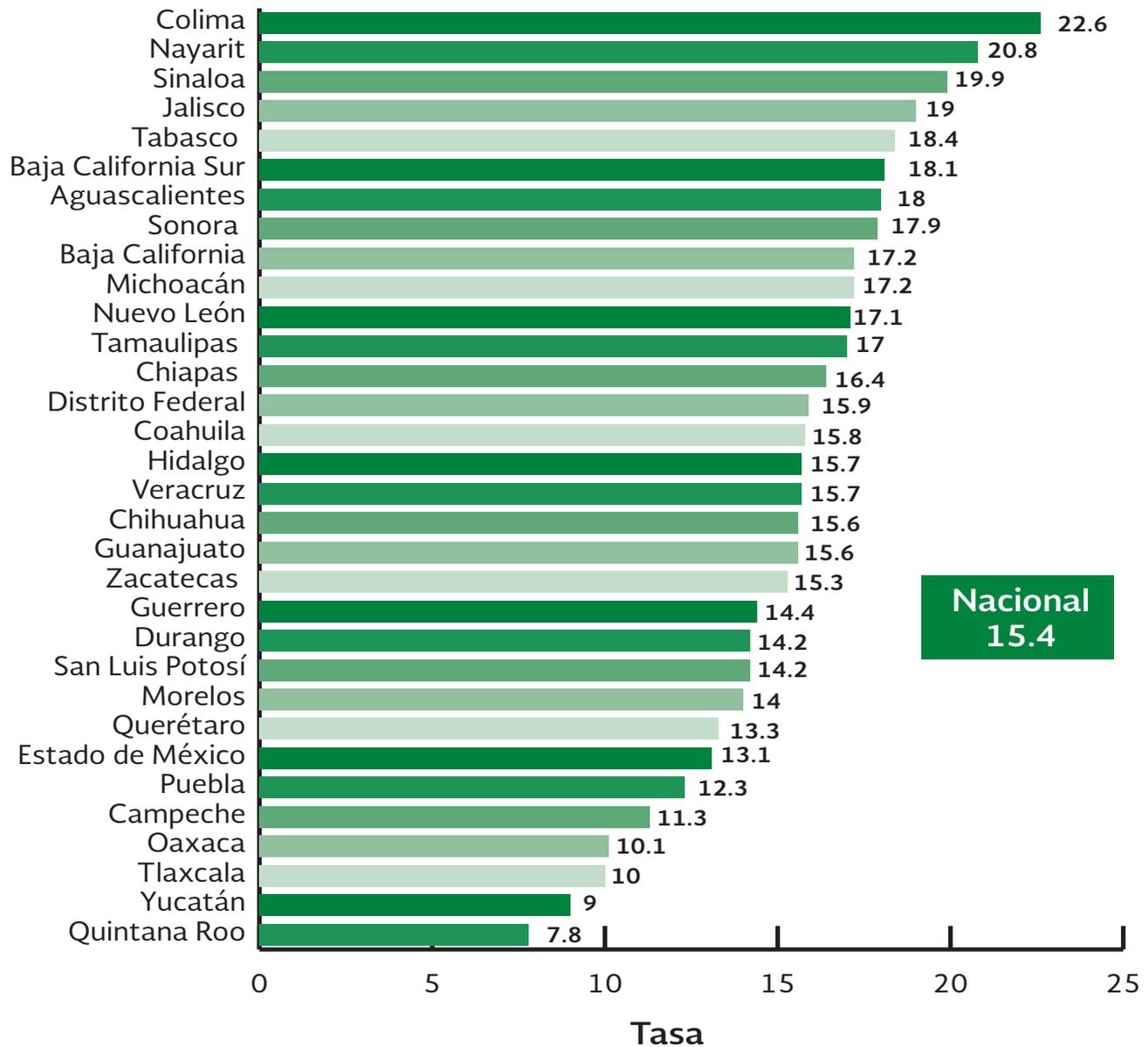
Fuente: ENSANUT, 2011

Mujeres en riesgo de enfermedad isquémica en México

- Mayores de 40 años con hipertensión arterial o dislipidemia (colesterol elevado) en riesgo cardiovascular **8.27 millones**
- Mayores de 35 años con hipertensión arterial que ignoran que tienen el padecimiento o que no alcanzan las metas del tratamiento **2.04 millones**
- Mayores de 35 años con altos niveles de colesterol que ignoran que tienen esta enfermedad o no alcanzan las metas de tratamiento **2.78 millones**

Fuente: Entorno Médico [Revista en internet]. Salvemos el corazón de las mujeres 2012 [Consultado 18 abril 2013]. Disponible en: <http://inicio.entornomedico.org/index.php/119-noticias-astrazeneca/118-salvemos-el-corazon-de-las-mujeres>

Mortalidad por cáncer de próstata, según entidad federativa. México, 2008



Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SSA
Tasa por 100 000 habitantes estandarizada por el método de la OMS

Casos de cáncer en genitales masculinos en México, 2004-2006

1 060	Pene
22 229	Próstata
4 018	Testículos
34	Otros órganos genitales

Fuente: Perfil epidemiológico de tumores malignos en México, SSA. Junio de 2011

Porcentaje de hombres de 20 años o más que acudieron en los 12 meses previos a practicarse la prueba de tacto rectal

2.5%

Fuente: ENSANUT, 2012

Porcentaje de hombres de 60 años o más que se realizaron la prueba de detección de cáncer de próstata por antígeno prostático

9.5%

Fuente: ENSANUT, 2012

Casos nuevos de tumor maligno de pene, próstata y testículo atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo 2002-2012

Tumor maligno de	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pene	19	10	8	14	20	18	17	17	16	21	23
Próstata	104	94	91	96	138	121	160	119	178	190	245
Testículo	170	156	158	134	163	144	149	171	178	210	226

Mortalidad relacionada con tumor maligno de pene, próstata y testículo en el Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo 2002-2012

Tumor maligno de	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pene	0	0	1	1	0	1	0	0	2	0	1
Próstata	5	3	2	2	2	2	1	3	6	5	2
Testículo	11	17	14	14	16	14	13	20	10	17	16

Fuente: Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística, Instituto Nacional de Cancerología, 2013

Ser médica y mujer: un privilegioⁱ

Dra. Patricia Volkow Fernándezⁱⁱ

Subdirectora de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento,
Instituto Nacional de Cancerología.



Georgina Aquino

Siempre he creído que ser médica es un privilegio. Lo mismo he pensado de ser madre. Para lo segundo, se tiene que ser mujer; para lo primero, no necesariamente. Lo que he entendido a lo largo de los 30 años de esta combinación es que no es fácil. Las dificultades que enfrenté en mi desarrollo profesional, no se derivan de sentirme diferente a mis compañeros varones en cuanto a capacidad profesional y oportunidades, sino de muchos otros aspectos de la vida.

Nací en una familia con cuatro hijas en la que ambos progenitores eran inmigrantes de la guerra y testigos de persecuciones políticas. No fuimos una familia convencional con muchos amigos ni convivimos con familiares, tíos o tías ni con primas o primos que nos repasaran los roles de género.

Mi padre sólo tuvo hijas mujeres; recalco: sólo hijas y cuatro. Él nos llevaba de excursión y nos hacía caminar largas distancias con nuestras

ⁱ Ponencia presentada en la 54 Semana Nacional de Cirugía, Oaxaca, Oax., 5 de octubre de 2012.

ⁱⁱ Correspondencia: pvolkowf@gmail.com

mochilas a cuestras; igual rapeleábamos que cruzábamos ríos a pie y sorteábamos los problemas de montar campamentos. En más de una vacación nos tocó empujar el coche cuando se descomponía y desatascarlo de la arena en las playas, haciendo camino con piedras para que las llantas del coche pudieran tener tracción. Mi madre y mi padre nos hicieron aprender idiomas, nos exigían por igual en el desempeño escolar y en la solución de los problemas cotidianos de una casa, como arreglar una clavija eléctrica o barrer el jardín. Quizá esto hizo que yo nunca me sintiera diferente a mis compañeros varones de la escuela.

Me gustaba mucho jugar con las muñecas a las que vacunaba con un alfiler, como se hacía contra la viruela. Disfrutaba cocinar con mi madre, ir al mercado con mis hermanas y entre todas cargar el mandado. Ya en casa, las dos más pequeñas nos manteníamos alrededor de mi madre para ayudarla en la preparación de la comida.

Aprendí a esforzarme, nos inculcaron el valor del trabajo. Crecí levantando la mano en el colegio, diciendo lo que creía que tenía que decir y defendiendo lo que debía ser defendido, siempre con la firme convicción de ser “médico”. Nunca pensé siquiera que ser mujer me hacía diferente para ello.

De adolescente, las cosas empezaron a cambiar un poco porque fui dándome cuenta que alrededor mío las cosas no eran como en casa, y que a muchas de mis compañeras ya no les permitían seguir estudiando: las casaban y pagaban dote por sus bodas. Empezó a crecer en mí una gran indignación frente a lo que era, para mí, una situación de terrible injusticia hacia ellas, y nada parecía poder hacerse para evitarlo.

La primera vez que sentí una amenaza para lo que yo entendía como mi camino, fue cuando con mucha alegría comuniqué a mi entonces novio que había sido aceptada en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) para estudiar Medicina. Su madre mencionó poco después que la medicina no era carrera para una mujer. Sus palabras retumbaron en mi cabeza y la sensación se me bajó al estómago. Sin más, terminé con mi novio y entré a la Facultad de Medicina.

En la escuela, las cosas también fueron diferentes, pues cursé la carrera en el Plan de Medicina General Integral A-36, donde debíamos ser 36 estudiantes. No recuerdo con exactitud cuántos éramos en total; pero en mi

primer grupo estábamos sólo seis mujeres y más de 20 hombres. La situación en la carrera fue parecida a la escuela. Ahí, lo que me impactó fue que dos de mis compañeras quedaron embarazadas y abandonaron la universidad. Ninguna de ellas se recibió de médica.

Me gradué en 1982 y ese mismo año inicié la residencia de Medicina Interna en uno de los hospitales más prestigiados de nuestro país.

La cadena que me colgué en el cuello fue que era la primera mujer casada que había sido aceptada para hacer la residencia en el Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”. Desde el primer día sentí ese peso que no me dejó a lo largo de los tres años de residencia. Si falló -pensaba- les cierro las puertas a todas las mujeres casadas que deseen hacer una residencia en esta institución. Esto hizo que me esforzara más para demostrarles a las autoridades de enseñanza que estar casada en nada minaba mi capacidad ni compromiso.

Puedo decir que viví con un gran peso esos años, pero entregué la estafeta completa al terminar la residencia sin faltar, sin pretextos y embarazada; un nuevo moño de ese regalo de ser mujer y médica.

Durante la residencia, uno de mis compañeros me preguntó si alguna vez había tenido problemas con pacientes que no hayan querido atenderse conmigo por ser mujer, y creo que puedo decir que no. Sólo una ocasión, en el área de “privados” del Instituto, un familiar me preguntó si yo era el “médico”, con un tono, no de burla, sino de duda. Al menos para mi corazón, la pregunta fue porque me veía muy joven, pero a ciencia cierta hoy no lo sé. Fui su “médico” en el sector, hice la historia clínica y seguí con los procedimientos, ya sin obstáculos ni más preguntas.

En nuestro país, la gente es muy agradecida con las y los médicos, a quienes les dan con mucha frecuencia regalos, y confieso que durante la residencia, las y los pacientes me regalaban muñecos en agradecimiento a mi trabajo. Recibí decenas de ellos, no perfumes, no libros, no chocolates... sólo muñecos. Esto cambió cuando me embaracé. Durante casi dos años, básicamente vestí a mi hijo con los regalos que recibí durante los últimos meses de la residencia. (Pasé de niña a madre a los ojos de mis pacientes).

Cuando iba a terminar Medicina Interna, yo deseaba estudiar Infectología. Confieso que hubiese querido dejar un año entre

el fin de una especialidad y el inicio de la subespecialidad, pero mis circunstancias personales me obligaban a trabajar y solicité hacer Infectología. Había dos plazas y éramos tres aspirantes.

Uno de ellos era el mejor residente y el otro, el jefe de residentes. Por primera vez pensé: "soy mujer y estoy embarazada... Ya perdí. Pero no. ¡Oh sorpresa! El profesor del curso, el doctor Guillermo Ruiz Palacios, no pensó así y consiguió tres plazas. Así fue como mi hijo aún no nacido y yo iniciamos la subespecialidad juntos.

Los siguientes años enfrenté la condición más difícil que viven las mujeres médicas, al conjugar de manera simultánea la maternidad

Infectología al mismo tiempo que mis otros dos compañeros.

Entendí que no competía con ellos: llevaba mi propio paso, como la tortuga, y a la fecha sigo llevando mi propio paso. A veces esos pasos han sido lentos, pero siempre he sentido que camino y avanzo en esto de ser médica.

Como han visto, llegué a ser médica sin sentir que era diferente a mis compañeros ni en capacidad ni en compromiso; sin embargo, he tenido momentos en los cuales ser mujer, madre y médica se encontraron con dilemas de responsabilidad y prioridades. Después del terremoto de septiembre de 1985, mi hijo tenía cinco meses, yo estaba reintegrada a la



Yessica Sánchez Rangel

y la formación como médicas en una sociedad que ofrece muy poco apoyo logístico. En mi caso, tenía a mi madre, cuya ayuda solidaria me permitió continuar mi residencia. Las circunstancias que hoy enfrentan las mujeres médicas en formación me parecen aún más difíciles que las vividas por mí, pues a la complejidad de compatibilizar los roles de madre y trabajadora, se suma el peso asfixiante de los largos traslados impuestos por la congestionada vida en la ciudad de México, en los que se pierde mucho tiempo; el cual queda en un vacío y lo tienen que restar a su formación, a sus hijos y a su pareja.

Ahora que estoy del otro lado de la moneda como profesora de la especialidad de Infectología, me enfrento a la situación de cómo ayudarlas para que este periodo no sea de enorme sufrimiento por los sentimientos de culpa, de un lado o del otro. Lo que puedo enseñarles es lo que aprendí muy pronto cuando estaba estudiando

subespecialidad y lo amamantaba. El hospital se fue llenando de pacientes graves, había quienes se iban a labores de rescate y tuve que escoger. Hubiera querido ir a ayudar o quedarme trabajando sin salir del hospital, pero tenía que amamantar a mi hijo y me decidí por él. Estiraba las horas en el trabajo lo más posible, pero me regresaba a casa con él. El mensaje a mis compañeras médicas: es crucial definir prioridades.

Ya como médica adscrita, fui aprendiendo poco a poco que en nuestra sociedad y en nuestras áreas de trabajo, ser médica y mujer sí representa oportunidades diferentes. En el Hospital de Petróleos Mexicanos (Pemex) nunca me dieron una plaza de base, pues el costo de tenerla me resultaba impagable.

Ingresé al Instituto Nacional de Cancerología hace más de 20 años, invitada por su entonces director, el doctor Arturo Beltrán. El ambiente

ahí era muy diferente. Siempre me sentí apoyada y ser mujer no fue un obstáculo para crecer y evolucionar profesionalmente. Me dieron la oportunidad de desarrollar el Departamento de Infectología y el modelo de atención ambulatoria del paciente con cáncer que recibe quimioterapia.

Por qué no decirlo: estaba en un servicio de mujeres. En los primeros años fui mi jefa; no había más médicas, sólo tres enfermeras que pronto se convirtieron en cinco, luego en diez. Fuimos creciendo y viviendo juntas los retos porque todas éramos mujeres y estábamos ahí para servir y ayudar a las y los pacientes.

En ese ambiente estaba hasta hace unos nueve años, cuando una de mis compañeras, la doctora Vilar –para entonces, el servicio había crecido y éramos cuatro médicas– se quejó indignada del doctor Francisco Alcalá, gurú de la cirugía oncológica y exsubdirector de Cirugía, quien organizaba una sesión de bienvenida a las y los residentes de nuevo ingreso y que, por cierto, yo no sabía que lo hacía cada año. Lo ignoraba porque mi entrada al Instituto había sido por otra puerta.

En el consultorio escuché la queja de una residente recién llegada. Era colombiana y decía que ni en su país trataban así a las mujeres. Me relataron y escuché asombrada cómo se había desarrollado la sesión donde las mujeres no tenían derecho a pararse ni a salirse. Ahí se dijo la frase trillada “la mujer como la escopeta: en la esquina y cargada” y se exhibieron imágenes de rostros de mujeres de los cuadros de Picasso; pueden ser arte, pero utilizadas para ridiculizarlas resultaba patético. Las residentes se tuvieron que quedar y escuchar reír a varios de sus compañeros que hacían coro al ponente.

Entonces escribí una carta para que se prohibiera esa sesión o cualquier otra que discriminara y ridiculizara a las mujeres. Muchas se acercaron a firmarla, no sólo las residentes, sino enfermeras y médicas adscritas; también lo hicieron muchos jóvenes residentes que consideraban indignante lo sucedido. A pesar de que una compañera quiso boicotear la carta, el documento llegó al director, y ésa fue la última sesión de bienvenida que se impartió.

Ser mujer y médica me ha permitido construir desde la consulta un ambiente para establecer lazos de comunicación, crear un espacio íntimo donde a través de la palabra y los testimonios he conocido la vida, la experiencia, el dolor, la alegría de miles de mujeres. También he conocido en la consulta los excesos y la

violencia que muchas han vivido o viven, y cómo se han reconstruido y buscado justicia en circunstancias donde todo parecía perdido.

Mientras se relegue, rezague y rechace a las mujeres como agentes pares de los hombres en la construcción de la vida, se estará perdiendo la mitad del talento de la humanidad. Hoy, en la matrícula de las escuelas de Medicina, más de la mitad son mujeres. No sucede así en los niveles académicos y administrativos, aunque los espacios empiezan a abrirse.

Por ejemplo, sólo hay dos mujeres directoras de los 13 institutos nacionales de Salud (INSalud) equivalente al 15.4%. Cuando entré a la Facultad de Medicina, 16% éramos mujeres y no había ninguna directora de instituto. Sin embargo, actualmente, en las juntas de gobierno de los INSalud, la proporción de mujeres vocales académicas sigue siendo proporcionalmente inferior: de los 13 INSalud, sólo en cinco (38.4%) hay al menos una mujer vocal, lo cual significa que ni en la mitad de estos cuerpos colegiados hay vocales mujeres. Del total de 65 vocales académicas/os que conforman estas juntas de gobierno sólo siete son mujeres (10.7%), a pesar de que nosotras representamos hoy casi la mitad de la plantilla del personal médico y de investigación de estas instituciones.

Empecé diciendo que no era fácil –nunca lo ha sido– ser mujer. Invoco a las mujeres que me antecedieron: mi abuela durante la Guerra Civil española, quien tuvo que desprenderse de sus hijos pequeños para salvarles la vida; la doctora María Teresa Ramírez, primera cirujana oncóloga que tuvo que abrirse camino en uno de los medios médicos más agrestes y desafiantes para las médicas, o a mi amiga, la doctora Enriqueta Baridó, cirujana que en el siglo XXI es bloqueada profesionalmente sólo por ser mujer.

México y la medicina mexicana irán ganando más talentos conforme se acepte y promueva el ejercicio y desarrollo de las mujeres en esta –que es la mejor– profesión.



La discriminación en la experiencia de mujeres y hombres

Mtra. Yoloxóchitl Casas Chousaliⁱ

Periodista, consultora en comunicación, género y ediciones

Con la idea de sensibilizar a la población sobre el tema de la discriminación nació la colección **Matices** compuesta por cinco volúmenes publicados por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred) donde convergen casi un centenar de autoras y autores, cuyos textos están a la disposición de la gente de manera gratuita y en formato digital. Se trata de un abanico de reflexiones narradas desde la experiencia de mujeres y hombres que, por sus notables trayectorias y presencia pública,ⁱⁱ invitarán a leerlas.

La pretensión fue que, a partir de convocar a plumas líderes y de prestigio en sus ámbitos, la sociedad se sienta atraída y decida entrar a esos rincones íntimos para atisbar temas presumiblemente no conocidos o tal vez muy cercanos. Con figuras del espectáculo, la política, la academia, la literatura, el arte y muchos ámbitos más, se pretende aproximar a lectoras y lectores a temas de difícil penetración como el género, las trabajadoras del hogar, los quehaceres de la sociedad civil organizada o simplemente, el mundo de ellas, las mujeres.

Mirar la discriminación fue el reto más grande. Esta práctica cultural, sustento del desprecio y rechazo a lo desconocido, constituye el eje transversal de la colección. Un hábito que, desde donde se ejerza, tiene un claro efecto en la salud mental, física e intelectual de toda persona, pero también, en la salud de cualquier sociedad que transita por los intrincados senderos de la democracia y la igualdad.

Por discriminación hemos visto nacer las guerras de odio y exterminio; hemos soslayado los derechos humanos de personas cuyos actos, pensamientos, credos, idiomas o color de piel transgreden los imaginarios colectivos; hemos ocultado a las etnias y a las personas con cualquier tipo de discapacidad e incluso, hemos negado el ejercicio de sus derechos plenos, como ciudadanas o ciudadanos, a quienes divergen en preferencia sexual.

La discriminación es el punto nodal de reflexión y tema principal del quinto libro de la colección **Matices**, compilación que se convierte así, en la más plausible y moderna.



ⁱ Correspondencia: yolo@communica.com.mx

ⁱⁱ Se enuncian los cargos o responsabilidades que ostentan en 2012, año de la edición de los cinco volúmenes.

Género y democracia¹

Pero además, como la pobreza también es una forma de violencia, hace falta que juntos caminemos hacia un nuevo destino para nuestras mujeres, de manera que alcancen mejores condiciones de salud, educación, alimento, vestido, vivienda y trabajo. Que cese la pobreza que tanto hace llorar a nuestra tierra, que cese el abandono, que cese la muerte por pobreza e ignorancia, que cese la violencia de género.

Eufrosina Cruz Mendoza²

La participación de las mujeres en la construcción democrática de un país no se circunscribe necesariamente a la arena política. Abarca desde sus aportaciones en el mundo de lo privado —el hogar donde construyen familia, cada vez menos solas, cada día con más participación de sus parejas, en particular, las masculinas— hasta su quehacer público en la economía, la política, la comunicación, la cultura o el activismo social, entre otros ámbitos de incidencia, crecimiento personal y profesional, en donde las mujeres demuestran sus invaluable aportaciones al desarrollo de México.

En este primer volumen, un variopinto número de autoras y autores comparten reflexiones que dejan ver el prisma que compone la condición de las mujeres en pleno siglo XXI: ahí se alude al Estado y su responsabilidad en el logro de la

igualdad, a los medios de comunicación y sus procesos de democratización, a la impartición de justicia —muchas veces adversa a la libertad de las mujeres—, al liderazgo femenino y sus retos, a la discriminación y al machismo, así como a esos pequeños avances en favor de la igualdad y los grandes logros conquistados por la tenacidad de mujeres y hombres.

Con la autoridad que tiene esta pléyade de voces, **Género y democracia** se convierte en un valioso testimonio que habrá de mover a la reflexión sobre las mujeres y su contribución a un mundo de mayor equidad, necesitado del reconocimiento y ejercicio de la igualdad para bien de la especie humana.

La violencia de género es un tema que también se discute en este volumen, con la exposición de datos como los que aporta Lajous,³ al indicar que en 2009, en México, de 17 mil 838 homicidios de hombres, 2 mil 850 ocurrieron en su hogar. En contraste, de mil 926 asesinatos de mujeres, 698 fueron en su hogar. En el primer caso, los hechos representan 16%, mientras que en el segundo, equivalen a 36%. El autor plantea que una parte de las respuestas a las preguntas de ¿por qué los hombres matan mujeres? y ¿por qué los hombres se matan entre sí?, se puede encontrar en la identidad de los hombres y las formas particulares de masculinidad en nuestra sociedad.

Compila las voces de 15 autoras y autores:

Fátima Fernández Christlieb
Eufrosina Cruz Mendoza
Andrés Lajous Loaeza
Sandra Lorenzano
Jesús Rodríguez Zepeda

Regina Tamés Noriega

Amalia García Medina
Olga Sánchez Cordero
Ana Cecilia Terrazas
Leonardo Valdés Zurita
María Angélica Luna Parra
Rubén Aguilar Valenzuela
Dorotea Wilson

Alberto Núñez Esteva
Hugo Santana Londoño

Socióloga integrante del Sistema Nacional de Investigadores
Premio Nacional de la Juventud y diputada federal
Político
Vicerrectora de la Universidad del Claustro de Sor Juana
Coordinador de la maestría y doctorado en Humanidades de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)
Directora ejecutiva del Grupo de Información en Reproducción Elegida
Exgobernadora de Zacatecas y diputada federal
Ministra de la Suprema Corte de Justicia de la Nación
Directora general del Instituto Mexicano de la Radio (IMER)
Consejero presidente del Instituto Federal Electoral (IFE)
Presidenta de México Ciudad Humana, A.C.
Consultor de organismos internacionales
Coordinadora general de la Red de Mujeres Afrolatinoamericanas, Afrocaribeñas y de la Diáspora
Empresario
Empresario. Gerente general de IBM México

Dos mundos bajo el mismo techo⁴

Yo nunca ejercí mi derecho a las vacaciones, días feriados, horario de trabajo, aguinaldo, seguridad social, porque siempre me dijeron que la casa no es empresa ni fábrica, y que yo era casi de la familia, pero sin derecho a comer la misma comida; además, tenía que comer parada en la cocina, no usaba los mismos platos; igual me corrieron cuando me fui a la fiesta de mi pueblo, igual viví hostigamiento.

Marcelina Bautista⁵

Invisible, humillación, hostigamiento o abuso sexual son palabras que han acompañado la vida de las trabajadoras del hogar, sobre todo de mujeres que han dejado atrás la pobreza de sus pueblos y el calor de sus familias en aras de un futuro mejor, siempre mejor que casarse muy niñas, enfermarse y carecer de atención médica o padecer hambre en tiempos de sequía.

Mal llamadas sirvientas, domésticas o criadas, sus realidades están llenas de sueños rotos, injusticia y discriminación, abandono, explotación y marginación. Ellas son mujeres indígenas, pobres y de precaria educación que ofrecen un servicio culturalmente inherente al ser mujer, un trabajo por demás feminizado: el del cuidado del hogar.

Barren, trapean, sacuden, tienden las camas, cocinan los alimentos, limpian pisos y ventanas,

lavan la ropa y el coche, pasean al perro, sacan la basura, van al mercado por los enseres básicos, cuidan hijas e hijos ajenos, a las personas enfermas, a las que tienen alguna discapacidad, a las que los años les han caído encima. Son mujeres que, desde muy tempranas edades, sin más preparación que su sentido común, se responsabilizan de los hogares de otras personas.

En este volumen hay confesiones crudas: “En realidad no era una más de la familia –en el fondo ella lo sabía, y nosotros también–”⁶ o “sentir la discriminación por ser hija de la sirvienta”,⁷ ejemplo de lo que Conapred pone en manos del público lector para revalorar a quienes también viven bajo nuestro techo. Desde las voces de funcionarios, actrices, legisladoras, defensores de derechos humanos, politólogos, comunicadores y trabajadoras del hogar, se depositan aquí reflexiones sobre ese sector laboral que no se mira ni se aquilata.

De igual manera, se ofrecen datos que reflejan la situación laboral, entre ellos, los aportados por García Gaytán.⁸ De las casi dos millones de personas que se emplean en labores domésticas, 90.4% son mujeres, 77% carecen de prestaciones y casi la totalidad no tienen contrato de trabajo escrito, además de que 95.5% no tienen acceso a servicios de salud, aunque 23.5% están inscritas en el Seguro Popular.

Compila las voces de 16 autoras y autores:

Sergio Aguayo
Víctor Ronquillo
Marcelina Bautista

Claudia Anaya
Susana Alexander
Thomas Wissing

Carlos Álvarez Acevedo
Frida Hartz

Luis González Placencia

Genaro Lozano

María de los Ángeles
Castillo Magdaleno
Rocío García Gaytán
María Victoria
Víctor Manuel Borrás Setién

Paula Candy
Jiménez González
Marisol Gasé

Académico y defensor de derechos humanos
Director de la serie televisiva *Nosotros, los otros*
Secretaría general de la Confederación Latinoamericana y del Caribe de Trabajadoras del Hogar y coordinadora regional de la Red Internacional Trabajadoras del Hogar
Diputada federal en la LXI Legislatura
Actriz y directora de teatro
Director de la oficina de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para México y Cuba
Periodista y director del portal *Gurú Político*
Fotoperiodista y ganadora del concurso internacional *Mujeres vistas por mujeres*
Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF)
Catedrático de la Universidad Iberoamericana y del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM)
Trabajadora del hogar

Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres)
Actriz y cantante
Director general del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit)
Integrante del Colectivo de Empleadas Domésticas de los Altos de Chiapas (CEDACH)
Productora de *Las Reinas Chulas* y regenta del teatro-bar *El Vicio*.

Caminos por la igualdad⁹

Movilidad limitada, sordera, ceguera, retardo mental, autismo o cualquiera de los padecimientos y limitaciones que funcionalmente nos diferencian de las personas con cuerpos o mentes “normales” no son tan trágicos como la gente supone. La tragedia real es el prejuicio por el cual la sociedad se resiste a otorgar a las personas con discapacidad las mismas oportunidades que brinda a los demás para desenvolverse en el entorno del ser humano moderno, que no es exclusivamente físico, sino sobre todo social.

Federico Fleischmann¹⁰

Los terremotos que en 1985 devastaron varias zonas de la ciudad de México, catapultaron a una población sensiblemente herida y sin liderazgo gubernamental a tomar las calles y unirse para generar acciones de ayuda y seguridad inmediatas para socorrer a las y los caídos en desgracia, logrando con ello, mostrar la cara oculta de la ciudadanía, esa fuerza de respuesta homogénea ante la adversidad que emergió de entre los escombros para nunca más ser invisible.

Esa eclosión que visibilizó a una sociedad civil fuerte y organizada a finales del siglo XX, provenía de un amplio trabajo coordinado y una vasta conciencia social sobre los grandes temas que el Estado atendía de soslayo.

En este volumen se documentan las experiencias y visiones de una diversidad representativa de líderes sociales que han transitado en la maduración de este heterogéneo, propositivo y vivificante movimiento ciudadano, al que de manera constante se suman voces jóvenes, lúcidas e intensamente comprometidas con la construcción de un México moderno, democrático, libre y de respeto a los altos valores, como son, los derechos humanos.

Entre el talento de las voces veteranas y las nuevas miradas, **Caminos por la igualdad** ofrece un prisma muy rico en temas, logros, aportes, bregas y retos que la sociedad civil organizada pone siempre en el ojo del huracán para llamar la atención del Estado. Así, se abordan aspectos de antigua polémica, como los derechos de las mujeres o la defensa al libre ejercicio de la sexualidad, hasta los que afloran en la arena del debate actual, como el respeto a la libertad de expresión en las redes sociales, el libre tránsito en bicicletas o la demanda de una legislación mejor estructurada en materia de guarderías.

Este tercer volumen de la colección aporta experiencias e historias de lo que puede hacer y hace una sociedad civil organizada, consciente y comprometida con su entorno, como son los múltiples procesos de organización de mujeres

Compila las voces de 16 autoras y autores:

Clara Jusidman	Presidenta fundadora de Incide Social, A.C.
Daniel Gershenson	Presidente de Alconsumidor y Alarbo
Lucía Lagunes	Directora de la agencia de noticias Comunicación e Información de la Mujer, A.C. (CIMAC)
Juan Martín Pérez García	Fundador del Centro Transitorio de Capacitación y Educación Recreativa <i>El Caracol</i> y director ejecutivo de la Red por los Derechos de la Infancia
Jesús Robles Maloof	Asesor de organizaciones de la sociedad civil en cultura de paz y equidad de género
Luis Perelman	Fundador de la librería <i>El Armario Abierto</i> y promotor de la salud y derechos sexuales de las personas
María Guadalupe Morfín Otero	Extitular de la Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia contra las Mujeres y Trata de Personas (Fevimtra) de la Procuraduría General de la República (PGR)
Federico Fleischmann	Fundador de Libre Acceso, A.C. y Premio Nacional de Derechos Humanos 2011
Martha Sánchez Néstor	Coordinadora de la Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México
Tania Ramírez	Directora de la carrera de Derechos Humanos y Gestión de Paz en la Universidad del Claustro de Sor Juana
Lol Kin Castañeda	Presidenta de Acción Ciudadana de Construcción Nacional, A.C.
Judith Minerva Vázquez	Maestra en Teología y Mundo Contemporáneo y defensora, junto con Castañeda, de los derechos LGBTTTT ⁱⁱⁱ en México
María Elena Morera	Presidenta de Ciudadanos por una Causa en Común, A.C.
Maite Azuela	Directora de Dejemos de Hacernos Pendejos
Mario Luis Fuentes	Director del Centro de Estudios e Investigación en Desarrollo y Asistencia Social, A.C.
Fabienne Venet	Directora del Instituto de Estudios y Divulgación sobre Migración

ⁱⁱⁱ Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Transgénero, Travesti e Intersexual

indígenas, a nivel latinoamericano, referidos por Martha Sánchez.¹¹ En México, indica la autora, se lleva a cabo desde hace más de una década el impulso de redes de jóvenes, promotoras y parteras indígenas por la salud intercultural, por la no violencia, por una salud materna y por los derechos de las mujeres indígenas; experiencias promovidas desde las casas de la Mujer Indígena, las cuales, han contribuido a reducir la mortalidad materna en las regiones indígenas.

Ellas... por ellos¹²

Así que en estas adversas circunstancias nos encontramos. Sin embargo, el país la pasaría muy mal sin la fuerza, la pasión y el empuje cotidiano de sus millones de mujeres. Sería una catástrofe sin duda. La economía, el sistema educativo, el de salud, el funcionamiento del aparato burocrático y de las empresas privadas, el campo, la maquila, etcétera, se resquebrajarían. ¿Imaginan un día sin mexicanas?

Ignacio Rodríguez Reyna¹³

Es el mundo de lo privado, al que las mujeres fueron confinadas por tradición, donde ellas han sido reinas y esclavas, amas y víctimas; un lugar con rincones donde se esconden el miedo y la inseguridad, pero también donde se gestan los ingenios y las astucias para salir adelante.

Con la firme convicción de acercar las nuevas miradas de un entorno incomprendido, por desconocido y soslayado, fue que el Conapred lanzó un guiño a líderes y reconocidos maestros en sus disciplinas y ámbitos para

que escudriñaran evocaciones del pasado y experiencias del presente en busca de crinolinas y zapatillas, haciendo a un lado temores, remilgos y zozobras, para ir al encuentro de la presencia femenina en sus vidas.

Este libro reúne textos de hombres que se han atrevido a darnos atisbos de ese espacio. Políticos, artistas, académicos, diseñadores y periodistas, hombres de hilo y aguja, de ciencias, cámaras, letras y balones que abrieron sus pensamientos y corazón para ofrecer sus opiniones y sentimientos acerca de lo que viven, descubren, reprueban, comparten, aman y aprenden de las mujeres.

Los datos duros que sobresalen entre las múltiples experiencias, son los aportados por Valenzuela,¹⁴ quien expone que 49.7% de las y los colaboradores en los bancos son mujeres, pero respecto a la participación en la toma de decisiones no hay directoras generales en las instituciones reguladoras del sector, como el Banco de México, la Comisión Nacional Bancaria y de Valores y la Secretaría de Hacienda. En un universo de 41 bancos privados y siete bancos de desarrollo, sólo tres tienen directoras.

El cuarto volumen de la colección presenta las reflexiones íntimas que hacen 16 hombres sobre el mundo de las mujeres, introspecciones que los llevan incluso a cuestionar su hombría, su machismo o misoginia al cavilar lo que son —o han sido— sus relaciones con ellas.

Compila las voces de 16 autoras y autores:

Leonardo Cuéllar
Ignacio Rodríguez Reyna
Francisco Valdés Ugalde

Ignacio Padilla
Gabino Cué Monteagudo
Macario Jiménez
José Sarukhán Kérmes

Trino
Ignacio López Tarso
Nicolás Alvarado
Javier Corral
Alejandro Valenzuela del Río
Juan Guillermo Figueroa

Luis H. Álvarez
Ricardo Trabulsi
Ricardo Bucio Mújica

Director técnico de la Selección Mexicana Femenil de Fútbol
Director de la revista *Emeequis*
Profesor y director de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) sede México
Escritor
Gobernador del estado de Oaxaca
Diseñador de modas
Coordinador nacional de la Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad
Monero colaborador del diario *Reforma*
Actor de teatro, cine y televisión
Conductor de *La dichosa palabra* de Canal 22
Diputado federal de la LXI Legislatura
Director general del Grupo Financiero Banorte
Profesor investigador de El Colegio de México (Colmex) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Consejero presidencial para la atención a grupos vulnerables
Fotógrafo y fundador de la Academia de Artes Visuales
Presidente del Conapred

Miradas a la discriminación¹⁵

Un centro de salud en una cabecera municipal de la costa de Oaxaca (...) El médico residente llegó con dos horas de retraso y vuelven a repartirse las fichas (...) Una señora se levanta a preguntar y protesta al saber que se ha quedado sin turno después de tres horas de espera y otra de viaje. —Mire, señora —le responden en la ventanilla—, así le tocó y aquí se hace lo que se puede. Y mañana que venga a ver si le toca, por lo menos bájese por respeto al doctor.

Paloma Bonfil Sánchez¹⁶

En agosto de 2001, el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos fue reformado con la inclusión del párrafo que a la letra dice: “Queda prohibida toda discriminación motivada por el origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.¹⁷

Más allá de ser un simple término, discriminar es un acto, muchas veces inconsciente, pero no por ello, menos nocivo que ejercemos todas las personas. Es un aprendizaje cultural, una acción que realizamos

cotidianamente ante lo ajeno, lo desconocido, lo que supone peligro para nuestra sobrevivencia. En ello se han sustentado hechos humanos deplorables. No sólo las guerras étnicas o religiosas, por citar las menos, sino hasta la destrucción de la naturaleza y de los animales, del medio ambiente y para cerrar el círculo, de la humanidad misma.

Desentrañar las causas y efectos de la discriminación no es tarea sencilla del Conapred, llamado a “promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas.”¹⁸ Revertir una cultura inoculada de miedos y odios, de poder y conquista heredados —nativos o impuestos— obliga a trabajar con doble ahínco en deconstruir cultura, usos y costumbres para generar nuevos órdenes que devengan en un mundo de paz y armonía.

Por eso, este último libro de la colección **Matices** entrañó un esfuerzo supremo para convocar al mayor número de voces públicas a reflexionar sobre los efectos nocivos de la discriminación, con el fin de que, desde sus personales ámbitos profesionales y de incidencia social, y con sus propias palabras, compartieran sentires, propuestas y opiniones sobre esta conducta humana que motiva al odio, al desprecio e incluso a la muerte.

Compila las voces, en justo equilibrio, de 19 mujeres y 19 hombres:

Katia D'Artigues	Periodista
José Woldenberg	Político y académico de la UNAM
Yoloxóchitl Bustamante	Directora general del Instituto Politécnico Nacional (IPN)
Mauricio Merino	Investigador del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE)
Tiaré Scanda	Actriz
Horacio Franco	Flautista y concertista internacional
Martha Ortiz Chapa	Chef internacional
Emilio Álvarez Icaza	Miembro de la Comisión de Coordinación del Movimiento por la Paz con Justicia y Dignidad
Jacqueline Peschard	Presidenta del Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI)
Francisco Javier González	Vicepresidente de contenidos en Televisa Deportes Network (TDN)
Julieta Fierro	Astrónoma
Luis H. Álvarez	Consejero presidencial para la atención a grupos vulnerables
Ana Lorena Gudiño	Presidenta de Scouts de México
Aarón Gordián Martínez	Medallista paralímpico
Marta Lamas	Directora de la revista <i>Debate Feminista</i>
Rolando Cordera	Coordinador del Programa Universitario de Estudios del Desarrollo y profesor emérito de la UNAM
Sharon Zaga	Directora del Museo Memoria y Tolerancia
Julio Frenk	Decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard
Elena Poniatowska	Escritora y periodista
José Luis Cuevas	Pintor y escultor
Mariclaire Acosta	Directora de la oficina para México de Freedom House
Rodolfo Stavenhagen	Profesor emérito de El Colegio de México (Colmex)
Alicia Molina	Directora del Fondo Memorial "Eduardo Vargas", A.C.
Ricardo Raphael	Analista político, columnista y conductor de televisión
Marisa Belausteguigoitia	Directora del Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) de la UNAM
Mario Bronfman	Director de la Fundación Ford en México
Rosalinda Vélez	Titular de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)
Lorenzo Córdova	Consejero electoral del IFE
Cecilia Loría Saviñón (+)	Feminista y defensora de los derechos de las personas y las familias
Diego Enrique Osorno	Periodista y escritor
Paloma Bonfil	Defensora de los derechos de las mujeres indígenas
Alex Lora	Rockero
Susana Villarreal Estens	Arquitecta
Fernando Rivera Calderón	Periodista y conductor de radio
Valentina Rosendo	Activista de los derechos humanos
Juan Silva Meza	Ministro presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN)
Margarita Zavala	Presidenta del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
Ricardo Bucio Mújica	Presidente del Conapred



Los cinco volúmenes de esta colección son gratuitos y se pueden adquirir directamente en Conapred, acudiendo a sus instalaciones ubicadas en Dante 14, colonia Anzures, o mediante el sitio web www.conapred.org.mx, donde se publican en formato PDF, accesible también para personas con discapacidad visual.



Referencias bibliográficas

1. Casas Y, (Comp). Género y democracia. Colección Matices. México: Conapred; 2012.
2. Cruz E. Un alcazaz de esperanza por la libertad, la justicia y la equidad de género. En: Casas Y, (Comp). Género y democracia. Colección Matices. México: Conapred; 2012. p. 27-34.
3. Lajous A. Masculinidad, violencia e igualdad de género. En: Casas Y, (Comp). Género y democracia. Colección Matices. México: Conapred; 2012. p. 37-42.
4. Casas Y, (Comp). Dos mundos bajo el mismo techo. Trabajo del hogar y no discriminación. Colección Matices. México: Conapred; 2012.
5. Bautista M. Hacer algo distinto para erradicar la discriminación y explotación hacia las trabajadoras del hogar. En: Casas Y, (Comp). Dos mundos bajo el mismo techo. Trabajo del hogar y no discriminación. Colección Matices. México: Conapred; 2012. p. 29-35.
6. Álvarez C. Historias de cuatro mujeres invisibles: el engaño, la humillación, la decepción y la lucha. En: Casas Y, (Comp). Dos mundos bajo el mismo techo. Trabajo del hogar y no discriminación. Colección Matices. México: Conapred; 2012. p.65-75.
7. Jiménez PC. El trabajo y empleo doméstico en mi vida: Explotación y discriminación por generaciones. En: Casas Y, (Comp). Dos mundos bajo el mismo techo. Trabajo del hogar y no discriminación. Colección Matices. México: Conapred; 2012. p. 155-173.
8. García R. Las trabajadoras del hogar en México. En: Casas Y, (Comp). Dos mundos bajo el mismo techo. Trabajo del hogar y discriminación. Colección Matices. México: Conapred; 2012. p. 121-135.
9. Casas Y, (Comp). Caminos por la igualdad. Ciudadanía y no discriminación. Colección Matices. México: Conapred; 2012.
10. Fleischmann F. Por un cambio de actitud de las personas sin discapacidad hacia las personas con discapacidad. En: Casas Y, (Comp). Caminos por la igualdad Ciudadanía y no discriminación. Colección Matices. México: Conapred; 2012. p. 107-111.
11. Sánchez M. Mujeres de los pueblos originarios: huellas de las participaciones y ejercicio de los liderazgos. En: Casas Y, (Comp). Caminos por la igualdad. Ciudadanía y no discriminación. Colección Matices. México: Conapred; 2012. p. 115-124.
12. Casas Y, (Comp). Ellas... por ellos. Colección Matices. México: Conapred; 2012.
13. Rodríguez I. Un día sin mexicanas. En: Casas Y, (Comp). Ellas... por ellos. Colección Matices. México: Conapred; 2012. p. 27-31.
14. Valenzuela A. Mujeres y sistema financiero en México. En: Casas Y, (Comp). Ellas... por ellos. Colección Matices. México: Conapred; 2012. p. 115-126.
15. Casas Y, (Comp). Miradas a la discriminación. Colección Matices. México: Conapred; 2012.
16. Bonfil P. Claroscuros de la discriminación. En: Casas Y, (Comp). Miradas a la discriminación. Colección Matices. México: Conapred; 2012. p. 357-363.
17. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma. Diario Oficial de la Federación, (09-08-2012).
18. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Última reforma publicada. Diario Oficial de la Federación, (09-04-2012).

Día Mundial de la Lucha contra el Cáncer

Las campañas con motivo del Día Mundial de la Lucha contra el Cáncer que muchos países como el nuestro celebran año con año el 4 de febrero, han hecho un llamado a unir esfuerzos entre los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y los grupos de la sociedad civil para promover acciones e inversiones en áreas como promoción de estilos de vida saludables, tamizaje y detección precoz del cáncer, mejoras en los tratamientos, así como también, cuidados paliativos cuando la cura no es posible.

Las estadísticas revelan que la cantidad de casos de cáncer aumentará más de dos tercios en todo el mundo en los próximos 20 años: se proyecta que pasarán de 12.7 millones en 2008 a 21.4 millones para 2030. Sin embargo, se estima que entre 30 y 40% de estos casos podrían prevenirse, de acuerdo con la opinión de especialistas de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y la Unión Internacional para Control del Cáncer (OPS/OMS/UICC). Lo anterior implica que la prevención es importante para cualquier país sin importar sus recursos y se requiere de una inversión inmediata para mejorar los servicios de salud y contar con la capacidad de atención para el creciente número de pacientes con cáncer.

En los países de América, 1.1 millones de personas fallecen anualmente debido al cáncer, que se constituye como la segunda causa de mortalidad entre la población (después de las enfermedades cardiovasculares). Los tipos de cánceres que lideran en la región son: el cérvico uterino y de mama para las mujeres, y el de pulmones, próstata y colorrectal para los hombres.

Fuente: Dos tercios de los futuros casos de cáncer ocurrirán en países en desarrollo. Organización Panamericana de la Salud –Argentina– PAHO/WHO, 2012.



El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) a través de la Dirección de Cáncer de la Mujer desarrolla permanentemente campañas y materiales de divulgación que se distribuyen al personal del sector salud y a la población para concientizar sobre las medidas de cuidado y prevención del cáncer de mama y cérvico uterino. Algunos de estos materiales buscan que las mujeres conozcan y acudan periódicamente a realizarse las pruebas para la detección oportuna del cáncer de mama, el cual:

- * Se ha convertido en la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina de 25 años y más en nuestro país.
- * Hoy es un problema de salud pública prioritario debido a que se ha incrementado el número de casos en las mexicanas. A mayor edad, el riesgo de enfermar aumenta, por lo que es inaplazable que sepas cómo detectarlo a tiempo.
- * Es curable y su tratamiento es menos agresivo si se atiende oportunamente.

Lo que toda mujer necesita saber de la mastografía

Cáncer es un término que agrupa las enfermedades en las que las células que conforman los órganos del cuerpo se vuelven anormales y se reproducen sin control, pudiendo invadir otros tejidos cercanos o diseminarse por la sangre a sitios distantes.

El principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama es la edad: a mayor edad, la probabilidad de enfermar aumenta. En México, se recomienda que **TODAS** las mujeres entre 40 y 69 años acudan a realizarse el examen de mastografía cada dos años para asegurarse que no hay indicios de esta enfermedad o detectar su aparición oportunamente y recibir el tratamiento adecuado que les salve la vida.

Pero... ¿Qué es una mastografía?

La mastografía o mamografía es un estudio radiográfico por medio del cual se obtiene una imagen de los tejidos y glándulas de las mamas, tomada como una fotografía, mediante un aparato llamado mastógrafo, el cual utiliza una dosis baja de rayos X capaz de identificar tumores muy pequeños, antes de que puedan ser perceptibles o localizables mediante la exploración por parte del personal médico especializado o de que las mujeres experimenten síntomas que las puedan alertar.

•Existen dos tipos de mastografía:

Detección o tamizaje. Se realiza a las mujeres de 40 a 69 años de edad y se recomienda efectuarla cada dos años, sin que haya síntomas o signos de enfermedad. No requiere de indicación médica. Cada mujer debe acudir a solicitarla para cerciorarse de que no ha desarrollado cáncer de mama.

Diagnóstico. se realiza por indicación médica cuando la mujer tiene síntomas o signos sospechosos de cáncer y debe efectuarse inmediatamente.

¿Todas las mujeres deben hacerse la mastografía?

Sí, todas las mujeres en el rango de 40 a 69 años, principalmente las que tienen familiares que han padecido o muerto de cáncer y las que presentan algún síntoma.

Si cumples con alguna de estas características, te invitamos a que acudas al centro de salud más cercano para que te realicen la mastografía. Recuerda que debes hacerlo cada dos años, aun cuando los resultados de tus anteriores exámenes hayan sido favorables y todo parezca normal en tus mamas.



Si tienes menos de 40 años, la mastografía no es necesaria para ti por las características de las mamas en las mujeres jóvenes. Bastará con realizarte la autoexploración cada mes y acudir una vez al año a revisión en el centro de salud.

¿Dónde hacerse la mastografía?

En un hospital, centro de salud o unidad móvil donde se cuente con el mastógrafo. Solicita una cita en tu unidad de salud más cercana.

¿Cómo debes presentarte al estudio de mastografía?

El día de tu cita toma un baño y no utilices desodorante, perfume, aceite, crema o talco en las axilas ni en las mamas, ya que las partículas de estos productos pueden alterar los resultados del estudio. De preferencia, para tu comodidad, ese día lleva ropa de dos piezas.

¿Qué ocurre durante la mastografía?

Este estudio se lleva a cabo en pocos minutos. El personal médico especializado, te dará una bata, te pedirá que te quites la ropa de la cintura para arriba y te explicará el procedimiento. Te colocará de pie frente al mastógrafo y te guiará para que recargues primero uno de tus senos entre dos placas especiales, el cual será comprimido durante algunos segundos mientras te toman la radiografía; luego se procederá de la misma forma con el otro seno, como se muestra en la fotografía.

Es importante que preguntes al personal médico todo lo que quieras saber sobre la mastografía.

¿Es dolorosa la mastografía?

No todas las mujeres sienten lo mismo, para algunas resulta molesto y para otras es doloroso, ya que los senos deben ser comprimidos durante unos segundos para lograr una buena radiografía. Es importante que las mujeres que no han llegado a la menopausia acudan después del décimo día de su ciclo menstrual, cuando sus mamas estén menos sensibles.

¿Qué tan segura es la mastografía?

La mastografía es un estudio seguro, pues contrario a los mitos difundidos, no hay evidencias de que la aplicación de este examen cada dos años incremente el riesgo de padecer cáncer de tiroides o de algún otro tipo, ya que la técnica de radiación para la toma de la mastografía se

centra en la glándula mamaria sin afectar la tiroides. Asimismo, la radiación dispersa en la habitación durante el estudio es mínima y equivale a la exposición de media hora a la radiación ambiental, lo cual no representa un riesgo adicional para la glándula tiroides.

¿La mastografía previene el cáncer de mama?

No, la mastografía no impide que el cuerpo desarrolle el cáncer de mama, pero puede detectarlo desde que aparece y ayudar a salvar la vida de mujeres que acudan a ser atendidas cuando la probabilidad de cura

¿Y si el diagnóstico de cáncer es positivo y necesitas tratamiento?

Te volverán a citar en la unidad médica que te corresponda, donde te atenderá personal especializado asegurándote que recibirás un tratamiento de calidad y adecuado a la urgencia de cada caso. Los tratamientos contra el cáncer de mama mejoran y se estudian constantemente. Como parte del proceso de atención, en la Secretaría de Salud el tratamiento se proporciona de manera gratuita a las mujeres sin seguridad social, especialmente si están inscritas al Seguro Popular.



Acervo de la Dirección de Cáncer de la Mujer, CNEGSR

todavía es alta y los tratamientos resultan menos agresivos para el cuerpo de la mujer.

¿Cuándo tendrás los resultados?

Una vez que se haya tomado la mastografía, el personal de salud te informará cuándo y cómo recibirás tu resultado o en qué forma te lo harán saber. Antes de salir, asegúrate de saber esta información y no olvides dejar tus datos correctos de localización, para que te busquen en caso de tener que repetir la mastografía o requieras estudios adicionales.

¿Qué provoca el cáncer de mama?

Hasta el momento no existe una causa específica para desarrollar cáncer de mama, sin embargo se conocen varios factores de riesgos involucrados, como son:

- Obesidad
- Sedentarismo
- Consumo de alcohol

- Haber tenido la primera menstruación antes de los 12 años,
- No haberse embarazado nunca o tener el primer embarazo después de los 35 años,
- Menopausia después de los 50 años,
- Antecedentes familiares con esa enfermedad,
- Uso de terapia hormonal en la menopausia por más de 5 años

¿Cuáles son los síntomas del cáncer de mama?

La mayoría de las veces el cáncer es asintomático en su etapa inicial. Los síntomas que se pueden presentar son: bultos bajo la piel que pueden doler o no, bultos en las axilas, pecho inflamado, pezones que duelen, que se hundan o que segregan líquidos, piel irritada, enrojecida, tirante o de un color diferente, o lo que conocemos comúnmente como piel de naranja, cualquier cambio en tus pechos por el que tengas duda.

¿Por qué es importante detectar la enfermedad en su inicio?

Mientras más pronto te detecten el cáncer, más probabilidades tienes de curarte.

El diagnóstico del cáncer de mama se divide en cinco etapas siendo la etapa I la de menor gravedad y la etapa IV la más grave. La etapa 0 implica verificar nuevamente el resultado para establecer un diagnóstico. En el cuadro te mostramos cuáles son las posibilidades de

Posibilidades de supervivencia

Etapa	Probabilidad de curación
0	95%
I	88%
II	66%
III	36%
IV	7%

supervivencia según la etapa en que se detecta el cáncer de mama. En nuestro país 90% de los casos son detectados en las etapas III y IV, por lo que ¡Cada 2 horas muere una mujer mexicana por cáncer de mama!

¿Qué necesitas hacer para prevenir el cáncer de mamá?

• Debes cuidar tu dieta, consumir frutas y verduras diariamente, reducir el consumo de grasa de origen animal, realizar actividad física, tener un control de sobrepeso y obesidad, así como disminuir el consumo de alcohol.

• Realizarte una autoexploración de los senos, ya que te permite conocer su forma, su aspecto y su textura, desarrollando sensibilidad en tus manos para identificar cualquier cambio. La técnica de autoexploración es sencilla de realizar y no requiere de mucho tiempo, la debes practicar cada mes entre el séptimo y el décimo día de haber iniciado tu regla, si ya no menstruas elige un día fijo de cada mes, por ejemplo el día de tu cumpleaños y acude cada 2 años a que te realicen la mastografía después de que hayas cumplido los 40 años.

El combate al cáncer de mama será un éxito cuando la población en riesgo esté bien informada y sea corresponsable en el cuidado de su salud

Hagamos de la mastografía . . . una oportunidad de vida

Noti género

Maestrías y especialidades

Maestría en Políticas Públicas y Género 2013-2015 (Semipresencial)

Enero de 2013 a febrero de 2015



Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso)
Carretera al Ajusco No. 377, Col. Héroes de Padierna,
Delegación Tlalpan, México, D.F.

Incorporar la igualdad de género en la agenda pública e implementar procesos para institucionalizar esta perspectiva en el gobierno y generar demanda para profesionalizar a funcionarias y funcionarios en esta temática

<http://distancia.flacso.edu.mx/images/sitios/mppg/convocatoriampg062012.pdf>

Especialidad en Género, Violencia y Políticas Públicas

1 de febrero de 2013 al 21 de febrero de 2014



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Ciudad Universitaria,
Toluca, Estado de México.
Cerro de Coatepec s/n, Ciudad Universitaria, Toluca, Estado de México

Formar especialistas con preparación para instrumentar políticas públicas estratégicas para el desarrollo de la perspectiva de género hacia una sociedad igualitaria

<http://egvypp.posgrado.politicasy sociales.org/>

Foros y congresos

Congreso Mundial de Salud Mental 2013

25 al 28 de agosto de 2013

Asociación Argentina de Salud Mental (ASSM), miembro con derecho a voto de la World Federation for Mental Health (WFMH)

Panamericano Hotel & Resort, Buenos Aires, Argentina

Identificar y discutir importantes temas de salud mental y también estimular a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a emprender más y mejores programas de salud mental para el bien de la sociedad

<http://www.wmhc2013.aasm.org.ar/es>



IX Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología, FEMESS: “Eros en Tánatos”

31 de octubre al 2 de noviembre de 2013

Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología

Aguascalientes, México

Exponer, discutir y confrontar los avances, retrocesos y desafíos en el trabajo intelectual, científico y político de las áreas vinculadas con la sexología, en la búsqueda y construcción de nuevos caminos

<http://www.congresofemess.org.mx/>



Seminarios y encuentros

Curso de verano: “Seminario para profesionales que trabajan con niñas y niños. ¿Qué hacer, qué decir y cómo actuar frente al maltrato y la violencia sexual infantil?”

5 al 8 de agosto de 2013

Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C.(ADIVAC)

Salvador Díaz Mirón #140, Col. Santa María la Ribera, México, D.F.

Brindar las herramientas necesarias para prevenir, detectar y atender la violencia sexual infantil, así como el respaldo metodológico del modelo para el abordaje integral de la violencia sexual infantil con padres, madres de familia y cuidadoras/es sobre el abordaje integral (emocional, médico y legal) de la violencia sexual infantil

<http://www.adivac.org/sys/diplomados-y-tallereprograma-2013.html>



Diplomados y cursos

Curso Género y Salud en el marco de la diversidad y los derechos humanos (Curso virtual)

1 de marzo al 10 de junio 2013



Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina de Género, Diversidad, Derechos Humanos (GDR)

Responder a la necesidad de desarrollar competencias en personal del sector salud para integrar enfoques de género, diversidad y derechos humanos en las políticas, programas y proyectos de salud en la región

<http://cursos.campusvirtualsp.org/course/category.php?id=11>

Conferencias y coloquios

XII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe

14 a 18 de octubre de 2013

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS)

Santo Domingo, República Dominicana



Identificar las necesidades regionales y subregionales de las mujeres, presentar recomendaciones y realizar evaluaciones conforme a los acuerdos y planes regionales e internacionales

http://www.isags-unasul.org/eventos_internaasp?idArea=5&lang=3&idPai=5342

III Coloquio de Estudios de Género sobre América Latina

22 al 24 de octubre de 2013



Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. Sala "A". Programa Universitario de Estudios de Género. UNAM. Sala de Trabajo Escuela Nacional de Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia. Auditorio "Margarita González".

Crear un espacio latinoamericano de diálogo, discusión y difusión en torno a los estudios de género que permitan pensar y recorrer nuevos caminos hacia la equidad entre hombres y mujeres

<http://cegalpe.blogspot.mx/>

Foros y congresos

2º Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global

Organizó: Alianza Latino Americana de Salud Global (ALASAG) y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Ejes temáticos: Inequidades en salud y determinantes sociales prevención, tratamiento y derechos humanos

Página web: <http://www.congresosaludglobal.uchile.cl/>



VI Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud

Organizó: Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA) y la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Ejes temáticos: Condición de género y salud. Promoción, prevención y rehabilitación en salud.

Página web: <http://www.alapsacongreso2013.com.mx/>



Foro Políticas de Igualdad de Género en México: avances e insuficiencias

Organizó: Maestría de Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X)

Ejes temáticos: Política pública y género

Página web: <http://seminariodefeminismonuestroamericano.blogspot.mx/2013/03/dudas-y-practicas-autonomas-feministas.html>



III Encuentro Internacional de Investigación en Estudios de Género

Organizó: Universidad Autónoma de Querétaro, Universidad Politécnica del Valle de Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Autónoma de Guerrero, Asociación Latinoamericana de Sociología, Centro de Políticas de Género para la Igualdad entre Mujeres y Hombres

Ejes temáticos: Género, sexualidad y salud reproductiva Nuevas masculinidades, entre otros

Página web: <https://sites.google.com/site/investigaciondegenero/ponencias-en-extenso>

Te invitamos a publicar en **GÉNERO Y SALUD en Cifras**

La revista **GÉNERO Y SALUD en Cifras** está abierta a la colaboración de las personas interesadas en publicar investigaciones relacionadas con los temas de género y salud, así como prevención y atención de la violencia con perspectiva de género, además de distintos análisis para el avance hacia la igualdad de oportunidades y el respeto a la protección de la salud de mujeres y hombres, en el marco de la no discriminación por sexo en los servicios de salud, de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Las colaboraciones pueden ser ensayos, artículos de divulgación científica, ponencias, reseñas, testimonios y crónicas -de carácter inédito o reelaboraciones de materiales ya publicados- y estar rigurosamente documentadas e incorporar la perspectiva de género.
2. Emplear tipo de letra Arial, 12 puntos, a doble espacio, con extensión máxima de 15 mil caracteres con espacios, (aproximadamente 12 cuartillas incluidos cuadros, tablas y figuras) en archivo electrónico, con páginas numeradas.
3. Manejar lenguaje incluyente, no sexista, usando términos neutros o con la referencia a cada sexo y evitando cualquier forma de estereotipación, discriminación, exclusión social o expresión de fobias. Se sugiere una narración en tercera persona del singular y una redacción clara, explicativa y sin tecnicismos.
4. Si el trabajo incluye datos estadísticos, presentarlos desagregados por sexo.
5. Utilizar el método de citación bibliográfica Vancouver: Para su consulta acuda a los siguientes hipervínculos:

<http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wp-content/uploads/2011/02/Guia-ElabCitas-y-Ref-Estilo-Vancouver.pdf>

Versión en Power Point:

<http://www.slideshare.net/leamotoya/vancouver-3276422>

Los artículos serán objeto de una revisión técnica, del dictamen de dos especialistas y de la aprobación final por parte del Comité Editorial; proceso en el que se valoran los textos de manera respetuosa y propositiva en cuanto al diseño metodológico (introducción, objetivos, desarrollo del tema y conclusiones), el análisis de la evidencia empírica, la originalidad y oportunidad de la información. Se mantendrá comunicación con las y los autores a quienes se les notificará si su trabajo fue o no aceptado.

Envío de colaboraciones o solicitud de informes a: gysenc@gmail.com



Con una trayectoria de 10 años, **GÉNERO Y SALUD en Cifras** emprende el reto de transformarse, por lo que nos interesa conocer la opinión de las y los lectores acerca de:

-  Los temas abordados
-  La calidad de los contenidos
-  Las secciones
-  El diseño

Envíanos tus comentarios y sugerencias a gysenc.sugerencias@gmail.com

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD
DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

WWW.CNEGRS.GOB.MX



Información y quejas:
01800 MATERNA
01800 6 2837 62

En caso de emergencia durante el embarazo, el parto o el puerperio, los hospitales de la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE tienen la obligación de dar atención a todas las mujeres, sin importar si son o no derechohabientes.