



EL COLEGIO
DE SONORA

Patricia Aranda Gallegos

Los motivos de la “desidia”

Estudio sociocultural de los saberes legos sobre
el papanicolaou y el cáncer cervicouterino



Los motivos de la “desidia”

Estudio sociocultural de los saberes legos sobre
el papanicolaou y el cáncer cervicouterino

Patricia Aranda Gallegos

RC280.U8

.A73

Aranda Gallegos, Patricia

Los motivos de la “desidia” : estudio sociocultural de los saberes legos sobre el papanicolaou y el cáncer cervicouterino / Patricia Aranda Gallegos.-- Hermosillo, Sonora, México : El Colegio de Sonora, 2010

429 p. : il. ; 23 cm.

Trabajo presentado originalmente como tesis del doctorado en ciencias sociales con especialidad en antropología social en CIESAS-Occidente, 2005.

Incluye referencias bibliográficas e índices.

ISBN: 978-607-7775-07-2

1. Útero – Cáncer 2. Cáncer cervicouterino – Prevención 3. Mujeres – Salud e higiene 4. Órganos reproductores – Enfermedades – Diagnóstico 5. Atención primaria de la salud – México – Hermosillo 6. Epidemiología - Investigación

ISBN: 978-607-8576-03-6 (PDF)



Rectora de El Colegio de Sonora

Doctora Gabriela Grijalva Monteverde

Director de Publicaciones no Periódicas

Doctor Jesús Armando Haro Encinas

Jefa del Departamento de Difusión Cultural

Licenciada Inés Martínez de Castro N.

D.R. © 2010 El Colegio de Sonora

Obregón 54, Centro

Hermosillo, Sonora, México

C. P. 83000

<http://www.colson.edu.mx>

ISBN: 978-607-7775-07-2

Hecho en México / *Made in Mexico*

*Para Enrique, Ana Mar y Daniel,
por su apoyo y paciencia*

*Para Cristina Chávez...
nos queda pendiente el baile*

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	11
INTRODUCCIÓN.....	15
ANTECEDENTES.....	16
EL PROBLEMA DE ESTUDIO.....	18
I. CONCEPTOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
<i>Concepto de representaciones sociales.....</i>	20
<i>Estudio de prácticas.....</i>	25
<i>Género y cuidado a la salud.....</i>	28
ESTUDIOS SOBRE REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICAL	29
<i>Investigaciones sobre las prácticas del papanicolaou</i>	30
<i>Relaciones médico-paciente</i>	30
<i>Prevención primaria y secundaria del cáncer cervical.....</i>	35
<i>Estudios en Sonora sobre el cáncer cervicouterino y el papanicolaou</i>	35
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
<i>Diseño de investigación</i>	38
<i>Descripción del trabajo de campo.....</i>	40
<i>Reflexiones en torno al consentimiento informado durante la investigación.....</i>	43
II. LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO Y POBLACIONAL	47
LA CONSTRUCCIÓN BIOMÉDICA DEL CÁNCER CERVICAL.....	47
<i>El proceso de enfermedad del cáncer cervicouterino en los manuales del imss.....</i>	51
<i>Factores de riesgo.....</i>	52
<i>Factores de riesgo en la población mexicana.....</i>	56
CÁNCER CERVICAL EN AMÉRICA LATINA Y MÉXICO: ABORDAJE EPIDEMIOLÓGICO.....	57

DINÁMICA POBLACIONAL EN SONORA.....	62
<i>Concentración urbana</i>	63
<i>Economía y marginación</i>	64
<i>Educación formal</i>	65
<i>Fecundidad</i>	67
<i>Mortalidad</i>	68
<i>Mortalidad por cáncer cervical</i>	69
SERVICIOS DE SALUD EN SONORA.....	74
<i>Cobertura nominal</i>	75
<i>Cobertura del PDOCC</i>	79
<i>Regionalización del IMSS y distribución administrativa en el estado</i>	83
III. LA INTIMIDAD DEL PAPANICOLAOU: ENTRE RUTINAS Y METAS	86
PERSONAL DEL PDOCC: “AQUÍ EL RESULTADO NO SE VE”	87
DELIMITACIÓN DE LOS ESPACIOS DEL PAPANICOLAOU EN LAS UMF.....	94
<i>El espacio en la UMF A</i>	94
<i>El espacio en la UMF B</i>	98
LA RUTINA DEL PAPANICOLAOU	104
<i>La espera</i>	105
<i>Formatos</i>	106
<i>La toma del papanicolaou</i>	109
<i>Las indicaciones finales</i>	115
CAPACITACIÓN SOBRE EL PAPANICOLAOU DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	117
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN EN LA UMF Y RELACIÓN CON LOS CENTROS DE TRABAJO.....	118
<i>Sala de espera</i>	118
<i>Consultorio de Medicina Preventiva</i>	119
<i>Relación con las maquiladoras</i>	119
IV. PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS	125
PRESENTACIÓN POR GRUPO DE EDAD	126
<i>Grupo 1 (16-25), mujeres más jóvenes</i>	126
<i>Grupo 2 (26-45), mujeres de mediana edad</i>	128
<i>Grupo 3 (46 y más), mujeres de mayor edad</i>	130

LOCALIZACIÓN DE LAS MUJERES.....	132
V. EL CÁNCER Y SU DETECCIÓN OPORTUNA.....	137
PRÁCTICAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	137
<i>Conocer y escuchar a alguien enfermo.....</i>	138
<i>Cuidar a un enfermo.....</i>	140
<i>Muerte por cáncer en sus redes sociales cercanas.....</i>	142
<i>Prácticas de atención.....</i>	143
NOCIONES SOBRE EL CÁNCER.....	145
<i>Causas de la enfermedad.....</i>	145
<i>Prácticas de autocuidado en el ejercicio de la sexualidad y reproducción.....</i>	148
IMÁGENES Y METÁFORAS DEL CÁNCER.....	154
NOCIONES SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LOS TRATAMIENTOS.....	155
SABERES DEL CÁNCER Y SU RELACIÓN CON LA DETECCIÓN OPORTUNA	157
VI. LA PRUEBA DEL CÁNCER: ENTRE DIFICULTADES Y APOYOS.....	159
“COMO SI FUERAS A PARIR”: DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	160
<i>Fuentes de información.....</i>	160
LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE LA MATRIZ	162
<i>Imágenes sobre el lugar del cuerpo en que se realiza la prueba.....</i>	165
<i>Toma del papanicolaou dentro del útero</i>	165
<i>Confusión entre útero y matriz.....</i>	168
<i>El cuello y la matriz.....</i>	168
DIFICULTADES Y APOYOS PARA UNA DETECCIÓN OPORTUNA.....	171
<i>Evaluaciones del servicio médico del IMSS.....</i>	171
<i>Trámites y procedimientos burocráticos</i>	174
<i>Operatividad del programa: de preferencia mujer, “mientras lo sepa hacer”.....</i>	176
<i>El embarazo como impedimento</i>	180
<i>Experiencias negativas previas.....</i>	182
<i>Resultados</i>	184
<i>Sugerencias de las mujeres sobre la prueba a los servicios médicos del IMSS.....</i>	185
<i>Las condiciones materiales de vida como dificultades para las prácticas</i>	187

SENTIMIENTOS RELACIONADOS CON “LA PRUEBA DEL CÁNCER” Y PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN DE GÉNERO	190
<i>Procesos de socialización sobre sexualidad y cuerpo: el género y la dimensión social del pudor</i>	193
<i>Los temores relacionados con la prueba: un vínculo ambivalente con la práctica de detección</i>	203
<i>La “desidia” de acudir al papanicolaou</i>	205
<i>La necesidad de acudir a la prueba</i>	207
VII. SABERES LEGOS: SÍNTESIS Y REFLEXIONES FINALES	211
SABERES LEGOS DE LAS MUJERES SOBRE LA DOC CERVICAL.....	212
<i>Relaciones entre la prueba y el cáncer</i>	214
<i>El procedimiento del papanicolaou</i>	215
<i>Entre apoyos y dificultades para la práctica de la DOC cervical</i>	216
LA RELACIÓN ENFERMERA-MUJER Y LOS SABERES SOBRE LA DOC DE LAS USUARIAS.....	218
<i>Las rutinas</i>	219
<i>La organización del programa</i>	221
<i>Principales dificultades durante la toma</i>	221
<i>Reflexiones finales</i>	223
BIBLIOGRAFÍA.....	225
SIGLAS.....	250

ÍNDICE DE CUADROS E ILUSTRACIONES

ÍNDICE DE CUADROS

[Cuadro 1. Diseño de investigación](#)

[Cuadro 2. Métodos y técnicas utilizadas durante la investigación](#)

[Cuadro 3. Tipo de práctica de acuerdo con la frecuencia](#)

[Cuadro 4. Mujeres seleccionadas para entrevistas en el hogar](#)

[Cuadro 5. Cambios nosológicos de la patología cervical](#)

[Cuadro 6. Tipos de diagnósticos](#)

[Cuadro 7. Condiciones de riesgo para el cáncer cervicouterino](#)

[Cuadro 8. Principales causas de mortalidad en México por sexo-edad \(25-34 años\), 2000](#)

[Cuadro 9. Tasas de mortalidad estandarizadas por edades por cada 100 mil habitantes en algunos países latinoamericanos, 1996-2001](#)

[Cuadro 10. Población de seis años y más que asiste a la escuela por grupo de edad y sexo. Sonora, 2000](#)

[Cuadro 11. Promedio de hijos nacidos vivos por mujer de doce años y más en los estados de la frontera norte, 2000](#)

[Cuadro 12. Programas prioritarios](#)

[Cuadro 13. Cobertura nominal según institución de salud 1995-2002, Sonora](#)

[Cuadro 14. Número de pruebas de Papanicolaou observadas y audiograbadas en las dos UMF](#)

[Cuadro 15. Perfil socioeconómico de las mujeres entrevistadas](#)

[Cuadro 16. Escolaridad de las mujeres entrevistadas en el hogar](#)

[Cuadro 17. Salarios mínimos y frecuencia del papanicolaou](#)

[Cuadro 18. Tiempo de derechohabencia en el IMSS](#)

[Cuadro 19. Edad del hijo mayor y menor de las informantes](#)

[Cuadro 20. Experiencia de las entrevistadas con el cáncer](#)

[Cuadro 21. Causas del cáncer](#)

[Cuadro 22. Espaciamiento desde el último papanicolaou](#)

[Cuadro 23. Fuentes de información sobre la detección oportuna del cáncer](#)

[Cuadro 24. Situaciones adversas y puntos de apoyo en las prácticas de DOC de las mujeres entrevistadas](#)

[Cuadro 25. Práctica de acudir por los resultados a la UMF](#)

[Cuadro 26. Sentimientos relacionados con la prueba del cáncer](#)

[Cuadro 27. Socialización sobre la menstruación durante la pubertad](#)

[Cuadro 28. Socialización de la sexualidad en el entorno familiar](#)

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

[Ilustración 1. Proceso y clasificación morfológica, sistema Bethesda](#)

[Ilustración 2. Historia natural del cáncer cervicouterino](#)

[Ilustración 3. Regiones del IMSS, 2002](#)

[Ilustración 4. IMSS, estructura de AMGD, Delegación Sonora](#)

[Ilustración 5. UMF A](#)

[Ilustración 6. Interior del consultorio de Medicina Preventiva UMF A](#)

[Ilustración 7. Representación del papanicolaou en la UMF A](#)

[Ilustración 8. Planta baja de la UMF B, como quedó de manera definitiva](#)

[Ilustración 9. Cambios de ubicación del mobiliario e instrumental para la toma del papanicolaou dentro del área de medicina preventiva](#)

[Ilustración 10. Tercer lugar de la toma de la muestra en la UMF B](#)

[Ilustración 11. Cuarto y último lugar de la toma de la muestra en la UMF B](#)

[Ilustración 12. Ventanilla de medicina preventiva UMF B](#)

[Ilustración 13. Letrero DOC en UMF B](#)

[Ilustración 14. Entrevistadas que acudieron al papanicolaou](#)

[Ilustración 15. Entrevistadas con práctica esporádica o nula que acudieron a la UMF al servicio de medicina familiar](#)

[Ilustración 16. Causalidad del cáncer](#)

[Ilustración 17. Lugar de la toma, Hortensia](#)

[Ilustración 18. Lugar de la toma, Trinidad](#)

[Ilustración 19. Lugar de la toma, Beatriz](#)

[Ilustración 20. Lugar de la toma, Remedios](#)

[Ilustración 21. Lugar de la toma, Emilia](#)

[Ilustración 22. Lugar de la toma, Penélope](#)

[Ilustración 23. Lugar de la toma, María Eugenia](#)

[Ilustración 24. Lugar de la toma, Aurora](#)

PRÓLOGO

La primera vez que escuché que en nuestro país cada dos horas una mujer pierde la vida por cáncer cervicouterino, tardé inacabables minutos en comprender que la frase expresada por una activista del movimiento de mujeres en la Ciudad de México denunciaba que a principios de los años noventa en nuestro país morían más de cuatro mil mujeres cada año por esta causa. Instruida inicialmente por la epidemiología convencional para entender la distribución, la frecuencia y los determinantes de las enfermedades con porcentajes, prevalencias, tasas e índices, la frase me provocó gran intranquilidad, ya que si bien reconozco a la epidemiología como indispensable para identificar los factores de las enfermedades y para la formulación de políticas públicas, la costumbre de aprehender el problema únicamente mediante las cifras y tomar distancia de los sujetos me había orillado a esquivar el profundo significado de aquellas muertes.

La frase se escuchó en múltiples ocasiones, declarada por voces diversas: se repitió en la academia, en nuestras casas, frente a nuestros escritorios, en los salones de clase, en la calle, en programas de radio y televisión, en recintos parlamentarios, la escribimos en folletos, periódicos murales y en manuales, la repetíamos antes de conciliar el sueño e incluso al iniciar cada día. Lenta, pero sistemáticamente morían mujeres por una causa que —en principio— la biomedicina era capaz de prevenir y hasta curar.

Visualizar a esas mujeres en la plenitud de su vida, compañeras de trabajo, amigas, vecinas, parientes, algunas madres con hijos, más jóvenes o mayores, cercanas o lejanas, que con su ausencia dejaban una estela de soledad y silencio, que perdían la vida absurdamente, me provocaba gran turbación, ya que si los servicios de salud les atendieran oportuna y adecuadamente, podrían aún estar entre nosotras. No olvidaré jamás que alguna de ellas podría ser yo misma o alguna de mis más cercanas.

A partir de ese momento, inspirada en la acción constante de feministas, activistas e integrantes del movimiento de salud de las mujeres no sólo en México sino en toda Latinoamérica, el dato epidemiológico duro se me volvió necesario, pero supletorio, para tomar el lugar prioritario la vivencia subjetiva colectiva en torno a uno de los principales problemas de salud pública del país.

Como lo presenta de manera brillante Patricia, la información epidemiológica que circuló en nuestro país desde la primera mitad de la década de los noventa puso de manifiesto que algo no estaba bien en las políticas de salud respecto al cáncer cervicouterino, ya que aunque se pretendían aumentos de la cobertura de los servicios, las mujeres no acudían a realizarse el examen de Papanicolaou, la única prueba conocida hasta el momento para identificar la condición clínica de las células del cuello uterino.

El movimiento de mujeres provenientes de diversos países del mundo logró colocar —no sin la fuerte oposición de grupos fundamentalistas— en las agendas de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, y la Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Pekín en 1995, las demandas concretas para mejorar la salud de las mujeres, especialmente en la inclusión de capítulos referidos a la calidad de la atención de los servicios y a los derechos sexuales y reproductivos. Los gobiernos nacionales se vieron comprometidos a poner en marcha estos acuerdos, bajo la mirada vigilante de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales del mundo entero; nuestro país no escapó a ello. La

década de los noventa fue un parteaguas, al menos en cuanto a la formulación de programas de salud *con perspectiva de género*; entre éstos, el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino iniciado en 1996 con acciones de vigilancia epidemiológica, con programas de cómputo para concentrar información de casos, un manual de procedimientos de laboratorio de citología, los lineamientos para la capacitación del personal que toma las muestras y para los citólogos que realizan las lecturas de éstas.

Los acuerdos de El Cairo constituyeron una herramienta poderosa para que las mujeres ejercieran el derecho a la información en materia de salud; se podía superar el desdén con que las autoridades manejaban las estadísticas. Estaba claro que algo había que hacer para articular la información epidemiológica nacional con los acuerdos internacionales, no sólo en el mundo de la academia, sino en el trabajo ciudadano para que eso que denominamos *política pública* realmente lograra un cambio de rumbo en la salud de las mujeres.

El tema del cáncer cervicouterino —entre otros de salud sexual y reproductiva— se fue instalando poco a poco en las acciones de los grupos de mujeres. A principios de los noventa, tuve el privilegio de colaborar con Salud Integral para la Mujer, A. C. (SIPAM), una de las más influyentes organizaciones ciudadanas que realizó un esfuerzo pionero para poner en la agenda pública el tema de calidad de la atención de los servicios de salud, incluyendo los correspondientes a la prevención, diagnóstico y atención con respecto al cáncer cervicouterino. Con una mirada crítica al enfoque gerencial vigente, identificando las limitaciones institucionales, considerando que la participación ciudadana en la formulación de las propuestas resulta imprescindible, se empezó a construir un camino de participación corresponsable entre el Estado y las organizaciones civiles.

Varias organizaciones, entre ellas SIPAM A.C., conformaron en 1993 la *Red por la Salud de las Mujeres del D.F.*, a finales del sexenio salinista en medio de las crecientes manifestaciones de organizaciones civiles y ciudadanas que fueron reconocidas por su persistente lucha en la construcción de espacios de participación autónoma en diversas dimensiones de la vida social y política de nuestro país. Una de las primeras campañas de la naciente agrupación fue *La salud empieza en nuestra Red*, que tuvo entre sus acciones realizar el examen de Papanicolaou a todas las integrantes de los grupos que la conformaban, encontrándose que tres de cada cuatro mujeres nunca se habían practicado la prueba, situación que fortaleció el compromiso de la Red para continuar la campaña y la estrategia de visibilización del tema del cáncer cervicouterino. Con la consigna *Dejar morir a una mujer por cáncer cervicouterino es perder la vida poco a poco*, se pasó paulatinamente de una posición crítica a una propositiva.

En el marco del programa de Coinversión Social Novib-Gobierno del D.F. en el proyecto denominado “La Salud Sexual y Reproductiva en el Distrito Federal”, ejecutado por la Red entre 1998 y 2000, tuve la fortuna de participar en la sistematización de —en mi opinión— uno de los más ejemplificadores ejercicios de corresponsabilidad entre la sociedad civil y el gobierno de la Ciudad de México. Con dicho proyecto, la Red estableció una relación directa y cotidiana con el gobierno de la ciudad, a través de la cual se legitimó como referente para las autoridades locales y refrendó el derecho de la ciudadanía a proponer acciones de gobierno y modelos de corresponsabilidad para una urbe con mujeres saludables. La Red actuó como tercer *coinversionista* en esta propuesta (Novib-Holanda y el Gobierno de la Ciudad fueron los otros dos), aportando la experiencia de sus integrantes y el saber colectivo de sus grupos.

El proyecto —uno entre una decena de experiencias ciudadanas de corresponsabilidad— consistió en la implementación de tres acciones que se potenciaban interdependientemente para mejorar las condiciones de salud y de vida de las mujeres de la ciudad más poblada del mundo: los Puestos de Salud para Mujeres Embarazadas, el Módulo Ciudadano de Orientación en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, y la Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino y Mamario. Esta última funcionó mediante recorridos periódicos de la Unidad Móvil destinados a fomentar el autocuidado y la autoestima de las mujeres en edad reproductiva para prevenir y detectar oportunamente el cáncer cervicouterino y los riesgos de las

enfermedades de transmisión sexual, así como contribuir al ejercicio del derecho a una atención oportuna, de calidad y que dignifique a las mujeres.

Además del proyecto de Coinversión, la Red participó activamente en la elaboración de la Norma Oficial Mexicana *NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino*, así como en la NOM de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993), en la de VIH (NOM-010-SSA2-1993), en la de violencia familiar (NOM-190-SSA1-1999), entre otras, el movimiento de mujeres contribuyó desde su autonomía a mejorar las condiciones de la atención de salud en México.

De aquellas experiencias han pasado muchos años, y el cáncer cervicouterino sigue constituyendo un severo problema de salud pública; a la fecha representa la segunda causa de muerte de mujeres de veinticinco años o más, especialmente de quienes habitan en los estados menos desarrollados y que no cuentan con servicios de salud. A pesar de que la mortalidad muestra una tendencia decreciente, ya que en 1990 se presentaba una tasa de 26.1 defunciones por cien mil mujeres, la cual disminuyó a 15.2 en el año 2006, sigue siendo mucho más alta que las de los países de la región con un nivel de desarrollo similar al nuestro. Siguen perdiendo la vida casi cinco mil mujeres cada año y esta cifra ha sido expuesta con preocupación en todos los programas nacionales de salud desde 1995 a la fecha. El panorama epidemiológico no ha cambiado.

Por ello, no puedo leer el trabajo de Patricia sin sentirme completamente involucrada, ni puedo ser imparcial en mis comentarios. En 2002 fui invitada por primera vez como docente al Colegio de Sonora y tuve el gusto de reencontrarla después de casi una década, en la que los lazos de afecto y confianza se han afianzado aún más. Recuerdo su reacción frente a los primeros hallazgos de investigación para la tesis doctoral, estupendamente presentados en este libro; recuerdo en particular la impresión que nos compartió cuando solicitó a las mujeres entrevistadas que dibujaran en qué consiste el papanicolaou y en qué lugar del cuerpo se toma la muestra. Con mucho respeto, Patricia tuvo evidencias del profundo desconocimiento de las mujeres respecto a su propio cuerpo...

Ahora me queda más claro que dicho desconocimiento se va formando en una larga serie de atropellos y omisiones, que entremezclan las dimensiones vitales de las mujeres: los derechos, la información, las posibilidades de decidir, el temor a la enfermedad, a la muerte, a faltarle a los hijos, las distancias entre ellas y quienes toman la muestra... y el largo camino entre el momento de la toma de la muestra y la posterior comprensión de sus resultados. El trabajo ofrece una mirada muy amplia, sumamente detallada, una verdadera etnografía basada en evidencias, cumpliendo su propósito de visibilizar el punto de vista de las mujeres y contribuir a que esta temática tome importancia y así sumarse al esfuerzo de muchas personas para hacerlo público.

A diferencia de aquellos años, en que el movimiento de mujeres cobraba fuerza e importancia en el escenario social, actualmente se presenta una declinación de su presencia y una entonación particular de la sociedad a priorizar lo individual sobre lo colectivo, en el marco del avance de sectores conservadores, fundamentalistas, encaramados en las redes del poder político, eclesial y económico de nuestro país, que echan para atrás lo logrado especialmente en la década de los noventa y en los primeros años del presente siglo. En medio de los retrocesos, el trabajo de Patricia atempera la fuerza de la palabra colectiva, advirtiendo del peligro de no contar una sola historia, una sola mirada; contribuye con cuidado y respeto a articular historias, ésas que de cotidianas, parecen innecesarias de narrar y que en ciertos discursos hegemónicos suelen ser llamadas con menosprecio "anécdotas". En el libro se da cuenta de la ambivalencia, del constante regreso, de los desencuentros entre las realidades del mundo biomédico y las de la vida cotidiana de las mujeres. El valor de este trabajo es adentrarse en ambas y reinterpretarlas con gran fineza y detalle.

Considero que el trabajo de Patricia forma parte de ese conjunto de esfuerzos desde la academia, la sociedad civil y la ciudadanía comprometida a hacer algo por mejorar las cosas. No dudo de que trasluce mucho de su propia historia, como solemos hacer muchas, comprometidas en trazar caminos hacia un mundo

mejor que con frecuencia nos parece lejano; ella recupera la voz de aquella mujer que afirma “saber que tienes cáncer es saber que puedes morir”, pero con su trabajo esboza esperanzas, caminos aún inciertos que requieren ser *andados*.

La investigación llevada a cabo por Patricia, anunciada como *saberes de las mujeres usuarias*, también recoge aspectos clave del *saber* de las enfermeras, colocadas en la otra esquina de esta relación social, atrapadas igualmente en la jerarquía institucional... así como no ofrecen información a las usuarias, tampoco reciben capacitación específica para que enfrenten, manejen y reduzcan la tensión de las usuarias en el momento de la prueba de Papanicolaou, por lo cual desarrollan sus particulares e ingeniosas estrategias.

Tal como apunta Marisa Matamala, “aunque la identidad genérica de estas mujeres las asemeja a las usuarias —tomando en cuenta los matices que les confiere su ubicación social y nivel educacional—, por lo general ni unas ni otras reparan en aquello que las acerca y más bien relevan las diferencias que las enfrentan” (Matamala et al. 1995, 28¹), el presente trabajo aporta, si bien quizás su autora no se lo propuso inicialmente, suficientes elementos empíricos para vislumbrar el entramado del sistema de salud que contribuye a reproducir la organización genérica de la sociedad: sus operador@s, independientemente de su sexo, de su posición en la jerarquía institucional y de sus consideraciones personales, realizan prácticas que — en su articulación cotidiana— ignoran, desvalorizan y silencian los puntos de vista de las usuarias, aprisionad@s, a su vez, en la representación autocomplaciente de los servicios de salud.

Por ello, quien lea este libro ampliará y profundizará su mirada sobre uno de los persistentes y abyectos problemas de salud pública en nuestro país. Mi reconocimiento, entonces, al espléndido trabajo de Patricia, fruto de una rigurosa experiencia académica, como parte del Centro de Estudios en Salud y Sociedad (CESS) de El Colegio de Sonora, institución que al desarrollar investigación en torno a los procesos de salud, enfermedad y atención desde un abordaje sociocultural, fomenta la labor interdisciplinaria de investigación en materia de salud.

Monserrat Salas V.

D. F., marzo de 2010

¹ María Isabel Matamala, Matrona Berlagosky, Gloria Salazar y Lorena Nuñez. 1995. *Calidad de la atención. Género. ¿Salud reproductiva de las mujeres?* Santiago de Chile: OPS, Gobierno de Holanda.

INTRODUCCIÓN

*El cáncer, no sé, es la muerte...
me lo imagino como una llaga
que carcome lo de adentro,
es algo muy doloroso, es malo...*
CRISTINA

*En la clínica me pidieron cuarenta y ocho horas sin relaciones sexuales,
y que tardara entre siete y ocho días de que se me terminara (la menstruación),
la higiene y lo que es reglamentario para hacérsela.
Entonces, pues sí, cuando ya no tuve desecho ni nada,
fue cuando me presenté otra vez.*
GABRIELA

Las frases de Cristina y Gabriela nos dan pie para presentar este libro, que se refiere precisamente a las representaciones y prácticas en torno al cáncer cervical y a la prueba de detección oportuna de mujeres, derechohabientes² del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el primer nivel de atención en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Desde el punto de vista biomédico, el cáncer es una enfermedad que se caracteriza por el cambio morfológico de las células y el inicio de una reproducción que no sigue el patrón de crecimiento esperado. Los saberes científicos en torno a esta enfermedad se difunden entre la población cada vez con mayor celeridad; no obstante, ante la cantidad de información circulante, no es extraño que los responsables de los programas educativos o preventivos dejen de lado el análisis de cómo se está procesando este cúmulo de conocimientos y nociones que adquieren significado en marcos conceptuales distintos al de la biomedicina.

En el lenguaje cotidiano y el análisis literario, algunos autores señalan la utilización en diversos contextos sociales y culturales de esta enfermedad como metáfora de lo no deseado, del dolor y del mal temido (Sontag 1996, 62). De distintas formas y en contextos diversos al cáncer se le ha utilizado para nombrar lo brutal, lo implacable, lo rapaz; se le describe como una enfermedad que evoca catástrofes, crecimientos incontrolados, anormales e incongruentes. La imagen del crecimiento anómalo tiene como contraparte tratamientos médicos que se nombran con el lenguaje bélico de “contraataque” al invasor. Los saberes del sentido común, aquellos en los cuales se entremezclan saberes científicos y legos, se construyen y sólo adquieren significado dentro de los contextos y referentes socioeconómicos y culturales en que se relacionan las personas.

² En México, el término *derechohabiente* se refiere a la adscripción a alguna institución de seguridad social a la cual se tiene acceso por medio de la inserción en el mercado laboral.

En este trabajo se abordará una enfermedad que evoca sentimientos e interpretaciones culturalmente aprendidas en contextos específicos, y de la forma de detección oportuna como respuesta institucional ante un problema de salud pública ampliamente reconocido en la actualidad. El objetivo principal es describir y analizar los saberes compartidos socialmente acerca del papanicolaou y el cáncer cervicouterino de mujeres usuarias de los servicios médicos, en el primer nivel de atención del IMSS, en la ciudad de Hermosillo, Sonora, con el propósito de aportar elementos para la comprensión de las dificultades para la detección oportuna de esta enfermedad y, a la vez, visualizar los apoyos sociales y culturales que, por el contrario, fomentan y permiten una práctica de protección y de atención oportuna.

Es necesario señalar que este trabajo no pretende evaluar ni la práctica de las mujeres, ni el trabajo de quienes consintieron en que la investigadora acompañara sus rutinas laborales durante cuatro meses en dos Unidades de Medicina Familiar. Sin embargo, para comprender el sentido y significado de esta práctica para las mujeres, se debe considerar aquello que desde su punto de vista identifican como dificultades o apoyos para acudir a la prueba, así como analizar dicha percepción en relación con recomendaciones de instancias nacionales e internacionales.

Los métodos utilizados se describen ampliamente en el primer capítulo del libro. Por el momento baste decir que es un estudio cualitativo, descriptivo, que empleó como técnica principalmente la etnografía con una estancia de cuatro meses en el servicio de medicina preventiva de dos Unidades Médicas Familiares del IMSS en los que se acompañó la jornada de trabajo de inicio a fin de tres turnos laborales, dos matutinos y uno vespertino. Se aplicó un cuestionario, cuyos resultados no han sido incluidos en este libro, y a partir de la tipología de mujeres que acuden a la prueba, la misma se instrumentó a partir de la observación y el análisis del cuestionario aplicado, se realizaron entrevistas a fondo en los hogares de once mujeres.

ANTECEDENTES

Desde un punto de vista epidemiológico, los antecedentes del problema de esta investigación se remiten a los señalamientos nacionales e internacionales (Instituto Mexicano del Seguro Social 1998b, 67) sobre las altas tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino, a partir de los veinticinco años de edad, en la población femenina de México (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 2000a). A mediados de los noventa se generó una discusión amplia sobre el tema y los factores de riesgo asociados con la enfermedad (Elu 1998), en la cual participaron académicos, funcionarios de las instituciones de salud e integrantes de organizaciones no gubernamentales. En 1998 se modificaron varios aspectos de la normatividad del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical (PDOCC), sobre todo el periodo recomendado entre cada prueba y el seguimiento de los casos.

En nuestro país, el PDOCC se implementó por primera vez en la década de los sesenta (Instituto Mexicano del Seguro Social 1976, 820) y se volvió una práctica generalizada en las instituciones médicas hasta mediados de los años setenta.³ Cuando iniciamos la investigación, a principios de 2000, la mortalidad nacional de mujeres mayores de veinticinco años se debía, en primer lugar, a tumores malignos, y entre los diversos tipos de neoplasias (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 2000a), el cervicouterino ocupaba el primer lugar nacional y transitaba recientemente a un segundo lugar en el estado de Sonora.

Entre los puntos importantes, señalados en las evaluaciones realizadas por Lazcano y otros investigadores en 1996, destacó la baja eficiencia del PDOCC, en términos de poca cobertura y calidad de las muestras obtenidas, así como la práctica del papanicolaou nula o tardía de las mujeres.

³ En 2000, el PDOCC en Sonora tenía aproximadamente veintiséis años de haberse implementado en las instituciones médicas.

Desde el punto de vista sociológico y antropológico, el problema de la mortalidad de las mujeres presentó varias aristas de interés. Una de ellas fue la constatación de que la atención de primer nivel de salud no había podido establecer relaciones constantes con las destinatarias de este programa; otra de ellas fue la generación de movimientos sociales a través de agrupaciones que reivindicaban la necesidad de mejorar la atención en estos lugares.

La Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal documentó la falta de confianza de las usuarias en los centros de detección oficiales, pues señalaron que en ellos no suele tomarse en cuenta su condición de mujeres con derecho a un trato digno (Vilchis 1998, 127); además expresaron la necesidad de establecer jornadas informativas anuales sobre el cáncer cervical a través de mensajes positivos en los medios de comunicación masiva, y campañas permanentes de prevención y detección oportuna. Para ello se solicitó incrementar el presupuesto asignado, equipar unidades móviles y aprovechar mejor el tiempo de las usuarias de los servicios médicos para promover la toma de la prueba.

Los datos proporcionados por las evaluaciones del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) sobre la baja cobertura del programa (20 por ciento de la población) y los problemas detectados en la calidad y lectura de las muestras indicaban la necesidad de capacitar al personal responsable, así como el uso insuficiente y tardío de la detección oportuna por parte de las mujeres (Lazcano et al. 1996). De esta manera se evidenciaba una arista más desde el campo de las ciencias sociales, es decir, la necesidad de estudiar la relación médico-paciente, la implementación de cambios normativos en la vida cotidiana de las instituciones y los significados mismos de una prueba que vincula ámbitos de la atención médica con temáticas que invitaban a reflexionar sobre la subjetividad, tales como los significados y sentimientos que propicia el tema de la sexualidad y la reproducción, ambos relacionados con la enfermedad y la prueba de detección misma. Las organizaciones de mujeres coincidieron en señalar las deficiencias en la calidad y calidez de la atención en los servicios de primer nivel, e insistieron en la necesidad de realizar investigaciones y evaluaciones sobre la implementación de las modificaciones acordadas en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino, publicadas el 6 de marzo en el *Diario Oficial de la Federación* (Hiriart y Del Puerto 1997).

En el contexto de estos cambios recientes en la normatividad y las prácticas institucionales, a finales de los años noventa participamos en un equipo académico binacional,⁴ centrado en propiciar la investigación en la región fronteriza norte (Sonora, Baja California y Arizona) sobre los cuidados y la prevención del cáncer cervical. El grupo de trabajo tenía como antecedente los resultados de una investigación binacional de cáncer cervicouterino (Denman et al. 1999; Giuliano et al. 2001a y 2001b) realizada en esta zona, la cual arrojaba información sobre una mayor morbilidad en mujeres mexicanas que residen en su país de origen a las encontradas en población migrante.

Por lo anterior, a principios de 2000 planteamos la necesidad de realizar un estudio de los saberes sobre la prueba de Papanicolaou y documentar las dificultades para acudir cuando el acceso a los servicios médicos no es un impedimento, ya que los estudios reportaban que la cobertura no era adecuada, aun cuando se tuviera acceso al servicio. Nuestro interés se centra, pues, en los aspectos sociales y culturales que se conjugan en términos de representaciones sociales y que son parte de las explicaciones sobre las prácticas de atención y detección; principalmente nos centramos en el estudio de la perspectiva de quienes acuden a los servicios médicos.

⁴ El Consorcio Transfronterizo para la Investigación y Acción en Género y Salud en la Frontera México-Estados Unidos comprende una coordinación entre investigadores, educadores y promotores de salud, basada principalmente entre Sonora y Arizona, pero con alcance hasta El Paso/Ciudad Juárez y San Diego/Tijuana. Entre sus objetivos se encuentra incrementar y difundir el conocimiento de los temas de salud de la mujer en la región; fortalecer la cooperación entre investigadores y organizaciones comunitarias para reconocer y eliminar los obstáculos que dificultan mejorar la salud de la mujer; contribuir a la comprensión de las implicaciones de las inequidades de género en la elaboración y práctica de las políticas públicas; e incrementar la capacidad de los trabajadores/activistas de salud para promover políticas que sean más sensibles a las necesidades de las mujeres en la región fronteriza. Establecido en 1995, el Consorcio Transfronterizo es un proyecto de la Fundación Ford administrado por dos codirectoras, la Dra. Catalina Denman, de El Colegio de Sonora, y la Dra. Janice Monk, de la Universidad de Arizona. Para más información consultar la página <http://www.borderhealth.arizona.edu>

EL PROBLEMA DE ESTUDIO

El objetivo principal de la investigación fue describir y analizar los saberes legos, considerando para ello: a) la relación entre las representaciones sociales y las prácticas de detección oportuna de las mujeres entrevistadas, así como b) la relación entre sus saberes y la práctica institucional de detección oportuna en el IMSS.

El eje de investigación se concentró en el estudio de lo que las mujeres saben de la prueba, es decir, desde lo que la antropología médica denomina *perspectiva lega*, porque nos interesa reconstruir el punto de vista de sujetos que no tienen estudios formales del gremio médico o paramédico, pero que sí tienen un conocimiento de sentido común en el que se resignifican o redimensionan las nociones biomédicas a las que tienen acceso a través de fuentes diferentes.

La pregunta general de la investigación se centra en el estudio de la perspectiva de las usuarias de los servicios médicos respecto a la práctica de detección oportuna, es decir, nos interesa examinar la conformación de los saberes legos sobre el cáncer cervical y la prueba de Papanicolaou de mujeres que solicitaron servicios de dos Unidades de Medicina Familiar del IMSS, entre octubre de 2001 y agosto de 2002, en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

La investigación de los saberes sobre el papanicolaou y el cáncer cervical tiene como objetivo: a) lograr una descripción amplia de la conformación de las representaciones sociales, desde una perspectiva lega, del papanicolaou y el cáncer cervicouterino; b) identificar los elementos que apoyan o dificultan las prácticas de detección oportuna desde la perspectiva de las informantes; c) analizar las relaciones entre el personal de enfermería y las mujeres durante las prácticas de detección oportuna, así como examinar la relación con la construcción del saber lego de las informantes.

El contenido de este libro se encuentra organizado de la siguiente manera: El primer capítulo contiene la clarificación conceptual que nos permitió enfocar el problema de estudio, así como la descripción detallada de la metodología utilizada. El segundo capítulo incluye una amplia descripción de los cambios en la definición y clasificación biomédica de la detección oportuna del cáncer cervicouterino que se documentan en textos médicos y en un segundo momento se describe la dinámica poblacional en Sonora y los servicios de atención. El capítulo tercero describe y analiza la rutina del papanicolaou a partir del trabajo etnográfico realizado en las UMF. El cuarto capítulo detalla el perfil socioeconómico de las mujeres entrevistadas. El quinto analiza las prácticas y las representaciones sociales del cáncer, y el sexto aborda las del papanicolaou. El último capítulo recopila los principales hallazgos de la investigación.

I

CONCEPTOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La perspectiva de este trabajo se ubica principalmente en el marco teórico construido desde la antropología médica por Menéndez y Di Pardo —especialmente desde su abordaje de los saberes médicos (1996, 47-74)— porque pensamos que desde esta perspectiva los saberes se analizan bajo supuestos y consideraciones de un contexto económico, político e histórico amplio en el que es necesario ubicar los sentidos y significados que se pretende examinar. Y porque dicho abordaje plantea una perspectiva relacional para analizar lo que sucede entre las representaciones sociales acerca del cáncer y del papanicolaou y la práctica de detección oportuna y de cuidado a la salud. Esta última comprende una diversidad de prácticas más amplia que la primera y no siempre coincide con las indicaciones biomédicas.

Desde la antropología médica desarrollada en México, se considera que las enfermedades y su diagnóstico no son únicamente un evento biológico y médico, sino también fenómenos sociales que afectan las relaciones y la vida cotidiana de las personas, de tal manera que la utilización de los servicios médicos para la prueba de detección oportuna de cáncer no es un evento puramente químico, médico o biológico, sino una práctica social que involucra el acceso a la información sobre la enfermedad y su detección. Los servicios médicos y sus resultados no solamente tienen implicaciones para la atención de la problemática, sino asimismo consecuencias en las relaciones cotidianas de las personas con algún tipo de diagnóstico positivo.

Desde este enfoque, la misma medicina institucional se convierte en un objeto de estudio desde una perspectiva social, como respuesta a procesos de enfermedad y a la organización de instituciones y espacios de atención. En esta disciplina, enfermar, atenderse y morir no son pensados y analizados como procesos que se definen únicamente a partir de instituciones o profesiones especializadas como la médica, sino como procesos sociales. De acuerdo con Menéndez, el proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a) ha sido y sigue siendo un área de la vida colectiva en la que se estructura una gran cantidad de símbolos y representaciones colectivas y se desarrolla dentro de procesos históricos caracterizados por relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez 1994, 71-72).

El saber profesional sobre la enfermedad y su atención —sea éste biomédico o de curadores tradicionales— se aplica a personas y grupos, y se lleva a cabo en relación con representaciones y prácticas sociales entre especialistas y legos. Estas relaciones implican desigualdades de diversos tipos por la profesionalización misma, por estatus diferencial en el seno de las instituciones o reconocimiento social de una profesión, nivel socioeconómico, edad, escolaridad y género. Las desigualdades en las relaciones implican una serie de transacciones entre quienes participan en ellas. En el caso de nuestra investigación entendemos el proceso salud/enfermedad/atención como un fenómeno de tipo social susceptible de ser estudiado desde la perspectiva de los sujetos que participan en la relación médico-paciente. Menéndez (1994, 73) señala que es necesario recordar un hecho obvio: el saber de todo curador se aplica inevitablemente sobre sujetos y grupos,

y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan.

De esta manera, la noción de “saber” se convirtió en el eje central para la definición de una estrategia de investigación y para el análisis de la información. Entre los estudios que abordan la definición de saberes destaca el de Luis Villoro (2002), realizado desde un abordaje filosófico del tema. En su trabajo distingue los conceptos de *creer*, *saber* y *conocer*. La obra es el antecedente de un trabajo sobre las relaciones entre el pensamiento y las formas de dominación, para lo cual el autor se vio en la necesidad de precisar conceptos entre los que destacan *creencia*, *saber*, *conocimiento* y *práctica*. El sentido que toma la discusión se dirige a otra problemática más abstracta y distinta de la que nos convoca en este trabajo.

Sin embargo, las precisiones rigurosas a las que somete las categorías y el posicionamiento de la filosofía como una disciplina que analiza, clarifica y sistematiza diferencias entre conceptos permitieron aclarar el abordaje y optar por la utilización de la noción de saberes desde la perspectiva de la antropología social.

Uno de los elementos que rescatamos de la obra de Villoro es la consideración de la existencia de una diversidad de saberes, entre los cuales se identifica el saber científico y el saber de la vida cotidiana.

Desde la perspectiva de Villoro y Menéndez y Di Pardo, la noción del saber de la vida cotidiana es un saber construido de manera colectiva; sin embargo, los abordajes son distintos. Por ejemplo, Villoro se interesa en diferenciar y definir el conocer y creer del saber, mientras que la noción de saberes de la que partimos aborda los conocimientos y creencias sin diferenciarlas. El objetivo no es conocer las razones concluyentes acerca del tema entre la población estudiada, sino estudiar la articulación entre representaciones y prácticas.

Desde la óptica de Menéndez, el saber es una construcción analítica a partir de la descripción y el examen de las relaciones entre prácticas y representaciones sociales, a través del estudio de narrativas y descripciones etnográficas. El saber lego se construye desde el punto de vista del actor, en este caso, de mujeres usuarias del servicio médico de Medicina Preventiva, pero su estructuración es una construcción metodológica propuesta por nosotros.

En lo que concierne a este trabajo, el saber lego es aquel que tienen las personas sin formación escolarizada de medicina o carreras afines, como enfermería y biología, sobre el cáncer cervical y el papanicolaou. El concepto de saber lego se refiere a un nivel de abstracción que comprende la complejidad de la relación entre las prácticas de detección oportuna de las mujeres y la racionalidad discursiva con la que se expresan sobre el cáncer cervical y la detección oportuna. Se trata de un nivel de construcción que parte del saber de personas sin formación biomédica, que describe lo que hacen y lo que les significa en un contexto específico. El saber lego no es estático, ni tampoco está exento de las incongruencias aparentes o reales que se han documentado en el estudio de representaciones sociales (Moscovici 1993).

Concepto de representaciones sociales

El acto de representarse algo, ya sea un objeto material o imaginario, es un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se relaciona con ese objeto; se trata de un acto de relación. Un ejemplo clásico es la representación teatral, durante la cual la narración de algún hecho real o imaginario se sustituye por una actuación. De acuerdo con el *Diccionario de la Real Academia*, representar es hacer presente algo con palabras o figuras que la imaginación retiene; se utiliza también para describir la ejecución de una obra dramática y para sustituir algo con alguna imagen o símbolo.

Para definir la utilización del concepto de representaciones sociales en términos académicos, Juan Carlos Ruiz (2003, 19), desde las ciencias sociales, señala la necesidad de un recorrido histórico que

permita rastrear la transformación del concepto de representación, el cual se ubica inicialmente en términos de la discusión filosófica. El mismo autor afirma que hacia finales del siglo XVII y principios del XIX, Schelling, Fichte y Kant marcaron la pauta para involucrar al concepto como una categoría cognoscitiva que, sin renunciar a la representación del ser de las cosas, es decir, su parte ontológica, hacía posible profundizar sobre las representaciones y los sistemas de representaciones que se generan en las explicaciones de la existencia del mundo.

A finales del siglo XVIII, el idealismo alemán reflexionó sobre la representación como problema de conocimiento ligado al uso de la razón. En los estudios históricos, el tema se hizo presente en la historiografía europea del siglo XIX como una preocupación sobre las diferentes formas de representación del pasado. Lo que entró en polémica en el ámbito de la historia y en las nacientes ciencias sociales fue la forma que debería adoptar una “representación realista” de la “realidad histórica”. La discusión se centró en la manera de construir una representación textual. Los estudios sobre las representaciones sociales desde la filosofía, la historia, la sociología, la antropología y la psicología social plantean acercamientos y debates diversos en torno al término o bien discusiones similares que aluden a problemas epistemológicos relacionados.

Desde la historia cultural, Roger Chartier (1995) hace una crítica a la historia de las mentalidades y propone el estudio crítico de textos, no propiamente semántico, sino el análisis del conjunto de los textos y el dispositivo en que se presentan al lector; “las formas producen sentido” porque se inscriben en una historia de prácticas, social e históricamente diferenciadas, y una historia de representaciones inscritas en los textos o producidas por sujetos (Chartier 1995, 52). De esta manera estudia las formas de lectura considerando las disposiciones específicas que diferencian a las comunidades de lectores y a las tradiciones sobre la lectura. Así, una misma novela es adaptada por los editores para diferente público porque las obras se modelan sobre las expectativas y competencias que se atribuyen al público al que van dirigidas, y además porque las mismas obras y los objetos producen su campo social de recepción.

El concepto de representación colectiva que retoma y reformula Chartier es el que propone a principios del siglo XX Émile Durkheim (1995, 195), quien utilizó el concepto de “representaciones colectivas” para referirse al papel de la norma social y su influencia determinante sobre las prácticas de las personas. Para este autor, las representaciones colectivas son hechos sociales que se imponen con fuerza coercitiva a los individuos.

En la segunda mitad del mismo siglo, desde la psicología social, Moscovici retomó la noción de representación como representación social e impulsó el desarrollo de un abordaje teórico que ampliaba su contenido al concebirlo como un proceso activo. Para este autor, las representaciones son el resultado de un diálogo permanente e incesante entre dos individuos, un diálogo que es interno y externo; es un proceso en el que los seres humanos como pensadores activos repiten o complementan representaciones individuales. Lo social de las representaciones se refiere a la creación que los individuos hacen de un universo mental y tangible (Moscovici 1968, citado en Rocha 1995, 55).

En la misma corriente teórica y disciplinaria, Denise Jodelet (1999, 475-476) señala que las representaciones sociales son fenómenos que se presentan en formas variadas, más o menos complejas; son imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede, e incluso dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. La noción de representación social nos sitúa en el punto de intersección entre lo psicológico y lo social, ya que el acto de representar consiste en sustituir y estar en lugar de algo, es decir, es el representante mental de un objeto, una persona, un acontecimiento, una idea, etcétera, y se relaciona con el símbolo, el signo, el significado. La representación mental, social, contiene siempre un carácter significativo para los sujetos, no sólo restituye un símbolo de algo ausente, sino que puede sustituir lo presente o lo pasado, de manera que

hace que aparezca la interpretación de quien la formula. Esto es, no se trata de una reproducción sino de una nueva construcción que conlleva en la comunicación cierta autonomía y creación individual o colectiva.

A más de treinta años de trabajo de la psicología social y de diversas disciplinas que han retomado el enfoque, se han producido estudios que presentan abordajes múltiples que pueden clasificarse en dos grandes grupos (Rodríguez Cerda 2003, 122-123): el primero se dedica principalmente a analizar el contenido de las representaciones, en términos de los elementos que permiten reconstruir la visión del sujeto social sobre el objeto o tema de interés; el segundo comprende el análisis de la organización de la representación, en donde se pretende encontrar los elementos que parecen más estables, más compartidos dentro de un grupo social, y elementos menos estables ligados a una coyuntura o posición de individuos específicos.

En el primer grupo se examina el “campo de la representación”, y al tipo de estudio al que se refiere lo denomina “análisis dimensional de la representación”, ya que comprende un conjunto de elementos relacionados con lo que el sujeto conoce a través de distintos medios, como la información científica, la formación escolar, las creencias que transmiten sus redes sociales, etcétera, pero también con los diferentes discursos técnicos y científicos de los que las personas (los legos) pueden retomar elementos de conocimiento, informaciones y creencias. En este sentido, hay una serie de imágenes que el individuo utiliza para expresar su relación con el entorno social y material, que incluye la expresión de valoraciones en sus argumentos para sostener puntos de vista, así como elementos ideológicos de su discurso.

En el segundo grupo, conocido en el ámbito de la psicología social como “análisis estructural”, se pretende ver el conjunto estable como un “núcleo central” que da sentido a los demás elementos del campo de representación, donde entran elementos menos estables o particulares que se denominan “elementos periféricos”.

En la sociología mexicana, el concepto de representaciones sociales ha sido retomado por Gilberto Giménez (1999, 54-55) para señalar que la pertenencia no sólo se da por afiliación a algún grupo sino que también significa compartir su complejo simbólico-cultural: “pertenecer a un grupo o a una comunidad implica compartir —al menos parcialmente— el núcleo de representaciones sociales que los caracteriza y define”. El autor reconoce los trabajos de la escuela europea de psicología social para recuperar y operacionalizar el término de Durkheim, olvidado tiempo atrás, como construcciones sociocognitivas propias del pensamiento ingenuo o del “sentido común” y que pueden definirse de acuerdo con Abric (1994, citado en Giménez 1997, 15) como un “conjunto de informaciones, creencias, opiniones y actitudes a propósito de un objeto determinado”.

La representación social se entiende entonces como “una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, y orientada a la práctica, que contribuye a la construcción de una realidad común a un conjunto social” (Jodelet 1989, citada en Giménez 1997, 16). Un elemento que Giménez resalta respecto a las representaciones sociales es que son parte de un contexto social y tienen una estructura interna. Como tales, sirven como grandes marcos de interpretación de la realidad e incluso de percepción de la misma y son guías para los comportamientos y prácticas de los agentes sociales en el sentido de que las personas piensan, sienten y ven las cosas desde el punto de vista de un grupo de pertenencia o referencia. Para el autor, las representaciones sociales definen la identidad y especificidad de los grupos, tienen la función de situar a los individuos y grupos en el campo social en tanto permiten la elaboración de identidades compatibles con los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados (Mugny y Carugaty 1985, citados en Giménez 1997, 17). A través de la pertenencia social, los individuos internalizan en forma idiosincrásica e individualizada las representaciones sociales propias de ciertos grupos de pertenencia o referencia. El autor habla de identidades individuales o biográficas y de identidades colectivas, las cuales no tienen necesariamente el efecto de uniformar y despersonalizar los comportamientos individuales, a excepción de las “instituciones totales”.

Desde la sociología, otro trabajo que retoma la noción de representaciones sociales es el de Guillermo Núñez, quien desde los estudios de género señala que los sistemas de representación pueden entenderse como “convenciones sobre los significados de las cosas, de ciertas cualidades, de ciertas relaciones: estas convenciones sociales sobre los significados pueden ser más o menos fuertes o más o menos débiles y son objeto de luchas, revisiones y transformaciones” (1994, 30).

Un esfuerzo más que organiza la literatura sobre representaciones sociales es el de Isabel Rocha (1995), quien define las representaciones sociales de la enfermedad como “la forma de conocimiento de sentido común que construyen los individuos con relación a las enfermedades, tanto en su sentido genérico como específico. Es decir, se entienden como sistemas de ideas, creencias e imágenes en cuanto a las enfermedades, su origen, clasificación, la caracterización de una situación de enfermedad y las implicaciones de la misma” (Rocha 1995, 59). Estos sistemas son dinámicos y cambian en la medida en la que el sujeto interactúa con su medio social. Aun cuando son dinámicos, por lo general permanecen ciertos núcleos compartidos entre individuos, otros elementos cambian y presentan matices diversos. En el mismo trabajo de Isabel Rocha (1995), Herzlich define las representaciones sociales como “las explicaciones psicológicas complejas por las cuales la experiencia de cada persona y los valores e información que son comunes y aceptados en su sociedad son integrados dentro de una imagen significativa”. Para Herzlich las representaciones “no son simplemente opiniones, imágenes o actitudes, sino que son teorías, ramas de conocimiento con las cuales el sujeto descubre y organiza su realidad” (citada en Rocha 1995, 38). En el estudio de Rocha, el objetivo principal es utilizar la categoría de representaciones sociales para analizar su construcción en torno a la enfermedad, específicamente el sida, el cáncer cervicouterino y las infecciones respiratorias agudas.

Conscientes de que presentamos una selección limitada de los trabajos sobre representaciones sociales y sin pretender agotar los diferentes abordajes al respecto, retomaremos las críticas que Roberto Castro (2000) hace a los estudios de este concepto, principalmente los que se han realizado desde la psicología social, como los de Herzlich (1973). Castro señala que la principal virtud de estos estudios es mostrar que la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad no puede analizarse sin tomar en cuenta el papel que juegan la historia y las estructuras sociales en la conformación de la subjetividad de los individuos, ya que el concepto pretende servir de puente entre ambos niveles de la realidad. Sin embargo, advierte que las condiciones objetivas de vida de los individuos entrevistados no se describen de manera adecuada. En cuanto a la experiencia subjetiva de los individuos, se logra un abordaje más bien colectivista que deja poco margen para dar cuenta de la libertad individual como punto de partida en la producción de los fenómenos sociales que intenta explicar (Castro 2000, 84-85).

La antropología social es una de las disciplinas que con frecuencia ha utilizado la noción de representaciones sociales. En América Latina y México, los aportes de Menéndez y Di Pardo (1996) han resultado centrales para la reconstrucción del saber médico y lego, ya que los autores plantean un vínculo entre representaciones y prácticas sociales y ponen énfasis en la necesidad de articularlas para comprender los saberes como sistemas de sentido para pensar y actuar frente a la enfermedad.

Las representaciones sociales son previas al sujeto y al grupo que se estudia, aun cuando éstos puedan generar modificaciones, las mismas parten y se refieren a un esquema dominante del grupo, profesión o institución del que se forma parte. El grupo médico no está exento del vínculo entre representaciones técnicas; éstas se entienden como representaciones sociales en las que los autores encuentran articulaciones entre el conocimiento científico-técnico aprendido durante el proceso formativo universitario, el aprendido durante su trabajo profesional, el que se refiere a costumbres ocupacionales de cada institución médica, y la apropiación y resignificación técnica de las representaciones y prácticas sociales, de manera que el profesional produce y reproduce con sus prácticas un sistema de representaciones.

Los autores plantean como eje de análisis la relación entre representaciones y prácticas de grupos específicos respecto al saber que emerge del conjunto de los dos elementos dinámicos. En su estudio sobre el saber médico de la alcoholización y la atención primaria en servicios médicos de primer nivel señalan que los conceptos de representación y práctica técnica de los sujetos son útiles para describir e interpretar los pasos mediante los que profesionales piensan e intervienen en la problemática del alcoholismo, y ubica el concepto de saber como un nivel de abstracción mayor que el de representación y práctica técnica, y a los que en cierta forma, la noción de saber sintetiza. Desde esta perspectiva, la articulación que opera el personal médico entre el conocimiento científico técnico y la apropiación y resignificación en las prácticas cotidianas se convierte en el principal eje de análisis. El saber médico se construye a partir de cada uno de los subgrupos que los autores examinan (Menéndez y Di Pardo 1996, 47-59).

Continuando con esta perspectiva, el estudio de Osorio (2001) sobre la cultura médica materna y la salud infantil se refiere a las representaciones sociales como sistema de nociones, conocimientos, creencias, actitudes, imágenes y valores elaborados y compartidos socialmente que constituyen una determinada manera de designar la realidad, aprehenderla e interpretarla. La misma autora define, en consecuencia, las prácticas sociales como conductas y acciones cotidianas o eventuales que los conjuntos sociales llevan a cabo en distintas esferas de lo social (Osorio 1994, 8), y señala que el sistema de representaciones se encuentra en permanente retroalimentación con el sistema de prácticas, las cuales pueden ser producidas y transformadas a partir de la experiencia y el aprendizaje (Osorio 2001, 15).

La definición de representaciones sociales incorpora distintos elementos que son resultado de un diálogo permanente entre seres humanos, como pensadores activos inmersos en contextos sociales, culturales, políticos, económicos, dentro de los cuales toman decisiones. En las representaciones existen núcleos que permanecen y se comparten, así como elementos que se transforman y presentan matices diversos. Con relación a la salud y la enfermedad, los núcleos más estables tienen una permanencia mayor entre las generaciones, mientras que otros elementos se transforman con mayor rapidez. Son convenciones sobre el significado y sistema de referencia con base en los cuales los individuos organizan su realidad y sintetizan elementos ideológico-culturales que son históricos y se desarrollan en marcos estructurales cambiantes. Los diversos acercamientos y la utilización del concepto delimitan diferentes temáticas respecto a las cuales el vínculo entre lo macro y lo micro se expresa en la vida cotidiana y se intenta recuperar y analizar por parte de las disciplinas sociales.

Este trabajo retomará el concepto de representaciones sociales porque implica reconocer que los fenómenos macrosociológicos influyen decisivamente en el abanico de posibilidades, que incluye la formación del significado compartido y la reproducción de relaciones de poder, pero al mismo tiempo porque permite estudiar el vínculo con las explicaciones individuales sobre las prácticas, en el caso de esta investigación, de detección oportuna de cáncer.

Las representaciones y observación de la práctica permiten, por otro lado, reconstruir el proceso de negociación desde la mirada de las mujeres y la investigadora, resultando un concepto útil para el análisis de las transacciones entre saberes hegemónicos y subordinados sobre la detección oportuna de cáncer cervical. Cuando aquí se hable de representaciones sociales, nos referiremos a nociones, conceptos, imágenes, creencias, percepciones y actitudes que pertenecen al sentido común de las mujeres derechohabientes, que reconstruiremos como convenciones de significados de cosas, valoraciones y relaciones que retoman elementos del saber científico y lo resignifican desde una perspectiva leiga. En este caso se trata de convenciones sobre la necesidad de realizarse la prueba, considerando la racionalidad detrás de la decisión de tener esta práctica, que tendrá significados y valoraciones diferentes en la relación médico-paciente para las mujeres y el personal médico y paramédico.

Las representaciones no son estáticas sino objeto de cambios, confrontación, revisión y transformación constante en las relaciones con otras personas. Dependen de un conjunto de significados compartidos que son producto de la interacción social (Belmartino et al. 1992, 28), y en este sentido las representaciones que buscamos reconstruir y analizar no son de carácter exclusivo ni fijo. Las primeras impresiones de las mujeres después del papanicolaou no tienen por qué ser exactamente las mismas cuando tiempo después se realicen las entrevistas en los hogares. Lo que interesa rescatar son las reconstrucciones de la experiencia, incluyendo la descripción de prácticas relacionadas con experiencias propias, o que sean vividas por sujetos cercanos a sus redes sociales. Las experiencias forman parte importante del proceso de construcción de las representaciones respecto a la enfermedad, los tratamientos y su detección oportuna.

Estudio de prácticas

En la teoría sociológica, el concepto de prácticas sociales se encuentra vinculado a la definición misma de la disciplina. Su definición aporta puntos de partida ontológicos y metodológicos y delimita su ubicación en corrientes teóricas. El presente apartado no pretende desarrollar la bibliografía que estudia las diferencias entre su abordaje como praxis, acción social, gestión, conducta y agencia. Solamente señalaremos que la práctica de detección oportuna del cáncer cervical se estudiará como un conjunto organizado de acciones rutinarias o eventuales —realizadas por los conjuntos sociales— que se aplican a la detección oportuna de este tipo de cáncer.

El estudio se ubica desde una perspectiva comprensiva que parte del supuesto de que las prácticas son productos sociales que los actores sociales reproducen y transforman, pero dentro de contextos estructurales e históricos que delimitan el margen de su acción. En este sentido, nos interesa abordar el estudio de la práctica del papanicolaou como parte de una respuesta social organizada que involucra a diversos actores que pretenden un fin aparentemente común: evitar la muerte por cáncer cervical.

La comprensión de las prácticas desde un punto de vista social no niega su dimensión individual, pero nuestro interés se ubica en la dimensión social, es decir, en el estudio de los significados y sentidos que tiene en un contexto específico y las formas en que se reproducen y transforman.

La práctica de detección oportuna de cáncer cervical es una acción constituida socialmente que se implementa bajo la responsabilidad del PDOCC en los diversos servicios de salud del país. Es una acción organizada socialmente porque los gobiernos destinan recursos y sus procedimientos se encuentran vigilados y normados por instituciones médicas y legales.

Las prácticas sociales que son objeto de estudio en este trabajo son las que llevan a cabo las mujeres y el personal de salud en el espacio de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) para detectar a tiempo el cáncer cervical. En ellas se involucran distintas esferas de lo social, tales como el acceso a los servicios de salud a través del empleo, la organización de los hogares y la calidad de los servicios médicos y bioquímicos en el proceso de lectura de las muestras. Con la noción de prácticas nos referimos entonces a acciones organizadas socialmente para la detección oportuna de esta enfermedad, las cuales incluyen formas de acceso a la citología, rutinas institucionales y relaciones con el personal médico y paramédico que influyen en la decisión de acudir a la prueba. También se analizarán las representaciones de las prácticas de detección oportuna y la enfermedad de las usuarias del servicio de primer nivel de atención. Una primera aclaración sobre la noción de prácticas es que no reproducen las representaciones sociales ni de forma mecánica ni idéntica. Si bien la representación social establece ciertos lineamientos para la acción, la práctica puede modificarse frente a una serie de variaciones que habremos de identificar.

En los estudios de Anthony Giddens (1998) el problema que se plantea a partir de la teoría de la estructuración para el estudio de la vida cotidiana señala la importancia del análisis de la acción social y las rutinas. En nuestro caso consideramos a los actores, los individuos, como sujetos con capacidad de agencia pero a la vez dentro de un marco estructural que limita sus posibilidades. En este sentido, rescataremos de Giddens la idea de que todos los seres humanos son agentes entendidos, esto es, actores sociales que conocen las condiciones y consecuencias de lo que hacen en su vida cotidiana (Giddens 1995, 307).

La doble hermenéutica (Giddens 1998, 396) nos alerta que en el análisis deben diferenciarse las reconstrucciones del investigador de las representaciones y prácticas de las mujeres, y que esta reconstrucción parte del examen de las narrativas de las mujeres y no es igual a ellas. Más complejo aún, las narrativas con las que trabaja son también una reconstrucción del pasado a partir de una mirada presente que no es estática. En las narrativas, los sujetos de la investigación reconstruyen escenarios, prácticas, nociones, explicaciones y conforman representaciones de lo que sucedió; éste es parte del material con el que trabaja a su vez el investigador social.

En esta investigación retomaremos la noción de rutina de Giddens, la cual define como un tipo de práctica socialmente delimitada que desde un punto de vista psicológico reduce al mínimo la angustia de iniciar cada día cualquier tipo de actividad sin un punto de inicio delimitado, pero que socialmente es una expresión de la continuidad de la vida social puesta en escena por agentes que tienen diversas posibilidades de modificarlas. Retomaremos entonces la reconstrucción de las rutinas institucionales con la finalidad de comprender el escenario y las relaciones en las que se involucran derechohabientes y personal de enfermería para la detección oportuna de cáncer cervical que, en el caso que nos ocupa, lleva a cabo personal de enfermería del IMSS en el espacio de Medicina Preventiva. No obstante, el análisis de las prácticas no se agota con la noción de rutinas. La literatura sobre la relación médico-paciente es muy amplia y ha sido abordada desde diferentes perspectivas teórico-metodológicas, enfocando a los sujetos con mayor o menor posibilidad de agencia.

También nos interesa analizar la práctica de detección oportuna considerando las relaciones que las mujeres establecen con el personal de enfermería, incluyendo los límites espacio-temporales en los que se da la relación, la copresencia de actores que se involucran en y para la práctica de detección, el análisis de los estatus jerárquicos y las relaciones de poder que se ponen en juego durante el papanicolaou.

Los trabajos del funcionalismo estructural de Parsons (1982) describieron el rol del paciente en relación con el rol del médico, destacando los atributos que se esperan del paciente como tal y los del médico como evaluador de la enfermedad y responsable de devolverlo a su vida laboral funcional y activa. En esta corriente teórica un buen paciente es aquel que se pone en manos del médico y cumple los tratamientos necesarios para curarse lo más pronto posible, sin cuestionar su autoridad. Además se justifica una relación de subordinación total de los pacientes a los que se les asigna esta condición de espera y cooperación durante los procesos de enfermedad.

Desde un abordaje interaccionista-simbólico, el funcionalismo estructural cuestionó a su predecesor por universalizar prácticas médicas que corresponden a algunos tipos de enfermedades, a excepción de las crónicas. Desde esta perspectiva, el estudio de West (1984) analizó las diferencias durante los encuentros médico-paciente cuando el médico es mujer u hombre, frente a pacientes de ambos sexos, encontró que el género de ambos determina una serie de diferencias en la relación, tales como el número de interrupciones o el cuestionamiento del diagnóstico clínico. Sin embargo, en general los trabajos anteriores no consideran contextos sociales más amplios y dejan fuera los elementos socioculturales e institucionales.

El análisis de las relaciones entre enfermeras y mujeres se ubica en los estudios que abordan esta temática, pero existen diferencias que desde hace tiempo los estudiosos de la profesión médica (Freidson

1978) han señalado respecto a la práctica de enfermería en las instituciones de salud. En primer lugar, su práctica se subordina a su relación con los profesionistas de la medicina. A pesar de sus esfuerzos para ampliar su formación académica no es en este espacio donde el autor ubica la diferencia entre profesiones, sino en términos de la dimensión social y política de estas relaciones. La expresión de la misma se encuentra en la falta de autonomía y autorregulación de las prácticas del personal de enfermería en general, y en particular en las instituciones hospitalarias.

También se afirma que su posición en las instituciones de salud, de mayor cercanía en el cuidado de los pacientes, le hace desempeñar un papel clave en la relación que se establece entre pacientes y médicos. La reproducción de características similares en la relación entre el personal médico y los pacientes, y el de enfermería con éstos, básicamente sostienen la jerarquía del personal médico de la institución en la que laboran.

El trabajo de Sue Fisher (1995) sobre la relación enfermera-paciente matiza estas similitudes, aun cuando reconoce la subordinación y semejanzas con el encuentro médico-paciente. En términos generales, las enfermeras reproducen el ejercicio de autoridad vertical de los encuentros médicos, pero en condiciones de jerarquía que implican un menor reconocimiento de los pacientes. De acuerdo con sus hallazgos, existe un menor énfasis para reforzar su autoridad institucional.

La autora observó encuentros entre médicos y pacientes, y entre enfermeras y pacientes en una misma institución y comparó sus constantes y diferencias. Al respecto señala que la distancia que hay entre médicos y pacientes es más clara y mayor en relaciones en las que el médico acaba por imponer silencio o interrumpe selectivamente las intervenciones de los pacientes. Mientras los encuentros del personal de enfermería eran más fluidos, y aun cuando la relación reinscribe las asimetrías asociadas con la relación proveedor y paciente, encuentra diferencias como la tendencia a dejar fuera el aspecto biográfico, en tanto que en las consultas de enfermería este aspecto se encuentra más presente.

Las pocas ocasiones en las que los pacientes presentaron resistencia frente a la autoridad médica durante la consulta se toparon con un mayor ejercicio de autoridad por parte del médico, lo que las hizo infructuosas. En sus observaciones de la relación entre enfermeras y mujeres, si bien también fueron pocas las ocasiones en las que los pacientes presentaron algún tipo de resistencia, la diferencia fundamental fue que estos casos resultaron exitosos (Fisher 1995, 193-200).

Estos trabajos hablan de relaciones del personal de enfermería en instituciones estadounidenses específicas. Las relaciones entre enfermeras y pacientes han sido menos estudiadas en el contexto latinoamericano y suponemos que los niveles de subordinación del personal que labora en áreas de medicina preventiva (MP), al tener niveles educativos y laborales más bajos en su formación profesional, serán mayores a los observados por esta autora. La dificultad para establecer su autoridad frente a los pacientes dará lugar a distintas estrategias para delimitarla frente a quienes acuden a los servicios de MP, ya que las mujeres que atienden no se encuentran necesariamente en una situación de urgencia, ni en una posición de debilidad y dependencia como cuando son hospitalizadas.

Finalmente, en el estudio sobre la práctica médica nos parece importante retomar los trabajos de Nancy Scheper-Hughes y Margaret M. Lock (1998), quienes desde una perspectiva crítica y de género en la antropología médica norteamericana señalan que la división cartesiana del cuerpo y la mente constituyen un problema para el análisis y la comprensión de los fenómenos que nos ocupan. La división de estudios y abordajes del cuerpo humano, en términos individual, social y político, representan esfuerzos que han sido realizados desde abordajes teóricos distintos.

Las autoras plantean que la antropología médica tiene el reto de construir abordajes inclusivos que tomen en cuenta las emociones en el estudio del cuerpo, la enfermedad y el dolor; proponen el análisis de las emociones y los sentimientos para comprender el cuerpo-mente, el *self*, el cuerpo social y político, siguiendo una serie de trabajos que comparten esta característica inclusiva (Rosaldo 1980, 1984; Kleinman

1982, 1986, así como Good y Kleinman 1985, citados en Scheper-Hughes y Lock 1998, 219). En nuestra investigación indagaremos sobre las emociones que reconocen las mujeres respecto al cáncer y el papanicolaou. Además, suponemos que las prácticas son relaciones dinámicas en las que se reafirman o reconstruyen no solamente las rutinas institucionales, sino también representaciones sobre el cuerpo, la sexualidad y la enfermedad.

Aun cuando en el programa se involucran médicos y especialistas, el análisis se circunscribe a la relación enfermera-usuaria y de esta manera nos referiremos a ella, ya que los vínculos que se establecen presentan variantes importantes de la relación médico-paciente, en términos de estatus, que repercuten en la relación que establecen durante la prueba.

Género y cuidado a la salud

La categoría de género se refiere a la construcción social de lo femenino y masculino en sociedades específicas e implica características, valores, expectativas y comportamientos que cada sociedad asigna a hombres y mujeres, o más propiamente a lo que se considera masculino y femenino. Así como la identidad genérica se da en relación con lo que se considera propio de uno u otro género, la desigualdad social de género se construye en relación mutua entre lo femenino y lo masculino. Entendemos que el proceso de socialización al que hacen referencia Berger y Luckmann (1970) incluye la dinámica que se da en el hogar o en la primera infancia, es decir, la socialización primaria; además incluye la que vivimos posteriormente como procesos en grupos de los que formamos parte y que los autores llaman de socialización secundaria, procesos que nos permiten, entre otras cosas, conformar identidades femeninas o masculinas en un contexto social y cultural determinado.

En términos de los procesos de salud/enfermedad/atención, en México, la disparidad de género se expresa en los patrones de morbimortalidad, ya que los hombres mueren más por causas violentas y sida (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Nacional de las Mujeres 2005) que las mujeres, quienes tienen mayores cuotas de mortalidad relacionadas con procesos reproductivos y neoplasias a partir de los veinticinco años de edad, edad en las que hay diferencias significativas entre hombres y mujeres (Menéndez 2004, 9).

La presencia del virus del papiloma humano (VPH) tiene repercusiones muy distintas entre hombres y mujeres, al poder llevar a la muerte a las segundas mientras que en los primeros el proceso por lo general tiene manifestaciones que no ponen en riesgo su vida.

En el tema que nos ocupa nos interesa conocer si la construcción del género femenino en el grupo estudiado facilita o dificulta la práctica de acudir a los servicios médicos cuando no se presentan síntomas o problemas específicos, ya que algunos análisis sobre el género femenino y la búsqueda de atención (Szasz 1995, 14) señalan que, como parte de su rol social, la maternidad implica el cuidado de los miembros de la familia pero no el cuidado de las mismas mujeres que atienden a los demás integrantes del hogar. Estos estudios sobre salud reproductiva muestran un efecto ambivalente del rol de cuidadoras: mientras que, por un lado, el cuidado a los menores y a otras personas se antepone al cuidado de la propia salud, por el otro, la misma condición de responsabilidad las hace tener un mayor contacto con los servicios médicos, lo que puede propiciar vínculos que posiblemente faciliten la práctica del papanicolaou.

Cabe mencionar que hay un fuerte componente de acceso a la información y a procesos de medicalización que se viven en áreas urbanas, en contraste con lo que sucede en zonas rurales, las cuales hacen la diferencia entre la vida y la muerte por esta enfermedad. Ser mujer en condiciones de pobreza extrema agudiza la diferencia. El punto de partida central de este trabajo no es únicamente la noción y

perspectiva de género, sino también su combinación con las condiciones de vida. En el transcurso de la investigación, un elemento emergente que tiene que ver con la construcción social del género y la sexualidad fue la forma en la que las mujeres negocian su sexualidad y su derecho a la atención médica con sus parejas en términos de los requisitos solicitados por la institución para ser atendidas.

ESTUDIOS SOBRE REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICAL

El estudio de Carmen de la Cuesta (1999) plantea que es necesario que los profesionales de la salud sean sensibles a la experiencia subjetiva de los pacientes, reconociendo el papel que desempeñan en el diagnóstico y cuidado de la salud. En su trabajo sobre el manejo de los síntomas de las mujeres en Colombia investiga la selección de la ayuda para atender sus problemas de salud, desde la valoración del síntoma, la medición de capacidades y la evaluación de opciones, y/o el autocuidado. Se trata de un proceso activo que implica la toma de diversas decisiones y cubre diversas etapas. En las decisiones se resalta que las mujeres valoran sus propias capacidades y asumen sus posibles consecuencias.

Como parte de la evaluación del PDOCC en México, se publicó un estudio sobre los factores que determinan la participación en el tamizaje de este cáncer en el estado de Morelos (Lazcano et al. 1999), que incluyó a 3 197 mujeres de entre 15 y 19 años de edad seleccionadas aleatoriamente de todos los municipios. Los investigadores encontraron que el antecedente de utilización de los servicios de salud es el principal determinante de la utilización del PDOCC, por lo que las mujeres que no recurren a ellos son el grupo de más alto riesgo. En Islandia, donde la incidencia y el porcentaje de mortalidad por cáncer cervicouterino es de los más bajos del mundo, una gran proporción de mujeres asintomáticas acuden a las detecciones (89.3 por ciento), a diferencia de lo que ocurre en el estado de Morelos. En el estudio se establece una relación directamente proporcional entre la prevalencia de utilización de la prueba de Papanicolaou y el nivel de escolaridad de las mujeres y sus parejas sexuales; se señala que el factor principal para acudir al PDOCC es el conocimiento de la utilidad de la prueba. Los autores afirman:

Las decisiones que toma la población respecto a su salud —como la búsqueda de atención por enfermedad— se basan en sus creencias y actitudes personales, mismas que se explican a través de numerosos factores tales como experiencias previas de enfermedad, tanto personales como familiares; percepción de la asistencia profesional; otros contactos con profesionales de la salud; información recibida y consejos de familiares, amigos y del propio médico (Lazcano et al. 1999, 283).

Algunos de los resultados coinciden con los encontrados en Estados Unidos por Ackerson, Pohl y Kane (2008), quienes analizaron la información del Instituto Nacional de Cáncer del 2006, que reportó una incidencia de 8.7 por cada 100 mil mujeres y una mortalidad de 2.6 por 100 mil para las mujeres estadounidenses. En este estudio, las mujeres afroamericanas de bajo ingreso tenían una incidencia más alta, de 11.1 casos por cada 100 mil, principalmente con diagnósticos tardíos en etapas en donde los tratamientos son menos efectivos. Entre las explicaciones de esta situación, el estudio de Ackerson, Pohl y Kane de 2008 reportó que las creencias sobre el papanicolaou, así como las malas experiencias previas en los servicios y en los exámenes ginecológicos conforman una visión cognitiva que puede dificultar la práctica del este tamizaje.

Investigaciones sobre las prácticas del papanicolaou

En algunos estudios se identificaron revisiones bibliográficas cuyo objetivo era analizar las prácticas del papanicolaou. En el trabajo de Snell y Buck (1996), de Texas, se revisó la literatura publicada de 1989 a 1994 en la base de datos MESH de la Biblioteca Nacional de Medicina. Los investigadores revisaron 328 artículos de revistas para buscar cómo se han realizado las intervenciones para aumentar la práctica. De los artículos que resultaron directamente relacionados con el tema, se preguntaron qué actores fueron considerados para la intervención y encontraron que hubo setenta y cinco que se dirigieron únicamente a los médicos, cincuenta en los que sólo se consideró a los pacientes y veinticinco casos en los que se consideró tanto a médicos como a pacientes.

Entre sus resultados, la efectividad reportada por los programas pareciera indicar que las intervenciones dirigidas a ambos actores no son más eficientes respecto de aquellas dirigidas a médicos o pacientes, pero de los análisis realizados no queda claro cuál intervención con los pacientes fue la más efectiva. Entre los problemas para aumentar la práctica encontraron que los médicos hacen referencia a la falta de tiempo, conocimiento, actitudes, olvido y privilegian los motivos de la consulta, mientras que los pacientes señalan como motivos para no hacerse la prueba no haber recibido la recomendación de su médico para llevarla a cabo. Por lo anterior, el estudio propone que en el consultorio de los médicos haya materiales que puedan recordar la revisión o sugerencia de la prueba.

Finalmente, los trabajos más recientes del Instituto Nacional de Salud Pública en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelos, México, se han dirigido a examinar técnicas diferentes al papanicolaou para obtener muestras de ADN o VPH. Por medio de la autotoma (Flores 2002), la intención es que se determine si el tamizaje por VPH es una alternativa más segura y con una relación costo-efectividad en comparación con el papanicolaou. Otros trabajos han buscado la prevalencia de virus de papiloma humano para utilizarlo como posible marcador biológico del comportamiento sexual en estudiantes de la Universidad de Morelos (Sánchez Alemán et al. 2002).

Un estudio relevante para el programa es el de Flisser, García Malo y Canepa (2002), en el cual se realizó una evaluación de los laboratorios de citología y de la capacitación de los citotecnólogos de la Secretaría de Salud para establecer un programa eficiente de control de calidad externo para el Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino. Recientemente se discute la utilidad de las vacunas que se encuentran en la última fase de prueba para evitar los efectos del VPH. Esto no implica el abandono de la prueba de Papanicolaou como método de detección oportuna de cáncer (Koutsky et al. 2002).

Relaciones médico-paciente

En el estudio de Bronfman et al. (1997a) sobre la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva del personal médico y los usuarios se encontró que mientras la población valora la facilidad y rapidez para recibir atención, así como la confianza que da el médico respecto al diagnóstico y el tratamiento, para los médicos institucionales la prioridad es la efectividad y poco parece importar la satisfacción del usuario. Se señala que las interacciones que se llevan a cabo en las instituciones públicas se caracterizan por el enfrentamiento, o por lo menos por un desencuentro entre ambos, esto es, por la falta de comunicación e intercambio de información, o incluso por un trato autoritario de los médicos y otros agentes de salud hacia los pacientes. Esta percepción es más evidente en los usuarios de los servicios de seguridad social; las personas consideran que han estado pagando por ella y tienen derecho a recibir un servicio y una atención de mayor calidad. Para la población derechohabiente, la seguridad social es un derecho que obtiene por su relación laboral y porque ha pagado el servicio con su salario. Por el contrario, para los médicos es una prestación, una concesión del Estado y del sector empresarial, son servicios médicos de alto nivel técnico que la capacidad económica de los

usuarios no les permitiría pagar; las deficiencias no demeritan la capacidad técnica del servicio porque, desde su perspectiva, esto permite ayudar a gente que de otra manera no podría acceder a este tipo de atención (Bronfman et al. 1997a, 33).

Los reportes cualitativos en los estudios de la evaluación del Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer revelaron en 1997 que las mujeres prefieren que sea una mujer quien realice la prueba de Papanicolaou y que la presencia de un hombre “las inhibe”. En términos de atención médica, las usuarias manifestaron que los servicios públicos son impersonales y los lugares donde se realiza la toma del papanicolaou tienen espacio y privacidad insuficiente (Lazcano et al. 2000, 160).

Eilis McCaughan y Kader Parahoo (2000) sugieren que las creencias y actitudes del personal de enfermería en Inglaterra e Irlanda del Norte pueden tener implicaciones muy serias para sus prácticas debido a su importancia en la toma del papanicolaou; este trabajo señala la necesidad de profundizar en este tipo de estudios. Entre los hallazgos se encuentra que un tercio de su población de enfermeras considera que los tratamientos que se reciben cuando se detecta cáncer son muy dolorosos y ayudan poco a los pacientes. Un 90.4 por ciento del personal de enfermería no estuvo de acuerdo en considerar como parte de su trabajo el manejo directo de los sentimientos de los pacientes sobre la muerte; señalan que se deterioran cuando saben que tienen cáncer. Un 24 por ciento afirma que los pacientes no logran recuperarse si no tienen esperanza de curarse y 21 por ciento expresó que era mejor no utilizar la palabra *cáncer*. La mayoría estaba de acuerdo con la necesidad de la prevención, pero algunas de sus respuestas reflejaron una carga laboral que dedica poco tiempo a desarrollar medidas preventivas (McCaughan y Parahoo 2000, 167-168).

El trabajo de Lazcano et al. (2000), realizado como parte de la evaluación del PDOCC, precisa que una barrera de utilización del papanicolaou es la despersonalización de la atención, particularmente en instituciones con gran demanda de ésta. En el estudio se reporta que muchas mujeres utilizan el sistema de seguridad social sólo cuando la hospitalización es necesaria; suelen preferir la atención privada. Por otra parte, se reporta la percepción generalizada de que los servicios de la Secretaría de Salud y el Seguro Social son ineficientes y que existe mucha burocracia en el proceso de atención del papanicolaou, lo cual es comparado con la práctica privada, en la que los resultados se obtienen más rápidamente, con más explicaciones, con un mejor control del expediente y se sabe la situación del paciente cuando vuelve a acudir al servicio.

Otro elemento mencionado por las mujeres que participaron en el estudio fue que no se ofrece la prueba cuando se acude a los servicios de salud por otros motivos. Por ejemplo, cuando acuden a la revisión del dispositivo intrauterino y llegan a solicitar el papanicolaou se les envía a otro lugar de la misma institución. También frecuentemente se reporta la falta de privacidad en el momento de la toma de la muestra, ya que el personal médico permite el paso de médicos u otro tipo de personal, o bien, no cuida que las puertas permanezcan cerradas. Aluden a que el personal de salud no desarrolla actividades de educación a la población en relación con la prueba del cáncer. Además señalan que hay poca comunicación efectiva entre ellas y los médicos porque no reciben la recomendación para hacerse el papanicolaou y pocas han sido informadas efectivamente sobre lo que es el cáncer cervical, la utilidad de la prueba y el uso del papanicolaou como detección oportuna (Lazcano et al. 2000, 183).

La tesis de maestría de Monserrat Salas (1998) aportó elementos importantes para el trabajo de campo. Su estudio presenta una investigación etnográfica de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva. La autora considera que la consulta biomédica de medicina familiar es un escenario privilegiado para documentar etnográficamente estructuras de significado producido culturalmente (Salas 1998, 3) y hace un análisis de la consulta desde tres acotaciones: la consulta como desempeño de rol, como espacio de significación de la salud sexual y reproductiva, como estructura ritualizada. Entre sus aportes están los procesos institucionales que homogeneizan, a la vez que hacen una rutina del desempeño del rol de los médicos(as) y sus pacientes. Muestra cómo las consultas se realizan bajo una secuencia que sufre

múltiples interrupciones, pero que forman parte de la misma (Salas 1998, 214), y describe las dificultades para que este espacio incluya componentes de consejería, prevención e información.

El trabajo de Seow et al. (1995, 138-140) en Singapur hace referencia al modelo de creencias en materia de salud (Health Belief Model), que se ha utilizado para explicar las prácticas de pruebas de tuberculosis e inmunizaciones. El modelo postula que una persona está más dispuesta a realizar una acción de salud preventiva si:

- a) Piensa que es susceptible de enfermarse.
- b) Cree que la enfermedad puede tener efectos muy severos en caso de contraerla.
- c) Le parece que hay beneficios si realiza alguna acción preventiva (el caso del papanicolaou).
- d) Percibe barreras o problemas para llevar a cabo la acción (por ejemplo costo, miedo, pena), pero valora que las inconveniencias no son tan grandes como la enfermedad en sí.

En el modelo también se incluyen “cue”, es decir, reforzamientos que actúan como cuñas psicológicas cuando las personas están listas para tomar decisiones; llegan en el momento oportuno y pueden ser estímulos internos (síntomas) o externos, como la información a través de los medios de comunicación.

Los autores señalan que el modelo ha sido utilizado en diversos estudios para explicar la aceptación de la prueba de Papanicolaou, tanto en estudios retrospectivos como en aquellos donde se expresa una intención a futuro. Se ha encontrado que el valor predictivo del modelo es limitado porque es un modelo psicosocial que deja fuera las condicionantes de acceso y las creencias o percepciones que puedan tener otras personas sobre la práctica, lo que puede explicar, parcialmente, la variabilidad de los resultados obtenidos. En este sentido, los autores mencionan el estudio de Kegeles (1995), quien encontró una relación entre la historia personal de la prueba de Papanicolaou y la palabra del profesional de la salud, más que la creencia personal de los beneficios de la prueba. Este resultado era común en mujeres de diferentes niveles educativos, nivel de ingreso y ocupación.

Por un lado mencionan el estudio de Mandelblatt et al. (1993), realizado con mujeres de mayor edad en los Estados Unidos, en el que no encontraron una relación entre la expectativa de mayores beneficios y la práctica subsecuente del papanicolaou. Otros estudios sobre otros tipos de cáncer que aplicaron el modelo demostraron su pertinencia únicamente en 25 por ciento de la variancia en el modelo de regresión (Calnan 1986, citado en Seow et al. 1995). Por otro lado, apuntan que estos estudios han recibido críticas sobre su validez al usar reportes de la práctica sin confirmarla. También se encuentra el subregistro de quienes no dan cuenta de sus prácticas por desconocimiento del nombre técnico con el que se pregunta. Los autores reportan que es necesario aumentar la información sobre la prueba, así como que, para incrementar la aceptación de la práctica en las mujeres que nunca se la han tomado, es importante informar sobre el riesgo de enfermarse en edades más tempranas. La estrategia sugerida para incluir mujeres que no se han practicado la prueba es el contacto directo durante la consulta, centrándose en el perfil que se ha detectado con más problema para aceptarla.

En cuanto a la aceptación de exámenes subsecuentes en mujeres con al menos una prueba de Papanicolaou, señalan que el estudio ha encontrado que su disposición depende en parte de sus creencias en la eficacia del papanicolaou y también en la experiencia que tuvieron durante la prueba. En el caso de las mujeres a las que el procedimiento les pareció inseguro, incómodo o a quienes les causó vergüenza, estuvieron menos dispuestas a expresar una intención de volver. Es por esto que los servicios donde se toma la muestra tendrían que considerar estas barreras; por ejemplo, mediante esfuerzos deliberados de los médicos y enfermeras para dar confianza a la mujer y hacer que la toma sea lo menos incómoda posible. La capacitación del personal debe destacar la experiencia de las mujeres para determinar una aceptación futura

que las proteja. Recomiendan estudios sobre las percepciones del servicio del papanicolaou que se centren específicamente en la relación con el personal, la atmósfera general y las instalaciones con las que se cuenta (Seow et al. 1995, 140).

El trabajo de Lazcano et al. (2000) sobre las resistencias a la utilización del PDOCC recurrió a grupos focales para explorar la percepción del cáncer cervical, la concepción de la etiología, el conocimiento de la existencia de una prueba para la detección y métodos para la prevención oportuna del cáncer cervical, la percepción de riesgo, las barreras para la utilización de la prueba de Papanicolaou, la apreciación de su utilidad y los métodos sugeridos para convencer a las mujeres de que se realicen una prueba de detección oportuna. Entre los resultados se destaca: a) falta de conocimiento de la etiología del cáncer cervicouterino como enfermedad de larga duración y sin síntomas en las etapas iniciales; b) desconocimiento de la utilidad de la prueba de Papanicolaou; c) concepción del cáncer como una enfermedad fatal; d) barreras de orden cultural y de género tales como problemas en la relación institucional entre médicos y usuarios; e) tendencia de las mujeres a privilegiar necesidades más urgentes no satisfechas debido a su extrema pobreza; f) oposición de la pareja sexual masculina; g) rechazo a la exploración pélvica, y h) barreras organizacionales del programa. Aunado a esto, se identifican largos tiempos de espera para la entrega de resultados, así como la percepción de altos costos de atención (Lazcano et al. 2000, 175-176). En la investigación se señala que 55 por ciento de las mujeres que resultaron con cáncer cervical acudieron a la prueba cuando ya presentaban síntomas.

En un estudio cualitativo realizado en el marco de la Encuesta Nacional de Salud II (Bronfman et al. 1997a), con el objetivo de identificar las modalidades y determinantes microsociales que intervienen en la selección y utilización de los servicios de salud en áreas urbanas de sectores socioeconómicos medios y bajos, participaron ocho grupos focales con prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud, de Seguridad Social y médicos privados, en ocho ciudades del país. Desde la perspectiva de los médicos, el ejercicio profesional se encuentra desvalorizado por los bajos salarios con los que se les retribuye. El sueldo varió entre las instituciones, pero todos lo consideraron insuficiente para mantener una familia. La comparación principal fue con los ingresos de los trabajadores del sector público o privado, quienes con menos años de estudio ganan más. El salario de los especialistas se conforma mediante su contratación en diversas instituciones, lo cual no sólo corresponde a las necesidades de mayor ingreso de los médicos, sino a las de las instituciones por la insuficiencia de especialistas.

Las diferencias en la calidad de la atención entre instituciones, según explican los médicos, son resultado de problemas de organización, normatividad y recursos, mas no de la capacitación de su personal. Uno de los problemas es la limitada duración de la atención en la consulta externa, pues el elevado número de pacientes que deben atender al día les impide dedicar el tiempo necesario para realizar todos los procedimientos requeridos a fin de establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado. Sin embargo, el problema principal, señalado en la organización de las instituciones públicas, es la falta de recursos humanos para satisfacer la demanda de atención. Sumado a esto se encuentran los bajos salarios y los pocos estímulos para el personal, situación que favorece el ausentismo y el incumplimiento de la jornada laboral.

Los médicos del IMSS afirmaron que existe una fuerte carga de actividades administrativas relacionadas con el registro de acciones y llenado de expedientes; el rigor de la supervisión y evaluación del cumplimiento de estos deberes administrativos contrasta con la falta de supervisión de la efectividad curativa y la calidad de la atención que otorga el médico. En general, los médicos no desconocen las dificultades mencionadas por los usuarios; saben que las condiciones en las que se da el servicio generan descontento, por lo que la población valora más los servicios privados que los institucionales. No obstante, los médicos tienden a minimizar estos problemas y relativizar sus consecuencias. A pesar de reconocer las deficiencias, los entrevistados coincidieron en calificar la calidad del servicio como buena. Su argumento radica en que hay pocas quejas o que éstas son infundadas (Bronfman et al. 1997a, 5).

Respecto al conocimiento de los profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervicouterino, nos encontramos un estudio (Arillo Santillán et al. 2000), realizado en Morelos, que tenía el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos de diversos tipos de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Este artículo reporta un estudio transversal hecho a 520 profesionales de este tipo, con la aplicación de un cuestionario con escala del uno al diez, incluyendo a especialistas en medicina familiar, especialistas de áreas clínicas, enfermeras especialistas y generales, así como trabajadoras sociales. Los resultados indicaron una media del nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer cervicouterino de 4.74. En la mayoría de los casos se señala que el espaciamiento en tiempo de la prueba es menor de un año; se sabe menos sobre la etiología o tratamiento del cáncer. Un porcentaje menor a 55 por ciento del personal de salud considera que el cáncer cervical es un problema de salud pública, la mayoría identifica el papanicolaou como medio de prevención secundaria de cáncer cervical. Se encontró que existe mayor conocimiento sobre las condiciones necesarias para la obtención del papanicolaou entre enfermeras especialistas (76 por ciento) y generales (74.8 por ciento) en comparación con los médicos familiares (32.6 por ciento), quienes tampoco conocen la asociación entre el virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino (40 por ciento). Este mismo tema es desconocido por 94 por ciento de las trabajadoras sociales. El estudio informa que un alto porcentaje de los profesionales de la salud atribuyeron a las usuarias la ineffectividad del Programa de Detección Oportuna. Es interesante destacar que mientras 49 por ciento de los médicos familiares mencionaron a las usuarias como el mayor problema, las enfermeras y trabajadoras sociales lo hicieron con más frecuencia, 62 y 69 por ciento, y el nivel más alto en este sentido lo tuvieron los residentes de la especialidad con 79.5 por ciento (Arillo Santillán et al. 2000, 35-37).

Otro estudio relacionado con la atención en los espacios médicos para la prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino, así como su tratamiento oportuno, es el de Virginia Braun y Nicola Gavey (1999, 211), quienes examinaron los discursos utilizados por los programas de prevención en Nueva Zelanda, a partir de un análisis de textos médicos del siglo XIX. Uno de sus resultados es que la asociación entre sexualidad y cáncer puede ser una barrera para que las mujeres se hagan el papanicolaou, debido a que los estereotipos implícitos que se expresan en ciertos discursos sobre la sexualidad impactan en la decisión de esta práctica.

A partir de entrevistas semiestructuradas realizadas a dieciocho informantes clave involucrados en la política de prevención del cáncer cervical, tomadores de la muestra, consumidores, académicos, organizaciones no gubernamentales, ginecólogos, especialistas en salud pública, grupos de mujeres y especialistas en sexualidad, encontraron que desde este siglo los discursos sobre las enfermedades de transmisión sexual fueron y han sido utilizados para reforzar una dicotomía entre la sexualidad “buena” y la sexualidad “mala”, discurso que en la construcción de identidades se aplica a las mujeres “buenas” (es decir, con un compañero sexual y sin ETS) y a las mujeres “malas” (calificadas de irresponsables por tener más de un compañero sexual y ETS). El concepto que utilizan los médicos para referirse a las múltiples parejas sexuales es el de “promiscuidad”, lo que tiende a señalar un comportamiento socialmente indeseable, irresponsable y con una carga de valor que etiqueta a las mujeres de acuerdo con criterios morales tradicionales por sus prácticas sexuales. En el discurso, la promiscuidad se utiliza para hablar del comportamiento de las mujeres y pasa por alto el papel de los hombres en la transmisión del virus. Queda implícito un discurso de culpa y responsabilidad total en ellas, dejando a un lado toda responsabilidad o posibilidad de apoyo por parte de los hombres.

La representación de mujeres “buenas” y “malas” afecta el trabajo de detección oportuna porque si el cáncer se relaciona con la promiscuidad, aquéllas que no se consideren en tal situación pueden creer que no están en riesgo y quienes decidan hacerse la prueba pueden sentirse en riesgo de ser consideradas “malas”, al ser requeridas por un diagnóstico positivo. Lo que sucede entonces es que las mujeres deciden ir o no a la prueba si por su práctica sexual se consideran seguras, “sin riesgos”, al no ser promiscuas.

La información que se da a la población acerca de los factores sexuales relacionados con la enfermedad en las políticas públicas de Nueva Zelanda es nula. Se ha preferido mantener la información de la enfermedad “limpia” como un problema “biológico puro”, fomentando una actitud proteccionista que evita informar a la población sobre los riesgos vinculados con la sexualidad. Esta actitud tiene dos discursos: uno implícito, sobre las mujeres “buenas” y “malas”, otro de silencio proteccionista que refuerza en el fondo la validez del discurso sobre las mujeres etiquetadas de esta manera y que no permite políticas realmente preventivas, que sean capaces de informar a los jóvenes y dejar en sus manos decisiones informadas sobre su sexualidad. Las autoras proponen que se evalúe la posibilidad de crear nuevos discursos sobre la sexualidad y el cáncer cervical para que la prevención pueda ser más efectiva y la detección oportuna sea desmitificada.

Prevención primaria y secundaria del cáncer cervical

De acuerdo con los niveles de prevención que reconoce Álvarez Alva (1991, 42-43), en el PDOCC se consideran dos tipos de actividades preventivas. La prevención primaria se dirige principalmente a personas sanas o aparentemente sanas y sus objetivos principales son promover la salud y la prevención de enfermedades por medio de la educación. En este sentido, el PDOCC posee un componente de prevención primaria que señala necesario acudir a centros educativos para dar charlas a los jóvenes sobre los riesgos de contraer el virus del papiloma humano, los factores relacionados con la enfermedad, tales como el inicio temprano de relaciones sexuales, tener múltiples parejas, no tratarse a tiempo los procesos infecciosos, así como en torno a la vulnerabilidad que implica el cáncer cervical en las mujeres.

Un segundo nivel de prevención, el de prevención secundaria, tendría como objetivos evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez que puedan provocar, lo cual se alcanza mediante un diagnóstico oportuno correcto y un tratamiento adecuado. Este tipo de acciones se dirigen a encontrar a tiempo la enfermedad, por lo que buscan en poblaciones aparentemente sanas a quienes puedan tenerla. En el caso del programa que nos ocupa, se trata de las actividades de detección oportuna que se llevan a cabo en el primer nivel de atención médica en el que se involucran médicos familiares y personal de enfermería principalmente. El PDOCC, como veremos en capítulos próximos, ha trabajado principalmente con una perspectiva de prevención secundaria y es en este nivel de atención donde fueron localizadas las mujeres que acudieron al papanicolaou en el IMSS durante el tiempo del estudio.

Definimos al papanicolaou como una práctica médica de prevención secundaria dirigida a identificar cambios morfológicos celulares susceptibles de recibir tratamiento adecuado para evitar el desarrollo del cáncer cervical. La ubicamos como práctica de prevención secundaria porque implica la intervención de personal especializado que toma, lee e interpreta la muestra y a partir de ella diagnostica y trata la enfermedad en caso necesario. En contraparte, las actividades de prevención primaria serían aquellas relacionadas con la educación para la salud en un momento previo a la posible detección oportuna de la enfermedad y se refieren a prácticas de autocuidado de la salud sexual y reproductiva.

Estudios en Sonora sobre el cáncer cervicouterino y el papanicolaou

La cobertura de los servicios de salud en el estado de Sonora en 1998 fue de 95 por ciento, considerando que 3 por ciento de la población desprotegida se encuentra ubicada en el área rural y 2 por ciento de la población urbana no recibe servicios de salud regulares. A nivel nacional, la cobertura de la población en general se acerca a 60 por ciento. Sin embargo, los criterios de calidad de la cobertura que han establecido organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud

(OPS) no se registran sistemáticamente y el seguimiento y evaluación sobre este aspecto es reciente en las propias instituciones de salud (Castro y Salazar 2000, 58).

En Sonora, el PDOCC plantea como meta la cobertura de 25 por ciento de la población a quien se dirige. En la Delegación del IMSS en el estado, entre 1991 y 1995 se logró una cobertura de 23.4 por ciento, dos puntos debajo de la cobertura nacional, que fue de 25.3 por ciento (Romero Cancio, Guiscafré y Santillana 1997, 228). En relación con los factores que fomentan la no utilización de la detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar del IMSS, dicho estudio señala que quienes asisten menos a la prueba son mujeres menores de 35 años o mayores de 54, quienes tienen una escolaridad menor a los 10 años aprobados, viven a más de 30 minutos de la unidad y desconocen la prueba de Papanicolaou. No se encontró asociación estadísticamente significativa con la presencia de un esposo o compañero. La ocupación no mostró una asociación significativa, tampoco las condiciones de vivienda, el costo del transporte, el tiempo de espera para entrar al consultorio de Detección Oportuna de Cáncer, el tiempo de espera para la toma de la muestra dentro del consultorio, el número de personas presentes en el momento de la toma. Por el contrario, sí presentó una asociación significativa el conocimiento acerca de la prueba de Papanicolaou y la lejanía de las unidades de salud (Ibid., 228-229).

En el estudio sobre cáncer cervicouterino en la frontera México-Estados Unidos (Denman et al. 1999) se involucró a 2 400 mujeres de 15 años o más que vivían en la frontera Arizona-Sonora. Se encontró una incidencia de 7.5 entre las personas no hispanas blancas; cabe mencionar que las tasas entre hispanas es la segunda más alta en los Estados Unidos, antecedida solamente por las mujeres vietnamitas. Se precisa que en México la mayor causa de muerte en mujeres mayores de 25 años fue de 21.5 por 100 mil, mientras que en Sonora fue de 22.98. A escala nacional, las muertes corresponden a 41 por ciento de población abierta, es decir, bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud Pública, mientras que 43.2 por ciento fueron derechohabientes del IMSS. Se afirma que las tasas de mortalidad se incrementaron de 6.88 en 1990 a más de 34 en 1995, aspecto vinculado con una mejor captación de información. Entre los resultados se tiene que las mujeres en la frontera están familiarizadas con la prueba y tienen información sobre el cáncer cervicouterino, lo cual no significa que acudan regularmente. Las mujeres de más edad fueron la excepción debido a que en su mayoría pensaban que el examen ya no era necesario después de la menopausia.

La condición de migrantes ilegales también provoca desconfianza en las mujeres para acudir a las clínicas en Arizona. Mientras que en México el acceso al servicio médico es un derecho constitucional —lo cual no niega diferencias en la calidad del servicio al que se puede tener acceso—, en Arizona es la cuestión de los recursos socioeconómicos lo que limita el acceso (Denman et al. 1999, 48). Un dato interesante que resultó de este trabajo es que las mujeres que viven en Estados Unidos, pero nacidas en México, presentaron un mayor riesgo de tener VPH que las México-americanas nacidas en Estados Unidos (Giuliano et al. 1999, citada en Cartwright, Salazar y Castro 2004, 183).

En la investigación de Castro y Salazar sobre los elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino se aplicó una encuesta a una muestra representativa del sector medio y popular en la ciudad de Hermosillo, Sonora, diseñada después de la realización de cuatro entrevistas grupales y que posteriormente incluyó entrevistas a profundidad. El estudio señala que la fuente de información sobre el cáncer cervicouterino o el papanicolaou son médicos y enfermeras en situaciones diferentes a las pláticas de las instituciones. El 11.5 por ciento de la muestra confesó nunca haberse hecho la prueba de Papanicolaou, 39.6 dijo tener una práctica adecuada y 48.9 por ciento declaró una práctica inadecuada. Para este estudio se consideró que las mujeres hubieran escuchado de esta prueba la información sobre los problemas que puede detectar, si sabía del inicio adecuado del papanicolaou, la periodicidad adecuada y en qué consiste la prueba.

Entre quienes utilizaron el IMSS, más de 70 por ciento expresó tener una percepción positiva o muy positiva de ella (Castro y Salazar 2001, 100).

En el mismo estudio, quienes nunca se han realizado el papanicolaou se refirieron principalmente al miedo y la vergüenza que les ocasiona la prueba, a lo innecesario de ir a un servicio médico cuando no se sentían mal y a la necesidad de contar con más información sobre la prueba y la enfermedad. En cuanto al conocimiento de estas mujeres, se identificaron tres niveles de información, entre los cuales, el más frecuente fue el nivel regular que presentó una frecuencia de 71.6 por ciento de la muestra. De la misma manera se establecieron niveles sobre la información del cáncer cervicouterino, pero en este caso la frecuencia se concentra en el nivel de información nula o básica en 63 por ciento de la muestra. Es decir, las mujeres han oído hablar del papanicolaou y saben que se relaciona con la detección del cáncer, pero establecieron esta relación de manera poco clara y declararon tener poca o nula información sobre el proceso salud/enfermedad/atención.

Las mujeres de la muestra expresaron haber acudido a su último papanicolaou “porque ya les tocaba”, 51.9 por ciento en el caso de mujeres del sector popular y 73.6 por ciento en el caso del sector medio, siendo mayor el porcentaje de mujeres las que refirió el médico en comparación con las del sector popular. En el estudio se realizaron entrevistas a fondo con ocho mujeres, con base en las cuales se interpreta que la actitud frente a la detección oportuna es en general de resistencia, que tiene que ver con una cultura del cuerpo y de la salud, así como con valores construidos en torno a la sexualidad y el matrimonio.

Desde otra perspectiva, las investigadoras del Departamento de Psicología de la Universidad de Sonora, Martha Montiel, Laura Urquidi y María de los Ángeles Gálvez (1999), estudiaron la relación entre afrontamiento, ansiedad, depresión y ajuste psicosocial para establecer predictores de lo que llaman *ajuste psicosocial* a la enfermedad en pacientes con cáncer cervicouterino y de mama. A partir de un análisis de regresión múltiple indican que los estados emocionales predicen el ajuste a la enfermedad, es decir, las participantes en el estudio que mostraron problemas de ajuste a partir de su enfermedad también presentaron depresión y ansiedad ante situaciones estresantes; son pacientes que se contienen emocionalmente, que se culpan y evitan o niegan cualquier situación que se relacione con su enfermedad (Montiel, Urquidi y Gálvez 1999, 48).

Finalmente, el trabajo de Cartwright, Salazar y Castro (2004) se realizó con un grupo de mujeres sonorenses en Hermosillo, pero residentes de Tucson, Arizona, que estuvieran al final de su edad reproductiva, es decir, en la menopausia o en momentos posteriores a ella. Entre las conclusiones del estudio, resaltamos el señalamiento dirigido a proveedores de servicios médicos, pues las autoras consideran necesario hablar de temas relacionados con la sexualidad y el género con mujeres de esta edad, pero que se requiere una comunicación directa, clara y respetuosa. Para ello debe comprenderse que las definiciones de “pequeños problemas” no se corresponden con la ausencia de enfermedades o síntomas que han de tomarse en cuenta. Señalan que las mujeres hispanas han atribuido el cáncer cervicouterino a cosas como la mala higiene, el sexo violento, los abortos o las píldoras anticonceptivas. Las autoras concluyen que aunque estas ideas reflejan insinuaciones morales, el conocimiento de las causas de la enfermedad es bastante apegado al modelo biomédico en cuanto enfermedad de transmisión sexual (Ibid., 206).

En la región se han llevado a cabo una serie de investigaciones para contribuir a la disminución de la mortalidad por cáncer cervicouterino; entre ellas encontramos estudios epidemiológicos, psicológicos, sociológicos y antropológicos, que parten de preocupaciones sobre desigualdades económicas, acceso a servicios, afrontamiento y género. En este trabajo pretendemos contribuir a la comprensión de las representaciones y prácticas de detección oportuna de mujeres inmersas en condiciones de acceso que son características de la zona urbana de la capital del estado de Sonora, y para ello consideraremos el apoyo que encuentran en sus redes familiares. También describiremos los significados compartidos en su entorno cultural, en el que las prácticas de atención y cuidado a la salud tienen similitudes y diferencias con las que se

plantean desde planes y programas. Asimismo, nos interesa conocer las características de la atención cotidiana del personal de enfermería en la detección oportuna de cáncer cervical y relacionarla con su influencia en la construcción de saberes legos.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El Programa de Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora participa y promueve la investigación sobre salud reproductiva y específicamente sobre cáncer cervical en la frontera entre México y Estados Unidos desde 1995 (Castro 1998; Giuliano et al. 2001; Castro y Salazar 2000 y 2001; Wallace et al. 2002; Denman, Monk y Ojeda 2004). Los procesos de los estudios mencionados fueron el punto de partida para la construcción del problema de investigación que se presenta. En estos trabajos se exploraron elementos socioculturales relacionados con la práctica de detección oportuna de cáncer. Nos interesa destacar en particular la investigación de Castro y Salazar (2001) realizada en Hermosillo, Sonora, ya que a partir de sus hallazgos y discusiones nos planteamos la pertinencia de estudiar cómo es que las mujeres representan y viven la citología cervical y el cáncer, en un estudio que considerara a la vez el análisis de las prácticas institucionales a las que se someten en los servicios públicos a través del Programa de Detección Oportuna.

Diseño de investigación

A partir del interés de analizar la relación entre usuarias de algún servicio médico y sus saberes sobre la detección oportuna y el cáncer, seleccionamos el servicio de primer nivel de atención en el IMSS por ser la institución que en 2001 presentaba una mayor cobertura nominal en términos de población total (42 por ciento de cobertura potencial de acuerdo con el número de derechohabientes registrados en este año) (Secretaría de Salud Pública 2002, 44), y porque al mismo tiempo presentaba la mayor frecuencia de mortalidad (60 por ciento) por cáncer cervical de acuerdo con la distribución de defunciones en el estado y la derechohabiencia de las mujeres fallecidas (Secretaría de Salud 2003, 6).

Entre los servicios de Medicina Preventiva escogimos dos de las cuatro UMF que atienden población derechohabiente de la ciudad de Hermosillo. La selección siguió estos criterios: presentar dos tipos de servicios, uno más apegado a los servicios hospitalarios de atención y otro más cercano a las viviendas de los derechohabientes; atender población del norte de la mancha urbana, que es donde se localiza la mayor parte de las viviendas.⁵ El diseño contempló tres temas principales que se describen en el [cuadro 1](#): los saberes sobre el papanicolaou y el cáncer cervical, las rutinas y prácticas institucionales relacionadas con la detección oportuna de cáncer y el vínculo que se establece entre enfermeras y usuarias del servicio de MP. Debido a que la población de trabajadores en este espacio es reducida, preferimos guardar la confidencialidad de las UMF donde se realizó la investigación, por lo que en este trabajo nos referiremos a ellas como UMF A y B, cuyas características serán descritas en el capítulo que analiza las prácticas institucionales.

Los métodos y técnicas utilizadas durante el trabajo de recopilación de información se agrupan en el [cuadro 2](#). El método etnográfico fue el eje de la investigación. Permanecimos durante dos meses en cada una de las UMF (de octubre de 2001 a marzo de 2002) en un estudio de sombra en el cual observamos la relación médico-paciente entre enfermeras y mujeres para la detección oportuna de cáncer cervical. Además se seleccionó una muestra de cien mujeres —a quienes se aplicó un cuestionario—, se elaboraron guías de entrevistas semiestructuradas para las mujeres y los trabajadores del instituto, así como guías de observación para recopilar información sobre las prácticas y rutinas en torno a la detección oportuna en las UMF.

⁵ Hasta finales de los noventa, el crecimiento habitacional de la población se dirigió principalmente hacia este espacio geográfico.

Cuadro 1. Diseño de investigación

Saberes de las mujeres Papanicolaou y cáncer de cérvix	Rutinas y prácticas institucionales	Relación enfermeras-mujeres
Por qué van o no	Personal DOC	Accesibilidad
Sentimientos antes y después	Rutinas cotidianas y DOC	Rutina del papanicolaou y educación para la salud
Dificultades y apoyos	Estatus/jerarquías	Espacios-DOC
Redes familiares	Pasos durante el papanicolaou	Comunicación verbal y no verbal
Nociones, explicaciones, valoración, experiencias, del cáncer y de la citología		Temas

Cuadro 2. Métodos y técnicas utilizadas durante la investigación

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Etnografía</i> en los servicios de Medicina Preventiva (observación durante cuatro meses). • <i>Encuesta</i> en la UMF (cien mujeres que acudieron a la prueba, muestreo aleatorio sistemático) e identificación de mujeres que acuden a la UMF pero no se hacen la prueba (cincuenta y nueve mujeres). • <i>Entrevistas</i> semiestructuradas en el hogar de once mujeres (tres encuentros de dos horas o más, grabadas y analizadas utilizando el programa Nvivo). Frecuencia y edad. • <i>Entrevistas</i> a médicos, enfermeras, trabajadora social y asistentes médicas de dos UMF sobre el PDOCC. • <i>Información de contexto</i> (epidemiológica y socioeconómica).

Para la aplicación de la encuesta, el diseño fue descriptivo, transversal y la selección fue aleatoria y sistemática para incluir a quienes utilizaban el servicio en diferentes horarios de las jornadas laborales. El criterio del rango de selección sistemática de la muestra se tomó de acuerdo con la población registrada en los cuadernos de enfermería, que fueron los únicos registros sobre la afluencia al papanicolaou durante la jornada laboral con los que contábamos de manera inicial, y de acuerdo con los cuales la UMF B presenta una mayor afluencia que la UMF A.

Además del cuestionario, se obtuvo una lista de más de setenta mujeres que tenían más de tres años sin hacerse la prueba, de la cual seleccionamos únicamente a personas que habitaban en la ciudad de Hermosillo, que aceptaron colaborar en la investigación y que proporcionaron datos de localización completos. El apoyo de las asistentes médicas fue fundamental para su localización. Ellas las identificaron, llenaron un breve formato con datos básicos y las registraron cuando estuvieron dispuestas a participar en el estudio.

De los registros de las mujeres que contestaron el cuestionario y/o el formato que llenaron con las asistentes médicas se construyó una tipología del tipo de práctica de las mujeres y conforme a ella se seleccionaron las informantes claves para las entrevistas en los hogares.

Descripción del trabajo de campo

Debido a que queríamos ubicar una muestra de usuarias del servicio de Medicina Preventiva en las UMF, la primera etapa del trabajo de campo se realizó en las dos UMF; ambas fueron el punto de partida y el espacio donde contactamos a las mujeres que participaron en esta investigación. Durante dos meses, en cada UMF (en total cuatro), observamos el procedimiento por el que llegan al consultorio de Medicina Preventiva a solicitar el papanicolaou. En este primer momento las acompañamos durante su espera y, cuando lo consintieron, durante la rutina de la citología. Observamos las relaciones que establece el personal que labora en este servicio con otros de la misma unidad y tratamos de localizar a usuarias que acudieron a Medicina Familiar (MF) durante el periodo de estudio y que tuvieran más de tres años de no hacerse la prueba.

Antes de que las mujeres entren al consultorio de MP, forman una fila junto a quienes asisten a otras actividades preventivas, tales como vacunación, o se sientan en las salas de espera. Las abordamos en estos lugares y solicitamos su participación en el proyecto de investigación. Utilizamos un formato de consentimiento informado para plantear diferentes formas de participación: una primera forma consistió en responder un cuestionario antes y después de la citología; una segunda implicaba aceptar la observación durante el papanicolaou; y finalmente, una tercera en la que solicitábamos su permiso para incluirla en una base de la cual seleccionaríamos mujeres para entrevistarlas en sus hogares.

El único criterio de selección de las mujeres que respondieron al cuestionario fue haber acudido al consultorio de Medicina Preventiva durante el periodo del estudio para solicitar la prueba de Papanicolaou. El propósito principal era tener un primer acercamiento a las diversas características de quienes acuden a este lugar, para seleccionar posteriormente los criterios con los que se escogerían a quienes serían entrevistadas en sus hogares.

Los criterios para seleccionar a las mujeres entrevistadas en sus hogares fueron básicamente tres. El primero que todas comparten fue haber acudido a la UMF durante el periodo del trabajo de campo; las agrupamos de acuerdo a la edad y el tipo de frecuencia de su práctica del papanicolaou.

Finalmente, nos pareció que las dificultades para acudir a la prueba tenían que ver también con diferentes situaciones en sus entornos familiares. En un primer momento pensamos utilizar la categoría de ciclo vital familiar (Ojeda 1987) para construir tipologías de familias que facilitarían el análisis. Sin embargo, carecíamos de información suficiente para construirlas, pero sobre todo consideramos las limitaciones de esquematizar con base en criterios estereotipados de la familia nuclear que consideran ciclos que se inician y terminan de manera más o menos homogénea, lo que no se correspondía con los procesos familiares de las mujeres entrevistadas en las UMF.

De manera que en un segundo momento optamos por seleccionar a las mujeres de acuerdo con tres grupos de edad, entre los que fuera más probable que se llevara a cabo el inicio de vida sexual, reproductiva y de pareja. El primer grupo, al que llamaremos G1, comprende mujeres entre los 16 y 25 años de edad; el G2 corresponde a mujeres que de manera probable se encuentran en momentos de mayor estabilidad o bien desean encontrar una nueva pareja y por lo general tienen hijos mayores de seis años de edad, este grupo se conforma de mujeres de 26 a 45 años de edad; y finalmente, está el G3, integrado por mujeres de 46 años en adelante que por lo general tienen hijos adolescentes o mayores de edad, en ocasiones nietos, y que acudían a las UMF acompañadas por sus hijas.

La información sobre el número y edad de los hijos se obtuvo de los datos solicitados en la encuesta. En este trabajo no es la edad por sí misma la variable que interesa destacar, sino los procesos que se relacionan con ella en términos de condiciones de atención a la familia y resolución de necesidades básicas como vivienda, educación y trabajo, es decir, la edad permite ubicar mujeres con condiciones y procesos familiares diferenciales que facilitan la construcción de la diversidad de situaciones involucradas en la decisión de acudir a la prueba de detección oportuna de cáncer cervical.

La frecuencia de la práctica de la citología se definió de acuerdo con las respuestas sobre el tiempo del último papanicolaou, y se compararon con los criterios que la norma vigente señala como práctica “adecuada”; sin embargo, como sucedió en la selección de mujeres, algunas tienen una práctica regular apenas hace dos o tres años, mientras que anteriormente pudieron haber sido clasificadas en una práctica esporádica o nula en la que dejaron pasar más de diez años antes de volver.

La inconveniencia de la clasificación es que encasilla la diversidad misma de la práctica en un corte transversal de tiempo; la virtud es que permite ubicar algunas diferencias en las prácticas y en la relación que establecen con los prestadores de servicios de atención médica del PDOCC. Considerar la frecuencia permitió buscar diferencias y similitudes entre quienes tenían una práctica “regular” y quienes no la tenían en el momento de la investigación. En el cuadro siguiente se describen las características de una práctica que definimos como nula, de primera vez, regular o esporádica.

No desconocemos los cambios a la norma de 1998 respecto de espaciar de uno a tres años la realización del papanicolaou, con el objetivo de ampliar la cobertura y bajo el análisis de los resultados positivos de programas aplicados en otros países, pero nos interesa conocer cómo es en la práctica la aplicación de la misma.

Cuadro 3. Tipo de práctica de acuerdo con la frecuencia

Tipo de prácticas	Descripción
Nula	Nunca haber acudido al papanicolaou en ninguna institución de salud.
Primera vez	Aquellas mujeres que acudieron por primera vez a la prueba durante el periodo del estudio y accedieron a participar en el mismo.
Esporádica	Quienes acudieron a la prueba con más de tres años de espaciamiento o no han vuelto a tener la práctica de detección oportuna, pero acuden a la UMF buscando otras formas de atención.
Regular	Quienes tienen una práctica trianual con dos resultados previos consecutivos negativos o una periodicidad más frecuente.

Fuente: elaboración propia a partir de la observación de prácticas del papanicolaou en dos Unidades de Medicina Familiar del IMSS.

Realizamos al menos tres visitas a cada una de las mujeres en sus hogares durante sesiones de una a tres horas de duración, en las cuales se indagó sobre la práctica de detección oportuna, sus prácticas previas, sus representaciones respecto al cáncer, su experiencia con la prueba y la enfermedad, sus prácticas en otras instituciones, el apoyo de sus familias, etcétera.

Con respecto al nivel de ingreso, condiciones de vivienda y acceso a servicios básicos, es necesario precisar que éstos no fueron criterios para la selección de las mujeres entrevistadas en los hogares, no porque estas características no sean importantes para las prácticas ni porque la literatura no indique diferencias en torno a la práctica de detección oportuna, sino por dos motivos: a) su inclusión como criterio de selección implicaba ubicar un número de mujeres muy grande, que en términos de los tiempos de la investigación no era posible cubrir con profundidad, y b) al valorar la variable con respecto a otras durante seminarios y asesorías, consideramos que sería más importante tomar en cuenta la edad y periodicidad de asistencia al papanicolaou para ver la diversidad de prácticas. De acuerdo con los estudios previos, las diferencias de ingreso que se relacionan con un mayor riesgo a enfermar y una menor utilización de los servicios médicos se refieren a personas sin acceso a servicios y que viven

principalmente en zonas rurales. La selección de población trabajadora de Hermosillo implicó el sesgo de contemplar únicamente a población económicamente activa que percibe ingresos de la economía formal, cuenta con acceso al IMSS y además utiliza sus servicios, limitación que asumimos por limitaciones de recursos y tiempo.

Si bien no se comparó entre diferentes clases sociales, sí se consideró importante determinar el nivel de ingreso familiar y partimos de los instrumentos que utiliza el INEGI para ello con los datos del censo de 2000 en el sistema para la consulta de información censal (SCINCE), con la información por áreas geoestadísticas básicas (AGEB) y por colonia. Esto se acompañó con un recorrido para observar las características de las colonias que atienden las UMF.

Las diferencias de ingreso de las mujeres entrevistadas serán analizadas por las implicaciones que tienen para su práctica de detección oportuna y las representaciones sobre la misma. Sin embargo, hemos de precisar que las informantes pertenecen a hogares que en 2002 recibían entre dos y cinco salarios mínimos diarios (80 y 200 pesos), que al tipo de cambio de ese año significaban un ingreso de 8.3 pesos y 20.3 dólares estadounidenses. El ingreso familiar mensual de las entrevistadas, a pesar de no haber sido parte de los criterios de inclusión, varía en un rango de 2 400 y 5 000 mensuales en moneda nacional, es decir, el equivalente en 2002 a 250 y 520 dólares al mes.

Partimos del supuesto de que solamente podemos comprender las prácticas de detección oportuna dentro del contexto social, económico y cultural de las entrevistadas. Para las entrevistas en los hogares se seleccionaron once mujeres, cuyos nombres ficticios aparecen en el [cuadro 4](#). Contactamos a cuatro menores de 25 años de edad con frecuencias diversas de práctica de papanicolaou, cinco más del grupo de 26 a 45 años de edad y tres del grupo de 46 años y más. Dos de las mujeres que aparecen en el cuadro, Emilia y Aurora, fueron seleccionadas porque nunca se habían realizado la prueba, pero en el transcurso de la investigación las dos acudieron por primera ocasión y esto permitió reconstruir su proceso de manera cercana.

Cuadro 4. Mujeres seleccionadas para entrevistas en el hogar

	Nunca	Primera vez	Regular	Esporádica
G1 (16-25)	Yolanda	Hortensia	Penélope	Beatriz
G2 (26-45)	Emilia	Emilia	María Eugenia	Gabriela Rosa
G3 (46 +)	Aurora	Aurora	Remedios	Trinidad

Fuente: elaboración propia con datos de informantes de entrevistas en el hogar.

Las entrevistas se llevaron a cabo a partir de una guía semiestructurada y al terminar se presentó la opción de recibir una nueva visita en la que nos comprometíamos a llevar material educativo sobre la prueba, sesiones que arrojaron información valiosa sobre los saberes de las mujeres respecto de su cuerpo y la prueba de Papanicolaou.

Reflexiones en torno al consentimiento informado durante la investigación

En la investigación social en México no es común que se plantee a todos los sujetos de investigación información suficiente para que accedan a participar. Tampoco se cuenta con el registro de los primeros pasos de un proceso que implique el compromiso del investigador para informar sobre los objetivos y alcances de la investigación.

En el campo de las disciplinas sociales, esta práctica es incipiente; se considera que si no existe riesgo alguno para los sujetos en términos biológicos y físicos, no es necesario pedir su consentimiento ni informar respecto a la investigación sin considerar los posibles efectos psicológicos positivos o negativos a que está sujeta la persona que participa en este tipo de estudios.

A través de los vínculos con instituciones financieras y académicas de Estados Unidos, la investigación en México ha planteado e iniciado la conformación de comités de ética en la investigación, que en gran medida responden a las solicitudes legales del sistema estadounidense con el consiguiente riesgo de reproducir relaciones y controles que corresponden al modelo de atención de ese país, en el cual las demandas permiten un sistema de control cuyas características y solicitudes por lo general protegen a los sujetos que participan en los estudios, pero a la vez a los investigadores y las instituciones, y cuya aplicación ha significado sobretratamientos y costos elevados que sería necesario evaluar en nuestro contexto.

Los problemas para la antropología y la sociología en este sentido se agravan cuando por el tema de la investigación se requiere pasar lo más inadvertido posible para observar prácticas cotidianas. Esto último desalienta la posible solicitud de un consentimiento que considere a todos los sujetos si no se quiere modificar las prácticas que se pretende analizar.

En este trabajo, no entendemos el consentimiento como la firma de un convenio que sólo informe al sujeto de todos los riesgos físicos o psicológicos posibles. En muchas ocasiones esto no permite la construcción de sujetos con agencia, sino que puede convertirse en un instrumento legal de defensa que puede ser de poca o nula utilidad en caso de que el sujeto demande por posibles consecuencias. En nuestro país, nos encontramos con que los mismos sujetos ven como algo comprometedor firmar un documento. La falta de confianza en las instituciones legales y la carencia de una práctica de la demanda consecuentemente no dan sentido en sí misma a la firma de un documento que tiene esta práctica del derecho a la información con su carácter legal y ético. Sin embargo, consideramos que es necesario rescatar este último componente e iniciar un diálogo sobre la necesidad de proporcionar información a los sujetos estudiados, sin negar los dilemas que esto genere y el derecho que tienen como ciudadanos. Es preciso pensar nuestros propios modelos de búsquedas de consentimiento, entendido como un proceso, no como un momento único durante la presentación de la investigación, en el que el sujeto pueda tener un papel activo para consentir o suspender su participación.

Es preciso partir del reconocimiento de que los procesos de investigación en general establecen una relación desigual con los sujetos que analizan, y tienen mayor posibilidad de acrecentarla si éstos se ubican en niveles jerárquicos inferiores de las instituciones y la sociedad. En este sentido, Juan Guillermo Figueroa (2002) se refiere a la necesidad de analizar las relaciones de poder entre las personas que investigan y quienes son objeto de la investigación en términos del tema que abordan. Respecto a los dilemas éticos de la investigación cualitativa sobre salud reproductiva, el autor señala que la salud y la reproducción son objeto de derechos humanos, e investigarlos, entrometerse o ejercer el poder sin previo consentimiento de una persona “es correr el riesgo de generar atentados en el campo de los derechos humanos de las personas” (Figueroa 2002, 481).

El autor considera también que los encuentros entre investigadores y sujetos estudiados pueden avalar relaciones desiguales, pero también pueden ser punto de partida para diálogos constructivos que incluso tengan la capacidad de empoderar a los participantes, incluyendo a los investigadores. Entre los principales problemas éticos de las investigaciones se encuentran el no tomar en cuenta la opinión de las personas investigadas respecto a su participación en la investigación, la falta de definición de procedimientos para manejar los conflictos que puede generar la misma, ni la responsabilidad de devolver la información a los participantes.

Cuando iniciamos la investigación, sometimos el proyecto a un subcomité de investigadores del IMSS que recomendaron su aprobación, y solicitamos formalmente la aceptación del trabajo a los directivos y el personal médico de cada una de las UMF. Una vez que obtuvimos su apoyo para realizar el trabajo, se nombró un representante institucional para dar seguimiento a la investigación. Sin embargo, no se solicitó la revisión de algún comité de ética y finalmente la aprobación dejó fuera la solicitud de consentimientos del personal de enfermería y de las mujeres derechohabientes. El equipo de investigadores aprobó el proyecto y con ello los directivos asumieron la disposición institucional para que se realizara; así fue que nos presentaron a los médicos generales y personal administrativo que labora en la UMF. Las enfermeras asumieron que no podían negarse a participar porque los directivos permitían y solicitaban el apoyo a la investigación. En el transcurso de la misma fuimos negociando nuestra presencia en Medicina Preventiva y se explicaron los objetivos y el tipo de investigación.

Durante estos primeros días, el personal de enfermería supuso que su papel consistía en convencer e imponer a las mujeres su participación en el estudio para que respondieran, incluso durante la toma del papanicolaou, o bien, solicitaban su aprobación para que la investigadora conociera los aspectos técnicos de la prueba, soslayando las implicaciones que conlleva el acercamiento a sus cuerpos. El personal de enfermería tampoco se planteó la posibilidad de negarse a que el trabajo de investigación se realizara, pero preguntaron cómo se guardaría la confidencialidad de la información, principalmente su identidad, al ser un número tan reducido de trabajadores en el área de Medicina Preventiva. En este caso, el compromiso con ellas se hizo de manera verbal. Con las mujeres, en cambio, se redactó una carta de presentación del proyecto, que leía la investigadora o la mujer durante el tiempo de espera, y si la mujer aceptaba participar en alguna de las modalidades que se explicitaban, se procedía a firmarla como una carta-compromiso en la que la investigadora se comprometía a guardar la confidencialidad de la identidad y en la que las mujeres manifestaban que conocían los objetivos y daban su consentimiento para participar en el estudio.

Una vez que las mujeres consintieron, les pedimos delimitar las opciones de participación. Entre ellas, algunas contestaron la encuesta pero no permitieron la observación del papanicolaou y al mismo tiempo aceptaron que se les visitara en sus hogares; otras permitieron la observación pero no respondieron la encuesta, o bien, consintieron responderla y admitieron su posible participación durante las entrevistas en el hogar. Se les aclaró que el estudio no era del IMSS y no tendría repercusiones en su atención; sin embargo, hubo mujeres que durante las sesiones de entrevista expresaron dudas sobre el objetivo del trabajo. Por ejemplo, cuando iniciamos el acercamiento a las UMF en 1999, una de las entrevistadas, al ser visitada en el hogar, pidió a su hijo —con profesión magisterial— que hablara primero con la investigadora sobre los objetivos y la institución. Después de un amplio interrogatorio, nos dejó solas para hablar sobre la detección oportuna de cáncer. Esta y otras experiencias en las que las mujeres seguían preguntando incluso después de varias sesiones, nos hizo reflexionar respecto al consentimiento como un proceso continuo de diálogo entre el entrevistador y el entrevistado, proceso en el que puede participar más de una persona como parte de la estructura de la comunidad o institución de la que son integrantes quienes participan en una investigación. Más que las aclaraciones firmadas en el documento, el diálogo posterior es parte de este consentir.

Un dilema importante respecto al consentimiento informado en la investigación de la vida cotidiana en espacios institucionales es cómo analizar una relación entre sujetos en situaciones cercanas a lo que sucede fuera de la presencia de un observador, si se quiere aclarar y solicitar consentimiento informado a todos los participantes del estudio. Si se pretende hacer un estudio de sombra de la relación entre médico y paciente o, en el caso que nos ocupa, entre enfermeras y mujeres durante el papanicolaou, o si intentamos conocer las rutinas que se llevan a cabo en una institución, introducir elementos de consentimiento informado modifica posiblemente en mayor o menor medida la dinámica del encuentro. El principio ético de beneficencia puede justificar la posibilidad de no solicitar el permiso correspondiente para realizar el estudio en algunas partes de la investigación. No obstante, en este trabajo es necesario plantear desde el inicio este tipo de problemas e intentar dilucidar estrategias que permitan echar a andar un proceso de consentimiento en algún momento de la investigación.

Una de las salidas a este problema fue contar con personal de apoyo durante la investigación. Ellas solicitaban el consentimiento y aplicaban la encuesta durante el periodo de espera, mientras la investigadora permanecía dentro del consultorio, tratando de evitar en lo posible romper la rutina con sus entradas y salidas. Cuando la mujer entraba llevaba una nota en caso de no haber aceptado la presencia de la investigadora durante la prueba. Una estrategia para conocer lo que sucedía sin la intervención de la encuesta y la observación fue registrar la información entre enfermeras y usuarias durante el tiempo que capturamos los datos del cuaderno de enfermería, lo cual hicimos durante una semana al inicio y al final del tiempo que estuvimos en las UMF. Esto implicaba no informar a las mujeres sobre el estudio durante la captura de la información, pero sí registramos los diálogos por escrito cuando llegaban a solicitar la prueba.

Posteriormente se analizaron los registros buscando encontrar modificaciones. Entre ellas se descubrió que en una UMF la aplicación de la encuesta se convirtió en un indicador del turno, ya que la fila para la prueba y vacunación era la misma y la enfermera se dirigía a la persona que estaba con la asistente de investigación. Otra modificación fue que cuando se hacían entrevistas en una de las UMF una enfermera nos invitaba a observar algún papanicolaou, sobre todo durante el turno vespertino, cuando la actividad del consultorio de MP disminuye considerablemente.

Un elemento a considerar cuando se realizan estudios por tiempos limitados como el nuestro es la modificación de las prácticas rutinarias del personal que labora en las instituciones ante la convivencia cotidiana con un investigador. Aunque puede decirse que después de dos semanas el impacto puede ser menor, lo que analizaremos en este trabajo no representa la práctica cotidiana tal y como se lleva a cabo sin la presencia de un investigador en el espacio de trabajo, sino la representación del mejor servicio que puede ofrecer el personal desde su definición.

No hay soluciones únicas para este tema; en este trabajo buscamos atender el problema, pero, como señalamos, no se logró cubrir todas las situaciones. Por ejemplo, fuera de las semanas en las que decidimos no solicitar el consentimiento para capturar la información de los cuadernos de enfermería, hubo ocasiones en las que llegaron mujeres que entablaron un diálogo breve con otra enfermera, sobre temas que tenían que ver con el problema de estudio; esta información fue registrada en las notas de campo y se analizó sin consentimiento de las usuarias.

Otro dilema fue que el personal de enfermería nos solicitó usar una bata blanca cada vez que entráramos al consultorio de MP. Los primeros días nos prestaron una con el logotipo del instituto. Esto tuvo consecuencias para presentarnos con las mujeres, quienes con frecuencia lo miraban cuando se les explicaba que el estudio no era del IMSS. La contradicción entre el discurso y la vestimenta implicaba dar explicaciones o aceptar la duda que se reflejaba en sus rostros. Aun con un saco blanco era necesario confirmar que no teníamos profesión médica durante los primeros momentos del encuentro. El peso del color en un espacio

médico posee implicaciones diversas en los supuestos sobre la profesión, o en el vínculo institucional, así como en las prácticas de atención de los sujetos a quienes pedimos su colaboración.

En resumen, el consentimiento informado es un proceso que debe tomarse con mayor rigor en la investigación social y no verse únicamente como la firma de un documento legal o requisito de agencias financieras del exterior.

II

LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO Y POBLACIONAL

En este capítulo se presentan los cambios en la definición y delimitación de las lesiones previas a cáncer cervical que reporta la literatura médica. Con esto se pretende esclarecer el significado de los términos técnicos a partir de los cuales el personal de las instituciones de salud designa un diagnóstico y tratamiento a mujeres que presentan algún tipo de lesiones, y que corresponden a modificaciones celulares de mayor o menor grado en su epitelio. Sobre todo se busca ofrecer un primer acercamiento al saber médico a partir de discusiones que definen en qué momento una modificación celular se vuelve displasia, neoplasia o lesión. Estas tres nomenclaturas corresponden a diferentes momentos de un proceso que requiere menor o mayor intervención biomédica, ya que los cambios no son evolutivos, el proceso de la enfermedad es más interesante y complejo y la historia de su delimitación permite comprender la importancia de acudir al papanicolaou y dimensionar lo que se ofrece a partir del saber médico, su efectividad, limitaciones y alcances.

En un segundo momento se presentan datos que permiten ubicar el problema de la mortalidad por cáncer cervical en nuestro país. Antes de describirla en Sonora, un subapartado desarrolla la dinámica poblacional de la entidad y analiza el contexto de los servicios del sector salud con los que cuenta esta población.

Finalmente, se ofrece un primer acercamiento administrativo del IMSS para presentar el papel que juegan las UMF en su esquema organizativo. También se proporciona una descripción de los reportes de laboratorio, del número de papanicolaous realizados en ellas en el periodo de 2000 hasta mediados de 2002, para ubicar diferencias entre los dos servicios.

LA CONSTRUCCIÓN BIOMÉDICA DEL CÁNCER CERVICAL

Desde la antropología médica, las reflexiones de Menéndez (1998) sobre los encuentros, desencuentros y complementariedades entre los abordajes teóricos y metodológicos de la epidemiología y la antropología sugieren un punto de partida para el análisis del papanicolaou. Sin desconocer que en los dos enfoques hay una variedad de puntos de partida teóricos y metodológicos, el autor encuentra que las corrientes dominantes en ambas orientaciones coinciden, entre otras cosas, en las siguientes cuestiones: a) trabajan con conjuntos sociales; b) señalan la multicausalidad de la mayoría de los problemas de salud; c) suponen procesos de desarrollo o “evolución” del proceso salud/enfermedad/atención; d) reconocen que las condiciones de vida tienen que ver con la causalidad, desarrollo, control o solución de los problemas de salud; e) proponen una concepción preventiva del padecimiento; f) sostienen la legitimidad de sus aproximaciones metodológicas y técnicas mediante principios teóricos y/o técnicos.

En otro sentido, el autor señala que algunas divergencias sobre estos mismos temas son las siguientes: a) con frecuencia, la epidemiología describe agregados estadísticos sin que exista una teoría clara detrás, o bien se refiere a las enfermedades como una suma de signos en los que desaparece el enfermo, mientras que el enfoque antropológico trata de no desagregar grupos porque asume que los individuos se definen como tales a partir de las relaciones que establecen dentro de ellos; b) en la práctica, algunos trabajos epidemiológicos tienden a pensar las causas de la enfermedad en términos bioecológicos o sólo biológicos desde una aproximación ahistórica respecto al proceso salud/enfermedad/atención; por el contrario, en las ciencias sociales y desde una concepción construccionista, todo padecimiento es un proceso social e histórico que ha de ser reconstruido para comprender los significados de los actores sociales; c) mientras que la epidemiología describe la etiología referida a los factores biológicos en las llamadas historias naturales de la enfermedad, en ellas limita la inclusión de los factores socioculturales y la aplicación de una concepción histórica; la antropología médica, en tanto, plantea la reconstrucción histórica de los procesos que permitan entender las características de los padecimientos; d) la epidemiología utiliza el término *estilos de vida*, que retoma de las disciplinas sociales, pero elimina su perspectiva holística, reduciéndolo al señalamiento de conductas de riesgo, limitando o excluyendo la articulación entre las condiciones materiales e ideológicas. El padecimiento se analiza fuera de los procesos culturales y sociales en los que se desarrolla y se utiliza para describir rasgos de algunas enfermedades de manera selectiva; e) el manejo de las representaciones y prácticas culturales como mecanismos de prevención es distinto en ambas disciplinas porque la epidemiología las considera poco importantes y como factores desfavorables que hay que modificar, mientras que la antropología, sin negar totalmente lo anterior, se centra en reconstruir los criterios de prevención para los padecimientos que real o imaginariamente todo grupo social tiene sobre lo que consideran que afecta a su salud. La mayoría de estos criterios preventivos son socioculturales y lo importante no es definir si son erróneos o correctos, sino asumir que estos grupos siempre los producen y, por ello, se debe conocerlos si se pretende modificar algo en caso de ser necesario. Esta modificación se considera distinta porque no trata de imponer el saber médico, sino trabajar a partir de los saberes preventivos de los actores involucrados en un proceso de acción conjunta entre los servicios médicos y los grupos sociales.

Esta larga introducción permite justificar y organizar la primera parte de este capítulo. La definición de la historia natural de la enfermedad y la descripción de los factores de riesgo y los estilos de vida que proponen los programas de detección oportuna se han transformado durante los últimos cuarenta años. Además de los cambios técnicos implicados, se trata de propuestas que involucran tratamientos a procesos de cambios celulares y la inclusión de un criterio para decidir su magnitud.

Marcos Peluffo (2003) analiza lo que considera revoluciones paradigmáticas en algunas subespecialidades médicas, en los términos en que Kuhn (1971) define las revoluciones científicas. Aun cuando presentamos la clasificación del autor, no asumimos que se trata de cambios paradigmáticos porque la definición de un paradigma es más amplia;⁶ sin embargo, su recopilación sistemática de información presenta un panorama ilustrativo de los cambios en esta disciplina.

El autor señala cuatro revoluciones conceptuales de la patología cervical (véase cuadro 5): a) la primera tiene lugar de 1900 a 1932, durante la cual se inventa el colposcopio y nace el término *carcinoma in situ* o *no invasor*; b) la segunda época se denomina de *transformación displásica* y se inicia en 1950 con la

⁶ Desde nuestra perspectiva, una revolución paradigmática incluye cambios fundamentales en los supuestos sobre el individuo, la sociedad y la naturaleza. Las relaciones entre ellos se transforman, son normativas y sientan la base para toda actividad científica sobre la definición misma de los problemas, las áreas de investigación, las preguntas pertinentes y la forma de interpretar los datos. Todas las teorías y metodologías están basadas en última instancia en ellos (Ratcliffe y González del Valle 2000, 58), lo que implica una concepción mucho más amplia que lo que nos presenta el autor. En ese sentido, el paradigma biomédico no se cuestiona como tal, ni sus presupuestos sobre la enfermedad. Sin embargo, esto no demerita el esfuerzo y la importancia de la recopilación que hace el autor sobre las transformaciones en la construcción científica de la enfermedad y los cambios en su clasificación.

irrupción de la citología en los Estados Unidos, la cual precipita una gran cantidad de lesiones nuevas que carecían de una taxonomía establecida; el tratamiento que amenazaba extenderse era la histerectomía. El mismo G. Papanicolaou propuso en 1949 el término *displasia* para designar las nuevas lesiones precursoras del cáncer y evitar el señalamiento de malignidad asociado con esta enfermedad; c) Ralph Richart, ginecólogo y patólogo ginecológico de la Universidad de Columbia, propone cambiar la nomenclatura a una forma que expresara un proceso que permitiera unificar todas las variedades de displasia y carcinoma *in situ* en una sola entidad: la *neoplasia intraepitelial cervical* (lo que se conoce como concepto unicista); d) la cuarta revolución se inicia en 1987 y está identificada por los cambios en los Estados Unidos hacia el sistema Bethesda.

Desde el inicio de la primera época mencionada por Peluffo, el primer dilema que debieron afrontar los precursores de las nuevas subdisciplinas fue resolver si las lesiones intraepiteliales eran o no cáncer, lo que generó la justificación de tratamientos cuando los ginecólogos de renombre eran cirujanos formados como ginecólogos quirúrgicos, estrechamente vinculados con problemas de oncología.

Según este autor, la designación *carcinoma in situ* resultó de un oportunismo pragmático y coherente, que asignaba una naturaleza maligna a la lesión y resolvía radicalmente el dilema terapéutico en lesiones intraepiteliales en el siguiente sentido: “si no se sabe exactamente qué es, conviene sacarlo”. La lógica subyacente al razonamiento “de los males, el menos” implicaba considerar que el mayor error era diagnosticar en menos, con lo que se propició un sobrediagnóstico oncológico de lesiones consideradas precursoras. Este proceso se desarrolló principalmente en Estados Unidos entre 1930 y 1960 porque durante gran parte de este periodo el gremio médico europeo se encontraba enfrascado en la Segunda Guerra Mundial y la atención de sus secuelas.

La tercera época que describe Peluffo se ve influenciada por los trabajos de Ralph M. Richart, quien pretendió terminar con esta visión en la que pueden distinguirse claramente dos etapas: las precancerosas, conocidas como displasias, y las cancerosas. En lugar de esta división en la que se abordan dos tipos de displasias no malignas y cáncer *in situ* (representados por ángeles y demonios), se enfatiza la visión unicista de un proceso de enfermedad evolutivo que pasa por diversas etapas. Los estudios en los que basaba su argumentación no registraban los procesos de regresión de la enfermedad que se conocieron hasta después del descubrimiento del VPH. Richart propone nombrar todas sus etapas como *neoplasias intraepiteliales*. El significado de neoplasia fue “formación, en alguna parte del cuerpo, de un tejido cuyos elementos sustituyen a los de los tejidos normales. Se usa principalmente refiriéndose a los tumores cancerosos” (Peluffo 2003, 216).

Con esta terminología, se subraya que las displasias y el carcinoma *in situ* comparten alteraciones cromosómicas similares y se señala que las displasias de alto grado tienen el mismo riesgo de progresar hacia un carcinoma invasor. El autor afirma que la nueva nomenclatura eliminaba el término *carcinoma in situ* porque, según Richart, la designación promovía histerectomías innecesarias, con el agravante de que muchas displasias eran clasificadas con esa categoría.

Sin embargo, el cambio del término hacia *neoplasia* generó un sobretratamiento de los niveles básicos de las lesiones, se generalizó su uso a todas las lesiones precursoras y prácticamente se volvió a subdividir en niveles numerados de acuerdo con la gravedad. Otra de las consecuencias importantes fue el comienzo de la utilización conjunta de citología y colposcopia en Estados Unidos.

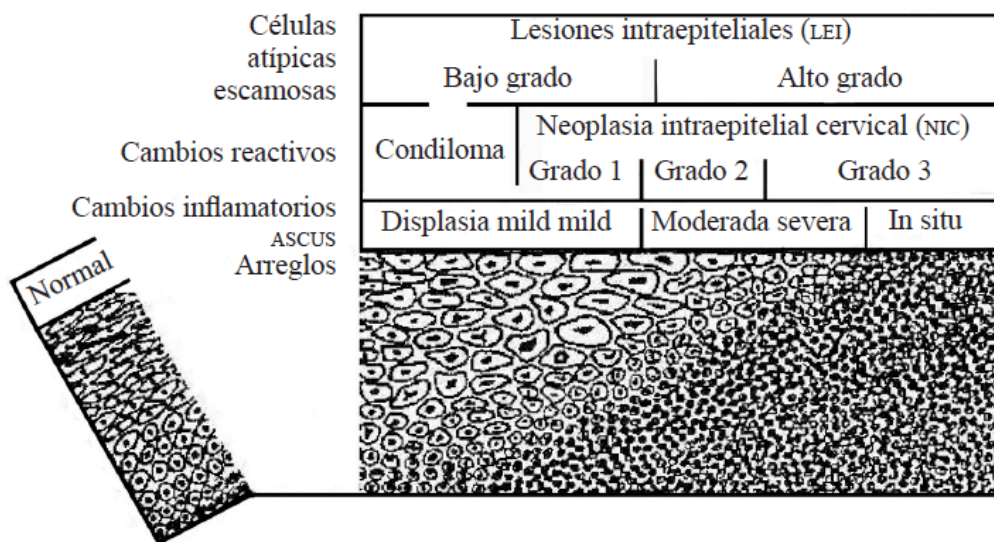
Cuadro 5. Cambios nosológicos de la patología cervical

Periodo-acontecimiento que desencadena	Lo que genera
<p>1900-1932. Nace el concepto de carcinoma no invasor en histopatología.</p> <p>1908. En Austria, la escuela vienesa de histopatología ginecológica inicia la separación microscópica entre los carcinomas cervicales “superficiales” y los invasores.</p> <p>1925. En Alemania, la invención del colposcopio por Hinselmann promueve la biopsia escisional.</p> <p>1932. En EE. UU. Borders introduce el término <i>carcinoma in situ</i> que define el nuevo concepto de un carcinoma superficial, intraepitelial o no invasor en histopatología.</p>	<p>La patología cervical no existía como disciplina. A partir de la observación cervical con el colposcopio se da el nacimiento del primer paradigma en la disciplina, periodo anterior a la invención del colposcopio. Su invención en 1925 inicia la observación cervical sistemática, junto con la introducción del concepto y término de <i>carcinoma in situ</i> en histopatología en 1932.</p>
<p>1950. La citología genera la crisis del modelo anterior. La avalancha de lesiones intraepiteliales por la irrupción de la colpocitología amenaza con extender el radicalismo quirúrgico a todas las lesiones nuevas.</p> <p>1961. Displasia/<i>carcinoma in situ</i>.</p>	<p>Transformación displásica</p> <p>La emergencia conduce al primer acuerdo interdisciplinario internacional de nomenclatura histológica (1961), que introduce el nuevo concepto y término de <i>displasia</i>. Esta innovación se constituye en la segunda transformación.</p>
<p>1967. Ralph M. Richard propone en EE.UU. un concepto unicista-continuo para histopatología, colposcopia y citología.</p> <p>1975. Se acepta y difunde internacionalmente esta forma de concebir la enfermedad.</p> <p>1976. Descubrimiento del condiloma/VPH subclínico por Alexander Meisels.</p> <p>Primeras condenas legales por diagnósticos falsos negativos de cáncer cervical.</p> <p>Se sustituye la designación de <i>carcinoma in situ</i> porque promueve un creciente abuso terapéutico: la histerectomía total.</p>	<p>Neoplasia intraepitelial cervical (NIC).</p> <p>Esta revolución estuvo impulsada por la intención de limitar el abuso quirúrgico, por las fallas de la noción del carcinoma displásico y por la rehabilitación de la colposcopia en EE. UU., se difunde en histopatología y colposcopia a partir del descubrimiento del virus del papiloma humano (VPH) subclínico en 1976.</p>
<p>Noviembre 1987. En EE. UU. los conflictos médicos legales por diagnósticos falsos negativos de la citología provocan una crisis que precipita en 1988 la cuarta transformación de la nomenclatura y paradigma, a partir del seminario organizado por el Instituto Nacional del Cáncer en Bethesda, en donde se impone la nomenclatura del SIL, un sistema binario de bajo y alto grado de lesiones que había propuesto la citología cervicovaginal.</p>	<p>Transformación lesional de la Squamous Intraepithelial Lesion (SIL), lesión intraepitelial escamosa.</p> <p>La nomenclatura del sistema Bethesda presenta la ambigüedad léxica de los términos <i>lesión</i> y <i>atipia</i>.</p>

Fuente: Peluffo 2003, 86-101.

Las dificultades principales se encontraban en los diagnósticos de cambios celulares poco claros y los límites entre una y otra categoría de lo que se clasificaba como NIC; ante ello, los patólogos y citopatólogos propusieron los cambios del sistema de nomenclatura que ahora conocemos como Bethesda. Uno de los cambios más importantes de esta nueva clasificación es que el término *cáncer* se sustituye por el de *lesiones escamosas intraepiteliales* (LEI), desapareciendo las subclasificaciones previas en dos grandes tipos de diagnóstico: lesiones de bajo grado y de alto grado. El autor que desarrolla esta clasificación señala que el impacto del sistema legal y de aseguramiento en estas clasificaciones no se discute de manera abierta en los trabajos científicos norteamericanos.

Ilustración 1. Proceso y clasificación morfológica, sistema Bethesda



Fuente: Peluffo 2003, 315.

La primera versión de Bethesda no incluyó a científicos que no fueran de la subespecialidad, sino sólo a estadounidenses, a diferencia del establecimiento de las nomenclaturas previas en las que habían participado científicos de otras partes del mundo. Esta clasificación disminuye el número de lesiones para evitar diferentes interpretaciones de casos ubicados entre un tipo de lesión y otro, pero se menciona la desventaja de propiciar de nuevo sobretratamientos de lesiones que no lo ameriten o que pueden desaparecer por sí solas.

Los cambios corresponden a una historia reciente que no pretendemos agotar; solamente se analizan las principales modificaciones relacionadas con el objeto de estudio, la forma de clasificarlo y las consecuencias de su identificación y tratamiento, así como el reconocimiento de los factores de riesgo. En 1963, los textos biomédicos mexicanos señalaban un origen venéreo y se hablaba de que el varón parecía introducir una sustancia llamada esmegma en el cuello del útero. Todavía no se conocía la presencia del VPH (Freeman, Levine y Reeder 1998, 127).

Estos procesos han impactado las definiciones de la enfermedad en países como el nuestro. La Secretaría de Salud ha anunciado el cambio de clasificación al sistema Bethesda, lo cual no implica solamente una evaluación técnica, sino también una revisión legal y un análisis detenido de las posibles prácticas médicas que fomenta. La discusión sobre la mejor forma de clasificar los cambios celulares es un buen ejemplo de cómo los procesos técnicos no llevan en sí mismos de manera exclusiva un desarrollo evolutivo y técnico.

El proceso de enfermedad del cáncer cervicouterino en los manuales del IMSS

El IMSS presenta en sus manuales (1998) un recuadro en el que se da cuenta de las equivalencias en las nomenclaturas de los diferentes sistemas de medición (véase [cuadro 6](#)), sin dar antecedentes o justificaciones de ellas. En los reportes de laboratorio se hace alusión a una clasificación doble: la descriptiva y la que se clasifica como neoplasia intraepitelial cervical.

Los marcos de clasificación corresponden a etapas distintas de la explicación desde la patología y la citología, dejando entrever un proceso evolutivo, a pesar de explicitar que estas clasificaciones no describen necesariamente un recorrido lineal, ya que la enfermedad, en algunas de sus etapas, puede retroceder por sí sola. Por ejemplo, no todas las displasias evolucionan a cáncer; aproximadamente 35 por ciento desaparece espontáneamente, 20 se mantiene en forma estacionaria y 45 por ciento progresa a cáncer (Instituto Mexicano del Seguro Social 1998c, 9).

Un diagnóstico de inflamación, displasia o carcinoma *in situ* es considerado cien por ciento tratable y curable; si es cáncer invasor y se encuentra en estadio inicial se requiere tratamiento y se tienen altas posibilidades de curación. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana de 1998, de encontrarse en estadio avanzado “posiblemente requiera de técnicas de radioterapia o quimioterapia” (Instituto Mexicano del Seguro Social 1998d, 23). Previamente se recomienda la valoración de un posible traslado hacia el sistema linfático; de no haberlo, se recomienda la histerectomía, y de estar presente, se refiere a la paciente a los servicios de oncología para su valoración y terapia (SSA NOM-014 SSA2-1994, 1998, 42).

La clasificación delimita para el personal de salud los posibles tratamientos en mujeres que presenten alguna de las condiciones consideradas atípicas. Para las mujeres, el diagnóstico es un enigma que si no se explica con detenimiento genera gran ansiedad; sean lesiones leves o neoplasias de bajo grado, la terminología no permite traducir al saber lego las implicaciones ni el tipo de enfermedad del que se trata.

Cuadro 6. Tipos de diagnósticos

Descriptiva	NIC*	Sistema Bethesda	Papanicolaou
Normal	Normal	Normal	Clase I
Negativo con inflamación	Atipia	CEASND1	Clase II
Displasia leve	NIC I	LEI*** de bajo grado o IVPH	Clase III
Displasia moderada	NIC II	LEI de alto grado	Clase III
Displasia severa	NIC III	LEI de alto grado	Clase III
Carcinoma <i>in situ</i> (CIS)	NIC III	LEI de alto grado	Clase IV
Cáncer microinvasor	Cáncer microinvasor	Cáncer microinvasor	Clase V
E invasor	E invasor	E invasor	

*NIC: neoplasia intraepitelial cervical.

**CEASND: células escamosas atípicas de significado no determinado, del inglés atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS).

***LEI: lesión escamosa intraepitelial, del inglés squamous intraepithelial lesion (SIL).

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social 1998a, 7.

Factores de riesgo

El factor biológico relacionado con el cáncer cervical es el virus del papiloma humano (VPH). Su descubrimiento en 1976 ha ido desencadenando relaciones con el cáncer cervical rápidamente. El virus es de transmisión sexual, por lo que los hombres desempeñan un papel importante en el desarrollo de la

enfermedad; por lo general ellos no presentan síntomas o éstos no representan un peligro para su vida. Los estudios epidemiológicos reportan una asociación positiva de la enfermedad con el nivel educativo de las parejas masculinas, en el sentido de que a mayor educación, hay una mejor práctica de detección en la mujer (Muñoz y Bosch 2000, 145).

Sin embargo, es necesario aclarar que el VPH no es la única causa de la enfermedad, pues se requiere de la existencia de otros factores para que las infecciones persistentes por este virus progresen y den lugar a cáncer. No basta la presencia del virus en el cuerpo de la mujer; de hecho, si sus condiciones inmunológicas son las adecuadas, puede permanecer latente y sin manifestación y no llegar a procesos cancerosos.

Es necesario aclarar que hay más de cien tipos de virus del papiloma humano que se han descrito y clasificado con base en las diferencias de sus núcleos celulares y secuencias de aminoácidos (Anderson 2002, 113). Su clasificación continúa en proceso porque se han identificado variedades de un mismo tipo, que tienen comportamientos distintos en términos de mayor o menor agresividad. Por ejemplo, hay alrededor de cinco variantes del VPH 16: europeo, asiático, asiático-americano y africano; de los cien tipos, aproximadamente treinta y cinco se han encontrado en el epitelio anogenital (cérvix, vagina, vulva, recto y pene).

Los restantes se han asociado con lesiones benignas; por ejemplo, en la dermis de las manos y en las plantas de los pies, y con algunas lesiones malignas, como la displasia epidermoide verruciformis, que se presenta en muy raras ocasiones.⁷ Los tipos de VPH son relativamente ubicuos y se les ha descrito como agentes causales de lesiones epiteliales en una amplia variedad de especies animales. Fueron reportados por primera vez en el caso de un estudio con conejos y enfermedades de la piel (Anderson 2002, 114).

Las variedades de VPH que se encuentran en los genitales se asocian a la aparición de lesiones que van desde inflamaciones, formación de racimos o verrugas, hasta convertirse en el factor principal cuando se encuentra en las condiciones propicias para desarrollar la enfermedad cancerosa, principalmente en la zona de transformación en la que descubrimos diferentes tipos de células, entre las que conforman la vagina y el interior del útero.

Sin embargo, no todos los tipos de VPH se consideran de alto riesgo, clasificación que depende de la asociación entre el tipo de virus y la lesión que se detecta. Los virus de bajo riesgo (6, 11, 42, 43 y 44) están asociados con lesiones de bajo grado, como los condilomas, y no con cáncer, mientras que los virus de alto riesgo incluyen al VPH 16, 18 y 31 y se asocian con lesiones de alto grado o con cáncer *in situ*. En general, las lesiones de alto riesgo se asocian con VPH, mientras que los hallazgos de lesiones de menor grado no necesariamente presentan VPH (Anderson 2002, 114).

En los documentos del PDOCC, el IMSS describe los principales factores de riesgo, pero no expresa la dimensión que puede tener cada uno de ellos (véase [cuadro 7](#)). Este listado tiene la virtud de definir algunos elementos que otros manuales del programa no aclaran, como la edad temprana del inicio de relaciones sexuales.

⁷ A continuación se presenta un listado de tipos de VPH asociados con lesiones en diferentes partes del cuerpo, las cuales no necesariamente se relacionan con procesos de cáncer. Solamente algunas señaladas en el tracto genital están vinculadas con un riesgo alto o bajo de cáncer cervical.

Verrugas comunes 1-4

Verrugas en la planta del pie 1, 4

Verrugas lisas 3, 10

Verrugas "butcher" 3, 7

Epidermodysplasia verruciformis 3, 5, 8-10, 12, 14, 15, 17, 19-25, 28, 29

Respiratoria 6, 11, 30, otros

Genital 6, 11, 16, 18, 30, 31, 33-35, 39, 40, 42-45, 51-59, 66, 68, 70

La siguiente lista es la clasificación del VPH de acuerdo con el nivel de riesgo con el que se asocia.

Bajo 6, 11, 42-44

Alto 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 70

Para ampliar esta información, véase Steven M. Anderson (2002, 114).

Cuadro 7. Condiciones de riesgo para el cáncer cervicouterino

Edad (mujer de veinticinco años y más).
Infección cervical por virus del papiloma humano.
Edad temprana del inicio de relaciones sexuales (antes de los dieciocho años), cuando los órganos genitales de la mujer no han madurado fisiológicamente.
Multiplicidad de compañeros sexuales, tanto del hombre como de la mujer, ya que un mayor número de parejas sexuales incrementa el riesgo de transmisión del VPH, así como otras infecciones de transmisión sexual. En nuestra sociedad este factor de riesgo es muy frecuente y está condicionado principalmente por la conducta sexual del hombre, ya que es una práctica social y cultural más común que sean ellos quienes tengan múltiples parejas y porque el uso del condón aún no es bien aceptado.
Multiparidad (más de cuatro) debido a los traumas cervicovaginales y las lesiones que se originan en el cuello del útero o en la vagina durante el parto, tales como desgarros, erosiones, laceraciones, ulceraciones o inflamaciones.
Hábito de fumar cigarrillos.
Algunas enfermedades de transmisión sexual (herpes tipo 2, chlamydia). Las infecciones que afectan los genitales femeninos son ocasionadas por bacterias, hongos, parásitos y/o virus. Aunque se cuenta con medicamentos para cada tipo, es uno de los problemas de salud más frecuentes y complejos en la población femenina. En la mayoría de los casos pasan desapercibidas.
Alimentación deficiente de folatos y vitaminas A, C y E.
Uso prolongado de anticonceptivos orales.
Inmunodeficiencia congénita o adquirida.
Nunca haberse practicado un estudio citológico.

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social 1998a, 7.

La justificación para presentar estos datos juntos obedece a las estimaciones epidemiológicas de asociación. Según los datos de causas de mortalidad nacional y estatal, las mujeres de veinticinco años y más tienen mayor riesgo de morir por cáncer cervical; por ello el dato encabeza la lista y expresa a su vez la priorización y selectividad que hace el programa. La selección se relaciona con una visión selectiva de la atención primaria a la salud que implica la ubicación de la población. El costo y beneficio son mayores bajo la justificación de estar en un contexto de recursos económicos limitados, en el que es necesario recalcar la eficiencia en los resultados a bajo costo.

El segundo elemento que se menciona es el agente biológico, asociado con la mortalidad por cáncer cervical, y se pasa inmediatamente a un tercer y cuarto factor que tienen que ver con el ejercicio de la sexualidad, clasificada como una práctica de riesgo cuando se inicia antes de los 18 años de edad. Sería oportuno dilucidar en otros trabajos si los criterios de edad responden a los problemas de madurez biológica o a la definición de la vida adulta en nuestra sociedad.

El listado muestra en quinto lugar el factor que los estudios del INSP señalaron como de mayor peso, el de la multiparidad asociado con la maternidad, una práctica menos estigmatizada cuando se trata de menos de cuatro partos. Este dato deja fuera la historia de las prácticas reproductivas y el control de la planificación familiar, que en nuestro país tuvo un cambio drástico al mismo tiempo que se iniciaba el PDOCC.

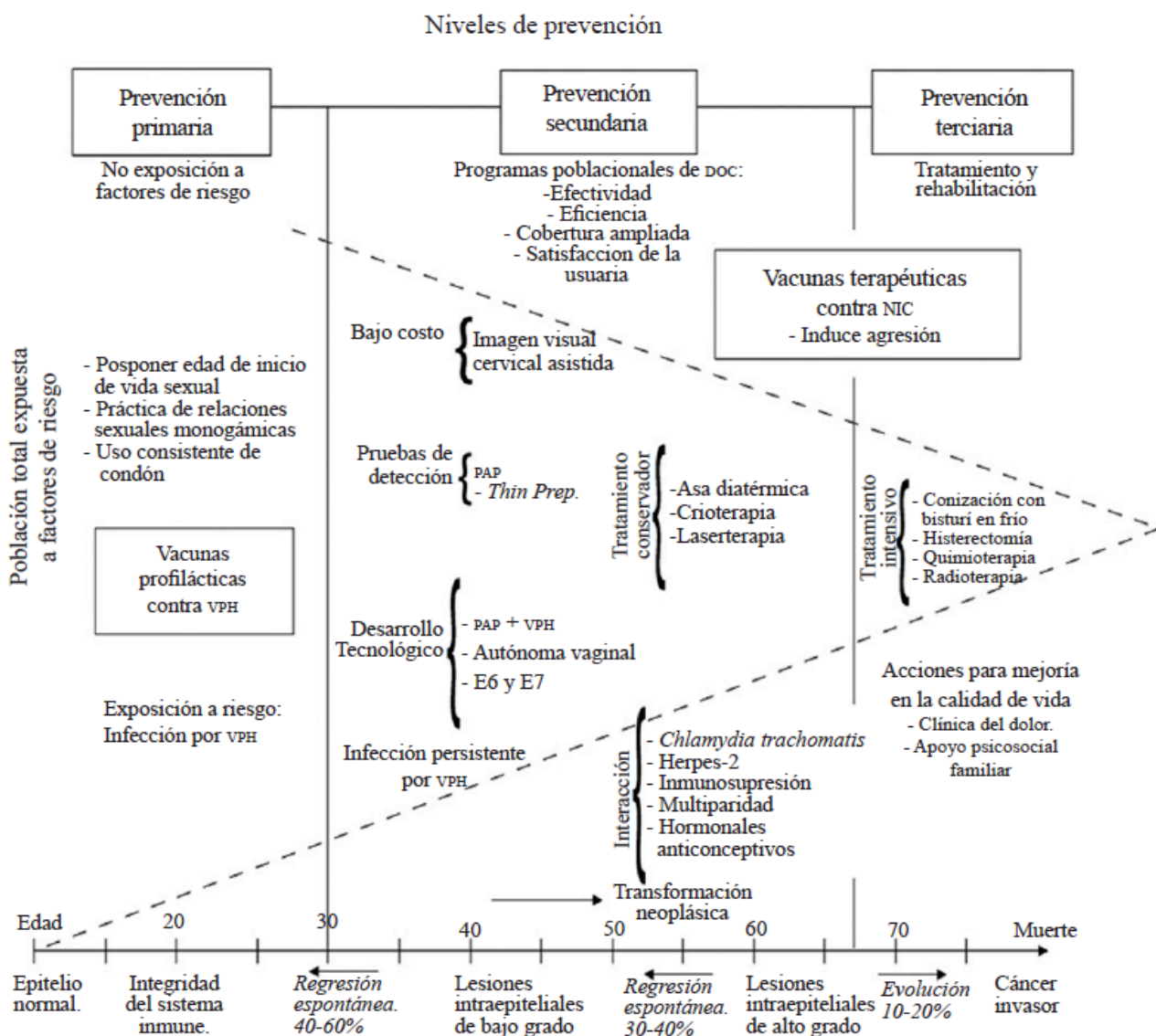
El siguiente listado no hace explícitas las asociaciones con factores sociales y económicos que se han encontrado en los mismos estudios epidemiológicos, como es el caso del bajo nivel de ingreso económico y escolaridad, porque el cáncer cervicouterino se asocia claramente con desigualdades de este tipo. Nubia

Muñoz y Xavier Bosch (2000, 144) apuntan que 80 por ciento de la mortalidad en el mundo por esta causa corresponde a mujeres que viven en países menos desarrollados.

La fragmentación de la información no permite conocer las relaciones explicativas entre cada uno de los factores y sus relaciones con la enfermedad. La presentación de listados como éste puede ser eficaz para transmitir indicaciones al personal de salud, pero no difunde de manera clara elementos que permitan comprender el problema salud/enfermedad/atención.

Las prácticas sociales de tener hijos, iniciar relaciones íntimas y ejercer la sexualidad con una o varias parejas no son solamente conductas de riesgo, son prácticas sociales y derechos de los individuos. La manera de abordar el problema, como una serie de factores de riesgo, lleva a proponer controles que no parten de las prácticas ni de las representaciones de los individuos. La óptica de control deja de lado la del derecho sexual y reproductivo en este caso.

Ilustración 2. Historia natural del cáncer cervicouterino



Fuente: Lazcano et al. 2003, 449-462.

Las mujeres con menores niveles de ingreso que viven en áreas rurales tienen menor nivel de escolaridad y falta de acceso a los servicios de salud de calidad; son quienes tienen mayores posibilidades de morir de cáncer cervical. Estos factores y las deficiencias nutricionales son los que menos se mencionan como parte de lo que debe considerarse para identificar el riesgo de enfermar o morir por esta enfermedad.

Aun cuando en este listado sí aparecen los hormonales, en los factores de riesgo que se presentan en la normatividad vigente no se incluye la utilización de anticonceptivos orales por tiempo prolongado. Este factor no es mencionado en la Norma Oficial (NOM-014-SSA2-1994, 1998, 34).

En el estudio de la OPS se señala que en evaluaciones de agentes ambientales como el humo de trabajo, los anticonceptivos hormonales, el régimen alimentario y los microorganismos infecciosos como cofactores del VPH han demostrado que las pacientes con cáncer cervicouterino positivo al VPH tienen el doble de probabilidades de haber sido fumadoras y que el riesgo es mayor en mujeres que utilizan anticonceptivos orales durante más de diez años (Organización Panamericana de la Salud 2004b, 11).

La imagen que presenta el INSP (véase [ilustración 2](#)) identifica como prácticas de prevención primaria las relacionadas con el ejercicio de la sexualidad, pero no hace hincapié en los cambios necesarios en la dieta o las prácticas de fumar, el número de partos vaginales, ni la polémica sobre la utilización de hormonales por más de diez años.

La información se ofrece de manera selectiva y no menciona los factores de riesgo en la presentación de las medidas preventivas. Hay un cambio muy importante en el esquema que definía a la enfermedad como un proceso que va de un estado normal de ángeles a demonios, a este esquema en el que aparece la vacuna contra el VPH, y en el que las regresiones se manifiestan en una línea de edad donde es posible ubicar los porcentajes esperados de lesiones que llegan a ser cancerosas. En esta clasificación se utilizan los términos del sistema Bethesda. Hay lesiones intraepiteliales y cáncer invasor.

Factores de riesgo en la población mexicana

El estudio de casos y controles realizado en nuestro país desde el Instituto Nacional de Salud Pública en 1995 por Eduardo Lazcano encontró que los principales factores de riesgo de cáncer cervicouterino fueron la multiparidad vaginal (más de dos hijos), la historia de dos o más parejas sexuales, la edad temprana del inicio de la vida sexual y el nivel socioeconómico. El estudio señala un efecto protector significativo en los niveles socioeconómicos medio y alto, y que la presencia del virus del papiloma humano (VPH), sobre todo los subtipos 16 y 18, llega a incrementar hasta siete veces más el riesgo de la enfermedad (Lazcano et al. 1995, 380).

En el mismo sentido, el estudio de Dulce María Hernández et al. (2001, 332) encontró que los principales factores de riesgo de la población derechohabiente del IMSS de la Ciudad de México, en unidades de tercer y primer nivel de atención, fueron el antecedente de cinco partos o más, la positividad a enfermedades de transmisión sexual, el mayor número de parejas sexuales, el antecedente positivo a cáncer cervicouterino y la edad para el primer control de papanicolaou después de los cuarenta años. Según el estudio, los factores relacionados con la conducta sexual y reproductiva son determinantes para la presencia de cáncer cervicouterino y recomiendan que las mujeres con actividad sexual inicien la detección temprana a los treinta años, para garantizar la efectividad de esta medida preventiva.

El estudio de casos y controles de Castañeda et al. (1998) estableció los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas, usuarias del PDOCC, que tuvieran diagnóstico corroborado de displasia severa, cáncer *in situ* e invasor. Coincidiendo con los estudios anteriores, el riesgo principal de contraer la enfermedad se ubicó en mujeres con más gestaciones, principalmente quienes tuvieron más de doce partos, y el inicio de relaciones sexuales en edad temprana, de manera que quienes iniciaron

relaciones después de los diecinueve años tuvieron dos veces menos riesgo que quienes comenzaron antes de los quince.

El uso de anticonceptivos hormonales también aumentó el riesgo de cáncer cervical. Sin embargo, el estudio aclara sus limitaciones respecto al tipo de anticonceptivo porque no fue posible investigar la duración en tiempo y la categoría de uso. También hace referencia a la polémica existente sobre los resultados de investigaciones en esta temática (Castañeda et al. 1998, 335-336).

Los tres estudios coinciden en señalar entre los factores de riesgo a las mujeres multíparas en primer lugar. Esta condición presenta modificaciones considerables de disminución en el perfil demográfico de las mujeres mexicanas durante los últimos veinte años, aunada a que un incremento en el número de cesáreas en los servicios públicos y privados contribuya de alguna manera al descenso de la mortalidad por esta causa.

El estudio de Flores et al (2008) señala que los factores asociados al incremento de riesgo de desarrollar una lesión intraepitelial de alto grado, o cáncer, entre mujeres que tienen un resultado positivo a VPH, es el tener mayor edad, carga viral alta, edades tempranas en el inicio de relaciones sexuales y ser mujeres de bajo estatus socioeconómico.

Los estudios sobre la eficacia de la citología en países desarrollados revelan que los programas de detección que utilizan la prueba de Papanicolaou son eficientes y costo-efectivos (Gómez-Jáuregui 2001, 280). Los esfuerzos para lograr una vacuna que evite los efectos del virus del papiloma humano dan esperanzas para disminuir la mortalidad en las mujeres por esta causa; sin embargo, esta alternativa aún no está disponible ni implica eliminar el papanicolaou como prueba de detección oportuna (Koutsky et al. 2002, 1649). En la página principal del boletín *Progress in Reproductive Health Research* (2004), de la Organización Mundial de la Salud, se señala que la prevención del cáncer cervical depende hasta el momento de la prueba de Papanicolaou.

Hasta aquí se ha analizado el proceso de construcción de la enfermedad desde las subespecialidades que definen los cambios celulares, y cuya responsabilidad consiste en delimitar las características morfológicas atípicas de los tejidos de la zona de transformación del epitelio en el cerviz. La historia de la definición de los tipos de cambios celulares es la historia del método de detección con el que se cuenta en la actualidad en los servicios de salud; es también una historia polémica que corresponde a las características del sistema norteamericano y a las experiencias de demandas específicas a finales de los años ochenta. Hemos hablado de los factores de riesgo y del riesgo de presentar listados selectivos que no expresan relaciones claras, ni dejan ver lo que se conoce del proceso biológico y sus vínculos con los factores sociales y culturales.

Mientras en 1998 se presentó el listado de factores múltiples, en 2003 los salubristas del INSP dejaron de lado los cofactores para valorar como de mayor peso al factor biológico, y las prácticas preventivas se reducen al factor biológico o a las que se consideran de transmisión y pierden importancia aquellas que no se relacionan con su transmisión directa.

CÁNCER CERVICAL EN AMÉRICA LATINA Y MÉXICO: ABORDAJE EPIDEMIOLÓGICO

Los cambios en la mortalidad y fecundidad que se han presentado en el país a partir de 1950 han provocado cambios en la estructura de la población. El proceso por el que se va pasando de una estructura poblacional muy joven a otra de mayor edad se refleja en el hecho de que el promedio de edad aumentó 1.8 años de 1995 (25.1 años) a 2000 (26.9 años).

Las cinco principales causas de mortalidad durante el año 2000 a nivel nacional fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus, los accidentes y las enfermedades del hígado.

En Sonora las causas de mortalidad fueron las mismas, sólo que las enfermedades cerebrovasculares se encuentran en lugar de las enfermedades del hígado, y éstas a su vez ocupan el sexto lugar. Pero hemos de recordar que la mortalidad general es un indicador que presenta un panorama amplio que no hace diferencias entre otros indicadores tales como edad y sexo.

Estos indicadores muestran diferencias en la mortalidad que no se deben solamente a los aspectos biológicos, sino que se relacionan con los factores sociales y culturales vinculados al género y a los cambios en las relaciones sociales que conlleva la edad.

Si consideramos la edad y el sexo al analizar las principales causas de mortalidad, veremos diferencias importantes. En el ámbito nacional, la información de 2000, para personas de 15 a 24 años, reporta los siguientes resultados: las cinco primeras causas de mortalidad en hombres son los accidentes, principalmente de tráfico, en segundo lugar las agresiones, en tercero las lesiones autoinfligidas, en cuarto los tumores malignos (leucemias principalmente) y en quinto el sida. En las mujeres también encontramos en primer lugar los accidentes, en especial los de tráfico, en segundo los tumores malignos (leucemias), en tercero las muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, en cuarto las agresiones y en quinto las lesiones autoinfligidas.

En los hombres las tres primeras causas se relacionan con accidentes o agresiones, en las mujeres las agresiones ocupan el cuarto lugar. La salud sexual y reproductiva empieza a jugar un papel muy importante en este rango de edad para las mujeres, en los hombres el peso está en la sexualidad con el VIH.

Entre los 25 y 34 años de edad las diferencias se agudizan (véase [cuadro 8](#)), de manera que en las mujeres la principal causa de mortalidad es el cáncer, y entre sus diferentes tipos, las neoplasias que ocupan el primer lugar son el cáncer cervicouterino y el de mama, en segundo lugar se encuentran los accidentes, en tercero las muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, en cuarto las enfermedades del corazón y en quinto las agresiones. En cuanto a los hombres, los accidentes continúan en primer lugar, en segundo las agresiones, en tercero las enfermedades por VIH, en cuarto las enfermedades del hígado (vinculadas al alcoholismo principalmente) y en quinto lugar los tumores malignos.

Cuadro 8. Principales causas de mortalidad en México por sexo-edad (25-34 años), 2000

Mujeres		Hombres	
No.	Causas	No.	Causas
1	Tumores malignos Del cuello del útero De la mama	1	Accidentes De tráfico de vehículos de motor
2	Accidentes De tráfico de vehículos de motor	2	Agresiones
3	Embarazo, parto y puerperio	3	Enfermedad por VIH
4	Enfermedades del corazón	4	Enfermedades del hígado/Enfermedad alcohólica
5	Agresiones	5	Tumores malignos

Fuente: elaborado con información tomada del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 2001, 130-150.

En México, a partir de los 25 y hasta los 64 años de edad, la primera causa de mortalidad en mujeres es el cáncer, y entre los diferentes tipos, el que ocupa el primer lugar en la lista es el cervicouterino. De los 65 años en adelante ocupa el tercer lugar en mortalidad, precedido por enfermedades del corazón y la diabetes mellitus. En Sonora, el cáncer cervicouterino tuvo un comportamiento similar hasta 1998, a partir de entonces cede el primer lugar, dentro de las neoplasias, al cáncer de mama (tiene tres años presentando el mismo comportamiento).

Si se analiza la morbilidad y mortalidad del cáncer cervical encontramos que, de acuerdo con la OPS, el cáncer cervical es una enfermedad totalmente prevenible y curable, de bajo costo y con bajo riesgo cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres que no presentan síntomas. Sin embargo, según la misma fuente los programas de prevención de América Latina y el Caribe, a excepción de Cuba, han tenido poco o ningún éxito porque registran las tasas de incidencia y mortalidad más altas del mundo, sólo superadas por las de África Oriental y Melanesia (Organización Panamericana de la Salud 2004b, 1-2).

La misma fuente analiza que en América Latina son pocos los países que mostraron reducciones significativas en la mortalidad entre 1996 y 2001, entre ellos Ecuador, el cual pasó de una tasa de 12.8 a una de 8.1. De acuerdo con estos datos, México disminuyó su mortalidad pasando de 13.2 a 11.4 por 100 mil mujeres. Sin embargo, en el texto se precisa que si bien Nicaragua, El Salvador y Perú presentan tasas de mortalidad muy altas frente a las cuales las demás parecieran menores, es necesario precisar que todas son muy altas si se comparan con las de Canadá, donde en el año 2000 la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino estandarizada por edades fue de 1.17 defunciones por cada 100 mil mujeres.

La incidencia de la enfermedad en Canadá, Estados Unidos y otros países con mejores condiciones de vida ha descendido durante los últimos cuarenta años hasta 7.8 casos por cada 100 mil mujeres.

Cuadro 9. Tasas de mortalidad estandarizadas por edades por cada 100 mil habitantes en algunos países latinoamericanos, 1996-2001

País	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Argentina	4.8	5.1	4.8	4.8	4.4	4.6
Brasil	6.7	7.0	7.3	7.6	6.9	
Chile	10.0	10.7	10.4	10.1	9.2	8.6
Colombia	13.3	12.8	13.3	13.3		s.d.
Costa Rica	10.1	10.2	10.0	8.7	8.0	8.8
República Dominicana	s.d.	9.0	8.2	7.3		s.d.
Ecuador	12.8	9.3	9.9	8.3	8.1	s.d.
El Salvador	13.3	11.2	20.1	18.8		s.d.
México	13.2	12.9	12.7	12.6	11.9	11.4
Nicaragua	28.6	26.3	24.15	23.7	21.2	s.d.
Panamá	14.0	13.3	14.2	15.7	11.7	s.d.
Perú	16.1	15.1	14.8	15.9	15.9	s.d.
Venezuela	11.4	10.6	10.2	11.6	9.3	s.d.

s.d. sin dato.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS), Sistema de Información Técnica de la OPS (2004b, 2).

Sin embargo, de acuerdo con la misma fuente, en América Latina y el Caribe (véase [cuadro 9](#)), las tasas anuales se mantienen altas, generalmente arriba de veinte casos por cada 100 mil; en el caso de México, en 2000 se registró una tasa de incidencia de 40.5 por cada 100 mil mujeres, que se acerca a la registrada por África Oriental de 44.32. Esto significó un total de 6 650 muertes durante el mismo año en nuestro país, que equivale a 16.5 por ciento de las muertes por cáncer en general.

Un dato que presenta el siguiente estudio es el análisis de las tasas de supervivencia al cáncer, las cuales son significativamente más bajas en los países en desarrollo y en Cuba, lo que puede indicar que la menor supervivencia en los países en desarrollo se deba a un diagnóstico tardío. En este sentido, cuando se examina el caso de México, se señalan fuertes variaciones en las tendencias de la incidencia y mortalidad que parecen relacionadas con los niveles de pobreza, “aunque no está claro si la pobreza es un obstáculo importante para el acceso a los servicios o si las autoridades sanitarias no han sido capaces de dar servicio a las poblaciones destinatarias de esas áreas” (Organización Panamericana de la Salud 2004b, 9). Tovar et al. (2008) coinciden en esta última afirmación al señalar que en un estudio de tipo ecológico, descriptivo y retrospectivo, cuyo análisis comprendió los casos de mortalidad por cáncer cervicouterino en la República Mexicana en el periodo 1980-2004, sus resultados sobre el riesgo y lo prematuro de la muerte, indican que la alta mortalidad por cáncer cervicouterino no guarda relación con estratos socioeconómicamente bajos, ni se encontró correspondencia geográfica, lo que les da pie a posibles explicaciones vinculadas a problemas con la cobertura, disponibilidad, accesibilidad y demanda.

Para un futuro próximo, la OPS proyecta que la incidencia de mortalidad por cáncer cervicouterino aumentará una mayor esperanza de vida, aunque advierte que de acuerdo con los procesos de los países desarrollados, conforme disminuye la mortalidad general, se espera un aumento en el cáncer de mama. Un dato importante en este sentido es que a pesar de que las tasas de incidencia y mortalidad aumentan con la edad, la mayor carga del cáncer cervicouterino recae en mujeres de mediana edad, entre los 35 y 54 años.

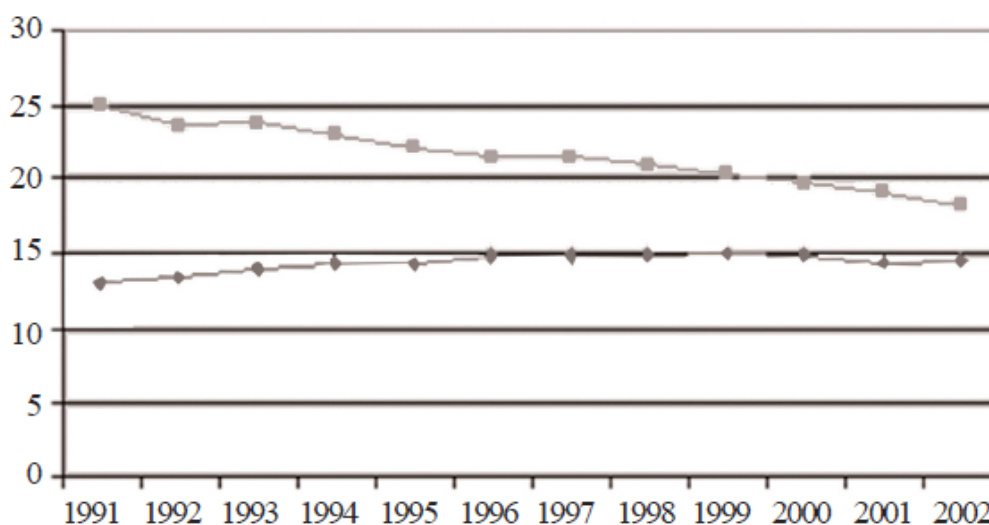
En el Programa Nacional de Salud, el Programa de Acción para el Cáncer Cervicouterino señala que en el 2001 la primera causa de mortalidad fueron las neoplasias malignas entre las mujeres de veinticinco años y más.

Esto significa que en nuestro país se registran alrededor de doce muertes diarias por esta causa, lo que el documento describe como “verdadera inequidad de género e injusticia social, con mayor incidencia en las entidades federativas del sureste del país” (Secretaría de Salud 2002a, 9). En los últimos años, la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer ha disminuido lentamente, de 25 por cada 100 mil mujeres de 25 años y más en 1990, a 19.3 en 2000 (Secretaría de Salud 2002c, 18), y como en casi todas las neoplasias malignas, la incidencia se incrementa con la edad. De acuerdo con esta misma fuente, los grupos más afectados son las mujeres de 45 años en adelante. Para darnos una idea de lo que significa, es una tasa similar a la de Estados Unidos en 1950, o Costa Rica en 1994.

La [gráfica 1](#) expresa el comportamiento de la mortalidad por cáncer cervicouterino y mamario, y muestra una tendencia al acercamiento de ambas líneas en el ámbito nacional.

La población femenina de 25 años y más se encuentra en un momento de expansión demográfica. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2000 el volumen de este grupo poblacional ascendió cerca de 23.9 millones y en 2020 serán 38.8 millones, lo cual representará casi el tercio de la población total de mujeres de ese año. El grupo de mayor riesgo al que se orientan las acciones del programa (de 25 a 65 años de edad) representará un aumento sustantivo para los servicios médicos.

Gráfica 1. Mortalidad por cáncer cervicouterino y de mama a nivel nacional de mujeres de 25 años y más



Fuente: elaboración propia con información de la Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva 2003.

La tasa de mortalidad presenta diferentes comportamientos en los estados del país, de manera que en Yucatán y Nayarit, en 2001, llega hasta 30 por 100 mil mujeres. Lo anterior significa que se registraron doce muertes diarias por esta causa en 2000. Las instituciones de salud establecieron como parte de las estrategias sustantivas del Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino el propósito de disminuir la mortalidad por este tipo de neoplasia entre la población femenina de 25 años y más (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud y Dirección General de Salud Reproductiva 2002, 37).

En el año 2000, 61 por ciento de las defunciones por esta enfermedad ocurrieron en diez entidades federativas del país: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Jalisco, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Guanajuato, Chiapas y Guerrero, pero si eliminamos el efecto de la cantidad de población que habita en estas zonas, tenemos que los estados con mayores tasas de mortalidad por cada 100 mil mujeres de 25 años en adelante en el mismo año fueron: Nayarit, Morelos, Yucatán, Chiapas, Campeche, Veracruz, Michoacán, Guerrero y San Luis Potosí, con cifras superiores a 22 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más (Secretaría de Salud 2002c, 19).

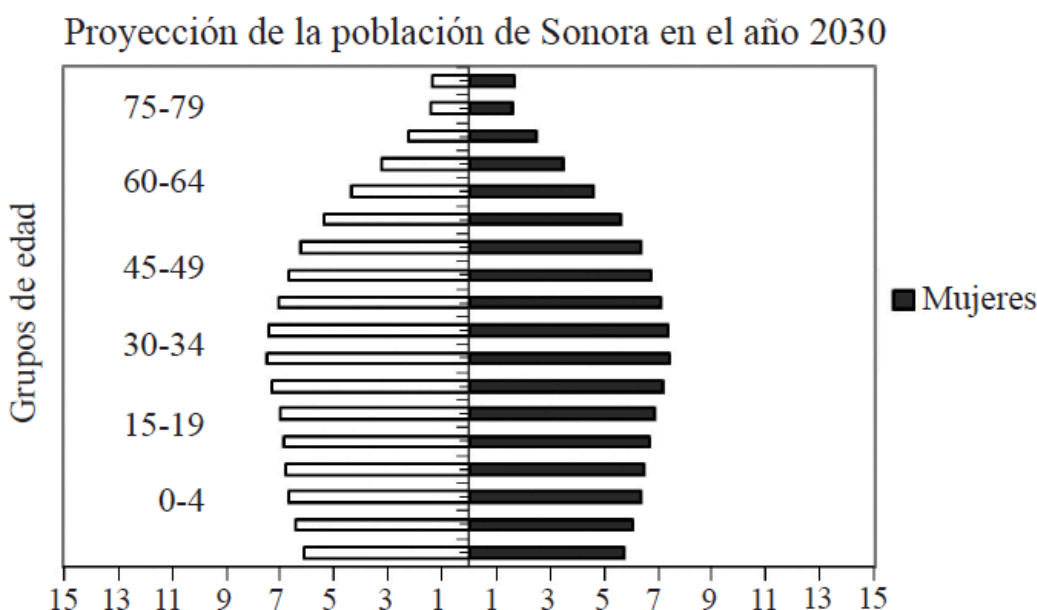
De acuerdo con la misma fuente, 30.6 por ciento del total mujeres que murieron por esta causa en 2000 eran analfabetas, 21.9 cursó menos de tres años de primaria y 13.8 de tres a cinco años, con lo que tenemos a 66 por ciento de las personas afectadas que comparten una educación formal inferior a la primaria. Este dato es importante porque destaca la influencia que la educación formal puede tener en la forma de utilización de los servicios de atención médica, y porque es un indicador de acceso a otros servicios o la carencia de los mismos. Es por ello que el programa señala que la pobreza, la inequidad de género y el escaso acceso a la información, entre otros factores, mantiene a grandes sectores de las mujeres en condiciones vulnerables (Secretaría de Salud 2002c, 18).

Como parte del contexto en el que se ubica la población estudiada, en este capítulo se describen algunas cuestiones básicas de la población de las mujeres de Sonora y Hermosillo, relacionadas principalmente con las condiciones de vida y su acceso a los servicios médicos.

Según los datos del censo de 2000, la población de la República Mexicana “continúa siendo predominantemente joven; sin embargo, tanto el descenso de la fecundidad experimentada desde inicios de los 70 como la disminución de la mortalidad, han propiciado su envejecimiento paulatino. Ello explica que la edad mediana en el año 2000 sea de alrededor de 22 años, cuando en 1990 era de 19 y en 1970 de 17 años” (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 2000b, 6).

En Sonora, en 2000, habitaban 2 216 969 personas, de las cuales 49.9 por ciento eran mujeres (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002, 3). Las tendencias del crecimiento nacional y estatal muestran un escenario muy diferente del que habíamos conocido hasta ahora, es decir, un país que no será de tantos jóvenes y que ampliará el número de ancianos considerablemente, lo cual podemos observar gráficamente en la proyección del INEGI de 1999 (véase [gráfica 2](#)) sobre la población sonorense, suponiendo que las tendencias actuales continúen para 2030.

Gráfica 2. Proyección de la población de Sonora en el año 2030



Fuente: XII Censo de Población y Vivienda, Banco Regional de Consulta, 2003.

Los cambios en la estructura de la población son evidentes en la siguiente gráfica, en la que se observa una menor población en los grupos jóvenes y un crecimiento de los grupos de edades adultas y ancianas, principalmente el de mujeres. Su forma es la de una botella cuya parte ancha presenta la población que se ubica entre los treinta y sesenta años, con un aumento considerable de mujeres de mayor edad. Justamente las edades en las que se encuentran de manera más frecuente los cambios celulares relacionados con el cáncer cervicouterino, es decir, en mujeres mayores de veinticinco años, pero especialmente en las mayores de

cuarenta. De ahí que pensemos que el Programa de Detección Oportuna de Cáncer seguirá siendo de gran importancia para evitar la mortalidad.

En el mismo sentido, la esperanza de vida de la población sonorenses en 2000 es de 76 años. Si diferenciamos el dato por sexo, las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer de 79 años, mientras que los hombres de 74 años.

Concentración urbana

La diferencia entre las economías de las regiones que conforman el estado ha propiciado la concentración urbana de la población sonorenses, y sumado a la prolongada crisis del sector agropecuario, ha configurado un mapa de fuertes contrastes en el que encontramos zonas con alto desarrollo y otras cuyo crecimiento ha sido nulo y que por lo tanto experimentan un franco despoblamiento por la emigración de hombres y mujeres hacia zonas urbanas y los Estados Unidos.

En esta dinámica, las zonas de alto crecimiento son los municipios maquiladores de la frontera con Estados Unidos (Agua Prieta, Nogales y San Luis Río Colorado), el municipio de Hermosillo, donde se encuentra la capital del estado, y San Miguel de Horcasitas, que creció gracias a la población de jornaleros agrícolas migrantes que se quedaron a residir ahí de manera permanente. Este crecimiento contrasta con los procesos de despoblación en cuarenta y un municipios de la entidad.

De este crecimiento diferenciado ha resultado una importante concentración de población en seis municipios: 69.5 por ciento reside en Hermosillo, Cajeme, Nogales, San Luis Río Colorado, Navojoa y Guaymas. En ellos habita 70 por ciento de la población femenina del estado de Sonora (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002, 6-7).

La concentración urbana trae a la par facilidades para el acceso a servicios de salud si consideramos el tiempo de traslado y la ubicación de las principales clínicas y hospitales, y por lo mismo, es en los hospitales urbanos donde se atiende a la mayor parte de la población, incluyendo la relacionada con el cáncer cervicouterino. La población rural es la que presenta mayores problemas para la aceptación del Programa de Detección Oportuna de Cáncer. Por el contrario, las mujeres que participaron en el estudio habitan en la ciudad de Hermosillo y tienen acceso a los servicios médicos del IMSS.

Los datos sobre migración en Sonora señalan que en el momento del censo de 2000, del total de habitantes del estado, 16.8 por ciento había nacido en otra entidad o país, cifra que no muestra variación respecto a los datos de una década previa.

Según el INEGI, en otras entidades de la frontera norte, como Baja California, prácticamente 44 por ciento de sus habitantes nacieron fuera del estado. En menores proporciones Tamaulipas y Nuevo León se encuentran por encima de la media nacional, que es de 18.2 por ciento. El saldo neto migratorio, es decir, las diferencias entre entradas y salidas de residentes, fue de 6.7 por ciento de la población, lo que indica que la entidad tiene poca atracción de poblaciones migrantes para establecerse de manera permanente (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002, 41). La dependencia en las zonas urbanas de la economía maquiladora en la actualidad, ante la crisis económica en los Estados Unidos, ha ocasionado nuevos problemas de desempleo en Sonora y una menor atracción de mano de obra de otros estados. Los flujos migratorios dentro de Sonora se dirigen principalmente a las ciudades de Hermosillo, Nogales, San Luis Río Colorado, Cajeme y Agua Prieta. El primero de ellos es el primer polo de atracción, ya que acumula 22.5 por ciento de toda la población migrante de acuerdo con el lugar de residencia.

La devaluación de 1994 marcó el periodo de recesión que llevó a un aumento del 7 al 52 por ciento de la inflación acompañada de desempleo y caída de los salarios reales. Se estimó que en 1995 el porcentaje de personas que vivía en situación de pobreza, es decir, sin ingreso o con ingresos de hasta dos salarios mínimos, fue de 60.4 por ciento. Los estados de Oaxaca, Chiapas, Yucatán, Hidalgo y Puebla presentaban la mayor proporción de pobres (entre 70 y 75 por ciento) y, coincidentemente, estos estados tienen una elevada proporción de población indígena (Organización Panamericana de la Salud 1998a, 403).

Durante el final de la década de los ochenta y durante los noventa, la crisis económica que se había dado con anterioridad tuvo efectos directos en Sonora. Según el estudio de Grijalva (1995), mientras que los salarios nominales⁸ se incrementaron durante esta última década, si se establece como referencia el salario mínimo de 1980, los salarios reales⁹ muestran un fuerte incremento en el número de personas ocupadas que ganaban menos de 1.15 veces el salario mínimo. En 1980 eran 49 208 personas, mientras que para 1990 lo ganaron 77 226. Esta evolución negativa en los ingresos reales fue generalizada en los diferentes tipos de actividad económica. Anterior a la crisis de 1994, la información sobre Sonora mostró que durante la década de los ochenta las familias sonorenses sin ingreso suficiente para adquirir la canasta de alimentos, consideradas en pobreza extrema,¹⁰ era 7.43 por ciento del total. La mayor parte de esta pobreza extrema se ubicó en la Sierra Baja y en la Sierra para esas fechas.

En los noventa, la pobreza extrema se incrementó 11.66 por ciento, lo que significó un aumento de 57 por ciento en las familias sonorenses. En el municipio de Hermosillo el número de personas en pobreza extrema aumentó 50 por ciento. En cuanto a la población pobre (los pobres extremos más los pobres moderados), los incrementos fueron sin precedentes: en 1980 comprendía 13 por ciento de las familias sonorenses, pero para 1990 esta cifra aumentó 50 por ciento. En Hermosillo, significó un crecimiento de 8 por ciento en 1980 y de 42 por ciento en 1990 (Camberos 1994).

La clasificación del Consejo Nacional de Población sobre los índices de marginación en 1995 ubica a los estados en los rangos de muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo. Sonora se encuentra entre los estados de grado de marginación bajo. Hemos tratado de ubicar la información en relación con las entidades de la frontera norte o con información nacional. La mayor parte de los municipios con mayor marginalidad se encuentran ubicados en el sur del estado: Yécora, Bácum, Álamos, Quiriego, Huatabampo, Rosario; solamente San Miguel de Horcasitas, que se ubica en el centro del estado, presenta la misma situación.

El municipio de Hermosillo es clasificado como de marginación muy baja, lo cual lo ubica en el estrato de municipios con una escolaridad promedio de 8.7 años, con un porcentaje de población de 15 años y más, alfabetizada en 96.7 por ciento, con 96.1 por ciento de viviendas con agua entubada y 37.4 por ciento de población no derechohabiente (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002). En esta situación se encuentra 64.09 por ciento de la población del estado.

⁸ Es decir, la cantidad de bienes y servicios que pueden comprar los salarios. Véase al respecto Seldon y Pennance (1980, 495).

⁹ Los salarios reales son los salarios monetarios ajustados al valor del dinero para que muestren los cambios en la cantidad de bienes y servicios que pueden comprar. Expresándolos en forma de índice, los salarios reales se calculan dividiendo un índice de salarios monetarios por un índice de precios, obteniendo un índice de salarios a precios constantes. Se miden las variaciones entre periodos a los mismos precios teniendo en cuenta los aumentos en los precios durante el tiempo considerado.

¹⁰ Camberos desarrolla la discusión sobre la definición de la pobreza, ya que éste es un fenómeno que puede ser estudiado desde diferentes ángulos. Señala que para el Instituto Nacional de la Nutrición, la pobreza sería la situación en la que se encuentran aquellos individuos cuya ingesta les proporcione una cantidad de nutrientes por debajo del mínimo. Otra forma es el método de necesidades básicas insatisfechas, el cual consiste en verificar si cumplen o no algunas necesidades (vivienda, agua potable, drenaje, energía eléctrica, alfabetismo, nivel de educación de los adultos). La pobreza se define con este criterio como la condición en la que se encuentran los individuos o familias con una o más de estas necesidades insatisfechas. Una manera indirecta de identificar a los pobres es con base en el método de líneas de pobreza, definida como el costo monetario de la canasta integrada por alimentos con los mínimos nutricionales, más costos de preparación, costos de vivienda, salud, educación, mobiliario, cuidado personal, transporte, ropa, calzado, cultura y recreación. Con base en este criterio, son pobres los individuos que consuman o tengan un ingreso inferior a la línea de pobreza establecida. Cuando no hay lo suficiente para cubrir los costos de alimentación se habla de línea de pobreza extrema.

Sonora posee una población principalmente urbana (71.7 por ciento de los habitantes), por arriba del porcentaje nacional de 60.7 por ciento. El estudio del INEGI y del ISM (2002, 95) señala que en los últimos diez años ha aumentado la incorporación de la población de 12 años y más a las actividades económicas, ante las necesidades de las familias por mejorar o conservar su nivel de ingresos. En 1990 se afirma que aproximadamente 45 por ciento de las personas de 12 años y más tenían alguna actividad económica, mientras que para 2000 esta proporción se incrementó a casi 51 por ciento en el mismo rango de edad.

Al hacer el análisis por sexo se encuentra que la participación económica de la población femenina de 12 y más años pasó de 21.4 por ciento en 1990 a 31.5 por ciento en 2000, es decir, creció diez puntos porcentuales. En el caso de los hombres, en 1990 fue de 67.9 por ciento y en 2000 (70.1 por ciento) aumentó dos puntos porcentuales. De manera que durante los últimos diez años se dio un fuerte incremento en la incorporación de las mujeres a actividades productivas, aun cuando la diferencia de participación en el trabajo sigue siendo amplia si consideramos que en 2000, 70.1 por ciento de los hombres en edad de trabajar participaban en alguna actividad económica, mientras que de las mujeres del mismo grupo de edad, 31 por ciento trabajaba con retribución económica, es decir, por cada cien mujeres que trabajan o buscan trabajo, doscientos veinte hombres hacen lo mismo (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002, 96).

La tasa de participación económica femenina alcanza su nivel máximo en las edades previas al matrimonio y luego disminuye progresivamente con la edad. Sin embargo, en relación con décadas anteriores, cada vez son menos las mujeres que abandonan el mercado laboral después de unirse o al nacer sus hijos. Los datos de la Encuesta Nacional de Empleo de 2000 señalan que de las mujeres económicamente activas en Sonora, 68.9 por ciento tenía por lo menos un hijo y 49.7 por ciento eran casadas o vivían en unión libre. En 1996, las proporciones eran de 62.6 y 44.7 por ciento, respectivamente (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002, 97).

Pese a que la participación de la mujer sonorense en actividades económicas ha aumentado, su mayor participación sigue siendo en el terreno doméstico. Por otro lado, las mujeres que participan activamente en general realizan actividades con baja remuneración. En el censo de 2000 se reporta que 49.2 por ciento de las mujeres ocupadas recibían un ingreso de uno a dos salarios mínimos, mientras que este mismo salario lo recibe 32.4 por ciento de los hombres. Al analizar los diferentes niveles de ingresos, se observa que en todos los rangos se percibe una relación inversa entre nivel de ingreso y la proporción de mujeres, es decir, a menor ingreso, mayor proporción de mujeres.

Educación formal

En general, los estados de la frontera norte tienen niveles de educación mayores al promedio nacional. En relación con la tasa de analfabetismo, para el año 2000, Nuevo León tenía la tasa más baja en población femenina de 15 años y más (3.8 por ciento), mientras que la tasa nacional fue de 11.3 por ciento. En Sonora, la tasa fue de 4.4 por ciento en el mismo año, tanto en mujeres como en hombres. Este valor fue diferente en 1990, hace una década la tasa era de 5.8 por ciento para mujeres y 5.4 por ciento para hombres (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002, 76). Sin embargo, este porcentaje no refleja las diferencias entre municipios.

El nivel de escolaridad reportado por la Secretaría de Educación y Cultura de Sonora para el año 2000 fue de un promedio de 8.5 grados de estudio, uno más respecto al promedio nacional. Las mujeres sonorenses tienen en promedio 8.0 grados y los hombres 8.5 años estudiados.

Es necesario considerar que si bien los datos del censo de 2000 señalan un aumento generalizado en el nivel de instrucción para Sonora, algunos municipios siguen registrando porcentajes altos de población femenina de 15 años y más sin instrucción, como por ejemplo el municipio de Quiriego, con 20.1 por ciento, y Rosario y Álamos, con 19.0 y 15.3 por ciento, respectivamente. Veintiséis municipios registran porcentajes de mujeres sin instrucción mayores al promedio estatal, y en 46 municipios este dato es menor o igual a 5.8 por ciento. A nivel nacional, 11.6 por ciento de mujeres de 15 años y más no cuentan con ningún grado de instrucción. Hermosillo (69.2), Cananea (68.3), Nogales (66.5) y Cajeme (64.9 por ciento) tienen mayor proporción de mujeres de 15 años y más con instrucción posprimaria.

El censo 2000 reportó que 60.6 por ciento de la población femenina de 15 años y más contaba con algún tipo de estudio posterior a la primaria, 17.1 por ciento contaba solamente primaria completa y un 5.8 por ciento no tenía instrucción alguna. Las mujeres terminan la primaria en mayor proporción que los hombres (15.7 por ciento). En la educación media básica, los porcentajes de hombres (18.4) y mujeres (21.5) que la terminan siguen manteniendo una proporción mayor de mujeres; es después de este nivel donde la población masculina supera las proporciones alcanzadas por las mujeres, de manera que hay 13.9 por ciento de hombres en este nivel y 10.9 por ciento de mujeres. El INEGI atribuye esta diferencia no sólo a la necesaria incorporación al trabajo productivo, que afecta a ambos sexos, sino particularmente por el trabajo reproductivo de la población femenina (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002, 79).

En Sonora, 94.1 por ciento de la población femenina y 93.5 por ciento de la masculina entre los seis y catorce años de edad asisten a algún centro escolar (véase [cuadro 10](#)). El porcentaje de asistencia escolar más elevado lo alcanzan las niñas a los diez años (96.8 por ciento), mientras que los niños a los nueve años de edad (96.5 por ciento). Este dato coincide con el abandono escolar más acelerado de niños respecto a las niñas, de manera que al llegar a los catorce años, se logra que 86.7 por ciento de las niñas estudien, contra el 84.2 de los niños. Sonora tiene el mayor porcentaje de población femenina de seis años y más que asiste a la escuela (30.1 por ciento), el cual es superior al promedio nacional de 29.5 por ciento (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002, 69).

Cuadro 10. Población de seis años y más que asiste a la escuela por grupo de edad y sexo. Sonora, 2000

Edad	Mujeres	Hombres
6-12	95.3	95.1
13-15	84.4	82.8
16-19	47.5	46.3
20-24	18.7	21.0
25-29	5.0	6.9
30 o +	2.0	2.0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002, con información de Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 200b. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados de la muestra censal. Cuestionario ampliado

Entre los estados de la frontera norte, Sonora presenta un porcentaje mayor de población femenina de seis años y más que asiste a algún centro educativo (30.1 por ciento), superior al promedio nacional de 29.5 por ciento (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002). El estudio diagnóstico del Programa de Detección Oportuna de Cáncer realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública en 1995 (Lazcano et al. 1996, 133) encontró que las mujeres con escolaridad a nivel licenciatura presentaron una tendencia cuatro veces mayor a acudir al programa DOC respecto de quienes eran analfabetas. El nivel de escolaridad formal se vincula con otros factores que explican esta mejor aceptación del programa. Por lo general, las personas que tienen posibilidad de estudiar tienen una condición económica que les permite dedicarse parcial o totalmente a los estudios, así como contar con acceso a servicios médicos y a información que otra población no tiene. Esta asociación no es tan clara si se compara el nivel de educación formal en grados anteriores. Un ejemplo de ello es el estudio realizado con población derechohabiente del IMSS en Hermosillo (Romero Cancio, Guiscafré y Santillana 1997), en el que la asociación encontrada entre la práctica del papanicolaou y la escolaridad no es clara ni consistente, al menos en términos de una escolaridad primaria y secundaria.

Las mujeres con mayor riesgo de morir por cáncer cervicouterino tienen menor ingreso, menor educación (ellas y sus parejas) y menor acceso a los servicios médicos. Es por ello que ubicamos *grosso modo* la situación socioeconómica del estado.

Fecundidad

Uno de los principales factores de riesgo para el cáncer cervical en la población mexicana, de acuerdo con los estudios nacionales, ha sido la multiparidad. En este aspecto, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y el Instituto Sonorense de la Mujer (2002, 28) describen que en los estados de la frontera norte las mujeres presentan la tendencia a tener un menor número de hijos que las mujeres en el ámbito nacional. De acuerdo con el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres en edad reproductiva, en Sonora se pasó de 3.1 en 1980, a 2.7 en 1990 y finalmente a 2.6 en 2000, que es igual al promedio de hijos nacidos vivos por mujer en el ámbito nacional (véase [cuadro 11](#)). Los estados de esta región tienen indicadores menores o iguales al nacional. Nuevo León es el estado fronterizo con menor promedio de hijos por mujer (2.3). En el municipio de Hermosillo, el promedio es igual que el de Nuevo León. Algunos ejemplos de entidades con un promedio superior son Zacatecas, con 3.1, Guerrero y Michoacán con 3.0.

Cuadro 11. Promedio de hijos nacidos vivos por mujer de doce años y más en los estados de la frontera norte, 2000

Entidad	Promedio
Sonora	2.6
Chihuahua	2.6
Coahuila de Zaragoza	2.5
Tamaulipas	2.4
Baja California	2.4
Nuevo León	2.3
Nacional	2.6

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002, 27.

Sin embargo, habría que considerar las diferencias entre los grupos de edad de las mujeres de Sonora, en dos sentidos. En primer lugar, a partir de los veinticinco años se presenta una disminución significativa en el promedio de hijos, si se compara con la misma variable una década antes, es decir en 1990.

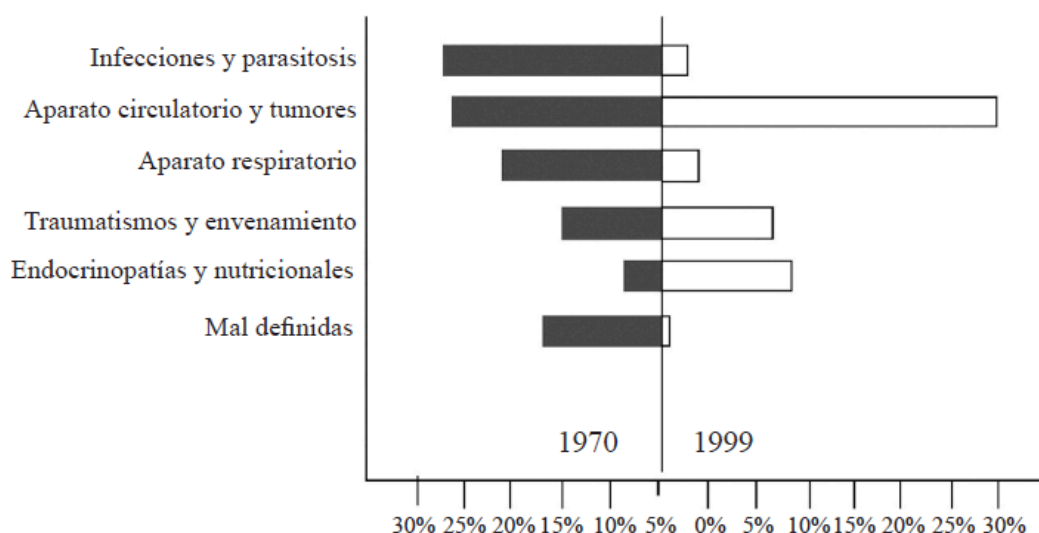
Un segundo abordaje sería considerar qué tanto ha disminuido por grupo de edad; las mujeres de treinta a treinta y cuatro años pasaron de un promedio de 2.9 hijos a uno de 2.4, cifra que de acuerdo con los estudios del INSP se considera un factor de riesgo del cáncer cervical, es decir, a pesar de la disminución del promedio de hijos nacidos vivos desde los veinticinco años de edad, a partir de los treinta años tienen un promedio de hijos mayor al que se considera de menor riesgo (de dos partos). Si continuamos analizando los quinquenios de más edad, las mujeres entre treinta y cinco y treinta y nueve años pasaron de un promedio de 3.7 a uno de 3 hijos, las mujeres entre cuarenta y cuarenta y cuatro años pasaron de un promedio de 4.5 hijos a 3.5 y las mayores de cuarenta y cinco años de edad disminuyeron su promedio de 5.4 a uno de 3.9. Es decir, si bien existe una disminución notable en el promedio de hijos nacidos vivos en general, las mujeres que son mayores de cuarenta años tienen patrones más frecuentes de multiparidad como factor de riesgo de acuerdo con los criterios del estudio de Lazcano et al. (1996).

En el caso de Sonora, en 2000 los municipios con mayor promedio de hijos nacidos vivos por mujer, de doce años y más, fueron Cucurpe, Quiriego, Soyopa, Bavispe, La Colorada, Bacerac, Ónavas, Huachinera, Bacanora y Villa Pesqueira, con promedios que van de 3.6 a 3.4 hijos, mientras que los que tuvieron menor promedio son Hermosillo, Oquitoa y Nogales con 2.3, menor al promedio estatal y nacional.

Mortalidad

Los cambios en el patrón epidemiológico en Sonora se reflejan en la [gráfica 3](#), que señala que en 1970 la mortalidad se debía a un patrón mixto de enfermedades infectocontagiosas y a largo plazo, mientras que en 1999 la mortalidad se debe principalmente a enfermedades del aparato circulatorio y tumores.

Gráfica 3. Cambio proporcional en las principales causas de defunción, Sonora 1970-1999



Fuente: Álvarez 2005.

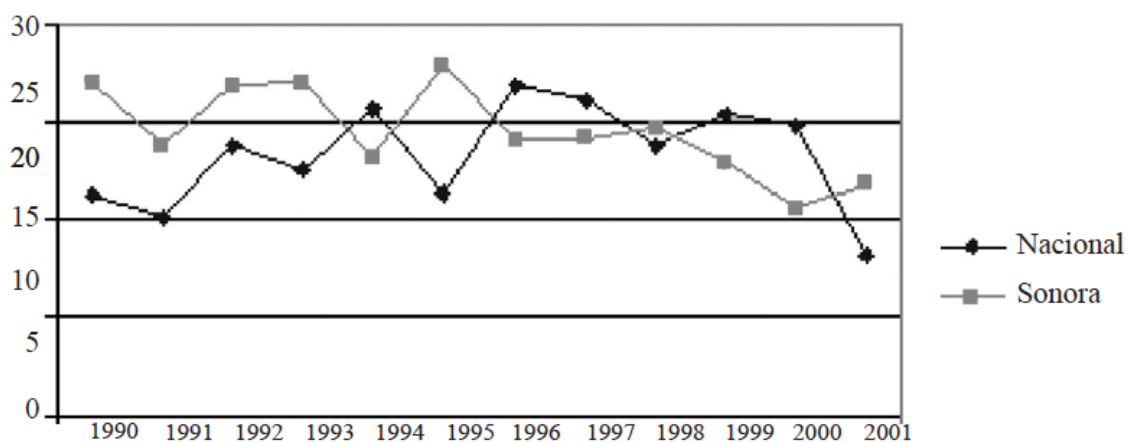
En Sonora, como en el país, la transición epidemiológica mantiene dos perfiles de enfermedades infectocontagiosas y crónicas. La evaluación del Programa (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva 2003) sobre el comportamiento de la mortalidad por cáncer cervical indica una disminución de 32 por ciento con un descenso de la tasa de 25 a 17 por cada 100 mil mujeres. Los estados con una tasa de mortalidad mayor por cáncer cervical en 2000 fueron Nayarit, Oaxaca, Michoacán, Guerrero, Distrito Federal, Veracruz, Chiapas, Quintana Roo y Yucatán, en los cuales la tasa se encuentra en el rango de 22 a 35.4 por cada 100 mil mujeres (Secretaría de Salud 2005).

Mortalidad por cáncer cervical

Las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino por 100 mil mujeres de veinticinco años y más en Sonora presentan una tendencia hacia la baja, igual que las tasas nacionales, pero, como se observa en la [gráfica 4](#), poseen un comportamiento menos continuo. En 1995 se presenta un pico que sobrepasa la media nacional, y a partir de ahí las tasas en la entidad se encuentran por debajo de la mortalidad nacional; sin embargo, la distancia se acorta en años como 1998 y 2001.

En 2001 la tasa nacional se ubicó en 18.21 a nivel nacional, mientras que en Sonora fue de 16.85, esto es, mientras en 2000 la diferencia entre las tasas nacionales y estatales fue de 3.62, en 2001 la distancia se acortó 1.36, que es más cercana a la distancia que han mantenido durante la década pasada (2.03).

Gráfica 4. Tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 25 años por 100 mil en México y Sonora



Fuente: elaboración propia con información de Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Mortalidad por cáncer cervicouterino según entidad federativa y municipio, 2001.

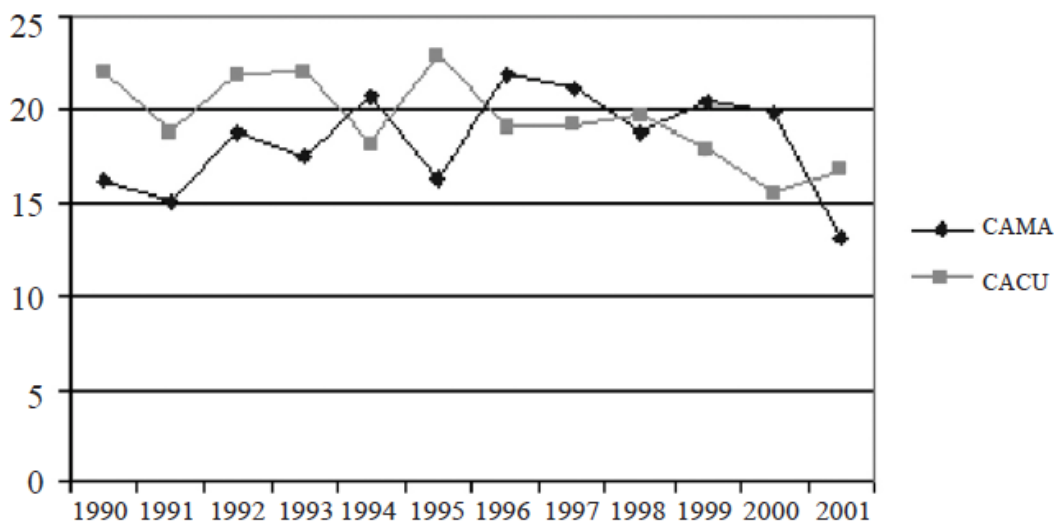
En relación con el comportamiento del cáncer mamario en Sonora, de 1999 a 2000 el cáncer cervical ocupó el segundo lugar (véase [gráfica 5](#)). En estos datos se aprecia que las tasas de cáncer mamario son superiores a las de nivel nacional y que el cáncer cervical parece tener un comportamiento hacia la baja; sin embargo, es necesario otro tipo de datos para precisar las tendencias.

Las mujeres de sesenta y cinco años y más concentran la mayor frecuencia de mortalidad por cáncer cervicouterino en el estado de Sonora; en seguida se encuentran quienes tienen entre cincuenta y cinco y cincuenta y nueve años (Álvarez 2005, 41). Un dato importante para las instituciones de seguridad social es que 77 por ciento de las mujeres que fallecieron contaban con algún servicio de seguridad social.

En la [gráfica 6](#) podemos ver cómo se distribuyen los casos de mortalidad por derechohabiencia y encontramos que de manera constante, de 1990 a 1999, el IMSS presenta una frecuencia mayor que otras instituciones. Para poder comparar las instituciones entre sí se necesitaría elaborar tasas y ajustarlas a la población atendida durante cada año, que es el dato que el autor nos presenta. Es necesario recordar que el IMSS es la institución que cubre la mayor parte de la derechohabiencia en el estado de Sonora. La influencia que pudiera tener en su población derechohabiente es de gran importancia para la disminución de las tasas de mortalidad en la entidad.

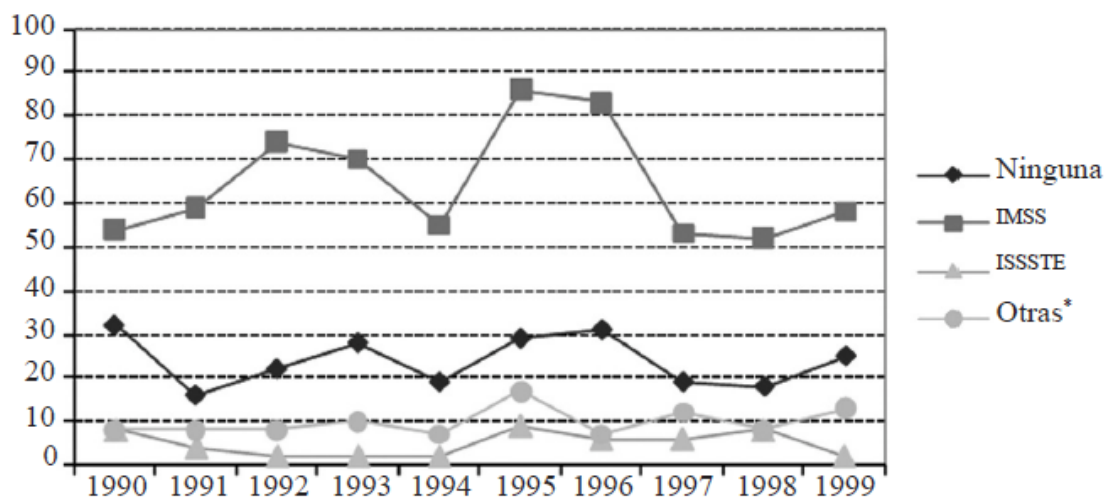
La [gráfica 7](#) muestra que si consideramos únicamente las cifras de 1999 para representar la distribución de las tasas de mortalidad en ese año, el IMSS constituye la institución que concentra casi 60 por ciento de la mortalidad en la entidad, lo que implica que una gran parte de las personas enfermas recibieron tratamiento en algún momento en ella.

Gráfica 5. Tasa de mortalidad por cáncer cervical y de mama en Sonora, 1990-2001



Fuente: elaboración propia con información de Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Mortalidad por cáncer cervicouterino según entidad federativa y municipio, 2001.

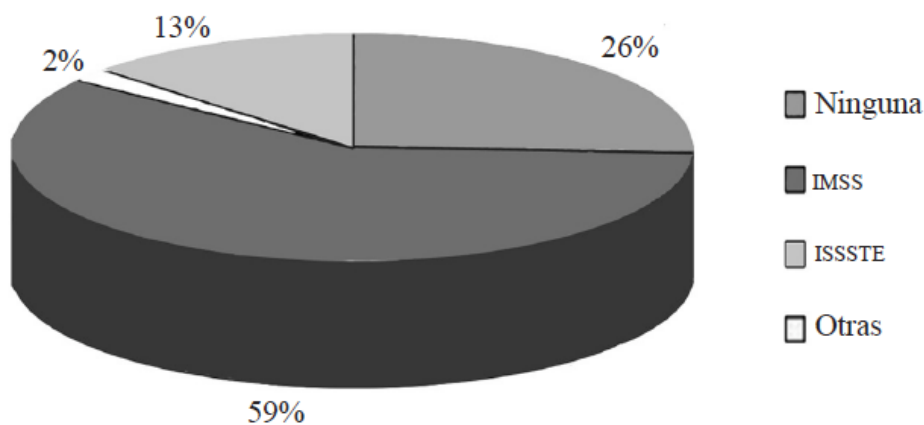
Gráfica 6. Distribución de defunciones por cáncer cervicouterino según derechohabiencia. Sonora, 1990-1999



*Incluye al ISSSTESON, la Secretaría de Marina y la Secretaría de la Defensa Nacional.

Fuente: tomado de Álvarez (2005) y los Anuarios Estadísticos 1990-1999, INEGI/SEED/ DGSS/SSP.

Gráfica 7. Distribución porcentual de muertes por cáncer cervicouterino en Sonora en 1999, según derechohabiencia

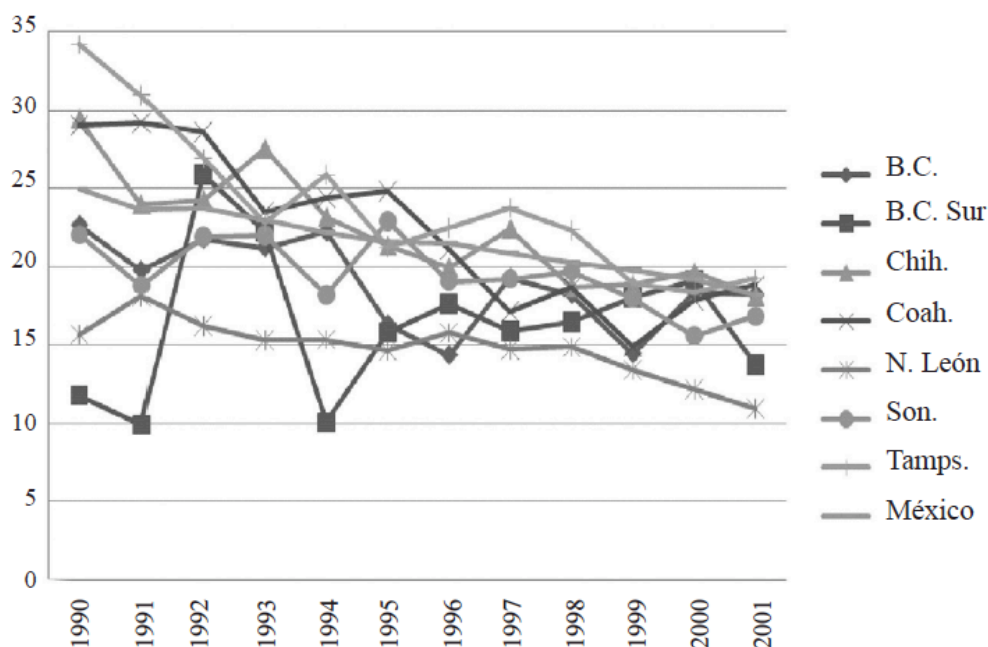


Fuente: elaboración propia con información de Álvarez (2005).

De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, hasta 1997 el estado presentó una tasa de 17.8 por 100 mil, que fue superior a la de los estados de Nuevo León, Coahuila y Baja California Sur y menor a la de Chihuahua y Baja California. En la [gráfica 8](#) se observa el comportamiento, en el transcurso del tiempo, de cada uno de los estados del norte con relación a la tasa nacional, misma que representamos con color negro. En color gris (con asteriscos blancos dentro de un cuadrado gris) se aprecia que la línea que representa la tasa

de mortalidad de las mujeres mayores de veinticinco años de edad, en Nuevo León, es constantemente inferior a la tasa nacional, de manera que entre los estados del norte tiene el primer lugar por la disminución constante, que además es inferior a la tasa nacional, seguido de Baja California Sur con un comportamiento errático, aunque para 2001 logra la segunda tasa de mortalidad más baja entre los estados del norte.

Gráfica 8. Tasa de mortalidad de mujeres mayores de 25 años de edad por 100 mil, por cáncer cervicouterino, en estados de la frontera norte de México, 1990-1999



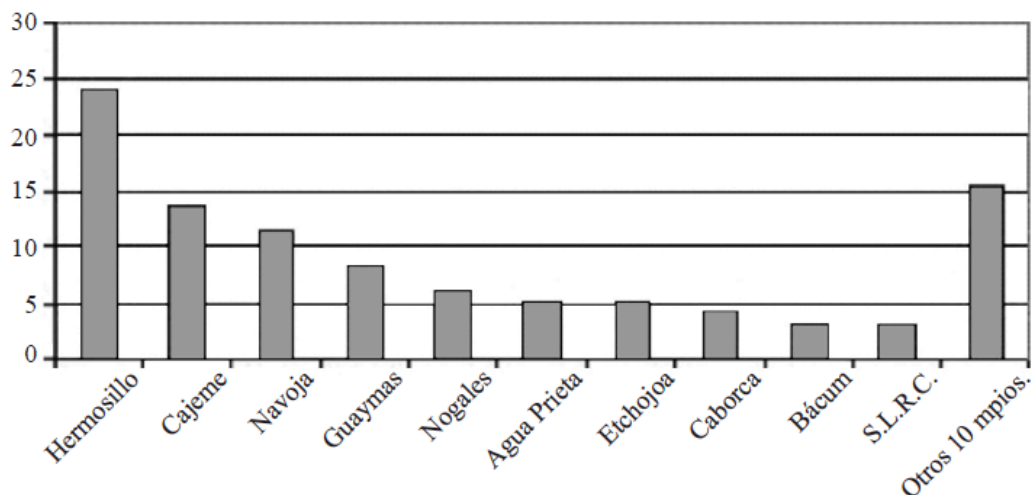
Fuente: elaboración propia con información de Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Mortalidad por cáncer cervicouterino según entidad federativa y municipio, 2001.

El tercer lugar le corresponde a Sonora, con cambios en las tasas, sobre todo en 1995, que fueron inferiores a la nacional los demás años, pero con una diferencia menor a la de Nuevo León.

Los municipios de Sonora en los que se concentró la mortalidad durante 2001 fueron Hermosillo (23.96), Cajeme (13.54), Navojoa (11.46) y Guaymas (8.33 por ciento); entre los tres concentran 57 por ciento de la mortalidad en la entidad. En la [gráfica 9](#) podemos observar cómo se expresan, y que los municipios que también se consideran son Nogales, Agua Prieta, Etchojoa, Caborca, BÁCUM y San Luis Río Colorado.

La concentración de población y servicios de atención médica en Hermosillo y Cajeme puede explicar esta distribución de los lugares de defunción. Este análisis de la mortalidad puede llevar a conclusiones erróneas si no se considera cómo es el comportamiento en estos municipios durante un determinado periodo. El mismo autor hace el ejercicio utilizando información de cinco años, de 1990 a 1995, y encuentra que de trece municipios en los que se registra una mayor tasa de mortalidad, al analizar el cambio relativo de la tasa en cada uno de ellos, solamente cuatro presentan un aumento en mujeres de veinticinco años y más; éstos son Huatabampo, Empalme, Nogales y Álamos. Hermosillo, por el contrario, presenta una disminución de 1.58.

Gráfica 9. Defunciones por cáncer cervicouterino de acuerdo con municipio de ocurrencia en el estado de Sonora, 2001



Fuente: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Mortalidad por cáncer cervicouterino según entidad federativa y municipio, 2001.

Cuadro 12. Programas prioritarios

1. Salud reproductiva
2. Atención a la salud del niño
3. Atención a la salud del adulto y el anciano
4. Enfermedades transmitidas por vectores
5. Zoonosis
6. Microbacterias
7. Cólera
8. Urgencias epidemiológicas y desastres
9. VIH-SIDA y otras ETS
10. Contra adicciones
11. Salud bucal

Fuente: Secretaría de Salud 1996, citado en Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud 1999, 6.

En Sonora, el decremento de la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino, de 26.3 en 1990 a 18.2 en 1999, no se refleja en las frecuencias debido a que la población de veinticinco años en adelante constituye la parte ancha de la pirámide poblacional, de manera que en la década de los noventa murieron 1 030 mujeres (Álvarez 2005, 40). Álvarez presenta el panorama de la morbilidad de cáncer cervical de 1990 a 1999, en

él la mortalidad ha ido en descenso pero la morbilidad sigue incrementándose, lo que puede relacionarse con una mejor atención de los diagnósticos positivos.

Lo anterior implica que a pesar de la disminución de las tasas de mortalidad, las instituciones de salud seguirán teniendo altos costos económicos en los próximos años, debido a la morbimortalidad por cáncer cervicouterino; en términos de frecuencia, la cantidad de personas enfermas que soliciten algún tipo de atención por esta enfermedad seguirá aumentando. Asimismo, una parte de las mujeres y sus familias continuarán teniendo que enfrentar este problema de salud que requiere de atención especializada cuando no se le detecta a tiempo.

SERVICIOS DE SALUD EN SONORA

En 1999, la OPS publicó el documento “Metodología para la verificación de la cobertura de los servicios de salud a ‘población abierta’ en México”, en el que se define una metodología para evaluar la cobertura de salud en las entidades federativas con cuarenta indicadores, de los cuales treinta y tres se consideran determinantes para otorgar el certificado de cobertura universal con el Paquete Básico de Servicios de Salud (PBS), que se enunciaba en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y que comprende los programas que se describen en el [cuadro número 13](#).

La definición de cobertura de los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud 1999, 5), de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es “el resultado de una oferta eficaz y organizada de acciones que aseguren el acceso a servicios de salud de buena calidad que correspondan a las necesidades y características, geodemográficas, étnicas, socioeconómicas, epidemiológicas, culturales y ambientales de una población”. Detrás de esta definición existe el consenso de que la cobertura no puede ser medida con un solo indicador y que no puede ser definida como la disponibilidad de ciertos servicios en relación numérica con una población.

Los indicadores deberían tomar en cuenta la oferta de servicios, el acceso permanente y su uso por parte de la población, así como la calidad de las prestaciones. En el documento se señala que una evaluación ha de ser integral y se propone que se realice por niveles:

- a) Un primer nivel de verificación de cobertura comprueba que toda la población abierta reciba las intervenciones que componen el PBS. Las intervenciones que fueron objeto de verificación en 1996 (Secretaría de Salud 1996, citado en Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud 1999, 6) son las siguientes: saneamiento básico a nivel familiar; manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar; tratamiento antiparasitario a las familias; identificación de signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas y la referencia a unidades de atención médica; prevención y control de tuberculosis pulmonar; prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus; inmunizaciones; vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; servicios de planificación familiar; atención prenatal del parto y atención del puerperio; prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones; participación social; prevención de cáncer cervicouterino.
- b) Un segundo nivel de verificación de la cobertura busca comprobar que la población abierta se beneficie efectivamente de las estrategias de trabajo establecidas en los once programas sustantivos para la prevención y control de enfermedades (véase el siguiente cuadro). En ellos, la definición de las funciones prioritarias de prevención y control de enfermedades de la SSA, así como su operación, está a cargo de los Servicios Estatales de Salud. Su evaluación está enfocada a medir si se están aplicando las estrategias establecidas en los programas sustantivos y si se está logrando el impacto previsto en la salud de la población.

- c) Un tercer nivel de verificación de cobertura busca comprobar la garantía de atención integral de la salud con servicios de buena calidad, de manera que logren satisfacer las expectativas y necesidades de la población. Para verificarlo, la SSA debe analizar el funcionamiento de la red de servicios como garantía de atención a la salud oportuna y eficaz para la promoción de la salud, la prevención, la curación y la rehabilitación de pacientes.

Este tipo de prioridades ponen de manifiesto y esclarecen lo que se entiende por atención primaria a la salud selectiva (APSS), ya que implica la priorización de algunos programas y no la aplicación de una atención primaria integral (API), definida y acordada en Alma Ata en 1978. En esta reunión se proponía acercar los programas y la distribución de recursos a las necesidades locales e incluía la participación comunitaria de una manera mucho más compleja y activa de lo que se define y logra en los programas actuales.¹¹

Cuadro 13. Cobertura nominal según institución de salud
1995-2002, Sonora

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	%	%	%	%	%	%	%	%
Población abierta	46.6	33.5	32	31.5	29.5	27.7	27.7	41.9
Secretaría de Salud Pública	45.4	32.3	27	26.5	27.5	27.4	27.4	s.d.
Desprotegida*	1.2	1.2	1.2	5	2	0.3	0.3	s.d.
Seguridad social**	53.4	66.4	68	68.5	70.5	72.3	72.3	58.1
IMSS	41.2	52.7	54.2	54.8	58.2	58.2	58.2	42.9
ISSSTE	8.3	7.7	7.7	7.6	6.1	7.9	7.9	8
ISSSTESON	3.8	6	5.7	5.7	5.8	5.9	5.9	6.2
Cobertura sector	98.8	98.7	95	95	98	99.7	99.7	s.d.
Población total	100	100	100	100	100	100	100	100

* Para 1998 se considera 5% de población desprotegida, donde 3% en área rural no tiene acceso a servicios y 2% de la población urbana no recibe servicios regulares de salud.

** 1997 y 1999 incluyen también población de Sedena y Marina.

Fuente: Registro nominal de la Seguridad Social 1991/99. Estudio de Regionalización Operativa, ERO, 1994-2002. En <http://www.salud-sonora.gob.mx/>

Cobertura nominal

Los datos de cobertura nominal que ofrecen los anuarios estadísticos del estado de Sonora (Secretaría de Salud Pública 2003) se construyen a partir del número de personas que pueden recibir un servicio médico, independientemente de que acuda o no al mismo, es decir, independientemente de que la institución lo otorgue. El indicador tiene muchas limitaciones en cuanto que no considera las formas en las que la

¹¹ Al respecto, consúltese el trabajo de Menéndez (1994).

población utiliza los servicios de salud, haciendo uso de ellos de manera indistinta. Por ejemplo, una persona que acude al IMSS puede preferir ir a un centro que pertenece a la Secretaría de Salud por la cercanía de su vivienda, o porque el personal que atiende le genera mayor confianza; la cobertura nominal no explicita este proceso de atención. La utilización real de los servicios médicos requiere otro tipo de indicadores para poder precisar la información. A pesar de las limitaciones, el dato de cobertura nominal permite un primer acercamiento a la distribución nominal entre instituciones.

Después de referirnos a este tipo de cobertura se hará alusión a la cobertura del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical. Este subapartado profundizará en la cobertura real del programa y precisará los cambios de este indicador, a partir de los cambios en la norma al presentarse como cobertura trianual.

Respecto a la cobertura nominal de los servicios en Sonora, algunos estudios (Castro y Salazar 2000, 59) describieron que en 1990 la seguridad social cubrió 66.2 por ciento de la población, para 1995 esta cobertura disminuyó a 53.4 por ciento, por los cambios drásticos de desempleo que impactaron en la cantidad de personas con acceso a servicios médicos como parte de sus prestaciones laborales. Por ser el IMSS la institución de mayor cobertura, los impactos de la crisis económica se reflejan claramente en la disminución de acceso al servicio entre 1985 y 1995, de suerte que para 1985 reportó una cobertura de 60 por ciento, pero para 1990 ya tenía 56 por ciento y en 1995 llegó hasta 41.2 por ciento. En los siguientes cuadros y gráficas se observa que el comportamiento posterior a este pico de disminución mostró una curva relativamente ascendente de 1996 a 2001, misma que no ha llegado a los niveles de mediados de los 80, y que para 2002 refleja una disminución hasta de 42.9 por ciento.

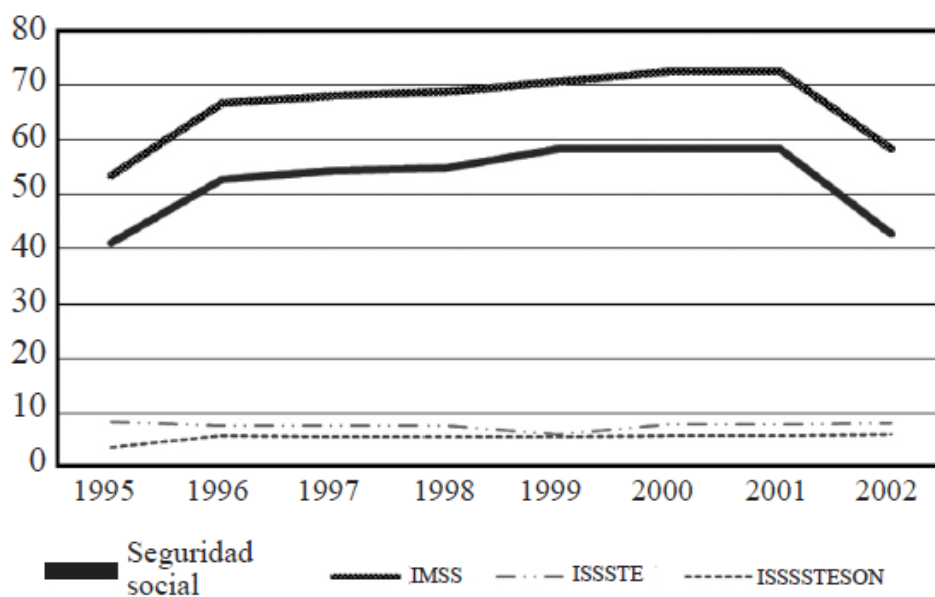
Las noticias reportadas en 2004 sobre la ampliación de la planta Ford en Hermosillo han aumentado las expectativas de que esta situación mejore para fechas posteriores, pero esto es todavía una situación pendiente que seguramente impactará en la población con acceso a servicios médicos como prestación laboral. Por ahora el quinquenio de fines del siglo XX y los primeros años del nuevo milenio no logran regresar a la población de Sonora a los niveles previos a la crisis de 1995.

Durante 1995 la población abierta representó 46.6 por ciento de la población de Sonora, dato que volvió a niveles menores en 2000, cuando se reportó una disminución de 19 por ciento al registrarse una cobertura de 27.7 por ciento. Sin embargo, para 2002 vuelve a registrarse una alza de hasta 41.9 por ciento (véase el [cuadro 13](#)). Lo anterior implica el crecimiento de población, que al no contar con seguridad social, tendrá que ser considerada como posible demandante de atención por la Secretaría de Salud.

En 2002, la población con seguridad social en Sonora prácticamente regresa al punto de 1995 (véase [gráfica 10](#)). Según cifras del censo de 2000, la mayor parte de la población (97.0 por ciento) tiene acceso a los servicios de salud. El INEGI estima que 96.5 por ciento de los hombres y 97.5 por ciento de las mujeres hacen uso de los servicios de salud. Estos datos engloban la utilización de los servicios médicos públicos y privados y no muestran las diferencias entre los municipios (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer 2002, 125).

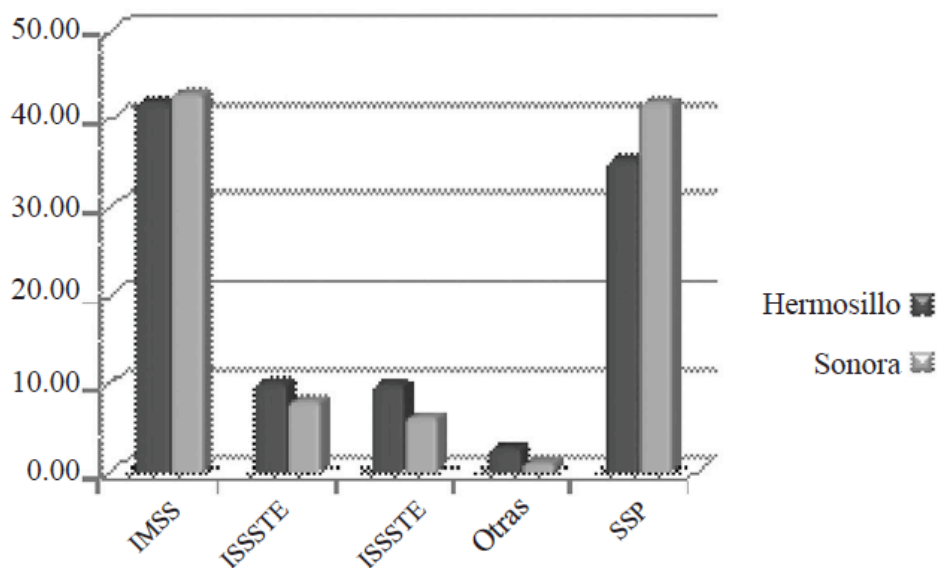
De acuerdo con los datos de Secretaría de Salud Pública (2002, 43), en 2002 la seguridad social atendió a 53.4 por ciento de la población estatal. En la gráfica 13 se aprecia la distribución de la población en los diferentes servicios, el mayor de los cuales lo tiene el IMSS, con 42.9 por ciento para la población de Hermosillo. Este porcentaje de cobertura de seguridad social llega a 64.6 por ciento, del cual 41.9 por ciento corresponde al IMSS, es decir, en el municipio de Hermosillo la cobertura del IMSS es un poco menor y se cuenta por el contrario con una mayor cobertura de los otros servicios estatales y federales.

Gráfica 10. Población adscrita a la seguridad social global y por tipo en Sonora



Fuente: elaboración propia con información de Secretaría de Salud, cobertura nominal por institución de salud 2004 <http://www.salud-sonora.gob.mx/>, consultada en 2005.

Gráfica 11. Distribución de población por servicios médicos en Hermosillo y Sonora, 2002



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Sonora (2002, 43).

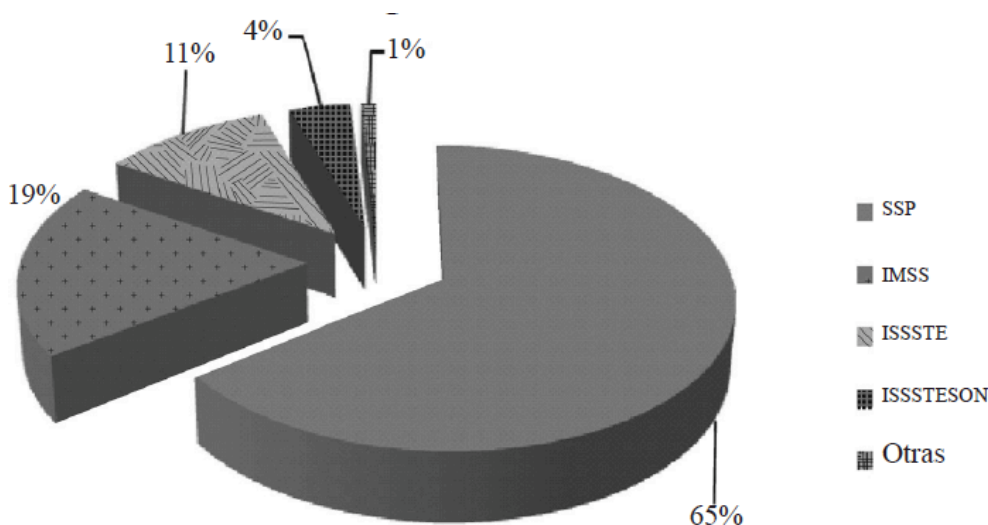
Además de los servicios del IMSS, en la ciudad de Hermosillo, el ISSSTE y el ISSSTESON tienen una mayor presencia, así como otro tipo de instituciones, entre las que se encuentra el Hospital Militar. En cambio, en el estado vemos cómo los servicios médicos de la Secretaría de Salud Pública son una opción más frecuente y casi del mismo tamaño que la atención que otorga el IMSS en Hermosillo.

El crecimiento de la cobertura puede explicarse parcialmente por el incremento de infraestructura en el estado. Durante la década de los noventa, el número de establecimientos de salud creció 22 por ciento y la proporción de consultorios aumentó 21 por ciento (Álvarez 2005).

En el mismo trabajo se señala que en 1999 el IMSS en Sonora tuvo una cobertura nominal cercana a 60 por ciento; sin embargo, los indicadores sobre los recursos de salud con los que cuenta son los más bajos de todo el sector; por ejemplo, tiene 0.356 consultorios por cada mil habitantes, mientras que la Secretaría de Salud, con una cobertura nominal de 26.4 por ciento, cuenta con 0.955 consultorios por mil personas. Otro ejemplo es la proporción de médicos por habitantes; mientras que en 1999 el IMSS contaba con 1.317 por cada mil habitantes, el ISSSTE contaba con 2.339, aun cuando la cobertura nominal de esta institución es solamente 7.80 por ciento de la población del estado. Este comportamiento es similar durante 1990, 1995 y 1999 en indicadores tales como camas, gabinetes de rayos X, salas de expulsión, quirófanos, laboratorios clínicos y enfermeras.

La [gráfica 12](#) representa el número de unidades de cada institución en el estado; en ella se aprecia que la Secretaría de Salud Pública tiene 65 por ciento de las unidades de atención médica, mientras que el IMSS, con apenas 19 por ciento de las unidades en Sonora, atiende a la mayor parte de la población.

Gráfica 12. Unidades según institución en Sonora, 2002



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Sonora (2002, 188).

Las otras instituciones cuentan apenas con 16 por ciento de las unidades de atención. La distribución de las unidades de atención médica en Sonora es: 88 por ciento de primer nivel, 11 por ciento de segundo nivel y solamente 1 por ciento de tercer nivel de atención. La Secretaría de Salud Pública de Sonora es la única que cuenta con tres unidades de tercer nivel de atención, dos de ellas de servicios médicos psiquiátricos y otra de atención infantil. Los tres están ubicados en la ciudad de Hermosillo y además existen doce unidades de segundo nivel de atención.

Esta información es clave para entender la saturación de los servicios médicos del IMSS. Mientras que la población que recibe los servicios ha ido en aumento, la infraestructura con la que cuenta la institución no ha crecido al mismo ritmo, lo que trae por resultado la sobresaturación del servicio médico y sus instalaciones, lo cual, a su vez, repercute en problemas relacionados con la calidad de los servicios que se ofrecen a los derechohabientes. La saturación de la consulta con su consecuente disminución en los tiempos dedicados a cada paciente, aunada a la saturación que puede presentarse en los laboratorios, son dos elementos a considerar en el trabajo sobre la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

En el Estudio de Regionalización Operativa (ERO) (Álvarez 2005, 20), realizado por la Secretaría de Salud, se informa que no hay localidades sonorenses ubicadas a más de sesenta minutos (por su medio habitual de transporte) de alguna unidad de salud de primer nivel; sin embargo, 1 560 localidades (18 por ciento del total de las comunidades del estado) están a distancias que requieren entre treinta y sesenta minutos de traslado para llegar a una unidad básica de salud. Es decir, casi 20 por ciento de las comunidades tenían dificultades de acceso al servicio de consulta externa no especializada, o a acciones de atención primaria a la salud.

Según datos del V Informe de Gobierno del gobernador de Sonora,¹² en 2002 las instituciones que integraban el Sistema Estatal de Salud contaban con 366 unidades médicas formales, 2 400 camas censales, 1 288 consultorios, 61 laboratorios clínicos y 110 equipos de rayos X. En el informe se señala que las instituciones del Sistema Estatal de Salud cubren nominalmente cien por ciento de la población del estado. La seguridad social cubre 71.1 por ciento, mientras las instituciones para población abierta, considerando las áreas de influencia de las unidades y el acceso a las mismas, atienden a 28.9 por ciento de la población restante.

Si bien la cobertura nominal es un indicador insuficiente para evaluar la disponibilidad del recurso humano, sobre todo su calidad, sirve de referencia para conocer el impacto en el indicador de desempleo y para conocer la distribución nominal de los servicios médicos. Sin embargo, el dato no permite describir las prácticas de atención de la población ni precisar sus usos reales en las instituciones. Solamente indica el acceso posible de la población.

Cobertura del PDOCC

A partir del año 2000 hubo dos cambios importantes en la forma de medir la cobertura real del PDOCC. El primero se plantea para que las instituciones de salud den seguimiento a la población que estiman cubrir cada año. El dato de cobertura global se define como

el porcentaje de citologías cervicales de primera vez realizadas a mujeres de 24 a 64 años de edad en las instituciones del Sector Salud para la detección oportuna del cáncer cervicouterino, respecto a la tercera parte del total de mujeres de ese grupo de edad (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud y Dirección General de Salud Reproductiva 2002, 2).

La cobertura específica se calcula de la misma manera, pero considerando en primer lugar a la población que se pretende cubrir, debido a que corre mayor riesgo de presentar la enfermedad si no se ha detectado antes una citología. Se define igual que la anterior, pero se concentra en la población de mujeres entre los cuarenta y cinco y sesenta y cuatro años de edad; la población que considera es un tercio del total de mujeres de ese grupo de edad. Ambos indicadores de cobertura reflejan las prioridades y metas que tiene el

¹² Datos tomados de <http://www.salud-sonora.gob.mx/>, consultada el 18 de noviembre de 2002.

Programa de Acción: Cáncer Cervicouterino (2002), las cuales plantean incrementar la cobertura de la población femenina, entre los veinticinco y sesenta y cuatro años de edad, hasta 80 por ciento.

La cobertura trianual sigue los lineamientos de la normatividad y cambia los indicadores drásticamente, la presentación no permite comparar la cobertura con la que se calculaba anteriormente, porque los datos que conforman el indicador no refieren el mismo dato poblacional. El primero se calculaba con base en el total de la población de mujeres en edad de riesgo y el segundo con base en la tercera parte de la misma bajo la nueva definición: dado que se trata de una práctica trianual, cada año toca cubrir a una tercera parte de la población.

Por otro lado, este dato permite evaluar a la población que ha acudido por primera vez. Se trata de datos reales, no nominales, es decir, personas que se tomaron la muestra y fueron clasificadas en el rubro de primera vez, lo que da una idea a las instituciones de salud del porcentaje que acude al papanicolaou, en términos de la población que necesitarían cubrir cada año para lograr una cobertura total a la vuelta de cuatro o cinco años. A la par, se instrumentaron algunas estrategias e indicadores de control de calidad técnica del proceso.

Sin embargo, cuando decimos que el dato de cobertura no es exactamente el mismo, nos referimos a que a partir de 2000 la codificación de primera vez también sufre modificaciones y se define como una prueba que se realiza la primera ocasión que una mujer acude y se hace el papanicolaou, pero además incluye bajo este rubro a la población que acude cada tres años y reinicia su ciclo de cobertura. Algunos datos que antes eran codificados como una práctica de subsecuencia ahora se clasifican como de primera vez.

El dato entonces tendría que leerse como población con una práctica acorde a la normatividad en términos trianuales, pero presentarlo como de primera vez en el corto plazo lo sube en un sentido distinto. Anteriormente, sólo representaba a las mujeres que nunca se habían hecho la prueba y a partir de 2000 incluye además a las que tienen una práctica subsecuente que espaciaron por más de dos años y la han reiniciado.

La justificación de esta cobertura se encuentra en la determinación de la periodicidad trianual que ha organizado el programa para cubrir un tercio de las mujeres cada año, pero este dato que permite a las instituciones de salud dar seguimiento a sus metas tendría que precisarse cuando se utiliza para señalar el aumento de cobertura, es decir, si se habla de una cobertura global, real o poblacional precisando los términos en que pueden compararse con los años previos.

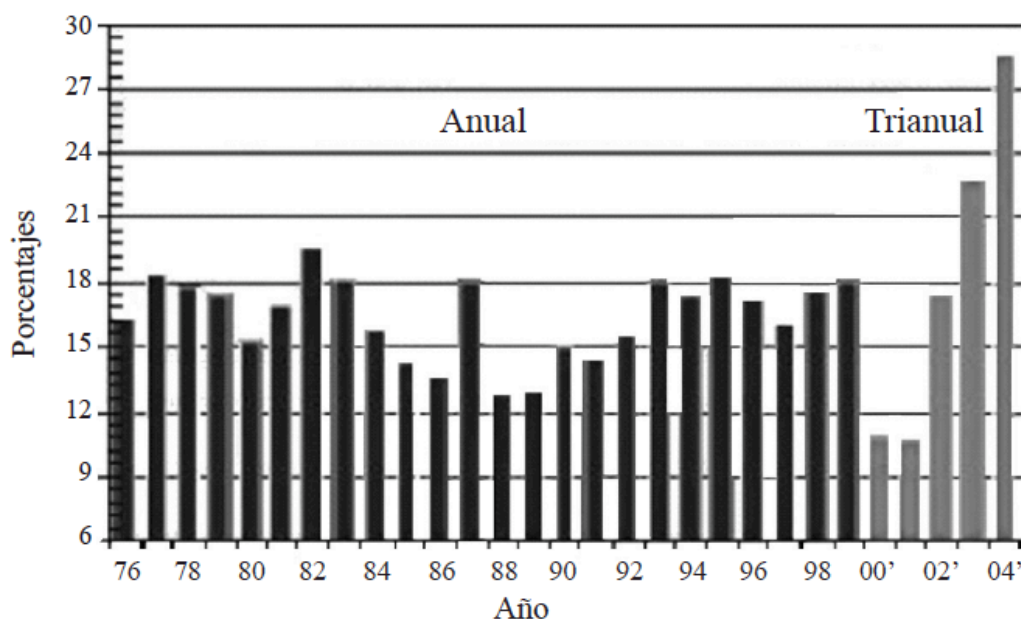
Con estas consideraciones, habrá que especificar las diferencias que se presentan en la [gráfica 13](#), en los datos de 1999, que señalan una cobertura de 18 por ciento de la población derechohabiente entre veinticinco y sesenta y cinco años de edad, con la de 2003, que aumenta la cobertura hasta 28 por ciento.

Es necesario agregar que el dato de cobertura de las citologías realizadas en el IMSS no da cuenta del total de derechohabientes que tienen esta práctica debido a que algunas mujeres prefieren hacerse la prueba en otras instituciones o servicios médicos y no siempre declaran su derechohabiencia activa.

De acuerdo con cifras de 2001 del Programa de Acción: Cáncer cervicouterino (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud y Dirección General de Salud Reproductiva 2002) el porcentaje nacional de cobertura global de primera vez fue de 19.21 por ciento, mientras que en Sonora fue de 15.32 por ciento. Los estados que lograron ese mismo año la cobertura más alta son Hidalgo (30.14 por ciento) y Tabasco (42.15 por ciento), que es considerablemente superior a lo que se logró en la entidad en la que realizamos la investigación. De acuerdo con la información que aparece en la gráfica de las coberturas anuales y trianuales, en el IMSS, en el mismo año, la cobertura fue menor que la estatal (11 por ciento).

Más aún, los datos desagregados por institución, cuando se considera solamente la cobertura de la Secretaría de Salud de Sonora, señalan un mejor comportamiento del indicador de una mayor práctica de mujeres sin derechohabiencia, o bien una mejor captación de las instituciones de la SSP de Sonora, ya que el registro de su cobertura global alcanzó 29.3 por ciento, cuya distancia es menor a la reportada por el conjunto de los Servicios de Salud en la entidad.

Gráfica 13. Cobertura de detección anual del cáncer cervicouterino, IMSS.
Anual 1976-1999 y trianual global 2000-2003



Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Salud Pública Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Programas Integrados. Disminución de la mortalidad por cáncer cervicouterino en el IMSS: factores atribuibles, conferencia presentada en el XI Congreso de Investigación en Salud Pública, 2005.

Si solamente se compara la cobertura estatal con la que tiene la misma Secretaría de Salud a nivel nacional, la distancia no es tan grande, ya que es de 30.1 por ciento. El dato lleva a suponer que las prácticas de la población de la seguridad social de Sonora no se reflejan en la cobertura global que logran las UMF, sino que parte de la población que acudió por primera vez a la prueba escogió los centros de salud de la secretaría.

El dato de cobertura global que se refiere a la atención de los servicios de salud en general tiene una distancia de 4 por ciento, respecto al nacional, mientras que el de la Secretaría de Salud es menor a 1 por ciento. Al parecer hay una baja práctica de detección oportuna entre la población derechohabiente en Sonora.

El programa es evaluado a través del análisis continuo del comportamiento de cinco indicadores ponderados en un índice compuesto por los datos de cobertura global, específica, calidad de la toma,¹³ grado de eficiencia¹⁴ y control de calidad.¹⁵

De acuerdo con este índice, en 2001 el estado de Sonora vuelve a quedar entre los últimos lugares de desempeño cuando se aborda el sector salud en general, esto es, cuando se analizan los resultados ponderados, dirigidos a evaluar al sector salud de la entidad. El mayor puntaje del índice lo obtuvo el estado

¹³ La calidad de la toma es el porcentaje de muestras adecuadas para la detección oportuna de cáncer cervicouterino respecto al total de citologías cervicales realizadas a mujeres de veinticinco a sesenta y cuatro años de edad en las instituciones del sector salud (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud y Dirección General de Salud Reproductiva 2002).

¹⁴ El grado de eficiencia se define como el porcentaje de citologías cervicales con resultado positivo a cáncer o con lesiones precancerosas respecto al total de citologías cervicales realizadas a mujeres de veinticinco a sesenta y cuatro años para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en el sector salud.

¹⁵ El control de calidad se define como el porcentaje de citologías cervicales con resultado negativo que fueron reexaminadas por el patólogo respecto al total de muestras negativas a cáncer y a lesiones precancerosas detectadas en mujeres de veinticinco a sesenta y cuatro años de edad en las unidades médicas del sector salud.

de Zacatecas, con 70 puntos, mientras que Sonora apenas alcanzó 28 puntos este año, por lo que su desempeño se calificó como precario. De nuevo, si se consideran solamente los datos de la Secretaría de Salud, Sonora tiene 52 puntos que se califican como un desempeño mínimo del programa. Los dos datos manifiestan los retos que tiene el programa en la entidad.

El indicador mejor evaluado en Sonora fue la calidad de la toma, que obtuvo un porcentaje de más de 85 por ciento de las muestras consideradas adecuadas en la Secretaría de Salud. Sin embargo, nuevamente, al evaluar este mismo indicador considerando todo el sector salud, el dato disminuye hasta 58 por ciento. Esto representa un serio cuestionamiento al desempeño del programa en el instituto.

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) de 2000 y la de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003 muestran el indicador de cobertura a partir de una muestra poblacional. Las encuestas son parte del control del programa y las llevan a cabo la Secretaría de Salud y el INSP.

La cobertura poblacional se define como el porcentaje de mujeres que respondieron afirmativamente cuando se les preguntó si se habían hecho la prueba durante el año en que fueron aplicadas las encuestas. También se preguntó si se lo habían hecho durante los años previos. En este sentido, la ENSA señala una cobertura nacional de 31 por ciento en 2000 y de 37.8 por ciento en 2003.

La práctica de detección oportuna depende de múltiples factores institucionales y de los saberes de las usuarias de los servicios de salud. De acuerdo con los datos de la ENSAR, en 2003 este dato alcanzó 55 por ciento a nivel nacional y sólo 4.7 por ciento no conocía la prueba. Los datos de cobertura del programa reportan 63 por ciento, sumando las de primera vez y la población cubierta de manera subsecuente.

El IMSS llevó a cabo una evaluación (Gómez, Vázquez y Fernández 2003) de las respuestas de la población derechohabiente utilizando los datos de la ENSA 2000 sobre sus prácticas de detección oportuna. En el estudio se señala que 31 por ciento respondió haberse practicado el papanicolaou. El porcentaje de distribución en los servicios de salud fue de la siguiente manera: 39.2 en la SSA, 26.5 en alguna de las unidades del IMSS y 18.2 por ciento en servicios privados.

Al clasificar las respuestas considerando únicamente la población de mujeres mayores de veinte años que refirieron ser derechohabientes del IMSS, la prevalencia de la realización de la prueba en el último año fue de 32 por ciento del total de las derechohabientes encuestadas.

En el seno de esa población se encuentran variaciones en el uso del papanicolaou, de acuerdo con la edad, de la siguiente manera: las mujeres entre cuarenta y cuarenta y nueve años dijeron haber solicitado la detección en un porcentaje superior a las de otros grupos de edad (45.5 por ciento), las de cincuenta a cincuenta y nueve años (39.4) siguen en tanto frecuencia de la respuesta y las de treinta a treinta y nueve años (38.7 por ciento). Los grupos de mujeres mayores de sesenta años son notablemente menores (30 por ciento) y el de mujeres más jóvenes sólo llegó a 22 por ciento.

De acuerdo con el análisis de la ENSA, los datos de la práctica de detección oportuna de la población derechohabiente por entidad federativa señalan a Sonora como el estado en el que las derechohabientes acudieron con menor frecuencia. Sólo 25 por ciento reportó esta práctica durante el último año, dato que contrasta significativamente con el de Nayarit, entidad que presentó una respuesta afirmativa en 45 por ciento de la población del IMSS. De acuerdo con este indicador, solamente doce entidades tuvieron un promedio superior al nacional, el cual apenas alcanzaba el esperado anual.

El estudio permite profundizar un poco más en la utilización de las instituciones de salud porque diferencia el lugar al que acudió la población derechohabiente encuestada. Al respecto indica que del total de las derechohabientes que se realizaron la prueba, 57.5 por ciento lo hizo en alguna unidad del IMSS, 15.1 por ciento se realizó la toma en alguna unidad médica privada, 14.5 por ciento acudió a la SSA y 7.6 por ciento en el IMSS-Oportunidades.

Los datos de cobertura del IMSS tienen un subregistro importante porque 42.5 por ciento de las mujeres derechohabientes no acudieron a sus unidades para la prueba. La cobertura es un indicador cuya construcción ha de precisarse siempre en los textos epidemiológicos; la cobertura global de ahora no es igual que la anterior a 2000, ni lo es tampoco la clasificación de la información. El Programa Nacional se plantea llegar a una cobertura de 80 por ciento.

Los datos de la ENSA y del índice nacional precisan la metodología que se sigue en un subapartado y lo mismo habría que hacer cuando se presenta el análisis del aumento de una cobertura de más de 60 por ciento (Secretaría de Salud 2005). Si se aclara esta información, hemos de decir que los datos del programa son mucho mejores que los que existían antes de 2000 en términos comparativos. El índice permite una mejor aproximación a los elementos selectivos que las instituciones de salud consideran determinantes para disminuir la mortalidad.

La calidad de la práctica cotidiana del programa y la relación entre el personal y las mujeres, así como las representaciones y prácticas de la enfermedad, son también parte del problema, cuya punta de iceberg es la dificultad para aumentar la cobertura estatal del PDOCC. El programa no existe en el vacío, por lo que brevemente presentamos la regionalización del IMSS y la ubicación en el organigrama de las dos UMF donde trabajamos.

Regionalización del IMSS y distribución administrativa en el estado

De acuerdo con su distribución geográfica, el IMSS divide al país en cuatro grandes regiones: Norte, Sur, Centro y Occidente (véase [ilustración 3](#)). La región-zona Occidente tiene su sede en la ciudad de Guadalajara e integra a los estados de Jalisco, Colima, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora. Esta organización es la vigente a partir de 2002; anteriormente el país se dividía en siete regiones y Sonora conformaba la región noroccidente, junto con Sinaloa y las dos Baja Californias.

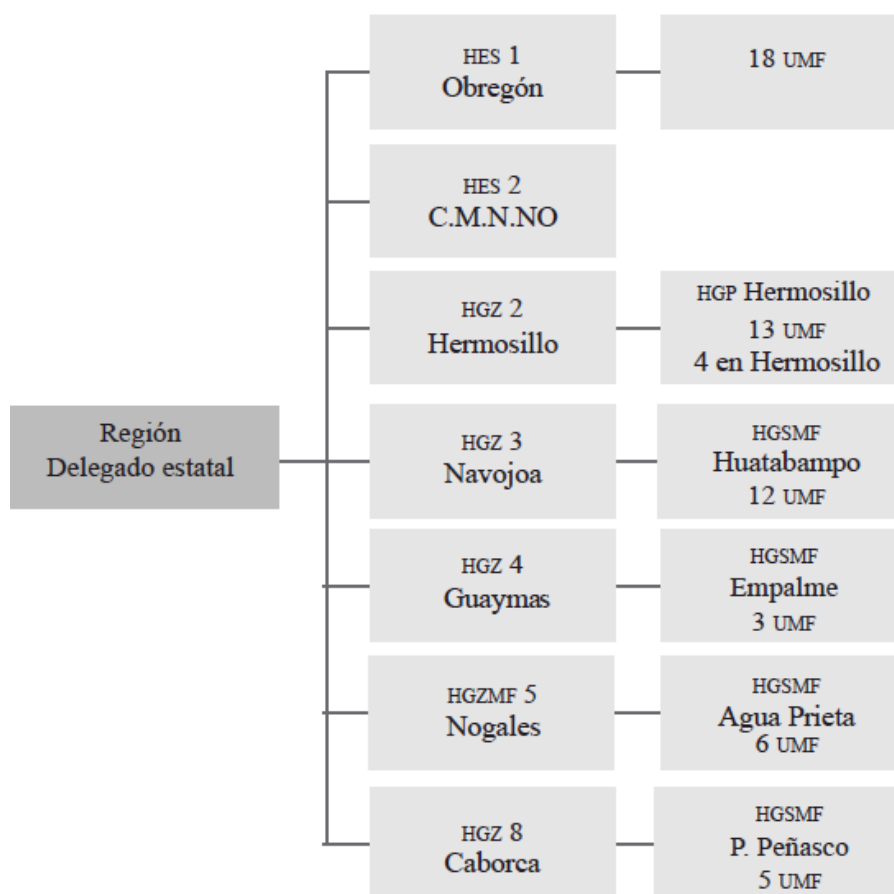
Ilustración 3. Regiones del IMSS, 2002



Fuente: <http://www.imss.gob.mx/IMSS/organizacion/dirRegionales/index.htm>
(10 de diciembre de 2002).

En el IMSS, las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD) se definen como el microespacio en el que se interrelaciona la capacidad instalada y los servicios médicos de la institución, con la finalidad de ofrecer respuestas organizadas a las necesidades y demandas de salud de la población derechohabiente. Su administración y gestión en servicios de salud está a cargo del Comité de Administración del Área Médica de Gestión Desconcentrada (CAAMED). En Sonora, en 2001, los servicios del IMSS se organizaron en seis AMGD: Navojoa, Obregón, Guaymas, Hermosillo, Nogales y Caborca (véase [ilustración 4](#)). Esta forma administrativa comprende servicios y organizaciones; entre ellas se encuentran las Unidades de Medicina Familiar.

Ilustración 4. IMSS, estructura de AMGD, Delegación Sonora



HGZ Hospital General de Zona

HES Hospital de Especialidades

HGP Hospital de Gineco-Pediatría

HGZMF Hospital General de Zona con Medicina Familiar

CMNO Centro Médico Nacional del Noroeste

Fuente: documento entregado por la Delegación Estatal IMSS Sonora, 2002.

Estas unidades son el primer contacto de los derechohabientes y proporcionan servicios de salud. Su responsabilidad es realizar acciones de promoción, educación y fomento a la salud, así como la atención de daños y rehabilitación temprana; además son el primer nivel de los servicios médicos donde se pretende que la atención primaria a la salud sea el eje de la atención. En este sentido, en el Modelo Institucional de Atención

Integral se señala que las UMF deben privilegiar la atención a la salud y no al daño, así como contribuir a mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población derechohabiente. En la ilustración 5 se presentan los servicios médicos que conforman la delegación de Sonora.

El Área Médica de Gestión Desconcentrada (AMGD) de Hermosillo comprende trece UMF, cuatro de las cuales se encuentran en la ciudad de Hermosillo (UMF 37, 2, 65 y 63); el resto se localiza en Ures, Sahuaripa, Aconchi, Costa, Puerto Libertad, Nacozari, Moctezuma, Cumpas y Esqueda.

La ciudad de Hermosillo cuenta con cuatro Unidades de Atención de Medicina Familiar y en dos de ellas se realizó el estudio. En este trabajo las llamaremos UMF A y UMF B. Seleccionamos estas dos unidades porque entre ambas cubren casi la totalidad de los servicios de detección oportuna del norte de la ciudad, que hasta años recientes había sido un área de crecimiento urbano para la construcción de viviendas.

Consideramos una unidad de mayor dimensión y antigüedad, ubicada cerca de servicios hospitalarios, y otra más cercana de las viviendas de los trabajadores. La Unidad A se conformó con personal que anteriormente laboraba en la Unidad B, con la finalidad de acercar los servicios a la población. Casi el mismo número de médicos atiende una mayor demanda en términos reales por la reubicación y acercamiento de un servicio que anteriormente se concentraba en la zona hospitalaria de la ciudad.

Para finalizar este capítulo señalaremos que los procesos de salud/enfermedad/atención, como el cáncer cervical, son procesos complejos en los que participan múltiples factores, por lo que la colaboración entre los estudios epidemiológicos, y los que abordan la perspectiva del actor social, complementan los esfuerzos para saber de qué manera procesan las mujeres estas prácticas institucionales de salud pública. El punto de partida es distinto y la metodología arroja nuevos elementos a considerar en los procesos de educación para la salud. En este trabajo sabemos que la complementariedad es una palabra que se dice fácil y se aborda con dificultad; sin embargo, vale la pena reconstruir otras miradas y encontrar otros indicadores de seguimiento, que permitan involucrar el esfuerzo de otros espacios e instituciones que buscan mejorar la cobertura del programa. La propuesta de la vacuna ha ido dejando de lado, en el discurso de los salubristas, la presencia de los factores sociales, económicos y culturales. Seguramente va a pasar tiempo antes de saber si ésta es una opción confirmada, pero descuidar lo que se tiene no parece ser una buena opción.

La nosología y la etiología del cáncer del cuello uterino ponen de manifiesto el carácter dinámico e histórico de la ciencia que en la actualidad define al cáncer cervical como un problema de salud pública en el sentido que apuntan los trabajos de Wright y Treacher (1982, 2), quienes señalan la posibilidad de estudiar y comprender el conocimiento médico como una construcción social. Su definición morfológica ha implicado un proceso complejo de decisiones no exento de consecuencias prácticas.

La explicación biomédica de las causas y del proceso mismo de enfermedad no es una descripción monocausal; por el contrario, se trata de un diagnóstico complejo que ha cambiado a través del tiempo. De ahí que sea pertinente analizar las relaciones entre los actores principales del vínculo médico-paciente para decodificar los contenidos de los saberes legos de manera clara e identificar puntos de encuentro y desencuentro con personal de salud acerca de la misma enfermedad que permitan clarificar y mejorar la relación a partir de la consideración de los elementos socioculturales que se vinculan con la intimidad de la prueba.

III

LA INTIMIDAD DEL PAPANICOLAOU: ENTRE RUTINAS Y METAS

Este capítulo describe y analiza las actividades desarrolladas por el personal que labora en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer y la prueba de Papanicolaou, en el ámbito de las Unidades de Medicina Familiar donde realizamos el estudio, y a las cuales llamaré UMF A y B. El tiempo de trabajo etnográfico en cada institución fue de dos meses. Durante ese lapso, iniciamos la observación a las ocho de la mañana y terminamos con el primer turno a la una o dos de la tarde, para reanudar a las tres. En la UMF B únicamente cubrimos el turno matutino. El lugar donde pasamos la mayor parte del tiempo fue el área de espera de los programas de vacunación o DOC. En la UMF A este espacio es un pequeño pasillo en el que contactamos a las mujeres y les hablamos de la investigación, mientras que en la UMF B ocupamos una parte de la sala de espera de consulta familiar.

Durante el tiempo que estuvimos en las UMF, acompañamos el proceso de espera y toma de papanicolaou de ochenta y siete mujeres, cuarenta y cuatro en la UMF A y cuarenta y tres en la UMF B, entre las cuales cuarenta y dos permitieron audiograbar la conversación. El análisis de la relación entre enfermeras y mujeres se basa en estos materiales (véase el [cuadro 14](#)).

De enero a junio de 2002, la población adscrita en la UMF A fue de 31 995 derechohabientes. De ellos, 51 por ciento eran mujeres; de ellas, 48 por ciento tenía veinticinco años y más, es decir, la población prioritaria a la que se dirige el Programa de Detección Oportuna de Cáncer. Hasta diciembre de 2001, atendía a la población derechohabiente que era residente de cincuenta y un colonias del norte de la ciudad.

Cuadro 14. Número de pruebas de Papanicolaou observadas y audiograbadas en las dos UMF

	Pruebas observadas	Pruebas audiograbadas
UMF A	44	27
UMF B	43	15
Total	87	42

Fuente: registros de consentimiento informado y de audiograbaciones.

La UMF A tenía una población adscrita a la UMF B de 63 798 derechohabientes, de los cuales 53 por ciento eran mujeres. Hasta diciembre de 2001, atendía la población derechohabiente en cuarenta y un colonias de la ciudad. Como se desprende de estos datos, la UMF B tiene una adscripción de casi el doble de la UMF A.

Además, la UMF B se encuentra ubicada cerca de la zona hospitalaria, mientras que la UMF A se ubica en una zona habitacional de la mancha urbana.

La UMF A comprende un grupo de médicos y personal, que a finales de la década de los noventa fue reubicado de la UMF B hacia una instalación menor (ubicada en el noroeste de la ciudad). De esta manera no se amplió el número de plazas requeridas, sino que se redistribuyeron las que ya se tenían y se les acercó a una zona con gran crecimiento poblacional. Los médicos entrevistados señalaron que se incrementó la demanda de la población, pero no el número de personas que puede atenderlas, con las implicaciones de saturación de trabajo que esto conlleva y la reducción del tiempo dedicado a consulta. La UMF A cuenta con cinco consultorios que trabajan en horario matutino y vespertino, mientras que la UMF B tiene diez, que también tienen horario doble. En los consultorios de Medicina Familiar y en Medicina Preventiva se sigue este mismo horario de atención. Sin embargo, en la práctica encontramos una serie de tiempos muertos, como los dedicados a un descanso de media hora durante el medio turno (al cual tiene derecho el personal), o el tiempo que requieren las actividades de limpieza del área, las cuales hacen que el horario real en la UMF A sea de nueve a siete, y en la B, de ocho de la mañana a siete de la noche, con las interrupciones señaladas.

PERSONAL DEL PDOCC: “AQUÍ EL RESULTADO NO SE VE”

En el programa se involucran actores diferentes que laboran en la UMF, entre los que se encuentran los siguientes: director, administrador médico, enfermeras, asistentes médicas y trabajadoras sociales. Estos profesionales de la salud tienen posiciones diferentes en las estructuras de jerarquía de la UMF y sus formas de contratación generan dinámicas cotidianas.

Según lo señalado por trabajadores de las UMF, el IMSS prefiere contratar a su personal entre los mismos familiares.

Pues yo entré por un familiar, porque antes y siempre y hasta hoy ingresan a trabajar por si tienes familiares aquí, y ellos ya te consiguen la propuesta y puedes entrar. Antes era más fácil, yo inicié allá en Ciudad Obregón, allá empecé a trabajar, y luego ya después de seis años me vine a Hermosillo (E5).

De acuerdo con el personal de la UMF, los reglamentos sindicales dan prioridad a la contratación de familiares de los trabajadores, ya que de esta forma la institución reduce parcialmente sus apoyos a la familia que ya se encuentra entre su derechohabencia. Aun con esta característica, la persona que desea ingresar a la institución sigue un camino arduo que implica una primera selección, y que incluye periodos con varios años de suplencias en las que viven condiciones de inseguridad laboral y no tienen asegurado su ingreso.¹⁶

Una vez dentro del IMSS, los trabajadores administrativos, de intendencia u otros servicios consideran que el instituto ofrece varios caminos de profesionalización para obtener mejores empleos. Por ejemplo, una vez que adquiere algún tipo de plaza, un trabajador puede ingresar a través del servicio de limpieza o cocina y posteriormente involucrarse en procesos de formación que le permiten cambiar de nivel y actividad laboral. Algunos se forman como citotecnólogos, enfermeros, trabajadores administrativos o asistentes médicas.

En las Unidades de Medicina Familiar esto se refleja en las relaciones de parentesco que se dan entre el personal, de manera que, por ejemplo, una enfermera de Medicina Preventiva puede tener frente a ella, en el espacio de consulta familiar, una hija que está trabajando como asistente médica, o a sus sobrinos como parte

¹⁶ Los Estatutos del Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS, 1999, en el artículo 3º, fracción XXII, señalan que la responsabilidad sindical es “velar porque los familiares de los trabajadores fallecidos o incapacitados, miembros del Sindicato, reciban pronto y eficientemente los beneficios del Fondo de Ayuda Sindical, de Defunción o Invalidez Total Permanente y proponer a los hijos y familiares de los socios y de preferencia de los fallecidos para que obtengan trabajo en el Instituto en los términos del Reglamento de Bolsa de Trabajo”.

del equipo de limpieza. También sucede que cuando parte de la familia se traslada de ciudad, el personal busque plazas disponibles en el mismo sitio y solicite el cambio. Dos enfermeras que conocimos solicitaron cambio hacia la ciudad de Hermosillo en Medicina Preventiva, lo que no necesariamente implica que exista interés en esa área de trabajo; sin embargo, con el tiempo, algunas van encontrando sentido a su ocupación. Si bien un trabajador puede ingresar de otras formas, la información sobre la apertura de posibles plazas de trabajo o laborar sustituyendo a otros trabajadores durante periodos cortos fluye rápidamente entre los canales familiares.

Las diferentes profesiones involucradas en las actividades cotidianas del Programa de Detección Oportuna de Cáncer en la UMF se relacionan entre sí con base en los estatus definidos por los organigramas, con una estructura jerárquica que se impone y construye con mayor o menor consenso entre todos los trabajadores. Una asistente describió esta estructura delimitada:

El mando lo tiene el director, debajo de él está el coordinador de la tarde, luego el administrador, el médico de urgencias, los médicos familiares, las enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes (asistente 1, UMF A).

Llama la atención la importancia que adquiere el administrador en esta jerarquía, por encima de los médicos de urgencia y los médicos familiares, porque se reconoce la fuerza de la administración en términos de “decidir qué se hace y qué no”, junto con la dirección. Continuando con esta descripción, y utilizando el mismo criterio de posiciones y jerarquías, ubicaríamos todavía más abajo al personal de limpieza (intendencia) y los encargados de seguridad.

En la UMF A trabajan diez médicos en los consultorios de Medicina Familiar, cinco en el turno matutino y cinco en el vespertino, además se encuentra el médico que labora en Urgencias y el director de la UMF. En la UMF B trabaja el doble de médicos y atienden diez consultorios por la mañana y diez por la tarde; los servicios de urgencias se remiten al hospital más cercano.

Con los médicos se sostuvieron tres sesiones de cuarenta minutos, en las cuales tocamos temas relacionados con el PDOCC. Se realizaron en el turno matutino en ambas UMF, y a partir de ellas pudimos obtener algunas características de los médicos activos en consulta familiar. La siguiente gráfica da una idea del personal médico que labora en la UMF. De ellos 47 por ciento son hombres y 53 por ciento mujeres.

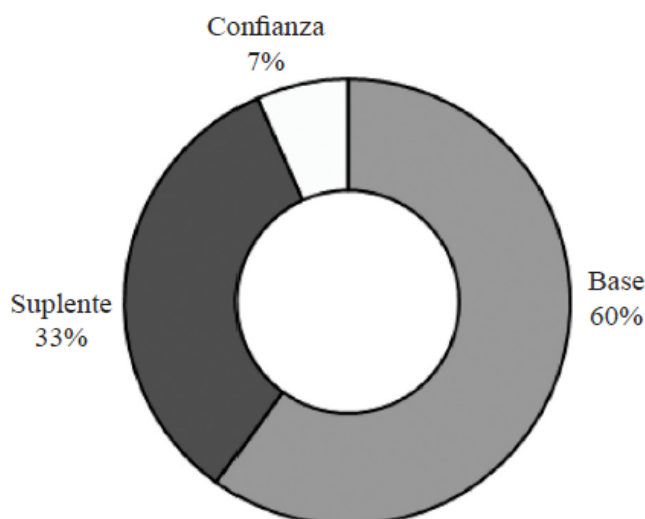
El promedio de edad de los médicos del turno matutino de las dos UMF es de 43.4 años. Ocho de los quince médicos son mujeres. Han trabajado en la institución un promedio de trece años, hay poca diferencia entre hombres y mujeres al respecto.

El 60 por ciento de ellos es personal de base y 33 por ciento suplentes (véase [gráfica 14](#)). La estructura laboral expresa la rotación en los consultorios de Medicina Familiar, ya que el personal suplente pasa por las diferentes UMF cubriendo médicos que se encuentran de permiso y señala diferencias en los tipos de contratación y seguridad en el empleo de los médicos familiares, que durante el tiempo que abarcó la investigación cubrieron una tercera parte del personal de base.

También expresa las formas de contratación privilegiadas por el instituto, las cuales responden a una lógica de costo-beneficio, que implica la reducción de prestaciones a este tipo de personal.

En la UMF A se entrevistó a cuatro médicos de base y un suplente, mientras que en la UMF B a cuatro suplentes y seis médicos de base. Los que se clasifican como suplentes cubren las consultas de otros médicos por diversas razones, desde permisos por enfermedad —“incapacidad”— hasta periodos vacacionales.

Gráfica 14. Forma de contratación de los médicos familiares de las UMF A y B



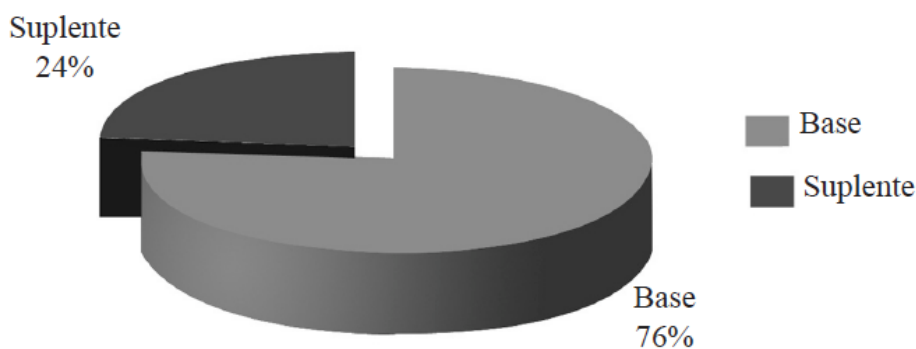
Fuente: elaboración propia, etnografía 2001, 2002

Cada UMF cuenta con un administrador. Ellos juegan un papel central en las actividades cotidianas, ya que de acuerdo con el presupuesto se decide el tipo, la cantidad de material y los instrumentos de trabajo. En el caso de Medicina Preventiva, cuando se termina el material de la toma del papanicolaou, es necesario acudir con el director y el administrador para solicitar su compra, o se suspende la atención en tanto no puedan obtenerse.

Las asistentes médicas son las personas que se encuentran en las salas de espera, en un escritorio ubicado frente a las puertas de los consultorios. Sus actividades son una mezcla de prácticas administrativas, limpieza y asistencia al médico. Al llegar por la mañana, tienen que verificar el instrumental media hora antes de la consulta. Ellas reciben a los derechohabientes y organizan los tiempos de la consulta al asignar las citas.

En la UMF A hay cinco consultorios y en total laboran diez asistentes médicas en los dos turnos, mientras que en la B hay diez consultorios y veinte asistentes. El 24 por ciento de ellas son suplentes y el resto es personal de base del IMSS (véase [gráfica 15](#)).

Gráfica 15. Forma de contratación de las asistentes médicas en las dos UMF

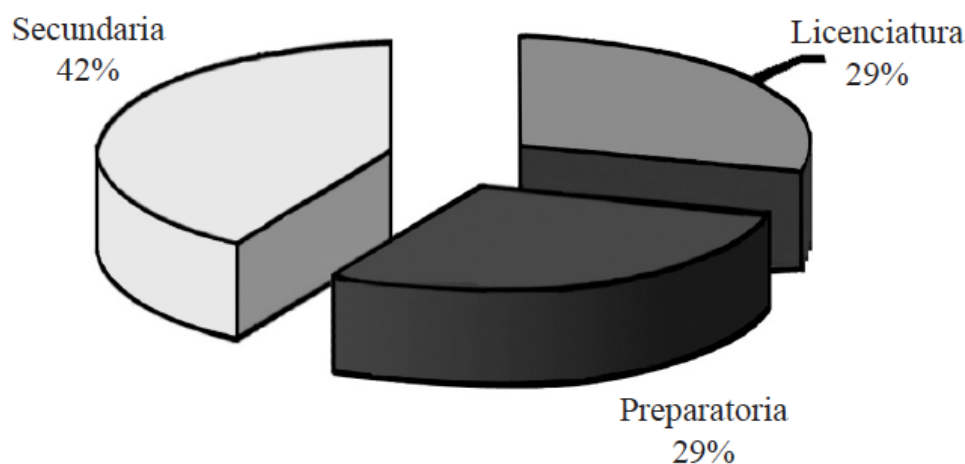


Fuente: elaboración propia, información etnográfica 2001, 2002.

El promedio de edad de las asistentes médicas entrevistadas era de treinta y ocho años, 29 por ciento tiene estudios de licenciatura, 29 por ciento de preparatoria y el resto de secundaria. En promedio, las asistentes tienen doce años trabajando en el IMSS y cuatro en la UMF donde las contactamos. El 70 por ciento tenía tan sólo dos años o menos en las Unidades de Medicina Familiar (véase [gráfica 16](#)).

Las asistentes que tienen licenciatura son las más jóvenes y un tipo de contrato eventual que las hace rotar por las diferentes UMF de la institución.

Gráfica 16. Escolaridad de las asistentes médicas UMF A y B



Fuente: elaboración propia, información etnográfica 2001, 2002.

El papel de las asistentes médicas en ambas clínicas es muy importante: son quienes reciben, canalizan y contienen a los usuarios cuando se quejan y demandan los servicios de consulta médica. También son ellas quienes reorganizan el número de consultas para el turno, con base en quienes no llegan o no lo hacen a tiempo. Tienen contacto directo con las personas que se encuentran en la sala de espera y en el Programa de Detección Oportuna su papel consiste en apoyar su promoción. Ellas reciben el resultado del papanicolaou de las enfermeras de Medicina Preventiva y lo archivan en el expediente correspondiente cuando las mujeres no acuden por ellos.

Las asistentes que han sido contratadas recientemente en las UMF presentan mayor escolaridad, lo que parece relacionarse con la carencia de empleo y la necesidad de trabajar; sólo se pide la secundaria (es decir, nueve años de estudio) como requisito de ingreso. El desempleo ha hecho atractiva la posibilidad de ocupar este puesto, en la mayoría de los casos es visto como una forma de acceso a otras plazas; entre las asistentes hay licenciadas en trabajo social, educadoras y abogadas. El director de la UMF A señaló que esta composición del personal genera conflictos, ya que en otro tiempo la organización de las asistentes estaba a cargo de trabajadoras sociales o personas con mayor nivel educativo; sin embargo, ahora, el puesto de trabajador social puede ser ocupado por un técnico y no tener la misma autoridad frente a las asistentes cuando son profesionistas. En la UMF A se ha optado por prescindir de una coordinadora. La estructura jerárquica no corresponde al nivel de escolaridad de las personas que trabajan como asistentes médicas, lo que tiene como repercusión principal que no se organicen actividades de capacitación para los diversos programas y entre los cuales las asistentes tienen un papel que cumplir.

Algunas asistentes que fueron capacitadas hace más de veinte años señalan que cuando las coordinaban, las trabajadoras sociales recibían cursos del personal médico o de enfermería en los que aprendían a lavar instrumental, como los espejos del papanicolaou, pero en la actualidad esto es responsabilidad de las enfermeras. También mencionaron que esta actividad ha disminuido debido a la utilización de espejos desechables.

La UMF B sí cuenta con una coordinadora de asistentes médicas. Su labor consiste en organizar las entrevistas y el registro de mujeres que tienen una práctica de detección oportuna. Anteriormente sólo se dirigían a mujeres con hijos, pero hace dos años les fue indicado que debían acercarse a todas para que los archivos estuvieran completos.

Las dos UMF cuentan con una trabajadora social que labora durante el turno matutino. Su escolaridad es de nivel técnico. Sin embargo, encontramos profesionistas tituladas de la licenciatura en Trabajo Social que ejercen otras actividades, esperando solicitar un cambio de plaza acorde con su profesión.

En la UMF A, durante el periodo de estudio la trabajadora social atendía la población ubicada en la entrada. Compartía el estante con personal administrativo frente a la sala de espera. Como parte de su trabajo, abordaba con los pacientes temas como la anticoncepción, la identificación de síntomas de deshidratación, los cuidados durante el embarazo, la diabetes, la situación socioeconómica de los derechohabientes y otros que se consideran de mayor intimidad como los métodos anticonceptivos, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la detección oportuna de cáncer. En la UMF B utilizaba un área privada en la que los médicos realizaban sus sesiones, por lo que contaba con mejores condiciones de privacidad.

Entre las actividades relacionadas con el papanicolaou, en la UMF A, señaló que en 1999 difundía el PDOCC utilizando un video que se transmitía en la sala de espera y repartiendo folletos informativos a las usuarias; sin embargo, con el tiempo, los recursos de promoción se vieron disminuidos de tal manera que durante el periodo de observación contaba con un solo folleto, que enseñaba a las mujeres y pedía que lo devolvieran al terminar de revisarlo. Las trabajadoras sociales también organizan pláticas para embarazadas y grupos de diabéticos; invitan a médicos y enfermeras para que hablen de temas relacionados con el embarazo, la lactancia y los cuidados posnatales, así como de la necesidad de realizarse el papanicolaou. Este último tema por lo general se aborda durante la última charla previa al parto, en la que sugieren acudir tres meses después del mismo. En la UMF B, la trabajadora social entregaba folletería cuando contaba con ella, daba información sobre los requisitos para acudir a la prueba y, al igual que la de la UMF A, buscaba a las mujeres vía telefónica o utilizaba la ambulancia para localizar a quienes tenían diagnósticos positivos a cáncer, displasia o VPH.

Durante el tiempo que pasamos en la UMF A, las trabajadoras sociales localizaron a tres mujeres con diagnóstico de metaplasma, considerado un diagnóstico de cuidado, y en la UMF B la trabajadora social utilizó la ambulancia para localizar a una mujer con displasia e hizo los trámites necesarios para que acudiera a consulta de manera urgente.

En la UMF A laboran tres enfermeras en el consultorio de Medicina Preventiva, dos durante el turno matutino y una en el vespertino. Las enfermeras tienen a su cargo las actividades de detección oportuna de cáncer además de los programas de vacunación, medicación a personas con tuberculosis, toma de presión, detección de cáncer mamario, detección oportuna de diabetes y participación en las campañas nacionales de vacunación. Su trabajo recibe el apoyo de estudiantes de la escuela de enfermería.

En la UMF B hay cuatro enfermeras en el turno matutino; una de ellas es la coordinadora del área de vacunación y DOC; dos se dedican a las actividades de vacunación y una al PDOCC de manera rotatoria. El trabajo de la enfermera que toma la muestra, al igual que en la UMF A, recibe el apoyo de estudiantes de la escuela de enfermería del mismo instituto, quienes prestan su servicio en este lugar.

Las historias laborales de las enfermeras varían en cuanto al tiempo de ingreso, dos de ellas estaban a punto de jubilarse y negociaban las condiciones de salida de la institución, así como posibles actividades a futuro, mientras que otras acababan de ingresar.

El promedio general de edad de las enfermeras que laboran en Medicina Preventiva, en las dos UMF, es de 45 años; sin embargo, en la UMF A el promedio de edad es mayor de 51 años, mientras que en la UMF B es de 38. El promedio de años de trabajo en el IMSS es de 17 años, en el caso de las enfermeras de la UMF A, y de 11 en la B; en Medicina Preventiva es similar, las enfermeras de la A han trabajado en el primer nivel de atención un promedio de ocho años y las de la B, siete. El título profesional con el que cuenta 86 por ciento de ellas es de auxiliar de enfermería.

Las enfermeras que trabajan en la UMF A están más próximas a la jubilación, mientras que en la UMF B hay personal más joven y la perspectiva de la vida cotidiana en la institución es distinta en esta etapa. La perspectiva del trabajo de quienes se aproximaban a la jubilación cambia en términos de que ellas y sus compañeros, al saber que su etapa laboral está por terminar, acompañan y aprenden del proceso de jubilación en la institución. Por ejemplo, los trabajadores de intendencia, entre quienes la E2 tenía algunos sobrinos, acudían de manera cotidiana al consultorio de Medicina Preventiva y preguntaban sobre el proceso y las condiciones de jubilación, a la vez, ellos señalaban que era tiempo de que llegaran sus papeles y que mientras tanto, “le estás trabajando de gratis ya al instituto”.

Para eventos de capacitación no consideraron candidata a la enfermera más próxima a jubilarse; ella tuvo que gestionar la oportunidad de participar. De esta manera, la relación entre quienes estaban próximos a pensionarse y las actividades cotidianas puede cambiar en algunos términos, y en algunos casos se tiene menor disposición a modificar las prácticas de atención que han otorgado durante toda su vida en el instituto. Esto sucedía con la E3, quien a pesar de haber recibido la indicación de no solicitar el periodo de 24 horas sin relaciones sexuales, y siete días posteriores a la menstruación, se negaba a considerarlos en su práctica porque su experiencia le decía que era más factible que le regresaran las muestras del laboratorio. Al respecto, el director señalaba que “hay empleados que ya no van a cambiar”, y como directivo lo único que podía hacer para modificar las prácticas de atención en la UMF era esperar que se jubilaran y trabajar con la persona que la reemplazaría.

En su historia laboral dentro del IMSS, cuatro enfermeras pasaron por otras actividades y se formaron en este proceso. Una trabajó en la cocina, otra más en Puericultura y como asistente médica, otras en Urgencias y Ginecología, pero tuvieron problemas de salud o familiares que las obligaron a cambiar de plaza. Tres de ellas entraron directamente a Medicina Preventiva. Al preguntarles por qué estaban en ese lugar, seis señalaron que ahí consiguieron trabajo cuando pidieron cambio de horarios o plazas, o cuando hicieron el examen para entrar al IMSS. Tres de estos casos (E1, E3, E6) solicitaron la plaza porque era la manera de volver a estar cerca de su familia, fueran esposos o hijas que se habían mudado a Hermosillo. Una de ellas (E2) se lastimó la columna en la sala de Emergencias y por el tiempo que le quedaba en el instituto prefirió cuidarse en un espacio en el que no tuviera que hacer labores que la perjudicaran más.

Entre las siete enfermeras, solamente encontramos una que buscara la plaza por interés de trabajar en los programas preventivos. Su participación en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical, en los meses de observación, fue casi nula, pues su trabajo se centraba principalmente en actividades administrativas y en el programa de vacunación.

La representación de las jerarquías y la valoración del trabajo del personal de enfermería incluye al menos cuatro tipos de enfermeras, en una primera clasificación, por su formación profesional, de menor a mayor reconocimiento: a) las estudiantes de la licenciatura en enfermería que prestan el servicio y realizan trabajo comunitario; b) las auxiliares de enfermería; c) la enfermera general y d) la enfermera con alguna especialidad. Esta última tiene formalmente una mayor jerarquía sobre la segunda.

En la práctica, las enfermeras reconocen esta diferenciación de acuerdo con la formación, pero sobre todo de acuerdo con la práctica. Quienes tienen más años en la institución señalaron que estudiar más no garantiza un mejor desempeño. En general, el personal de enfermería comparte que hace treinta años la formación académica no era el camino privilegiado para acceder a los puestos de enfermería. Se valoraba más la experiencia, la capacitación continua en las instituciones de servicios de salud de mayor reconocimiento y la confianza que sus compañeros tenían en su trabajo, principalmente los médicos: “Ahora es diferente, el grado académico tiene mayor peso”. Entre quienes laboraban en Medicina Preventiva, solamente una era enfermera general con especialidad en Salud Pública, las demás eran auxiliares.

Otra forma de diferenciar tipos de enfermería por el mismo personal de Medicina Preventiva refleja el orden en que se valora el trabajo preventivo frente al curativo, ya que existen puestos a los que se les reconoce mayor grado de dificultad, responsabilidad y sacrificio. El primer lugar lo tienen las enfermeras que trabajan en Terapia Intensiva; el segundo quienes trabajan en quirófanos y Urgencias; y en tercer y último lugar está el trabajo de quienes laboran en Medicina Preventiva. Aun cuando el personal de enfermería reconoce la importancia de su trabajo, principalmente durante las campañas de vacunación, señalaron que el personal de las UMF únicamente reconoce su esfuerzo en estos días, dada la cantidad de personas que acuden o por la asignación de personal a la campaña, pero por lo general, no se valoran los días de trabajo rutinario y el resto del personal comenta que no hacen nada. Durante la estancia en las UMF, tuvimos oportunidad de escuchar esta valoración negativa por parte de sus compañeros de otras áreas, entre ellos asistentes médicas, médicos familiares, o del servicio de urgencias.

En la actualidad, el grado de estudios del personal de enfermería tiene un peso para tener acceso a plazas o aspirar a ingresos más altos. Los procesos que privilegian la experiencia práctica y la recomendación, y aquellos que privilegian la formación académica, convergen en un mismo tiempo y espacio en los consultorios de MP. Por ejemplo, en la UMF A, observamos la convivencia de dos tipos de liderazgos: el formal, ejercido por una enfermera especialista en salud pública, y el de la enfermera con más edad, antigüedad, experiencia reconocida de las técnicas que aplica y participación sindical. En la UMF B, la enfermera que coordina Medicina Preventiva combinaba los dos liderazgos, es decir, es un personaje fuerte en la vida sindical de la institución y la de mayor edad y antigüedad, pero también tiene la responsabilidad formal de coordinar las actividades de Medicina Preventiva. Cuando la jerarquía institucional se une a la sindical, la fuerza de negociación de la persona que se encuentra en esta situación es mayor.

Como representante sindical en el turno nocturno del hospital, me tenía que pelear con la jefa de enfermeras, pero yo tenía el poder de los que habían depositado su confianza en mí, y con ese poder no dejaba que las movieran del turno, es decir, había acuerdos sobre en qué momento se podía mover al personal. Por ejemplo, si a la hora de llegar, en lugar de llegar las diez necesarias llegaban ocho, era posible decirle a una enfermera que se fuera para Urgencias, pero si ya había pasado tiempo, una o dos horas en las que las enfermeras hacían su trabajo en un área, preparaban su medicamento y su rutina, y en ese momento llegaba la jefa y la quería mover, yo no me dejaba porque entonces le harían doble trabajo y no es justo, hay otros modos de cubrir esto y sobre todo de verlo a tiempo. Me peleaba con los médicos, pero es que el sindicato cuando trabaja bien es muy importante. Cuando es bien trabajado, el sindicato defiende a los trabajadores. Por ejemplo, un trabajador o un empleado de confianza no puede ofender a otro trabajador; si es así, por ejemplo el director de la UMF está comisionado como empleado de confianza, pero si hace algo contra algún trabajador, el sindicato puede pedir que le quiten ese permiso, esa comisión y lo regresen a su base (E2).

Por lo general, las coordinadoras del área no toman la prueba de Papanicolaou, son las demás integrantes del equipo quienes se rotan la práctica. En la UMF B había un rol establecido para ello, aunque en realidad, durante ocho meses, había sido responsabilidad de una enfermera reconocida por su habilidad. El cambio en el rol se suspendió porque una de las enfermeras del equipo se ausentó por enfermedad. La persona que la sustituyó era hombre y las tomas disminuyeron considerablemente. Entonces se acordó que la enfermera reconocida por su habilidad regresara.

Finalmente, las siete enfermeras de Medicina Preventiva coincidieron en señalar que el trabajo de esta área no es valorado entre sus compañeros porque las actividades dignas de reconocimiento se relacionan con los procesos de atención a la enfermedad, no con su prevención. El personal que labora en las salas de Urgencias, en quirófano o Terapia Intensiva es el de mayor reconocimiento porque tienen que actuar y decidir en momentos de mucha tensión. Dos enfermeras se refirieron a ellas como “héroes” (no utilizaron la palabra heroínas).

Enfermería es poco valorada, el trabajo se ve como algo sin mucho valor... Es que si ponemos jerarquías, lo máximo es el trabajo de las enfermeras en los quirófanos, tal vez no, primero el de las terapistas [sic] (enfermeras que trabajan en terapia intensiva). Una vez conocí a una, muy rápido, en un evento, yo quería platicar con ella, son héroes, no pude hablar mucho tiempo con ella. La veía como una jovencita ve a una estrella de basquetbol, con esa admiración. La vida en el hospital es diferente, aquí es más lento, allá no puedes perder tiempo, ¡qué esperanzas!, aquí le puedo decir: “Espéreme un poquito”, allá llegan a urgencias y hay que tomarle la presión, luchar contra la enfermedad, cada caso es un reto y son unos héroes. Tienes que responder y poner a funcionar las neuronas rápido, ahí aprendes que la vida depende del tiempo con el que reaccionas, en cuanto llegas tienes que tomar presión, canalizar... No me imagino cómo pueden dormir las terapistas, ¡peor si son terapistas en salas pediátricas! Aquí es más lento, el resultado no se ve. En quirófano son muchas cosas, yo le preguntaba a un médico cómo podía dormir y bailar, si trabajaba con bebés, si se le muere uno o no lo puede curar. Él decía que había que seguir. Eso sí me costaría mucho. ¿Cómo poder dejarlo a un lado y seguir la vida? Pero si yo hubiera tenido la oportunidad de escoger en las mismas condiciones la plaza de hospital o la de Medicina Preventiva hubiera escogido la de hospital. Yo pienso que el trabajo de Preventiva no se valora, piensan que somos unas flojas, y es que si lo comparas con el hospital, como te digo, con las de quirófano y las terapistas... a mí me gusta ahora, pero me gustaba mucho el hospital, aprendes mucho de cada caso (E3).

A excepción de una enfermera, las demás señalaron que cuando entraron a trabajar se cansaban o desesperaban por los ritmos y el tipo de trabajo, pero después vieron conveniencias en la flexibilidad de horario; consideraron que tenían una responsabilidad diferente que fueron aprendiendo a valorar, pero cuya importancia es menor y tienen que explicitar ante sus compañeros. El problema principal de sus actividades es que no se ven resultados espectaculares, no se convierten en heroínas, ni tampoco cuentan con información que indique de qué ha servido su esfuerzo —como por ejemplo el comportamiento de las tasas de mortalidad o morbilidad—, solamente saben cuál es la cuota de papanicolaous que deben cubrir durante el semestre o el año.

DELIMITACIÓN DE LOS ESPACIOS DEL PAPANICOLAOU EN LAS UMF

El espacio en la UMF A

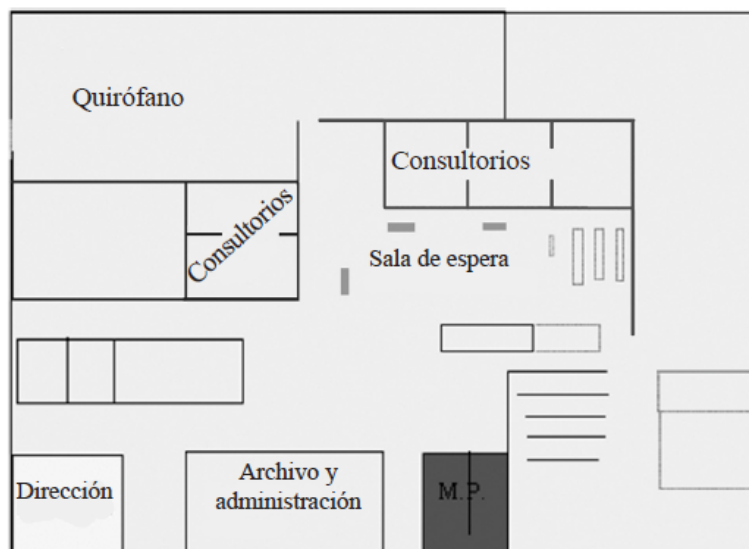
El primer contacto con la UMF A fue durante 1999, poco tiempo después de haber iniciado sus labores. El espacio, de paredes blancas y grandes ventanales, se compone de una farmacia, un consultorio dental, un estacionamiento, cinco consultorios de Medicina Familiar, una sala de emergencias que cuenta con un

pequeño quirófano donde se llevan a cabo operaciones que no requieren hospitalización (ambulatorias), el archivo, la administración y la dirección, dos baños, un pequeño patio entre los consultorios y el área de emergencias.

En la entrada, en una barra que comparte con personal administrativo, se encuentra la trabajadora social. Durante el tiempo que duró el estudio negoció con los directivos de la unidad la fabricación de algún tipo de separación que diera privacidad a las personas con quienes habla de temas diversos, algunos de ellos considerados íntimos, como planificación familiar, o cuando se les canaliza a diferentes servicios médicos. Después de seis meses de gestión logró que construyeran un espacio con material transparente, que si bien no permitía condiciones de privacidad ideales, al menos separaba al personal de áreas administrativas y del archivo, de las entrevistas con los pacientes.

En la [ilustración 5](#) delineamos los espacios según su utilización. La clínica es pequeña en relación con la cantidad de personas que atiende, pero en sus tres años de funcionamiento ha permitido facilidades de acceso a los derechohabientes, al acercar el servicio a sus hogares. Anteriormente, la población acudía a una UMF más grande, pero lejana a esta zona de la ciudad: a más de treinta minutos en transporte público. Los espacios dentro de la UMF son limitados y, por lo mismo, motivo de negociación y conflicto.

Ilustración 5. UMF A



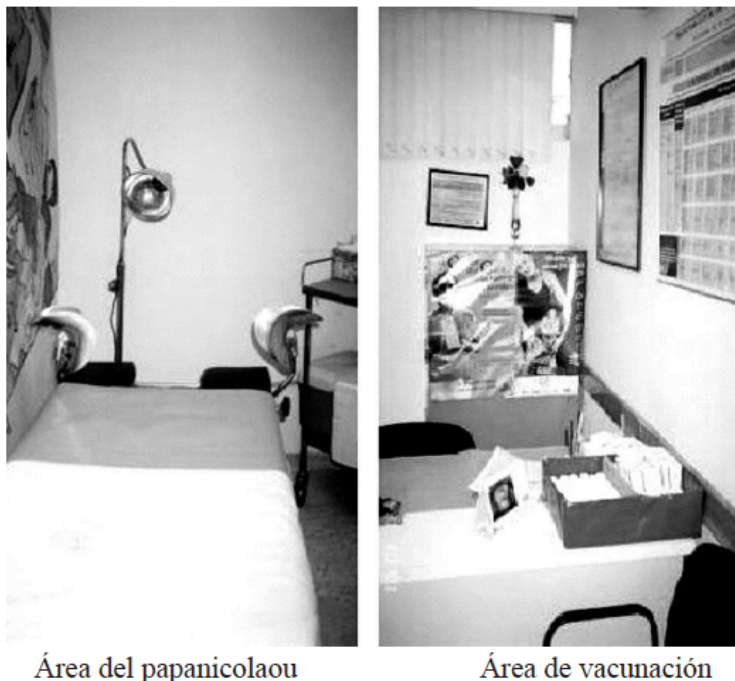
Fuente: elaboración propia, 2001.

Durante el tiempo que duró la observación etnográfica, Trabajo Social no contaba con un lugar apropiado para trabajar, sino que compartía un espacio común con la asistente del consultorio dental y personal de afiliación. A raíz de un diagnóstico y sugerencias que realizaron estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Sonora, y de las gestiones del director, de la responsable de Trabajo Social y de la enfermera que coordina Medicina Preventiva, se construyó una separación de cristal que posibilita mayor privacidad.

El consultorio de Medicina Preventiva en la UMF A tiene las dimensiones aproximadas de los consultorios de Medicina Familiar, pero se encuentra dividido en dos partes por un panel. Por un lado se encuentra el espacio de vacunación y en el otro el de la toma de la prueba de Papanicolaou (véase [ilustración 6](#)). Dicho consultorio mide aproximadamente 3.30 por 3.30 metros; dentro de este lugar, el área de la toma

mide 1.30 metros de ancho por 3.30 de largo, un breve espacio en el que se convive, se come y se muestran artículos variados para su venta. El panel que divide ambas áreas no llega al techo, pero las enfermeras lo consideran “un logro”, después de presionar al delegado del IMSS, cuando visitó la unidad, para que se construyera una pared. Al inicio de este trabajo, en 1999, el espacio estaba dividido solamente por una cortina y los niños que acudían a vacunación no siempre respetaban la división.

Ilustración 6. Interior del consultorio de Medicina Preventiva UMF A



En 2001, observamos cambios en la distribución del espacio que conocimos durante las primeras visitas a mediados de 1999; el más importante fue la ubicación de la cama. Anteriormente, al abrir la puerta, la parte final de la cama ginecológica, el instrumental y el asiento utilizado por el personal de enfermería se encontraban justo a la entrada y era factible que en alguna ocasión alguna persona entrara y observara directamente la toma. La distribución estaba pensada en función de la comodidad de las enfermeras, pero no de la privacidad o confianza de las mujeres. El cambio se debió a la sugerencia de una enfermera que llegó a trabajar a este lugar y movió la mesa de exploración en sentido contrario, de manera que si alguien abría la puerta, vería inmediatamente que el cuarto se encontraba ocupado. La misma enfermera colocó flores en la habitación contigua para hacer más acogedor el lugar. Se trata de iniciativas personales, no de la institución.

La ilustración anterior muestra algunos carteles en las paredes del consultorio de Medicina Preventiva, pero el único que las mujeres pueden leer desde su ubicación es el de la prueba de Papanicolaou, colocado tras el escritorio de las enfermeras. En repetidas ocasiones pudimos observar que preguntaban por la prueba cuando llevaban a vacunar a sus hijos. La ubicación de los carteles puede apoyar el trabajo de las enfermeras cuando se encuentran en lugares estratégicos; de otra manera corren el riesgo de no estar al alcance de los usuarios del servicio médico.

En el cuarto del papanicolaou hay un dibujo, realizado por una estudiante de enfermería en 1999, que representa la toma de la muestra. Desde la óptica del personal de enfermería representa “lo que es la técnica

de la toma”. Sin embargo, posiblemente por su ubicación, las mujeres entrevistadas después del papanicolaou no reportaron haberlo observado; veían que había algo en la pared, pero entre los sentimientos negativos que genera la prueba y la ubicación del dibujo, no repararon en sus detalles ni en su contenido. El dibujo representa la toma del papanicolaou como una prueba médica con tintes de operación quirúrgica; el personal que lo realiza está vestido como si estuviera en una práctica de este tipo (véase [ilustración 7](#)).

Cuando el personal de enfermería se refirió al dibujo entablaron una polémica acerca de si la parte superior era la luz del quirófano o la representación de un cervix. No recordaban qué había dicho la autora, pero ninguna cuestionó que se hubiera dibujado a la mujer o al personal de enfermería con esa ropa, ni que el tomador de la muestra pareciera ser un hombre con cubrebocas. Antes bien señalaron que “está muy bien porque dice cómo es”, refiriéndose a que tiene una función educativa e informativa. Nuestra interpretación del dibujo es que en su conjunto resalta tres elementos que no necesariamente forman parte de la práctica misma: la masculinidad del tomador, la profesionalización requerida para el papanicolaou y la asepsia.

Ilustración 7. Representación del papanicolaou en la UMF A



Fuente: Información etnográfica, 2001.

Entre las negociaciones para el uso de los espacios en la UMF A, se encuentra la del servicio de ortopedia. Para tratar de solucionar la carencia de un espacio físico para esta especialidad, se recurrió a la suspensión del servicio en el consultorio dental y en otras en el de Medicina Preventiva. Cuando sucedió esto último, se suspendió la toma del papanicolaou y la dirección de la UMF solicitó al personal de Medicina Preventiva que acudiera a las maquiladoras a realizar trabajo preventivo, “de inducción”, incluyendo la prueba de Papanicolaou. Entre el personal de enfermería, el cambio de rutina generó conflicto, algunas describieron que era “quitarles sus condiciones de trabajo” y, muy a su pesar, acudieron a trabajar a la maquiladora. La actividad parecía estar más en función de la utilización del espacio que de una estrategia de vinculación con los centros de trabajo.

La UMF A no cuenta con un espacio de convivencia para el tiempo de descanso, por lo que el personal adapta sus espacios de trabajo para ello. Atravesando la calle hay puestos comerciales donde los pacientes y el personal compran diversos alimentos. A pesar de no existir un espacio designado para el tiempo de descanso, en la UMF se dispone de varios lugares para pasar ese momento. Uno de ellos es el cuarto del papanicolaou,

un punto de encuentro para el personal de limpieza, enfermería y trabajo social. En otro espacio se reúnen las asistentes médicas, quienes utilizan el lugar donde se encuentran los expedientes para descansar y tomar café en medio de la jornada laboral.

El archivo es otro lugar de encuentro entre el personal que ahí labora, el administrador y algunos médicos familiares. También se utiliza el espacio de Urgencias cuando está libre, la parte exterior del estacionamiento y la jardinera. En estos dos últimos lugares se llevaron a cabo celebraciones como el Día del Médico, de la Enfermera, el nacimiento de un bebé, despedidas para el personal que se va a trabajar a otro lugar y la bienvenida de un trabajador o directivo.

Los espacios de trabajo se transforman por un momento en área de descanso y convivencia que están regulados en la jornada laboral, pero además expresan las relaciones dentro de la UMF. En muy contadas ocasiones (tres durante los dos meses) entró algún médico a Medicina Preventiva, y siempre a solicitud del personal de enfermería, para revisar a una mujer o compartir su comida con ellos.

Las relaciones de jerarquía se expresan en la utilización de los espacios. En este sentido, el cuarto del papanicolaou es utilizado por el personal que se encuentra en el nivel inferior, pero que en esta UMF tiene el “privilegio” de contar con un lugar para descansar y convivir, así como para compartir la mercancía que ellas mismas venden o de amistades a quienes se les permite hacerlo. El tipo de productos va desde un labial, tintes para el cabello, comida y ropa, hasta carros y rentas, o la venta de casas o terrenos. Si se requiere algún servicio durante el tiempo de descanso, los alimentos, la ropa o cualquier mercancía se cubre de las miradas de las usuarias con papel de estraza.

La convivencia durante el descanso reproduce o fomenta relaciones entre el personal que por lo general comparte el mismo estatus. Los espacios delimitan relaciones más o menos diferenciadas de profesión y actividad laboral; así, los médicos se reúnen en el cubículo del director cada miércoles para estudiar algún tema, las asistentes se reúnen detrás de los archivos y las enfermeras en Urgencias o en Medicina Preventiva. La jardinera detrás de los consultorios es un espacio común donde se celebran ocasiones especiales, cuando baja el calor, y cuando los baños no presentan problemas de drenaje, ya que el mal olor a veces no permite que se realicen estos eventos. Durante el tiempo de observación, la jardinera se utilizó para dar pláticas a mujeres embarazadas y diabéticos, actividades de corte de pelo y el festejo de asistentes médicas que cambiaron de UMF o que se retirarían tres meses debido a embarazo. También se celebró el Día del Médico y el cumpleaños de una de las asistentes.

El espacio en la UMF B

El primer contacto con los directivos de la UMF B se hizo en noviembre de 2001. Tenían un año de haber iniciado el traslado de consultorios y personal a un edificio cercano al hospital en el que atendían médicos familiares. En ese entonces, hacía falta que la mitad de los consultorios se reubicara.

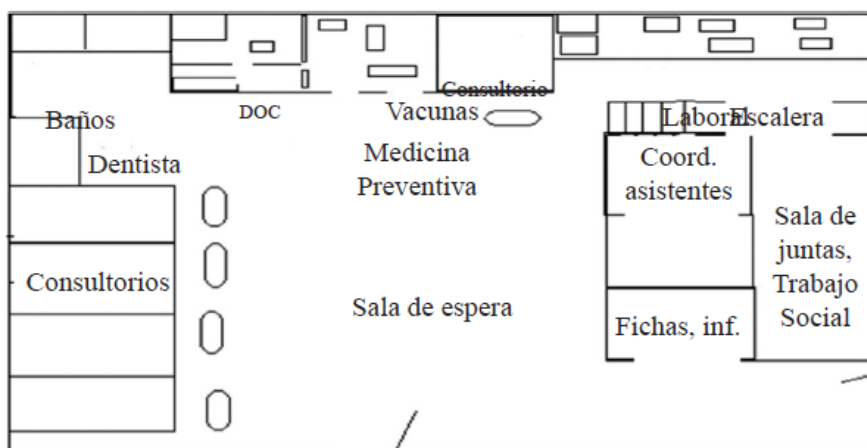
Las necesidades de mayor espacio en el hospital se desahogaron con el movimiento de los servicios de primer nivel de atención a la “nueva” UMF. Durante los dos meses que estuvimos en ella, el cuarto donde se tomaba el papanicolaou se reubicó en cuatro ocasiones, por lo que fue posible observar el proceso de negociación del lugar donde se tomaría la muestra, es decir, la discusión referente a su nueva ocupación. Los actores involucrados en la toma de decisión, de manera jerárquica, fueron el director de la UMF, el médico epidemiólogo y la coordinadora del personal de enfermería que laboraba en el programa.

Cuando llegamos a la UMF, el consultorio de Medicina Preventiva se dividía en dos consultorios espaciosos, uno que ocupaba el programa de vacunación y otro la prueba de Papanicolaou (véase [ilustración 8](#)); éste se encontraba ubicado en el primer piso en un espacio que correspondía a los consultorios de Medicina Laboral. Los planes iniciales señalaban que este servicio pasaría a Medicina Preventiva y Medicina

Laboral se reubicaría donde se realizaban las citologías. El plan se siguió pero en su aplicación hubo importantes modificaciones a considerar, por las cuales el lugar y la ubicación del mobiliario cambiaron en cuatro ocasiones. La siguiente ilustración comprende el primer piso del edificio y la forma en la que quedó distribuido el espacio.

Un año antes, cuando se encontraban en el hospital, el Programa de Detección Oportuna de Cáncer compartía espacio con el Programa de Planificación Familiar. Desde el punto de vista del personal de enfermería, esto traía ventajas y desventajas, pues permitía aprovechar la oportunidad de que las mujeres acudieran a la revisión del dispositivo y al mismo tiempo hacerse la prueba.

Ilustración 8. Planta baja de la UMF B, como quedó de manera definitiva



Fuente: elaboración propia, UMF 2002.

El personal médico también lo veía oportuno porque contaba con el apoyo del personal de enfermería, no solamente para el lavado de los espejos vaginales, sino para la revisión de los dispositivos. Sin embargo, entre el personal de enfermería, algunos trabajadores consideraban que esta relación implicaba realizar actividades que no les correspondían y generó cierto malestar que se manifestó cuando les propusieron mantener la misma ubicación en el espacio de Planificación Familiar.

Tiempo después de la separación de los dos consultorios, la enfermera que tomaba los papanicolaous notó disminuciones importantes en el número de tomas durante su turno, en comparación con las que hacía cuando los dos servicios ocupaban el mismo espacio físico: “Era más fácil, les decía que si querían aprovechar de una vez y muchas decían que sí, y les hacía las dos cosas” (E6).

Cuando se trasladaron al nuevo edificio, el espacio destinado al papanicolaou ocupaba el lugar que finalmente correspondería a Medicina Laboral; se ubicaba a un lado de la sala de espera. Era un espacio amplio de aproximadamente seis metros cuadrados en los que se distribuía el acceso a dos consultorios de Medicina Familiar, el escritorio de la enfermera y una separación con una cortina para la cama de exploración, donde se tomaba el papanicolaou, en un área aproximada de tres metros cuadrados.

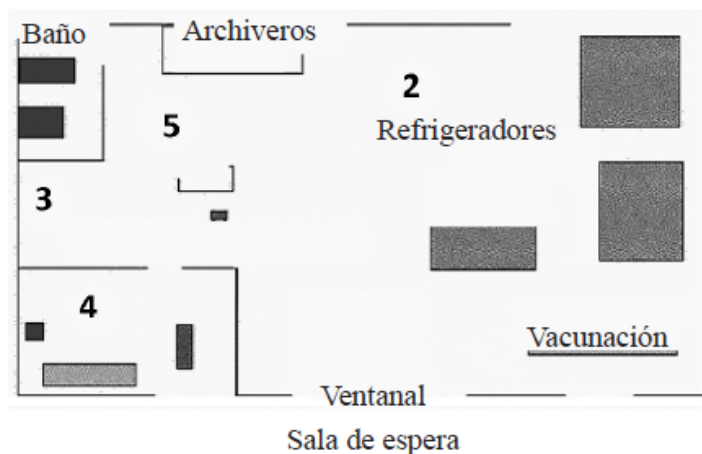
Las enfermeras del turno matutino dijeron estar muy cómodas con la ubicación; el único inconveniente era el paso de los pacientes hacia el consultorio, pero el lugar era amplio y les permitía contar con un espacio dedicado únicamente a la prueba. También era centro de reunión del personal de enfermería y de vez en cuando convivían con el médico del turno matutino, sobre todo antes de que se iniciara la consulta. El área de Medicina Preventiva se dedicaba exclusivamente a vacunación durante esta primera etapa de la investigación.

A finales de febrero se llevó a cabo el cambio de ubicación del mobiliario, para la toma del papanicolaou, hacia Medicina Preventiva; sin embargo, las condiciones en esta área habían cambiado. Los cambios referidos fueron la asignación de una plaza a un epidemiólogo que trabajaría con el equipo de MP, pero al no contar con un espacio destinado a su consultorio, se le instaló donde inicialmente se había pensado que podría quedar el servicio de DOC, y el lugar donde pudiera haberse ubicado la mesa de exploración se vio reducido. A lo anterior se sumó que los refrigeradores de las vacunas ocuparon un espacio mayor del que se había planeado, lo que recortó aún más las opciones de ubicación de la toma.

La enfermera que coordina el área de Medicina Preventiva hizo la primera sugerencia para la reubicación de la mesa de exploración. Propuso que se colocara en la parte posterior de los refrigeradores, de manera que funcionaran como división del servicio de vacunación; sin embargo, los refrigeradores no cubrían del todo y justo enfrente había un gran ventanal con vista hacia la sala de espera. El médico epidemiólogo sugería que el escritorio de la enfermera de DOC y la mesa de exploración entraran en el mismo espacio. En este lugar, la toma de la muestra se llevó a cabo únicamente durante dos días, no fue posible introducir el escritorio a la misma área de trabajo.

La negociación del espacio se llevó a cabo entre el epidemiólogo y la coordinadora de Medicina Preventiva; la opinión de la enfermera de Detección Oportuna de Cáncer no fue tomada en cuenta para el acomodo de los refrigeradores. Durante la toma de citología, comentó con molestia que no le parecía una buena opción porque no podría meter su escritorio, por lo que tendría que quedarse en el espacio común tal y como estaba en ese momento (véase [ilustración 9](#)). Para realizar este cambio, tumbaron una división y colocaron la mesa de exploración detrás de los refrigeradores. Sin embargo, la enfermera de Detección Oportuna presionó a su coordinadora para renegociar la ubicación de la toma y logró que se utilizara un espacio junto al baño, un lugar muy pequeño en el que la mesa debía estar esquinada, ya que de otra manera no era posible realizar la toma.

Ilustración 9. Cambios de ubicación del mobiliario e instrumental para la toma del papanicolaou dentro del área de Medicina Preventiva



Una vez dentro del área de Medicina Preventiva:

2. Reubicación hacia área de refrigeradores.
3. Cambio dentro del área de MP al cuarto ubicado al lado del baño.
4. Último movimiento hacia el espacio que cedió el médico epidemiólogo.

Nota: La numeración se inicia con el número dos porque la primera reubicación fue cuando pasó de Medicina Familiar a Medicina Preventiva.

En este mismo lugar había un archivero, un bote de basura y durante un tiempo algunas cajas con materiales. No dejó de llamarnos la atención la rapidez con la que se tomaron las decisiones de los arreglos de esta área, porque había que aprovechar el tiempo que el personal de mantenimiento tenía destinado a esta tarea. En esos momentos se revisaron las decisiones y se hicieron cambios en relación con los plafones, tomacorrientes, cortinas, puertas o muebles.

El cuarto no tenía ventilación y era del tamaño de un clóset de metro y medio de largo por un metro de ancho (véase [ilustración 10](#)), con lo que el carrito del instrumental y el escritorio de la enfermera quedaron fuera nuevamente, pero la cama de exploración quedó protegida de las miradas de la sala de espera. Mientras tanto, al médico epidemiólogo le fue asignado un consultorio con entrada directa desde la sala de espera que contaba con mejor iluminación y era de tamaño suficiente para colocar la mesa, el escritorio de la enfermera y el carrito de material. Durante un mes se tomó la muestra en este espacio reducido al que dividía una cortina del área común. El personal de enfermería se quejaba de haber empeorado en comparación con el espacio que tenían en el hospital, y con mayor razón en relación con el último lugar donde estuvieron tomando la muestra. La mayor parte de las mujeres que conocimos durante la toma del papanicolaou no se quejaron del espacio; lo describieron como pequeño pero limpio, a excepción de una de ellas, quien en tono de broma lo comparó con los cuartos y las cortinas de un burdel.

Ilustración 10. Tercer lugar de la toma de la muestra en la UMF B



Con el médico epidemiólogo había una relación muy tensa; la coordinadora consideraba invadido su espacio laboral y su jerarquía, y trataba de delimitar sus funciones ante la autoridad del médico.

Después de un mes, el epidemiólogo consideró que no requería un consultorio tan amplio para recibir a pacientes que no valoraría físicamente. Por iniciativa propia cambió su escritorio al espacio donde se tomaba el papanicolaou, y en los últimos diez días de la observación la prueba se llevó a cabo en el espacio que había ocupado ofreciendo consulta de programas preventivos y seguimiento epidemiológico (véase [ilustración 11](#)). En este espacio cupo holgadamente la cama de exploración, la mesa de instrumental, el escritorio de la enfermera, sus papeles y carteles informativos, de los cuales ninguno se refería al papanicolaou.

Ilustración 11. Cuarto y último lugar de la toma de la muestra en la UMF B



El inconveniente del nuevo espacio es que la puerta se encuentra al lado de la cabecera de la mesa de exploración y frente a la sala de espera. Igual que el personal de vacunación, el de enfermería tiene que cerrar la puerta con seguro cada vez que una mujer entra a la toma de la muestra. Sin embargo, la ubicación actual permite mayor ventilación del espacio y comodidad a las mujeres.

La ventanilla donde se entregan y solicitan los resultados queda frente a la sala de espera, por lo que la intimidad de la prueba se pierde (véase [ilustración 12](#)). En ocasiones las enfermeras piden a la mujer que entre al espacio del DOC o de vacunación para recibirlos, pero por lo general se entregan en ventanilla.

Como puede observarse en la siguiente fotografía, tomada desde el interior del espacio de Medicina Preventiva, la ventanilla frente a la que se forman las personas no permite una entrega confidencial de resultados, y aun cuando el programa indica que es el médico familiar quien ha de hablar con ellas, en ocasiones en este lugar se les confirma si salieron bien, o de lo contrario, si hay algún problema se les pide que acudan con mayor urgencia a su médico.

Ilustración 12. Ventanilla de Medicina Preventiva, UMF B



Los espacios para la prueba proporcionan condiciones para una atención de mayor o menor calidad. Sin embargo, las decisiones para su mejora no parten de las necesidades de quienes hacen de manera cotidiana el trabajo de detección oportuna, o bien, para ejercerse dependen de los recursos y jerarquías de autoridad.

En la UMF A, la construcción de la división entre las dos áreas de vacunación y de DOC fue a insistencia de una de las auxiliares de enfermería, quien aprovechó la visita de un directivo a la UMF para solicitarla, mientras en la UMF B, el lugar donde se encuentra actualmente la toma de DOC dependió fundamentalmente de la decisión del médico del área y de la enfermera de MP. En ninguno de los dos casos se había considerado la necesidad de mejorar las condiciones de privacidad y las necesidades que implica el procedimiento.

Las decisiones para mejorar las condiciones dependieron de la insistencia y negociación del personal por dos vías distintas: en la UMF A la enfermera auxiliar pasó por encima de los canales del director y la responsable del área, mientras que en la UMF B se respetaron los niveles de jerarquía durante el proceso de negociación del espacio; en ambas situaciones se lograron mejoras para las usuarias y el espacio de trabajo del personal de enfermería.

Los espacios son los escenarios donde se llevan a cabo las prácticas de DOC, pero a su vez delimitan y propician relaciones entre el personal, las usuarias y los prestadores de servicios médicos. Si bien existen límites de recursos institucionales, pensamos que se requiere una reflexión sobre las interacciones que ahí se llevan, y establecer mecanismos institucionales que partan de la experiencia y las necesidades detectadas por el personal que labora en su interior, y no solamente de la buena voluntad de quienes ahí trabajan.

En la reconstrucción de las rutinas del personal de enfermería durante el papanicolaou podemos analizar su práctica, la relación que establecen con las mujeres, identificar variantes e implicaciones en las formas de organización de la atención en los servicios de MP. A través de ellas se reproduce y recrea lo que es el PDOCC en las UMF, mismo que tiene una estructura formal similar, pero que implica algunas variantes en las prácticas del PDOCC en las dos UMF estudiadas.

En las dos UMF, el personal de enfermería es responsable de las actividades de detección oportuna de cáncer cervical y mamario, diabetes, tuberculosis, hipertensión arterial, vacunación de Sabin (polio), triple viral, cuádruple, rubéola, DPT, antirrábica, hepatitis, BCG, antitetánica, neumonía, así como de la distribución de antiparasitarios, sobres de suero oral y cartillas de la mujer. El personal de Medicina Preventiva recibe el mismo salario por su jornada laboral, sin importar el número de pruebas de DOC que realice. Su trabajo es evaluado a final de año de acuerdo con las metas establecidas en los padrones de derechohabencia, pero durante la jornada laboral no hay mayor incentivo económico en tanto reconocimiento de logros del PDOCC. La evaluación que conocen es respecto al número de pruebas, pero no existen mecanismos establecidos para conocer los frutos de su trabajo cotidiano, en términos de la disminución de la mortalidad por cáncer cervical, o en algún otro programa. En el capítulo anterior señalamos que antes de llegar a Medicina Preventiva e iniciar este proceso, la mayoría de las mujeres acude a solicitar información y posteriormente regresa a hacerse la prueba. Los siguientes ejemplos son los más comunes para diferirla.

Sra.: Vengo a hacerme la prueba del cáncer.

E2: ¿Cuándo fue la fecha de su última regla?

Sra.: Antier fue mi último día de regla, me mandó el doctor a que me la hiciera.

E2: ¿Desde cuándo no se lo hace?

Sra.: Hace dos o tres años. El doctor ya van dos veces que me lo pide.

E2: Así no se lo puedo hacer, tienen que pasar siete días después de su menstruación, m'hija.

Sra.: Pero ya me lo pidió de vuelta.

E2: Aquí te espero porque si no, no te va a servir.

Sra.: Me dijo el médico.

E2: Es que ellos a veces no manejan lo de aquí y así no se puede. Aquí te espero.

(La señora se queda callada y se retira).

Sra.: Vengo a ver si puede hacer la prueba del cáncer.

E2: ¿Fecha de última regla?

Sra.: Hace dos meses que no me baja la regla.

E2: No, así no se la puedo hacer. Cuando le venga la menstruación, cuente una semana después de que se le quite la regla a partir del último día de sangrado, y sus cuarenta y ocho horas sin relaciones sexuales, sin medicamento por abajo, siete días después de que se le quite la regla.

(La señora se fue).

Sra.: ¿Aquí me pueden hacer la prueba del cáncer?

E3: Sí, aquí es, pásele ahorita que no hay nadie. ¿Viene en condiciones?

Sra.: ¿Cómo debe venir uno?

E3: Siete días después de tu regla, veinticuatro horas sin relaciones, no usar medicamento por abajo y su baño diario.

Sra.: Ah... bueno, otro día vengo.

E3: Aquí la esperamos.

El número de días, el posible embarazo o alguno de los requisitos que las mujeres guardan en silencio son los motivos por los que no se atendieron. Los requisitos no son los que indica la normatividad, la cual solamente señala la menstruación como impedimento.

Lo anterior implica, para la mayor parte de ellas, dos visitas a las UMF. En la primera acuden a cualquier otra práctica de atención médica o administrativa, y se les informa sobre los requisitos; en la segunda por lo general van a hacerse la prueba porque consideran que cumplen con los mismos. En la UMF A esto sucede con mayor frecuencia porque el personal de enfermería solicita a las mujeres más requisitos que en la UMF B. En este segundo espacio, las mujeres hacen una misma fila con otras personas que acuden a vacunarse o a recoger resultados del papanicolaou, y al llegar a la ventanilla entregan su tarjeta o cartilla. Con ella, la enfermera que exclusivamente toma la prueba, va llamando a quien sigue, de manera que las mujeres después de entregar su cartilla, tienen que esperar tan sólo la duración del papanicolaou anterior y no a las usuarias que acuden para otras prácticas preventivas y el proceso se vuelve más ágil.

Una vez que las mujeres acuden a la UMF para que se les tome la prueba, el patrón general de la rutina comprende cuatro momentos diferentes: a) la espera; b) el llenado de los formatos; c) la toma del papanicolaou; d) las indicaciones finales.

La espera

En la UMF B las mujeres aguardan en la sala de espera entre cinco y veinte minutos, dependiendo del número de personas que las anteceden. En la UMF A la espera se realiza fuera del consultorio, en la misma fila de quienes acuden a vacunación, y dependiendo de la hora de llegada y del número de personas, el tiempo para que las atiendan varía de quince a treinta y cinco minutos aproximadamente. En ocasiones las mujeres se hacen acompañar por algún familiar o amistad en esta parte de la rutina, pero por lo general entran solas al consultorio.

En la UMF A la espera es más prolongada, por varios motivos. Por lo general el número de personas que acuden al papanicolaou es mayor al de vacunación. Sin embargo, el personal de enfermería prefiere preparar los materiales del programa de vacunación en las mañanas y atender durante la primera hora. Con ello se buscaba que la fila de espera no creciera demasiado y retrasara la atención en general. En cambio, en la UMF B hay una persona disponible para el DOC desde las ocho de la mañana.

Un segundo motivo se encuentra también en la forma de organización del servicio, ya que las mujeres no son atendidas por una misma persona que se dedique tanto a vacunación como al DOC. El vínculo entre los programas se encuentra en el personal que atiende en ventanilla cuando las mujeres solicitan la prueba, pero por lo general la enfermera se dedica a realizar la citología. Finalmente, la experiencia del personal de enfermería implica diferencias en la estrategia de manejo de la tensión de las mujeres, en la pericia para localizar el cérvix y la rapidez para realizar la prueba.

Es decir, la organización de las actividades cotidianas del personal de enfermería impacta los tiempos de espera de las mujeres que solicitan la citología. En la UMF A una misma enfermera toma el papanicolaou, promociona y aplica algunas vacunas, mientras que en la B se canaliza a las mujeres con personal distinto para cada programa. La estrategia que adoptan en la UMF B permite dar seguimiento a las actividades de la persona

responsable de la toma matutina, mientras que en la UMF A la práctica y el seguimiento de cada una de las enfermeras se diluye en los reportes de enfermería.

En ninguna de las UMF el personal de salud tenía a su disposición materiales de promoción del programa. En la A había un cartel y en la B no había más que un letrero que señalaba el lugar en donde se realiza el PDOCC. En años anteriores, en la UMF A se mostraba un video en la sala de espera, mismo que retiraron porque era difícil controlar el volumen y el ruido en la sala.

Formatos

Una vez que ha llegado su turno, las mujeres entran y se sientan en el escritorio de las enfermeras; esto es similar en las dos UMF. Las enfermeras aplican un cuestionario de rutina que se envía posteriormente al laboratorio junto con la laminilla. Los datos básicos solicitados son número de afiliación, número de consultorio en el que recibe atención médica, nombre, lugar de residencia y teléfono, o nombre de alguna persona para localizarla en caso de que sea necesario. Posteriormente se indaga sobre las condiciones ginecoobstétricas, entre ellas la fecha de la última regla, y finalmente se registran las observaciones de sintomatología que puede realizar la enfermera durante la exploración. Además de tocar estos temas, preguntaban sobre planificación familiar, o quién las enviaba al DOC, y en contadas ocasiones (dos) sobre estilos de vida (ejercicio). Por lo general siguen el formato más o menos al pie de la letra. Las interrupciones de las usuarias a esta rutina fueron muy pocas. En la UMF A solamente se rompió el formato de la entrevista en tres ocasiones, para tratar otros temas. La primera fue cuando alguien habló del estado de salud de una enferma que cuidaba, y que el personal de enfermería conocía por haber sido trabajadora del instituto durante muchos años, y dos ocasiones más en las que las usuarias llevaron un regalo para agradecer la atención.

En la UMF B las interrupciones por parte de las enfermeras fueron más frecuentes cuando las mujeres eran jóvenes. En sentido contrario, quienes rompieron la rutina abordaron una mala experiencia sobre la prueba en otro lugar. Una mujer narró que el médico de otra institución le aseguró que el DOC no servía y que debía realizarse un estudio con el colposcopio. En dos ocasiones más las mujeres negociaron con el personal que sus hijos se quedaran en el escritorio mientras les hacían la prueba al otro lado de la cortina y una más preguntó sobre el instrumental. Al menos siete mujeres en la UMF B y cuatro en la UMF A preguntaron sobre síntomas que les preocupaban antes de la prueba. A continuación se muestra un ejemplo de cómo se rompe el proceso de llenado del formato. En éste la enfermera inicia la conversación ampliando el tema de planificación familiar y la mujer, de veintitrés años, narra su dificultad para lograr embarazarse.

E6: Si no te cuidas, ¿quieres embarazarte?

Sra.: (La señora levanta la voz) ¿Mande? Lo que pasa es que yo batallo mucho para embarazarme.

E6: Ah, bueno, no ovulas, por eso...

Sra.: Y ahorita traigo un problema, me duele mucho, mucho mi, adentro siento mucho malestar.

E6: ¿En la vagina?

Sra.: ¡No, adentro, adentro!

E6: ¿Hasta adentro?, ¿del cuello? Muy bien, ¿desecho, comezón, ardor? ¿Molestias con la relación?

Sra.: Nada, nada, nada.

E6: ¿Molestias en las relaciones?

Sra.: Nada, nomás me duele y la vez pasada que vine estaban en otra parte.

E6: Sí.

Sra.: Y le dije yo a la, a la doctora que cada rato a mí me baja, me sale como, no orines, sino, como desecho, pero no...

E6: Medio líquido, ¿eh?, que parecen orines, pero...

Sra.: Sí, pero no es, no apesta ni nada. Entonces yo me acabo de hacer prueba de, exámenes de orina, a ver si tenía infección y no, porque quiero embarazarme y no, todo salió bien.

Mientras en la UMF B el tema de la vacunación prácticamente no aparece en los diálogos, en la A forma parte de la rutina, de manera que encontramos el tema en 86 por ciento de los papanicolaous observados; en la B solamente aparece en 7 por ciento de los encuentros registrados.

E2: Sus vacunas, doña, ¿cómo anda con sus vacunas?

Sra.: ¿Qué vacuna?

E2: Su vacuna de la neumonía, la vacuna del tétano...

Sra.: No.

E2: ¿Segura que no sabe usted?

Sra.: Nomás la del ¿cómo se llama?

E2: ¿Quiere que le ponga la de la neumonía? Es una vacuna sola para cinco años.

Sra.: Y quería que me pusiera la del tétano, porque me caí y se me metió una piedra aquí y como soy diabética.

E2: ¿Y desde cuándo no se pone vacuna del tétano?

Sra.: ¡Uuuh!, ya hace mucho.

E2: ¿Qué tan mucho?

Sra.: Tendría como tres años en el Seguro.

E2: ¿Pero cuándo ingresó al Seguro, madre?

Sra.: Al Seguro entré, tengo como once años. Y este, se me clavó una piedra ahí, y no me la quité luego y ya cuando me la saqué, ya me dolió, una piedrita chiquita, pero me la puse a sacar con un sacacejas y viera, me la volví a mover y el chorro de sangre, y soy muy sangrona con cualquier cosita, y me dijeron “¡vacúnese para el tétano!”

Durante esta parte del papanicolaou, en las dos UMF las enfermeras entregan la tarjeta o cartilla de la mujer, en la cual anotan la fecha en la que se hicieron la prueba, y les sugieren que la lleven consigo cuando regresen por sus resultados. Sin embargo, en la UMF A se pregunta sobre el programa de vacunación y se invita a las mujeres a que se apliquen las vacunas disponibles en el consultorio, mientras que en la UMF B la enfermera se remite a llenar el formato en los aspectos referentes al programa del DOC y datos generales. En los dos lugares la cartilla cumple un papel importante en términos de búsqueda de resultados, sobre todo cuando la mujer no es derechohabiente, o no se encuentra registrada en esa unidad sino en otra.

Además de llenar el formato del laboratorio y de la cartilla o tarjeta, las enfermeras llevan un registro de la información necesaria para organizar y localizar los resultados. Este procedimiento es distinto en las dos UMF debido a la ubicación en la que se encuentran; en la B la enfermera puede recoger los resultados en el laboratorio, mientras que la A depende del envío del laboratorio.

En la UMF B, en esta primera parte, se informa a la mujer que sus resultados llegarán un mes después y ha de acudir por ellos al lugar donde se encuentran. En la UMF A esto sucede al final de toda la rutina.

E5: ¿Fecha de tu última regla?

Sra.: No recuerdo la fecha.

E5: Pero, ¿no estás menstruando ahora?

Sra.: No.

E5: Mjm, muy bien, en un mes va a estar tu resultado, vas a venir a recogerlo aquí con la tarjeta, ¿muy bien? Pásale ahí enseguida, corre las cortinas, quítate tu pantalón, tu pantaleta y te subes a la mesa por favor. (Se dirige a otra señora que entró al espacio al mismo tiempo). Ahora sí te puedes sentar.

Una diferencia importante entre las prácticas del personal de enfermería de las dos UMF es la solicitud de requisitos: mientras que en la A se solicitan siete días posteriores al término de la menstruación, veinticuatro horas sin relaciones sexuales, no utilización de medicamento vaginal y baño diario, en la B únicamente se pide que no se encuentren menstruando.

E2: ¿Fecha de última regla?

Sra.: La semana pasada, el 20.

E2: El 20 de octubre, ¿tratamiento vaginal, no has tenido?

Sra.: No.

E2: ¿Relaciones las últimas veinticuatro horas?

Sra.: (Con la cabeza dice que no).

E2: ¿Baño diario normal?

Sra.: Sí.

Durante esta parte suele haber más interrupciones en la UMF A que en la B. Entendemos por interrupciones los momentos en los que la rutina cambia porque alguien extraño a la prueba hace algún comentario verbal o entra al área donde la enfermera se encuentra haciendo esta parte de la entrevista, incluyendo a otras enfermeras, usuarios, personal de intendencia, médicos, etcétera. En la UMF A la ubicación del consultorio propicia esta situación porque los usuarios necesitan tocar la puerta, en caso de que se encuentre cerrada, para preguntar si se les puede atender, o bien, si se encuentra abierta, se asoman sin que medie otro tipo de personal como sucede en los consultorios de Medicina Familiar, en los que la figura de la asistente médico es clave para lograr la privacidad durante la consulta. Las enfermeras responden a los usuarios desde dentro que esperen su turno, para lo cual interrumpen el diálogo con la persona que se encuentran atendiendo.

Debido a lo anterior, 85 por ciento de los papanicolaous grabados en la UMF A presentan alguna forma de interrupción; 66 por ciento de éstas se concentra en la primera parte:

E1: ¿Fecha de última regla?

(Entra una señora al consultorio de Medicina Preventiva).

Sra.: ¡Vengo a vacunar!

E1: Sí, mi amor, ahorita, terminando con ella, vas pasando, con todo gusto,

Sra.: Bueno.

E1: (Se dirige a la señora que abrió la puerta) Cíérrela porque la voy a interrogar, ahorita la atendemos, m'hija ¿eh?

En general, la UMF B tuvo menos interrupciones, incluyendo la primera parte del papanicolaou, solamente se dieron en cinco ocasiones. En este lugar hay dos condiciones que favorecen este resultado: la ubicación dentro del consultorio y el personal detrás de ventanilla, pues permite filtrar a las personas que acuden a la DOC.

Esta parte de la rutina termina cuando el personal de enfermería indica a las mujeres que pasen al área donde se encuentra la mesa de exploración. En la UMF B es un proceso rápido y el personal que trabajaba en la DOC les pedía de manera uniforme correr la cortina, quitarse la ropa y subirse a la mesa. Al mismo tiempo que las mujeres hacen esto, las enfermeras de las dos UMF terminan de anotar los datos y llenan el portaobjetos con la información del número de derechohabiente, o bien con el nombre y fecha de nacimiento de las usuarias. Con ella en la mano pasan al espacio donde toman la muestra. Durante esta etapa, el personal de enfermería refirió como dificultades para la práctica no contar con materiales tales como formatos para el laboratorio, pero principalmente el problema de escribir sobre vidrio con lápices que no tienen buena punta.

Las pocas mujeres que acudieron con sus hijos pequeños negociaron en este momento que el personal de enfermería los cuidara mientras se realizaba la toma. Este caso fue observado en una sola ocasión en la UMF B, cuando un estudiante se hizo cargo de una niña menor de tres años de edad.

La toma del papanicolaou

En las dos UMF el personal de enfermería deja la laminilla en la mesa del instrumental. Sin embargo, esta práctica se presenta con algunas variantes; por ejemplo, algunas enfermeras la utilizan para abrir la bolsa en la que se encuentra el espejo desechable y piden a las mujeres que se acomoden hacia la parte inferior de la mesa de exploración ginecológica. Las enfermeras se colocan los guantes y proceden a tomar la muestra.

Por lo general la enfermera entra cuando la mujer ya se encuentra arriba de la mesa y le indica cómo debe acomodarse.

E3: Tus pompis las quiero aquí, y tus corvas van a quedar ahí, tus pies van a colgar para acá. (Se escucha como si alguien estuviera moviendo algún cajón o algún instrumento de aluminio. La enfermera empieza a tararear una canción, mientras se prepara para la toma).

Sra.: ¿Acostada?

E3: ¿Mande? Acuéstate y luego te recorres o te impulsas con tu cadera. (Continúa tarareando la canción durante veinte segundos, se detiene y abre la bolsa del espejo, deja cercanos el citobrush y la espátula de madera). Vas a sentir una molestia, ¿no? Respira con la boca abierta, eso, con la boca abierta, no aprietes tus pompis, porque si las aprietas te lastimo, ¿no?... Está bien tu cuello.

Durante el periodo de observación, la UMF A no contó con bata para las mujeres, y en la B había sólo una que permanecía sobre la mesa de exploración. La mayoría de las mujeres prefería utilizarla como sábana o no usarla, porque no sabían quién la había utilizado antes que ellas y temían contraer alguna enfermedad. En la UMF B por lo general la enfermera describía la postura para el DOC como un parto.

Sra.: ¿Me subo aquí a la cama?

E: Sí, así como si fueras a tener un bebé. (La enfermera prepara los materiales, se acerca a la mesa móvil y abre el plástico del citobrush, con el vidrio del portaobjetos, rompe el plástico de los guantes, se los pone y toma el abatelenguas).

Éste es el momento de mayor tensión para algunas mujeres, sobre todo para quienes acuden por primera ocasión, porque en él se realiza el procedimiento. Entre los pánicoalouos grabados, en siete de ellos hay manifestaciones verbales de molestia y tensión, cuatro se registraron en la UMF A y tres en la B; tres son de mujeres que acudieron por primera vez. En dos ocasiones, con mujeres con práctica subsecuente, el pato se rompió durante la toma debido a la presión ejercida con sus muslos (por encontrarse muy tensas) y a que los espejos o patos desechables tienen una parte que es frágil para detener la apertura necesaria. Por lo general no representa riesgo de daño, pero la tensión aumenta y no es posible tomar la prueba de los lugares necesarios cuando la enfermera no puede observar lo suficiente; a veces es necesario utilizar uno nuevo. En una ocasión más, después de que la paciente se había retirado, la enfermera señaló que el espejo se había atorado y había sido necesario romper la cejilla para retirarlo; esto fue considerado como un defecto del instrumental y las enfermeras tienen que aprender a trabajar con ellos para no lastimar a las mujeres.

Durante el pánicoalouo, por lo general las mujeres volteaban hacia el techo (60 por ciento) y/o cerraban los ojos con fuerza (30 por ciento); algunas se esforzaron por bajar su ropa (25 por ciento) tratando de cubrir su cuerpo. La comunicación no verbal en general expresa tensión en poco más de 70 por ciento de ellas.

Las principales dificultades que señaló el personal de enfermería durante la prueba se deben en gran medida a la compra de espejos de un solo tamaño, el mediano, y en ocasiones, la diferencia para lograr con ellos una buena citología depende de su pericia. Las mujeres muy estrechas, o por el contrario, que necesitan un instrumento más grande, requieren que la enfermera encuentre la forma de ver el cérvix con estos instrumentos.

E3: (Risa). Sí, aquí estaba en junio. (Se refiere a un enfermero que tomaba la muestra antes). Voy a mover tantito el espejo... no le alcanzo a mirar el cuello, ¿no, doña? Me dice si la molesto, o mejor dicho, si la molesto no me diga nada, si le duele.

Sra.: No.

E3: No, si le duele me dice; es que estos espejos están muy cortitos, no alcanzo a mirar. (Silencio de cinco segundos mientras E3 intenta ver el cuello).

Algunas enfermeras aprenden a manejar el espejo con una mano y en caso de tratarse de mujeres estrechas, no lo abren del todo para evitar lastimirlas, mientras que en el caso contrario tienen que presionar para lograr ver el cérvix y obtener el material para la citología, lo que ellas llaman “hacer que salte” y observar y tomar la muestra.

El espacio reducido en el que se toma la muestra puede convertirse a la vez en una dificultad añadida a la práctica. Por ejemplo, no siempre fue posible contar con buena iluminación porque era difícil encontrar un lugar adecuado para colocar la lámpara. Pero la principal dificultad que se mezcla con las cuestiones técnicas de la prueba, de acuerdo con el personal de enfermería, es el manejo de la tensión de las mujeres, para lo que no han recibido capacitación alguna. En la vida cotidiana de su servicio profesional han aprendido estrategias diversas, que van desde aportar información sobre el procedimiento y tratar de calmar a la paciente describiendo lo que se le hará, hablar de temas que sean familiares con el fin de distraerlas mientras toman la muestra, hasta el silencio y el regaño. Todas ellas implican la construcción de relaciones que las enfermeras califican como de mayor confianza para las mujeres, por supuesto desde una jerarquía superior frente a las usuarias, de las que esperan reconocimiento a la profesión y a su experiencia. Las enfermeras dan indicaciones a las mujeres sobre lo que han de hacer y en ocasiones de lo que es la prueba y por lo general las usuarias entran a esta relación en términos de obediencia/sumisión. Si bien la relación no es tan vertical como con el personal médico, la distancia se mantiene necesariamente bajo control del personal de enfermería.

Las estrategias variaron en función del nivel de tensión de las mujeres, en combinación con la frecuencia de la práctica y la edad. Es decir, cuando acudieron por primera vez y eran más jovencitas, las enfermeras pusieron mayor cuidado para explicarles en qué consistiría el procedimiento, porque consideran que pueden estar más tensas que quienes ya han tenido experiencias previas:

E3: Súbete aquí, mira, tus pompis las quiero en este... y te vas a poner piernas...

Sra.: ¿Así?, ¿como si fuera a parir?

E3: ¡Como si fueras a parir! Te me vas a poner ahí.

Sra.: ¿No me va a doler?

E3: No te va a doler, mira, va a ser un poco molesto, porque tú sabes que es un poco molesto, ¿verdad? Pero no es doloroso; si te platicaron que es doloroso, yo te digo que no es cierto; ahorita tú te vas a dar cuenta que no es doloroso y si tú cooperas conmigo menos doloroso va a ser, más bien es molesto, porque estoy introduciendo un aparatito en tu vagina, en tus partes, es molesto, no es la misma, pero no es cosa del otro mundo, ¿bueno?... tú vas a cooperar conmigo, mira no es muy grande, es esto. (Lo enseña de lejos).

Sra.: Me duele aquí, ¿no está muy abierto eso?

E3: Ya voy a terminar, aguántame un momentito. Ya fue todo.

Cuando las enfermeras proporcionaron información a las mujeres, a veces descalificaron la que ellas habían obtenido en sus redes familiares y de amistad, presuponiendo que era negativa e inducía al temor. En el ejemplo anterior, la enfermera de la UMF A estaba tomando la muestra a una joven de 18 años de edad, y el caso que mostramos a continuación se trata de una usuaria de la UMF B, de 19 años. Las enfermeras toman en consideración lo que creen que las mujeres saben sobre la prueba para descalificarlo, pero ofrecen a cambio poca información. Se espera que la mujer aprenda de su experiencia y, en el mejor de los casos, se les enseña el aparato durante la prueba pero desde lejos, cuando ya se encuentra sobre la mesa de exploración.

E6: (A la señora). Completamente en la orilla tus nalgas, m'hijita, hasta acá y aquí los talones, por favor, esto es un poco molesto, ¿eh? Agradable no es, desde ahorita te lo digo, ¡bájate más, no te dé pena! A ver, acuéstate, pon tus pies aquí, ahora resbálate pa' cá pa' enfrente. (Se escucha el papel que cruje mientras la señora se acomoda). Más, un poquito más. Ok, está perfecto, vas a separar bien tus piernas, lo más que puedas, a ver. (La señora se queja y luego ríe, nerviosa). No te... ay, ay, sí, qué buen chiste. No te dé pena, m'hija, separa bien las piernas, es un ratitito, sepáralas, entre más separadas estén y estés más tranquila, flojita, esto molesta menos porque de hecho pues te va a molestar un poquito.

Sra.: ¡jijj.

E6: Tranquila, ¿sí?, por favor, es un ratito nada más, necesitamos un ratito pa' tomarte la muestra, ¿te está molestando?

Sra.: No.

E6: ¡Ah!, ¿ya ves?, ¿y qué te habían dicho?

Sra.: Que dolía.

E6: ¿Que te cortaban un pedazo? Así dicen muchas (mujeres). Ya fue todo, pero espérame porque tengo abierta esta cosa...

Sra.: Muchas dicen, ¿no es cierto que te cortan un pedacito?

E6: ¿Así te han dicho?

Sra.: Eso me dijo mi vecina...

E6: No, no le hagas caso a la vecina, ven y háztelo y ya veremos, ¿verdad, m'hija?, eso fue todo.

Con las mujeres que tienen características contrarias, es decir, son mayores de 25 años, han tenido varios partos vía vaginal y tienen una práctica subsecuente, el personal de enfermería establece una relación distinta; solamente espera confirmación de lo que considera información suficiente sobre la prueba. Por lo general, se le pregunta a la mujer en tono de afirmación: “¿ya sabe a lo que viene, verdad?”, y al recibir respuesta afirmativa, se procede a tomar la prueba sin que medie mayor explicación sobre el procedimiento, acompañándolo de comentarios sobre el momento en el que introduce el espejo vaginal.

Un ejemplo de lo anterior en la UMF A es el siguiente. Se trata del papanicolaou de una mujer de 45 años de edad con práctica subsecuente:

E2: No, no está bien. Se va a quitar su ropa interior, se me va a subir aquí, ¿ya sabes cómo?, ¿sí?

Sra.: Sí.

E2: ¡Ah! bueno, no te dije nada.

En la UMF B no hubo mayores diferencias en este sentido. El siguiente testimonio corresponde a una persona de 28 años de edad con práctica subsecuente:

E6: Un poco más, a ver acuéstate, porque luego acostadas se van para arriba, resbálate un poquito más.

Sra.: ¿Así?

E6: ¡Muy bien!, esto te va a molestar un poquito, ¿ya sabes, no?

Sra.: ¡Sí!

E6: Digo, o a la mejor un poquito más de lo normal, porque como tú no has tenido hijos.

Sra.: Ajá.

E6: Voy a tomar la muestra... eso es todo, espérame a que cierre el cajón para que te puedas bajar.

Las diferentes formas de manejar la tensión de las mujeres durante los papanicolaous observados pueden clasificarse como: 1) aquéllas que ofrecen algún tipo de información sobre el procedimiento; 2) temas de distracción; y 3) levantar la voz, regañar a la paciente para lograr el control de la situación. Aun cuando en las dos UMF se utilizan las tres estrategias, en la A se recurría más a la conversación como forma de distracción, mientras que en la B se emplea el silencio y la rapidez de la toma acompañada de indicaciones breves. En una misma prueba pueden combinarse uno o los tres tipos de relación. El manejo del primer tipo lo encontramos de manera más frecuente en los papanicolaous de primera vez, sobre todo con las mujeres más jovencitas.

E2: Bien, bien, voy a tocar tus partes.

Sra.: Sí.

E2: Voy a tocar, ¿eh?, para separar.

Sra.: Sí.

E2: Todo el material que utilizamos aquí es desechable, ¿eh?

Sra.: Ajá.

E2: Éste es el espejo, mira (se lo enseña de lejos), para que lo conozcas.

Sra.: Ok.

E2: Y es desechable, lo usamos una vez. Vas a ponerte flojita, vas a respirar profundo, voy a empezar, no te me jales, ponte flojita, flojita, flojita, no te pongas tensa para que no te moleste, flojita, voy a introducir, si sientes una molestia así que no se pueda aguantar me dices, ahí ya lo introduje, ¿eh?

Sra.: Ajá.

E2: Ahora voy a separar para tomar la muestra, es lo más molesto que vas a sentir, ¿eh? Ya voy a tomar la muestra, primero la tomamos con un cepillito, que es éste, mira. ¿Eso te molesta? Es todo.

Cuando hay situaciones de tensión, el primer intento para manejarla es platicar de temas diversos, como los embarazos, los hijos, los lugares en donde crecieron o nacieron, lugares de esparcimiento cercanos a la ciudad y espaciamiento de los embarazos.

E2: Pero si no te he tocado todavía, mujer. ¿Cuántos más piensas tener?

Sra.: ¿Eh?

E2: Hijos, ¿cuántos piensas tener?

Sra.: Tres nomás.

E2: Tres, ¿tuviste niña o niño?

Sra.: Niña.

E2: ¿Mujercita?

Sra.: Sí.

E2: ¿Cómo le pusiste?

Sra.: América.

E2: ¿Igual que tú?

Sra.: ¿No?

E2: Le hubieras puesto Alejandra, está muy bonito el nombre de Alejandra. ¡Ahí está! (se refiere a la localización del cérvix) ¿Por qué América?

Sra.: Porque le va al América.

E2: ¿Mmj?

Sra.: Porque le va al América mi esposo.

E2: Ah qué canijo, si le hubiera ido al Guadalajara, le hubiera puesto Chivas.

Sra.: (La señora sonrío). ¡No! (Se escucha un quejido).

E2: Ahora vas a aguantarme tantito.

Sra.: (Se queja levemente).

E2: Ya pasó, ahora sí te puedes recorrer para allá, m'hija.

Las enfermeras indicaron que han ido aprendiendo a manejar las situaciones de dolor a partir de su experiencia laboral y la observación del trabajo de otras enfermeras. Señalaron que depende mucho del modo de ser de cada quien; “algunas son muy simpáticas y logran hasta hacer que se rían las personas, otras son más serias y no, más difícil”, pero no hablaron de capacitaciones recibidas.

La última forma de proceder expresa algún tipo de enojo o reclamo hacia las mujeres mientras se les indica cómo han de permanecer para que pueda tomarse la prueba.

E4: ¿Sí? (Levanta un poco la voz). Mira, lo único que te pido es que no me cierres las piernas y que tus caderas no las subas para arriba, ¡déjamelas ahí donde estás! ¡tranquila!, a ver, tranquila, ponte flojita, si no, así no sirve. [...] Pero ¡mira nada más!, ya rompiste el espejo, ¡qué bárbara! si no te tranquilizas no te la puedo tomar, así no, m'hija, así no. ¡Necesito que respires hondo y te calmes! O de plano no sirve, cálmate ya.

El ejercicio de autoridad se encuentra presente en los tres tipos de relación identificados en el procedimiento técnico de la citología; la diferencia fundamental radica en la forma de la relación que se establece para lograrlo.

En la misma técnica de detección oportuna encontramos variaciones en la forma de tomar la muestra. Por ejemplo, el personal de enfermería mencionó criterios diferentes respecto a las rotaciones del citobrush para lograr una buena toma, y lo mismo sucedía en relación con las condiciones para que una mujer acudiera al papanicolaou. No es materia de esta investigación describir la parte técnica de la prueba; la posición en la que nos encontramos durante las observaciones no nos permitió observar esta parte del procedimiento con claridad, pero interesa destacar que entre las explicaciones se encuentra el proceso de aprendizaje, que muchas veces depende de quienes las antecedieron y enseñaron en los centros de trabajo.

Los estudiantes de enfermería expresaron que su aprendizaje básicamente fue en las UMF y señalaron que al compartir sus experiencias con compañeros de otras unidades, identificaron diferencias en la forma de tomar la citología. Por ejemplo, hablaron de las variaciones referentes al citobrush y mencionaron que la formación escolar es mínima porque las muestras se realizan con un maniquí. La enseñanza que se refiere al papanicolaou forma parte de una materia que integra los programas preventivos en general, y deja poco tiempo para el aprendizaje en profundidad de cada uno de ellos. La escuela del IMSS trabaja en colaboración con las enfermeras del área de MP, y es aquí donde aprenden a tomar la muestra. Si hacen su servicio en este lugar, se les incluye en el rol de la toma de DOC.

Durante la prueba, es práctica común del personal de enfermería, de ambas UMF, describir a las mujeres lo que observan, lo cual implica comentarios sobre flujos anormales, inflamaciones, o el buen estado de su cuello. En ocasiones les pidieron acudir con su médico antes de que llegaran los resultados para iniciar el tratamiento. Cuando lo consideran necesario y las mujeres acuden al servicio médico durante el turno que les corresponde, piden al doctor que las atiende que acuda al espacio de Medicina Preventiva para que realice la exploración y pueda darles tratamiento, pero esto solamente ocurrió en dos de los papanicolaous observados.

E3: Afloja, para que no te... ¡eso, muy bien!, ¡está muy bien tu cuello!

Sra.: ¿Sí?

E3: Sí, todo se ve bien.

De acuerdo con el personal de enfermería y el personal médico, la exploración ginecológica que implica el DOC casi no se realiza en el consultorio, sobre todo si las mujeres no reportan algún problema. El papanicolaou forma parte de las prácticas de observación que se transfieren a los espacios de enfermería, de manera que bajo su criterio llaman al médico si consideran oportuno que la mujer reciba tratamiento, o para que observe alguna característica, además son ellas quienes explican las características de sus flujos vaginales.

Sra.: Sí, ayer lo sentí cristalino y, por lo mismo, dije: “voy a hacerme la prueba”.

E3: Cuando es cristalino estás ovulando; aunque tengas salpingo tu cuerpo sigue respondiendo. Cuando ovulas es que estás lista para salir embarazada cuando tienes relaciones, cuando es transparente, si tú lo tocas es pegajoso, como un chicle, hasta lo puedes estirar. Cuando sale blanco, o de otro color, café o

apestoso, es cuando hay infección, ¿no? Ahorita traes un desechito blanco, el desechito blanco son bacterias que viven siempre con la vagina, que con el calor o con la humedad se reproducen mucho y tienden a inflamarse el cuello, ¿no? Sí necesitas tratamiento para esto, a ver si son de esas bacterias que están en la vagina.

Sra.: ¿Y mi cuello cómo se ve?

E3: Tu cuello, inflamado pero no mucho, está bien, pero es por lo mismo, el mismo desechito.

Sra.: Ayer lo noté el desecho...

E3: A lo mejor se juntó con tu fecha de ovulación y ya se hizo más, ¿no?, pero no es alarmante.

Cuando la enfermera toma la muestra, tira el instrumental que ha utilizado y la fija en la laminilla para guardarla en un depósito con las que se han obtenido durante el día. Posteriormente se retira del área para dejar que la mujer se vista y la espera en el escritorio para llenar los formatos donde se especifican algunos espacios para sus observaciones.

Por lo general, en esta parte de la prueba no entra más personal que el que se encuentra tomándola; las interrupciones que se detectaron son principalmente de otras enfermeras que laboran en la misma área de Medicina Preventiva, quienes por lo general preguntan alguna cosa a través de la división o cortina. Sin embargo, en la UMF A, las condiciones de privacidad son más relativas debido a la distribución del espacio físico, ya que al otro lado de la división, cuando se cierra la puerta, se da acceso a otros pacientes (mujeres y hombres) para vacunación u otras prácticas de detección oportuna. El personal de intendencia también tuvo acceso a la parte del consultorio donde se encuentra el escritorio de las enfermeras, y desde este lugar conversaban brevemente con las enfermeras durante la toma. En la UMF B las actividades de vacunación continuaron pero la ubicación donde se llevan a cabo no interfiere con la privacidad de la prueba.

Las indicaciones finales

Cuando la mujer sale del área donde se realizó la toma de la prueba, en la UMF A se le indica que ha de regresar en un mes por sus resultados y se le aplican las vacunas que hacían falta. En la UMF B únicamente se despide de la enfermera y en ocasiones se le recuerda recoger sus resultados en un mes. Por lo general, durante esta conversación final se realiza el cambio de papel de estraza en la cama de exploración, procedimiento en el que registramos un olvido en las rutinas de los ochenta papanicolaous observados.

E3: Dentro de un mes, con el favor de Dios, va a estar tu resultado.

Sra.: Bueno, ¿aquí mismo vengo?

E3: Si quieres preguntar aquí o si quieres irte, allá tienes el expediente con el médico, porque lo pasamos a tu expediente. O le puedes preguntar a la muchacha, la secretaria.

Sra.: Bueno.

En esta última parte de la rutina se le recuerda llevar la cartilla de la mujer y acudir al médico en caso de ser necesario:

E5: Deberías ir con el médico, dile que la enfermera te hizo la prueba de cáncer; dile que está inflamado tu cuello, no hay erupción, que nada más está inflamado tu cuello, o si te quieres esperar hasta que estén tus resultados.

Las mujeres salen del consultorio de Medicina Preventiva y la enfermera llama a la siguiente en la fila (UMF A), o bien utiliza el orden en que entregaron sus documentos (UMF B).

Es importante señalar de nuevo que las prácticas observadas, del personal de enfermería, fueron posiblemente su mejor esfuerzo frente a personas externas a la institución y a la profesión. La presencia de la investigadora en el área modifica las prácticas cotidianas en mayor o menor medida, y a pesar de que la observación trata de no intervenir, somos conscientes de que los dos meses de estancia en los consultorios de Medicina Preventiva no son suficientes para conocer las prácticas del personal tal y como son cuando no hay alguien externo. Sin embargo, la observación permite reconstruir las prácticas del personal, sobre todo de aquéllas que responden a una imagen de lo que consideran su mejor esfuerzo, y como tales las analizamos. Por ejemplo, en las definiciones de su mejor esfuerzo sobre la práctica del papanicolaou la privacidad no incluye las interrupciones de otras enfermeras.

De acuerdo con lo anterior, una práctica de detección oportuna sin problemas es aquella en la que las mujeres cumplen con los requisitos para la prueba y manejan su tensión, de manera que logren la postura y soltura suficiente para facilitar los aspectos técnicos de la toma. Las evaluaciones a las que están sujetas consideran el número de papanicolaous con relación a una meta anual y la reducción del número de tomas, sin tomar en cuenta la calidad suficiente para que pueda realizarse el diagnóstico. No hay evaluaciones en términos de la relación que se establece con las mujeres, ni de las condiciones físicas en las que desempeñan sus prácticas.

En las relaciones con las mujeres, el personal de enfermería establece el control de la interacción, desde la forma en que promocionan o establecen la espera, o bien durante la prueba, ya que permiten a las usuarias hablar de algunos temas o, como sucede por lo general, las interrumpen una vez que han obtenido la información que buscan o que satisface su curiosidad. En la segunda parte de la toma juegan un papel más imperativo. Como se señaló anteriormente, las indicaciones de postura son las más importantes y los diálogos por lo general se establecen para buscar que las mujeres se relajen.

Las mujeres no son pasivas durante la interacción. En una ocasión una mujer solicitó que utilizaran instrumental más adecuado. La enfermera guardó silencio y prefirió realizar la técnica sin abrir del todo el espejo.

Sra.: ¿No tiene un espejo más chico? Porque soy muy muy estrecha y me da miedo que me lastimen.

E6: No, pero no te preocupes, no te va a pasar nada.

Sra.: Es que ya me han dicho que pida uno más pequeño.

E6: Bájate un poquito más, ahí está bien. Verás, eso es todo.

La pericia de la enfermera logró que la toma se realizara sin problemas, la usuaria no insistió en su solicitud, pero sí se contaba con espejos más pequeños en el área de planificación familiar.

Durante la rutina no hay un momento para describir la prueba; en ocasiones se enseña rápidamente el espejo o se habla de lo que se hace. Por lo general se indica que se ha introducido el espejo y el momento en que se toma la muestra. Las mujeres se enteran de ello por lo que sienten o por lo que señala el personal, pero en sí misma ni la rutina cotidiana ni los programas contemplan que en el consultorio de Medicina Preventiva se dedique tiempo a la educación para la salud de manera sistemática, ni tampoco se cuenta con materiales educativos.

La capacitación que refieren las enfermeras es de tres tipos: a) la que tienen durante el periodo de formación escolar; b) la que reciben en cursos de actualización en diferentes lugares del estado, región o país; c) la que se lleva a cabo en la práctica cotidiana de la institución, que es la de mayor impacto en la práctica del papanicolaou. En este sentido, si bien reciben capacitación en la escuela de enfermería, está muy alejada del tiempo de la práctica en la institución; en realidad es en la práctica profesional donde aprenden.

Durante la formación de las enfermeras que estudian en la escuela del IMSS la capacitación para el PDOCC se imparte en el segundo o tercer semestre, cuando se estudia un conjunto de programas preventivos. Por lo general esta capacitación se da en el salón de clases; personal docente de la escuela la describió como una sesión en la que los alumnos aprenden a tomar la prueba con un maniquí. Los grupos son de setenta alumnos, por lo que no todos pueden hacer la práctica, de manera que aunque se les entrega la norma para que aprendan a tomar el papanicolaou, es durante sus prácticas en los diferentes tipos de servicios de la institución cuando tienen oportunidad de aprender, o bien durante el servicio social, si se integran a este programa.

La maestra responsable de la materia de los programas preventivos señala que ha recibido reportes de sus alumnas que indican las diferencias en la capacitación sobre la técnica y la forma de localizar el cuello, abrir el espejo, evitar que se atore, qué hacer cuando se terminan los materiales desechables, cómo y cuántas veces rotar el citobrush o qué extremo de la espátula de aire es el más adecuado para recoger las células del fondo del saco vaginal.

La capacitación en la práctica depende en gran medida de la disposición de los trabajadores que laboran en MP y es ahí donde se reproducen los usos y costumbres de la toma de la muestra o de las rutinas. La disposición para enseñar la técnica se interpreta y valora entre el personal de la UMF de manera positiva, como una muestra de disposición y aceptación que profesionaliza, pero, a la vez, una forma de descargar tareas que no son agradables. Durante el estudio, personal de enfermería, de trabajo social o las asistentes médicas ofrecieron la posibilidad de participar en el aprendizaje en repetidas ocasiones. Sin embargo, es necesario recordar que este aprendizaje no toma en cuenta en la práctica el parecer de las personas a partir de las cuales se aprende; en el caso de la observación del papanicolaou esto implicó situaciones difíciles para la investigadora cuando se le quería enseñar algo que implicaba ver el cuerpo de las derechohabientes sin pedir su consentimiento, o bien pidiéndolo en situaciones de vulnerabilidad.

El personal de enfermería no tiene un espacio de capacitación continua en la UMF, a diferencia del personal médico, que tiene un espacio semanal para ello. No cuentan con espacios periódicos de discusión sobre sus prácticas o temas que pudieran mejorar su trabajo cotidiano, ni entre sí ni con personal de otras unidades de la ciudad o la región.

La capacitación formal incluye cursos esporádicos que organiza el mismo instituto que se llevan a cabo en otros espacios. Es en este sentido que las enfermeras señalan una falta de capacitación; el instituto ofrece cursos continuamente pero la mayor parte de las veces no se llevan a cabo en Hermosillo, por lo que es difícil asistir, sobre todo porque los avisos llegan tarde para poder solicitar viáticos y sus ingresos no les permiten pagar los costos, o piensan que no les corresponde hacerlo. Asistir a cursos de capacitación es considerado un privilegio y un estímulo para el trabajo; por lo general sólo una de las enfermeras puede asistir debido a que las demás continúan con el trabajo cotidiano.

Durante el tiempo de observación no hubo un seguimiento de las nuevas indicaciones aprendidas en los cursos. El director de la UMF señaló que los cambios no son aceptados fácilmente. Por ejemplo, en la última capacitación sobre el papanicolaou, la responsable del área informó de las modificaciones en el número de días después de la menstruación, acortando los días solicitados para la toma; sin embargo, el

laboratorio había regresado muestras aduciendo que la presencia de sangrado entorpecía su lectura, y se acordó seguir pidiendo siete días después de que termina el periodo menstrual.

Otro ejemplo expresado por el director es que la Norma Oficial de 1998 señala la realización del papanicolaou a mujeres embarazadas, pero las enfermeras se niegan a hacerlo por temor a que de presentarse problemas durante el embarazo, les sean adjudicados a ellas.

La persona que asiste a los cursos debe contar con la confianza de quienes están en el equipo de trabajo. En repetidas ocasiones, las enfermeras mostraron desconfianza hacia la persona que ha asistido a los cursos. Ésta se basa en sus valoraciones sobre su práctica cotidiana, en el descuido de procedimientos o desorganización del trabajo, por lo que carece de legitimidad frente a las otras enfermeras. Finalmente, se carece de un proceso formal de seguimiento a los cambios sugeridos en los cursos de capacitación —sobre la práctica cotidiana— que apoye los esfuerzos educativos de los capacitadores.

En la UMF A una de las enfermeras recibió capacitación hace un año, las otras dos señalan haber recibido formación relacionada con el papanicolaou y el cáncer cervicouterino (CACU) hace cinco y diez años.

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN EN LA UMF Y RELACIÓN CON LOS CENTROS DE TRABAJO

Durante el periodo de observación en las dos UMF se realizaron actividades de promoción que incluyen desde la presencia de carteles informativos sobre la prueba, materiales audiovisuales en la sala de espera y búsqueda de mujeres en ésta hasta la vinculación entre centros de trabajo y las actividades de Medicina Preventiva. En este último caso las fábricas solicitaban el apoyo de las UMF para la atención de sus trabajadoras, la cual incluía la práctica de pruebas y la aplicación de esquemas de vacunación.

Sala de espera

Durante el tiempo de la investigación en la UMF A, en dos ocasiones se hizo promoción cuando no llegaban mujeres al consultorio de Medicina Preventiva. El personal de enfermería acudió a la sala de espera y en voz alta invitó a las mujeres a que se hicieran la prueba; después se aproximaron a algunas de ellas y les preguntaron desde cuándo no se la hacían e insistieron para que acudieran a tomársela.

En un periodo previo, durante 1999, se observó el trabajo de las estudiantes de enfermería, quienes muy temprano en la mañana sacaban un carrito con materiales para detección de glucosa o para tomar la presión, e invitaban a las personas a vacunarse y a las mujeres a la prueba de Papanicolaou. Esto se hacía de manera sistemática en la sala de espera —incluso ahí mismo aplicaban vacunas en el brazo—, pero en cuanto se terminó su presencia en la UMF cesaron las actividades de este tipo. Durante los primeros meses de la UMF A se contó con un televisor y se ponía un video sobre la detección oportuna de cáncer, pero el ruido en el lugar no permitía escuchar la información y optaron por suspenderlo. En el periodo de observación no se contaba con folletos informativos sobre la DOC; el único que tenía la trabajadora social lo prestaba para que alguien lo leyera mientras esperaba, pero por lo general esto sucedía cuando alguna mujer solicitaba información.

En la UMF B no se contaba con folletos ni con carteles en la sala de espera. Durante la última semana se puso al lado de la ventana un letrero que indicaba el lugar donde se tomaba la muestra. El letrero decía: “DOC Detección oportuna de cáncer, examen del papanicolaou”.

Consultorio de Medicina Preventiva

Dentro del consultorio de Medicina Preventiva, en la UMF A, se contaba con un cartel que invitaba a las mujeres a hacerse el Papanicolaou. Su ubicación era frente a la silla donde se sentaban; el lugar permitía que las mujeres lo leyeran con facilidad, aunque el material no especificaba las características de quienes requieren la prueba y la frecuencia de ésta de acuerdo con los resultados (véase [ilustración 13](#)).

Ilustración 13. Letrero DOC en la UMF B



Este material estaba ubicado lejos, el texto escrito era extenso y el tamaño de la letra no facilitaba su lectura. En la UMF B no había material visual que promocionara la detección oportuna, ni dentro ni fuera del consultorio.

Relación con las maquiladoras

En la UMF A, la promoción en los lugares de trabajo se estableció a través del director, quien realizó los contactos con una maquiladora para que el personal de Medicina Preventiva acudiera a tomar la prueba. En ese lugar se contaba con el apoyo de una enfermera que ahí laboraba, y también se llevaron a cabo otras acciones preventivas en un consultorio de la misma maquiladora. Para que los trabajadores acudieran se les llamaba en grupos de cinco personas de acuerdo con la línea que podía ser sustituida; sin embargo, las enfermeras no cuidaron la privacidad de la información frente a otras compañeras de trabajo al preguntar si las mujeres cumplían los requisitos para la prueba. Durante el tiempo de la investigación, el personal de la UMF B no acudió a las maquiladoras, pero el epidemiólogo contactó a dos de ellas para que enviaran a las mujeres a la unidad. Las fábricas transportaron a las trabajadoras en vehículos de la propia institución y con

tiempo limitado, por lo que se les dio prioridad en la atención cuando llegaron a Medicina Preventiva solicitando diversos servicios.

Uno de los médicos que trabaja en relación cercana con los centros de trabajo narró la experiencia de llevar los servicios médicos a las maquiladoras. En su experiencia, no había tenido éxito con la prueba de detección oportuna porque no se cuidaba la privacidad: “las trabajadoras no quieren que sus compañeros se den cuenta de que van a hacerse la prueba, tendríamos que hacerlo de otra manera, de manera que no sepan los demás para qué se anotaron, para que se cuide más que no se sepa, porque una de las cosas que evaluamos en esa experiencia que te cuento fue que por eso no fueron las trabajadoras, porque a otras cosas sí fueron pero al DOC no” (médico laboral).

En el desarrollo de este capítulo las relaciones médico-paciente se construyen a través de rutinas compuestas por la adaptación a la práctica de procedimientos en los contextos de las instituciones o agrupaciones médicas, que van desde las formas de acceso al servicio al ingresar a la institución, los horarios de atención, el tiempo que se dedica a un paciente, el llenado de formatos de registro y, en el caso del papanicolaou, la toma de la muestra y los diálogos y registros por escrito de las personas que acuden a la prueba.

Otros autores han utilizado el concepto de ritos (Salas 1998) para referirse a las conductas repetitivas dentro de los espacios de la consulta, que aluden a un manejo del tiempo y del espacio que implican relaciones de autoridad diferenciadas. En este trabajo coincidimos con la apreciación de que en cada toma las relaciones se ritualizan en el sentido que Giddens señala, es decir, como las formas predominantes de la actividad social cotidiana que disminuyen los sentimientos de angustia al proporcionar a los actores sociales seguridades de cómo hacer su trabajo o recibir un servicio. Según el mismo autor, las rutinas han de ser ubicadas en los contextos de las relaciones considerando los límites de espacio, tiempo y relaciones de poder que se ejercen en las interacciones (Giddens 1998, 308).

El estudio de los contextos y rutinas de una interacción es inherente a la investigación de la reproducción social. No se trata de una idea estática, antes bien, “contexto” supone en este trabajo lo siguiente: a) Los límites espacio-temporales (por lo común tienen marcadores simbólicos o físicos). Entre ellos nos interesó el espacio de Medicina Preventiva y dentro de éste, donde se realiza la prueba de Papanicolaou. b) La copresencia de actores que interactúan y hace posible la visibilidad de una diversidad de expresiones faciales, gestos corporales, elementos lingüísticos y otros medios de comunicación. Observamos principalmente en este sentido la relación entre enfermeras y mujeres. c) Y finalmente las relaciones de poder y negociaciones que se establecen durante la interacción en términos exclusivos de la estructura de la rutina y las jerarquías dentro de la UMF.

Las rutinas tienen dos componentes principales, las prioridades estructurales de la institución de eficacia y eficiencia ante recursos limitados, con sus normas y procedimientos explícitos, y por otro, las prioridades del personal de enfermería y las usuarias que se encuentran cada día durante la toma del papanicolaou. Si bien las estructuras construyen y delimitan las condiciones en las que se lleva a cabo la práctica cotidiana, esto no sucede como algo aparte de los sujetos que participan en las relaciones; la dualidad de estructuras se pone de manifiesto en las prácticas cotidianas de atención y tienen resultados no necesariamente previstos o acordes con lo que se busca en los programas y normas escritas.

La organización formal de la DOC difiere en las dos UMF en algunos aspectos importantes, desde el número de trabajadores, la organización del personal de enfermería y los espacios físicos que dificultan la privacidad hasta la distribución de las prácticas en términos de horario. Las dos prácticas se realizan de manera rutinaria y siguen un esquema general común. Por ejemplo, la normatividad sugiere que las mujeres se tomen la muestra cada tres años; en la UMF A se promueve una práctica con una separación de dos años y en la UMF B es anual.

Podemos clasificar dos formas de práctica en cuanto a la organización y distribución de responsabilidades en el área de MP. La primera integra los diversos programas que atiende y la segunda divide las responsabilidades y parte del personal se especializa en la toma del papanicolaou. En términos numéricos la segunda distribución arroja mejores resultados, los cuales no pueden ser explicados del todo por esta organización, ya que la misma ubicación de las UMF influye en el aumento de demanda de la prueba; sin embargo, consideramos que de alguna manera la distribución agiliza los tiempos que dura la espera y la toma del papanicolaou.

La bibliografía señala que las mujeres prefieren ser atendidas por mujeres durante la prueba. Como señalamos, en las UMF la práctica recae en el personal de enfermería, quienes por lo general son mujeres, aunque cabe apuntar que el perfil de egresados está cambiando hacia una mayor participación masculina. Esto tendrá sus repercusiones en la atención de MP en el IMSS, ya que los estudiantes estarán en esta área de trabajo y tendrán responsabilidades que impactarán la organización interna de los equipos. Nos parece importante discutir con el personal de enfermería la forma de manejar esta situación, que será cada vez menos esporádica, para poner en la balanza los procesos de aprendizaje y respeto a la cultura que propicie una atención de calidad y calidez.

Por otra parte, la capacitación del personal es insuficiente para mantenerlo actualizado y en evaluación constante más allá de las metas a lograr, es decir, en cuanto a la relación con las usuarias del servicio y la forma de solucionar las dificultades que enfrentan en su práctica diaria. En general, se da poca supervisión cotidiana a las prácticas en estos términos, que definen la importancia de generar confianza, calidad y calidez durante la toma. Habría que dimensionar la importancia que adquiere la exploración vaginal durante el papanicolaou en un contexto en el que la atención se fragmenta, en el mismo servicio de las UMF, entre el personal médico y de enfermería. Debido a que los tiempos promedio de consulta han disminuido, se fomenta que las revisiones ginecológicas sean canalizadas a programas como el de DOC y se propician prácticas contrarias a lo recomendado en los manuales del programa, en los que se sugiere que las mujeres que presentan infecciones reciban un tratamiento previo antes de que se realicen las pruebas y no al contrario, como sucede con frecuencia.

En relación con el tema principal de este trabajo, consideramos que las prácticas rutinarias del PDOCC forman parte del proceso de construcción de los saberes sobre la prueba, principalmente a través de las mismas prácticas en los espacios médicos. En este sentido, desde que una mujer llega y le son señalados una serie de requisitos, las representaciones se van construyendo, reconstruyendo, modificando, ampliando o fortaleciendo nociones previas.

Por ejemplo, los requisitos señalados por las mujeres parten de la información recibida en estos espacios de salud. Si una mujer se acerca por primera vez al personal de enfermería de la UMF A encontrará mayores problemas para su práctica que quienes hagan lo mismo en la UMF B. Respecto a los días en los que podrá acudir, las indicaciones señalan siete días después de la menstruación, si a éstos agregamos los días de duración —entre tres y cinco días, con ciclos de veintiocho días— significa que sólo se cuenta con catorce días disponibles, de los cuales, hay que restar hasta cuatro porque las UMF no ofrecen este servicio los fines de semana. Además, las mujeres deberán negociar con sus parejas no tener relaciones entre veinticuatro y cuarenta y ocho horas antes, y con todo ello, los tiempos se reducen a diez días o menos por mes. En cambio, en la UMF B sólo tienen que considerar no estar menstruando, es decir, tres y cinco días de su periodo.

Aun cuando el personal de enfermería no difunde estas medidas como requisitos, las mujeres pueden suponerlas por sus prácticas anteriores, ya sea en la misma o en otra institución, o bien por sus redes sociales. Es por ello que esta construcción de la prueba no debe darse por supuesta cuando una mujer la solicita o cuando se difunde el programa o se invita a una persona a acudir.

Cada vez que tienen una práctica de detección oportuna, las mujeres aprenden algo, principalmente a través de su experiencia. No se considera importante, ni forma parte de la práctica rutinaria de la toma del papanicolaou, un momento educativo específico sobre lo que es la prueba. A lo anterior habría que agregar que la enfermera presupone fácilmente que la mujer “ya sabe a lo que va” si no es joven, y no se juzga necesaria una explicación previa, ni durante ni después de la prueba. Con ello se propicia que la representación de las mujeres se alimente de sus sensaciones y la conversación con el personal de enfermería.

Cuando las mujeres están en la mesa de exploración, no pueden ver los instrumentos. El personal de enfermería considera que esto facilita su relación porque creen que pueden asustarse al verlos. Lo que en realidad sucede es que el espejo o pato acaba siendo poco conocido y en sus representaciones sólo cuentan con sus sensaciones, con lo poco que pueden ver a distancia y con la descripción que la enfermera hace del procedimiento. Lo anterior puede lograr que el procedimiento parezca más agresivo de lo que en realidad es y la sensación del riesgo de ser lastimadas aumenta su tensión. Esto es lo que encontramos en las descripciones de algunas mujeres y guarda relación con lo que las enfermeras comentan respecto a la información que adquieren de sus redes sociales. Si durante la rutina el personal de enfermería nunca precisa ni el lugar de la toma, ni la forma en que se hace, las representaciones previas se suman a los comentarios de la descripción del procedimiento, en el momento en que la enfermera indica que “va a sentir un pellizquito” al introducir el espejo. Las mujeres que no conocen la utilización técnica de la palabra, en el instrumental de ginecología, tienen referentes en otro sentido, la asocian con el espejo de material reflejante que en caso de romperse corta. Si las mujeres tienen esta idea, la declaración “se rompió el espejo” adquiere dimensiones alarmantes y genera mayor tensión.

Lo que las mujeres aprenden de la prueba se difunde posteriormente en sus círculos de mayor confianza, por lo general en la familia o entre algunas amistades, y aunque cada vez se puede aprender algo distinto, la primera vez tiene gran importancia en la formación de los saberes.

Cuando se logra establecer una relación de confianza se abre la posibilidad de hablar con mayor tranquilidad en diferentes momentos de la rutina. Algunas mujeres desean que se les proporcione mayor información después del procedimiento, mientras que otras lo prefieren antes. Incluir en la rutina una breve explicación que disminuya las dudas puede alargar un poco más la prueba, pero una buena explicación hará que las siguientes sean más rápidas y menos tensas. Esta explicación tendría que cuidar la utilización de términos técnicos y propiciar confianza para que las mujeres externen sus dudas. Desde los servicios médicos hace falta construir formas de seguimiento a los contenidos, que contribuyan a lograr una mejor educación de la población derechohabiente, sobre las prácticas a las que se somete, no sólo en los consultorios de Medicina Familiar, sino también en Medicina Preventiva.

La escuela de enfermería pudiera jugar un papel muy importante en términos de evaluación y capacitación continua para el personal de MP, de manera que se actualice y cuente con un espacio para compartir los resultados anuales de su trabajo, porque, como bien lo expresó una de las enfermeras, su trabajo no se ve, sólo se enteran si cumplieron o no la meta. No existe una retroalimentación constante para modificar prácticas y valorar su trabajo, ni se cuenta con un análisis más informado sobre cómo su labor cotidiana ayuda en la disminución de la mortalidad. Tampoco se tiene noción del tamaño del problema que enfrentan en la actualidad de acuerdo con los datos que arrojan los indicadores, para hacer visible ante ellas mismas y sus compañeros de trabajo lo que significa “hacer lo que no se ve” cada día.

La relación del IMSS con las maquiladoras para la toma del papanicolaou ha experimentado diversas formas, ya sea llevando el servicio hasta ellas o bien, solicitando que la maquiladora proporcione transporte y tiempo para las mujeres que requieran los servicios de MP; una tercera forma es la canalización para que acudan en horarios laborales. Estas estrategias han sido poco evaluadas, el personal médico que ha estado involucrado en ellas señala que las mujeres no acuden cuando en sus centros de trabajo se hace evidente que se harán la prueba. El trasfondo de esta situación es complejo. Las mujeres sienten que se trata de una

situación que expone su intimidad y pone en evidencia una sexualidad activa. Éste es un efecto no deseado que trae como consecuencia que las jóvenes se rehúsen a participar. Se ha comprobado que si en el espacio de trabajo se difunde la noticia de que se realizarán varias pruebas, entre ellas el papanicolaou, las mujeres tienden a acudir más.

La intimidad que requiere el papanicolaou, por sus vínculos con la sexualidad y la reproducción, hacen que la prueba no sea como otras. Las condiciones de privacidad son de gran importancia para su desarrollo e involucran tanto a quienes la toman como a los espacios. En este sentido, los espacios de las UMF no son los más adecuados. Lo saben mejor quienes toman la prueba de manera cotidiana. Cuidar el lugar donde ha de tomarse no es una cuestión secundaria, ya que entre otros factores, la apreciación y experiencia que las mujeres tienen, las invita a regresar o no, y el papanicolaou implica prácticas subsecuentes, no únicas.

La privacidad no se reduce a alguno de los momentos del papanicolaou y a los aspectos anatómicos, sino que ha de considerarse extensiva hasta en el momento en que se entregan los resultados. Si se hará referencia a “cómo salió”, sería necesario buscar las condiciones propicias o referirla con su médico, quien cuenta con un espacio mejor acondicionado para ello. Sin embargo, las mujeres sienten una mayor confianza con las enfermeras para solicitar información, lo que las obliga a estar mejor capacitadas, y sobre todo buscar mejores condiciones para proporcionarla.

El espacio, la privacidad, lo que se habla durante la prueba y lo que se deja de hablar, forman parte del proceso de aprendizaje de la población usuaria del servicio de MP. La promoción es muy limitada, en ocasiones los carteles no se encuentran ubicados en lugares donde puedan verse de manera conveniente, o están alejados de la mujer. A lo anterior se suma que la rutina no cuenta con un espacio de evaluación sistemática para esta actividad educativa. De lo anterior se desprende que los saberes de las mujeres se configurarán de manera parcial con comentarios o referencias limitadas.

Las diferentes formas de organización sugieren que la necesidad de cubrir metas puede combinar los términos de eficacia y educación. Una buena alternativa parece ser una combinación de lo que sucede en ambas UMF; si se contara con personal que canalizara a las mujeres —como sucede en la UMF B, por la circunstancia de tener un ventanal de acceso—, éste no tendría que ser de enfermería, sino personal especializado que divida las prácticas de los programas. A la vez, tendría que estar capacitado para que a través de la revisión de cartillas o programas, pueda invitar a las personas a que cubran otros aspectos preventivos que se encuentren a su disposición.

La relación entre el personal de enfermería y las mujeres tiende a reproducir algunas características de la relación médico-paciente, pero en condiciones distintas. El médico cuenta con un asistente, mientras que el personal de enfermería establece los límites por sí mismo, sus relaciones son también verticales, pero el reconocimiento de su jerarquía por parte de las usuarias parece ser distinto al que les impone la investidura del médico. Las enfermeras son consideradas las cuidadoras directas de los pacientes en los hospitales, pero también la puerta de entrada hacia el personal médico y los servicios.

La relación enfermera-mujer también reproduce y construye relaciones verticales controladas por el personal médico o paramédico; en este caso son ellos quienes delimitan los pasos de la rutina en consulta, la descripción del problema que busca ser atendido y la utilización de palabras técnicas para referirse a objetos y procesos de salud/enfermedad/atención (Freidson 1978; Fisher 1995). Sin embargo, también encontramos diferencias en la forma de construir la distancia jerárquica entre enfermeras y pacientes, y en los temas que se desarrollan durante la prueba y el interrogatorio inicial, exigidos por la misma práctica y los formularios, y que pueden relacionarse con la vida sexual y reproductiva. Además, ambas pertenecen al mismo género y a niveles socioeconómicos, educativos y culturales cercanos que pudieran facilitar este tipo de relación. En la práctica encontramos que no siempre es así, se presuponen muchas cosas y se callan otras más; en la rutina no existe el tiempo para que las mujeres puedan preguntar o resolver sus dudas y el procedimiento es la vía de educación para la salud que construyen.

Entre enfermeras y mujeres se da por sentado que se habla de lo mismo sin duda alguna, sin recapacitar en que los saberes sobre la prueba y sobre el cuerpo son diferentes. Una persona que hace diariamente exploraciones visuales del cérvix y toma la prueba no tiene los mismos insumos sobre ésta que la que puede tener una usuaria que acude por primera vez o de manera subsecuente.

Para concluir, quisiéramos resaltar la importancia del encuentro entre el personal de enfermería y las mujeres durante el papanicolaou. Esta relación forma parte del proceso de construcción de representaciones sobre la práctica, que de acuerdo con los discursos de las informantes influye, junto con otros factores, para propiciar o retardar prácticas subsiguientes.

IV

PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

Este capítulo presenta el perfil socioeconómico de las mujeres entrevistadas, en la medida en la que se considere que las representaciones y prácticas de los problemas de salud/enfermedad/atención se construyen en relación con las condiciones de vida. Las redes sociales que se establecen desde el hogar hasta el trabajo y los accesos a los servicios médicos conforman un marco desde el cual las personas aprenden prácticas de cuidado y atención a los procesos de enfermedad, en formas variadas y cambiantes. Dicho perfil incluye datos de edad, escolaridad, familia, trabajo en caso de tenerlo, salario y apoyos familiares en la atención de la enfermedad. Asimismo se describirán las prácticas de cada una de las informantes de acuerdo con la clasificación de frecuencia de la prueba elaborada al inicio del trabajo.

Cuadro 15. Perfil socioeconómico de las mujeres entrevistadas

Grupos	Nombre	Práctica	Edad	Ingresos	Salarios mínimos*	Escolaridad
Grupo 1 (16-25)	Yolanda	Nula	18	\$2,800	2.3	Secundaria
	Hortensia	Primera vez	22	\$3,200	2.7	Secundaria
	Beatriz	Esporádica	25	\$4,500	3.7	Secundaria
	Penélope	Regular	20	\$5,000	4.1	Preparatoria incompleta
Grupo 2 (26-45)	Emilia	Nula-Primera vez	28	\$4,200	3.5	Preparatoria
	Gabriela	Esporádica	37	\$4,500	3.7	Universidad
	Rosa	Esporádica	28	\$6,000**	5	Secundaria incompleta
	Ma. Eugenia	Regular	41	\$4,600	3.8	Primaria
Grupo 3 (46 y +)	Aurora	Nula-Primera vez	46	\$2,500	2.1	Secundaria incompleta
	Trinidad	Esporádica	57	\$5,600	4.7	Primaria
	Remedios	Regular	75	\$5,700	4.8	Primaria

*STPS. Salarios mínimos generales por área geográfica de 1988-2005 (40 pesos mn). http://www.conasami.gob.mx/estadisticas/docs/Sal_ag_64_2005.pdf (marzo de 2005).

**Sus ingresos disminuyeron drásticamente al perder el empleo aproximadamente a \$3 000 mn o 2.5 sm.

Si se desea convertir a dólares, el tipo de cambio en pesos para 2002 era de 9.6 USA.

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas de enero a julio de 2002.

La primera parte del trabajo de campo incluyó dos meses de observación en las UMF y la localización de mujeres que acudieron a la prueba de Papanicolaou en Medicina Preventiva, así como de quienes fueron a Medicina Familiar a solicitar otros servicios, y fueron invitadas a participar por no realizarse la prueba en más de tres años o porque nunca lo habían hecho.

Para las entrevistas, los criterios de selección de las mujeres fueron haber acudido a las Unidades de Medicina Familiar durante el periodo de estudio, para la detección oportuna de cáncer cervical o para buscar atención médica en la UMF, o dar su consentimiento informado por escrito. Se buscó conformar tres grupos de edad en los que se incluyeron prácticas de frecuencia diversa, de acuerdo con lo tipificado durante el trabajo de campo como práctica nula, de primera vez, subsecuente regular y subsecuente esporádica.

La selección de las informantes para las entrevistas semiestructuradas en los hogares se realizó entre la población que fue anotada en dos registros, uno conformado a partir de las respuestas del cuestionario y el segundo, a partir de la selección de las asistentes médicas y trabajadoras sociales.

El cuadro 15 presenta la síntesis de la información a la que haremos referencia; en ella se aprecian datos de edad, clasificación del tipo de práctica, ingresos, salarios mínimos y escolaridad de las mujeres.

PRESENTACIÓN POR GRUPO DE EDAD

Se incluyó a mujeres de edades y frecuencia diferentes en sus prácticas de detección oportuna de cáncer cervical, con la finalidad de presentar situaciones relacionadas con la práctica de quienes comparten el acceso a la derechohabencia. Como se señaló anteriormente, las mujeres de los diferentes grupos de edad tienen hijos menores de seis años (G1, mujeres más jóvenes), mayores de seis (G2, mujeres de mediana edad), y mayores de dieciocho años (G3, mujeres de mayor edad).

Grupo 1 (16-25), mujeres más jóvenes

El primer grupo de edad agrupa mujeres entre dieciséis y veinticinco años. La más joven es *Yolanda*, de dieciocho años. Cuenta con estudios de secundaria y uno de los ingresos familiares más exiguos. Clasificamos su práctica como nula porque nunca se ha hecho la prueba de Papanicolaou. Tuvo a su primera hija a los dieciséis años. Cuando la entrevistamos por primera ocasión, vivía en casa de su abuela, al lado de su madre, con su hija y esposo. Aun cuando las condiciones de la vivienda eran precarias, la construcción de un solo cuarto era de cemento e incluía un baño que formaba parte del mismo bloque de construcción; contaba con servicios de luz, agua y drenaje, aunque la calle era de tierra, como todas las que se encuentran a su alrededor.

Yolanda viene de una familia de migrantes del estado de Sinaloa, quienes después de trabajar en el sector primario en la Costa de Hermosillo, buscaron emplearse en la zona urbana. Su padre trabajaba para el municipio cuando consiguió las propiedades donde viven actualmente; entonces participaba en un grupo que invadió terrenos en la zona norte de la ciudad y que fueron reubicados en la colonia Solidaridad. Cuando sus hijos crecieron, los contactó con los líderes de una invasión del noroeste para que obtuvieran terrenos propios. Yolanda había apartado uno pero al embarazarse le prestaron la casa de su abuela, que ocuparía hasta que su hija estuviera más fuerte. Sin embargo, volvió a embarazarse cuando el proceso de regularización de la nueva colonia ya había comenzado, y tuvo que mudarse con su hija de un año de edad a la casa que su esposo construyó con su padre y hermanos. La nueva vivienda se encontraba frente a la de su tía, lo que le permitía pasar la mayor parte del día bajo un techo de cemento y ladrillo; consistía en un solo cuarto de lámina de cartón y no contaba con agua ni luz eléctrica regular; en la parte exterior construyeron una letrina.

No, y así quedamos, nos casamos y ya, salí embarazada después. Y él me decía: “Puedes seguir estudiando, nomás que tenga de pérdida un año la niña, ya sea que la cuide tu mamá o mi mamá”. Así me decía él: “Y sigues estudiando, tan siquiera la preparatoria abierta, ya después que estudies algo que puedas, una carrera corta, saliendo de la prepa”. Algo así me decía, que siguiera estudiando pero ya ahorita... otra vez salí embarazada y ¿qué voy a hacer? Yo quería trabajar primero, por ejemplo aquí en donde vivimos es prestado, yo le decía: “Hay que tener un solar por allá, una casita, quisiera meterme a trabajar para entre los dos levantar una casa, pero no, no...” (Yolanda).

Un rasgo característico de Yolanda es el apoyo que recibe de sus padres, hermanos y suegros. Cuando su hija requiere atención médica, por lo general su padre la traslada en su carro y solicita a su suegro que saque ficha en el IMSS, porque vive más cerca de la UMF que le corresponde. En su familia nadie se ha hecho la prueba, ella es la mayor y la primera que tiene hijos; su madre y su suegra tampoco han tenido la práctica de detección oportuna. Obtiene su acceso a la seguridad social a partir del trabajo de su esposo —quien labora en un establecimiento nocturno como mesero y cantinero— por el que percibe un salario de 2 800 pesos mensuales.

Hortensia forma parte del mismo grupo de edad. Tiene veintidós años y es la mayor de su familia. Su madre emigró de la Ciudad de México hace años al seguir a la familia con la que trabajaba realizando labores domésticas. Ella se hace el papanicolaou frecuentemente y aconseja a sus hijas cuidados entre los que contempla la prueba. Hortensia la acompañó al IMSS en más de una ocasión y ahí le habló de la necesidad de realizarse la prueba después del embarazo; también fue ella quien cuidó a su hija de tres meses de edad la primera vez que acudió a la UMF B. Ese fue el día que la contactamos y nos describió lo que sabía del procedimiento.

Yo creo que fue cuando tenía unos diecinueve años, pues yo creo que hablamos más que nada por... una vez que ella se lo fue a hacer y ya vi. Nos (llevó) a mí y a mi hermana, porque tengo una hermana de diecisiete años, y nos dijo que era muy importante hacerse las pruebas, a revisión con el doctor, que no nos diera pena, que son cosas que son confidenciales con el doctor y ella... con mi mamá tenemos más que nuestra mamá, para mi hermana y para mí es como nuestra amiga y mamá porque hablamos de todo, ella tiene cuarenta y cuatro años y hablamos de todo... De las relaciones y todo nos habló como a los quince años, yo ya sabía algo, lo que se aprende en la escuela, porque se ve en la primaria y en la secundaria (Hortensia).

Llegar a la UMF les llevó casi una hora porque necesitaron utilizar dos rutas (de transporte urbano). Hortensia vive con su esposo y su hija en la que fuera casa de su madre hasta hace unos años; se la presta a cambio de que la arregle y mantenga al corriente el pago de los recibos de luz y agua. La vivienda se ubica al noroeste de la ciudad; su calle no está pavimentada, pero cuenta con servicios de agua, drenaje y luz. Sus ingresos familiares no son permanentes y fluctúan alrededor de los 800 pesos, cuando su esposo, quien es albañil, tiene empleo en alguna obra; es por su trabajo por el que tiene acceso a la derechohabiencia activa. En el momento en el que la entrevistamos no había vuelto a trabajar desde el nacimiento de su hija. Anteriormente realizaba el mismo trabajo que su madre. Trabajaba con una familia en la que su responsabilidad principal era cuidar a un niño pequeño. Aún mantiene el vínculo con ellos porque considera que de ser necesario sería su alternativa de empleo.

En el mismo grupo de edad se encuentra *Beatriz*. Clasificamos su práctica como esporádica porque hace más de cinco años no se hace la prueba. Como sus padres, nació en Hermosillo y vivió la mayor parte de su vida en una colonia del noroccidente de la ciudad. Su casa contaba con servicios de agua, luz y drenaje, pero las calles que la rodeaban no estaban pavimentadas. Al cumplir los dieciocho años de edad se embarazó y se

fue a vivir con la familia de su novio, al sur de la ciudad. Después de un tiempo regresaron a casa de su padre, donde convivieron con su hermana y sus hijos.

Durante el tiempo que la visitamos se mudó a un fraccionamiento ubicado nuevamente al sur de la ciudad. Esto fue posible gracias a que su pareja consiguió un crédito de INFONAVIT, por su trabajo en una compañía de transporte de mercancías, en el cual percibía un salario de 4 500 pesos; es también por su trabajo que Beatriz y los niños tienen acceso al IMSS. La nueva vivienda cuenta con todos los servicios incluyendo pavimentación y transporte. Cuando la entrevistamos tenía tres hijos, de siete, cinco y dos años de edad, y su trabajo era ser ama de casa. Los problemas con su esposo la habían hecho pensar en la posibilidad de conseguir un empleo, pero después de un tiempo parecieron resolverse y siguió viviendo con él. Sus redes sociales de apoyo se ven reducidas prácticamente a la relación paterna. No convive cotidianamente con su madre desde los catorce años de edad, cuando se separó de su padre y formó una nueva familia. Se mantienen en contacto por teléfono y se encuentran cuando visitan a su hermano en la penitenciaría. Fue ella quien le señaló que después de tener a su primer hijo, sería necesario realizarse la prueba de Papanicolaou.

La última integrante del primer grupo de mujeres es *Penélope*, de veinte años de edad. Ella vive con su esposo y su hijo de casi cinco años en el norte de la ciudad. Cuando estaba cursando la preparatoria, a los dieciséis años, se casó. La familia de sus suegros, que vive en la Costa de Hermosillo, les prestó una casa a cambio de que la cuidaran y acondicionaran.

La vivienda tiene dos cuartos, uno de los cuales es cocina y comedor, y la habitación en la que duermen los tres. Las paredes y el techo son de cemento, cuenta con todos los servicios básicos y además se encuentra en la misma calle en la que viven sus padres, por lo que conviven cotidianamente con ellos; sus hermanas cuidan a su hijo mientras va a trabajar (de lunes a viernes) a una maquiladora relativamente cercana. Su compañero trabaja en un negocio de venta de computadoras y entre los dos ganan aproximadamente 5 mil pesos; la cantidad varía de acuerdo con las comisiones que percibe por las ventas. En ese momento tenía acceso a los servicios médicos del IMSS gracias a su trabajo, en el que laboraba desde hacía siete meses.

Las redes familiares de apoyo les permiten vivir en una casa sin pagar renta, y el cuidado de su hijo también queda dentro del entorno familiar, por lo que no hace uso del servicio de guardería al que tiene derecho por su trabajo.

Grupo 2 (26-45), mujeres de mediana edad

En el segundo grupo de edad entrevistamos a *Emilia*, de veintiocho años, localizada entre las mujeres que nunca se habían realizado la prueba de Papanicolaou. Durante el periodo de las entrevistas acudió por primera ocasión a una de las UMF a que le tomaran la citología. Entonces vivía en casa de su madre con su hijo de dos años; se había regresado seis meses antes luego de separarse de su esposo. La casa paterna cuenta con todos los servicios de luz, agua, drenaje y pavimentación. En la vivienda hay tres dormitorios, sala, comedor y cocina, una cochera para dos carros y un patio. Originaria de Hermosillo, como sus padres y hermanos, cambió de residencia diez años antes a una vivienda ubicada en la zona norte, cuando todavía no estaba completamente urbanizada. Esto se debió a que los ingresos familiares se vieron disminuidos con la jubilación de su padre, quien había logrado enviar a sus doce hijos a escuelas privadas y con quien habían vivido en una zona cercana al centro de la ciudad. Emilia terminó sus estudios de preparatoria antes de casarse y actualmente trabaja con una compañía en la venta de artículos de decoración. Su ingreso familiar, de 4 200 pesos mensuales, lo aporta en gran medida su ex esposo porque su salario es muy variable y depende de las comisiones por venta. Él también es quien da acceso a su hijo a los servicios del IMSS, entre ellos el de guardería y atención médica.

Las redes familiares de Emilia la han acompañado y protegido durante su embarazo, casamiento y separación. También la apoyan en el cuidado de su hijo y su salud cuando requirió tratamiento quirúrgico después del parto. Cuando la entrevistamos, su padre acababa de fallecer por cáncer de próstata y la familia se turnaba para acompañarla, a ella y su hermana, en diversas actividades. Emilia considera que el único inconveniente de este apoyo es la carencia de privacidad.

Gabriela, de treinta y siete años de edad, acudió por segunda ocasión a hacerse la prueba, cuatro años después de la primera vez, por lo que clasificamos su práctica como esporádica. Es la hija menor de una familia de diez hijos en la que el padre estaba ausente y en la que la madre murió por cáncer cervical cuando ella contaba con once años de edad.

Mi mamá murió cuando estaba chica, de once años. Murió de cáncer en la matriz. Mis hermanos me dijeron que murió, pero no de qué, entonces le inventaban a uno de cosas. Una hermana nos crió, somos diez hermanos, cinco mujeres y cinco hombres. Ella nos crió a todos, es nuestra segunda mamá. Ella trabajaba en el IMSS, era asistente médica... (Mi hermana mayor) sí sabía y mis hermanos, pues los más grandes, nosotros estábamos muy chicas todavía. Cuando murió (mi mamá), la más grande tenía como veinticuatro años, ya estaba trabajando ahí en el Seguro y como mis papás... estaban divorciados, a ella le tocó el paquete, a ella y a una de mis hermanas, fueron las que sacaron adelante a todos (Gabriela).

Sus hermanas mayores trabajaron para mantener a la familia y gracias a su esfuerzo pudo estudiar la licenciatura en química. Trabajó un tiempo en algunos laboratorios de productos lácteos fuera de la capital. Una vez casada y con hijos, a los veintiocho años de edad, residir fuera de la ciudad le causaba muchos problemas familiares, por lo que dejó su profesión y buscó empleo en Hermosillo sin considerar para ello sus estudios. Durante un tiempo trabajó en una guardería pero los problemas de salud de uno de sus hijos la persuadieron de quedarse en casa. Actualmente la familia depende del salario de su esposo, quien gana 4 600 pesos al mes. Es por su trabajo que la familia tiene acceso a los servicios del IMSS. Tuvo a su primer hijo a los veintisiete años; cuando la entrevistamos éste tenía diez años, cuatro el de en medio y dos el más pequeño.

Desde hace más de nueve años Gabriela habita una casa de fraccionamiento ubicado al noroeste de la ciudad. La vivienda cuenta con un baño y cuatro habitaciones de dimensiones aproximadas de tres metros cuadrados; dos de éstas son dormitorios, las otras dos forman una estancia, la sala, el comedor y la cocina. La casa tiene acceso a servicios de agua, luz y drenaje. En el exterior está rodeada por una barda y una reja que cierran la cochera como acceso principal. Para acudir a los servicios médicos, por lo general busca el apoyo de su suegra para el cuidado de los hijos, sus hermanas mayores trabajan y no siempre puede contar con ellas. Su familia permaneció unida gracias a sus hermanas mayores, una de las cuales, ya en el IMSS, logró estudiar enfermería y es referente de consulta ante cualquier problema de salud.

Rosa es la mujer más joven de este grupo de edad; tiene veintiocho años y cuatro hijos. Clasificamos su práctica como esporádica porque había dejado pasar más de cuatro años desde que se hizo la prueba por primera vez en un centro de salud.

Porque me dijeron aquí, mi amá principalmente: “Que háganse la prueba, que no se dejen, que ¡Dios guarde!, que un cáncer, que esas cosas no se dejan”, y como traigo el dispositivo... En una ocasión, cuando me quité el dispositivo, me dijo el doctor que me había hecho una úlcera, y no, gracias a Dios no fue nada malo, quedó todo bien, seguí yendo con el ginecólogo, allí en el centro de salud... y me dijo que estaba muy bien, que estaba bien. Siempre da miedo, ¿no? siempre da miedo y pena (Rosa).

Quedó embarazada a los dieciséis años, cuando estudiaba la secundaria, y se fue a vivir con su pareja, quien vivía frente a la casa de su abuela. Con él tuvo tres hijas que al momento de las entrevistas tenían doce, once y nueve años. Después de un tiempo se separaron; él se fue a trabajar a Estados Unidos y ella buscó empleo en maquiladoras y tiendas comerciales. Durante las primeras sesiones vivía en la que fuera casa de su “nana”, donde había crecido luego de que su mamá se separara de su esposo y le diera sus ocho hijos en custodia para poder trabajar. Rosa creció en un ambiente de carencias al depender exclusivamente del salario materno. Su madre trabajó en la Costa de Hermosillo en las cosechas y posteriormente en maquiladoras de la zona urbana. Con sus escasos ingresos atendía en lo posible las necesidades de sus hijos, a quienes veía poco.

Cuando Rosa se separó de su pareja, regresó al hogar de su abuela. Pero cuando ésta falleció de cáncer en el pulmón, la vivienda pasó a ser propiedad de una de sus tías. Ella permitió que continuara viviendo ahí, pero cuando Rosa volvió a unirse a una pareja, le pidió que buscara otro lugar. Entonces estaba trabajando en una tienda de autoservicios, entre los dos lograban un ingreso mensual de 6 000 pesos; sin embargo, durante las sesiones de la entrevista, perdió su empleo justo cuando se habían mudado parcialmente a una vivienda de techo de cartón ubicada en una zona de mayores carencias. A la par, sus ingresos se vieron reducidos a 3 000 pesos, dos salarios mínimos y medio, y su prioridad a partir de entonces fue la búsqueda de empleo.

En el mismo grupo se encuentra *María Eugenia*, de cuarenta y un años de edad, cuya práctica fue clasificada como regular. Nació en uno de los pueblos del río Sonora y cuando tenía entre tres y cuatro años se trasladó a Hermosillo con su familia, integrada por sus padres y ocho hermanos, cuatro de ellos mujeres. Se casó a los veinte años y vive con su esposo y sus tres hijas en una vivienda ubicada al norte de la ciudad, construida por el INFONAVIT hace dieciocho años. La casa tiene sala, comedor, cocina y tres dormitorios, el primero y más grande es de las dos hijas menores; lo que sería un pequeño espacio para la televisión es el cuarto de la hija mayor, y la tercera habitación la comparten María Eugenia y su esposo. En la parte trasera, la vivienda cuenta con un patio pequeño.

En cuanto a la escolaridad, sólo estudió los seis años de primaria. Cuando tenía veintitrés años nació su primera hija, quien ahora tiene dieciocho años y estudia Comercio Internacional. Su segunda hija cursa la preparatoria y la menor está por terminar sexto de primaria. De lunes a viernes trabaja en la tienda de una escuela particular; por lo general camina hacia su trabajo durante casi una hora. Tiene acceso al IMSS por el empleo de su esposo, quien trabaja en un depósito de hielo. Entre los dos, suman un ingreso familiar estable de 4 600 pesos.

La red familiar de María Eugenia es muy unida y cercana, se relaciona con ellos de diversas formas cotidianamente, pero cuando necesita acudir al IMSS o a cualquier servicio médico, sus hijas mayores se quedan a cargo de la comida y la atención doméstica. Cuando la entrevistamos acababan de celebrar el casamiento de uno de sus hermanos menores y estaban apoyando los preparativos de una segunda boda. Por lo general pasan los fines de semana en la casa materna.

Grupo 3 (46 y más), mujeres de mayor edad

En los registros de personas que no se habían realizado la prueba se encontraban los datos de *Aurora*, quien a sus cuarenta y seis años de edad no se había hecho la prueba. Sin embargo, cuando la localizamos había tenido problemas que la llevaron a buscar atención médica y realizarse la prueba de Papanicolaou por primera ocasión. Los días anteriores a la primera entrevista había perdido su trabajo y con ello el ingreso familiar se vio reducido a 2 500 pesos. También perdió el acceso a los servicios médicos, aunque su hija mayor tenía posibilidades de darla de alta de nuevo.

Aurora nació y vivió durante sus primeros doce años de vida en un pueblo cercano a Hermosillo, donde cursó la primaria. Su familia emigró a la ciudad en busca de trabajo y ahí pudo continuar sus estudios hasta segundo de secundaria. Al recordar a su familia señaló que era la única mujer y que pasó momentos difíciles en su adolescencia porque su padre no la respetaba: “Me tocaba y me hizo perderle el respeto, yo me volví muy rebelde”. En cuanto cumplió la mayoría de edad, se casó sin el consentimiento de sus padres y no la acompañaron en su boda. Su esposo había estudiado la preparatoria y trabajó en diferentes lugares; su último empleo fue como conserje de una escuela federal. Tenían cuatro hijos pequeños cuando él falleció y Aurora se quedó sin fuente de ingreso. Buscó trabajo inmediatamente y se hizo cargo de su familia hasta que sus hijos mayores empezaron a colaborar. Ellos estudiaron en una secundaria técnica cercana a su hogar y la mayor de las mujeres se costea sus estudios universitarios trabajando en una maquiladora por las noches.

Tres de sus hijos viven con ella en una colonia con servicios de agua, drenaje, luz y teléfono. Está ubicada en el norte de la ciudad, desde hace años no hay pavimentación y los problemas de inseguridad y drogadicción han crecido. Su esposo había comprado el terreno de su casa y cuando falleció ya tenían dos cuartos construidos con bloque de cemento y otro más que era sala, comedor y cocina. Después de varios intentos para encontrar empleo y negociar con su antiguo empleador, decidió, junto con sus hijos, adaptar el frente de su casa para poner una tiendita y apoyar de esa manera el ingreso familiar, mientras su hijo menor buscaba empleo.

Las redes familiares de Aurora son escasas. Su madre falleció por complicaciones de diabetes y ella se distanció de su padre desde que se casó. Sus hermanos tuvieron un acercamiento cuando murió su esposo, pero no tuvo buena experiencia laboral con ellos, de manera que buscó diferentes tipos de empleo en restaurantes pequeños y al final trabajaba en la cocina de una escuela. La fortaleza de Aurora en términos de redes familiares se encuentra en sus hijos, quienes han ido asumiendo cada vez más las responsabilidades económicas.

Como parte de este tercer grupo escogimos a *Trinidad*, de cincuenta y siete años de edad, y clasificamos su práctica como esporádica porque tenía más de diez años sin realizarse la prueba de Papanicolaou. Ella es la tercera de una familia de cinco hermanos. Creció y estudió en un ejido cercano a la ciudad de Hermosillo e hizo varias veces el cuarto grado porque no había más qué estudiar. Cuando tuvo la oportunidad terminó sexto grado en la misma escuela. Trinidad quería continuar sus estudios y “hacer algo más”. Pero sus padres no le permitieron ir a la ciudad más cercana porque tendría que ir y venir todos los días por carretera y consideraron que los traslados eran muy peligrosos. Después de un noviazgo muy largo se casó a los veinticinco años y se estableció en Hermosillo. Su esposo todavía labora como chofer en la misma empresa que trabajaba cuando se casaron y con frecuencia sale fuera de la ciudad. Actualmente, Trinidad pasa los días sola en casa, atiende a personas que la buscan como iridóloga y acude a la iglesia donde trabaja como catequista. Tuvo tres hijos (ahora son adultos), quienes viven fuera de la ciudad: dos hijas en Estados Unidos y el menor en Chihuahua, donde estudia la carrera de medicina.

Sus padres ya fallecieron; sin embargo, algunos de sus hermanos todavía viven en el ejido y es en ese lugar donde considera que tiene sus raíces y sus lazos familiares más fuertes, así como sus relaciones de amistades. En la ciudad se rodeó de las mujeres que acuden a la iglesia cercana a su hogar, el cual se ubica al oeste de la mancha urbana, una casa pequeña a la que hicieron ampliaciones y que se compone de tres dormitorios, una sala, la cocina, el comedor y un baño. En las reuniones organizadas para el catecismo encontró amistades que compartieron el crecimiento de sus hijos. Además, vende productos médicos y joyería para apoyar el ingreso de su esposo, quien tiene un salario de 5 600 pesos mensuales. Sus ingresos esporádicos se los envía principalmente a su hijo para cubrir sus estudios.

Finalmente escogimos a *Remedios*, de setenta y cinco años de edad, cuya práctica clasificamos de regular, y quien llevaba un tratamiento para cáncer mamario. Hace cuarenta años emigró a la ciudad de Hermosillo desde su pueblo natal, que se encuentra cercano a la ciudad de Álamos, en la parte sur del estado de Sonora. Estudió la primaria completa en este lugar y también ahí se casó. Tuvo a la primera de sus cuatro hijas cuando tenía dieciocho años. Poco tiempo después del fallecimiento de su esposo migraron a la ciudad de Hermosillo por recomendación de su hermano menor, quien ya vivía ahí, y le consiguió empleo y un terreno en las afueras de la ciudad, mismo que ella terminó de pagar, y en donde finalmente construyó su casa.

Trabajó durante más de veinte años en una tortillería y actualmente recibe servicios médicos del IMSS como parte de su jubilación. Su pensión y la renta de cuartos para estudiantes de la Universidad de Sonora aportan un ingreso de 5 700, pero además cuenta con el apoyo de sus hijas, nietos y sobrinos. Ella misma apoya a una hija con problemas de alcoholismo y violencia por los cuales se traslada constantemente con sus hijos a la casa materna. Hace tres años le diagnosticaron cáncer de mama en una clínica perteneciente a una asociación civil dedicada a la detección oportuna del cáncer de cérvix y mama. Después de la detección se trató en el hospital de Ontología de la Secretaría de Salud y en el IMSS, en donde le extirparon un seno, y a donde ha acudido posteriormente a citas de control con su médico familiar y especialistas.

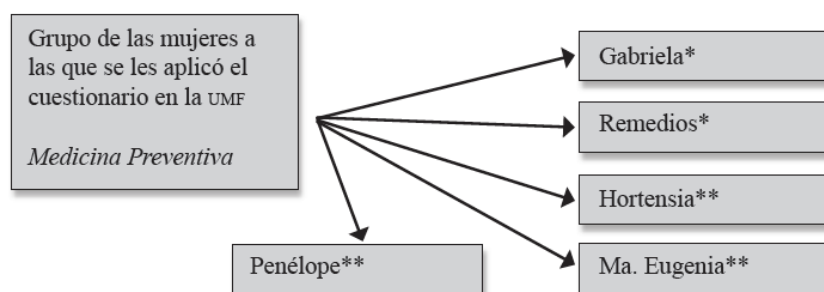
Las redes familiares de Remedios actualmente se conforman por hijos, nietos y sobrinos, pero en diversos momentos contó con el apoyo de su hermano, mientras se encontraba en su proceso de migración a la ciudad de Hermosillo, así como durante la búsqueda de vivienda y empleo, gracias al cual logró tener acceso al IMSS y a su jubilación. Sus redes familiares incluyen a dos sobrinas políticas que trabajan en el IMSS, Remedios considera que esto le ha permitido contar con mejores condiciones de atención. También ha contribuido en el cuidado de otros miembros de su familia, incluyendo a una cuñada en silla de ruedas que vivió dos años con ella.

LOCALIZACIÓN DE LAS MUJERES

Las mujeres entrevistadas tienen en común haber acudido a las UMF durante el periodo de estudio, pero, como señalamos antes, algunas fueron contactadas en Medicina Preventiva, cuando pidieron que se les tomara la prueba de Papanicolaou, y otras en Medicina Familiar.

Las mujeres entrevistadas que contactamos en Medicina Preventiva cuando acudieron a la prueba de Papanicolaou (véase [ilustración 14](#)) fueron: María Eugenia, Remedios, Hortensia, Penélope y Gabriela. De ellas, acompañamos a Gabriela y a Remedios durante la prueba.

Ilustración 14. Entrevistadas que acudieron al papanicolaou



* Mujeres a quienes se les acompañó durante el papanicolaou.

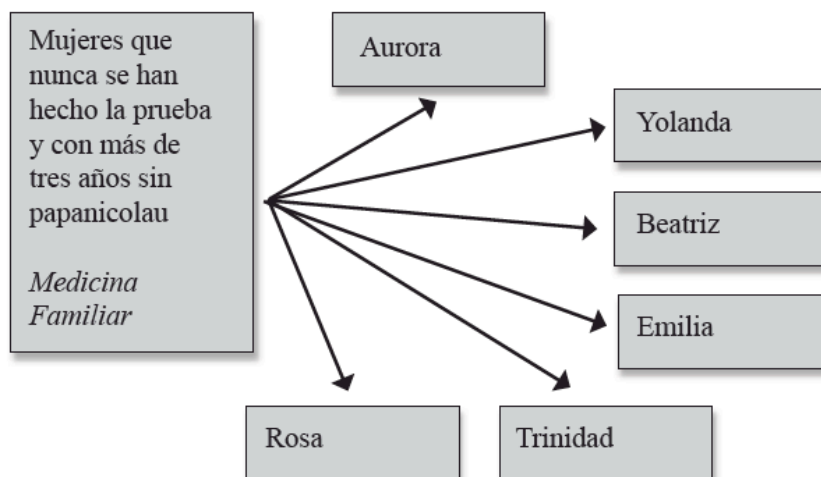
** Mujeres a quienes se les aplicó el cuestionario pero no fueron acompañadas en el papanicolaou.

Fuente: elaboración propia con información de las entrevistadas.

En un segundo grupo incluimos a quienes fueron captadas en Medicina Familiar, con el único criterio de tener lo que denominamos práctica esporádica o nula (véase [ilustración 15](#)). Las mujeres localizadas de esta manera fueron Yolanda, Aurora, Emilia, Beatriz, Trinidad y Rosa. Aurora es la única de este grupo que acompañamos durante la prueba en otra ocasión que acudió a los servicios de Medicina Preventiva.

Aurora, Yolanda y Emilia fueron localizadas en Medicina Familiar porque nunca se habían realizado la prueba; sin embargo, durante la parte final del trabajo de campo, Aurora acudió a que se la tomaran y la acompañamos durante la misma. Emilia se la realizó por primera vez en el periodo de la entrevista.

Ilustración 15. Entrevistadas con práctica esporádica o nula que acudieron a la UMF al servicio de Medicina Familiar



Fuente: elaboración propia a partir de información de las entrevistadas.

Cuadro 16. Escolaridad de las mujeres entrevistadas en el hogar

Escolaridad	Entrevistadas	Grupo de edad	Frecuencia de su práctica de DOC
Primaria completa	Ma. Eugenia	G2	Regular
	Trinidad	G3	Esporádica
	Remedios	G3	Regular
Secundaria incompleta	Aurora	G3	Nula-Primera vez
	Rosa	G2	Esporádica
Secundaria completa	Yolanda	G1	Nula
	Hortensia	G1	Primera vez
	Beatriz	G1	Esporádica
Preparatoria	Penélope	G1	Regular
	Emilia	G2	Nula-Primera vez
Universidad	Gabriela	G2	Esporádica

Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados durante las entrevistas en los hogares (2002).

Si bien el ingreso familiar de estas mujeres es entre dos y cinco salarios mínimos, existen diferencias en términos de ingreso, condiciones de la vivienda, servicios y apoyo de sus redes familiares, que clasificaremos en tres grupos: a) las que viven en condiciones económicas más precarias son Yolanda, Aurora, Rosa y Hortensia con los salarios más bajos, viviendas con más carencias y servicios más precarios; b) las que tienen una situación económica intermedia, con mejores condiciones de vivienda, servicios e ingreso, aunque inestables, son Penélope y Beatriz; y c) quienes tienen mejores condiciones en términos de apoyo familiar y/o ingresos, vivienda, servicios e ingresos son Emilia, María Eugenia, Trinidad y Remedios. Finalmente, los nombres de las mujeres y algunos datos de identificación fueron modificados, no así la edad y frecuencia del papanicolaou (véase el [cuadro 16](#)). Las mujeres del G3 estudiaron menos años en general, sólo una del G2 estudió la primaria, y en este grupo se encuentran dos mujeres con escolaridad mayor a la media estatal. En el G1 las integrantes estudiaron hasta secundaria y una de ellas inició la preparatoria.

Finalmente, en el [cuadro 17](#), ordenados de mayor a menor ingreso familiar, encontramos que de las tres mujeres localizadas por no haberse hecho la prueba, dos se encuentran entre quienes perciben los menores ingresos o tienen los salarios menos estables.

Cuadro 17. Salarios mínimos y frecuencia del papanicolaou

Entrevistada	Ingreso familiar: smm*	Frecuencia de práctica a partir del último papanicolaou
Aurora	2.1	Nula-Primera vez
Rosa	2.5**	Esporádica
Hortensia	2.7	Primera vez
Yolanda	2.3	Nula
Emilia	3.5	Nula-Primera vez
Gabriela	3.7	Esporádica
Beatriz	3.7	Esporádica
María Eugenia	3.8	Regular
Penélope	4.1	Regular
Remedios	4.8	Regular
Trinidad	4.7	Esporádica

* Salarios mínimos mensuales (40 pesos mm a 9.6 USA).

** Al perder su empleo el salario familiar se redujo a 2.5 salarios mínimos.

Fuente: información de entrevistas, enero a agosto de 2002

Entre las informantes, hay diferencias importantes en términos del número de años de acceso al servicio médico del IMSS (véase el [cuadro 18](#)). Las mujeres del G1 tienen menos de dos años de vigencia, mientras que en el G2 solamente una de ellas, Emilia, no tenía vigente su derechohabiencia y anteriormente sólo había tenido acceso durante un año por el empleo de su esposo; Aurora, en el G3,

había tenido un acceso intermitente. Las demás mujeres del G2 y G3 han estado activas en la institución por más de trece años.

Cuadro 18. Tiempo de derechohabiencia en el IMSS

Grupo de edad	Práctica	Entrevistadas	Derechohabiencia IMSS
G1	Regular	Penélope	Menos de 1 año
	Nula	Yolanda	Menos de 2 años
	Primera vez	Hortensia	Menos de 2 años
	Esporádica	Beatriz	Menos de 2 años
G2	Nula-primera vez	Emilia	1 año-No tiene
	Regular	Ma. Eugenia	18 años
	Esporádica	Gabriela	13 años
G3	Esporádica	Trinidad	25 años
	Regular	Remedios	40 años
	Nula-Primera vez	Aurora	1 año - No tiene*

*Aurora tenía apenas un año con el servicio del IMSS. Al quedarse sin empleo, perdió el acceso temporalmente porque su hija trabajaba en una maquiladora y podría darla de alta de nuevo.

Fuente: elaboración propia con material de la entrevista.

Dos mujeres del G3 tienen una derechohabiencia constante y prolongada; sin embargo, la tercera (Aurora) ha tenido acceso de manera intermitente; cuando la entrevistamos había perdido el empleo y el IMSS. Al parecer, su condición de mujer viuda que entró al mercado laboral sin capacitación previa, con la responsabilidad de mantener a cuatro hijos y sin el apoyo familiar para lograrlo, la ubican en una situación más precaria.

Algunas diferencias entre las entrevistadas, que se relacionan en sus argumentos sobre las dificultades para acudir al *papanicolaou*, son el número y la edad de sus hijos (véase el [cuadro 19](#)). De las mujeres del G1, solamente Beatriz tiene más de dos hijos, las demás tienen uno; en el G2 dos mujeres tienen más de dos, mientras que en el G3 las tres mujeres tienen tres o más hijos (Aurora, Remedios y Trinidad).

Las mujeres que tienen hijos pequeños, como Beatriz, Gabriela y Rosa, no cuentan con apoyo de sus familias o amistades y/o tienen una situación económica precaria, por lo que durante las entrevistas el tema predominante fue la dificultad de modificar sus rutinas por el cuidado de los niños y la priorización de otras actividades de sobrevivencia.

Cuadro 19. Edad del hijo mayor y menor de las informantes

Grupos de edad	Nombre	Práctica	Número de hijos	Edad del mayor	Edad del menor
Grupo 1 (16-25)	Yolanda	Nula	1	18 meses	0
	Hortensia	Primera vez	1	5 meses	0
	Beatriz	Esporádica	3	6 años	1 año
	Penélope	Regular	1	3 años	0
Grupo 2 (26-45)	Emilia	Nula-Primera vez	1	2 años	0
	Gabriela	Esporádica	3	10 años	2
	Rosa	Esporádica	4		
	Ma. Eugenia	Regular	3	18 años	12
Grupo 3 (46 y +)	Aurora	Nula-Primera vez	4	22 años	16
	Trinidad	Esporádica	3	25 años	22
	Remedios	Regular	4	53 años	44

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas de enero a julio de 2002.

V

EL CÁNCER Y SU DETECCIÓN OPORTUNA

Este capítulo describe y examina los discursos sobre el cáncer cervical de las mujeres entrevistadas, con el fin de comprender las nociones y sentidos que adquiere la prueba de Papanicolaou en relación con la enfermedad y sus prácticas de DOC. Damos por supuesto que los saberes no son estáticos y que las representaciones incluyen elementos diversos y en ocasiones contradictorios, provenientes incluso de los materiales de difusión científica, como señala la teoría de las representaciones sociales de Moscovici (1993). En las representaciones se encuentran elementos y nociones científicas que desde el sentido común se resignifican, es decir, se entienden en relación con otras nociones.

Los saberes sobre “la prueba del cáncer” se van conformando a partir de las representaciones sociales y las prácticas de cuidado a los procesos de salud/enfermedad/atención en los hogares. Las representaciones y prácticas se comparten a través del lenguaje y se convierten en explicaciones aceptadas por un conjunto social en el que adquieren sentido.

Durante las entrevistas, las mujeres describieron prácticas de cuidado a personas con cáncer que eran más o menos cercanas a sus círculos íntimos, o incluso cuidados de atención en procesos de enfermedad, como el caso de Remedios. Una parte importante de las representaciones sociales sobre el cáncer y la detección oportuna se construye a partir de las prácticas de atención o cuidado de personas enfermas. Su papel de cuidadoras las acerca a este tipo de prácticas y por lo tanto a la enfermedad.

Desde el punto de vista de las mujeres, el cáncer es una enfermedad grave y temida, de la cual se conocen varios tipos, identificados por el lugar del cuerpo donde se manifiesta. El cáncer de la matriz es la enfermedad de la que hablan, no se conoce el significado de la palabra *cérvix*, ni se ubica el lugar que designa, es más común hablar del cuello de la matriz, pero el nombre no siempre designa la parte anatómica que refiere.

PRÁCTICAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Las once mujeres entrevistadas señalaron conocer a personas con cáncer, dos de ellas a través de su propia enfermedad (Trinidad y Remedios), y las otras nueve como cuidadoras de familiares o acompañantes de amigos o vecinos cercanos.

Hay una gran diferencia entre vivir la experiencia de la enfermedad y acompañar o conocerla a través del discurso de quienes la padecen, pero nos interesa resaltar que el cáncer no es desconocido para estas mujeres, sino todo lo contrario, es cercano y temido.

El siguiente cuadro describe las prácticas de cuidado y/o atención mencionadas por las entrevistadas que cuidaron o conocieron a una persona con cáncer. A la izquierda se presenta el nombre de la mujer,

seguida de la relación que media con la persona a quien se acompañó o conoció con el diagnóstico. Las displasias fueron clasificadas como parte del proceso de la enfermedad.

Entre las experiencias indirectas, distinguimos aquellas narrativas que hablan de personas conocidas que padecieron o padecen la enfermedad, así como quienes atienden y cuidan a un enfermo, e incluso quienes han perdido a familiares por esto. Las mujeres de mayor edad tienen más experiencia con la enfermedad. En los siguientes subapartados describiremos estas prácticas de cuidado y atención, así como sus vínculos con la construcción de los saberes de las mujeres.

Conocer y escuchar a alguien enfermo

En las narrativas sobre la experiencia con la enfermedad, distinguimos relaciones en las que no existe un vínculo de parentesco ni se convive cotidianamente con el enfermo; por ejemplo, las amistades del trabajo y familiares de amigos y vecinos que relatan las prácticas de atención y cuidado, así como los problemas que la enfermedad conlleva para la familia. Lo anterior implica un nivel de cercanía con la enfermedad que llamo experiencias indirectas y de escucha, porque escuchan a otros hablar de un enfermo, o incluso al mismo enfermo, pero no conviven con él ni son responsables de sus cuidados; sin embargo, conocen sus dolencias y dificultades en el proceso salud/enfermedad/atención. Tal es el caso de María Eugenia; ella no ha tenido familiares con cáncer pero describió el temor de una compañera de trabajo.

A mi compañera de trabajo están por operarla, sacarle la matriz, porque dice que son unos pequeños tumores, mas no sé si sean malignos. Ella dice que no, pero le van a sacar toda la matriz, y es que ella tiene miedo que por ahí le vaya a empezar el cáncer. Como su mamá se murió invadida del cáncer, hace ocho años que murió su mamá. Sí, y es lo que ella tiene: miedo y que si en un futuro va a correr el riesgo, pues vale más que de una vez se la saquen toda y no nomás los pequeños tumores. Ahora yo relaciono la infección con el cáncer y le tengo mucho miedo al cáncer. No he tenido experiencias cercanas de algún familiar o algo del cáncer, así que yo lo vea cómo está, pero la oigo, y sé que como que vas decayendo. Gracias a Dios no me ha tocado, pero le tengo miedo, y sí, la infección sí la relaciono con el cáncer, no sé cómo, pero sí creo que tienen que ver (María Eugenia).

La preocupación de su amiga es tal que no le importa confirmar si se trata de tumores malignos; ella quisiera apurar el procedimiento quirúrgico para que le quiten la matriz como tratamiento profiláctico para el cáncer. María Eugenia refiere que hablar de este problema con su compañera la hizo acudir a hacerse la prueba y revisar que la infección vaginal hubiera cedido. Además de este caso, habló de una vecina con displasia que le quitaron la matriz; estos dos casos influyeron en su práctica de detección oportuna y a la vez en su imagen de la enfermedad, la cual sabe que puede ser mortal si no se atiende a tiempo.

En el mismo sentido, Penélope, entre las mujeres más jóvenes, refiere conversaciones con dos compañeras de trabajo con diagnósticos de displasia y cáncer cervical. Ellas compartieron sus experiencias y sugerencias de cuidado a través de la práctica del papanicolaou, lo que considera que influyó de manera determinante en su propia práctica de detección.

Pues, una amiga con “INC”, o “NIC”, algo así, cáncer, no sé qué, tercera etapa, no sé cómo le llaman, porque ahí en el trabajo platicamos de esto. Otra amiga, una que estaba embarazada, ya se alivió, lo bueno, ya pasó, porque traía infección, no sé qué, pero le hicieron el papanicolaou y resulta que salió con infección ahí... Fue en el Seguro yo creo, supongo, y le habían dicho que le iban a hacer cesárea si no se curaba, pero sí se curó, le dieron tratamiento en el embarazo. Ella tiene como veinticinco años. Fueron estas experiencias las que me hacen pensar y mejor voy a lo de la prueba (Penélope).

Yolanda también conoce a personas que han padecido la enfermedad, pero no ha cuidado a nadie. Una vecina de cincuenta años, amiga de su madre, enfermó y falleció de un cáncer “en la cabeza”, cuyo tratamiento la fue dejando sin cabello. Su mamá le hablaba de la evolución de la enfermedad, de los cuidados y dolores que conllevaba. Yolanda señala que en esa ocasión aprendió más que cuando cursaba la secundaria y le explicaron brevemente los cambios celulares. A través de las narrativas de su madre, comprendió lo que el cáncer implica para una persona cercana y su familia.

Cuadro 20. Experiencia de las entrevistadas con el cáncer

Grupo de edad	Nombre	Prácticas de cuidado a otros	Tipos de cáncer	Práctica de DOC
G1	Yolanda	Vecina	Cabeza	Nula
	Hortensia	Suegra	Quistes en ovarios	Primera vez
	Beatriz	Amiga y vecina	Mama	Esporádica
	Penélope	Compañera de trabajo	Displasia	Regular
G2	Emilia	Papá y cuñada	Próstata Cáncer en la matriz	Nula-Primera vez
	María Eugenia	Compañera de trabajo, familiar de su compañera y vecina	Displasia y cáncer en la matriz	Regular
	Gabriela	Mamá	Cáncer en la matriz	Esporádica
	Rosa	Abuelita	Pulmón	Esporádica
G3	Aurora	Tío, mamá y prima	Hueso (golpe) Útero, quistes en ovarios	Nula-Primera vez
	Trinidad	Vecinos, pacientes y familiares	Próstata y estómago Matriz	Esporádica
	Remedios	Personal Suegra Prima	Mama (golpe) Huesos Huesos-cabeza	Regular

Finalmente, la experiencia de Hortensia se reduce al diagnóstico de quistes de su suegra y que ella define como parte de un proceso inicial de cáncer en la matriz. Este tema no se habla directamente con los hijos varones, solamente con las mujeres; su esposo se enteró porque ella le dijo lo que su madre pensaba hacer en términos de atención médica.

Hortensia, Yolanda y Penélope forman parte del primer grupo de edad; sus familias y círculos de conocidos no han pasado por este tipo de procesos de salud/enfermedad/atención y, por lo mismo, no han tenido una práctica de cuidado directa. Sin embargo, sus representaciones se van alimentando de las narraciones de otras mujeres, compañeras de trabajo o familiares sobre lo que es necesario hacer.

Cuidar a un enfermo

Las prácticas de cuidado del cáncer aproximan a las mujeres al dolor y a la posibilidad de muerte de las personas que atienden, por lo regular integrantes de su familia y, a su vez, seres queridos. Como parte de la distribución de responsabilidades del género femenino aprendidas socialmente en México y Sonora, las mujeres son quienes ejercen el papel de cuidar a los enfermos en los hogares (González Montes y Tuñón 1997), por lo que no es de extrañar que cuatro de once entrevistadas, Emilia, Aurora, Trinidad y Remedios, hayan tenido experiencias en ese sentido.

Por ser la hija única, Aurora cuidó a su madre cuando le quitaron la matriz por un tumor; entonces tenía quince años de edad. Recuerda que el proceso posoperatorio se complicó porque la diabetes obstaculizaba la cicatrización y presenció el sufrimiento de su madre durante las curaciones. Al inicio de la sesión de la entrevista, su hija nos acompañó, pero al abordar este tema se levantó y se fue. Aurora señaló: “Mira, se va porque no quiere escuchar de esto, porque se preocupa por mí” y después nos dijo que ella también se preocupó cuando sus sangrados fueron abundantes: “Me dio mucho miedo y no quería saber qué tenía”.

A pesar de que su mamá logró sobrevivir y murió muchos años después por complicaciones propias de la diabetes, Aurora narró que el sufrimiento inhibió su decisión de acudir a la prueba. No quería enterarse porque piensa que saber que se padece cáncer “le hace más daño a uno”.

‘Tuve una experiencia difícil con mi mamá cuando tenía yo como unos quince años, cuando mi mamá se vio muy mala, muy mala, tuvo sangrado, y mi papá la llevaba (al IMSS) y no le hacían nada. Yo nunca le pregunté, sino que él la llevaba al Seguro, y sí, me daba cuenta que él se tuvo que pelear para que la pudieran atender, porque no la querían internar. Iba y le daban pastillitas y las pastillas que le daban no le servían. Entonces la volvía a llevar mi papá y al último él tuvo que ponerse fuerte con ellos y ya la internaron. Le hicieron el legrado, y se volvió a venir (a la casa), y se volvió a enfermar, y entonces fue cuando le hicieron unos estudios y le detectaron que algo tenía en la matriz y que se la iban a sacar. Al sacarle la matriz entonces le sacaron esa bola, una bola negra le sacaron, pues era el tumor... (Aurora)

La experiencia de cuidar a un enfermo puede modificar negativamente la práctica de una detección oportuna. Pensar en el cáncer abre la posibilidad de muerte, es una enfermedad estrechamente relacionada con ella; por eso cuando pensó que podía estar enferma, su preocupación principal fue dejar a sus hijos solos. Hasta hace poco, ella ha sostenido a la familia en todos los sentidos.

Me acuerdo tan bien. Muy gorda, y el doctor la operó y me acuerdo que le dijo: “¡Ay, güera!” le dijo a mi mamá, cuando ya la operó, “ya te me andabas yendo”. Porque duró mucho la operación, porque supuestamente dice el doctor que él le abrió y le sacó, le dijo: “Te saqué... como dos kilos de manteca”. Le abrió el estómago y le sacaba él la grasa. Porque no tuvo tiempo de adelgazar mi mamá porque le dijo: “Si no te hubiera operado, tres meses no hubieras llegado”. Y por eso sangraba mucho porque tenía tumor en la matriz, y yo acordándome de todo eso, también pues me hizo ir luego luego cuando me sentí mal. Aunque ya fue después, es cierto, después de cinco años de tener problemas, ya cuando no me quedó otra, cuando me dijo el médico que me tenía que quedar, porque también me daba miedo saber... Por eso me asustan todas las cosas que me dicen, que me comentan y todo eso, entonces yo pienso en mis hijos y digo ¿qué necesidad de que ellos? Siquiera, dijera yo, me voy a morir y nomás, me voy a morir ¿no?, y yo digo se van a quedar sufriendo, batallando, porque no tienen más, como quien dice, no están impuestos con otros, desde el momento en que mi esposo murió, yo padre y madre y nomás (Aurora).

Aurora acudió hasta que “no le quedó de otra”, cuando los síntomas de anemia se agravaron y los sangrados eran tan abundantes que a veces duraban más de un mes. La atención se postergó. El miedo a saber que se tiene la enfermedad queda relacionado con una búsqueda de detección y atención tardía que puede ser la diferencia para la efectividad de los tratamientos.

Cuando hablemos del temor al resultado del papanicolaou en el próximo capítulo, abordaremos ampliamente este señalamiento. Por el momento lo vincularemos a los de otras entrevistadas que coincidieron con él y prefirieron no revelar el diagnóstico a las personas que cuidaban para evitar que se deprimieran o enfermaran más gravemente. Emilia nunca le dijo a su papá que tenía cáncer de próstata y Rosa ocultó a su abuela el diagnóstico de cáncer de pulmón. Con ellas, Aurora coincide en que conocer el diagnóstico “te va acabando más rápido”, porque hablar de cáncer es hablar de una enfermedad que tiene pocos pronósticos de ser curable, según la representación que comparten una vez que se diagnostica tardíamente. Emilia también señaló que de habérselo dicho “podía desanimarse y morir más pronto”, así que ella y su familia no hablaron porque “saber que tienes cáncer es saber que puedes morir”.

Mi papá acaba de morir por cáncer en la próstata; duró año y medio con la enfermedad. A mí me tocó cuidarlo, primero cuando me iba a la casa, porque cada rato regresaba a la casa, luego porque me separé y me fui a vivir con ellos. Murió a los setenta y cinco años, se atendió en el (hospital) CIMA¹⁷ y nunca le dijimos que tenía cáncer. Él pensó que se lo habían quitado ya, pensó que estaba mal por los gases que tenía, pero no supo lo que tenía. Era diabético también (Emilia).

Nadie preguntó al enfermo su opinión porque en la noción de cuidado se presupuso que estaría mejor sin saber o confirmar un diagnóstico. El cuidado así entendido puede entonces incluir el silencio para evitar el impacto de saber que se tiene una enfermedad vinculada a la muerte.

Los cuidados de estas mujeres hacia sus familiares combinaron la atención médica en la seguridad social, la Secretaría de Salud, la medicina privada y los tratamientos alternativos; de estos últimos, utilizaron principalmente el té de uña de gato tomado como “agua de uso”.

La última de las mujeres que ha cuidado a enfermos con cáncer es Remedios. Primero cuidó a su suegra, a quien consideraba como su madre. Para ella, los cuidados a los integrantes de la familia son una forma de retribuir lo que ella misma recibió en otros tiempos, y es también una forma de mantener unida a la familia y construir una relación con sus hijas que le asegure atenciones cuando las requiera, como ya le ha sucedido desde que le detectaron cáncer de mama. Además de su suegra, Remedios cuidó a una prima y a una cuñada.

Trinidad describió otro tipo de relaciones de cuidado a personas enfermas con las que el vínculo afectivo no es profundo en términos de parentesco. Mantiene con algunas de ellas la relación profesional que existe entre curador y enfermo debido a su formación y práctica como iridóloga. En sus consultas recomienda tratamientos de medicina alopática, a la par de medicamentos “naturistas” que consigue en Tucson y vende a sus clientes. En la relación con las personas, Trinidad señala que los tratamientos de cáncer implican una constancia que pocos tienen, ya que en cuanto se sienten mejor dejan de tomarlos “y se vienen para abajo”.

Emilia cuidó a su papá durante el cáncer de próstata, pero señaló que la enfermedad no lo hizo sentir más vulnerable porque “era un cáncer de hombres”. Sin embargo, la experiencia de su cuñada, a quien le detectaron a tiempo un cáncer por el que le quitaron la matriz, sí le hizo replantearse su práctica de detección

¹⁷ El CIMA es un hospital privado que se encuentra ubicado al lado del Hospital Oncológico del Estado; los habitantes de Hermosillo confunden las dos instituciones.

oportuna. Ella vivió de cerca el diagnóstico, su depresión y el apoyo de su hermano por el fin de su maternidad. Desde entonces su cuñada insiste en que acuda a la prueba.

Es que ella (su cuñada) se hizo el papanicolaou la primera vez y le salió cáncer, por eso le quitaron la matriz... Entonces un día me dijo: “¿Ya te hiciste el papanicolaou?”, y le dije que no. “¡Felicidades!”, me dijo como burla cínica: “¡Felicidades! Porque te estás buscando que te pase lo que me pasó; yo tampoco me lo hacía, lo iba dejando pasar y, ¿ya ves?, ya no puedo tener hijos, y tú estás joven y puedes tener más hijos” (Emilia).

A partir del acompañamiento cercano de esta experiencia, Emilia empezó a considerar que el cáncer no era una enfermedad exclusiva de personas mayores de cuarenta años; por otro lado, las reflexiones de su cuñada sobre el término de su maternidad la hicieron pensar en las implicaciones que pudiera tener en su vida un diagnóstico positivo y una histerectomía. Finalmente la experiencia influyó, junto con otras condiciones, para decidirse a ir. Recordemos que nunca había acudido a la detección oportuna de cáncer cervical y que durante el periodo de las entrevistas acudió por primera ocasión.

Rosa cuidó a su abuela durante el proceso de cáncer pulmonar hasta su muerte. A partir de esa experiencia, dejó de fumar lo poco que antes acostumbraba. Esto no modificó su práctica de detección oportuna, aunque las repercusiones en una disminución de riesgo puedan ser reales, son en realidad efectos no buscados en sus prácticas de cuidado.

A mi abuelita sí, me tocó verla cómo sufrió, yo creo más que eso te hace reflexionar y pensar que tienes que cuidarte (Rosa).

Entre las mujeres de mediana edad, sólo María Eugenia no ha acompañado o cuidado a un enfermo de la familia. En cambio, todas las mujeres de mayor edad sí lo han hecho. En resumen, cuidar a una persona que vive un proceso de cáncer cambia las representaciones de la enfermedad, aunque no necesariamente se modifiquen las prácticas de detección oportuna. Se trata de procesos complejos en los que la práctica de cuidado y atención a un enfermo puede jugar un papel importante para el cambio de las prácticas, pero no es suficiente en sí mismo.

Sin embargo, nos parece que cuando la persona enferma tiene características similares a la cuidadora — edad, sexo y parentesco—, la influencia puede ser mayor para la modificación de la práctica. El miedo al cáncer provoca dos prácticas distintas en relación con la detección oportuna, una reacción de parálisis y una de búsqueda de atención.

Muerte por cáncer en sus redes sociales cercanas

La muerte de integrantes de las redes familiares o de amistad de las informantes también modifica los saberes y la detección oportuna. En los relatos de Beatriz encontramos el caso de una vecina que a sus veintiséis años le diagnosticaron tardíamente un cáncer de mama por el que falleció dejando hijos pequeños, y de la misma edad que los suyos. Camino al novenario,¹⁸ comentó que antes pensaba que el cáncer sólo afectaba a mujeres de mayor edad y que eso cambió con la muerte de su amiga.

¹⁸ Ceremonia religiosa posterior a la muerte de una persona que dura nueve días, en cuyo transcurso la familia recibe a los amigos cercanos y ora por la persona que falleció.

Mi amiga se murió de cáncer hace poquito, apenas tenía veintiséis años. No puedo creerlo todavía, me impresiona mucho su muerte y más que dejó a sus hijos chiquitos, como los míos. Y es que ni ella ni yo, nunca me he hecho una prueba de mama, ahora quiero tener más información de eso, antes no me preocupaba tanto, pero ahora sé cómo fue. Al morir dejó a sus hijos solos, tengo miedo de que me pase lo mismo (Beatriz).

A partir de la muerte de su amiga, Beatriz ha tratado de negociar con su esposo el cuidado de los niños para acudir al centro de salud. En las visitas siguientes preguntamos si lo había logrado, pero no había sido así, se presentaron problemas con su pareja y primero tendría que ver si se separaba o seguían juntos, de modo que la detección oportuna de cáncer había pasado a un segundo plano. Lo que entonces le preocupaba eran las implicaciones económicas que desencadenaría la separación. Empezó a ver la posibilidad de que su abuela cuidara a los niños, y aunque no creía que fuera la mejor opción, fue una de sus alternativas. Sin embargo, el papanicolaou no se considera una emergencia y no justifica solicitar el cuidado de la familia cuando no se cuenta con el apoyo de la pareja. Para acudir a la prueba tendría que esperar otro momento porque carece de redes de apoyo sólidas.

La práctica de cuidar a un enfermo reconstruye y modifica las representaciones, en un nivel más general cambia los saberes de la enfermedad. Como señalamos en el caso de las prácticas de cuidado, el impacto en los cambios de las prácticas de detección oportuna de cáncer puede ser en dos sentidos, y es más posible que se reflexione sobre prácticas de cuidado a la salud cuando las características del enfermo se comparten o asemejan. Por ejemplo, la muerte de la madre de Gabriela le hace pensar que le ocurrirá lo mismo, sobre todo desde que se fue acercando a la edad en la que murió. Señala que cuando se presentan cambios en el ritmo de la menstruación, se angustia de tener algo similar y debido a ello acudió por primera vez a que le hicieran la prueba.

Mi mamá murió cuando (yo) estaba chica, de once años. Murió de cáncer en la matriz. Mis hermanos me dijeron que murió, pero no de qué, entonces le inventaban a uno de cosas... la primera vez que oí de cáncer fue ahí en mi casa, cuando mi mamá. Yo, tenía once años cuando ella murió pero no, no supe hasta más adelante, yo creo que tenía unos quince años, dieciséis años, cuando yo supe de qué murió, ahí en las mismas pláticas entre mis hermanas ¿no? Preguntamos de qué había muerto mi mamá y me dijeron que de cáncer. Mi hermana mayor sí sabía y mis hermanos los más grandes, nosotros estábamos muy chicas todavía, pero ahora sé y por eso me preocupé además de lo que me dijo la doctora, ¿no? (Gabriela).

Las prácticas de cuidado a un enfermo o la vivencia de haber perdido un familiar se relacionan con las representaciones y generan procesos de reflexión o cambios respecto a las prácticas de autocuidado y detección oportuna.

Prácticas de atención

Entre las informantes, Remedios acudió a la prueba de Papanicolaou varios años después y explicó su práctica en relación con el diagnóstico de cáncer de mama recibido tres años atrás. Durante el tratamiento, algunas compañeras de terapia y familiares le recordaron que era importante hacerse la “prueba del cáncer”.

En sus palabras, “la enfermedad se enraíza y como una planta, aun cuando hayas trozado la parte enferma, puede retoñar en otra parte de nuestro cuerpo”. Recordemos que Remedios tuvo una mala experiencia la primera vez que le tomaron la prueba, antes de la detección del cáncer. A consecuencia de ello

no quiso acudir a la detección oportuna durante más de diez años, pero a partir del diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, ha ido de manera regular para detectar a tiempo si “vuelve a salir”.

La detección de su enfermedad fue en una clínica que pertenece a una asociación civil que dedica sus esfuerzos al apoyo y atención de mujeres con cáncer. Dicha clínica se encuentra cerca de su hogar, por lo que se fue caminando sola. Cuando la doctora vio su seno, le recomendó esperar para que le hicieran una biopsia. Entre la sorpresa, el dolor del procedimiento y la preocupación del diagnóstico, Remedios expresa en su narración la angustia de pensar en la muerte, en la soledad de su diagnóstico.

¡Ay!, me operaron de un pecho, estoy en tratamiento del cáncer, ya tengo tres años... no sabía de qué se trataba, ya tenía rato que me daba rasquera en la punta del pecho. Últimamente era tanto que hubiera cogido un cuchillo, me hubiera cortado y no hubiera sentido la rasquera. Y resulta que fui por eso (a la George Papanicolaou)... y la doctora me dijo: “Oye, m’hijita, ¿por qué tienes la bolita que se está metiendo para adentro?, ¿no le duele?” Le dije: “Nunca me ha dolido, pero lo que me hace que tengo pura rasquera”. Y me dijo: “Pero si las bolitas se le están metiendo hasta adentro. No, no se va a ir, ahorita va a venir el médico del CIMA (Hospital Oncológico del Estado de Sonora), para que la vea”. Y dije: “Bueno”. Y pues sí, me esperé, porque sí, se me estaba metiendo para adentro, se me estaba acabando. ¡Ah! pues resulta que llegó el doctor y me miró y todo, ya le platicó ella lo que yo sentía y entonces me dijo: “Le vamos a dar un piquetito”. Y ¡ya me iba a morir!, un piquetito chiquito y luego ¡en vivo, m’hijita!, en vivo, y ¡van metiendo aquello! Creo que en la pura bolita me la metieron, parecía una aguja. ¡Ay! ¡qué dolor tan inmenso!, que me la van metiendo así, así ¡ay, ya, ya! que lo miraba, ya no lo miraba así, lo miraba así borroso, y ya después noté que me estaba saliendo una cosa caliente para abajo, hasta sangre, y pensé: “¡Aquí voy a quedar y no van a saber mis hijas!”. Entonces le dije: “¡Ay, doctor, sáqueme eso!, ya me estoy muriendo, ya no lo veo bien”. La cuestión de que ya me sacaron eso y miraba yo que me limpiaban con algodón y tomaba el algodón y ya se me calmaba, al rato ya sentía otra vez el chorrillo de sangre: “Me voy a morir y sola”, pensaba. Cuando terminaron me dijo la doctora que si venía con alguien, le dije que no, y cuando salí busqué un taxi, pero nada, me vine caminando. Pues, sí y ¡ah pues!, llegué aquí, estaba ella en la cocina ahí (su hija) y me dijo: “¡Ay, mamá! ¡Cómo te estuviste, se va a enojar mi marido porque te estoy esperando!” Y dijo: “Mamá, ¿por qué te viniste tan tarde?” Y ya le dije: “Mira, m’hijita, ve el pecho, con un hoyo”. Entonces se asustó y dijo: “¡Ay, mamá!, ¿pero por qué te dejaste?”. “No, pues”, le dije, “me iban a hacer un estudio”. Y sí, luego me dieron los resultados y me dijeron: “Tiene cáncer su pecho”. Entonces ya vine otro día y le dije a mi hija: “Mira este papel que me dio el doctor”, y anduvimos viendo. Mi hija me dijo: “Para que no haga gasto y todo eso es mejor que vaya al Seguro”. Y ya, de la misma George me dieron el papel y aquí me pusieron que me mandaban que se hiciera otro estudio, ¿cómo se dice? mama, mamó algo, y sí estuve en el CIMA en un tratamiento que duró veinticinco veces y luego me operaron en el Seguro. Todo el pecho me quitaron. Todo, no quise que me dejaran un pedazo, mejor no, porque puede volver a salir (Remedios).

Para Remedios hay un antes y un después del diagnóstico de cáncer mamario. Antes tenía una vida de trabajo intenso y cuidados hacia los otros en su hogar, sus hijos, sus nietos y sus pájaros. Después del diagnóstico, los siguientes tres años, su vida ha girado en torno a la atención médica para lograr “salir bien”; aunque esto ha disminuido en el último año, todavía toma medicamento y va al Hospital Oncológico a revisión.

Para ella el cáncer es una realidad cotidiana con la que tiene que lidiar. Atribuye su aparición a un golpe que recibió siete años atrás en un accidente automovilístico, y piensa que es probable que pueda salir de nuevo en otra parte del cuerpo porque así se lo han señalado los médicos, las enfermeras y los pacientes que conoció durante su tratamiento. La experiencia de tener la enfermedad y atenderla modificó sus prácticas de

detección. Para ella es una raíz que “puedes trozar en alguna parte y puede brotar en otra”; por eso prefirió que le quitaran todo el seno. Aunque tuvo la opción de que se le extirpara solamente una parte, consideró más seguro eliminarlo por completo.

A partir de la detección del cáncer mamario, Remedios reinició una relación con los servicios de salud que había tenido casi exclusivamente para la atención de sus hijos; comenta que enfermó poco después de tenerlos y en contadas ocasiones utilizó los servicios médicos del IMSS. Para tener una buena atención, considera importante cuidar su relación con todo el personal, médico y paramédico, entendiendo por ello bromear o llevar algún detalle, que puede ser desde un refresco hasta un regalo en fechas importantes como Navidad, día del médico o de la enfermera.

A Trinidad le quitaron la matriz diez años atrás por el diagnóstico de un posible cáncer. En sus narrativas sobre síntomas y prácticas de atención explica que presentó sangrados irregulares entre sus periodos menstruales. El médico le pidió que se hiciera la prueba de Papanicolaou. Lo hizo en tres ocasiones posteriores con una periodicidad menor entre ellos, seis meses aproximadamente, pero no le daban un diagnóstico preciso. Su esposo decidió apoyarla para que fuera con un médico privado, quien finalmente ordenó una biopsia y junto con un oncólogo la operó para quitarle la matriz.

El médico hablaba por lo general con su esposo, por lo que Trinidad no conoce con exactitud el diagnóstico: “tal vez se deba a que antes era menos la comunicación, nada más te decían como un deber”. Tampoco preguntó mucho más, aunque siempre pensó que tenía cáncer. En la actualidad, en su representación de la enfermedad, piensa que la prueba ya no es necesaria porque “ya no hay dónde se dé”; sin embargo, cuando ha ido al IMSS, los médicos y enfermeras tienen opiniones distintas y algunos recomiendan continuar la práctica de detección oportuna, mientras que otros, por el contrario, dicen que ya no la requiere. Ante estas dos alternativas y la carencia de síntomas, Trinidad considera que no la necesita, a pesar de no tener un diagnóstico claro que la deslinde de la enfermedad. En los manuales médicos se señala que las mujeres a quienes se les ha practicado la histerectomía por razones distintas a cáncer, ya no necesitan la prueba; sin embargo, quienes la perdieron por procesos oncológicos requieren seguir con la toma de papanicolaou (Instituto Mexicano del Seguro Social 1998c, 13).

NOCIONES SOBRE EL CÁNCER

El cáncer no es una enfermedad desconocida para las mujeres; por el contrario, las entrevistadas reportan prácticas de cuidado y atención de personas cercanas. De una manera más amplia las mujeres cuentan con otros elementos que conforman la representación, los cuales provienen de los medios de difusión y órganos informativos de las instituciones y organizaciones de salud. Uno de los textos utilizados para la promoción de la detección oportuna de cáncer cervical, colocado en las bardas de la ciudad durante 2000, decía: “El cáncer es curable si se descubre a tiempo”. Si bien la frase tiene la virtud de enfatizar de manera positiva el tratamiento de la enfermedad, su contraparte no es alentadora, pues las mujeres saben que “si se descubre tarde, ya no tiene remedio”.

Causas de la enfermedad

En las narrativas de las informantes existen coincidencias respecto a que el cáncer es una enfermedad grave, relacionada con causas múltiples que no necesariamente implican su desencadenamiento inmediato, sino que se van sumando a condiciones de deterioro del cuerpo en general, y en el caso del cáncer de cérvix, a los cambios que sufre durante la reproducción por complicaciones del parto y el posparto, además del daño provocado por las enfermedades de transmisión sexual.

La enfermedad no pasa por una serie de etapas previas, sino que se tiene o no. Las mujeres más jóvenes mencionaron que hay diagnósticos que “se pueden convertir en cáncer”, como las displasias, entendidas como infecciones más fuertes, pero una vez que se diagnostica, la esperanza que queda es que haya tiempo para su curación. Porque una vez que la enfermedad crece en gravedad ya no es posible.

El cáncer “se desarrolla”, “crece” y se “enraíza”, “no se pega”, es decir, no es contagioso, sus causas tienen que ver con procesos inevitables que les llega a “dar” a las personas. Las mujeres buscaron formas de autocuidado que no están presentes entre quienes consideran que tienen mayor riesgo.

Es una enfermedad que no se pega, pues según yo, no. Pero al menos a mí no me ha tocado, es una enfermedad, pero no, no sé qué es lo que la causa. Es diferente, depende el lugar en que te da, ha de ser por diferentes causas. Puede ser un descuido no sé si de higiene. No sé si sea de, ¿cómo decirte? o sea, de higiene, al momento de que cuando uno tiene (relaciones), a la mejor, no sé si consiste en eso, en tener relaciones, cuando uno va al baño y no tiene cuidado con la higiene o no sé, o sea qué lo causa, qué es lo que causa la enfermedad, me imagino que es una enfermedad y ya, si te va a dar es porque te va a dar. Aunque según a las mujeres ya más grandes por tener, o sea, en la tele yo no sé por qué, que por tener muchos hijos, que las mujeres que tengan, que hayan tenido más hijos, son las que deben hacer la prueba porque hay más riesgo, pero no dicen por qué, nada más que por tener muchos hijos. Pero le puede dar a cualquiera sin saber por qué (Hortensia).

El [cuadro 21](#) incluye una síntesis de los aspectos considerados causantes de la enfermedad. Aun cuando preguntamos sobre el cáncer de cérvix en particular, en su descripción refieren otros procesos oncológicos aparentemente vinculados con el entendimiento de la enfermedad como algo que se manifiesta en distintas partes del cuerpo, pero que tiene causas comunes que aluden a la edad, fumar, los golpes recibidos en el cuerpo, la falta de cuidados, los procesos infecciosos, el deterioro del organismo y la herencia.

Entre las mujeres de los distintos grupos de edad, algunas diferencias encontradas en el señalamiento y énfasis de las causas que lo provocan no tienen que ver con la edad en sí sino con la pertenencia a generaciones diferentes, así como con factores de migración, vida urbana y educación formal que influyen en los saberes sobre la enfermedad (véase el [cuadro 21](#)).

La educación formal parece jugar un papel muy importante en el conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual, pero no se encuentra el papel que el VPH desempeña en el desarrollo del cáncer. La migración a la capital permitió que Trinidad y Remedios tuvieran acceso a servicios médicos por medio de su empleo o el de su pareja; también tuvieron mayores facilidades para que sus hijos los utilizaran. Las tres mujeres mayores (Remedios, Trinidad y Aurora) señalaron como causa de la enfermedad la falta de higiene en las relaciones sexuales, los golpes en el cuerpo y prácticas de descuido posteriores al parto, como tener relaciones sexuales en el periodo de la “dieta” o presentar sangrados durante el mismo periodo.

Las mujeres de mediana edad (María Eugenia, Rosa, Emilia) hablaron de las infecciones de transmisión sexual y del embarazo como factor de riesgo posible, refiriéndose a que el peso del bebé pudiera dañar al cuerpo y traer por consecuencia enfermedades como el cáncer. Las mujeres más jóvenes (Yolanda, Penélope, Hortensia) por lo general se refieren a las relaciones sexuales como causa principal y algunas mencionaron al “virus” refiriéndose al VPH. Entre las mujeres de los tres grupos, la coincidencia principal es respecto al deterioro de la matriz por causas diferentes.

En general, las mujeres consideran que la enfermedad se presenta en personas mayores de cuarenta años, pero fueron las jóvenes quienes enfatizaron esta característica. Esto puede convertirse en un factor que retarde el inicio de la prueba, como lo señala Emilia en el siguiente párrafo.

Pensaba que les daba nada más a las mayores, de cuarenta para arriba, mayores (risas); bueno, me voy a empezar a preocupar después, a mí me faltan once años para ser mayor... Las relaciones sexuales a lo mejor tienen que ver, a lo mejor haciéndolo mucho nomás ¿no?, por ejemplo a mí se me afigura [sic] que es más probable en las prostitutas que con cualquiera... y pueden tener enfermedades y todo eso. Ellas es más probable que se enfermen que una persona que con su pareja, por la cantidad, por las enfermedades y muchas veces por el roce, también las que traen el dispositivo (Emilia).

Sin embargo, Emilia, Beatriz y Penélope, al haber tenido relación con personas menores de esa edad, que enfermaron o incluso murieron por esta causa, cambiaron su percepción.

Es más probable que te dé cuando tienes más edad, pero a las jóvenes también les puede pasar y es una enfermedad que no tiene cura (Beatriz).

Cuadro 21. Causas del cáncer

Problemas de autocuidado	Relaciones sexuales e infecciones	Falta de higiene
		Infecciones
		Relaciones sexuales del hombre con muchas mujeres
		Relaciones sexuales de la mujer con muchos hombres
		No relaciones sexuales
		Relaciones sexuales muy frecuentes (roce)
		Inicio de vida sexual temprana
	Partos y posparto	Daños generados por el peso del niño en la matriz
		Sangrados durante el embarazo o posparto no atendidos
		Relaciones sexuales en “la dieta”
		Tener muchos hijos
Abortos		
	No amamantar	
Problemas de búsqueda de atención médica de manera oportuna	No atención ni detección oportuna en servicios de salud	Detección Oportuna Papanicolaou Atención de infecciones vaginales Sangrados intermenstruales abundantes Cese de sangrados, alargamiento de periodo intermenstrual
	Carencia de revisión médica-efectos de algunos anticonceptivos	DIU Hormonales (pastillas)
Edad “enfermedad de las mayores”		
Fumar		
Herencia		
Golpes		

Fuente: elaboración propia a partir de la información de las entrevistas con once usuarias del IMSS, 2002.

Las mujeres mayores de cuarenta años no se refirieron de manera explícita a la edad cuando describieron las causas y riesgos posibles de padecer la enfermedad. Aurora habló de los trípticos informativos que ha visto en las instituciones de salud, en los que se señala que “después de los veinticinco años, o treinta y cinco” se tiene mayor posibilidad de enfermar.

Una de las prácticas relacionadas con el cáncer y señalada por todas las mujeres fue fumar, aun cuando su efecto se vincula exclusivamente con el cáncer de pulmón. Ninguna de ellas lo relacionó con el cáncer de la matriz.

No, pues no, ni idea, yo lo que sé es lo del pulmonar, por fumar y esos desarreglos, y ya de nuestra parte, no sé por qué pueda dar (Rosa).

La herencia como un factor relacionado con el cáncer fue señalado por Remedios, María Eugenia y Gabriela. La primera opinó que “hay familias donde hay más cáncer”, pero el que ella tiene proviene “de un golpe”; María Eugenia se refirió al caso de su compañera de trabajo que cuidó a su mamá y a quien le harán la histerectomía pronto; y Gabriela mencionó el antecedente de su mamá, quien falleció por cáncer de la matriz.

Como causas que se manifiestan a largo plazo, las mujeres mencionaron los golpes en el cuerpo. Remedios y Aurora refieren eventos traumáticos que provocaron la enfermedad en ellas o sus familiares, tales como un accidente automovilístico y un golpe en la pierna.

Sí, pues a él le dieron una patada en la espinilla y empezó con dolorcitos y dolorcitos, como un mes. Fue con el doctor y le sacaron radiografía y bla, bla, para de aquí que vinieran los exámenes de México y todo, pues venía hasta donde tenía el cáncer, hasta ahí le cortaron, pero como ya era un mes, ya estaba el cáncer más arriba de la pierna. Entonces le dijo el doctor: “Si a los tres meses no sientes nada es de vida”. A los puros tres meses sintió dolor en la pierna, en el pedazo que le quedaba de pierna... Y sí, el cáncer ya iba más para adentro, o sea le cortaron aquí, pero el cáncer ya, las raíces del cáncer ya habían subido para arriba porque son como raíces (Aurora).

Esta descripción combina la noción del cáncer producido por un golpe con la imagen de un crecimiento similar al de la raíz de una planta, por lo que es necesario amputar o quitar un miembro.

Prácticas de autocuidado en el ejercicio de la sexualidad y reproducción

En el cuadro anterior clasificamos las posibles causas del cáncer cervical, o cáncer de la matriz, como se le conoce frecuentemente, según las explicaciones de las mujeres, e incluimos entre ellas las alusiones a la “falta de cuidado” en las prácticas sexuales, reproductivas y durante el posparto. El cáncer no es una enfermedad de la que se reconocen causas únicas; por lo general se trata de una combinación de factores que pueden tener efecto o manifestarse años después del evento.

No, pues, ¿cómo te dijera?, en la matriz y eso, pues es que, ¿cómo te dijera?, puede resultar de infección, una infección de alguna cosa del marido o resulta de muchas cosas también ahí, no nomás las del marido, de los partos, de los malos partos también resulta en eso... Malos partos, que abortas pues, que viene mucha hemorragia y todo eso, que si ya está grande la criatura y te la sacan a jalones, así me han platicado a mí, ahí viene la infección de la matriz o también una criatura que se muere en el vientre y dejes pasar días, también es esa infección y ahí te puede causar el cáncer, es una infección de eso, una criatura muerta, que ya esté perdida ahí en el vientre, tiene que resultar algo en la matriz. O puede ser

de familia, hay familias en las que hay más cáncer... Pues el cáncer puede ser, ¿cómo te dijera?, pues por puras infecciones, pero como el mío, se me vino por un golpe... con ese golpe me resultó a la larga el cáncer y a mí me creció el tumorcito pequeñito de la mama (Remedios).

En esta narración está presente todo aquello que pudiera enfermar la matriz en algunos momentos de la vida reproductiva, sobre todo eventos relacionados con procesos de deterioro o putrefacción que causan infecciones; sin embargo, uno de ellos se privilegia como causa principal.

A excepción de Hortensia, las demás informantes vincularon el ejercicio de la sexualidad con el riesgo de enfermar, principalmente por medio de la transmisión de procesos infecciosos que hacen daño a la matriz, a la que se le considera un órgano vulnerable y delicado. Independientemente del grupo de edad, la representación sobre el cáncer de la matriz se relaciona con prácticas sexuales y experiencias reproductivas.

La matriz está muy propensa a cualquier infección, no sé porqué, pero es una de las partes más propensas para contraer el cáncer, nada más como te digo... es que es más propensa (Trinidad).

Cuando las mujeres hablan de la “propensión» o la “vulnerabilidad” de la matriz se refieren a que los hombres pueden introducir en su cuerpo “posibles enfermedades” durante las relaciones sexuales. Además, la matriz es descrita como un órgano que sufre cambios importantes durante el embarazo. Emilia señaló que el peso del bebé pudiera tener secuelas a largo plazo que pudieran favorecer su debilitamiento y vulnerabilidad ante enfermedades como el cáncer.

Es necesario matizar la explicación del impacto de las relaciones sexuales en el riesgo de enfermar distinguiendo dos tipos: a) las que se refieren a la falta de higiene y las posibles infecciones o enfermedades relacionadas con cierta vulnerabilidad de la matriz por los embarazos y la falta de cuidados en el posparto; y b) las que refieren con los mismos términos de las explicaciones biomédicas, por ejemplo, la infección por VPH como causa principal de la enfermedad. Estas últimas explicaciones fueron proporcionadas por Yolanda y Rosa, quienes aluden al contagio por VPH cuando se tienen varias parejas sexuales. Las dos escucharon el tema por medio del mismo programa de televisión, “Mujer, casos de la vida real”, y se refieren al proceso de la siguiente manera:

Me dijo una amiga: “¿Tú sabes qué es el papiloma humano?” “Pues, mira”, le dije, “acabo de ver un programa en la televisión, en ‘Casos de la vida real de la mujer’, y más o menos te puedo decir porque miré el programa, pero me cayó de sorpresa esa palabra y eso de que el papiloma viene cuando el hombre, de cuando se mete, y que es una infección, es una infección que las mujeres le pegan al hombre y luego el hombre se las puede transmitir como esposo. ¿Por qué? Por no cuidarse, protegerse en la calle, porque es como una cadenita, porque a la mujer se la pasó y así” (Rosa).

Puede ser porque los hombres tengan relaciones con varias mujeres o porque uno también tenga relaciones con varios hombres... o porque los hombres, antes de casarse con la persona, hayan tenido relaciones con otros y puede tener el virus, puede ser de varios años atrás que tenga el virus. También tener relaciones a muy temprana edad, no hacerse la prueba cuando ya están muy mayores (Yolanda).

Yolanda describió el mismo programa con mayor detalle para hablar de las infecciones que “nos pueden pasar los hombres” y tienen que ver con el cáncer.

Primero la muchacha no sabía, pues apenas tenía un hijo, y su marido se metía con varias mujeres, y la muchacha no sabía ni qué era el papanicolaou. Su esposo también tenía relaciones con ella y entonces

una prima de su esposo, que había tenido también relaciones con él, le dijo que se hiciera el papanicolaou, porque ella se lo había hecho y había salido con problemas, le había salido el cáncer, le tuvieron que quitar la matriz y no iba a poder tener hijos. Pero se cuidó y se lo atendió a tiempo, y pues la muchacha no quiso, no sabía qué era eso, para empezar. Le preguntó a su mamá y fue a ver al doctor y hasta fue su esposo primero, y le dijeron a él que se lo podían curar, que si con quién tenía relaciones, que si tenía esposa. Le dijo que para la esposa era más grave todo eso... y ya pasó el tiempo, y ya supo después, porque le fueron explicando más el caso, cuando ella lo tenía muy avanzado y se iba a morir, se muere después de tener a su hijo. El doctor empezó a decir, cuando empezó a leer todo, que en México aproximadamente cada dos horas muere una mujer de cáncer. ¿Por qué? Porque para el hombre no es tanto problema, porque se le quita con una quimioterapia o algo así; su problema son diminutas verrugas que salen y se le quita con eso, pero para la mujer es más peligroso. Por ejemplo, el hombre tenía ese problema, displasia [sic], por un virus, pero en él se quita; pero era muy fuerte, era un tipo de virus muy fuerte que se puede controlar en los hombres, pero es más grave en las mujeres. De ahí puede venir el cáncer (Yolanda).

El impacto de este programa en la transmisión de la noción biomédica de la enfermedad no solamente se refleja en las explicaciones que Yolanda reconstruye —en las cuales se utilizan palabras técnicas como quimioterapia o la descripción de los efectos del VPH como verrugas diminutas—, sino en la forma en que se tipifica al virus por su fuerza. El drama toca elementos culturales importantes; la víctima principal es la madre-esposa que muere después de dar a luz, mientras que las “otras mujeres” lograron curarse por detectar la enfermedad a tiempo. La representación del caso en el programa televisivo refuerza en Yolanda la noción de una enfermedad que cobra vidas de manera rápida en personas jóvenes, así como su vínculo con la transmisión sexual por medio de algún virus que provoca procesos infecciosos. La informante que manejó más información biomédica es la de menor edad, pero no ha acudido a la prueba de detección oportuna, aun cuando manifiesta su interés por hacerlo después del parto e infructuosamente ha tratado de convencer a las mujeres de su familia para que también acudan.

Pues (se enferman más) las que empiezan a tener relaciones a muy temprana edad y las que nunca se lo han hecho y que ya están muy mayores, no sé por qué, a lo mejor que tengas muy seguido o que tengas con diferentes también, con diferentes muchachos, diferentes hombres sin protección, sin nada, así como te puede dar el sida o el cáncer, no se sabe (Yolanda).

Aurora fue la única de las entrevistadas que consideró que el cáncer no tenía que ver con las relaciones sexuales. En la narración que reproducimos abajo se reconstruye el caso de un familiar cuyo diagnóstico biomédico¹⁹ de quistes en ovarios le hace generalizar este factor como una de las causas del cáncer de matriz.

También he oído que es más fácil que te dé el cáncer por la falta de relación, que la falta de relación hace primero los quistes y luego ya (el cáncer). Porque tengo una prima que está soltera y tiene cincuenta y tantos años, no se casó y le salieron quistes y un doctor la operó y le quitó todos sus quistes en sus partes y le dijo que eso era porque no se había casado, y que era necesario que se casara inmediatamente, porque ella iba a seguir sufriendo de eso por la falta de relaciones. Siempre que platicábamos nosotros, ella me decía: “Hazte el papanicolaou. ¡Peor tú que no tienes esposo! Peligras más a tener cáncer en la matriz”. Entonces ella misma me platicó de una cuñada que su esposo se fue

¹⁹ Las condiciones asociadas con este tipo de cáncer, de acuerdo con el modelo biomédico (Medline Plus 2004), son las siguientes: obesidad, hipertensión, enfermedad ovárica poliquística, nuliparidad (no haber tenido ningún embarazo), infertilidad (incapacidad para quedar embarazada), menarquia (inicio de la menstruación precoz), menopausia tardía (suspensión de las menstruaciones).

para el otro lado y jamás volvió y se vio a las orillas de la muerte por lo mismo. El doctor le dijo que no, que saliera y buscara con quién tener relaciones, porque eso era lo que la estaba matando. También le produjo cáncer en la matriz por falta de relaciones. Hay muchas cosas que uno desconoce ¿verdad? Sí, que tenía que casarse porque eso era lo que le estaba haciendo daño, y pues, pues yo no he tenido problemas pero, gracias a Dios, porque no ha de ser en todas, no ha de ser, porque pues mi esposo va a cumplir once años de muerto y nunca, nunca, no he tenido problemas más que ahora (Aurora).

De acuerdo con la apreciación de las informantes, las mujeres que tienen varias parejas sexuales pueden ser las más propensas a enfermar debido a la frecuencia de las relaciones, en términos de “desgaste” del cuerpo, y por las infecciones a las que se exponen. Aunque, como expresa Rosa, las trabajadoras sexuales (“de la vida galante”) tienen mayores cuidados que una ama de casa.

Yo creo que las mujeres de la vida galante, ¿no?, las... yo me imagino que sí hay más riesgo, aunque dicen que son las que están más prevenidas en eso, que se checan más que una ama de casa, más que una persona, y yo creo que sí es cierto, ¿no? A veces me pongo a pensar y yo creo que sí es cierto, porque se dan tiempo, uno que el trabajo, que la casa, que esto, que luego voy a ir, es desidia, todo eso, pura desidia. Cuando estaba embarazada la primera vez, la enfermera así dijo, que el cáncer era algo que todos tenemos, ¿verdad que no puede ser eso? Así dijo, es enfermedad que todos tenemos, se nos desarrolla a unos y a otros no (Rosa).

El vínculo estrecho entre las relaciones sexuales y la posibilidad de contraer procesos infecciosos y/o debilidad de la matriz tiene una implicación que sería conveniente resaltar, misma que expresa Remedios respecto a las mujeres que no tienen relaciones sexuales. Al no tener pareja o haber enviudado, hay mujeres, particularmente mayores de cuarenta y cinco años, que se consideran fuera de peligro.

M'hijita, yo no tenía ya hacía mucho tiempo (relaciones sexuales), y por eso creía que no necesitaba hacérmela ya (se refiere a la prueba del cáncer), le dije ese día a la enfermera, pero no, que sí, que sí que me la hiciera, ay, m'hijita... (Remedios).

Otros elementos que conforman la representación de las mujeres como causas de la enfermedad son: a) la utilización de métodos considerados agresivos e intrusivos como el dispositivo intrauterino (DIU) o las pastillas, a los que aludieron Rosa, Emilia y María Eugenia, por el daño que pueden causar y los efectos a largo plazo en la matriz.

El dispositivo puede tener algo que ver con el cáncer; todas mis hermanas me dicen que como lo traigo, me tengo que cuidar más. En una ocasión cuando me quité el dispositivo me dijo el doctor que me había hecho una úlcera, y no, gracias a Dios no fue nada malo, quedó todo bien, seguí yendo con el ginecólogo, allí en el centro de salud, y me dijo que estaba muy bien (Rosa).

¿No tiene que ver con el dispositivo? Creo que sí. Aunque también nos puede dar por diferentes causas, una es el cigarro, pero en la matriz no sé por qué viene, en la piel tal vez de los granos, no sé, ni tampoco sé por qué da en la próstata. Por el sufrir (rie), o sea, por los hijos, se daña demasiado la matriz de tanto peso. Cuando tenemos relaciones a nosotros nos entra, mientras que a ellos no les entra nada, todo eso, los roces yo digo eso, no sé... No, pues a lo mejor haciéndolo mucho nomás ¿no?, por ejemplo a mí se me afigura [sic] que es más probable en las prostitutas que con cualquiera, enfermedades y todo eso, es más probable que una persona que con su pareja... (Emilia).

b) La multiparidad es otro elemento mencionado, como cuando Hortensia señala que las mujeres con más riesgo de enfermar son aquellas que “tienen muchos hijos”, entendiendo muchos como seis o más.

Pues según a las mujeres más grandes por tener... o sea, en la tele yo no sé por qué, que por tener muchos hijos, pero no sé por qué, la causa que dicen, que ¡ay! que las mujeres que tengan, que hayan tenido más hijos son las que deben hacer la prueba porque hay más riesgo, pero no dicen por qué, nada más que por tener muchos hijos (Hortensia).

Pues por ahí me imagino yo las infecciones, cuando empieza, pero si no se atiende a tiempo es como pueden agarrar un cáncer. No sé qué causa el de la matriz, pero pienso que se debe principalmente por contagios, porque los hombres se acuestan con muchas mujeres y luego vienen y nos contagian, o también cuando las mujeres tienen muchos hombres. Pero son más los hombres que nos pasan infecciones y virus, que luego, si no los detectan a tiempo, se complican... Pues sí, muchas veces él te puede provocar una infección, y yo creo que muchas veces por descuidos, pues las infecciones vienen muchas veces por aseo, por no cuidarse, no nada más por los hombres. Tengo entendido que por descuidos de tu higiene personal o por no atenderte si ya tienes algo, y si no te curas y dejas avanzar las infecciones, sí pues, que no vas al doctor a ver qué tienes, que te dé tratamiento. Pues para mí, pues tiene uno que estar con cuidado para todo, hacerse limpieza y estar bien con el esposo y que ellos también tengan cuidado (María Eugenia).

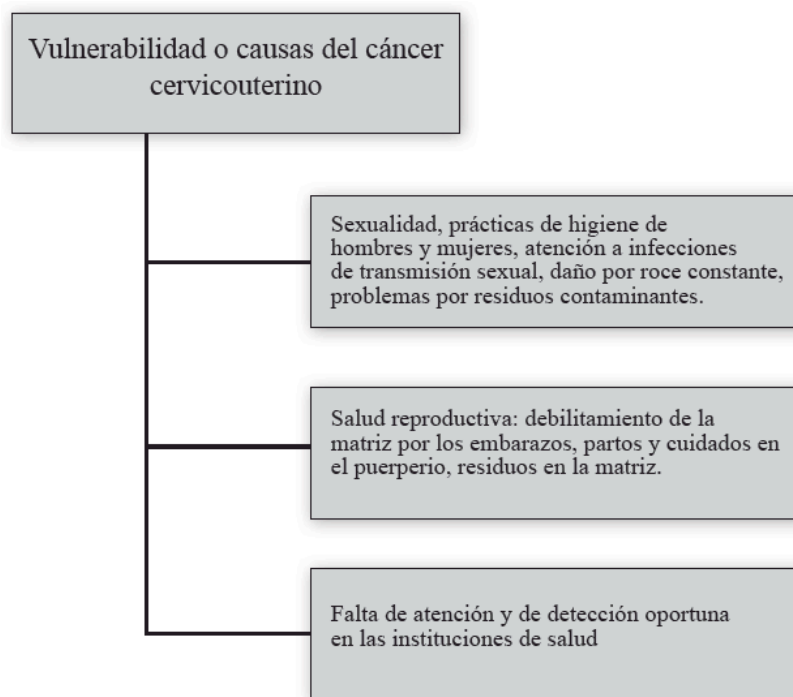
Las mujeres que mencionaron el VPH o las displasias pertenecen a los G1 y G2 y/o trabajan fuera del hogar. Ellas aseguraron que se transmite por medio de las relaciones sexuales y puede causar cáncer, no lo diferenciaron de otras infecciones, sino que lo sumaron a la noción del tratamiento de procesos de este tipo para evitar que se vuelvan cancerosos (véase [ilustración 16](#)).

Es importante señalar que en algún momento de la entrevista, el nombre del VPH fue confundido con las siglas del VIH. Durante la sesión en la que se les proporcionó información sobre el cáncer y la prueba de detección oportuna, pidieron diferenciarlos después de decir que era un virus que provoca una infección más fuerte que otros. De la misma manera, la palabra *displasia* fue definida como una infección muy fuerte, y el NIC I como cáncer:

Las displasias [sic] son etapas del cáncer, infecciones que se descuidan y crecen mucho, de ahí luego viene el cáncer si uno no se las alivia a tiempo. [...] Pues las que tienen más infecciones, porque vienen muchas veces por aseo, ¿que no?, por no cuidarse, por no tener un aseo. Pues bañarse todos los días, mantenerse limpias, ¿no?, jamás va uno en sus días (risas), te dicen que tienes que tener baño diario para la prueba... Las displasias son infecciones y es infección muy fuerte, te las cuidas y ya, pero si no te las cuidas y las dejas avanzar, si no vas al doctor a ver qué tienes, a que te dé tratamiento, de ahí puede venir el cáncer (Penélope).

En la descripción de los procesos de la enfermedad, las mujeres señalaron los síntomas posibles. Nueve mencionaron que cuando se tiene cáncer pueden presentarse los siguientes: dolor abdominal, dolor de cabeza, comezón (“rasquera en el pecho”), cambios en la menstruación (ritmos y cantidad de sangrado), diagnóstico de úlceras o infecciones, adelgazamiento y caída del cabello. Hablaron del ardor y la caída del cabello como experiencias que presentaron personas conocidas y que fueron asociadas con cáncer. No siempre expresaron que estas características fueran resultado del tratamiento, sino que las consideraron síntomas de un cáncer que se desarrolla en la cabeza.

Ilustración 16. Causalidad del cáncer



Considerar que hay sintomatología asociada cuando ya se presenta la enfermedad implica que las mujeres pueden pensar que la práctica de detección es poco urgente, ya que no se busca antes o se deja de pensar en la posibilidad de enfermar.

De los síntomas mencionados, los que motivaron la búsqueda de atención de Remedios, Aurora y Gabriela fueron el prurito insoportable, los sangrados y dolores de cabeza y los cambios en el ritmo de la menstruación. Solamente dos entrevistadas coincidieron en decir que no hay síntomas que puedan ayudar a identificar si se tiene cáncer. Aurora narró la experiencia de su prima, en la que no hubo dolor previo, y a quien le detectaron quistes en la matriz; Emilia señaló que no hay sintomatología que pueda identificarse de otra forma que no sea con la prueba de Papanicolaou, por la reconstrucción del diagnóstico reciente que recibió su cuñada.

El problema es que la única forma de detectarlo es con el papanicolaou, porque no se siente nada... como le pasó a mi cuñada, ¿y ya ves?, le quitaron la matriz (Emilia).

Sin embargo, Aurora no pensó en la posibilidad de estar enferma hasta que presentó sangrados que le hicieron buscar atención médica. Pareciera que una cosa es la sintomatología que se atribuye a la enfermedad y otra la que se reconoce como realidad cercana. En la práctica de las mujeres entrevistadas, seis procuraron la detección oportuna después de identificar la presencia de algún síntoma o por haber recibido algún diagnóstico previo, el cual podía ser considerado como factor de riesgo o síntoma de un posible cáncer. De ellas, solamente cuatro acudieron a la práctica de detección oportuna sin presentar algún síntoma, aunque algunas respondieron en el cuestionario que era una forma de prevenir la enfermedad. Cuando hablamos con ellas con mayor cercanía, narraron los síntomas que motivaron su práctica.

Una imagen es una forma de describir la semejanza y apariencia de algo. De acuerdo con esta definición, las mujeres utilizaron imágenes de plantas o matas, así como la metáfora²⁰ del enraizamiento para describir parte del proceso y la peligrosidad de la enfermedad.

El cáncer fue descrito por Aurora, Remedios y Trinidad como una planta cuyas raíces están en continuo crecimiento introduciéndose en diversos órganos, o cuyos brazos cunden en el cuerpo, de manera que cuando se corta alguna parte en la que se haya detectado, puede volver a surgir en otro lugar; si se deja algo de su raíz se “enraíza” en el organismo, por lo que en ocasiones es necesario cercenarlo para evitar que continúe creciendo.

Una metáfora utilizada por la mayor parte de las mujeres describe el proceso de la enfermedad como algo que “carcome al cuerpo”, o bien “lo enmohece”. Para describirlo utilizaron la imagen de un cuerpo con llagas dolorosas, o ulcerado en su interior, en deterioro continuo, crecimiento desordenado y abultado de diferentes órganos o piel y con procesos de putrefacción. El cáncer es visto entonces como una enfermedad que trae a la mente de manera inmediata la muerte como posibilidad cercana.

Se me figura como que se va enmoheciendo por dentro, como les pasa a los fierros. Así como bombitas, así como un área amarillosa... así como cuando se pierden los frijoles, como bombitas que se hacen, así se me afigura [sic], pero amarilloso, como cuando se pierden, cuando están perdidos, acedos, haz de cuenta que arriba le queda una natita de bombitas pero así como cabezón, así se me afigura [sic], como que se te va llenando todo por dentro, que se te expande. Como cuando el fierro se enmohece, así se va poniendo todo el cuerpo por dentro, ¿no? (Emilia)

Asimismo, señalaron el enmohecimiento del cuerpo, que se vuelve negro en su interior, que se pudre, la similitud que guarda con la comida en descomposición, con la piel amarillosa y con “bombitas” o “ampollas”. Lo identificaron con infecciones que carcomen por dentro, con heridas que van creciendo, y finalmente con la muerte.

Porque dicen que esa enfermedad es como una mata, la trozan, la hacen pedazos y... resulta en otra parte, pero por eso estoy en tratamiento. Sí pues, porque dicen que operan, como quien dice... te operan y ya te resulta en otra parte, yo por eso quería que me quitaran todo el pecho. Sí, me dijo el doctor: “Usted no va a saber a dónde le va a brincar, por eso le tengo un estudio”. Me tengo que hacer cada tres meses, de sangre, de orina (Remedios).

La representación del cáncer en las metáforas utilizadas enfatiza el crecimiento continuo de algo malo en el interior del cuerpo, que en ocasiones avanza silenciosamente pero que en algún momento conlleva dolor, desgaste y muerte.

En general, el cáncer es una enfermedad que provoca sentimientos negativos. Las mujeres prefieren no hablar sobre el tema cuando se reúnen a conversar con sus amistades “para no convocarlo”, y por la ansiedad que genera hablar de una enfermedad de este tipo. Incluso a los enfermos se les oculta el diagnóstico para evitar que, en palabras de Aurora, “decaiga su moral” y mueran rápidamente. Así como se evita hablar de la muerte, se evita hablar de enfermedades que se relacionan con procesos de descomposición del cuerpo que son lentos y dolorosos.

²⁰ Entiendo por *metáfora* la utilización de otras palabras para describir y trasladar el sentido directo de las voces a otro figurado, en virtud de una comparación tácita, con el fin de dar a entender algo (Real Academia de la Lengua Española 2005).

Para las mujeres entrevistadas, la prevención significa tener cuidados previos en la vida cotidiana, con la finalidad de evitar una enfermedad. Al inicio de este trabajo pensamos que encontraríamos la descripción de una gran variedad de prácticas de autocuidado, dado que partimos del supuesto de que toda población desarrolla prácticas de autocuidado y autoatención de los problemas que reconoce. En este sentido nos sorprendió que al hablar del tema, nueve mujeres afirmaron que no había formas de prevenir el cáncer en el hogar y que básicamente la práctica del papanicolaou era la forma de cuidarse y detectarlo a tiempo.

Sólo Rosa y María Eugenia hablaron de los lavados vaginales como prácticas de autocuidado y aludieron a la importancia de evitar relaciones sexuales con varias parejas como una forma de prevención.

La prueba es para que no te dé o para que sepas si lo tienes, nada más es la prueba de Papanicolaou. Es para saber... Según el doctor del programa de la tele, también dijo que lo más seguro es ser fiel en la pareja (Yolanda).

En general, cuando las mujeres describieron sus prácticas de prevención, mencionaron la detección oportuna de cáncer; si bien identificaron su utilidad, es la única práctica que difunden los medios institucionales y de comunicación como una forma de “protección” frente a la enfermedad. De esta manera, aunque las mujeres saben con claridad que el objetivo de la prueba es saber si tienes la enfermedad o no, es decir, detectarla lo más pronto posible, utilizan la palabra *prevención* para describirla.

No podemos prevenirlo, sólo podemos estarnos checando. La única forma de cuidado que conozco es hacerse el papanicolaou y aunque se siente vergüenza es mejor hacérselo (Beatriz).

¿Prevenirlo? Pues se supone que previene uno cuando vienes a consulta a hacerte el examen, pero si ya lo tiene uno, pues yo creo que ya lo tienes y nomás se controla, pero ¿cómo lo previenes?, o sea, yo vengo a hacérmelo, si no lo tengo así, pero si lo tengo, ya después es controlable nada más, yo creo, ¿no? (Penélope)

Las mujeres señalaron de manera explícita al papanicolaou y no tener muchas parejas sexuales como prácticas de prevención, pero al preguntar sobre las causas de la enfermedad, mencionaron que las relaciones sexuales, los embarazos o la herencia influyen en su desarrollo, y si bien no se considera que otras prácticas se dirijan de manera exclusiva a cuidarse para no enfermar, sí mencionaron otras prácticas de cuidado que se relacionan con mantener su salud y evitar enfermedades en general, entre ellas el cáncer de la matriz. Entre estas prácticas de autocuidado se encuentran los lavados vaginales y la higiene durante las relaciones sexuales.

Pues si supiéramos qué es eso lo evitaríamos, pero pues realmente lo evitamos al irnos a hacer la prueba (para) saber si tenemos o no. En eso yo creo que hasta cierto punto, si la podemos evitar con algo, evitábamos la enfermedad nada más, pero pues cuando uno en todo caso, por decir, que tuviera yo cáncer, no, no, no íbamos. Yo no iba a saber la causa de por qué, simplemente yo creo que me iba a dar cuenta al momento de irme a hacer la prueba, o sea, como quien dice, lo mismo que cuando estás diabética te vas y te haces la prueba y sabes pero nada más, no puedes hacer algo si no sabes por qué te da. Así pienso, porque yo no sé por qué da el cáncer ni si hay algo que pueda hacer para no enfermarme, nada más la prueba, de otra forma no puedo prevenir o cuidar (Hortensia).

No hay nada que lo pudiera prevenir o evitar, no hay algo que no vaya a hacer para que no me dé cáncer, así pues es algo que sale. ¿Y cómo lo podemos prevenir? Creo que no. La prueba es para saber que no tienes cáncer, porque digo yo, ¿para qué quieres que te hagan (la prueba) ya cuando está el cáncer?, porque no se puede prevenir, no se puede prevenir, entonces ¿ya para qué (te) estás checando? Nomás (es) para ver si tienes y ya o ver qué tan avanzando está (Emilia).

La noción de la enfermedad como algo que surge sin tener claridad a qué se debe parece relacionarse con los pocos cuidados explícitos que se le asignan. Aparentemente no depende de la adopción de prácticas de cuidado porque el desgaste de la matriz por los hijos, procesos infecciosos o la edad son considerados parte de la vida.

Los pocos cuidados descritos fueron los lavados con benzal como una forma de higiene (que ha sido descontinuada en el discurso médico) y señalan que a falta de una práctica de prevención en este sentido, lo que queda es pedir a su pareja que se cuide.

Antes decía mi tía que se tiene que hacer lavados uno, lavados para sacarse lo malo, porque a veces no sale bien todo cuando regla uno y de ahí se van formando los coágulos y las infecciones. Ella nos decía que con benzal, pero yo nunca lo he hecho, porque una vez se me ocurrió y le pregunté al doctor y me dijo que eso era antes, ahora no, me dijo, ahora para eso es la limpieza, higiene y el estar con una pareja y saber que a tu pareja también le das su jaladita de orejas y le dices cuídate, cuídate. Pero nomás, eso es lo que hacía mi tía (Rosa).

Los lavados también se recomiendan para evitar que quede algo sucio en la matriz después de la menstruación. María Eugenia sí hace caso de las recomendaciones de higiene que le hizo su madre.

Pues que no tengan relaciones con cualquier gente. Además, para prevenir infecciones me hago mis lavados cada quince días, cada mes, a veces lo hago unos días antes de la menstruación y el último día de la menstruación me hago mi lavado. Me lo hago con el depósito ese que le llaman, no me acuerdo cómo se llama, pero le pones algo a la agüita, me lo hago con romero. Es un té, lo pongo a cocer y dejo que se enfríe y me hago el lavado, así me lo recomendó mi mamá (María Eugenia).

Entre los cuidados preventivos, Emilia y Aurora mencionaron la histerectomía, porque consideran que es mejor perder un órgano que la vida, y si al quitar la matriz quedas curado, de pronto la atención médica tiene una connotación “preventiva”, en el sentido de evitar la mortalidad y eliminar “el mal”. Si no es posible evitar los problemas que causa un embarazo, sí lo es cuidarse durante los cuarenta días siguientes (“la dieta”), cuidados que se refieren a no tener relaciones sexuales o eliminar ciertos alimentos como el chile.

No, pues no me imagino si se pueda prevenir. La única forma que conozco es cuando le sacan la matriz a la mujer, que es ahí de donde viene el cáncer ¿no? Me imagino (que) el de la matriz es porque uno, pues por cosas, que los partos, que uno muchas veces no tiene cuidado en la dieta y todas esas cosas, me imagino que por eso es de la matriz (Aurora).

Dependiendo del tipo de cáncer, identificado por el lugar en el que se manifiesta, puede más o menos prevenirse. En el caso de Remedios la causa de su diagnóstico fue un golpe. En este sentido, la prevención consistiría en evitarlos, pero como ella misma dice, “por eso son accidentes, no siempre puedes impedirlos”.

No sé, porque lo mío fue de un golpe en un accidente, hay que cuidarse del sol y de los golpes ya que lo tienes... dicen que esa enfermedad es como una mata, la trozan y la hacen pedazos y se enraíza, de modo que resulta en otra parte, pero por (eso) estoy en tratamiento, para que no me vuelva (Remedios).

Las mujeres señalaron que la información sobre el cáncer de la matriz que han escuchado en televisión y radio no explica qué es lo que tienen que cuidar; la única forma de cuidado en la que coinciden es acudir a la prueba de detección oportuna. La publicidad en los medios de comunicación y la que escuchan en la Unidad de Medicina Familiar va en el sentido que apuntan.

La práctica de cuidado principal para no morir de cáncer es la prueba de Papanicolaou. Las mujeres más jóvenes como Penélope relacionaron la detección oportuna con el control de la enfermedad, pero en general si no se detecta y trata a tiempo, la consideran mortal.

El cuidado o la falta del mismo en la vida sexual y reproductiva se relacionan con una mayor vulnerabilidad a enfermar. En todo caso, las prácticas de autocuidado tienen la finalidad explícita de evitar a largo plazo el debilitamiento o desgaste de la matriz. En este sentido describieron prácticas que califican de descuido o falta de cuidado que pueden ser atendidas por ellas mismas, pero otras, como el desgaste que conlleva el embarazo, el parto y posparto no son consideradas situaciones que puedan evitar para no enfermar.

Finalmente, en torno a los tratamientos, las representaciones de las entrevistadas coinciden en que “el cáncer puede tratarse únicamente si se descubre a tiempo”, noción que corresponde textualmente a las campañas y promociones. Sin embargo, se indicó que dependen del lugar donde surge la enfermedad, el primero de ellos y más señalado fue el más extremo: la extirpación o amputación de alguna parte del cuerpo. En el caso del cáncer de la matriz, el tratamiento mencionado con mayor frecuencia fue la histerectomía.

Pues dependiendo, si es una pierna, si es un brazo, me imagino que amputando la pierna, si se detecta hasta dónde va y luego en dónde queda tienen que cuidar que no quede nada... de la matriz me imagino que con radiaciones o sacándola (Aurora).

Otros tratamientos mencionados fueron las radiaciones y la quimioterapia. En las mujeres más jóvenes encontramos información sobre la extirpación de la matriz cuando la enfermedad se detecta a tiempo, y señalaron la utilización de óvulos y pastillas para el tratamiento de las displasias. Se mencionaron pocos tratamientos alternativos como el té de uña de gato tomado como “agua de uso” y medicamento naturista, principalmente “antioxidantes”, que receta una de las entrevistadas (Trinidad).

SABERES DEL CÁNCER Y SU RELACIÓN CON LA DETECCIÓN OPORTUNA

Las representaciones sobre el cáncer no son estáticas, son procesos que se transforman en el tiempo y en cuyas modificaciones se conjugan una serie de eventos relacionados, entre ellos especialmente la información proporcionada en los servicios médicos y sus experiencias con la enfermedad a través de la cercanía y la experiencia de una persona que ha fallecido, por el cuidado de un enfermo, por padecerla o, finalmente, por acompañar de vez en cuando la experiencia de otros. Una de las características de las representaciones sociales sobre un objeto, una práctica como la de detección oportuna, es que se conforma de elementos contradictorios que conviven en las explicaciones que se dan sobre una práctica, o en este caso una

enfermedad. Así encontramos que el cáncer es una enfermedad que no puede prevenirse, pero a la vez se dan una serie de prácticas de cuidado que han de tomarse en cuenta para tratar de estar saludables y no llegar a desarrollar esa u otra enfermedad en un largo plazo. En el siguiente capítulo se describen y analizan los saberes sobre la prueba de detección oportuna del cáncer.

VI

LA PRUEBA DEL CÁNCER: ENTRE DIFICULTADES Y APOYOS

El presente capítulo reconstruye los saberes sobre la detección oportuna del cáncer a partir del material de las entrevistas. El objetivo es describir las representaciones y prácticas de lo que las mujeres nombran “prueba del cáncer”. Los ejes temáticos principales son las nociones sobre la toma, la representación de lo que sucede durante la prueba, las dificultades y apoyos para la práctica del papanicolaou, sus impresiones sobre la prueba en el IMSS, sugerencias acerca de la operatividad del programa y los sentimientos que se relacionan con la práctica.

Para ubicar la práctica de detección de las mujeres, se resume la información en el siguiente cuadro. En ella podemos ver que las mujeres con práctica esporádica dejaron pasar entre cinco y diez años desde su último papanicolaou.

Las narraciones de las mujeres con prácticas de frecuencia diferente permiten encontrar experiencias diversas que van desde las que nunca se han realizado la prueba o acuden por primera ocasión hasta quienes lo hacen de manera constante y para otros fines inmediatos como el seguimiento de un proceso infeccioso.

La influencia de las condiciones de vida resultan determinantes para las prácticas de detección oportuna de cáncer cervical. Las prioridades que se refieren a la falta de ingreso económico y/o condiciones de acceso a la vivienda dejan en último término prácticas de este tipo. Las mujeres que en un determinado momento tienen que responder a situaciones más precarias o emergencias por pérdida de empleo y/o la muerte de su esposo, son quienes tienen una condición de mayor fragilidad y para quienes acudir a la prueba deja de ser una práctica en la agenda, sobre todo cuando se combina la situación de precariedad con la falta de apoyo de sus redes familiares o vecinales. Aun en estas condiciones, el apoyo de sus redes en la resolución de problemas, así como la influencia de algunas personas, contribuye al desarrollo de sus prácticas.

Las prácticas de las mujeres no son casuales, por lo general acuden a la prueba por sintomatología que les preocupa, o porque consideran que es tiempo de hacérsela, siguiendo con ello recomendaciones médicas y de personas que forman parte de sus redes sociales. En el siguiente apartado se analizan explicaciones que se agrupan en obstáculos o dificultades y, por el contrario, las situaciones, estrategias o apoyos que definieron o apoyaron su práctica de detección oportuna.

Cuadro 22. Espaciamiento desde el último papanicolaou

Grupo de edad	Mujeres entrevistadas	Tiempo de su papanicolaou anterior
G1	Yolanda	Nula
G2	Emilia	Nula-Primera vez
G3	Aurora	Nula-Primera vez
G1	Hortensia	Primera vez
G2	María Eugenia	Regular: 4 meses
G1	Penélope	Regular: 1 año
G3	Remedios	Regular: 1 año
G1	Beatriz	Esporádica: 5 años
G2	Rosa	Esporádica: 4 años
G2	Gabriela	Esporádica: 4 años
G3	Trinidad	Esporádica: 10 años

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas de enero a julio de 2002.

“COMO SI FUERAS A PARIR”: DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

Fuentes de información

Las mujeres de la familia y los trabajadores de salud jugaron un papel muy importante en la construcción de las nociones sobre la prueba del cáncer a través de las prácticas de atención y detección oportuna. La primera vez que cinco informantes recibieron algún tipo de información sobre el papanicolaou fue en los servicios de salud, otras cuatro la obtuvieron de las mujeres de sus familias y dos más en los centros de trabajo de sus compañeras. No necesariamente iniciaron su práctica de detección después de esta primera invitación a la prueba, tal y como narra Aurora:

Quando muy recién viuda yo fui a hacerme un examen, precisamente para buscar trabajo y aquí por la (calle) 12 de octubre está un módulo, como centro de salud, y me dijo una enfermera: “¿Quiere que le hagamos el papanicolaou?”. “No”, le dije, “porque, porque ¡ay!” le dije, “no me bañé”. “No le hace, así”. “¡Ay, pero es que me acaba de bajar!”. “No le hace, así”. “No”, le dije, “a la otra mejor”. Pero es que yo no estaba preparada para eso porque me daba vergüenza. Era enfermera la que me dijo: “Pues venga”, me dijo, “venga luego”. Y no, jamás, y eso hace diez años, fue la primera vez que escuché, antes nunca, casada con mi esposo... con el cuento de que yo era nomás aquí en la casa, si salía, salía con él. Como no me enfermaba tampoco iba con el doctor, tampoco eso, ni nadie me decía, mucho menos él. Después sí, platiqué con mis vecinas y mis compañeras de trabajo (Aurora).

El [cuadro 23](#) resume y describe los ámbitos de información sobre la prueba de Papanicolaou, tanto la primera vez que las informantes escucharon de ella como las fuentes posteriores que mencionaron en sus narrativas.

Cuadro 23. Fuentes de información sobre la detección oportuna del cáncer

Grupo Edad	Mujeres entrevistadas	Fuente de información primera vez	Fuente de información general
G1	Yolanda	Servicios de salud: Asistente médica	MCM:* Televisión Servicios de salud
	Hortensia	Ámbito familiar	Ámbito familiar, servicios de salud. MCM: televisión
	Beatriz	Ámbito familiar	Ámbito familiar Servicios de salud
	Penélope	Ámbito laboral	Ámbito laboral
G2	Emilia	Ámbito familiar	Ámbito familiar Servicios de salud
	Gabriela	Ámbito familiar	Ámbito familiar Servicios de salud
	Rosa	Servicios de salud: Enfermera	Servicios de salud Ámbito familiar
	María Eugenia	Ámbito laboral	Servicios de salud Ámbito laboral MCM: televisión, radio y letreros.
G3	Aurora	Servicios de salud: Enfermera	Servicios de salud Ámbito familiar y vecinal
	Trinidad	Servicios de salud: Médico familiar	Servicios de salud
	Remedios	Servicios de salud: Enfermera	Servicios de salud: enfermera, médico y material promocional en instituciones de salud

*MCM: Medios de comunicación masiva.

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas de enero a julio de 2002. Las celdas en gris señalan al personal de los servicios médicos.

En algún momento posterior a la primera vez que recibieron información, diez de las once mujeres tuvieron acceso a explicaciones sobre el papanicolaou por parte del personal médico o paramédico en las instituciones de salud, en el IMSS o en otro servicio médico; seis de ellas dijeron haberla obtenido en su ámbito familiar.

Yo creo que fue cuando tenía unos diecinueve años, pues yo creo que hablamos por una vez que ella se lo fue a hacer. Tengo una hermana de diecisiete años y nos dijo que era muy importante hacerse las pruebas, a revisión con el doctor, que no nos diera pena, que son cosas confidenciales con el doctor (Hortensia).

No todas las mujeres encuentran en sus ámbitos familiares información sobre la prueba de Papanicolaou. Dos mujeres que son trabajadoras dijeron que el ámbito laboral es propicio para compartir información con sus compañeras, y que es ahí donde en ocasiones tienen acceso a materiales informativos o

invitaciones del personal de salud que también labora en algunas maquiladoras. Finalmente, los medios de comunicación masiva jugaron algún papel en la construcción de las nociones de tres mujeres.

Los servicios médicos desempeñan un papel muy importante en la construcción de los saberes sobre el papanicolaou. En general, fueron mencionados como una fuente principal de información sobre la práctica. La primera vez que las mujeres de mayor edad recibieron información fue también en los servicios de salud, a diferencia de las mujeres de mediana y menor edad, en las que el ámbito familiar y laboral juega un papel importante como espacios y relaciones en las que se aborda la importancia de la práctica de detección.

LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE LA MATRIZ

En las instituciones de salud, las relaciones que las enfermeras o los médicos establecen con las usuarias durante las citologías o consultas implican transacciones del saber biomédico hacia el saber de las mujeres, que se conjugan con los saberes previos sobre la prueba y las nociones sobre el cuerpo, con sus experiencias de atención anteriores y con elementos socioculturales sobre lo que se considera cuidado a la salud. La construcción de las nociones sobre el papanicolaou implica una relación con el personal médico y la resignificación del saber biomédico, pero con matices importantes que pueden relacionarse con la práctica y sus dificultades.

Entre las entrevistadas, la expresión más común para hablar de su práctica fue “la prueba del cáncer”, “la prueba” y en pocas ocasiones “la prueba del papanicolaou”. “La prueba del cáncer” es un examen clínico que sirve para saber si tienen o no la enfermedad; entendida así, es también una forma de cuidarse para detectarla a tiempo. En contraste, el personal de salud se refiere al “DOC”, las mujeres hablaban de “la prueba del cáncer”. Para los primeros es un programa que hay que llevar a la práctica y contabilizar sus logros y limitaciones, mientras que para las segundas es una prueba desagradable que implica una espera que se prolonga poco más de un mes.

En la normatividad de la Secretaría de Salud, la práctica de detección oportuna es nombrada como “citología cervical” y definida como “la toma de muestras de las células del endocérvix y exocérvix” (Secretaría de Salud 1998). Los términos *citología* y *cervical* nunca fueron utilizados por las mujeres, pero sí usaron la palabra *papanicolaou* y términos como *virus*, *infecciones*, *úlceras*, *dispositivos intrauterinos*, *displasias*; además reconocieron tratamientos como la histerectomía, la criocirugía y la toma de biopsias. Las entrevistadas incluyen esta terminología con sentidos similares o diversos de los que utiliza el discurso biomédico y conviven con nociones que describen al cáncer como fruto del azar. Tener o no cáncer depende parcialmente de la suerte, de los cuidados o descuidos del pasado en torno a la reproducción y sexualidad.

Una palabra que todas utilizan constantemente es *prevención*; si bien entienden que la utilidad de la prueba es la detección oportuna de la enfermedad, la práctica se clasifica como preventiva.

La prueba sirve para eso, nomás sé que para detectar si tienes cáncer, así tengo entendido, para prevenir que no te dé (Yolanda).

Para saber que no tienes cáncer, porque, digo yo, ¿para qué quieres que te lo hagan ya cuando está el cáncer? Porque no se puede prevenir, no se puede prevenir, entonces ¿para qué te estás checando? Nomás para ver si tienes ya, a ver qué tan avanzado (Emilia).

Sirve para darse cuenta uno a tiempo que tiende a darle algún cáncer, antes de tiempo, que se pueda prevenir (Aurora).

Es decir, a pesar de que se identifican prácticas que pudieran prevenir las infecciones o el desgaste del cuerpo, como la higiene o los cuidados en el posparto, no se les clasifica como medidas específicas para el cáncer; en cambio el papanicolaou sí lo es, en términos de una prevención secundaria. La enfermedad sigue teniendo una connotación de incurabilidad a pesar de que se le concede que si se le identifica a tiempo, puede tratarse con éxito; pero el papanicolaou es también una prueba que permite detectar, a través de los resultados, algún problema en la matriz o la vagina.

Pues, o sea, lo que se vaya juntando en la matriz, alguna enfermedad, algo que se vaya acumulando... como la regla, o lo de los maridos. Porque muchas veces uno no sabe, no se la hace y no sabe lo que tiene, se enferma y no sabe lo que tiene, y de ahí van sacando eso. Te detectan una enfermedad luego luego... Sí, pues sirve para prevenirlo, ¿me entiendes? Te lo hacen y ya te lo previenen y si no te lo haces pues no vas a saber si tienes ¿verdad? (Hortensia)

Resumiendo, en general las informantes consideran al papanicolaou como: a) una práctica “de prevención”, entendiendo por ello una detección oportuna o prevención secundaria; b) un análisis de laboratorio para dar seguimiento a procesos infecciosos que pueden o no considerarse en relación con la detección oportuna de cáncer, y finalmente c) un seguimiento de procesos cancerosos que se presentaron en otro lugar del cuerpo.

Para describir el procedimiento del papanicolaou, las mujeres utilizaron, en primer lugar, la comparación con la postura que asumen durante el parto; en segundo lugar, también en relación con el parto, hicieron alusión a la postura adoptada durante las revisiones ginecológicas para verificar el proceso de dilatación. La ilustración de las similitudes en términos de la postura en la mesa de exploración también se acompaña del señalamiento de las diferencias presentes en esta situación. Por ejemplo, Aurora destaca que durante el parto existe la expectativa del nacimiento, pero con el papanicolaou es todo lo contrario: “no necesariamente estás enferma, o lo sabes y no hay urgencia aparente”. La referencia es común en las mujeres de los tres grupos de edad.

La primera vez que me lo hice, en el centro de salud, me pasaron al cuarto y me dijeron que me quitara la ropa, luego me dijeron que me pusiera como si fuera a tener un bebé, me metieron algo como una pinza y sentí como que la abrieron. Fue una molestia, por las pincitas, no dolor. Nunca pude verlas bien, no eran de fierro (Beatriz).

Pues te levantan así como si fueras a tener un niño, así como cuando te revisan muchas veces cuando estás embarazada ya para nacer el niño, o algo así (Penélope).

Sobre el instrumental utilizado durante la prueba, las entrevistadas del G2 y G3 utilizaron la imagen de otros aparatos de uso común en el hogar, tales como los exprimidores de limones o los coladores. Mientras que, por otra parte, tres de ellas señalaron que la forma en que los nombra el personal de salud (principalmente el “espejo”), remite a los objetos de la vida cotidiana.

¡En mi vida me habían hecho eso, en mi vida! Esa vez miré que sacaron eso, así como un colador prieto muy feo, un material muy malo, así como los exprimidores, así pero más chico. ¡Ay, ay! qué bárbaro, ni modo. Me levantaron las piernas y me dijo la enfermera: “No le pasa nada, ya después va a pasar”. En la tarde me pegó un calenturón y yo no tenía esposo hace mucho (Remedios).

El nombre de espejo me hace pensar en un espejito de bolsillo, siempre me he preguntado en qué parte del aparato está el espejo (Gabriela).

La noción de espejo posee atributos como la fragilidad, ser punzocortante y en caso de romperse, lastimar. Esto es lo que dijeron dos mujeres que tenían curiosidad de saber cómo era, en qué lugar tenía vidrio o lente para ver la exploración, y si podía causarles algún daño.

El espejo ése que le dicen a uno que le van a meter, ¿no hará daño?, ¿no lastima? Porque lo primero que piensa uno es que puede cortar o lastimar, como un espejo normal, de los que traemos en la bolsa, si se rompe... (María Eugenia).

Para describir el procedimiento, se encontró en las narrativas de algunas mujeres de los tres grupos de edad la frase “quitar un pedacito o pedazo” de la matriz, pero la utilización del término fue más frecuente en las mujeres de los G1 y G2, al hablar de la toma de la muestra. La expresión puede magnificar el temor al dolor durante la prueba, y aunque en el caso de Hortensia no significó su retraso, en el de Aurora fue uno de los motivos para iniciar su práctica de detección hasta presentar sintomatología.

Me dijo que iba a quitarme un pedacito de mi matriz, me dijo: “Es algo rápido no doloroso”. Sí, sí, sí me dijo eso, que si era mi primera vez y ya le dije que sí. Me dijo: “Te vas a quitar la ropa de abajo, te vas a poner de posición de parto, va a ser un momento nada más y eso va a ser todo”. Eso fue lo que me dijo la enfermera del Seguro, pero muy bien a mí me atendió... Lo único que sé es que toman la muestra para analizarla, para ver si tienes cáncer o no sé si de otras enfermedades (Hortensia).

Las mujeres más jóvenes del G1 y algunas del G2 no mencionaron la expresión de “quitar un pedazo”, sino que describen la prueba como la toma de una muestra de mucosidad o que simplemente se les observa y se limpia “ahí”. Rosa reconoce la influencia de la descripción de la enfermera en su representación.

El aparatito que me metió, el espejo, me dijo que lo abrió y que estaba sacando muestras de las paredes y del cuello. Veía que estaba tensa y que estaba yo: “¡Ay!, me duele”, y ya me dijo: “Ya me falta una y ya voy a terminar”. Después que terminó me dijo, porque le pregunté si lo había metido y abierto ahí. Me dijo que sí, que veía todo lo que nosotros tenemos aquí adentro y que estaba sacando mucosidad, es más leve, yo creía que dolía y te quitaban algo más como piel (Rosa).

Aunque Yolanda no ha vivido la experiencia de la prueba, en su representación sobre el procedimiento describe que le meten un lentecito, es decir, la prueba implica un tipo de observación que puede determinar si estás bien o no.

Es como si fueras a parir, te tienen que abrir las piernas otra vez... que era como un lentecito que te metían para estarte viendo algo, un tubito no sé qué, no me acuerdo muy bien qué me dijo, y que te revisaban ahí, que en caso de que tuviera algo, alguna infección, te hacían una limpieza ahí, pero me dijo: “Si no tienes problemas nada, nomás te van a revisar ahí, si está bien es rápida, no te pasa nada” (Yolanda).

La importancia de que alguien calificado pueda ver el cuello de la matriz o la vagina y constatar que está bien es una primera utilidad de la prueba, aunque esto no implica la certeza de un resultado de laboratorio. La observación o revisión visual conlleva el imaginario respecto a la utilización de algún espejo o lente para ver

dentro de ellas. En general, las mujeres no tienen información sobre qué se hace con las muestras, ni sobre los resultados posibles más allá de saber si tienen cáncer o infección.

Imágenes sobre el lugar del cuerpo en que se realiza la prueba

El aparato reproductor femenino se encuentra en su mayor parte oculto en el vientre, incluso sus accesos externos, los genitales a los que las mujeres se refieren como “sus partes”, son poco conocidos, probablemente por su vinculación con la sexualidad y una valoración negativa de la misma.

Los procesos de socialización del cuerpo dan por resultado la asignación de significados y sentidos de partes a las que se adjudica un vínculo inseparable con la sexualidad, en especial el aparato reproductor, los genitales, los glúteos y, en el caso de las mujeres, el busto, a excepción del periodo de lactancia. Por este proceso de socialización, el cuerpo se experimenta como fragmentado, con algunas zonas prohibidas, como un objeto diferente de lo que es y del que es posible enorgullecerse o avergonzarse. La vergüenza del cuerpo en la relación enfermera/mujer durante la detección oportuna de cáncer no facilita la solicitud de mayor información sobre el procedimiento, ni tampoco en momentos como la educación escolar o familiar. Los silencios fortalecen prácticas de detección en las que el personal de salud presupone que las mujeres conocen su cuerpo como ellas lo hacen, y las mujeres experimentan sensaciones y dudas que no siempre aclaran.

Durante el inicio de las entrevistas, una mujer utilizó los conceptos de matriz y útero con un sentido distinto: “Entiendo que puedan quitar la matriz, pero ¿cómo pueden quitar el útero?” (Emilia). Por esta razón solicitamos que dibujara la parte del cuerpo de la que nos hablaba y ubicara el lugar de la toma del papanicolaou. A partir de su dibujo nos dimos cuenta de que la utilización de palabras para nombrar al cuerpo no siempre tenían el mismo sentido, porque en su caso, la matriz era el lugar del crecimiento del bebé y el útero lo que en la anatomía biomédica sería la vagina. La imagen representaba la toma de la muestra en el interior de la matriz. Después de esta entrevista, solicitamos a las mujeres, siempre durante la última sesión, que dibujaran el lugar de la toma de la muestra. En las siguientes páginas presentamos sus dibujos, ordenados de acuerdo con las características que comparten. Éstos son parte de su representación del cuerpo, en ellos podemos observar que el cuello puede no existir o coexistir con el útero, el útero no necesariamente es lo mismo que la matriz, y la vagina puede tener un lugar diferente al cuello.

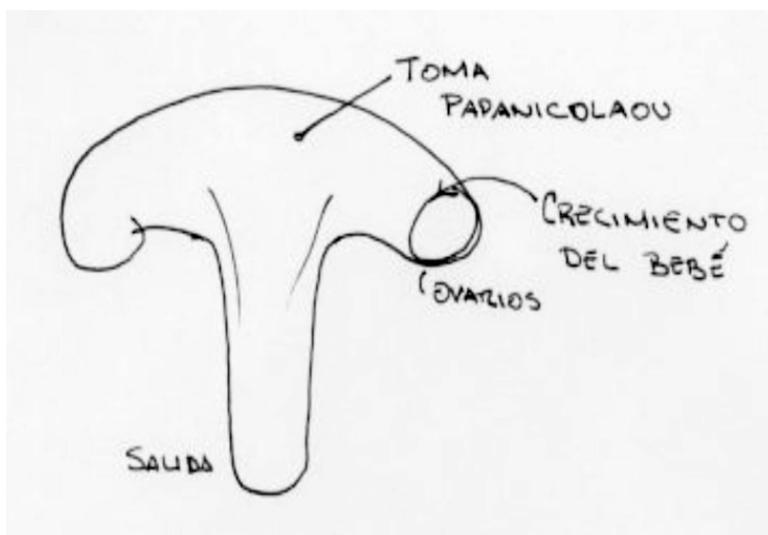
Ocho entrevistadas dibujaron y describieron el lugar donde se lleva a cabo la toma de la muestra del papanicolaou. En todas las entrevistas se dedicó un tiempo de media hora o más a revisar sus dibujos y asegurarnos de estar entendiendo correctamente lo que representaban. No fue posible solicitar el mismo dibujo a las otras mujeres porque ya habíamos tenido la última sesión, en la que compartimos información, láminas e instrumentos sobre la toma.

Toma del papanicolaou dentro del útero

Los cinco primeros dibujos, de Hortensia, Beatriz, Emilia, Remedios y Trinidad, tienen en común haber ubicado la toma del papanicolaou dentro de la matriz; el lugar varía del centro a la parte más profunda. Estas representaciones sobre el lugar donde se toma la muestra tocan la intimidad del útero, y culturalmente se relaciona con la noción de maternidad e identidad femenina que en nuestro país es muy fuerte. La ubicación de la toma genera mayor preocupación de dolor y posibles consecuencias adversas debidas a la prueba.

En el dibujo de Hortensia (véase [ilustración 17](#)), la toma del papanicolaou se encuentra en la parte superior interna; durante la entrevista, no pudo ubicar la vagina a solicitud expresa. El útero continúa hasta “la salida”. Nos llamó la atención que si bien señala los ovarios, indicó el crecimiento del bebé en lo que en una visión de anatomía biomédica serían las trompas de Falopio, posiblemente porque algunas imágenes de los libros de texto muestran los procesos de ovulación y fecundación en este lugar.

Ilustración 17. Lugar de la toma, Hortensia



Las preguntas sobre el embarazo buscaban ampliar y aclarar el sentido de su representación del aparato reproductor. Hortensia recordó entonces una lámina de su libro de texto en la que vio que algo sucedía en esta parte del cuerpo: ahí llegan los espermatozoides de los hombres. Cuando pedimos que describiera dónde se tomaba la muestra, primero enfatizó que no sabía, pero que pensaba que era en algún lugar de la matriz. Después, al dibujarla, fue describiendo el lugar de la toma del papanicolaou. De acuerdo con su dibujo la prueba se realiza en la parte más profunda de la matriz.

Lo único que yo sé que es de la matriz, pero no te explican cómo, de qué lugar, para qué sirve y esas cosas. Pues lo único que sé es que toman la muestra para analizarla, para ver si tienes cáncer, o no sé si de toda la matriz, y para saber de otras enfermedades... (La matriz) se parece a un toro y aquí es donde te toman la muestra hasta adentro, pero no es donde crece el bebé, a un lado (Hortensia).

Cuando preguntamos sobre la ubicación del cuello señaló toda la parte del útero, incluyendo lo que en su dibujo sería la vagina. En ese momento se llevó las manos al cuello (entre cabeza y hombros) diciendo que se lo imaginaba “algo así”, haciendo coincidir la utilización de la imagen relacionada con el nombre y la parte visible de nuestro cuerpo.

En el dibujo de Trinidad (véase [ilustración 18](#)), encontramos la misma ubicación de la toma en el interior y fondo de la matriz. Las líneas donde se inicia la flecha representan los glúteos; dibujó así el canal vaginal que es seguido de un óvalo que representa a la matriz, del cual salen las trompas que llevan a los ovarios.

Ilustración 18. Lugar de la toma, Trinidad



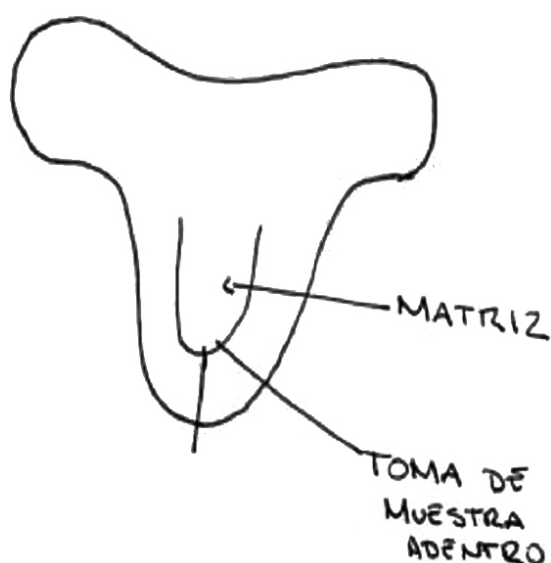
Mientras dibujaba, Trinidad señaló que no recordaba bien el cuerpo; ubicó la toma en el interior de la matriz.

No se ve ahí. A ver si es porque no me acuerdo muy bien dónde, a uno nomás le hacen la prueba pero nunca le dicen dónde, yo digo que es aquí, en esta parte de la matriz en donde te la hacen... bien adentro (Trinidad).

En el dibujo de Beatriz ([ilustración 19](#)), la toma de la muestra se lleva a cabo en lo que sería “el centro de la matriz”, misma que dibuja como un espacio cerrado con un pequeño acceso o corte por el que se introducen los instrumentos utilizados por la enfermera.

La matriz es la parte interna “en donde crece el bebé”; la muestra se toma abajo, en algún lugar “adentro de donde empieza la matriz” (Trinidad).

Ilustración 19. Lugar de la toma, Beatriz

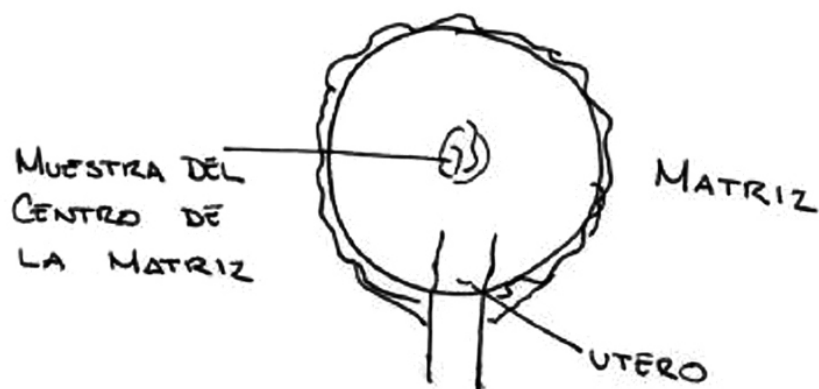


Confusión entre útero y matriz

Las ilustraciones [20](#) y [21](#) son de mujeres de los G2 y G3; ambas tienen en común que distinguen el útero y la matriz como dos cosas diferentes. Remedios coincide con los casos anteriores respecto al lugar de la toma de la muestra —en el centro de la matriz—, pero además ubicó al útero como una parte específica de la misma.

La matriz es redonda y cerrada y el útero es aparentemente la entrada de lo que sería la vagina. Durante la entrevista preguntamos si conocía otras partes del cuerpo y la ubicación de la vagina, respecto a lo cual señaló: “no sé en dónde, m’hija”, mientras dibujaba.

Ilustración 20. Lugar de la toma, Remedios



El dibujo de Emilia comparte la misma noción de un útero y una matriz distinta, lo que nos ayudó a comprender la relación entre su representación de la prueba y sus expresiones sobre la dificultad para hacerla. Entre otras cosas, señaló que se preocupaba de que pudieran moverle el dispositivo, el cual imaginaba saliendo de la matriz, en lo que llamó el útero y que en realidad es la vagina. Conocía este último término pero dudaba del lugar que ocupaba, “¿es una parte del útero?” En su dibujo, el cuello no está identificado, lo situó donde está el dispositivo, que correspondería a la ubicación vaginal.

El cuello y la matriz

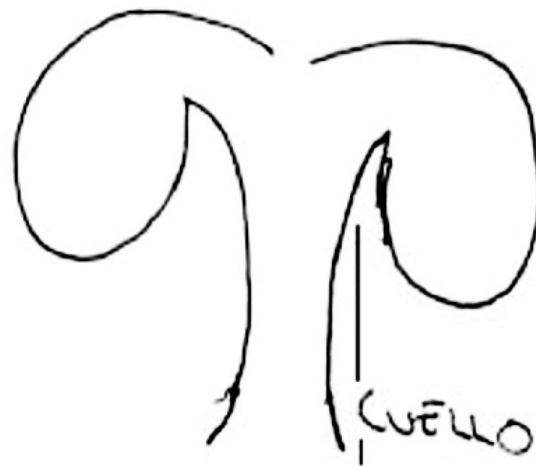
Los siguientes dibujos comparten con el anterior no establecer un punto específico para el cuello de la matriz. Pareciera que la imagen de un cuello, como el que existe entre la cabeza y el tronco, fuera similar y diera nombre a esa parte de la matriz, por lo que no queda claro su inicio y fin.

Penélope dibujó el cuello prácticamente como todo el útero (véase [ilustración 22](#)) y le dio la forma de la extremidad superior del cuerpo. La toma del papanicolaou es por tanto en algún lugar de todo esto, en el interior de la matriz.

Ilustración 21. Lugar de la toma, Emilia



Ilustración 22. Lugar de la toma, Penélope

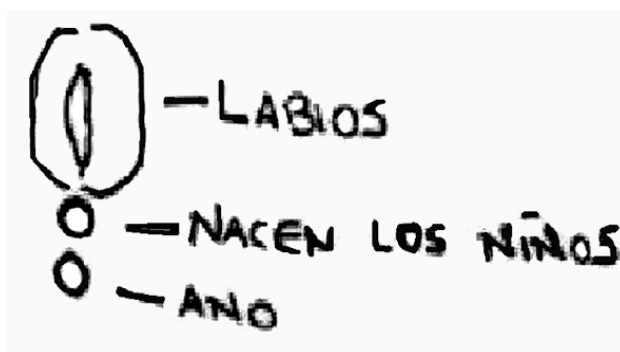


En la siguiente ilustración se aprecia que María Eugenia, al igual que Penélope, le dio forma de cuello y señaló la parte interna para la realización de la prueba del cáncer. La representación del útero como un cuello largo pareciera mezclara las imágenes con que las mujeres representan su útero asociado a partes del cuerpo que son más visibles.

Ilustración 23. Lugar de la toma, María Eugenia



Ilustración 24. Lugar de la toma, Aurora



Cuando Aurora dibujaba lo que nombró “sus partes” (véase [ilustración 24](#)), expresó que a pesar de haber tenido cuatro hijos no sabía cómo era la matriz y el interior de su cuerpo; aclaró que “una vez” se había visto y que por eso podía dibujar la parte externa.

Sin embargo, en su dibujo de los genitales externos puso el orificio vaginal fuera de los labios, lo que indica dificultad para conocerse por los significados atribuidos y la costumbre de no ver, no nombrar y no conocer más por temor a que los demás digan que sabe demasiado de un tema desacreditado por su relación con la sexualidad.

La noción de la prueba de Papanicolaou es entonces una forma de prevención secundaria, pero es también un análisis de laboratorio para verificar procesos infecciosos. Las mujeres pueden referirse con los mismos términos al lugar del cuerpo donde se realiza, pero su representación puede diferir de la de un trabajador de salud que tiene la experiencia de ver el cuerpo a través de un espejo vaginal; como se aprecia en algunos dibujos, la representación de la prueba puede tener connotaciones de riesgos mayores.

En las narrativas sobre sus prácticas las informantes refieren situaciones o condiciones adversas para sus decisiones y prácticas de detección oportuna, pero también aluden a lo que fueron sus detonadores o puntos de apoyo. En este apartado agrupamos sus descripciones alrededor de cuatro temas principales que aparecen de manera reiterada en sus descripciones y tienen que ver con situaciones en dos sentidos: la primera concierne a las mujeres que consideran algún tipo de obstáculo para su práctica, y la segunda da cuenta de los apoyos que permitieron subsanar las carencias cuando se presentaron.

Evaluaciones del servicio médico del IMSS

La evaluación negativa de la atención que las informantes reciben en el IMSS no resulta un impedimento para sus prácticas de atención o detección oportuna. Los vínculos con el instituto no se dan de manera mecánica; antes bien, las representaciones sobre éste forman parte del contexto donde sus narrativas sobre sus prácticas de papanicolaou y la selección del lugar donde se toman la muestra adquieren sentido parcialmente. La representación y las prácticas de atención en el IMSS forman parte de las explicaciones que se insertan en un entramado de relaciones con otros factores que finalmente propician o dificultan la decisión de acudir a la prueba y escoger el lugar para la misma. La representación de los servicios médicos puede influir en las decisiones y prácticas como en el caso de Trinidad, quien nunca se ha hecho la prueba en el IMSS, a pesar de contar con más de veinte años de derechohabencia

La evaluación del servicio médico incluye una valoración negativa de la falta de especialización en el primer nivel de atención. Las representaciones de mujeres con una práctica de papanicolaou “nula” (Yolanda, Emilia y Aurora) expresan desconfianza de la atención médica por este factor.

De hecho a mí nunca me ha gustado cómo atiende el Seguro, nunca me ha gustado, (pero) no tenía dinero (y) no podía llevar al niño al consultorio con el médico ni nada. Lo llevaba allá, pero nomás lo llevaba para que lo checaran, para que le dieran la leche, porque el niño estaba bien, pero me regalaban la leche. Éste era médico familiar, es el detalle, cuando puedo lo llevo ahora al pediatra (Emilia).

Otro elemento que refuerza disgusto y desconfianza del servicio médico del IMSS es la carencia de medicamentos, en cantidad y calidad, con los que pueden tratar a los enfermos en el hogar.

Muchas veces llevo a la niña al centro de salud porque ahí dicen que hay muy buenos pediatras. (Antes) la llevaba más lejos, porque también ahí vas y te apuntan y luego te consultan, te dan el número y más rápido. Al principio me cobraban las tres veces que fui, pero después me dieron la tarjeta, me dijeron que no me iban a cobrar, como estaba chiquita la niña, se me enfermaba muy seguido de gripe. La llevaba con un pediatra porque no es la misma un doctor que no lo es, porque muchas veces no son pediatras. Además me decían que no había medicina para ella ahí en el Seguro, a veces me decían que había pero para niños de un año en adelante. Me decían que estaba muy chiquita para darle medicina, pues ya le busqué por otro lado, también muchas veces prefería pagar con una doctora ahí cerca, pues te cobra la consulta. Siempre te cobra y te receta el medicamento y tienes que comprarlo en la farmacia; cada que íbamos (eran) unos 500, 600 pesos, pero no nos importaba por la niña. Gracias a Dios se nos aliviaba pronto; muchas veces nos íbamos al Seguro y andar en vueltas ahí; yo sabía lo que me iba a decir porque nunca me daban medicina para la niña, si acaso nomás ambroxol para la tos y no había lo otro para la gripe o para la infección, es lo que siempre dan, una suspensión para la infección, ambroxol para la tos y para la calentura nomás tempra (Yolanda).

Es importante mencionar que entre las mujeres con práctica nula y de primera vez también encontramos evaluaciones positivas del servicio de primer nivel (Aurora y Hortensia); algunas se refieren a la insistencia médica de utilizar el servicio para revisiones periódicas y no hasta presentar sintomatología. En términos de servicios de especialidad, su valoración más positiva es de Ginecología, principalmente por la atención del parto. Hortensia ha utilizado muy poco el servicio médico del IMSS y considera que recibió una buena atención durante la cesárea y su recuperación en el Hospital de Ginecología.

La niña no venía enredada ni nada. Me dijo la doctora que no bajaba, aquí la tenía y dijo: “No quiere bajar y no quiere bajar”. Y ya estaba dilatada, ella ya estaba cansada, o sea, se oía el corazón cansado. Fue cesárea de emergencia, de que: “¡Prepárenla porque va al quirófano!...” pero no sufrí tanto porque luego, luego, (ríe) luego, luego me atendieron, todo mundo dice: “¡Ay! que el Seguro, que la atención muy mala”, pero yo le doy gracias a Dios porque muy bien todo. Todo muy bien, a la hora de estar también en el cuarto, muy bien, el desayuno, la comida y cena muy bien todo (Hortensia).

Sin embargo, en caso de urgencia, Hortensia prefiere buscar atención privada cuando le es posible, dada su situación económica, pues considera que es de mayor calidad que la del IMSS. Al igual que Emilia y Yolanda, prefiere un especialista para atender a su hija.

Entre las mujeres con práctica esporádica (Gabriela, Rosa y Trinidad), encontramos otro elemento importante que conforma la representación de la atención médica del IMSS, y que se refiere a la evaluación crítica de sus trabajadores, no solamente del personal médico sino paramédico y administrativo. Este elemento guarda relación con los tiempos de descanso durante la jornada laboral, que en ocasiones se alargan y “puedes estar esperando y ellos tomándose su café”. Esta apreciación fue hecha por mujeres que, como Gabriela, tienen familiares trabajando en esta institución.

Las mujeres de este grupo de edad señalan que utilizan la atención de la UMF cuando no pueden cubrir los costos de la medicina privada. Mientras que, por el contrario, para la atención de sus partos por lo general buscaron atenderse en el Hospital de Ginecología del IMSS, pues expresan mayor desconfianza del servicio en el primer nivel de atención. Gabriela y Rosa no confiaban en el médico familiar; la segunda, además de dudar de sus diagnósticos por no tener especialidad, ha tenido que continuar su atención en el mismo consultorio durante más de un año. Ha solicitado que le asignen otro médico porque aquél no la escucha, no permite que le describa sus síntomas, no la envía a hacerse análisis de laboratorio ni la revisa durante la consulta.

Es mayor el doctor y no le gusta que le diga uno lo que trae, que le diga, ¿qué tiene?, vengo a que me diga qué traigo, yo le voy a decir mis síntomas, usted me tiene que decir qué tengo y a eso vengo a que me diga qué tengo, y se enoja por eso (ríe). Oiga, le digo, unos análisis o algo así: “No, yo sé si te voy a mandar a hacer estudios, para eso estoy aquí sentado”. Cuando me pregunta: “¿Qué traes?” Para eso vengo, para que me diga usted. Yo creo que por ser hombre, no sé, pero nunca me ha dicho: “¿Se ha hecho la prueba del cáncer?” o “Váyase a hacérsela”. ¡No, nunca, nunca!, hasta eso que una vez fui y le dije: “¿Sabe qué, doctor? Vengo porque siento unos piquetitos aquí en mi parte”. “No”, dijo el doctor, “que son infeccioncita”. “Pero déme unos estudios para que me den una orden de estudios”. “No, no si eso es. Tómame esto y con eso”. ¡Así... no!, sí es muy viejo el doctor... y así batallas con el doctor... así (Rosa).

Las mujeres con enfermedades crónicas tienen una relación más constante con la institución; cuando se les diagnostica diabetes o hipertensión acuden a un control médico mensual con su médico familiar. Éste es el caso de Trinidad y Remedios; la primera tenía una relación de diez años cuando le diagnosticaron ambos padecimientos. Debido a que en consulta familiar le proporcionan las recetas para surtir el medicamento,

acude cada mes a solicitarlas y a “control” en consulta. En los pacientes crónicos el sistema de citas es más ágil porque se puede prever y separar la consulta próxima.

Trinidad tiene una visión a largo plazo sobre la atención del instituto. Durante los últimos diez años que ha acudido regularmente a la UMF y con especialistas ha podido apreciar un “deterioro” en la atención que se ofrece: “Antes no era así, ahora anda careciendo de material, antes era buena la atención”. Recientemente su médico familiar tuvo que enviarle una “notita” al endocrinólogo para que le surtieran el medicamento completo porque tenía que comprar lo que no le daban mensualmente.

Me recortan, me dan menos, y yo las tenía que comprar fuera (las pastillas). El doctor me daba nomás una cajita (con) cincuenta, y me recetaban sesenta porque necesito dos diarias y no alcanzan (Trinidad).

Las críticas a las prácticas institucionales destacan que la atención médica es “demasiado rápida”, a tal grado que su médico casi no voltea a verla y solamente anota en su expediente lo que dice. Durante la consulta, no siente la confianza suficiente para hacer preguntas. En una ocasión, su hijo, estudiante de medicina, la acompañó y al salir “dijo que no quería llegar a ser como ese médico que ni mira a quienes llegan y no se le ve disposición para conocer a sus pacientes”. Trinidad hace hincapié en la poca relación entre médico y paciente durante el breve tiempo de consulta y la escasa información a la que tienen acceso.

El médico familiar me dijo que tenía que hacerme la prueba... del cáncer. Pero no me dijeron por qué, que tenía que ir nomás, como obligación más bien... como una obligación de que todas las mujeres tenían que hacérselo y pues yo diría que siempre hace falta que le den más información a uno y como me dijeron a mí, que así le dicen a todas las mujeres. Hace falta que le digan a uno: “Necesita que se haga la prueba por esto, por esto y esto otro”, pero no como obligación (Trinidad).

Una característica de la relación médico-paciente en Medicina Familiar, que Trinidad considera un obstáculo para que las personas más jóvenes sigan las indicaciones médicas, y en particular para que las mujeres acudan a la prueba, se refiere a los aspectos normativos del discurso médico, que se limitan a señalar las “obligaciones” estipuladas por ellos: “Eran de las mujeres de antes, y ahora las jóvenes necesitan explicaciones para todo”. Quienes trabajan en el IMSS “necesitan ver estos cambios generacionales” y establecer otro tipo de relación con los pacientes, porque desde su punto de vista las personas han cambiado. La imagen del servicio médico se construye en este caso con base en una experiencia constante de su deterioro, no solamente en términos de la rapidez de la consulta, sino de la falta de calidad en la relación médico-paciente, y se sugiere que la consulta incluya una explicación y educación para la salud de los pacientes, además de acceso a los medicamentos necesarios.

Las mujeres con una práctica regular (María Eugenia, Remedios y Penélope) ampliaron la información sobre las carencias de los servicios, en relación con los horarios de atención, y señalaron además la impuntualidad de trabajadores que “llegan tarde, o salen de su consulta por un rato y no dan información”, o bien, cambios constantes por suplencias entre los médicos que las atienden, y en el peor de los casos, no siempre se les reemplaza cuando están de incapacidad y el servicio se suspende temporalmente. La institución no ofrece atención médica los fines de semana, únicamente se atienden urgencias. Algunas mujeres que trabajan señalaron que esto dificulta su práctica de atención y detección oportuna si tienen que solicitar permisos.

De hecho ya me lo tengo que quitar otra vez (el dispositivo), pero no ha caído la fecha, o sea, cuando reglo en fin de semana, tiene que caer entre semana, no hay consultas en fin de semana. En emergencias también debería de haber ese servicio. Pues, ¿qué hará? (hace), unos dos meses intenté

quitarme el aparato para ponerme otro. Fui el segundo día y me dijeron que el doctor estaba incapacitado. Volví con mi hermana porque ella se lo iba a poner. La entrada es a las 8:00 me imagino, pero nos dijeron que iba a llegar a las 9:30, llegó a las 10:20 y ya tenía un gentío ahí y así las trató de sacar a todas. Total que no le puso a mi hermana el dispositivo, tampoco le hizo nada a la anterior, ni a la anterior, así las fue sacando bien rápido. Total que está muy mal, no sé abajo en la prueba del cáncer, pero yo lo que veo es que es distinto en el Materno, cuando voy ahí trato de estar antes de las 8:00 y ahí dan la ficha a las 8:00, como que está más organizado (María Eugenia).

Finalmente, Remedios, de más de setenta años de edad, es la última de las mujeres clasificadas con una práctica regular. Durante los últimos tres años ha incrementado la utilización del servicio médico porque se le diagnosticó, y ha estado tratando, un cáncer mamario. Así como Trinidad, tiene una relación constante con el servicio médico, primero con el Hospital Oncológico donde fue canalizada, posteriormente en el segundo nivel de atención del IMSS y últimamente combinando la atención de éste con los de medicina familiar en la UMF. El consultorio donde tiene asignado el servicio médico se ubica en el segundo piso, por lo que describió las dificultades que tiene para llegar a él (“porque tengo crecimiento del corazón”) y sus gestiones para que le asignen uno en el primer piso.

Remedios coincide en calificar como negativos los cambios constantes del personal que atiende. El trasfondo de esta situación es la construcción de relaciones de confianza con algún médico, que se ven trastocadas si éste sale fuera (a algún congreso o de vacaciones) los días en los que se programa una operación. Cuando esto ocurre, la atención es turnada a otro médico, “a quien no conoces”, y con ello surge el temor de que se trate de alguien inexperto o en proceso de formación, lo que también genera incertidumbre en las usuarias.

Sí, ese doctor es bien lindo, lo quiero tanto... porque verá qué agradecida soy yo. Me dijo: “Pues la vamos a operar”, y salió el doctor la fecha que me iban a operar. Salió de vacaciones y andaban unos nuevos ahí y entonces me dijo una hermana: “¡Ay!, no te dejes con nadie, no te dejes, comadre, que te operen porque te van a matar esos, están muy jóvenes, no tienen experiencia”. Solamente Dios sabe, yo no tuve miedo, solamente Dios sabe. “Bueno, ni modo”, le dije yo, “si me toca, bueno”. Pero antes de la fecha llegó el doctor que me iba a operar. Fíjate nomás, m’hijita, por eso te digo que Dios, por eso hay que encomendarse con Dios uno, nomás encomendarse, “tú sabes, Diosito Santo, lo que vas a hacer”, porque sí se preocupa uno. Pues ya llegó, a los dos días de haber recalado él, luego me operaron, luego me operaron y salí muy bien... de Navidad hasta le llevé una caja de calcetines, encantado de la vida (Remedios).

No solamente se trata de la búsqueda de médicos especialistas, sino que además tengan experiencia. Remedios se expresa de manera positiva de la atención que recibió en el IMSS durante el tratamiento oncológico, y en su caso, ha conseguido sin falta la medicina que requiere. Pero su experiencia de atención también le permite describir la carencia de espacio y camas en la institución.

Trámites y procedimientos burocráticos

Uno de los temas que mencionan las informantes, respecto a los servicios médicos del IMSS, es la inversión de tiempo excesivo en procedimientos necesarios para conseguir ficha y cita para consulta familiar o de especialidad. Esta elaboración de la representación de la atención en el instituto se suma a la desinformación de los procedimientos, requisitos y horarios para acudir a la prueba de Papanicolaou.

Entre las informantes con práctica nula o de primera vez, Aurora y Yolanda describieron experiencias previas de trámites largos para tener acceso a la consulta médica, y utilizaron esta imagen del servicio como un argumento que fortalece el retraso de la detección oportuna de cáncer cervical:

Pues a veces me da flojera ir de aquí, muchas veces como tengo consulta en la tarde y tienes que ir a sacar cita temprano y la prueba no es urgente... fijate, para ser de las primeras tienes que irte a las 6:00 de la mañana, 5:30 a 6:00 de la mañana... para las de la tarde, en las mañanas entregan las de la tarde y en la tarde de la mañana. Como a las 5:30 ya hay mucha gente, es que las entregan (las fichas) como a las 7:30 u 8:00. Sí, muchas veces si te vas a las puras 8:00 ya no, creo que son quince personas nomás por consultorio, y ya está todo archivado, sí hay consulta después pero ya muy tarde (Yolanda).

Además de los tiempos de espera, otros requisitos para la atención se traslapan fácilmente, como cumplir con una derechohabencia activa. En el IMSS existe la posibilidad de que no derechohabientes se tomen la prueba de Papanicolaou porque forma parte de un programa nacional, como el programa de vacunación universal; incluso, aunque no es lo más deseable para la institución, también es posible que las derechohabientes escojan entre las diferentes UMF para acceder al servicio. Sin embargo, la desinformación, como en el caso de Aurora, influye en su decisión de no recoger sus resultados, por considerar que al perder la derechohabencia no podría tener acceso a ellos.

Pues yo, como le digo, no fui por los resultados... ¿Todavía puedo ir...? Me dijo la enfermera que fuera a Patología y que recogiera unos exámenes, que es donde está Emergencias, ¿no?, y no fui. Me dijo la enfermera cuando me dieron de alta. Ahí me pusieron una cita y resulta que no fui y cuando fui me dijeron que ya no tenía el Seguro y tenía que recoger los resultados y tenerlos listos para cuando me den la consulta y ya no fui... porque me quitaron el Seguro (Aurora).

Entre las informantes existe el consenso de dejar transcurrir un mes, al término del cual, al no recibir “la llamada” de la institución, se presupone que los resultados no son adversos. En mayor o menor medida, si no son localizadas una vez que transcurre este tiempo, se interpreta que no se encontraron “problemas serios” y el interés disminuye.

La misma idea en torno a trámites lentos y burocráticos existe entre las mujeres con práctica esporádica. Beatriz relata la necesidad de invertir tiempo para darse de alta cuando su esposo vuelve a obtener empleo o cambia de domicilio.

Casi no uso el IMSS, por lo lejos, pero además tengo que ir a hacer los cambios (darse de alta) porque ahora vivo aquí y es otro lugar y no he podido, por eso mejor voy aquí al centro de salud que está más cerca y ahí atienden bien, pero sí iría, si estuviera más fácil, si me llevan, pero con los tres (se refiere a sus hijos) se me hace difícil (Beatriz).

Uno de los criterios para seleccionar la institución de salud a la que acude es su cercanía con su hogar, por el tiempo que implica el traslado. Las condiciones de vida se combinan con las experiencias y representaciones sobre los trámites y la lentitud de la institución.

Entre las mujeres con un empleo remunerado, Penélope expresó que los trámites para consulta implican la pérdida de uno o dos días de trabajo; sin embargo, en su caso cuenta con el apoyo de la maquiladora y casi no pierde tiempo, pero cuando se trata de la atención médica de su hijo tiene que hacer todo el trámite ella misma.

Pierdes dos días de trabajo... porque tienes que irte temprano a fuerchitas porque si no, no alcanzas. Estaba más bien antes, cuando madrugabas mejor y el mismo día te atendían... Sí, pero yo las hago (las citas) por medio del trabajo, es más fácil... nomás me piden el nombre, la clínica, el número de consultorio y el número de afiliación. O sea que tienen un convenio allí (Penélope).

Penélope refiere una forma de apoyo para la obtención de fichas de manera más expedita, así como el acceso a permisos para la práctica de la prueba de Papanicolaou dentro de la jornada laboral, lo que le permite aprovechar el apoyo familiar para el cuidado de su hijo durante el tiempo de trabajo en la industria.

En general, las informantes tuvieron una evaluación negativa de la atención médica en la institución en torno a los siguientes aspectos: 1) representaciones negativas de los médicos no especializados; 2) evaluaciones negativas de la relación médico-paciente, sobre todo en el servicio de médicos familiares por el tiempo breve de las consultas; 3) falta de interés y comunicación entre médicos y pacientes; 4) carencia de medicamentos; 5) rotación o sustitución del personal que atiende la consulta médica; 6) alargamiento de los tiempos de descanso del personal médico y paramédico; 7) no contar con información clara sobre los procedimientos burocráticos que se requieren cubrir para tener acceso a la institución, diferenciando lo necesario para acudir a la prueba y obtener los resultados; 8) falta de horarios de atención durante el fin de semana; 9) falta de vinculación entre los programas responsables de la revisión del DIU y el papanicolaou; 10) apreciación del deterioro del servicio médico, en general entre quienes conocen la institución por periodos prolongados. Esta evaluación negativa no impide la utilización del servicio, principalmente porque no pueden tener acceso a otros o no pueden comprar el medicamento que requieren.

Las evaluaciones sobre los procedimientos de acceso a consulta tienen saldos negativos en cuanto a los tiempos. Los criterios difieren de los que utiliza actualmente la Jornada de Calidad, porque el tiempo de espera para ellas se inicia desde que acuden a la UMF, hacen fila para conseguir ficha y asegurar cita, y luego volver en el siguiente turno a la hora programada. Los instrumentos que miden los tiempos de espera únicamente consideran la última parte del procedimiento, cuando las mujeres ya cuentan con la cita, y sólo se considera el tiempo de espera, que según los datos es menor de media hora. Desde la mirada de las informantes implica la pérdida de una jornada de trabajo o incluso dos.

*Operatividad del programa: de preferencia mujer,
"mientras lo sepa hacer"*

Todas las informantes buscaron que el prestador del servicio que toma la muestra fuera mujer. Además, algunas (Yolanda, Emilia, Trinidad, Aurora y Remedios) desearían que la persona encargada fuera médica especialista. Sin embargo, entre esta última característica y ser mujer, escogerían la primera. Beatriz y Gabriela prefieren que una médica familiar tome la muestra; Hortensia, María Eugenia, Rosa y Penélope señalaron que prefieren que sea una mujer, cualquiera que sea su profesión, pero con la capacitación y experiencia necesaria.

Pues mayormente que sea mujer la que la atienda a uno, mejor que un doctor, un enfermero, lo que es hombre no, que sea una enfermera la que atienda a uno, ya va uno con más confianza, ya no le da tanta pena. Cuando vi que eso me lo iba a hacer la señora, señorita, no sé, pues ya me sentí con más facilidad para... y pues, por ejemplo yo que tenía pena y miedo a la vez, a la gente que no se lo ha hecho como yo... (Aurora).

A pesar de que las mujeres consideran que la medicina es una profesión que tiene una mirada del cuerpo distinta del común de las personas, el pudor o vergüenza se antepone. En este sentido, la operatividad

del programa en el IMSS no especifica el sexo de quien toma la muestra, el personal de enfermería incluye cada vez con mayor frecuencia a profesionistas hombres y algunas mujeres narran sus dificultades al respecto.

Yo siempre procuro una doctora o una enfermera para sentir menos vergüenza, aunque los doctores son profesionales y a mucha gente le digo: “no te dé miedo, si los doctores ni se fijan, si ellos a diario hacen esto”. Soy muy amante de recomendarlo... pero yo me quedo sin el consejo, eso es lo peor del caso, como cuando me revisaron después de la operación, no la prueba. En el Materno estaba un muchacho que es enfermero y yo me puse helada nomás vi que iba a estar. ¡Ah, no! y le dije a la muchacha, le hice señas de que no quería que estuviera él, y sí, luego lo sacó y le cerró la puerta, pero él quería verme, pero pues como profesional, pero yo no quise. “Ni modo”, le dijo la muchacha; yo estaba helada. “No, no”, le dije. “Pero si estás temblando”, me dijo la chaparrita, “estás temblando”. “¡Ah!”, le dije, “ni modo, ni modo”. Y sí sacó al muchacho, es que causa uno curiosidad porque por la “estereotomía” [sic], pues, quieren ver la diferencia entre una y otra cosa, para ellos, pues, es diferente (Trinidad).

Uno busca donde haya una mujer porque oyes que hay una mujer en el Seguro, y después que ya pusieron al doctor, y busque y busque uno, es que una mujer, con más confianza (Rosa).

Es decir, gracias a que la mayoría del personal de enfermería del IMSS es de sexo femenino, las mujeres encuentran en la UMF una característica importante que les genera mayor confianza; sin embargo, esto puede modificarse con los cambios recientes en el ingreso de hombres a las escuelas de enfermería. Ante ello el personal toma decisiones operativas diversas. Por ejemplo, en la UMF A se presentó el caso de un enfermero asignado como suplente o estudiante en Medicina Preventiva, que se incluyó en el rol de quienes tomarían el papanicolaou; mientras que en la UMF B, ante la misma situación, se le asignaron tareas de vacunación y una enfermera asumió la responsabilidad de la toma de la muestra.

Las representaciones y prácticas de las informantes sobre los requisitos o “condiciones” necesarias para ir se resumen en las siguientes: 1) acudir cuando hayan pasado entre tres y diez días después de la menstruación; 2) no tener relaciones sexuales entre veinticuatro y setenta y dos horas antes de la prueba; 3) no estar embarazadas; 4) cuidar el aseo personal. Con algunas variaciones en términos del tiempo posterior a la menstruación y las horas de abstinencia sexual, las mujeres comparten la necesidad de cumplir lo que consideran condiciones para recibir atención. La fuente principal de esta información es el personal de las instituciones de salud y en segundo término la que obtienen de sus redes sociales.

Para ir me dijeron (las enfermeras en el IMSS) que se necesitan diez días de que haya cortado la regla, ir limpia, aseada y veinticuatro horas sin tener relaciones... Fui a preguntar en el Seguro, el día que fui a ver lo de los trámites (de alta) porque mi marido todavía no me tenía con IMSS y me acerqué a preguntar porque ya sabía dónde se hacen las pruebas del cáncer. Fui a preguntar si me lo podían hacer sin ser derechohabiente y me dijeron que sí. Quería saber cómo estaba la cosa, pero no me la hice, sólo pedí información. Ese día mi papá pudo venir a cuidar a mis hijos porque no estaba trabajando, y a mí me dijeron cómo tenía que ir. Yo no tenía todavía diez días de que se me cortara la regla, no me la pude hacer (Beatriz).

Según la normatividad vigente, el periodo menstrual es la única contraindicación para la toma del papanicolaou y así se señala en los manuales de la toma posteriores a las modificaciones de 1998 (Instituto Mexicano del Seguro Social 1998a). Con estos requisitos las mujeres tienen que prepararse de manera especial para acudir a la detección oportuna. De manera que no siempre pueden aprovechar sus idas a las

UMF por otros motivos, sino que más bien requieren de más de una visita. En la primera por lo general se informan sobre los requerimientos y en la segunda acuden preparadas, lo que implica un doble ajuste a sus rutinas cotidianas.

Algunos ejemplos de lo anterior y sus implicaciones para la práctica de detección oportuna son los que narran Yolanda, Beatriz, Gabriela y Aurora. Con base en el interrogatorio que el personal de enfermería realiza, se descartó a las dos primeras porque no cumplían los siete días posteriores a la menstruación. Yolanda expresó que su fecha estaba próxima, pero aún no se había presentado sangrado y Beatriz tenía menos días de los que se le indicaban.

Luego que (la enfermera) me explicó, me dijo cómo tenía que ir y no pude. Me dijo la enfermera: “Cuando vengas otra vez aquí voy a estar”. Y como le digo, la enfermera me preguntó cuánto tiempo tenía de haber reglado. Le dije que apenas en esos días iba a reglar y me dijo: “Pues ya que regles... ocho días después, ocho días después de habésete quitado la regla y cuarenta y ocho horas sin tener relación”. “Está bien”, le dije yo. Después pasaron los dos meses y no fui porque estaba embarazada (Yolanda).

En el caso de Gabriela, la prescripción de siete días posteriores a la menstruación fue motivo de controversia con el personal de enfermería, y es que las mujeres no siempre son pasivas frente a las indicaciones de Medicina Preventiva. El día que Gabriela solicitó el papanicolaou, el servicio estaba saturado de trabajo porque había campaña de vacunación. En ocasiones posteriores pudimos observar que esto podía ser motivo para no realizar la prueba porque el mismo personal de enfermería aplica las vacunas. Sin embargo, ante una primera negativa de la enfermera, que decía que no cumplía los requisitos del tiempo posterior a la menstruación, Gabriela insistió. Otra enfermera que se encontraba presente apoyó “sus cuentas” y sugirió a su compañera que contara nuevamente los días utilizando un calendario que tenían frente al escritorio. Gabriela logró tener acceso al servicio, aunque es necesario señalar que la investigadora estaba presente en el consultorio durante este diálogo, y posiblemente esto influyó en el cambio de parecer del personal. No obstante, la resistencia conllevó el reclamo de la enfermera, quien le enseñó el cepillo desde lejos y le dijo “me echaste mentiras, todavía hay sangrado”. La molestia de Gabriela se percibe en su tono de voz cuando recuerda el comentario y se refiere a ella como “muchacha”, a pesar de ser una persona de más de cincuenta años de edad.

Entonces cuando me hice el papanicolaou ¡que me dijo la muchacha!: “Me echaste mentiras”, y dijo que me había sacado algo de secreción y que ¡todavía no tenía los ocho días! (Gabriela)

A pesar de que las mujeres pueden resistirse a las indicaciones, por lo general respetan los requisitos para estar en “condiciones” de recibir el servicio. El transcurso de una semana después de la menstruación limita aún más los días que pueden acudir. Si a esto se suman los demás requisitos, los sentimientos adversos que genera la prueba, lo apretado de sus rutinas de trabajo, podemos ver que no contribuyen a agilizar la práctica de detección.

Algunas informantes tratan de explicarse la utilidad de los requisitos. Emilia cree que dejar pasar una semana después de la menstruación tiene el objetivo de verificar que no se presente un embarazo, lo que reafirma la representación del papanicolaou como algo potencialmente dañino durante la gestación.

Mi cuñada dice que le piden a uno nueve días después de la menstruación, no tener relaciones sexuales antes, pero dice ella que no cree que sea tanto por lo de la menstruación sino para que te asegures de que no tengan relaciones... A mí me dijeron que tenía que tener dos días sin relaciones y nueve días

después (de la regla) para, creo, que no esté uno reseca, porque quedan residuos adentro de semen, y para que no te duela y para el embarazo o algo así, de estar segura que no estás embarazada. La verdad es que (la enfermera) no me explicó por qué, sino que yo supongo que es por eso (Emilia).

La fuente de información de las entrevistadas es el personal de enfermería, cuando acuden a los servicios de salud, y en segundo término las mujeres de sus redes de apoyo. De las once mujeres, solamente Emilia recibió información de los requisitos por parte de su cuñada y las otras cuando acudieron a hacerse la prueba. También hubo el caso de quienes recibieron la información de manera indirecta, como Hortensia, quien acompañó a su madre al IMSS y escuchó lo que la enfermera dijo.

Una vez mi mamá preguntó ahí en el IMSS, yo fui con ella cuando estaba embarazada, entonces le dijeron que... ¿cómo le dijeron a mi mami? Que cuando se hiciera la prueba que tenía que ir dos, tres días antes sin tener relaciones, nada más, si va a venir tal día, por decir el jueves, por decir, dos, tres días antes sin tener relación, es lo que le dijeron a mi mamá, pero a mí no (Hortensia).

Las respuestas del personal de enfermería repercuten en la práctica inmediata de las mujeres, se convierten en parte de la representación de la prueba y se sigue como “norma” en sus prácticas posteriores; ésta pudiera modificarse si la institución dedicara un tiempo a aclarar dudas. Las mujeres conocen los requisitos y los utilizan como pretexto cuando no quieren acudir; esto puede verse como una forma de resistencia.

Las mujeres se encuentran en una relación de poder desigual frente al personal de salud. En esta posición, la forma de manejar la relación no es enfrentándolos, pues se sabe que en ocasiones posteriores necesitarán su apoyo; en general prefieren no confrontar directamente, sino utilizar sus mismos argumentos para justificar su decisión.

Las informantes del G3 que pasaron por la menopausia ya no tienen este problema, como lo refiere Remedios, quien acudió a la prueba por temor al cáncer de mama detectado tres años atrás. En esta ocasión fue acompañada por su hija porque quería que le tomaran la citología.

Yo ya no tengo tanto problema porque las mujeres casadas no tienen que tener relaciones con el marido. Si tú tienes relaciones con tu esposo y te vas a hacer eso, mejor no te lo hacen, a mi hija también se lo iban a hacer ahora que le tocó. Fuimos juntas y le preguntó la doctora: “¿Y no tiene esposo?” “Sí”, dijo ella y luego le preguntaron si no había tenido relaciones y ella dijo: “Sí, me pasó eso con mi marido”. ¡Ah! pues ya no se lo hicieron pero se lo iban a hacer también a ella y ya no, nomás por eso (Remedios).

En cuanto al requisito de no tener relaciones sexuales veinticuatro, cuarenta y ocho o setenta y dos horas antes de acudir a la prueba, se observan diferencias entre las mujeres menores de treinta y cinco años y las mayores. En el primer caso, hay una negociación explícita con sus esposos; ésta es la forma más común de lograr cubrir las condiciones solicitadas.

Mi esposo no me dijo nada, porque, por ejemplo, él dice: “El hecho de que estemos casados, no vamos a tener relaciones todos los días y no hay problema, más si es por eso, por la prueba del cáncer”. El otro día me dijo que si no me la tenía que hacer de vuelta, le dije que no, que era hasta el año (Hortensia).

María Eugenia describió su estrategia para cumplir el requisito de no tener relaciones sexuales. A ella le resulta difícil mantener esta condición durante tres días previos, de manera que agenda el día cerca del fin de semana, “cuando él sale más”, y de esta manera logra aplazar el ejercicio de la sexualidad. Recordemos que ha estado practicándose la prueba continuamente para verificar un proceso infeccioso. Sin embargo, la estrategia indica dificultades para negociar con su pareja.

Se necesita que haya tres días sin relaciones para ir a hacerse la prueba. Yo lo que hago para no entrar en conflicto con mi esposo es aprovechar el fin de semana, que es cuando más sale con sus amigos y entonces ya sólo le pido que se espere el lunes (María Eugenia).

Mientras que María Eugenia busca estrategias para poder cumplir con el requisito de horas previas sin relaciones sexuales, otras mujeres como Trinidad señalan que no tienen problemas para hablar con su marido y respetar el tiempo necesario. En su caso, la práctica se facilita porque él sale continuamente por cuestiones de trabajo, así que escogía los días en los que no se encontraba en la ciudad.

La búsqueda de sentido sobre la utilidad de los días de abstinencia sexual coincide con la necesidad eliminar residuos de semen. Esto se relaciona con la higiene personal, porque desde la representación de las mujeres se trata de suciedad, igual que los residuos de la menstruación.

Pues para mí que lo piden para (que) uno cuide su limpieza, lo que queda, la limpieza, y que los esposos también tengan cuidado... que no tengan relaciones con cualquier gente porque luego pasan enfermedades. Por eso yo me he hecho, yo me hago mis lavados cada quince días, cada mes, a veces lo hago unos días antes de la menstruación y el último día de la menstruación me hago mi lavado, aunque me han dicho que no es bueno (Rosa).

Este requisito es totalmente innecesario de acuerdo con la normatividad y los programas, y puede generar dificultades o retrasos para acudir a la prueba porque implica negociar una práctica. Algunos estudios sobre sexualidad en México, realizados a mediados de los noventa (Rivas 1998), reportan que la decisión del ejercicio de la sexualidad no es una práctica común en mujeres de generaciones previas a la de las mujeres clasificadas en el G1. Si bien señalan cambios importantes en el reconocimiento y ejercicio de la sexualidad en las más jóvenes, el requisito puede retrasar la fecha de la práctica o reforzar otros factores por los que no se le da prioridad (en las generaciones a las que pertenecen las mujeres del G2 y G3).

Entre las informantes, quienes tienen vida sexual activa negocian su práctica sexual y compaginan su calendario menstrual con la práctica de detección oportuna. Es decir, las mujeres de los dos primeros grupos de edad tienen mayores dificultades para cubrir los requisitos. Sin embargo, como abordaremos en otro apartado, las mujeres pre- o posmenopáusicas comparten los problemas para cumplir el tiempo posterior a la menstruación, por la presencia de sangrados irregulares y los sentimientos negativos que genera la prueba.

El embarazo como impedimento

En general, todas las informantes coincidieron en decir que el embarazo es una condición que impide la toma de la muestra, independientemente de si transcurre sin problemas. Su fuente de información principal es el personal médico. Yolanda, de dieciocho años, con una práctica nula, señaló que ésta fue su razón para no acudir.

La representación de la poca relevancia de la prueba, sumada a la idea de que implica riesgos para el embarazo, no hace distinciones entre quienes presentan complicaciones o no durante el mismo. El

personal de enfermería o médico refuerza esta idea al sugerir que no se realice en tanto no llegue a término, periodo que incluye los cuidados posparto, y no necesariamente, como ocurrió en el caso de Yolanda, por presentar riesgos.

Ya no pude ir porque estaba embarazada, porque traía el dispositivo, pero me dijeron en el Seguro que no se hace, yo supongo que porque puede hacer daño, que pueda uno perder al bebé y como tengo sangrado y me tengo que cuidar (Yolanda).

Entre las mujeres con práctica esporádica retomaremos como ejemplo el caso de Beatriz, quien ha dejado transcurrir seis años desde su primer papanicolaou. Entre la prueba y el siguiente embarazo transcurrió un año. Ella solicitó información médica sobre si debía hacerse la prueba en su estado y le recomendaron esperar. Pero no acudió por otros problemas relacionados con el maternazgo y sus condiciones de vida, y al año siguiente se volvió a embarazar. Con tres hijos de seis, tres y un año de edad dejó pasar el tiempo y hace poco, como explicamos anteriormente, se ha replanteado la posibilidad de acudir a la detección oportuna debido al impacto que le ocasionó la muerte de una amiga por cáncer de mama.

El DIU me iba a poner en el IMSS cuando tuve el primer niño, luego mejor fui al centro de salud porque entonces mi esposo no tenía trabajo y no teníamos Seguro. Me quería poner el dispositivo y el doctor que me lo iba a poner me pidió que antes fuera a hacerme la prueba, por eso fui esa vez. Pero no me lo puse siempre porque mis amigas me decían que se encarnaba. No me animé a ponerme el aparato y cuando pasó el año, salí embarazada. Cuando estaba embarazada ya tenía Seguro, y le pregunté al médico si me tenía que hacer la prueba; me dijo que mientras estuviera embarazada no podía hacerse. Luego ya tenía a dos niños a quienes cuidar y era más difícil, luego vino el tercero (Beatriz).

Si bien esto no explica la falta de práctica del papanicolaou, contribuye a su aplazamiento; en el mismo sentido Gabriela explicó los cuatro años sin hacerse la prueba distribuyéndolos entre sus embarazos. Después de haber transcurrido un año desde su último papanicolaou se embarazó (“no cuenta porque estaba embarazada”) y después dijo que ha dejado pasar dos años por considerar que no era prioritario, hasta que presentó sintomatología que consideró de riesgo.

A partir de estos ejemplos de mujeres con práctica esporádica, encontramos que se trata de una práctica compleja en la que se combinan las indicaciones médicas con las condiciones de vida, así como elementos culturales que en general van retrasando o haciendo más difícil la detección oportuna.

En la Guía para la Detección del Programa para la Vigilancia, Prevención y Diagnóstico, Tratamiento y Control del Cáncer Cervicouterino del Instituto Mexicano del Seguro Social (1998d, 17) se establece que toda mujer embarazada debe hacerse la citología cervical como parte de su rutina de control prenatal, si en los dos años previos no cuenta con estudio alguno; también se establece que la toma con cepillo colector está contraindicada en la mujer embarazada o en aquéllas con cervicitis severa, y en las cuales se recomienda que sólo se haga la toma en el ectocérvix.

En países como Estados Unidos se solicita que toda mujer embarazada se realice una serie de pruebas —entre las que se encuentra la prueba de Papanicolaou— para verificar cambios del cérvix que pudieran estar relacionados con cáncer, y se señala que se tomará una muestra para monitorear enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea y la chlamydia; además se establece que pueden recibir tratamientos si se encuentra alguna de estas condiciones (American College of Obstetricians and Gynecologists 2004). Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud (2004a) advierte que implementar esta estrategia genera que los grupos de edad de menor riesgo sean quienes utilicen los escasos recursos de las instituciones de salud,

dejando fuera a mujeres en edades posteriores a la menopausia, quienes tienen un riesgo mayor de presentar diagnósticos positivos a cáncer si no tienen prácticas previas de detección oportuna. Como sucedió en Aragua, Venezuela, entre 1991 y 1994, donde 93 por ciento de las mujeres que se realizaron el papanicolaou en los servicios de planificación familiar y atención prenatal eran jóvenes, “generalmente entre los 20 y 30 años, con un riesgo mucho menor de cáncer invasor del cuello uterino que las mujeres mayores” (Organización Panamericana de la Salud 2004b, 17).

Experiencias negativas previas

Las experiencias negativas de la toma del papanicolaou tuvieron repercusiones en las prácticas subsecuentes de detección oportuna en al menos dos mujeres. Remedios no continuó su práctica durante más de diez años a raíz de una toma a la que accedió por presión del personal de salud, y a la que atribuye una infección vaginal posterior. Su experiencia no fue en el IMSS sino en un centro de salud, pero repercutió en sus prácticas subsiguientes durante un tiempo prolongado.

La enfermera me insistió y yo le decía que no quería, m'hijita, pero de tanto insistir me dio pena que me oyeran... bueno, ni modo, pero yo no puedo entrar porque tengo miedo, ya tengo muchos años de viuda y... ¡ay, que me convencieron! Cuando me subieron ahí me pegó un temblor de corvas que no podía sostener las piernas así. Bueno, pues ya que me comenzaron a hacer eso me tronó hasta los oídos, ¿por qué sería eso? ...sentí que se me rompió algo cuando me entró el aparato. ¡En mi vida me habían hecho eso!, ¡en mi vida! Ya miré que sacaron eso, así como un colador prieto muy feo, un material muy malo, así como los exprimidores, así pero más chico. ¡Ay, ay! qué bárbaro ni modo, ya me levantaron, dijo la enfermera: “No le pasa nada”, y dijo, “ya después va a pasar nomás”, pero no, al día siguiente un calenturón y rasquera, tenía infección, m'hijita, y yo no tenía esposo hace mucho, luego fui con mi hermano y fuimos juntos a reclamarle al director de la clínica y me dieron medicamento (Remedios).

La calidad de la atención incluye la higiene del instrumental y la forma en que se invita al papanicolaou. La falta de privacidad en las salas de espera presiona a las mujeres y no facilita una toma de decisión, sino que genera prácticas que pueden originar lo contrario a lo que propone el programa sobre los espaciamientos prolongados o, en el peor de los casos, el principio y fin de la misma.

Por otro lado, durante la atención, las mujeres esperan que se cuente con los materiales necesarios en el momento que se encuentran dentro del consultorio; sin embargo, en ocasiones no están listos (desde los formatos y los guantes hasta los espejos, el fijador de la muestra, los portaobjetos, las espátulas y el citobrush). El manejo de estas situaciones puede contribuir a cambiar de lugar en el mejor de los casos. El día que Aurora fue por primera vez, la enfermera le informó que no había material y le indicó regresar al día siguiente; en realidad esto se combinó con sangrados irregulares que empezaron por la tarde y esperó un mes y medio hasta que se detuvieron.

Otro tipo de experiencias reportadas por las mujeres durante las entrevistas se relacionaron con la falta de coordinación entre el personal de enfermería de turnos matutinos y vespertinos para revisar que todos los materiales se encontraran a disposición en el momento que se iniciaba la jornada.

Dos mujeres reportaron que tuvieron que esperar que el personal los solicitara y recibiera del almacén, cuando se encontraban en la posición de la toma, lo que alargaba la experiencia en condiciones en las que no hay suficiente privacidad.

Cuando me pasaron al cuarto en donde me iban a hacer la prueba del cáncer, me dijeron que me quitara la ropa y cuando entró la enfermera se dio cuenta de que no había guantes. Era la primera de la mañana, porque me levanté tempranito para luego ir a trabajar. Me molestó mucho que me dejaran ahí, sin ropa en la cama; no me acuerdo si me dieron una sábana, porque a veces tienen y a veces no. Estaba preocupada de que alguien entrara al consultorio que queda a la vuelta; la cortina estaba corrida pero quedó un poco abierta cuando la enfermera salió a buscar los guantes. Y se me hizo muy largo el tiempo. La enfermera se enojó porque dijo que otra los había guardado y que la había dejado sin material para trabajar. Pero aunque no le dije nada, yo creo que cuando uno va a iniciar un trabajo, lo primero es checar que todo está en orden, que veas que no falta nada, fue error de ella que no lo hizo. Aunque otra se los haya quitado, ella debería haber llegado a ver si todo estaba bien (María Eugenia).

Por esta experiencia, María Eugenia, quien tiene una práctica frecuente, dijo tener la intención de cambiar de clínica la siguiente ocasión que se tome la muestra y manifestó su molestia.

Finalmente, el cuadro 24 resume los cuatro temas principales abordados en este capítulo: a) la evaluación de los servicios médicos, en general, del IMSS; b) la operatividad del programa de nuestro interés; c) las condiciones materiales de vida; y d) algunas dificultades que se desprenden de las representaciones del procedimiento del papanicolaou.

En el [cuadro 24](#) marcamos con gris los espacios que señalan dificultades y apoyos que tienen que ver con prácticas en los servicios médicos, y dejamos sin marca aquellos que se relacionan con las condiciones materiales de vida, las representaciones de las mujeres sobre la pertinencia o necesidad de hacerse el papanicolaou y las cuestiones subjetivas de sentimientos que mencionaron cuando hablaron de la citología.

Cuadro 24. Situaciones adversas y puntos de apoyo en las prácticas de DOC de las mujeres entrevistadas

Dificultades	Apoyos
Representación negativa de la atención en el IMSS Experiencias negativas en la relación médico-paciente y los trámites burocráticos	Acceso a espacio de atención en el IMSS Acompañamiento de integrantes de sus redes sociales dentro de la institución, no de MP No necesidad de derechohabiencia Horarios de atención distintos a consulta
Operatividad del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical	Apoyos laborales Insistencia de la prueba en sus redes de apoyo Práctica activa del papanicolaou entre las mujeres de sus redes de apoyo
Condiciones materiales de vida	Apoyo de redes familiares Convenios entre las fábricas y el IMSS y permisos en el trabajo
Representaciones sobre la pertinencia o necesidad de la prueba del cáncer	Información del personal médico
Sentimientos que genera la prueba en las mujeres	Apoyo de las mujeres en sus grupos familiares y de amistad Información proporcionada por el personal médico Confianza y calidez en la atención médica

Señalamos con gris las representaciones relacionadas con los servicios médicos y dejamos sin color las que tienen que ver con las condiciones de sus redes de apoyo y su importancia para la práctica.

Fuente: elaboración propia a partir de material etnográfico. Entrevistas en los hogares, enero a agosto de 2002.

Entre los diferentes apoyos para tener una práctica subsecuente, las mujeres señalaron la importancia de contar con una atención de calidad, la cual definieron como aquella en la que el personal que toma la muestra esté bien capacitado, tenga experiencia, realice el procedimiento con cuidado y que de preferencia sean mujeres.

Resultados

Seis de las mujeres entrevistadas acudieron por sus resultados, dos más no se han hecho la prueba en más de diez años o nunca, y tres no acudieron a recogerlos y coinciden en que lo harán cuando tengan acceso al servicio médico, en caso de haberlo perdido, o bien, cuando regresen a la UMF solicitando otro tipo de atención. Además, consideran que al no ser localizadas por el personal del IMSS, sus resultados son negativos a cáncer y no hay urgencia de acudir a buscarlos.

Cuadro 25. Práctica de acudir por los resultados a la UMF

Grupos	Nombre	Práctica	Recogió sus resultados
Grupo 1 (16-25)	Yolanda	Nula	No contesta
	Hortensia	Primera vez	Sí
	Beatriz	Esporádica	Sí
	Penélope	Regular	No
Grupo 2 (26-45)	Emilia	Nula-Primera vez	No
	Gabriela	Esporádica	Sí
	Rosa	Esporádica	Sí
	María Eugenia	Regular	Sí
Grupo 3 (46 y +)	Aurora	Nula-Primera vez	No
	Trinidad	Esporádica	No contesta
	Remedios	Regular	Sí

Fuente: elaboración propia con información de entrevistas en el hogar.

En general, las mujeres saben que sus resultados tardan en llegar un mes, o poco más, y que pueden pasar a recogerlos donde les tomaron la prueba. Si no reciben llamada de urgencia interpretan que no tuvieron ningún problema y que pueden recogerlos en otra ocasión que se requiera el servicio. A menos que tengan alguna preocupación en especial, suelen dejar pasar lo que consideran un trámite.

Quienes acudieron por sus resultados, Gabriela, María Eugenia y Remedios, habían presentado síntomas que les preocupaban, mientras que Beatriz lo necesitaba para que le colocaran el dispositivo intrauterino de acuerdo con las indicaciones médicas. Solamente Hortensia señaló que había ido porque “siempre es importante ver cómo sales”.

Pero pues no me han mandado decir nada, me imagino que si tuviera alguna enfermedad ya me hubieran hablado, aun a sabiendas de que no tengo servicio, o sea, por mí misma no tengo, por mis hijos sí (Aurora).

Y mi hija fue por una medicina allá, porque se me acabaron las medicinas y aprovechó... me conviene para que no ande con vueltas, por eso fue por los resultados. Ya había ido pero no estaban todavía y así aprovecha (Remedios).

No he ido por ellos (resultados), pero como se supone que te llaman si tienes algo, no me he preocupado porque supongo que no tengo nada, no me llamaron (Emilia).

Entre quienes fueron por el resultado, se comparte la información de que en caso de tener algún diagnóstico de cuidado, serán localizadas en sus hogares.

Me dijeron: “Te vamos a hablar”, me pidieron los datos y me dijeron: “Te vamos a hablar en caso de que algo saliera mal”. No salí muy bien, yo fui y averigüé porque vine a otra cosa y dije: “Pues, no me dijeron”. “Si te hubiera salido una infección o algo se te habla”, y no, no para nada me hablaron (Rosa).

Si las mujeres no recogen sus documentos, éstos se pasan al consultorio para que las asistentes médicas puedan archivarlos y de esta manera, durante la consulta médica, recibir la información.

Sugerencias de las mujeres sobre la prueba a los servicios médicos del IMSS

Las sugerencias de las mujeres para mejorar la operatividad del servicio médico en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical pueden resumirse en las siguientes propuestas: 1) contar con personal capacitado, con experiencia y de sexo femenino; 2) mayor privacidad: lo que incluye que el personal de la misma institución no entre al espacio donde se toma la muestra y que otras personas no escuchen lo que se conversa durante la prueba (lejanía de otros espacios de consulta); 3) batas limpias disponibles; 4) utilización de espejos desechables; 5) calidez, amabilidad en el trato; 6) vinculación entre los servicios de planificación familiar (revisión del dispositivo) y detección oportuna; 7) disminución de los tiempos de espera para la prueba contando con más personal, e indicaciones precisas sobre la suspensión temporal del servicio; 8) acortar los tiempos de espera de los resultados; 9) explicación detallada de la prueba; y 10) formas para buscar información aun cuando se pierda la derechohabencia.

En los servicios médicos de la Secretaría de Salud se ha tenido la experiencia de que el personal de enfermería o los médicos hacen la prueba de Papanicolaou cuando revisan el dispositivo, a diferencia de lo que sucede en el IMSS. Dentro de la misma UMF tienen que ir a dos lugares y esperar el turno, es decir, someterse a dos revisiones cuando, como señala María Eugenia, se “va por el mismo camino”, y en su opinión pudiera “ahorrarse tiempo y molestias”.

Así como está, tienes que pasar dos veces por lo mismo, que no es agradable, sabe por qué será, que ni duele ni nada, nada complicada que es la prueba. No sé, será pudor que tiene uno de irse a quitar la ropa (María Eugenia).

Sería más fácil porque si tú vas al consultorio a hacerte el chequeo del DIU, en el momento que te digan: “¿Sabes qué?, ¿te has hecho el papanicolaou?”. “Sí”. “¿Y cada cuánto te lo haces?”. “Tanto

tiempo”. “¿Y hace cuánto no te lo haces?”. “Pues tanto tiempo?”. “¿Quieres que te lo haga?”. Y ahí ni modo que digas: “No”, o sea, lo más probable es que digas: “Bueno, pues ya estoy ahí”, entonces es más fácil (Emilia).

En el mismo sentido, se sugirió que en los servicios de emergencia hubiera algún espacio en el que se revisara el DIU y se hiciera la prueba del cáncer, en horarios más flexibles, tales como los fines de semana.

En fin de semana, en las salas de emergencia debería haber un lugar para poder revisar o aplicar DIU y la prueba, porque quienes trabajamos tenemos más dificultad para ir, pero cuando vas resulta que no hay personal que atienda esas cosas (María Eugenia).

Para disminuir el tiempo de espera se sugiere que haya más de una persona que tome la prueba, en espacios separados que permitan conservar la privacidad, al mismo tiempo que se logra atender a más mujeres simultáneamente.

Pues, a mí se me hace bien, o sea, a mí me atendieron bien. No sé cómo trabajan pero sí que hubiera más, o sea, que no fuera una sola persona que estuviera, que hubiera más gente para que no fuera una sola persona la que entrara sino que fueran de a muchas pues, como tres para que saliera más rápido cuando hay mucha gente... más cubículos (Penélope)

Otra sugerencia se refiere a acortar los tiempos de entrega de los resultados. En el mismo sentido, cuando hay procesos infecciosos o inflamaciones que fueron observadas por el personal de enfermería, sugieren que comuniquen sus observaciones al médico para no tener que esperar un mes para recibir tratamiento.

Que la que nos toma la muestra nos explicara, nos dijera, trae inflamación, porque no dice nada. La prueba tarda un mes y esperar tanto tiempo es mucho. Si pudiera ser más rápida la entrega. Si son ellas especialistas, las enfermeras, ¿por qué no le ponen en una hojita un recado al médico de lo que ven?, para que se lo pasen al doctor diciéndole lo que trae uno de inflamación o infección, para que no esperemos un mes hasta que llegue el resultado (María Eugenia).

Y finalmente, el mayor énfasis estuvo en la necesidad de proporcionar información sobre el procedimiento.

Sí, una ilustración o pláticas con fotos para saber cómo se toma la muestra, para estar más tranquila uno; me hubiera gustado para estar más tranquila y cuando hacen los cultivos, saber qué es la diferencia en las células. Poner un día a la semana y decir a las mujeres que vayan a hacerse la prueba del pap se junten para unas pláticas. Hay pláticas para el parto, para anticonceptivos, pero no para el pap (Gabriela).

Deberían tener los médicos algún tipo de folleto y si es muy larga la explicación, nos den el folleto, pero que no lo dejen afuera para que uno lo tome y se lo lleve, sino que se lo den y le digan que lo lea. Que te digan que es importante leerlo (María Eugenia).

No conozco el lugar donde se toma, ni quiénes lo toman ahí, pero que por el trato que me dan en la consulta, pediría que pusieran más atención a quienes van, que les tomaran en cuenta y trataran con mayor atención, que si uno tiene preguntas, le den tiempo, información sobre lo que le preocupa y que no regañen como si uno no pudiera entender, porque están todo el tiempo escribiendo y no hay

tiempo de nada. Que la prueba la tome siempre una mujer y que le informen por qué es importante hacerla y cada cuándo. Yo, por ejemplo, no sé qué me puedan hacer en caso de que me encuentren algo, porque ya no tengo matriz. No sé qué harían, supongo que nada. Pues yo siempre he dicho que se tiene temor a lo desconocido, que si hay algo que ya está uno más enterada, no pues que es esto, ya lo ve uno como normal, digo yo, pero pues... que le pregunten a uno si quiere saber o no y ya que decida cada quien si quiere conocer más, porque no somos iguales, hay quien no quiere que le digan lo que le van a hacer (Trinidad).

Las mujeres con histerectomía necesitan información clara respecto a la prueba, en primer lugar sobre la necesidad de hacérsela y en segundo sobre los posibles tratamientos en caso de una detección oportuna.

Las condiciones materiales de vida como dificultades para las prácticas

Los problemas principales para acudir a la prueba de Papanicolaou se encuentran fuera del ámbito médico, en tres rubros: a) las condiciones de vida y las modificaciones de las rutinas cotidianas de las mujeres para ir al servicio médico; b) la valoración de la necesidad de la prueba; c) los elementos socioculturales vinculados con la intimidad de la práctica de detección oportuna. El engarzamiento de estas problemáticas con la atención en las instituciones de salud desemboca en las limitaciones para mantener una práctica subsecuente.

De las tres, los factores socioeconómicos se anteponen a cualquier práctica de atención que pueda ser postergada; esto no es distinto con una práctica como el papanicolaou a menos que se presente sintomatología de gravedad, pero que en general se reduce a sangrados irregulares.

En este campo, el peso principal lo tienen las condiciones de ingreso familiar. Cuando no se cuenta con los mínimos requeridos por los integrantes, la práctica de detección oportuna pierde incluso su espacio dentro de las preocupaciones de las mujeres. Esto se agudiza si se trata de condiciones de ingreso, vivienda y acceso o dificultades en el traslado hacia los servicios médicos. Un segundo tipo de problemas se relaciona con la falta de apoyo familiar para cubrir sus responsabilidades domésticas cuando acuden a las UMF, sobre todo cuando hay familiares dependientes que son menores de edad, enfermos o adultos mayores. En el rol femenino, el cuidado de los integrantes de la familia queda casi exclusivamente en sus manos; el rol masculino se limita a proporcionar el ingreso económico, el traslado hacia los centros de salud y el apoyo para movilizar a las personas que no pueden hacerlo por sí mismas.

Recordemos que el nivel de ingreso de las familias de estas mujeres se ubica entre dos y cinco salarios mínimos, pero encontramos diferencias en términos de ingreso, condiciones de vivienda, servicios y apoyo de sus redes familiares que permiten diferenciar tres grupos: a) Yolanda, Aurora, Rosa y Hortensia viven en condiciones económicas más precarias, cuentan con los salarios más bajos y los servicios y viviendas con más carencias; b) Penélope y Beatriz tienen una situación económica intermedia, mejores condiciones de vivienda, servicios e ingreso, aunque inestables; y c) Emilia, María Eugenia, Trinidad y Remedios tienen mejores condiciones en términos de apoyo familiar y/o ingresos, vivienda y servicios.

Entre las mujeres con una situación más precaria encontramos a Rosa; la conocimos en la vivienda de su abuela, en donde creció, y quien contaba con un buen empleo. Desde su lugar de residencia el servicio médico era cercano (menos de cinco minutos), sus ingresos y los de su compañero les permitían sostener una familia de cuatro hijos; sin embargo, se presentaron situaciones que rompieron su estabilidad relativa. La pérdida de empleo cuando había dejado la vivienda de su familia para mudarse a un espacio propio, aumentaron sus gastos al no poder beneficiarse de los apoyos que recibía antes; así fue que la prueba dejó de ser un tema a considerar por el momento.

Por ahora no voy a poder ir porque estoy en esto desde tempranito, en las entrevistas, buscando trabajo, me urge, y más que nos cambiamos de casa y todo junto, no puedo... Necesito todo el día para buscar trabajo, no he conseguido. No está fácil, todos los días voy a donde me dicen y nada, lo de hacerme la prueba del cáncer va a tener que esperarse más, estoy dejando a mis hijos allá (con una tía) y no tengo para moverlos conmigo (Rosa).

Durante el trabajo etnográfico en las Unidades Médicas Familiares, vimos acudir a las mujeres con mucha prisa. Ellas relacionaban este hecho con el cuidado de los hijos, los enfermos, las tareas del hogar y/o actividades laborales. En las entrevistas, este tipo de presiones fueron mayores con las viudas o con quienes tenían poca relación con sus familias o amistades. Ésta es la situación que describieron Aurora, Rosa y Beatriz, principalmente.

Cuando trabajaba en la escuela les dejaba a los hijos la comida antes de salir, ya nada más para que la calentaran, como ya están grandes. Pero yo casi no iba al médico, casi no me enfermaba, y desde tempranito salía para trabajar y ya regresaba tarde, casi la noche, porque mis hijos limpian la casa, nos dividimos, pero siempre es muy pesado. En el trabajo de la escuela no tenía tiempo de nada, cuando no era una cosa era otra, el trabajo y las preocupaciones en la casa, porque un tiempo mi hijo ¡ay!, sí, y ¡verá!, no batallé con él sino ahora de grande; resulta que agarró unas amistades que no, y yo con eso del trabajo y cansada y todo no me daba cuenta y se me desvió, se me desvió un poco, ya lo trajimos, mis hijas y yo anduvimos batallando. En la noche salíamos a buscarlo, a veces cansada me quedaba dormida y despertaba a las dos, tres de la mañana porque las buquis no estaban, lo andaban buscando a él. Dios guarde peligrando, que le hicieran algo y yo me mortificaba mucho, hasta que tanto estar dale y dale ya se compuso, se casó con una muy buena muchacha y parece que va muy bien. ¡Ay!, pero sufrimos mucho, todos sufrimos mucho, sus hermanos y yo por eso de la droga... Pues sí, sí pienso ir por los resultados, pero pues ahorita por lo pronto no, porque pues ahorita tengo muchos serios problemas, porque apenas voy a empezar a trabajar, voy a donde trabajé ayer, haciendo tortillas, a ver si me da el trabajo el señor ese (Aurora).

Yolanda tiene una situación precaria; sin embargo, tiene redes familiares que la apoyan en sus necesidades básicas. Aunque tuvo que hacer ajustes en su vida —dejó la casa de su abuela para irse a una vivienda de cartón—; pasa el día en casa de familiares que empezaron a construir en un lugar destinado a un grupo de invasiones urbanas. Desde el inicio, su padre había conseguido terrenos para su hermana y sus hijos; la familia la apoyó primero a ella y después, ante la emergencia de ocupar el terreno, iniciaron de nuevo el proceso de construcción de su vivienda. Ésta no cuenta con agua, pero su padre la invita una vez a la semana a lavar la ropa en su casa. Su compañero trabaja para juntar el material con el que construirían una vivienda en mejores condiciones, y la familia de su suegro, que vive muy cerca de la UMF, le facilita el acceso a consulta médica tramitando la ficha, sobre todo, de la niña.

Últimamente andaba con sacar cita con el doctor. Fue mi suegro porque está muy cerquita, le pedí el favor que fuera él, pero cuando no se puede mi papá tiene carro y a veces va mi esposo y vamos los dos a apartar cita para la niña y para mí, pero yo casi no voy con el doctor, nada más por el embarazo y ahora que estaba engripada. Pero ir al Seguro es perder mucho tiempo, porque tienes que ir tempranito, a las 5:30, a sacar ficha para la consulta de la tarde y luego en la tarde para la cita, todo el día (Yolanda).

Yolanda es la más joven de las entrevistadas y la más activa para convencer a su madre y a su suegra de que acudieran a hacerse la prueba. Su premura surgió a raíz de que vio el programa de televisión.

Una situación de menor precariedad en términos de salario y vivienda es la de Beatriz, quien, al igual que Yolanda, no trabaja fuera de su hogar, pero carece de personas que la apoyen. Su madre se volvió a casar y dejó a sus hijos con su padre; ella no los integra en su nueva familia y no pueden visitarla en su casa nueva. Entre los hermanos de Beatriz tampoco encuentra apoyos; uno de ellos está en la cárcel y la otra está acusada por maltrato infantil. Su padre trabaja como velador y su pareja sale de la ciudad constantemente porque labora como chofer en los transportes de carga de la frontera. No tiene buena relación con su familia política y no cuenta con el apoyo de su pareja para cuidar a los niños cuando sale de casa, de manera que prefiere ir al centro de salud más cercano a casa de su abuela, solamente “en caso de necesidad”. Después de que se cambió de casa, no había hecho todavía los trámites porque en su nueva ubicación el traslado depende de su esposo. Ella podría acudir los fines de semana, pero no son días laborables en las UMF del Seguro Social.

No he ido a la prueba porque son más las dificultades para ir por el trabajo de la casa, pero sobre todo por no tener quién me ayude a cuidar a mis hijos... Lo hemos platicado y él me dijo que va a venir a cuidarlos o a llevarme. Casi no me gusta dejarlos cuando voy al centro; ahí voy con los tres en el camión y es muy batalloso, pero no me gusta dejarlos ni con mi nana, que no vive tan lejos. Como no crecí con ella, pues casi no la veía, no hay confianza, y con mi mamá no se puede porque en su casa, no es mi familia; a ella nada más la veo los domingos, cuando vamos a ver a mi hermano al CERESO; a él se supone que pronto le van a dictar sentencia. Está preso porque vio cómo un amigo mató a otro y lo metió en el asunto. A él no le han podido probar nada, dice el licenciado que lo más seguro es que lo dejen salir, pero todavía no saben. Cada fin de semana vamos a verlo y ahí veo a mi mamá. Y mi papá sí, a él sí le he dicho que se venga a vivir conmigo, pero ahorita está trabajando, trabaja de velador y duerme en el día, cuando no trabaja no se puede, pero le tengo más confianza a él... Con mis hermanas no, la más grande no cuida a sus hijos, ahí los trae en la calle, menos a los míos... Tampoco me gusta dejarlos con su familia (de su esposo); el día que se los dejé se me pegó el niño, como que no los cuidan bien, no se puede y no me gusta, no (Beatriz).

En momentos de crisis económica, los cuidados a la salud quedan en segundo plano, con mayor razón si no se consideran una urgencia y no se cuenta con el servicio médico. No todas las mujeres saben que pueden acudir al IMSS o a cualquier otra institución para que se les haga el papanicolaou. Cuando Rosa perdió su empleo, su agenda no incluía un lugar para los cuidados de detección oportuna de cáncer. Aun quienes cuentan con el apoyo de sus familias, se refieren al tiempo invertido para acudir al Seguro y lo que implica la modificación de su cotidianeidad.

No he ido con el familiar todavía, ¡ay!, es mucha pérdida de tiempo. Sí, es mucha pérdida de tiempo y con los niños que irlos a dejar y que esto, se atrasa uno mucho. Sí, con ellos dos pues tendría que mandarlos muy temprano con mi esposo a la casa de sus abuelos, cuando se va al trabajo a las 7:30, pero también (es) muy helado para ellos y luego irme para allá al terminar y esperar que mi esposo llegue por nosotros, ¡todo el día, pues! (Gabriela).

Los cambios de horario de atención en los servicios médicos cuando no se contrata una suplencia hacen que las mujeres que trabajan adecuen o modifiquen sus rutinas cotidianas. María Eugenia solicitó el servicio vespertino y le indicaron que únicamente se daba por las mañanas. El servicio continuó cuando regresó la enfermera del turno de la tarde, pero María Eugenia no se enteró; posteriormente comentó que ya no puede acudir como antes lo hacía, después de su jornada laboral.

Antes yo iba después del trabajo, que me hacían la prueba en la tarde, ahora la última vez que fui me dijeron que en la tarde hasta la una nada más, pero yo me la hacía en la tarde por el trabajo; voy a volver a preguntar, pero pensaba que ya no había servicio a esa hora (María Eugenia).

Las mujeres con hijos pequeños, sin apoyo de sus redes familiares o amistades, son quienes señalaron mayores dificultades para acudir en este sentido. Entre las mayores, Trinidad depende de su esposo o de su hijo para que la lleven a los servicios médicos, y Remedios depende de sus hijas o sobrinas, quienes la acompañan a sus controles con el médico familiar y con el especialista. Ambas comentan que no salen solas por problemas de salud y por la edad. Depender de alguien para acudir al servicio médico, contar con poco tiempo por motivos de búsqueda de empleo o el empleo mismo, así como necesitar apoyo para el cuidado de hijos pequeños, fueron los principales problemas para acudir al papanicolaou en relación con las actividades domésticas.

Entre las mujeres con hijos pequeños, la diferencia entre Yolanda, Emilia, Hortensia, Gabriela y Penélope, y Beatriz y Rosa es el menor apoyo que reciben de sus redes familiares. Las condiciones socioeconómicas de Yolanda y Rosa son similares, pero el apoyo de la familia de Yolanda le permite buscar atención médica para su hija con mayor facilidad que a Rosa. Entre las mujeres de más de treinta y cinco años, Aurora señala la necesidad de trabajar o de buscar empleo como problema para acudir a la prueba; siempre había algo más importante que atender o contrariedades que resolver con los hijos. Desde una perspectiva de género, pareciera que la salud de las mujeres queda en segundo lugar y la atención suele buscarse cuando hay síntomas que se consideran de gravedad.

Al niño lo llevo pronto; a veces me toca ir a pie porque la morada (transporte) no pasa y a pie está poquito retirado; hago como media hora en tiempo de calor con el niño... Ahí siempre lo he atendido, pero así es muy pesado, pero cuando yo me siento mal me espero a ver si se me pasa solo, no es la misma urgencia (Penélope).

La combinación de elementos que conforman la descripción de las dificultades para acudir a la práctica es una constante en las descripciones de las mujeres, pero el apoyo de sus amistades y familias juega un papel fundamental. María Eugenia, Penélope y Remedios, quienes tienen una práctica regular, cuentan con apoyo de sus familias y compañeras de trabajo para el traslado, el cuidado de sus hijos o el tiempo para acudir a la detección oportuna.

SENTIMIENTOS RELACIONADOS CON “LA PRUEBA DEL CÁNCER” Y PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN DE GÉNERO

Las informantes coincidieron en expresar vergüenza, desagrado o temor a la prueba de Papanicolaou cuando se les preguntó sobre las dificultades para la práctica. Durante las entrevistas tratamos de encontrar sentido a estos sentimientos que forman parte de la representación social de la prueba. Consideramos que su raíz se encuentra en procesos de construcción social y cultural que se ubican fuera de los servicios médicos, en espacio y tiempo, y en procesos de socialización en los que se construye lo considerado propio del género femenino, en este caso, la aceptación social del cuerpo en términos de lo visible, o lo que debe quedar cubierto por el vestido. También podemos mencionar lo que se considera apropiado que las mujeres sepan de sus procesos biológicos y reproductivos, todo lo cual contribuye a formar la representación y práctica social del cuerpo femenino, que se hace presente durante la toma de la citología cervical.

En este apartado describimos y analizamos temas relacionados con la construcción de estos sentimientos, en torno a la prueba del cáncer, a partir de las descripciones de las informantes. Las representaciones no se conforman solamente de racionalizaciones de la práctica, sino que se acompañan de procesos subjetivos construidos y ubicados en realidades sociales y culturales específicas.

La práctica y los sentimientos que la acompañan no se encuentran separados más que en el análisis, y se hace con el fin de focalizar un tema que nos parece relevante para la comprensión de las dificultades subjetivas que implican los procesos de acudir al papanicolaou y que comparten las mujeres entre sí.

En este apartado tampoco nos interesa hablar de la vergüenza en términos generales o fuera de contexto, ni abordamos su dimensión psicológica; antes bien, nos interesa lo que se refiere a su socialización y construcción. Consideramos que los significados y sentidos de la vergüenza de mostrar el cuerpo no es un proceso estático y que la educación formal ha jugado un papel importante para proporcionar información y facilitar las relaciones que se establecen en las UMF.

Retomamos con ello un tema que Renato Rosaldo (1991, 15) replanteó a finales de los años ochenta respecto a la importancia de considerar los sentimientos como objeto de estudio de la antropología cultural, más que desde una noción psicoanalizante o de búsqueda de sentido abstracto y descontextualizado, es decir, se propone el estudio de los sentimientos a partir de la posición del sujeto en sus relaciones sociales para comprender lo que el autor llama “experiencia emocional”. En este trabajo proponemos que esta experiencia construye y forma parte de las representaciones sociales de la prueba de detección oportuna de cáncer y que su ubicación por las mismas mujeres como un obstáculo a considerar, se refleja, entre otras cosas, cuando proponen que el servicio de la toma de la muestra sea realizado por personal femenino, por encima de la profesión médica.

En las narrativas de las mujeres, los sentimientos relacionados con las nociones sobre el cáncer se mezclan con los que se refieren más específicamente a la prueba de Papanicolaou, y es que están vinculados en tanto que ésta tiene por objetivo la detección de la enfermedad. En algunas partes de este trabajo los separaremos únicamente en términos del análisis, pero no podemos entender el miedo a obtener un resultado positivo sin considerar el miedo a la muerte que provoca la enfermedad. El [cuadro 26](#) resume los sentimientos principales que manifestaron las informantes como parte de la prueba y que por lo general fueron señalados como un obstáculo, sentimientos que consideran o saben comunes en otras mujeres de sus redes sociales.

El miedo a la muerte y al dolor fue trabajado con mayor detenimiento en el capítulo sobre representaciones del cáncer. En este apartado nos referiremos a la vergüenza y a los procesos de socialización vinculados con ella, así como a la desidia o flojera. Ubicaremos esta última como una expresión del desagrado y aplazamiento que por lo general requiere de una explicación o interpretación.

En el mismo sentido, estos sentimientos se relacionan con la construcción social del género femenino en torno al cuerpo y sus cuidados, y que repercuten en la relación médico-paciente en términos de nerviosismo o tranquilidad.

En algunos casos esto puede llegar a retrasar las prácticas de detección, ya sea porque implica la observación de zonas definidas como íntimas, o bien por el temor al dolor y a ser lastimadas. Por ello nos abocaremos a dos procesos de socialización en torno a la reproducción y la sexualidad principalmente, y analizaremos las diferencias entre mujeres que pertenecen a generaciones que han realizado cambios importantes en términos de la apertura a estos temas, pasando de una formación en las familias a una que se da en el espacio escolar.

Cuadro 26. Sentimientos relacionados con la prueba del cáncer

Mujeres entrevistadas que se refieren a ellos en lo personal	Sentimientos	Resumen de la relación entre su sentir y lo que lo genera
Aurora Trinidad Remedios María Eugenia Rosa Yolanda Beatriz	Vergüenza (es mayor si el personal es masculino)	Mostrar partes íntimas de su cuerpo Postura durante la prueba (abiertas)
		Exponer su vida sexual y reproductiva a personas extrañas
Hortensia Penélope Gabriela Yolanda Emilia Beatriz María Eugenia	Temores	Muerte
		Dolor
		Ser lastimadas
		Desconocimiento del procedimiento
Yolanda Aurora Trinidad Remedios Emilia Beatriz Rosa Gabriela	Desagrado/ desidia/flojera	Práctica no deseada, obligación desagradable
		Primero los demás
		Atención necesaria sólo con síntomas

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas en los hogares, 2002.

Cuando hablamos de procesos de socialización nos referiremos a lo que Berger y Luckman (1970, 166) definen como la inducción amplia y coherente de un individuo a una sociedad o a un sector de la misma. Por socialización primaria entendemos el proceso por el que atraviesa el individuo durante la niñez por medio del cual se convierte en miembro de la sociedad.

En la mayor parte de los casos esto se da a través de la institución familiar, concebida no como una sola forma y estructura de padre, madre e hijos, sino comprendiendo las diversas formas en que se encuentra en la sociedad, entre las cuales existen hogares de jefatura masculina y/o femenina, familias nucleares y extensas y la participación o no de espacios tales como escuelas y guarderías, que hacen más complejo el panorama de inducción de un individuo durante su infancia a una determinada sociedad y cultura.

La socialización secundaria se define como cualquier proceso posterior que induce al individuo, previamente socializado, a nuevos sectores de la sociedad. En estos procesos de inducción, que se llevan a cabo en las relaciones cotidianas, se construyen los primeros saberes sobre el cuerpo y la sexualidad, que serán reforzados o transformados durante la socialización secundaria.

*Procesos de socialización sobre sexualidad y cuerpo:
el género y la dimensión social del pudor*

Durante las entrevistas preguntamos a las informantes cómo se relacionaba la vergüenza o el pudor que describían como parte de la representación de la prueba de Papanicolaou con la educación que recibieron en sus familias. Al respecto mencionaron algunas prácticas referidas al cuerpo, sobre todo durante la adolescencia. También hablaron de una educación sexual, que por lo general no recibieron en sus hogares, y que estuvo acompañada de prácticas aceptadas, o que por el contrario eran sancionadas.

En sus narrativas, las informantes describieron que los padres no son los únicos actores involucrados en este proceso; en ocasiones tampoco son los principales en términos de fuentes de información. Los hermanos, primos y amigos juegan un papel fundamental, no sólo al compartir lo que saben sino en la práctica misma de mostrar el cuerpo, hablar o ejercer su sexualidad; muchas veces las madres son las últimas en aceptar o enterarse de lo que sus hijos saben. Las prácticas o comentarios de los hermanos mayores van formando a los más pequeños, como expresan las narrativas de Emilia y Aurora.

No, con mi mamá no hablo de eso; ella es una persona mayor, de más de setenta años. Somos doce hijos, yo soy la más chica, pero es lo bueno de ser metiche, fui aprendiendo metiéndome en la plática de mis hermanas. Fueron mis hermanas o mis cuñadas las que me hablaron de eso. Yo era bien viva, bien metiche, todo quería saber, no me platicaban a mí, al contrario, me quitaban mis hermanas para que no me enterara de cosas y yo siempre oyendo detrás de las puertas y todo, así, pues, por eso me enteraba; si no, nadie me decía (Emilia).

En el mismo sentido, Aurora señaló que sus hijas aprendieron sobre la menstruación con sus primas y en la escuela, y aunque sabía que ya se habían enterado de los cambios que se viven durante la adolescencia, no participó de manera activa en este proceso.

Cuando a la más grande (de sus hijas) le bajó la regla, pues yo ya trabajaba. Nunca estaba y ella estaba con una tía. Como mi tía tenía puras muchachitas, muchachas más grandes, ellas le dijeron, porque allá estaba con ellas e iba a la escuela... En la misma escuela, las primas y las demás amigas ya sabían y le dijeron todo. Ella misma le enseñó a la otra, por eso, por ese lado, no batallé en decirles (Aurora).

Lo que se pone en juego en estos procesos de socialización se evidencia en las narrativas de las informantes, quienes vivieron situaciones “duras” en la infancia, en términos de abuso sexual, o lo que consideraron “falta de respeto” a su cuerpo. En el caso de Aurora, el abuso de su padre cambió su vida y apresuró su salida. Sin embargo, la pérdida de relaciones de apoyo no la eximieron de su responsabilidad de género al cuidar de su madre durante su vejez y enfermedad.

De repente ya no tuve el respeto que debía de haberles tenido a mis padres, por muchas cosas que sufre uno, que sufrí yo de chica. Porque, ¿cómo le dijera?... como antes, muy analfabeta la gente, entonces yo me crié así, ¿no?, con mis hermanos. Ellos siempre muy respetuosos y mi mamá siempre lo que mi papá dijera. ¡Uy!, mi mamá no podía nada y mi papá sí, pero él un día me tocó mal, abusó y mi mamá no hizo nada. Mi papá era del sur, yo fui la única mujer. Cuando me quedé sola con mis hijos, a ellas las tengo impuestas a que se cuiden de todo mundo, no por parte de mis hijos, porque a ellos les di otra educación, yo siempre he educado a mis hijos a que ellos las respeten a ellas, ellos una mala mirada a ellas nunca, y todo el tiempo así juntos. Hasta eso que ellos nunca se cambian (de ropa) delante de ellas, ni ellas adelante de ellos, yo les tengo mucha confianza a ellos... siempre,

dándoles consejos: que tengan mucho cuidado, no se metan a las casas, si van a ir a jugar no entren a las casas, vale más que jueguen en media calle, que la gente los vea a que Dios guarde les haga algo una gente adentro de una casa (Aurora).

En el mismo sentido, María Eugenia señala que la experiencia de su madre marcó la formación que recibió y sigue presente en la formación de sus hijas. Reconoce que eso es lo que la va moldeando como persona, pero que no lo es todo. Para ella, la vergüenza forma parte de lo que les enseñan los padres a los hijos, “con la intención de protegerlos”, pero también es algo que “ya lo trae uno”; en las mismas familias hay hijos más pudorosos que otros.

Como tuve cinco hermanas y cuatro hermanos éramos muchos y siempre nos tapábamos. Mi mamá era muy cuidadosa con eso, siempre hacía que durmiéramos separados y nos estaba cuidando; ella es muy desconfiada porque nos platicaba que en su casa sus hermanos las tocaban en la noche, así que es bien exagerada, en nadie confía, ni familiares ni amigos; siempre nos decía que no nos metiéramos a lugares donde estuviéramos solas con un hombre. A mis hijas, mi mamá les dice a cada rato que no sean cochinas, disolutas, desvergonzadas... Recuerdo que en mi casa mi mamá era muy estricta en estas cosas del cuerpo. En cambio, en mi casa, es él, mi esposo, pero es de más. Yo le digo que ni tan, tan, ni muy, muy, porque luego por eso se salen las hijas de la casa cuando se cierran todas las puertas, siempre ando en medio porque es muy exagerado. También es que ahora hay muchas sinvergüenzas sin pudor, porque esto ya lo trae uno, hay quienes sienten más vergüenza que otros, porque yo veo que mi hija mayor no tiene tanta pena, se cambia enfrente de nosotros, pero otra más chica no. Lo que tienen es que son un poco gorditas y por eso no se ponen blusas de tirantitos o cortitas (María Eugenia).

Cuando las mujeres más jóvenes vivieron su proceso de socialización con las mujeres de la generación de sus abuelas, o cuyas madres son de edad avanzada, los procesos fueron más rígidos, como señalan Emilia y Rosa. Esta última aún vivía en casa de su abuela durante la primera parte de las entrevistas. Recordemos que su madre y sus ocho hijos se fueron a vivir a la casa materna en el momento que se separó de su compañero. La relación de Rosa con su abuela fue muy estricta; describe una educación de “regaños” y silencios respecto a temas relacionados con el cuerpo y la sexualidad. En su caso, la educación escolar jugó un papel muy importante; señala que la escuela le dio un discurso explicativo sobre estos temas para luego poder desarrollarlos con sus hijos y sobrinos ahora que es la responsable de contestar las preguntas de los menores.

Con mi abuela, ¡híjuela!, n'ombre, ¡que habláramos algo al respecto así! No se podía, nos decía: “¡Ya están con sus leperadas!”. No podíamos hacer preguntas, como “¿por dónde salimos?”. Lo normal de todos los niños. Uno ya ve las cosas diferentes, veo a mi sobrino, cómo pregunta y cómo uno debe dar una explicación. A lo mejor no estaban preparadas, por eso se cerraban en seco para no darnos una explicación, o creían que no debían, pero ya uno ahorita ya envuelves al niño, le dices: que una semillita, que tu papá, pone una semillita en mi parte y de allí sales tú, y allí vas creciendo y ya se quedan los niños en paz (Rosa).

Sin embargo, la educación escolar que reportan es limitada porque sólo proporciona información sobre aspectos biológicos de la reproducción; además este tipo de temas se abordan rápidamente. Por lo general nunca se habló de los significados socioculturales o psicológicos de las relaciones sexuales.

Lo que Emilia, Yolanda, Hortensia, Rosa y Penélope recuerdan de sus estudios se refiere principalmente a estos temas y a los métodos de planificación familiar. En algunos casos vieron enfermedades

sexuales como el sida, pero el cáncer cervical, el virus del papiloma humano y el papanicolaou no formaron parte de los contenidos revisados durante primaria y secundaria.

Dice mi hermana mayor que en sexto ni en secundaria tocaron el tema ese, de nuestras partes, y miraron las hojas y las pasaron. Les dijo la maestra: “¡Pásense esas hojas!”. Porque venían en el libro el monito y la monita, pero ella dice que nunca le dieron eso, yo creo que hasta en la escuela ya existían esas ideas de no hablar del tema como en la casa... Sí te explican, pero no te dicen todo; por ejemplo, el cómo sufre uno, el cómo duele, ¡ay! Yo no me acuerdo que me hayan explicado eso, que cuando tengas una relación va a haber un dolor y sí me acuerdo que me explicaron que puede sangrar uno, que tenemos una telita, la maestra sí nos explicó, pero no del dolor. Ya después uno empieza, qué feo, qué doloroso. Tampoco te hablan de que ya no te sientes igual y pues así, ahora yo de grande entendí que no es la misma, nunca va a ser la misma esta primera vez... Ahora con mi pareja se complementa todo, cariño, amor, comprensión, comunicación y todo, no, no, muy diferente pero yo estaba plebe, chamaquita, niña, ahora ya entiende y comprende uno. Esa primera vez te cambia la vida, al otro día ya sentí vergüenza. No quería ni salir. Era algo por un lado muy bonito, y siempre a la vez como que te paraliza y cambia tu vida, cambia radicalmente, ya no te sientes igual, ya no, ahora tienes que pensar diferente porque ya no te casaste. Estaba chamaca yo, tenía dieciséis años, quince años pasados (Rosa).

El (maestro) dictó varios temas del sida y otras enfermedades, y ya nosotros teníamos que buscar en el libro. Por ejemplo, el sida es uno nada más y la gorronea, porque también todo eso venía, no me acuerdo muy bien, como viene cada cosa así explicada, unos dos rengloncitos de cada cosa así, no sé muy bien, pues. Yo me acuerdo de muchas enfermedades, me acuerdo que veía varias enfermedades, pero no me acuerdo qué decía, de qué hablaba. En la lista hablaba del puro cáncer, por eso le digo que más bien aprendí en la tele de eso del virus y del cáncer de la matriz (Yolanda).

La educación escolar sobre reproducción y sexualidad, junto con el acceso a la información en medios de comunicación, permite a las mujeres más jóvenes hablar con mayor facilidad de estos temas, además de que parece vincularse con una mejor relación con el personal de salud durante la prueba de Papanicolaou, en comparación con las mujeres que no contaron con este tipo de información. En las más jóvenes también está presente la sensación de vergüenza, pero dificulta menos su práctica, en cambio, en las mujeres que pertenecen al G2 y sobre todo al G3, la vergüenza o pudor se convierte en una dificultad a vencer.

Si bien en general las mujeres señalaron que el personal de los servicios médicos tiene una profesión que les capacita para “no fijarse” o no abusar de su situación, describieron la práctica del papanicolaou como desagradable, vergonzosa y reiteraron la necesidad de acudir a pesar de sus deseos de no hacerlo.

Yo siempre he sido muy vergonzosa; por ejemplo, uno siente pena que la vean, cuando va uno a sanar. Entonces uno siente pena, pero no tanta, yo creo que no, porque ya lo que quiere uno es tener a su hijo y entonces no siente pena hasta ya después, pero ya para qué. Es diferente la prueba del cáncer, porque ahorita no siente uno nada y porque tiene que tener su pudor uno siempre. Qué fuera aquello ya nomás porque te dicen: “Ándele, quítese la ropa”, y ya uno se la va a quitar, ¡no, pues!, te da vergüenza (Aurora).

Aurora comparó la prueba con la situación que se vive durante el parto, pero en este último caso hay una emergencia, dolores intensos y la responsabilidad de que nazca bien el bebé, mientras que en la prueba no hay ninguna de las tres cosas, no es una emergencia, ella no se percibe enferma y la responsabilidad es con su salud, no con otro miembro de la familia.

Al parecer hay una representación y práctica que está cambiando, en términos de lo que significa el cuidado en los procesos de socialización del género femenino. Las mujeres del G3 pertenecen a una generación en la que poco se habló de procesos reproductivos o cambios como la menstruación. En ellas, la noción de cuidado parece estar llena de silencios entendidos como protectores de una “inocencia” que pudiera hacerlas “mejores mujeres”.

Las mujeres “buenas” se definían por no saber mucho sobre sexualidad y menos por practicarla: “se trata de salir bien de la casa”. Mientras que las mujeres más jóvenes pertenecen a una generación que cuenta con varias fuentes de información sobre procesos biológicos. Entre ellas no solamente se encuentran amigas y familiares en edades afines, sino que en algunos casos la madre participa y se cuenta con la información que brinda la educación formal, desde quinto de primaria hasta secundaria, así como lo que reciben en imágenes televisivas y otros medios de comunicación masiva.

Para las mujeres más jóvenes, el cuidado de sus hijos incluye hablar con ellos directamente y no presuponer ni desear que no sepan nada. Estos cambios fundamentales, del silencio a la información, parecen facilitar prácticas de cuidado como el papanicolaou. El problema principal seguirá encontrándose entre quienes viven o vivieron procesos de mayor silencio.

Los cambios entre las generaciones se expresan alrededor de dos temas relacionados con este paso del cuidado entendido como silencio, y de un cuidado que involucra información biomédica y biológica. Los cambios en los temas y espacios en los que puede hablarse de pubertad y sexualidad fueron abordados en las entrevistas como un indicador de apertura hacia asuntos relacionados con el cuerpo. Estos pudieran explicar la construcción social de la vergüenza en las relaciones médico-paciente durante las revisiones ginecológicas y en el papanicolaou.

La menstruación comprende un cambio biológico y forma parte de procesos sociales y culturales vinculados con el crecimiento y control de la sexualidad. A partir de su aparición, lo biológico cobra sentido social en relación con la posibilidad de la maternidad, las formas de establecer relaciones más o menos permanentes, la familia, el ejercicio aceptado o no de la sexualidad y la edad reconocida como la más conveniente para dichos procesos.

Emilia narra que ni su madre ni sus hermanas conversaban sobre estos temas, pero eso no impidió que ella hablara con facilidad sobre la menstruación. Siendo la más pequeña de una familia de doce hijos, se cuidaba no se enterara ni participara en las conversaciones de los mayores. Sin embargo, Emilia reconoce que el tabú no era su edad sino el tema, el cual conocía porque ya se había tratado en la escuela.

Nunca he hablado de menstruación ni de estos temas (con mi mamá). Como era la más chiquita, mi mamá es tan cerrada que cuando a mi hermana le bajaba, no se atrevía a decirle lo que le pasaba; mi hermana mejor le inventaba que se había cortado. A mis hermanas las oía que platicaban, pero que se sentaran a platicar conmigo, no. Yo a todo el mundo le dije una vez: “¡Ya me bajó!”, y me ponía toallas, pero les ponía catsup o algo para (risas) decirles que ya me había bajado; mira que me quería sacar sangre a fuerzas porque yo quería que me bajara. ¡Ay!, porque iba a ser señorita, o sea ya soy grande y me vino hasta los catorce años. No me dolió nada, de repente sangré: “¡Ay!, me bajó” y otra vez, a todo el mundo le dije, a todos mis hermanos, a todo mundo, porque a mí no me daba pena, muy diferente a mis hermanas las mayores o mi mamá (Emilia).

El tema de la menstruación no se aborda a profundidad en este trabajo, pero permite resaltar cómo se ha hecho más público desde que forma parte de los contenidos escolares; también permite observar de qué manera puede influir en una construcción social del cuerpo que facilite el vínculo entre el personal médico y las mujeres durante las exploraciones ginecológicas en general y el papanicolaou en particular.

Las representaciones sobre la menstruación se han modificado, pasando de una visión privada a una de mayor apertura en las familias y las escuelas. El cambio ha sido lento y algunas entrevistadas señalan que incluye resistencias de padres de familia o maestros; mientras que, por otro lado, las madres van delegando a las escuelas la responsabilidad de hablar con sus hijas sobre el tema. Rosa, de veintiocho años de edad, narra que su abuela la cuidó de pequeña y que su única fuente de información fue la escuela.

Rosa trata de comprender por qué nadie de su familia, ni siquiera sus hermanas, hablaron con ella. Recuerda que su madre trabajaba mucho y tenía pocas horas de descanso; entonces no encontraban el momento para hablar. Con su abuela tampoco era posible, tal vez porque no contaba con la experiencia de comunicar sino de callar, porque no conocía “las palabras adecuadas” para dar una explicación sobre el cuerpo y la sexualidad. En su experiencia personal se explica el castigo como una forma de evitar dar una respuesta que ella misma (su abuela) no tenía.

¿Por qué no podría decirnos mi nana? Cuando dijo mi hermana (que) regló por primera vez dijo: “¡Mami, mami! ¡Me está saliendo sangre!” ¿Qué le dijo ella?: “¡Cállese la boca! Va a oír su hermano, ¡ándele váyase a bañar! y póngase esto y no ande diciendo”. Me acuerdo cuando la primera vez que regla uno, cuando menos yo ya estaba en sexto, y lo bueno que esa plática ya había pasado por mí cuando me pasó eso y ya sabía. En sexto año me tocó que nos hablaron de la menstruación, de por qué la mujer, por qué nosotros eso de que lo fecunda y de por qué tiene que desechar eso uno. Que el organismo, que los veintiocho días, todo eso nos explicaron y pues aprendí en la escuela, pero con mi mamá nunca. Pero me acuerdo que entonces mi hermana ¡le va diciendo a mi abuela qué me pasó! Y entonces, mi nana se enojó, ¡hasta me quería dar una cachetada! Así era mi abuela, bien vergonzosa, no le gustaba nada, o a lo mejor porque no tenía una explicación y se cerraba, así era la gente de antes, no tenía capacidad para dar una explicación o la escuela. Ellas no escucharon de una persona las palabras más o menos adecuadas para más o menos dar una respuesta, hay que entenderlas o comprenderlas. Si todavía uno, a estas alturas de la vida, le da pena que a uno le hagan esas cosas, o que platiques o algo te da pena... ¡Imagínate antes! ¡Con más ganas! (Rosa).

Todas las mujeres de los G1 y G2 recibieron algún tipo de información sobre la menstruación en la escuela. Penélope explicitó las diferencias con su mamá o sus amigas de más edad. Hay un cambio generacional que habría que explorar en otras investigaciones, ya que al igual que Penélope, Rosa, Emilia, Blanca, Yolanda y Hortensia coinciden en la importancia de contar con información antes de vivir la experiencia. Por otro lado, la formación escolar permite mayores transacciones del modelo médico sobre la reproducción, la anatomía del cuerpo y sus cambios, pero sobre todo el modo de ver los servicios médicos y la necesidad de atención, no así de la prevención.

Cuando voy a la prueba voy tranquila; a mí no me da vergüenza, a mi mamá sí y a mis amigas más grandes, de unos veinticinco años, también, pero es que yo pienso que el sexo y el cuerpo no deben ser motivos para avergonzarnos. Mi mamá es diferente, nunca me habló de estos dos temas, nunca me dijo nada sobre sexualidad. Sí me habló sobre la regla cuando estaba en la primaria, con mis hermanas también, no me acuerdo bien qué dijo, pero sí nos dijo que iba a pasar y cómo hacerle. Yo quiero hablar con mis hijos como no hablaron nunca conmigo... En la escuela me dieron información en la primaria, en sexto grado, sobre los cambios en el cuerpo, algo del óvulo, pero en secundaria un maestro nos platicó más y sobre cómo cuidarnos, de métodos anticonceptivos. Los hombres preguntaron más que las mujeres, nosotros calladas, luego de la clase ya no platicamos mucho sobre el tema. A algunos sí les gusta seguir hablando del tema, a mí no porque son cosas de cada quien (Penélope).

Ninguna de las tres mujeres de más de cuarenta y cinco años de edad contó con información previa a la menstruación, sino que se enteraron por experiencia propia. En este grupo, las que tienen menos de cuarenta años, sí contaron con información básica a través de su familia o la escuela. Todas las menores de treinta y cinco años estudiaron el tema en la escuela y tres de ellas contaron además con información de sus redes sociales, tanto familiares como vecinales.

El [cuadro 27](#) expresa básicamente dos procesos distintos: el que vivieron las mujeres del G1 —entre quienes encontramos información materna o escolar— y las mujeres del G2 —quienes por lo general recibieron información escolar— y el G3, quienes no contaron con información en sus ámbitos domésticos y públicos.

Yo tenía diez años, para ser exacta. Me acuerdo que nos dijo que nos iba a pasar cada mes, que íbamos a tener sangrado, que nos teníamos que cuidar mucho, sentarnos bien, cuidarnos mucho pero más en esos días, que no anduviera corriendo, o sea, chiquita pues jugaba uno antes, ahora ya no se puede como antes. Me decía: “No andes corriendo cuando andes en la escuela, no andes comiendo mucho chile”, y así esos cuidados (Hortensia).

Yolanda tampoco habló de la menstruación con su mamá. La primera vez que escuchó referirse a ella fue en casa de una vecina, después en la escuela, pero no habló ni habla de esto: “Un día le dije (a su mamá) que ya, y fue todo”. Lo que vieron en la escuela le permite tener una representación de los cambios en su cuerpo como parte del proceso reproductivo. Un maestro les habló ampliamente de métodos anticonceptivos, del sida y otras enfermedades de transmisión sexual. No recordó que le explicaran sobre el cáncer del cérvix y el virus del papiloma humano, de los cuales ha escuchado en programas de televisión. Tampoco habla con sus padres porque piensa que es una forma de respetar lo que para ellos es un tema tabú; llama la atención que a ella misma le da vergüenza hablar de esto.

Cuadro 27. Socialización sobre la menstruación durante la pubertad

Grupos	Nombre	Información	Fuente
Grupo 1 (16-25)	Yolanda	Sí	Escolar
	Hortensia	Sí	Materna Escolar
	Beatriz	Sí	Escolar
	Penélope	Sí	Materna Escolar
Grupo 2 (26-45)	Emilia	Sí	Escolar y hermanas
	Gabriela	Sí	Escolar
	Rosa	Sí	Escolar
	María Eugenia	Sí	Materna
Grupo 3 (46 y +)	Aurora	Ninguna	Experiencia
	Trinidad	Ninguna	Experiencia
	Remedios	Ninguna	Experiencia

Fuente: elaboración propia con información de las entrevistas realizadas en 2002.

Por ejemplo, de la regla mi mamá nunca me platicó. Yo ya sabía porque oía que muchas amigas no sabían ni cuando la primera vez, y a mí una vecina fue la que me dijo. Había salido de sexto, o no sé si estaba en sexto, no me acuerdo, cuando me vino y a ella le preguntaba. También a mí me daba vergüenza preguntarle a mi mamá, sí platicaba mucho con mi mamá de otras cosas, pero para salir, para todo eso. A mi papá le tenía más confianza, le platicaba casi todo, pero no de eso, por respeto (Yolanda).

Beatriz señaló que la prueba le produce sentimientos de vergüenza que son desagradables. Ahora puede hablar con su mamá de temas que cuando era adolescente no tuvo oportunidad. Ella le habló por primera ocasión del papanicolaou cuando estaba embarazada, y después, en la UMF, una enfermera le dijo que al tener a su hijo era necesario acudir a la prueba.

Mi mamá tuvo tres hijas y dos hombres, somos cinco en total. Yo platico más con mi mamá y con una hermana, pero más con mi amá de esto. Antes de vivir con él (su compañero), no platicaba nada con ella, me daba mucha vergüenza, ni de la regla hablamos. Cuando yo me fui con él, porque él me dijo que mejor nos juntáramos cuando yo estaba esperando, mi amá fue la que me dijo cómo era la prueba: “No duele, molesta”. En la casa oía que mis hermanas decían que tenían que irse a hacer la prueba, pero nunca preguntaba de qué hablaban. Mis amigas dicen que les da vergüenza y a mí también, me daba vergüenza preguntar, yo soy así. En realidad es la misma, como si fuera a tener un hijo, pero es más rápido la prueba (Beatriz).

Las mujeres mayores de cuarenta y cinco años tuvieron una formación más cercana a la de Rosa. Con mayores silencios, Trinidad recuerda que la primera ocasión que menstruó estaba en la escuela y su madre no había hablado con ella. Tampoco se consideraba parte de la formación escolar y no lo había comentado con sus compañeras; la forma más común de enterarse era cuando otras amigas hablaban de sus experiencias, o bien, por vivencia propia.

En el pueblo ¡menos se habla de estas cosas! Uno se entera de cómo son hasta que le pasan, hasta que regla o hasta que se casa. Yo tenía prohibido hablar de estas cosas, no nos dejaban tocarnos ni conocernos. Y luego ¡la pena de que no sabe uno!, a mí me pasó en la escuela (la menstruación), y ¡la pena de que no sabe uno qué le pasa!, ¡y el dolor! La maestra le dijo a mi mamá que si no me había dicho (Trinidad).

Aurora tampoco tuvo un acompañamiento materno; en el caso de sus hijas, su papel fue dar seguimiento a las nociones que habían adquirido a través de familiares, escuela y amigas. No sabía cómo explicarles y dejó que la mayor informara a la menor porque consideraba que en la escuela recibían más capacitación.

¡Ay, no!, mi mamá nunca, con el cuento de que cuando me bajó estaba muy chiquita, tenía diez años, era muy gordita, muy llenita (se ríe) y entonces, a lo mejor eso me ayudó a que reglara yo tan chiquita... Estaba chica y me acuerdo que me dolía mucho el estómago, cólico, y toda la noche salía al baño. Supuestamente tenía disentería: “Amá, tengo disentería”, y luego ella me dijo: “Así nos pasa a todas las mujeres”. Fue todo lo que mi mamá me dijo, pero nunca me dijo que ya de aquí en adelante te va a bajar cada mes, te va a bajar tu regla, nada. Y como antes era uno más tonta, tenía menos experiencia. No como ahora que cualquier niña ya sabe las cosas, antes no, y cada mes era lo mismo porque ella no me decía, porque batallaba por eso que me bajaba y yo no sabía ni lo que era, hasta que en la escuela me empezaron a decir las chamacas más grandes. Salía uno de diez o doce años, era más grande pero más inocente (Aurora).

Si bien hablar de la menstruación es una práctica privada que las más jóvenes aprendieron en el ámbito doméstico, otra cosa es hablar de sexualidad. Ésta no es una práctica común en ninguno de los dos grupos de edad. Solamente Hortensia y Gabriela señalaron haber compartido de manera explícita el tema. La primera ha tenido un diálogo y acompañamiento continuo de su madre, hermanas y esposo; la segunda, de sus hermanas, principalmente la mayor, que es enfermera, ya que su madre murió de cáncer de la matriz cuando ella tenía once años. Aun cuando Gabriela lo atribuye a sus ocupaciones, otro elemento mencionado es la formalización de relaciones de pareja por las cuales se “garantiza” que una mujer aprende de sexualidad. Después de casada se enteró de la enfermedad de su mamá, y señala que hasta hace poco sus hermanas empezaron a platicar más, ahora que todas están casadas.

Eso más que nada en la escuela, con las amigas, pero hay veces, por ejemplo, los retrasos de la regla y todo eso, sí lo comentamos, pero otras cosas nunca lo platicué con ella ni mis hermanas. Ahora que estamos más grandes y nos casamos, sí hemos platicado entre todas, pero antes no, será porque ella pues en el trabajo, una que viendo el quehacer de la casa, viendo a mis otros hermanos y todo, era muy poco el tiempo que nos veíamos, casi no platicábamos, casi no platicábamos de eso (Gabriela).

Respecto al tema de las relaciones sexuales, al parecer es más difícil dialogar con los familiares. Las mujeres señalan que es más común obtener información en ambientes externos a la familia, como la escuela, a través de medios de comunicación o entre amigos. Las mujeres más jóvenes han empezado a hablar de su experiencia con sus sobrinas y hermanas menores, y es que consideran necesario hacerlo de manera explícita con los adolescentes. Ellas dan por hecho que el sexo forma parte de la vida y que es necesario conocer el cuerpo, saber del embarazo y cómo cambia la vida con un hijo.

Yo les digo que cuando tenga una hija, más que su mamá quiero ser su amiga y le voy a platicar de sexo y drogas y de las consecuencias del sexo, o sea, salir embarazada. Yo soy la tía más joven; las sobrinas tienen ahorita unos dieciocho o diecinueve años, me preocupan y hablo abiertamente con ellas. Vienen a mi casa y platicamos mucho, nos tomamos unas cervezas, yo las cuido, si una se mareo o se pasa le paro el alto. Hablamos abiertamente de sexo y drogas; yo les digo que sexo algún día van a tener, y que si lo van a hacer yo soy la menos indicada para decirles que no lo hagan, pero que lo piensen bien y que es su responsabilidad protegerse, que se vean en mi espejo. De las drogas les digo que no quiero saber que toman nada de eso, porque se las van a ofrecer, a mí me las ofrecen y ofrecieron, pero eso sí nunca le entré y les digo que eso no las va a llevar por el buen camino. Sexo algún día tendrán, pero drogas no es necesario aunque les dé tentación o se burlen de ellas (Emilia).

El momento que se considera pertinente para hablar de este tema con los jóvenes ha variado con los años. Las mujeres del G3 señalaron que ese tiempo era la etapa posterior al matrimonio, durante la cual aprendieron por experiencia propia y/o empezaron a dialogar con otras integrantes de la familia sobre el sexo. Esto ha variado en las jóvenes, quienes recibieron cierta información en las escuelas y más frecuentemente a través de los medios de comunicación, sobre todo la televisión, a partir de las telenovelas, los programas dedicados a la mujer como “Mujer, casos de la vida real”, y el cine. Lo anterior les permite tener información visual constante sobre sexualidad de manera más explícita y temprana, que las mujeres mayores de cuarenta y cinco años de edad.

Trinidad piensa que se casó muy grande (a los veinticinco años) porque en su pueblo se casaban mucho más jóvenes. Su novio vivía en Hermosillo e iba a visitarla constantemente, así estuvieron por más de cinco años. Cuando por fin se casaron, ella no tenía idea de lo que eran las relaciones sexuales. Ni su familia ni sus amistades le hablaron de manera amplia o explícita. No es que no se dijera nada

absolutamente, sino que cuando se llegaban a referir a ellas era de manera normativa, para señalar lo que debía o no hacerse; por ejemplo, en el periodo del noviazgo o para establecer las reglas de los horarios de llegada y los permisos.

Me costó mucho trabajo enterarme de todo eso. Cuando me casé no sabía cómo era... me costó mucho trabajo. Estaba muy enamorada, pero pensaba que todo era estar juntos y me gustaba tenerlo cerca, pero nada más. Pasó más de un mes para que sintiera algo. Al principio fue difícil enterarse de cómo era, yo nada más quería estar cerca de él, lo quiero mucho, pero no me imaginaba que era así, y al principio ni me gustaba mucho lo demás (Trinidad).

En general, las mujeres entrevistadas no recibieron información sobre sexualidad en casa, además les inculcaron que era un tema al que acompañaba la vergüenza. No deja de llamar la atención que cuando se refieren a su pareja siempre le dicen “esposo”, estén casadas o no. En sus narrativas, las relaciones sexuales son permitidas dentro del matrimonio, es decir, puede hablarse de tener sexo con su esposo, incluyendo a las jóvenes que tienen una práctica temprana y previa al matrimonio.

Ese concepto lo tengo bien grabado, pues desde que no podíamos darle ni siquiera un beso al novio, o sea, ya de ahí menos, lo demás. Siempre nos tenía presente que todo eso era motivo de vergüenza, mi mamá nunca platicaba nada del sexo delante de los chicos, ni de los otros. Cuando me embaracé, cuando iba a nacer la primer hija, me decían los doctores: “Y ¿por qué tan grande, por qué no había tenido hijos?” Y yo les contestaba: “¡Ah, porque no me había casado!” Y antes hasta que se casaba uno (podía) tener relación y ahora yo veo que para conocerse mejor, criterio de cada quien, muy respetable también, pero yo veo que no tienen mucha vergüenza las muchachas y no tienen mucho pudor tampoco, así se me figura, no sé si para ellas sí será más fácil el pánico (Trinidad).

Las mujeres mayores de cuarenta y cinco años manifestaron su preocupación de que los jóvenes pudieran tener una vida sexual más activa al tener más información sobre sexualidad. Consideran que darla implica “darles ideas” (véase el [cuadro 28](#)). Quieren que sus hijas estén preparadas porque en la actualidad es necesario que sepan cómo protegerse, situación contraria a lo que les enseñaron a ellas, en la que el cuidado se entendía como un mayor tiempo de silencio para “proteger la ingenuidad”. En las narrativas se expresa el dilema de qué tanto decir a sus hijos respecto a la sexualidad y el cuerpo, y cuándo hacerlo; por un lado se quiere hablar del tema, pero por el otro, temen fomentar un adelanto de su sexualidad activa.

Hay actores sociales y medios que participan en este proceso que antes no eran reconocidos ni existían, como la televisión o la escuela, y que en las narrativas analizadas son bien aceptados. Aurora ve bien que la educación sexual comience en la primaria; Trinidad no está tan segura; las menores de treinta y cinco años piensan que la información de la escuela fue insuficiente. De cualquier manera, la información que antes dependía totalmente de la familia ahora involucra a otros medios, y permite la descarga de la responsabilidad de enseñar “esas cosas”, para las que no necesariamente se sienten preparadas.

De procesos de socialización en los que el silencio y el control familiar y social eran mayores se pasa a uno donde se propone informar para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Rosa señala que el silencio fomenta lo que quiere evitarse, es decir, genera menor confianza, además se vincula con la vergüenza de que otros vean el cuerpo e inhibe cuestionamientos sobre temas que se consideran morbosos.

Cuadro 28. Socialización de la sexualidad en el entorno familiar

Grupos	Nombre	Información	Fuente
Grupo 1 (16-25)	Yolanda	Ninguna	
	Hortensia	Sí	Materna
	Beatriz	Ninguna	
	Penélope	Ninguna	
Grupo 2 (26-45)	Emilia	Ninguna	
	Gabriela	Sí	Hermana
	Rosa	Ninguna	
	María Eugenia	Ninguna	
Grupo 3 (46 y más)	Aurora	Ninguna	
	Trinidad	Ninguna	
	Remedios	Ninguna	

Fuente: elaboración propia con información de las entrevistas realizadas en 2002.

Yo creo que, más bien eso me lo inculcó mi abuela, en la inseguridad hacia preguntar de eso, porque sí afecta que otra persona te trasmite. ¿Por qué no quiere que pregunte? ¿Por qué mi abuela no quiere que pregunte? ¿Por qué me regaña? O decía: “¡Te voy a dar un tapaboca si sigues preguntando!” Entonces ya entra el morbo: a ver, ¿por qué? Y se dan las pláticas entre chamacas, oye, ¡te están creciendo los bustos!, y los detalles que va sacando uno, pero sí, yo creo que hasta la misma familia o hasta las mismas hermanas hacen que te empiece a dar pena, vergüenza de hablar, de preguntar más (Rosa).

Las menores de cuarenta y cinco años, Emilia, Penélope, Rosa y Yolanda, no quieren repetir con sus hijos su experiencia de silencio o castigo respecto a la sexualidad y reproducción. Mientras que las mayores de treinta y cinco años reconocen que no hablar no garantiza que no se enteren, ni la seguridad de sus hijos; pero al mismo tiempo temen que al estar informados se fomente una práctica sexual temprana. Las mujeres mayores de cuarenta y cinco años de edad saben que sus hijos y nietos tienen más información al respecto, lo que no deja de sorprenderlas y confrontarlas con su experiencia.

Mi mamá me enseñó que el cuerpo es como un templo, algo sagrado que tenía que cuidar, porque adentro está el alma que es del Espíritu Santo y me enseñó a tener mucho pudor, a no tocarme y a no nombrar ciertas partes del cuerpo... Tengo una hermana que sí lo hace pero siempre sacando cura, no diciéndolo en serio... Por eso, eso de que lo anden a uno viendo se siente muy feo; en la prueba del cáncer le dicen a uno que se acomode como cuando va a tener un hijo, y así se acomoda uno en la cama, pero se siente uno muy mal, cuando estás en esa posición (Trinidad).

En este grupo de edad se presenta con mayor fuerza el señalamiento de que la vergüenza llega a ser una dificultad relacionada directamente con el espaciamiento del papanicolaou.

*Los temores relacionados con la prueba:
un vínculo ambivalente con la práctica de detección*

En este apartado se señala una ambivalencia presente en los temores generados por la detección oportuna y el cáncer cervical, y sus efectos en la práctica del papanicolaou.

Ambivalencia

Los temores que provoca el papanicolaou, relacionados con la posibilidad de que se diagnostique una enfermedad mortal y dolorosa, generan prácticas que en apariencia implicarían sentidos opuestos, es decir, pueden retrasarla cuando no se quiere conocer su existencia, o pueden propiciarla, por el deseo de identificarla a tiempo y apresurar el tratamiento.

Las narraciones de las mujeres evocan sentimientos asociados con otras prácticas de diagnóstico, como la prueba del sida. En ocasiones el temor es tan grande que se prefiere no saber, o bien, el temor y riesgo es tal que se acelera la búsqueda de diagnóstico. Aurora describió que durante muchos años el temor a los resultados le impedía acudir, pero una vez que aparecieron síntomas similares a los de su madre, antes de la histerectomía, el temor la hizo ir después de su recuperación del legrado practicado en el IMSS.

Siempre todo el mundo me decía: “Hazte la prueba del papanicolaou, peor tú, pues, que no tienes esposo y todo eso”. Siempre era lo que me decían, pero yo tenía miedo que saliera algo malo... tenía miedo y vergüenza; primero tenía miedo de ir a que me hicieran la prueba y después de que me enfermé tenía miedo tener un cáncer y no saber, y el miedo que le da a uno es dejar a sus hijos solos, mayormente porque no tengo esposo. Que se queden solos me da miedo, ése era el miedo mío. Como ya no me mandaron decir nada, me siento más tranquila (Aurora).

El cáncer de mama hizo que Remedios volviera a acudir al centro a que le hicieran la prueba, luego de que a raíz de una mala experiencia dejara pasar entre diez y quince años.

Fui porque me lo recomendó el doctor y porque me dijeron mis amigas: “No vaya a ser que te resulte en otro lado”. Pues aquí las vecinas, que ve para allá y que no sé qué tanto, es muy necesario hacerse eso porque puede resultar en otra parte el cáncer, como en el vientre (Remedios).

Una vez que enfrentó el diagnóstico y la posibilidad de que el cáncer “saliera” en otros lugares, el temor la hizo acudir en dos ocasiones posteriores. De la misma manera, María Eugenia ha acudido cada cuatro meses a hacerse el papanicolaou, a partir de un diagnóstico de infección que relacionó con la posibilidad de desarrollar cáncer, lo que generó una práctica frecuente para verificar si se había curado.

La palabra *cáncer* es igual a muerte y a infección. Por eso hay que revisarnos constantemente. En el IMSS nunca me han revisado las mamas, y sí en el George Papanicolaou... Hacernos la prueba del cáncer ayuda y el revisarnos constantemente ayuda a que no lo tengamos, pero luego uno no sabe, porque la mamá de una amiga del trabajo se revisaba, se atendía y sin embargo tiene la enfermedad... Cuando escucho información en la radio sobre la prueba, lo que más se me queda es sobre las consecuencias, porque yo le tengo mucho miedo a que se muera de cáncer uno, a las consecuencias (María Eugenia).

Sin embargo, el miedo al resultado y a la posibilidad de muerte retrasa la prueba en otros casos, pero no se trata de que el temor juegue un papel causal, siempre en una dirección, ni que sea unívoco. Más bien parece estar entretelado con otras dificultades como la falta de apoyo de sus redes sociales, periodos de embarazos en

los que se sugiere esperar, problemas vinculados al maternazgo y la identificación de la posibilidad de riesgo a enfermar, así como la utilidad de la prueba.

Rosa, al igual que Beatriz, ha dejado pasar más de cuatro años sin acudir al papanicolaou después de su primera prueba. Entre embarazos, separación, trabajo y nueva relación de pareja, su práctica se ha distanciado más de lo recomendado. La primera vez que acudió fue por el temor que le generó una úlcera.

Cuando uno va a la prueba piensa uno, ¡Dios guardel, que un cáncer, que esas cosas no se dejan y como traigo el dispositivo. En una ocasión cuando me quité el dispositivo me dijo el doctor que me había hecho una úlcera, y me asusté muchísimo, porque así es el cáncer. Pero no, gracias a Dios no fue nada malo y me dijo que estaba muy bien, que estaba bien. Siempre da miedo, ¿no? Siempre da miedo y pena... Para mí, cáncer, la palabra *cáncer*, es muerte si no te lo atiendes a tiempo, pero si te lo atiendes, pues lógico que con la gracia de Dios, ¿no?, y que tú estés pendiente de tu salud. Pero para mí, la palabra *cáncer* ya cuando es avanzado, ya como quiera que sea cáncer en las mamas, cáncer en la parte de uno, o sea donde quiera, ya es de preocuparse, porque me imagino que la persona que lo tiene sufre mucho, como mi nana (Rosa).

La ambivalencia de las prácticas remite a la difusión del Programa de Detección Oportuna de Cáncer, que utiliza el argumento de fortalecer el miedo en las mujeres, sin considerar que la estrategia puede generar, por el contrario, el “efecto no deseado de la acción” en términos de un retraso en la detección oportuna.

El temor a perder la pareja y la maternidad

Entre las mujeres jóvenes, el significado de perder la matriz se agudiza por la posibilidad de no tener hijos, principalmente en mujeres que no tienen pareja.

Eso pienso, es cierto, yo sí quisiera volver a encontrarme a alguien. ¿Y quién me va a querer si no puedo ya tener hijos? Porque yo se lo diría, no se lo ocultaría. Y si me quiere así, está bien, pero si no, que es lo más probable, porque así es, ni modo, no se lo ocultaría, pero ¿quién te va a querer así? Por eso me lo quiero ir a hacer, pero digo y digo y no he ido (Emilia).

La posibilidad de un diagnóstico positivo y una histerectomía no solamente implica la pérdida de un órgano, sino que se relaciona con la maternidad y la posibilidad de consolidar una nueva relación y una nueva familia después de su divorcio. Emilia, Rosa y Penélope expresan que en las relaciones de pareja tener hijos es algo muy importante y de ahí también su temor. Además, Rosa, Emilia y María Eugenia señalaron su preocupación de que las relaciones sexuales cambien cuando se pierde la matriz, es decir, que se pierda “la satisfacción” de sus parejas.

Para Emilia, la representación de un cuerpo sin útero es la de “un vacío, un hueco”, que se asocia claramente con la representación construida históricamente alrededor del género femenino, la sexualidad y la maternidad como parte de las relaciones de pareja deseables (Lagarde 1990, 107). Ser esposas y madres se considera parte de la identidad femenina y una histerectomía tiene entonces implicaciones sociales importantes para una mujer separada y joven como ella.

Cuando te quitan la matriz tiene consecuencias, porque ya no es la misma. Las relaciones se van terminando porque si te sacan la matriz, el hombre pierde interés, porque así no hay satisfacción (María Eugenia).

En el mismo sentido que Emilia expresó la importancia de la maternidad en una relación de pareja, Rosa se refirió al vínculo que se establece cuando hay un hijo. Recordemos que ella tenía tres hijas de su primera pareja y que recientemente tuvo un hijo con su compañero actual.

Me volví a juntar ahora con él y estoy muy contenta. Ahora ya tenemos al niño, porque es importante para formar una familia, con mis hijas y ahora con él que es de los dos. No hubiera sido lo mismo si nos quedamos con mis hijas, no es igual (Rosa).

El vínculo entre las relaciones sexuales y la familia, que conlleva la crianza de hijos, preferentemente con quienes hay un nexo biológico, se encuentra en las narrativas de estas mujeres. El temor a los posibles resultados incluye el temor a la histerectomía como parte de los tratamientos del papanicolaou.

Temor al dolor y a lo desconocido

En las descripciones sobre los temores relacionados con el papanicolaou encontramos también el miedo a lo desconocido, es decir, el temor que genera no saber cómo es el procedimiento y qué tanto dolor o daño causará a la matriz, sobre todo cuando se trata de la primera vez.

Tenía miedo de hacerme el papanicolaou porque no sabía lo que iba a sentir. Realmente no sé decir cómo, en qué manera pensaba que me lo iban a hacer. Si me iban a hacer un raspado o algo que yo iba a sentir mal. Pero no, me sentí bien, no sentí ninguna molestia y hasta la fecha no he sentido ninguna molestia. Me decían mis vecinas: “¡Vete a hacer la prueba del cáncer! ¡Dios guarde tienes cáncer!”. Y yo no sabía de qué manera la hacían, pues muchos me decían: “¡Ay!, es muy doloroso”. Luego otras me decían: “No, es que no se siente nada”. Y en realidad es que no se siente nada (Aurora).

La información que se proporciona en medios de comunicación o en los mismos servicios de salud no incluye una descripción del procedimiento. Por lo general se pide a las mujeres que acudan argumentando que el cáncer es curable o que deben acudir para evitar la muerte, pero no se especifica cómo es la prueba.

Como mencionamos anteriormente, en la representación del papanicolaou hay un temor generado por el procedimiento y el dolor que puede implicar, sobre todo en quienes acuden por primera vez o no han acudido nunca. Entre las jóvenes, Hortensia y Yolanda hicieron referencia a ello.

Tengo una concuña que decía: “¡Ay!, es que duele mucho”, y a mí me daba miedo por eso. Y sí, te sientes incómoda, pero no te duele... Otra me decía: “¡Ay!, te quitan un trozo de la matriz o de tus partes, te raspan con algo” (Hortensia).

La información que comparten con sus familiares o amistades en algunos casos aumenta su preocupación sobre el dolor o el daño físico y al no contar con otro tipo de descripciones sobre el procedimiento, la representación sobre el mismo, a la par de otros factores, pueden generar temores que refuerzan su aplazamiento.

La “*desidia*” de acudir al papanicolaou

En este trabajo entendemos el término *desidia*, utilizado por las mujeres, como la carencia de prácticas de cuidado por falta de aplicación o inercia. El *Diccionario de la lengua española* (2005) la define como la “falta de cuidado al continuar una rutina”. Cuando las mujeres explican sus prácticas o el retraso de las mismas, en

ocasiones utilizan el término como explicación. Sin embargo, resulta poco esclarecedor y se requiere profundizar en los motivos relacionados con sus prácticas cotidianas y los contextos socioculturales de los que forman parte.

Las informantes utilizan la palabra con el sentido de dejar pasar los días, los meses —divididos por sus periodos menstruales—, porque la prueba genera una sensación de disgusto. Se refieren a distintos impedimentos ante los sentimientos que provoca hablar de ella o las modificaciones necesarias de sus rutinas, en términos de algo que no consideran indispensable o impostergable.

La desidia encubre otras representaciones o nociones que dificultan la práctica de detección oportuna, que tienen su punto de partida en la contrariedad o el desagrado.

Le sacamos... Uno pone todos los pretextos habidos y por haber para no ir. Eso también digo yo, y decimos es desidia pero es que no nos gusta (Trinidad).

En general, la prueba es un deber a cumplir cada año o cada seis meses; sin embargo, de las once entrevistadas sólo dos lo han hecho. La prueba del cáncer no es una práctica agradable, resulta más sencillo refugiarse en las rutinas y dejar pasar el tiempo por razones que siempre son de mayor importancia que el cuidado de la salud. Este comportamiento, que también se relaciona con la formación social de género, da prioridad a los otros integrantes que conforman el entorno familiar, antes que a la atención personal de quien tiene el rol materno.

Nos parece que la desidia no es en sí misma la explicación de la práctica o la falta de la misma, sino la expresión de una variedad de elementos culturales e individuales relacionados que se expresan en la vergüenza de mostrar el cuerpo, la falta de apoyos para el cuidado de los hijos, o bien los problemas de acceso a los servicios, sus experiencias en ellos, la información sobre la necesidad de la prueba, etcétera. Emilia señaló que “no es lo mismo ir al cine que ir a la prueba; no es algo que quieres hacer. Es algo que haces sola, no andas invitando”, de manera que fácilmente se deja para otro día.

Por desidia uno lo va dejando pasar, luego, como trabajaba en una guardería, aunque sí me daban permiso de salirme, pero siempre decía uno sí voy a ir, sí voy a ir y nada (Gabriela).

Cuando preguntamos sobre las dificultades para acudir al papanicolaou, la desidia sale a relucir como una primera explicación, pero siempre hay algo que la justifica o explica en sus narrativas posteriores. Es entonces cuando se expresan otros sentimientos, sus rutinas y condiciones en su vida cotidiana o laboral. Gabriela habló de la dificultad de dejar a su hijo en la guardería en la que trabajaba mientras iba a la prueba, y Rosa describió sus dificultades laborales.

Mi mamá sí va. Hace tiempo me preguntó: “Oye, ¿no te has ido a hacer la prueba del cáncer?”. Le dije que no, “estoy esperando no sé qué”. Es desidia. Por ejemplo, hoy es mi día de descanso. ¿Por qué no fui en la mañana o en el otro descanso? Ya para el otro descanso ando reglando y voy a esperar que se me corte y los días que dan para ir, como una semana, y después voy a ir. Siempre hay algo o quiero descansar, porque trabajo todos los días, también fin de semana... Y es que la desidia nos da porque viene con la pena, con la pena de que vas a ir, te quita las ganas. Por ejemplo (digo): mañana me voy a levantar temprano y me voy a ir, y ya en la mañana, ¡ay no, mejor no! Mejor voy a esperar otro día de descanso, pero ¿por qué? Porque se acompaña con la pena (Rosa).

La desidia siempre se acompañó de algo más, vergüenza, dificultad para el acceso al servicio, para modificar las rutinas laborales, otras prioridades a atender de otros integrantes de la familia, pero finalmente expresa la dificultad de atenderse, de dedicarse un tiempo que no se justifica como emergencia y que en ocasiones va siendo aplazado.

Entre algunas informantes existe la consideración de que no es la falta de información lo que provoca las dificultades para la práctica, sino la desidia como expresión de una práctica no deseada. Como relata Yolanda, “dejas pasar los días”, que se convierten en meses, al considerar los requisitos solicitados.

No es falta de información, yo fui al curso, pero me da no sé qué ir, por desidia, porque no quiero ir. Le saca uno y pone todos los pretextos habidos y por haber para no ir, y pues decimos es desidia, pero es que no nos gusta, es algo de necesidad, pero no nos gusta ir, no queremos ir (Trinidad).

No, pues no sé, le digo como desidia así de “no, hoy sí, ya” según yo ya no transcurría el día y los días así, otro día así más o menos, y otra vez, ocho días, más o menos, diez días y cuarenta y ocho horas sin tener relaciones (Yolanda).

La desidia expresa la falta de deseo, la poca disposición relacionada con la práctica de detección oportuna de cáncer, que tiene en sí misma una variedad de explicaciones culturales y sociales, las cuales van desde las representaciones sobre la intimidad del cuerpo hasta las representaciones y prácticas burocráticas en los servicios médicos.

Utilizar la palabra *desidia*, por otro lado, implica asumir la responsabilidad en términos de culpa por no acudir a la prueba, pero quedarse en esta explicación es llegar a un nivel de superficialidad que esconde otros factores. Se trata de una práctica que se encuentra en el límite del cuidado a la salud y atención a la enfermedad, porque su objetivo es detectarla a tiempo. Los estudios reportan una práctica preventiva limitada; en términos genéricos, las mujeres son las cuidadoras de la salud y enfermedad de otras personas pero no necesariamente de la propia (Szasz 1999). Aun cuando el mismo uso de los servicios médicos las acerca a las instituciones de salud y les permite conocer los programas preventivos, la asistencia al papanicolaou es una práctica que las obliga a acudir de manera específica considerando los cuidados que son solicitados.

En relación con la frecuencia de las prácticas de papanicolaou, encontramos que cuando se acude de manera subsecuente, sobre todo de manera regular, el peso de la vergüenza disminuye como argumento para no acudir. Además, dos mujeres del G1 (Hortensia y Penélope) y dos del G2 (Emilia y Gabriela) mencionaron que la vergüenza no es un problema, pero sí el temor a ser lastimadas, al resultado y a los tratamientos; mientras que las mujeres del G3 expresaron que una de sus principales dificultades sí está relacionada con este sentimiento.

La necesidad de acudir a la prueba

Como se vio en el capítulo anterior, las mujeres hicieron referencia a tres características presentes en quienes tienen mayor posibilidad de enfermar de cáncer cervical, en resumen son: tener una edad superior a los cuarenta años, múltiples compañeros sexuales y muchos hijos, sin diferenciar partos vía vaginal o cesárea. En este apartado nos interesa resaltar que la noción de necesidad se relaciona con la urgencia o postergación de la prueba por considerarse a sí mismas mujeres en riesgo, que requieren acudir a la prueba.

En general, las entrevistadas coinciden en que las mujeres de más de treinta y cinco o cuarenta años tienen mayor riesgo de enfermar de cáncer cervical, lo que disminuye la urgencia de hacerse la prueba si no se

ha llegado a estas edades. Mientras que las mujeres mayores de esta edad identificaron el riesgo como algo cercano a ellas.

Las mujeres de los dos primeros grupos de edad hablan de este tema por alguna experiencia cercana a la enfermedad o a resultados positivos, como es el caso de Beatriz, cuya experiencia motivó que se comentara entre amistades y familia, o en el caso de María Eugenia y Penélope que lo compartieron con sus compañeras de trabajo. Una vez más descubrimos que las representaciones no son estáticas, se modifican a partir de experiencias o a través de procesos de confianza y relaciones con personal médico, paramédico, o bien con narraciones que otras personas comparten con ellas.

Quando me hablas del papanicolaou no siento algo desagradable, ni me da miedo el dolor, no me he dado el tiempo, no le doy importancia. Como que creemos que a uno no le puede pasar nunca. Con decirte que ese tema preferimos no tocarlo, porque pensamos que nos sugestionamos. No nos gusta hablar de eso, pero no lo vemos tan real, la verdad, no lo vemos real, no tenemos edad para que nos pase eso. Nunca nos pasa por la cabeza, preferimos hablar de otras cosas más importantes, entre comillas, porque según para nosotros no es tema importante, porque eso es para las mujeres ya mayores, como de cuarenta para arriba (Emilia).

Sin embargo, entre las mujeres de los G1 y G2, cuando la prueba no se considera urgente sino secundaria y se prefiere no hablar del tema entre jóvenes, se fortalece la postergación de la búsqueda del servicio de detección oportuna y la noción de que la enfermedad es un problema restringido a mujeres mayores.

Rosa recordó que hace más de diez años, durante las pláticas a embarazadas en un hospital de la Secretaría de Salud, las enfermeras repitieron varias veces que se hicieran la prueba. En su narrativa señala que la necesidad de acudir a la prueba tiene que ver con las relaciones sexuales y la utilización del dispositivo, y que esta información la recibió del personal de salud que la atendió.

La primera vez me dijeron del papanicolaou en el Materno (de la SSA) durante las pláticas de embarazadas. Nos dijeron que después de que nos aliviáramos, después de la dieta, hay que hacerse la prueba del cáncer, pero eso fue hace muchos años... después cuando tienes relaciones... Pues sí me acuerdo lo que dijo la enfermera, que para prevenir, y que es una enfermedad que todos la tenemos y que a unos se nos desarrolla y a otros no. Sí, a unos se nos desarrolla y a otros no, pero tenemos que prevenir, estar cada año o cada tres años. Me acuerdo que me dijo (que) cada año me tenía que checar el dispositivo, que cada mes primero, luego cada seis meses, y ya después me dijo: “Tienes que checarte, más cuando traes el dispositivo, hacerte la prueba del papanicolaou”(Rosa).

En cuanto al DIU, las narrativas de Beatriz, Emilia, María Eugenia y Rosa hablan del daño que pudiera causar un instrumento ajeno a su cuerpo, considerado no natural, y que puede perjudicar su salud de formas diferentes. Desarrollar cáncer es una posibilidad; quienes utilizan el dispositivo deben revisarse con mayor frecuencia y tener una práctica de detección oportuna constante.

El inicio de relaciones sexuales a edad temprana y las personas que nunca se han hecho la prueba fueron las características de quienes tienen mayor necesidad de hacerse el papanicolaou porque son más propensas a enfermar.

Las mujeres que empiezan a tener relaciones a muy temprana edad y las que nunca se lo han hecho, que ya están muy mayores, más de cuarenta (Yolanda).

Como describimos en el apartado anterior, Yolanda vio en dos ocasiones un programa de televisión (“Mujer, casos de la vida real”), en el que se representó a una mujer contagiada con el virus del papiloma humano. Dos entrevistadas más recordaron el programa y dijeron que el virus era un tipo muy fuerte, que no se quitaba fácilmente, y que estaba relacionado con el cáncer.

Las representaciones sociales sobre las relaciones sexuales incluyen explicaciones contradictorias en relación con su ausencia o frecuencia y su vínculo con el cáncer. Una mujer señaló que no tenerlas también trae consecuencias asociadas con el cáncer y una más mencionó que no existía relación alguna.

La necesidad de hacerse la prueba se asocia principalmente con las relaciones sexuales activas, ya que contribuyen a desarrollar el cáncer por “las enfermedades que te pueden pasar los hombres”. Lo anterior fue apuntado en los registros etnográficos por diez de las once mujeres, y señalan que su ausencia puede vincularse con una disminución del riesgo a enfermar.

Finalmente, enumeramos brevemente los apoyos mencionados para acudir al papanicolaou: 1) si bien las mujeres tienen una representación negativa de la atención, al mismo tiempo coinciden que el Seguro “es muy necesario” porque no tienen los recursos económicos para atenderse en una institución privada, y de otra manera no pueden pagar tratamientos caros que impliquen cirugías de alto costo, como el parto; 2) en los servicios médicos del IMSS pueden encontrar especialistas con experiencia y bien calificados, que son los mismos que atienden en consulta privada, y a los que acuden dentro y fuera de la institución, sobre todo en el servicio de ginecología; 3) las mujeres utilizan sus redes familiares y de apoyo que laboran en la institución para obtener una mejor atención y disminuir el tiempo de los trámites; 4) las mujeres encuentran mayor o menor apoyo en sus parejas, familias o redes sociales para el traslado y/o cuidado de los hijos; 5) en ocasiones sus lugares de trabajo proporcionan facilidades para acudir a la prueba; 6) encuentran favorable para su práctica que otras mujeres atiendan el servicio de Medicina Preventiva; 7) les da confianza que el material utilizado sea desechable.

Cuando algún familiar labora en la institución existe la posibilidad de obtener asesoría para escoger personal más calificado para realizar la prueba. Este factor hizo posible que en otros casos se aceleraran trámites para intervenciones quirúrgicas o cambio de consultorio, o bien estar acompañadas durante procesos de recuperación. Las mujeres que hicieron referencia a esta relación fueron Emilia, Gabriela y Remedios, quienes cuentan con familiares más o menos cercanas, hermanas, sobrinas o cuñadas que de alguna forma les abrieron las puertas o facilitaron los trámites.

Para comprender la práctica de detección oportuna de las entrevistadas, es necesario concebirla como un entramado complejo y multifactorial en el que participan elementos variados que van desde las condiciones de vida y los servicios médicos, hasta las formas en que se operativiza el PDOCC, las representaciones sobre la necesidad de la prueba, la información y el imaginario sobre ésta, los cambios en las prácticas de socialización del cuerpo y las subjetividades que conlleva.

En resumen, la prueba del cáncer es en primer lugar una forma de saber si se tiene una enfermedad temida, pero además se relaciona con diagnósticos de enfermedades vaginales. Por lo general, las mujeres desean que otras mujeres tomen la muestra, que estén capacitadas de manera adecuada, pero además esperan que generen un ambiente de confianza en el que exista privacidad y la posibilidad de expresar sus dudas.

Las mujeres señalaron que conocer los instrumentos, acompañados de una explicación sobre su uso, reducía el temor. Desde el punto de vista de esta investigación, la sesión en que se hicieron los dibujos constituyó un encuentro en el que surgieron temas nuevos como la descripción del cuerpo y el lugar de la toma. Además, surgieron relaciones que propiciaron hablar de temas vinculados con sexualidad y reproducción.

Por último, la prueba se acompaña de sentimientos negativos. En sus encuentros con personal médico, las mujeres reportan que obtienen indicaciones o invitaciones para acudir, en lugar de explicaciones. No les ofrecen un espacio donde se hable con mayor detenimiento de la prueba, su importancia, lo que se logra con ella, y los diagnósticos y tratamientos que pueden encontrar.

VII.

SABERES LEGOS: SÍNTESIS Y REFLEXIONES FINALES

*Como actores sociales, todos los seres humanos son en alto grado “expertos”
en atención al saber que poseen y aplican
en la producción y reproducción de encuentros sociales cotidianos: el grueso de ese
saber es de carácter más práctico que teórico.*

GIDDENS 1998, 56

El objetivo principal de la investigación fue describir y analizar los saberes del papanicolaou y el cáncer cervical de mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la ciudad de Hermosillo, Sonora, así como examinar sus posibles vínculos con la práctica institucional en los servicios médicos de primer nivel de atención. El análisis incluyó el estudio de las relaciones entre el personal de la institución —específicamente el personal de enfermería— y las mujeres, para determinar sus implicaciones y repercusiones en la construcción de los saberes de las usuarias cuando acuden a solicitar información sobre la prueba de Papanicolaou.

Aun cuando hay información abundante sobre el cáncer cervical desde abordajes epidemiológicos, se requieren estudios que afronten la problemática desde la perspectiva de las ciencias sociales, que permitan reconstruir y analizar los puntos de vista de las personas involucradas en las prácticas de detección oportuna, así como sus relaciones y situaciones en contextos socioculturales específicos.

Cuando hablamos del saber de las mujeres sobre la detección oportuna de cáncer cervical no nos referimos exclusivamente a la información biomédica que pueden o no tener. El estudio de los saberes es mucho más complejo, alude a la búsqueda del sentido y significado que esta práctica adquiere para las mujeres de una sociedad y cultura específica. En las explicaciones sobre sus prácticas, las mujeres hicieron referencia a dificultades que pertenecen al ámbito social y cultural, así como a los apoyos para acudir al servicio médico, entre los que se encuentran sus redes familiares o de amistad.

Reconstruir las representaciones y prácticas de DOC cervical comprende el análisis de nociones sobre la prevención y detección del cáncer, la reconstrucción de sus prácticas precedentes, sus vivencias e imágenes sobre el procedimiento y, en general, lo que comparten entre sus redes sociales.

El marco conceptual del que partimos es el abordaje de la antropología médica de Menéndez, del cual se retoma la categoría de saberes, entendida como un nivel de abstracción mayor que a su vez comprende las nociones de representaciones sociales y prácticas, así como la relación entre ambas (Menéndez y Di Pardo 1996, 47-69). En consecuencia, el abordaje metodológico tuvo como eje el trabajo etnográfico que se inició con la observación de las prácticas de las mujeres y del personal paramédico que implementa el PDOCC y que continuó con la reconstrucción de las representaciones de las informantes, sobre su práctica del papanicolaou.

El estudio etnográfico comprendió el acompañamiento cotidiano del trabajo de detección oportuna de cáncer cervical, realizado por personal de enfermería en dos Unidades de Medicina Familiar (UMF) de la ciudad de Hermosillo. Durante este tiempo se llevó a cabo una encuesta a mujeres que solicitan la prueba en Medicina Preventiva (MP), y las asistentes médicas de Medicina Familiar (MF) aplicaron un formato para localizar a quienes nunca se hubieran practicado la prueba o que acudieron con una periodicidad mayor de tres años. Finalmente, se seleccionaron once informantes que entrevistamos posteriormente en sus hogares.

Las narrativas sobre sus prácticas de detección oportuna o sus razones para no haber acudido a la prueba fueron la materia prima para analizar sus representaciones. Para examinar las prácticas en sí mismas escogimos el estudio de sombra, durante el cual registramos ochenta encuentros entre enfermeras y mujeres y seleccionamos a las informantes que serían entrevistadas en sus hogares. Los saberes de las mujeres, por lo tanto, son una reconstrucción que hace la autora con los datos etnográficos sobre el significado y sentido que comparten las informantes. Los datos que arroja el cuestionario permitieron conocer un contexto más general y superficial de estos saberes.

Para reconstruir diversas prácticas del papanicolaou, un primer paso incluyó la delimitación de los criterios de selección de las mujeres que serían entrevistadas en sus hogares. Para ello, construimos una tipología de la frecuencia de la práctica, observada en quienes acuden a la UMF, y los criterios recomendados en la normatividad vigente. Definimos entonces cuatro tipos de prácticas: nulas, de primera vez, subsecuente-esporádica y subsecuente-regular.

Además del criterio de frecuencia de DOC, incluimos un segundo indicador que permitiera identificar mujeres que tuvieran condiciones familiares distintas en términos de lo que otros autores han trabajado como ciclos o etapas de vida familiar; con esto se pretendió considerar posibles diferencias en sus saberes, en condiciones diversas. Escogimos la variable edad y dividimos en tres grupos a las informantes: el G1 de mujeres más jóvenes, entre dieciséis y veinticinco años de edad; el G2, en el que ubicamos mujeres de mediana edad, entre veintiséis y cuarenta y cinco años; y el G3 con las mujeres de mayor edad, de cuarenta y seis y más años. Estos grupos permitían abordar mujeres en una diversidad de situaciones, en relación con lo que se conoce como ciclos de vida —entendidos como procesos que no son unidireccionales— y que en este trabajo permitieron identificar a quienes están formando sus familias, mujeres con hijos mayores de seis años y aquellas que tienen hijos mayores de edad e incluso nietos.

Los criterios de clasificación de la frecuencia de la práctica difieren de los que utilizan los servicios médicos. En ellos se define como práctica de primera vez la que se realiza, como su nombre lo indica, por primera ocasión, pero bajo esta categoría también se incluye a las prácticas de quienes acuden con un espaciamiento mayor de tres años, desde el último papanicolaou. Consideramos este tipo de práctica como subsecuente esporádica debido a que es importante identificar las dificultades y apoyos que expliquen su espaciamiento prolongado.

Para analizar la vida cotidiana institucional en las dos UMF, se reconstruyeron las prácticas del personal de enfermería y se compararon las diferencias entre las dos unidades, así como sus posibles repercusiones en los saberes legos de las usuarias del servicio de Medicina Preventiva (MP). Además de la descripción y análisis de las rutinas, se estudiaron las relaciones entre enfermeras y mujeres y sus posibles implicaciones en la construcción de los saberes legos.

SABERES LEGOS DE LAS MUJERES SOBRE LA DOC CERVICAL

La primera interrogante de investigación fue conocer los saberes de las mujeres sobre la prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en una población urbana que tiene acceso a servicios médicos del IMSS y que es usuaria activa de éstos.

Los resultados de los estudios sobre las prácticas de mujeres mexicanas (Lazcano et al. 2000) indican que una premisa fundamental para acudir a la DOC cervical es el conocimiento de la existencia y utilidad de la prueba. En este sentido, la totalidad de las mujeres que participaron en el estudio conocen su existencia, y no hay diferencias entre las entrevistadas en los hogares y quienes contestaron el cuestionario en las UMF.

Los servicios médicos son la fuente de información principal sobre la prueba; el trabajo de promoción de las instituciones de salud suele ser de primera importancia para que las mujeres inicien sus prácticas de DOC. Las mujeres que participaron en la investigación se enteraron de ella, en primer lugar, en el primer nivel de atención del IMSS, y en segundo lugar, en la Secretaría de Salud. Sin embargo, el cuestionario señala que 24 por ciento se enteró por sus familiares, lo cual habla de una práctica que después de casi cuarenta años se va integrando a las prácticas de cuidado familiar. Pero el proceso ha sido muy lento y las instituciones de salud siguen siendo el lugar privilegiado en el que las mujeres se enteran de su necesidad.

Entre las informantes del G1 hay quienes se enteraron cuando algún integrante de sus redes familiares habló con ellas al iniciar su vida de pareja; mientras que las mujeres del G3 señalaron que en su entorno familiar no se compartía ni se sabía de la prueba, y sus madres no asumieron como parte de la socialización familiar transmitir la práctica como una forma de cuidado a la salud.

Las mujeres de la familia juegan un papel fundamental en el proceso de construcción de representaciones y prácticas. No siempre es la madre de familia quien proporciona este tipo de información, sino que los temas considerados de intimidad —porque aluden de manera más o menos directa a su sexualidad y/o a su salud reproductiva— se hablan con las hermanas o cuñadas.

La educación formal también juega un papel muy importante en la construcción social de los saberes sobre la detección oportuna, ya que de manera indirecta facilita una mayor información del funcionamiento de su aparato reproductivo y de los procesos de reproducción, lo que abre la posibilidad de una mayor cercanía al discurso biomédico que encuentran en las instituciones de salud. Si bien entre las informantes no se abordó el tema del cáncer cervical en las escuelas, sí encontramos que las más jóvenes recibieron información sobre infecciones de transmisión sexual, sobre todo del sida, y de la necesidad de acudir a las instituciones de salud para su atención.

Entre las mujeres de dieciséis a cuarenta y cinco años de edad, pero de manera más clara entre las más jóvenes, la práctica de detección oportuna de cáncer cervical se encuentra más integrada a sus nociones de cuidado a la salud que entre las mujeres del G3. Entre las primeras, las prácticas de detección oportuna, cuando las hubo, se hicieron sin que estuvieran presentes síntomas de alguna enfermedad que les preocupara, mientras que las mujeres de los G2 y G3 iniciaron sus prácticas cuando presentaron sintomatología. Es decir, pareciera haber indicios de cambios entre las mujeres de menor edad que implicarían la “normalización” de esta práctica, esto es, se va considerando algo necesario para el cuidado de la salud, mientras que entre las mujeres de mayor edad la práctica se da en relación con síntomas de procesos de enfermedad.

La forma más común de referirse a la prueba de Papanicolaou es con la expresión “la prueba del cáncer”, lo que delimita de manera precisa la principal utilidad que encuentran en ella. La representación de la utilidad de esta práctica implica que las mujeres acuden para que el personal médico o paramédico diagnostique, en primer lugar, si tienen o no la enfermedad, y en caso de tenerla, si se está a tiempo de atenderse y evitar la muerte. Además, las mujeres han aprendido en las instituciones de salud que los resultados del papanicolaou pueden proporcionar otros diagnósticos de problemas provocados, desde su perspectiva, por infecciones que a su vez relacionan con prácticas de higiene deficientes, de ellas mismas o de sus parejas sexuales.

No podemos comprender del todo las prácticas del papanicolaou sin considerar las representaciones que las mujeres tienen sobre el cáncer en general y el cáncer cervicouterino en particular. La representación de la prueba de detección oportuna está impregnada de los temores que genera la representación del cáncer.

La representación del diagnóstico que pueden recibir incluye tres posibilidades: la primera, que es la más esperada, es un diagnóstico negativo a cáncer; la segunda es la detección oportuna, es decir que la enfermedad sea descubierta en su inicio, durante el cual se tiene la expectativa de recibir tratamientos que pueden dar una seguridad de curación relativa; y finalmente una tercera, el diagnóstico más temido, que es descubrir la enfermedad cuando ha avanzado y quedan pocas o nulas esperanzas de evitar la muerte.

En el caso del segundo diagnóstico, los tratamientos biomédicos que las informantes conocen son la quimioterapia, las radiaciones y la histerectomía; los alternativos fueron escasos y se limitaron al tratamiento herbolario de la elaboración de té de uña de gato y su consumo como agua de uso. Sin embargo, desde un punto de vista biomédico, el proceso de la historia natural del cáncer es más largo e implica tratamientos más diversos de los que señalan las mujeres.

En general, la representación del cáncer es la de una enfermedad que puede presentarse tiempo después de que se lleven a cabo los sucesos que la originan, los cuales son múltiples. Se distinguen causas distintas para cánceres que “salen” en el organismo, algunos son causados por traumatismos severos o, como en el caso de la matriz, por deterioro. La enfermedad del cáncer se representa como una planta que tiene muchas raíces, y de no ser eliminada en su totalidad, vuelve a crecer. La representación también incluye procesos de descomposición que se generalizan y que además son muy dolorosos, son imaginados como ulceraciones que “carcomen el cuerpo y lo queman por dentro”.

Como parte de la representación social del cáncer de la matriz, las informantes señalaron que quienes tienen mayor riesgo de enfermar son mujeres que iniciaron sus prácticas sexuales muy jovencitas o tuvieron muchos hijos (de cinco en adelante); quienes tuvieron abortos o problemas durante el parto y posparto, como dejar algo en el interior de la matriz; las mujeres que en su vida sexual han tenido varios compañeros, sobre todo las sexoservidoras, y también quienes tienen relaciones sexuales de manera muy frecuente sin importar que se tengan con una misma pareja sexual; las mujeres que no se atienden las infecciones o bien que nunca se han hecho un papanicolaou; y finalmente, mencionaron que la enfermedad está más presente en algunas familias y que la herencia también juega un papel importante.

La representación del riesgo de padecer cáncer se construye alrededor de un núcleo central: el deterioro de la matriz, que se relaciona con el desgaste del órgano por los embarazos, los partos, la falta de cuidado durante el posparto, el daño que pueden causar los dispositivos intrauterinos y especialmente los procesos infecciosos de transmisión sexual; sin embargo, no se diferencian tipos distintos, sino que se habla de infecciones en general. Las mujeres de menor edad mencionaron el virus del papiloma humano (VPH), descrito como una infección muy fuerte que es posible tratar por medio de medicamentos vaginales.

La relación entre la sexualidad y el riesgo a enfermar tiene que ver con la falta de cuidados higiénicos que atribuyen a sus parejas sexuales durante las relaciones, o por considerar que tienen relaciones con otras mujeres que transmiten las enfermedades. Esta noción médica de la enfermedad se resignifica en los saberes de las mujeres para encontrar un sentido que relacione sus nociones de procesos salud/enfermedad/atención con las explicaciones que encuentran en ámbitos médicos como las UMF. Los procesos infecciosos se consideran de un solo tipo, la diferencia entre virus y bacterias se relaciona con la fuerza que puede tener la enfermedad y con el diagnóstico que el médico asigna, pero las enfermedades que se transmiten sexualmente, desde los saberes legos, se caracterizan por ser contagiosas (“se pegan”).

Se espera que luego del contagio, la enfermedad se comporte como otras enfermedades infectocontagiosas. Las mujeres que hablaron del VPH entienden que existe un proceso similar que lo reduce a un proceso que no distingue variaciones o subtipos, sino que parte de un resultado que indica o no su presencia. Es por ello que los diagnósticos deben tratarse en todos los niveles de atención, especialmente entre médicos y pacientes, porque la relación entre el cáncer y el VPH posee matices diversos. Se trata de procesos complejos en los que factores diferentes tienen un peso para enfermar de cáncer. El personal de enfermería señaló que las mujeres sienten temor cuando sus resultados reportan la presencia de VPH.

La vinculación de la sexualidad con la enfermedad en ocasiones es contradictoria; la mayor parte de las informantes considera que el riesgo se encuentra en las infecciones que transmiten los hombres, y piensan que ya no es necesario acudir al papanicolaou cuando ya no se tiene una vida sexual activa. Sin embargo, algunas mujeres también mencionaron la posibilidad de que quienes no han ejercido su sexualidad o han dejado de tener una práctica activa tienen mayor riesgo de enfermar. Las informantes justifican esta última relación con base en experiencias de mujeres que no habían tenido relaciones sexuales y les diagnosticaron quistes en los ovarios. La noción de quiste se relaciona directamente con la posibilidad de tener cáncer.

El procedimiento del papanicolaou

El saber sobre el procedimiento de la prueba de DOC cervical comprende básicamente los procesos vivenciales de las mujeres. La mayoría considera que no se les proporcionó información clara sobre el procedimiento del papanicolaou y que aprendieron a partir de sus sensaciones durante su primera experiencia. En el G1 llama la atención que dos mujeres contaban con la descripción materna de la prueba, lo que no sucede en los otros grupos de edad. La representación varía entre quienes afirman que las enfermeras toman mucosidad que después se analiza en el laboratorio y quienes señalan que les quitan un pedazo de matriz.

La representación del lugar de la toma de la muestra, a partir de los dibujos, permite comprender el temor de presentar algún problema posterior a causa del procedimiento. Se observó que el lugar se ubica en el interior de la matriz, que los nombres anatómicos no siempre coinciden con la parte del cuerpo a la que se refiere el saber biomédico y que a pesar de utilizar nombres que corresponden a la anatomía, la parte nombrada se modifica. Por ejemplo, el útero y la matriz no necesariamente representan un mismo órgano y la palabra *útero* puede utilizarse para identificar otras partes del aparato reproductivo. El cuello puede comprender la parte externa de la matriz casi en su totalidad. El *cérvix* es un nombre que no significa nada preciso y el cuello no corresponde necesariamente al lugar específico al que se refieren médicos o enfermeras.

La información del cuestionario sobre el lugar de la muestra señala a la vagina y al cuello de la matriz como las opciones más frecuentes; sin embargo, después del análisis de las entrevistas en el hogar, apuntaríamos que no basta conocer los nombres para asegurar lo que las mujeres saben. El límite de la información que arroja el cuestionario en este sentido llevaría a suponer, posiblemente de manera errónea, que las mujeres se referían con estos términos a los mismos órganos y lugares anatómicos biomédicos.

El cuestionario permitió conocer las características generales de las mujeres y tener un primer acercamiento a temas como éste, pero respecto al tema del lugar del cuerpo existe una diferencia importante en el material de las entrevistas, en el que es posible profundizar y aclarar el significado o sentido de las mismas palabras.

Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1998, 209) señalan la importancia de analizar la construcción social del cuerpo sin reproducir la división cartesiana entre mente y cuerpo, asumiendo que se trata de algo simbólico y físico simultáneamente. El cuerpo se conforma por los aspectos de su naturaleza biológica y su construcción cultural, no como elementos opuestos, sino como un todo.

De acuerdo con ello, para lograr una mayor comprensión de las dificultades expresadas por las mujeres para acudir al papanicolaou, no basta identificar lo que saben respecto a la técnica y el lugar físico donde se realiza la prueba, sino considerar las significaciones subjetivas y culturales que tiene, es decir, las mujeres que identifican la muestra en el interior de la matriz la ubican en un órgano de gran importancia para el género femenino al ser el lugar donde se produce la gestación, y a partir de este proceso se construye culturalmente el vínculo entre maternidad y feminidad. La histerectomía es un tratamiento quirúrgico que tiene implicaciones importantes en el ámbito sociocultural, especialmente para mujeres viudas o divorciadas que piensan encontrar una nueva pareja. Ellas consideran que si pierden la matriz, sus expectativas de maternidad terminan y pierden la posibilidad de relacionarse con otros hombres; la representación compartida entre sus redes sociales consiste en formar una familia, y tener hijos es parte importante de la relación.

Además del temor al diagnóstico y tratamiento, la representación sobre el procedimiento del papanicolaou abarca la descripción de la vergüenza a mostrar partes del cuerpo que tienen una connotación sociocultural de intimidad. En los procesos de socialización primaria, las mujeres aprendieron a cuidar que otras personas, principalmente hombres, no observaran partes que en el ámbito familiar y social se relacionan con la sexualidad, principalmente los senos, glúteos y genitales. El hacerlo se considera una provocación o incitación a la sexualidad.

Entre las mujeres de mayor edad, el aprendizaje de cubrir su cuerpo fue riguroso; los padres normaban las prácticas del vestir de sus hijos y no permitían que entre hermanos conocieran su cuerpo. El silencio y la coerción física sobre la sexualidad y la reproducción era una práctica más común; incluso en algunas familias no se hacía evidente el embarazo. Las mujeres de este grupo aprendieron hablando o bromeando con sus amistades o hasta que vivieron con su pareja; por lo general se enteraron de la menstruación por experiencia propia y se habló poco de ella con sus familias. En las narrativas de sus dificultades para acudir al papanicolaou, la vergüenza de mostrar el cuerpo era un factor muy importante para aplazar la práctica.

En cambio, las mujeres de menor y mediana edad contaron con más información sobre reproducción en los espacios escolares, y sobre los cambios durante la adolescencia, en sus hogares. Las más jóvenes señalaron que si bien no es una práctica agradable (comparten la sensación de vergüenza con las otras mujeres), su retraso no se relaciona con el pudor o la vergüenza, sino con la valoración de que pueden aplazar la práctica porque no tienen una edad en la que se presente la enfermedad de manera frecuente. Cuando acuden a la prueba lo hacen por sugerencia del personal médico, por sugerencia materna o porque la experiencia de mujeres jóvenes las llevó a modificar la información sobre el inicio de la práctica de detección.

Lo anterior coincide con los resultados del estudio de Castro y Salazar (2001, 54), realizado en la ciudad de Hermosillo, en el que en una muestra representativa de mujeres del mismo nivel socioeconómico, 74.7 por ciento, no recibió información sobre relaciones sexuales a través de la familia. A 71 por ciento tampoco le proporcionaron educación sobre cómo se embarazan las mujeres y 49.8 por ciento no sabía lo que era la menstruación cuando pasaron por esa experiencia por primera vez.

Entre apoyos y dificultades para la práctica de la DOC cervical

Las principales dificultades para que las mujeres acudan a la prueba pertenecen a tres ámbitos distintos: el primero se refiere a sus condiciones de vida, el segundo a las subjetividades que acompañan a las representaciones de la prueba y el tercero a las instituciones de salud, en las cuales encontramos dificultades que corresponden a las condiciones y operatividad del programa.

En momentos de crisis, la atención de los problemas de salud de las mujeres se deja a un lado si no se considera urgente, es decir, si no se presenta sintomatología de gravedad como sangrados o dolor intenso. Las prácticas de DOC cervical se postergan con mayor facilidad para responder a necesidades de primer orden. El acceso a los servicios médicos se pierde en algunas situaciones, lo que complica aún más el seguimiento de procesos de detección.

Las mujeres que tienen hijos pequeños y no cuentan con el apoyo de sus redes familiares expresaron problemas para acudir al papanicolaou debido a su responsabilidad en el cuidado de los mismos, lo cual se sortea sin dificultad cuando se cuenta con el apoyo de su pareja o familiares mientras acuden a la UMF.

Los elementos subjetivos en las narrativas de las entrevistadas, y que son parte de la representación social de la práctica del papanicolaou, son la vergüenza, el miedo a los resultados, al dolor y a ser lastimadas. Estos sentimientos hacen más difícil la práctica y en general estimulan el retraso de la detección de cáncer cervical. Las mujeres de más edad mencionaron con mayor insistencia que este elemento era de gran peso en sus decisiones para acudir a la prueba. El miedo y la vergüenza se mencionaron con mayor frecuencia en el cuestionario cuando se preguntó cuáles eran las principales dificultades de sus amistades.

Las principales dificultades en los servicios de salud, presentes en la implementación del PDOCC cervical, tienen que ver con la solicitud de requisitos innecesarios que obstaculizan la práctica e implica buscar el momento propicio y/o negociarlo con la pareja para no tener relaciones sexuales veinticuatro o cuarenta y ocho horas antes, además de considerar siete días posteriores a la menstruación y acudir previo cuidado de la higiene corporal.

Lo que saben las mujeres sobre los requisitos fueron consistentes entre las once entrevistadas, en algunos casos se consideraba que los periodos eran mayores y las explicaciones de su necesidad se interpretaron como parte de la verificación de ingravidez, ya que se cree que la prueba pudiera ocasionar daños durante el embarazo.

La representación del embarazo como impedimento para la prueba resulta relevante porque junto con otras condiciones se convierte en un factor más que contribuye al aplazamiento de las prácticas de mujeres que tienen más de tres años sin acudir, con un parto intermedio. Mientras que en otros lugares del mundo la prueba de Papanicolaou es uno de los estudios de laboratorio solicitado para el control del embarazo, en nuestro país el personal médico y de enfermería prohíbe su práctica durante este tiempo.

Finalmente, las mujeres consideran que el IMSS carece de un espacio adecuado que propicie la privacidad necesaria para la prueba, la cual comprende que el personal de enfermería no entre durante la toma y que en caso de haber algún estudiante, se solicite su consentimiento para la observación; en el mismo sentido, se requiere de batas limpias en esta área de trabajo. La privacidad de la entrega de los resultados supone que no se realice en ventanilla o con la puerta del consultorio abierta. Además, las mujeres buscan personal con habilidades técnicas para tomar la muestra, que les dé confianza y propicie una relación de respeto y calidez. Una necesidad expresada es que las enfermeras y los médicos en consulta proporcionen información detallada y clara sobre la prueba, los resultados y los tratamientos a los que tienen acceso en la institución. Las mujeres que trabajan sugieren que sea posible acudir a detección oportuna en los servicios de emergencia que permanecen abiertos los fines de semana.

La representación de las informantes sobre la atención médica plantea una valoración más positiva de la práctica médica privada frente a la de los servicios del IMSS, y de una atención de médicos especialistas, más valorada que la de médicos familiares. Sin embargo, en el caso del papanicolaou, las entrevistas y el cuestionario arrojan matices en la información. En ambos, consideraron más importante que quienes tomaran la muestra fueran mujeres, incluso anteponiendo esta característica a su condición profesional.

La segunda pregunta de investigación fue conocer de qué manera se relacionan e influyen las rutinas institucionales del Programa de Promoción y DOC cervical en la construcción del saber sobre el cáncer y el papanicolaou. Para ello estudiamos las relaciones entre el personal de enfermería y las usuarias del servicio de Medicina Preventiva en dos UMF del IMSS.

Al inicio del trabajo suponíamos que esta relación era parte fundamental de la construcción de los saberes de las usuarias, ya que para más de la mitad de las encuestadas y la mayor parte de las entrevistadas en sus hogares la primera fuente de información fue en los servicios médicos.

La práctica de detección oportuna de cáncer cervical, como otras prácticas que implican la atención en servicios médicos, no se lleva a cabo siempre y de manera exclusiva en la institución que ofrece la derechohabencia, sino que también se realiza en espacios médicos privados y de la Secretaría de Salud. Entre los criterios para escoger el servicio se encuentran los costos, la distancia, la facilidad de acceso en transporte público, la atención de personal capacitado —de preferencia personal femenino—, la rapidez de entrega de los resultados, la valoración del respeto y la calidez de la relación con el personal de salud que toma la muestra, la sensación de dolor o molestia durante su última experiencia y la confianza en la calidad del trabajo.

En el IMSS, la práctica rutinaria y cotidiana del personal que lleva a cabo la toma de la citología en gran medida reproduce lo que aprendieron sobre la técnica en los cursos de inducción al puesto y en la convivencia diaria con sus compañeros o responsables de área. De esta manera, los cursos de actualización no siempre impactan en las prácticas de quienes llevan a cabo la prueba.

Los datos de cobertura de mujeres que acuden por primera vez dejan todavía mucho que desear en las instituciones públicas respecto a la meta planteada en el Programa Nacional de Salud, aun considerando que los criterios incluyen a quienes tienen esta práctica, pero con más de tres años de espaciamiento.

Los aspectos educativos del programa no forman parte de la rutina ni son responsabilidad del personal de enfermería, sino que se consideran actividades que se llevan a cabo en coordinación con el sector educativo fuera de la UMF. Durante el periodo del trabajo de campo, el personal de enfermería no participó en este tipo de difusión, ni lo juzgaron como parte de sus responsabilidades.

El diálogo entre el personal de enfermería y las mujeres durante la rutina del papanicolaou no proporciona información sobre las formas de prevención de la enfermedad considerando la totalidad de los factores de riesgo, lo único que se promociona es la toma de la muestra. Por ello no es de extrañar que las mujeres utilicen la palabra *prevención* para designar una práctica de detección oportuna.

La relación entre enfermeras y usuarias se lleva a cabo principalmente en el interior de las unidades y no se dirige a educar en términos de explicar y verificar la comprensión del procedimiento, su seguimiento y utilidad, sino más bien indica que “debe ser” parte del cuidado de la salud; su eficiencia se mide de acuerdo con el número de citologías, pero no hay forma de evaluar si la población comprende los alcances o se protege con prácticas alimentarias y/o en el ejercicio de su sexualidad.

Si bien el discurso biomédico sobre el cáncer cervical forma parte del discurso de las mujeres entrevistadas, no lo conocen con este nombre, es más común hablar del papanicolaou o hacer alusión al “cáncer de la matriz”. Para ellas es una práctica que permite cuidar su salud y detectar una enfermedad temida como el cáncer, buscar atención médica oportuna en caso de ser necesario, o una prueba de laboratorio que da seguimiento a procesos infecciosos.

En la transacción de la práctica médica de detección oportuna no solamente se reproducen nociones e indicaciones técnicas para que las mujeres acudan, sino que se entremezclan y reproducen las

representaciones de los trabajadores de salud respecto al papel que las mujeres desempeñan en sus familias, a la par que proporcionan indicaciones para la prueba.

Los encuentros entre el personal de enfermería y las mujeres reproducen relaciones jerárquicas que se han reportado en el vínculo médico/paciente; sin embargo, existen algunas variaciones. De entrada, mujeres y enfermeras saben que la profesión tiene menor rango jerárquico en la institución. Para lograr el control durante los encuentros, las enfermeras se valen de diferentes recursos, entre ellos destacan: el tono de voz, la utilización de diminutivos para referirse a las personas que atienden, interrumpir a las pacientes y llenar formatos, así como recurrir a lo que dicen los médicos, los directivos de la UMF y las normas y programas para respaldar sus indicaciones.

El personal de enfermería se caracteriza por el papel que desempeña en los cuidados durante los procesos de enfermedad (Fisher 1995). El mismo término se asocia con prácticas femeninas de cuidado de la salud y enfermedad que en nuestra cultura forman parte de las responsabilidades en el hogar. El rasgo fundamental de la profesión es precisamente encargarse de las prácticas de cuidado en las instituciones, bajo la supervisión de sus superiores y médicos en general.

Esta supervisión tiene variantes. El consultorio de Medicina Preventiva en la UMF A es un espacio bajo la supervisión general del director, que por lo general carece de la vigilancia continua de un médico. El espacio es un lugar en el que las enfermeras tienen mayores posibilidades de decidir cuál será la organización de su trabajo dentro de límites que son evaluados, tales como el número de papanicolaous realizados o de vacunas aplicadas.

En la UMF B hubo un control médico más directo en el área cuando llegó un epidemiólogo al espacio de Medicina Preventiva. Él estableció jerarquías distintas entre el personal médico y la dirección de la UMF a través del control de las actividades del área y sus aspectos a evaluar, y las actividades que vinculaban su trabajo con otros espacios laborales para promocionar los programas prioritarios, entre ellos el de DOC.

Las rutinas

En sus rutinas de DOC el personal de enfermería de las dos UMF organiza a las pacientes para que esperen su turno, toman sus datos y la muestra del papanicolaou, entregan la cartilla de la mujer y dan indicaciones para que regresen por sus resultados. La rutina del PDOCC en los consultorios de Medicina Familiar se compone de tres pasos principales, además del tiempo de espera: primero la enfermera revisa los requisitos y aplica el formulario que enviará al laboratorio; luego solicita a la mujer que entre al lugar de la toma y suba a la mesa de exploración, esta etapa de la rutina termina cuando la enfermera fija la muestra; y por último, está la despedida y el momento en que se dan las indicaciones para regresar por los resultados.

Durante la segunda parte de la rutina, para lograr la implementación del procedimiento técnico, las enfermeras emplean recursos que permitan a las mujeres relajarse lo suficiente para que se observe el cérvix y la toma sea de calidad. Por lo general utilizan recursos discursivos como “distractores”, o bien echan mano de la rapidez de la técnica. Los temas que utilizan por lo general aluden a los hijos, los partos o la planificación familiar; si las enfermeras logran que las mujeres piensen en otra cosa la toma transcurre con mayor facilidad. El arte del discurso que forma parte del procedimiento no se considera como tal; lo aprenden en su vida laboral de otras enfermeras y reproduce temáticas que identifican como propias del interés del género femenino. En estos diálogos las enfermeras no solamente logran que las mujeres se relajen para obtener una buena toma, sino que además generan el clima idóneo para hablar sobre la prueba con mayor confianza. Pero esto último no forma parte de la rutina y su utilidad se reduce a lograr la toma. Los aspectos educativos del programa no se consideran a pesar de que se genera una relación propicia.

Esta parte del procedimiento tan poco reconocida resulta muy importante porque durante ella se entrelazan las realidades del mundo biomédico con las de la vida cotidiana de los pacientes. Los médicos se percatan de esto; por ejemplo, en la UMF A se realizaban operaciones ambulatorias de hernias en el quirófano, ubicado al lado de la sala de emergencias. Los médicos integraron a su equipo un enfermero que era “muy bueno para distraer a los pacientes con su plática”, y de esta manera, durante los procedimientos, lograba tranquilizar a las personas y desviar su atención para hacer su trabajo quirúrgico.

Sin embargo, el objetivo de distraer a las personas de un evento como el papanicolaou, desagradable para las mujeres que lo solicitan, tiene la finalidad táctica de facilitar la técnica y se agota al lograr este objetivo. No consideran posible que este diálogo establezca la confianza necesaria para que las mujeres consulten sus dudas, conozcan la prueba y la importancia de la detección. Aunque no hay un tiempo límite entre cada prueba, las enfermeras se sienten presionadas por el número de personas que esperan recibir atención. Algunas modificaciones en la organización interna de los equipos de enfermería podrían incluir un espacio para dialogar brevemente.

El personal de enfermería conoce visualmente el interior del aparato reproductivo, mientras que las mujeres que acuden a la citología imaginan el lugar de la toma. En ocasiones, la representación puede generar mayor ansiedad cuando el procedimiento se ubica en el interior de la matriz. Una vez que se genera confianza, al terminar la prueba, sería posible aclarar brevemente el lugar de la toma y mostrar los instrumentos si la paciente lo permite.

Entre las mujeres que respondieron el cuestionario, 45 por ciento manifestó que nadie explicó el procedimiento. Su conocimiento se reduce a lo que sintieron durante la prueba y a la forma en que la enfermera se refirió a la toma; por ejemplo a través de expresiones como: “vas a sentir un piquetito” o “voy a abrir el espejo”.

La capacitación dirigida al personal de las UMF, especialmente de enfermería, se encamina a mejorar los aspectos técnicos para obtener una buena toma; sin embargo, estos esfuerzos no son suficientes y las capacitaciones tendrían que incluir elementos que mejoren la relación con las usuarias o que contribuyan a manejar la tensión durante la prueba, es decir, elementos que permitan sistematizar y mejorar lo que la práctica les ha enseñado en los espacios de primer nivel de atención.

La corta descripción del procedimiento se da de manera selectiva a quienes acuden por primera ocasión. Esto contrasta con la necesidad de contar con explicaciones más amplias con un lenguaje sencillo. Por lo general, el diálogo se limita a la indicación del procedimiento y a las fechas de entrega de resultados, y en algunas ocasiones se describen procesos infecciosos y/o se le canaliza con el médico.

Algunos integrantes del personal de enfermería consideran que mostrar con detenimiento los instrumentos antes de la prueba puede causar mayor temor y tensión. Las mujeres en sus hogares hablaron del miedo que genera no contar con información clara. Al finalizar las entrevistas se proporcionó un tríptico con la descripción básica de la prueba y preguntamos si deseaban conocer los instrumentos.

Diez de las once informantes consintieron en conocerlos: un espejo, un citobrush y una espátula de aire que se utilizaron durante el periodo de observación en la clínica. En estas sesiones las mujeres señalaron que imaginaban el citobrush más agresivo y que cuando la enfermera decía que sentirían un piquetito pensaban en algún instrumento cortante que relacionaban con el espejo. Si bien conocer el instrumental médico genera cierta sensación de disgusto, las diez mujeres señalaron que después de ver las láminas y los instrumentos, la prueba parecía más sencilla y menos agresiva de lo que imaginaban.

En esta investigación se encontraron una serie de limitaciones cotidianas en el IMSS para ampliar el trabajo de detección oportuna fuera de las UMF. Ninguna de las dos unidades contaba con formas de registro que agilizaran la identificación de los expedientes de las personas, de acuerdo con su práctica de DOC, ni se podía dirigir acciones hacia mujeres con características de mayor riesgo. Tampoco existe una coordinación

interinstitucional que permita conocer la práctica de mujeres que acuden a otros centros de salud, a hacerse la prueba o atenderse cuando presentan algún diagnóstico positivo.

La estrategia básica de promoción y detección se concentra en lo que pueden hacer en el ámbito de las UMF, promoviendo el programa en las salas de espera. Durante el periodo de observación en una de ellas se llevó el servicio de DOC a las instalaciones de una maquiladora, a solicitud de la misma; mientras que en la otra unidad se gestionó la atención de mujeres de algunos centros de trabajo por medio de un epidemiólogo. De manera que, previo aviso, durante dos días acudieron mujeres de una maquiladora para atenderse en los diversos programas que ofrece Medicina Preventiva, entre ellos el de DOC.

La organización del programa

La observación de la práctica cotidiana en dos UMF de la misma institución permitió cotejar diferencias entre dos estrategias que aparentemente siguen un mismo protocolo, cuyas prácticas cotidianas implican diferencias importantes: a) Especialización: esta unidad se caracteriza por la dedicación y especialización del personal que labora en Medicina Preventiva, casi exclusivamente en la toma de la citología; y b) Integral: caracterizada por una distribución más homogénea de tareas entre programas, con rotación de las actividades de los programas principales, y mayor integración de los programas preventivos.

Las dos estrategias presentan ventajas y desventajas para las usuarias de los servicios. La primera permite una práctica más rápida que acorta los tiempos de espera y satisface a las mujeres. Además, la práctica ha facilitado que el personal de enfermería desarrolle habilidades para utilizar el instrumental, en ocasiones en condiciones no propicias por los tamaños del espejo, de manera que la toma es rápida y los márgenes de error por el procedimiento se encuentran dentro de los estándares nacionales. En general, las mujeres consideran positiva la rapidez del procedimiento porque aligera la espera y las condiciones de la toma. En la interlocución con el personal de enfermería, no obstante, no se realiza una revisión integral de las prácticas de vacunación por medio de la cartilla de la mujer.

La segunda estrategia implica tiempos de espera más prolongados y la práctica de personal de enfermería con habilidades técnicas distintas para la toma de la citología. A cambio, las mujeres reciben una atención más integral que incluye ofrecer las vacunas disponibles. De esta forma, la diferencia en la duración de la prueba en la UMF A indica que es el doble del que tienen las mujeres en la UMF B. La etnografía permitió identificar la organización de las prácticas laborales y las rutinas que se relacionan con ello, y las entrevistas en los hogares corroboran que la rapidez es una característica positiva.

La organización de las UMF implica diferencias en los tiempos de espera de las mujeres y su captación a varios programas, pero ninguna de las dos contempla estrategias educativas dirigidas a asegurar una detección informada y oportuna que garantice su continuidad posteriormente.

Principales dificultades durante la toma

Una de las dificultades más importantes y recurrentes para que el personal de enfermería obtuviera la muestra, y también para las mujeres, fue el manejo del estrés. Desde el punto de vista técnico, la fuerza que hacen con sus piernas no permite la introducción adecuada del espejo para observar el cérvix.

Cuando iniciamos la investigación suponíamos que la utilización de espejos vaginales desechables sería en cualquier sentido positivo porque generaría confianza entre las usuarias. Sin embargo, en la práctica cotidiana observamos problemas que sería necesario considerar para contar con las dos opciones de instrumentos: los desechables y los que son de tamaños diversos y pueden adaptarse a las distintas formas del cuerpo. El personal de enfermería desarrolla habilidades para lidiar con las desventajas que

acarrea la compra de un solo tamaño (el mediano) para reducir costos, pero contar con instrumental disponible ahorraría la molestia de enviar por un espejo a otros lugares de la UMF mientras las mujeres se encuentran en la mesa de exploración. Otra desventaja es que el personal considera mejor opción la utilización de espejos desechables, a tal punto que la limpieza de los espejos metálicos no forma parte de su rutina de trabajo. Uno de los días de observación, el personal de enfermería aconsejó a las mujeres acudir a otra UMF porque en ese momento no tenían instrumentos desechables, sin dar la opción de realizarlo con espejos metálicos. Las mujeres prefieren que les tomen la muestra con un espejo desechable porque desconfían de la limpieza de los metálicos. Durante la prueba, la tensión y el uso de espejos inadecuados provocaron que las dificultades aumentaran.

La relación enfermera-usuaria durante el papanicolaou se vincula con los saberes de las mujeres sobre esta prueba. En la UMF A, un requisito para la toma exige tener “entre veinticuatro y cuarenta y ocho horas sin relaciones sexuales, siete días posteriores al inicio de la menstruación, no utilizar medicamentos vaginales, y su baño diario”. Las mujeres que acudieron a la UMF B cuidaron cubrir requisitos solicitados en otros espacios médicos cuando iniciaron sus prácticas de detección oportuna. Las indicaciones permanecen no sólo entre el personal de enfermería, sino en las representaciones y prácticas de las mujeres.

Durante la toma de la muestra del papanicolaou las enfermeras suelen compartir con las mujeres apreciaciones sobre lo que ven, en ocasiones para sugerir la búsqueda de atención médica de algún proceso infeccioso y para que no dejen pasar un mes sin recibir tratamiento mientras les entregan sus resultados. También describen si “el cuello está limpiecito” o “no se ve nada anormal”. Las mujeres aprenden a partir de sus descripciones cómo se encuentra esta parte interna y desconocida de su cuerpo y las expresiones de limpieza o infección, salud/problema, se vuelven sinónimo de salud o enfermedad.

La recomendación de no realizarse la prueba durante el embarazo fomenta, junto con otros elementos socioculturales, su espaciamiento, pero sobre todo no aporta elementos para tomar una decisión informada. El argumento médico es que las mujeres piensan que puede generar problemas, y la difusión de las indicaciones refuerza esta idea.

La relación enfermera-usuaria juega un papel importante no solamente en la construcción de las representaciones y prácticas de quienes asisten a la UMF, sino de quienes pertenecen a sus grupos de amistades o familiares, en los que se comparte su parecer sobre el servicio médico. Es por ello que las narraciones sobre sus prácticas tienen un efecto multiplicador de temas como los requisitos, los horarios de trabajo y la evaluación de la atención.

Este trabajo coincide con la recomendación de Lazcano et al. (2000, 177) de involucrar a mujeres en riesgo, y a sus parejas, en la promoción del PDOCC, considerando sus sentimientos y apreciaciones subjetivas, las cuales juegan un papel decisivo para participar en el programa. Como los autores mencionados, sabemos que los aspectos subjetivos no son los únicos determinantes de las prácticas de DOC cervical. Las investigaciones sobre la temática (Lazcano et al. 1996; Organización Panamericana de la Salud 2004a) dejan claro que las mujeres que viven en condiciones de pobreza, habitan en zonas rurales y no cuentan con seguridad social son las más desprotegidas y con mayor posibilidad de morir por cáncer cervical. Entendemos que los elementos subjetivos se insertan en condiciones de vida que pueden jugar un papel determinante en las prácticas de detección oportuna y el acceso a servicios de calidad.

La práctica de detección oportuna de cáncer cervical es una práctica biomédica que las mujeres entrevistadas consideran necesaria, íntima y molesta. Los aspectos subjetivos de la representación de la prueba incluyen principalmente la vergüenza, el miedo al dolor y al diagnóstico de cáncer.

Finalmente, la recomendación de una práctica trianual no forma parte de las representaciones sobre el papanicolaou. Las mujeres consideran que una práctica que se realiza cada dos años no tiene un espaciamiento adecuado y pone en riesgo su salud; sin embargo, siguen las indicaciones médicas porque así lo

recomendaron. El personal de enfermería señala que cuando quisieron implementar los cambios, las mujeres se quejaron con el director, pero en general ellas mismas dudan sobre la pertinencia de que la prueba se recomiende cada tres años.

Reflexiones finales

Uno de los aspectos metodológicos que nos parece importante recuperar es la última sesión de las entrevistas, en la cual mostramos material didáctico y el instrumental a las mujeres que lo quisieron. La intención de este encuentro era compartir información que pudiera apoyar sus prácticas, como un gesto de reciprocidad por su tiempo.

A la luz de la relevancia de la información generada en las primeras sesiones, se incluyeron algunos temas durante las entrevistas, como dibujar el lugar del cuerpo donde se lleva a cabo la prueba. Las sesiones consistieron en una breve exposición por parte de la investigadora sobre el cáncer cervical y el papanicolaou, utilizando material educativo y un tríptico informativo elaborado para que ellas se quedaran con él. Posteriormente o durante la misma sesión, la mujer expresaba sus dudas y se proporcionaron los instrumentos para que los tocaran y conocieran. Aun cuando se hicieron preguntas para ver de qué manera se comprendía el material, estas sesiones no habían sido consideradas parte de las entrevistas. Tampoco fueron grabadas, pero su registro en las notas de campo abre la posibilidad de incluirlas en investigaciones futuras con un papel diferente, donde la relación investigadora-informante forme parte de la reconstrucción de las representaciones y prácticas de algún proceso de salud/enfermedad/atención.

Por otro lado, la utilización del cuestionario proporcionó material que permitió describir y ubicar a la población con la que trabajamos en términos de derechohabiencia, algunos temas como la frecuencia del papanicolaou, así como el registro de los tiempos de duración de la prueba, y de manera muy limitada, las impresiones de las usuarias sobre los servicios en las UMF. El instrumento se ajustó a los tiempos y rutinas en extensión y a la distribución de las preguntas, pero si comparamos el tipo de respuestas obtenidas con las respuestas de las entrevistas, encontramos temas en los que las respuestas se acercan más al “deber ser”. Por ejemplo, cuando preguntamos a las mujeres que respondieron la encuesta por qué acudían en esa ocasión al papanicolaou, la mayoría dijo ir “porque ya le tocaba”. Sin embargo, al menos cuatro entrevistadas describieron síntomas o preocupaciones relacionadas con cambios en su menstruación, que a su vez se vincularon con procesos infecciosos que no abordaron en el primer encuentro en la UMF. De manera que si interpretáramos solamente las respuestas del cuestionario señalaríamos que la mayor parte acude a la prueba para cuidar su salud, sin que medie indicación médica o sintomatología. Esto parece dudoso ante las incongruencias generadas por la dificultad de hablar de temas considerados íntimos, en un contexto en el que no hay privacidad ni confianza.

Los datos del cuestionario, por otro lado, resultaron complementarios en temas en los que no están presentes la intimidad y falta de privacidad. Por ejemplo, en las preguntas abiertas se pidió que describieran el cáncer; sus respuestas coinciden y complementan en términos numéricos con lo que las informantes respondieron y ampliaron.

Como se señaló antes, en el cuestionario solicitamos que describieran el lugar del cuerpo donde se toma la muestra. Las mujeres se refirieron al cuello de la matriz o a la vagina, pero este tipo de información fue ubicada con mayor precisión en las entrevistas, ya que solicitamos que la ubicaran en un dibujo que cuidadosamente verificamos con ellas. En este momento nos percatamos de que la misma palabra se utilizaba con sentidos diversos.

El análisis de la relación enfermera-mujer tiene particularidades interesantes en la detección oportuna de cáncer, porque los análisis de la relación médico-paciente se refieren al estudio de relaciones entre médicos,

con mayor o menor especialización, y personas enfermas que recurren a los servicios en busca de atención. El papanicolaou es un examen que se envía al laboratorio, al que acuden personas en diversas situaciones de salud, pero por lo general sanas. De manera general, el personal de enfermería se encuentra sujeto a la misma lógica que el personal médico con los pacientes; sin embargo, la posición de las enfermeras frente a los usuarios del servicio es de menor jerarquía. La negociación de su posición les resulta más difícil.

Los estudiosos de la relación médico-paciente señalan que el personal de enfermería reproduce las mismas relaciones jerárquicas con las personas que atiende; consideramos que en general esto es así. Sin embargo, las variaciones que se presentan merecen señalarse y vale la pena continuar explorándolas. Sus condiciones de subordinación respecto al personal médico están presentes no sólo en el ámbito de las instituciones de salud, sino que forman parte de las representaciones de las mujeres. Éstas consideran a la enfermera la puerta de entrada a los servicios médicos y suponen que una buena relación con ellas garantiza mejores cuidados cuando permanezcan hospitalizadas. En el caso de MP este tipo de relaciones se reproduce cuando las mujeres llevan “detalles” (regalos) para tener una buena relación.

Posiblemente la visión de personal de enfermería femenino, de menor jerarquía y vinculado a la práctica de los procedimientos técnicos, explique por qué las mujeres prefieren ser atendidas por enfermeras durante la detección oportuna de cáncer cervical y no por personal de medicina familiar.

Pensamos que algunos temas a investigar deben incluir una comparación entre estos dos tipos de relaciones, pero sobre todo sería interesante hacerlo desde el consultorio de Medicina Preventiva, ya que comparten un espacio, cuentan con un consultorio para trabajar y tienen una relación cotidiana con los usuarios. Sin embargo, estos espacios se ajustan a las necesidades de los médicos. Además, las enfermeras no tratan con personas enfermas necesariamente, tampoco cuentan con el trabajo de las asistentes médicas, sino que ellas tienen que asumir la organización y acceso de la consulta. A la par, su situación socioeconómica no es muy distinta de la de las personas que utilizan el servicio y tienen que negociar su autoridad con mayores dificultades frente a los usuarios.

Otro tema importante es la relación que se establece en este programa entre las instituciones y el personal que lo implementa a nivel intersectorial, considerando especialmente la relación entre el PDOCC y vacunación. En la literatura consultada encontramos sugerencias para vincular estos programas, pero desconocemos sus implicaciones. Para ello tendría que realizarse un estudio con personal de salud que analice las posibilidades de su implementación.

Finalmente, nos parece importante recordar que las mujeres sugieren mejorar la privacidad de la prueba, la calidad y calidez de la relación que se establece con el personal de enfermería, y sobre todo que a partir de estos encuentros se abra algún espacio de educación para la salud, que explique la importancia y los alcances de la detección oportuna del cáncer cervical.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerson, Kelly, Joanne Pohl y Lisa Kane Low. 2008. Personal Influencing Factors Associated with Pap Smear Testing and Cervical Cancer. *Policy, Politics & Nursing Practice* 9 (1): 50-60.
- Alatorre, W. E. 1998. Las mujeres y el derecho a la salud. *Revista Mexicana de Justicia* (4): 51-56.
- Alexander, Jeffrey. 1994. *Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial. Análisis multidimensional*. España: Gedisa.
- _____, B. Giesen, R. Münch y N. J. Smelser (compiladores). 1992. *El vínculo micro-macro*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- y Bernhard Giesen. 1994. De la reducción a la vinculación: La visión a largo plazo del debate micro-macro. En *El vínculo micro-macro*, compilado por Jeffrey Alexander, Bernhard Giesen, Richard Münch y Neil J. Smelser, 9-58. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Álvarez Alva, Rafael. 1991. *Salud pública y medicina preventiva*. México: El Manual Moderno.
- Álvarez, Gerardo. 2005. *Salud reproductiva en Sonora, 1990-2000: perfil epidemiológico y retos para su atención*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). 2007. Pruebas durante el embarazo. http://www.acog.org/publications/patient_education/sp133.cfm (julio de 2007).
- Anderson, Steven M. 2002. Human Papillomavirus and Cervical Cancer. *Clinical Microbiology Newsletter* 24 (15): 113-118.
- Anderson, T. W. y D. Helm. 1982. El encuentro médico-paciente: Un proceso de negociación de la realidad. En *Pacientes, médicos y enfermedades*, compilado por G. Jaco, 427-446. México: IMSS.
- Arillo Santillán, Edna, Eduardo César Lazcano Ponce, Merce Peris, Eduardo Salazar Martínez, Jorge Salmerón Castro y Patricia Alonso de Ruiz. 2000. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención de cáncer cervical. Alternativas de educación médica. *Salud Pública de México* 42 (1): 34-47.

- Arriaga, Eduardo E. 1999. Principales causas de muerte en América Latina: Tendencias en años recientes y posibilidades futuras. En *Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina*, coordinado por Kenneth Hill, José B. Morelos y Rebeca Wong, 543-570. México: El Colegio de México, Johns Hopkins University.
- Asada, Yukiko y Thomas Hedemann. 2002. A Problem with the Individual Approach in the who Health Inequality Measurement. *International Journal for Equity in Health* 1 (2). <http://www.equityhealthj.com> (diciembre de 2001).
- Asociación Médica Estadounidense [American Medical Association]. 1998. Informed Consent. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4608.html> (marzo de 2006).
- Ballesté, Mercedes y Ana María Hernández. 1996. *La salud sexual y reproductiva. Reflexiones de SIPAM sobre una experiencia de atención a mujeres con perspectiva de género* (Cuaderno de trabajo no. 1). México: GIMTRAP.
- Belmartino, Susana, Carlos Bloch, Irene Luppi y Marta Schapira. 1992. *Mujer y servicios de salud. Una perspectiva crítica*. Argentina: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
- Berger, Peter y Thomas Luckmann. 1970. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortú.
- Bishop, Amie, Jacqueline Sherris, Vivien Davis Tsu y Maggie Kilbourne-Brook. 1996. El tratamiento de la displasia cervicouterina: Aspectos clave para países en desarrollo. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 121 (6): 567-576.
- Bloom, Samuel W. y Robert N. Wilson. 1996. Relaciones entre médicos y pacientes. En *Ética y salud reproductiva*, compilado por Gloria Careaga Pérez, Juan Guillermo Figueroa Perea y María Consuelo Mejía Piñeros, 211-257. México: Porrúa, UNAM, PUEG.
- Blumer, Herbert. 1982. *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora.
- Bobadilla, J. 1997. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medios y bajos. En *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*, compilado por J. Frenk, 255-274. México: Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud).
- Boltanski, Luc. 1977. *Descubrimiento de la enfermedad. Medicina popular y medicina científica. Relación médico-paciente y distancia social*. Argentina: Ciencia Nueva.
- Bonino, Donatella. 1979. *El compañero médico. Por una nueva relación médico-paciente*. México: Nueva Imagen.
- Borrego Verdín, Gilberto. 2001. Experiencias del Instituto Mexicano del Seguro Social en la implementación de una cultura de calidad. Ponencia presentada en la Reunión Anual del Colegio de Profesionales en Salud Pública del Estado de Sonora, A. C., Hermosillo.

- Bourdieu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron. 2004. *El oficio de sociólogo*. Argentina: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre y Loïc J. D. Wacquant. 1995. *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Braun, Virginia y Nicola Gavey. 1999. 'Bad Girls' and 'Good Girls'? Sexuality and Cervical Cancer. *Women's Studies International Forum* 22 (2): 203-213.
- Brenes Berho, Víctor M. y Alicia Mesa Bribiesca. 1998. *Marco jurídico del consentimiento informado*. México: Population Council, INOPAL.
- Bronfman, Mario, Sergio López Moreno y Blanca Rico Galindo. 1998. Servicios de salud y salud de la mujer en el contexto de la globalización. *región y sociedad* IX (16): 3-46.
- Bronfman, Mario, Roberto Castro, Elena Zúñiga Herrera, Carlos Miranda y Jorge Oviedo. 1997a. Del 'cuánto' al 'por qué': La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 39 (5): 442-450.
- _____. 1997b. 'Hacemos lo que podemos': Los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México* 39 (6): 546-552.
- Bronfman, Mario, Susana Lerner y Rodolfo Tuirán. 1984. En *Consecuencias socioeconómicas del cambio en la mortalidad en las sociedades agrarias*. México: El Colegio de México.
- Bruner, Edward M. 1986. Experience and its Expressions. En *The Anthropology of Experience*, editado por Victor y Bruner Edward M. Turner, 3-29. Illinois: University of Illinois.
- Bury, Michael. 1982. Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness* 4 (2): 167-182.
- Butler, Patricia A. 2004. Cervical Cancer Prevention: Screening Still the Only Option. *Progress in Reproductive Health Research* (65): 8.
- Camberos C., Mario. 1994. La pobreza en Sonora: Los límites de la modernización. *Estudios sociales. Revista de investigación del noroeste* 5 (9): 168-193.
- Campero-Cueca, L. 1990. Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: El caso de Oaxaca, México. *Salud Pública de México* 32 (2): 192-204.
- Campos, Roberto (compilador). 1992. *La antropología médica en México*. México: UAM, Instituto Mora.
- Cardaci, Dora. 1999. Promoción de la salud: ¿Cambio cultural o nueva retórica? En *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, coordinado por Mario Bronfman y Roberto Castro, 403-414. México: Edamex.

- Cardona, Jorge Arturo. 1998. Plan de acción para la vigilancia, prevención, tratamiento y control del cáncer cérvico uterino en el IMSS. En *Cáncer cérvico uterino*, editado por María del Carmen Elu, 77-87. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Careaga Pérez, Gloria y Elsa S. Guevara Ruiseñor. 1998. Género y cáncer cérvico uterino en México. En *Cáncer cérvico uterino*, editado por María del Carmen Elu, 25-32. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Carrillo, F. L. M. 2002. *La responsabilidad profesional del médico*. México: Porrúa.
- Cartwright, Elizabeth. 2003. *Espacios de enfermedad y sanación. Los amuzgos de Oaxaca. Entre la sierra sur y los campos agrícolas de Sonora*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- _____, Gilda Salazar y María del Carmen Castro. 2004. 'Soy muy mujer'. Percepciones del cáncer cervicouterino en mujeres mayores: Hermosillo, Sonora y Tucson, Arizona. En *Compartiendo historias de fronteras. Cuerpos géneros, generaciones y salud*, editado por Catalina A. Denman, Janice Monk y Norma Ojeda de la Peña, 181-209. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Castañeda, Carmen. 1988. Teorías, métodos y fuentes en las investigaciones de historia. En *La región histórica*, editado por Linda Greenow, Richard B. Lindley, Ramón María Serrera y Eric Van Young, 21-40. Caracas: Tropykos.
- Castañeda Íñiguez, Maura Sara, Rebeca Toledo Cisneros y Mario Aguilera Delgadillo. 1998. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud Pública de México* 40 (4): 330-338.
- Castro, Luque, Ana Lucía. 2000. Los números tienen la palabra. En *Sonora 2000 a debate. Problemas y soluciones, riesgos y oportunidades*, compilado por Ignacio Almada Bay, 559-586. México: Cal y Arena, El Colegio de Sonora.
- Castro, María del Carmen y Gilda Salazar. 2001. *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino: Un estudio en Hermosillo, Sonora*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- _____. 2000. *Salud reproductiva en Sonora: un estudio exploratorio*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- _____. 1998. Una aproximación a la salud reproductiva en Sonora. En *Informe interno de trabajo. Programa Salud y Sociedad*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Castro, Roberto. 2000. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- _____. 1993. *The Meaning of Health and Illness: Social Order and Subjectivity in Ocuilco*. Toronto: Graduate Department of Community Health, University of Toronto.

- _____ y Mario Bronfman. 1999. Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. En *Salud, cambio social y política: Perspectivas desde América Latina*, coordinado por Mario Bronfman y Roberto Castro, 49-64. México: Edamex, Instituto Nacional de Salud Pública.
- _____. 1998. Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión. En *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, compilado por Juan Guillermo Figueroa Perea, 205-238. México: El Colegio de México.
- _____. 1995. Investigación cualitativa en salud y reproducción. El caso de Ocuituco. En *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*, editado por Gustavo Nigenda y Ana Langer, 53-68. México: INSP.
- Castro Vásquez, María del Carmen. 1998. Salud reproductiva en Sonora: De la mirada estadística a la voz de las mujeres. En *La modernización contradictoria*, compilado por María del Refugio Palacios Esquer, Rosario Román Pérez y José A. Vera Noriega, 399-413. Guadalajara: ciad, Universidad de Guadalajara, Instituto Tecnológico de Sonora, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Semarnap.
- _____. s.f. De la información a la práctica: La prueba del papanicolaou y el cáncer cervicouterino en Hermosillo. Inédito.
- Cervantes, A., R. Cook, Juan Guillermo Figueroa Perea, S. L. Isacs, L. Lamas, R. Macklin, R. N. Wilson, A. E. Pérez Duarte, N. A. Sánchez V., S. Sherwin y Samuel W. Bloom. 1998. Declaración de propuestas éticas: Mesa redonda sobre ética, población y salud reproductiva como preparación para la conferencia internacional sobre población y desarrollo 1994. En *Ética y salud reproductiva*, compilado por Gloria Careaga Pérez, Juan Guillermo Figueroa Perea y María Consuelo Mejía Piñeros, 199-209. México: Porrúa, UNAM.
- Chartier, Roger. 1995. *El mundo como representación. Historia cultural: entre práctica y representación*. Barcelona: Gedisa.
- Cisneros, María Teresa. 1998. Situación actual: Panorama del cáncer cérvico uterino en México. En *Cáncer cérvico uterino*, editado por María del Carmen Elu, 33-38. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- _____. 1994. Mortalidad por cáncer en la edad reproductiva. En *Maternidad sin riesgos*, editado por M. C. Elú y A. Langer, 99-105. México: IMES.
- Clarke, E. A. y T. W. Anderson. 1996. Does Screening by 'Pap' Smears Help Prevent Cervical Cancer? A Case-Control Study. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 121 (6): 611.
- Cleary, Paul y Susan Edgman-Levitan. 1997. Health Care Quality. Incorporating Consumer Perspectives. *JAMA* 278 (19): 1608-1612.

- Clifford, Reginald A. 1998. Análisis semántico basado en imágenes: Un enfoque etnometodológico. En *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*, coordinado por Jesús Galindo, 385-431. México: Addison Wesley-Parson.
- Coffey, Amanda y Paul Atkinson. 2003. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Comelles, Joseph M. y Enrique Perdiguero (editores). 2000a. *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- _____. 2000b. Introducción. En *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*, editado por Enrique Perdiguero y Joseph M. Comelles, 21-32. Barcelona: Bellaterra.
- Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. 2003. *Frontera saludable 2010. Una agenda para mejorar la salud en la frontera México-Estados Unidos*. www.saludfronteriza.org (febrero de 2003).
- Comisión Fronteriza de Salud. 2003. *Frontera Saludable 2010*. El Paso. http://www.borderhealth.org/es/frontera_saludable_2010.php?curr=programas (abril de 2004).
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED]. 2004. *Consentimiento válidamente informado*. México: CONAMED.
- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. 2005. Sonora: Indicadores demográficos, 1990-2030. <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores/26.xls> (diciembre de 2004).
- _____. 2000. Sistema de seguimiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar.
- Consejo, Carolina y Carlos Viesca. 2005. Ética y poder: formación de residentes e internos. *Revista Médica del IMSS* 43 (1): 1-3.
- Cook, Rebeca. 1994. *La salud de la mujer y los derechos humanos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Corona Vázquez, Rodolfo. 1991. Principales características demográficas de la zona fronteriza del norte de México. *Frontera Norte* 3 (5): 141-156.
- Correa, Sonia y Rosalind Petchesky. 2001. Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, coordinado por Juan Guillermo Figueroa, 99-135. México: Porrúa, Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM.
- Cortés, Fernando, Daniel Hernández, Enrique Hernández, Miguel Székely y Hadid Vera. 2004. Evolución y características de la pobreza en México en la última década del siglo XX. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2002/10.pdf> (septiembre de 2004).

- Csordas, Thomas J. (editor). 2000. *Embodiment and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cuesta-Benjumea, Carmen de la. 1999. Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección. *Salud Pública de México* 41 (2): 124-129.
- Cuzick, J., P. Sasieni, J. Adams, C. Normand, A. Frater, M. Van Ballegooien y E. Van den Akker-van Marle. 2000. A Systematic Review of the Role of Human Papilloma Virus (HPV) Testing within a Cervical Screening Programme: Summary and Conclusions. *British Journal of Cancer* 83 (5): 561-565.
- Dachs, J. Norberto W., Marcela Ferrer, Carmen Elix Flores, Aluisio J. D. Barros, Rory Narváez y Martín Valdivia. 2002. Inequalities in Health in Latin America and the Caribbean: Descriptive and Exploratory Results for Self-Reported Health Problems and Health Care in Twelve Countries. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11 (5/6): 335-355.
- Davis, F. 1968. Professional Socialization as Subjective Experience: The Process of Doctrinal Conversion among Student Nurses. En *Institutions and the Person*, editado por H. S. Becker, B. Geer, D. Riesman y R. S. Weiss, 235-251. Chicago: Aldine.
- DelVecchio Good, Mary-Jo y Byron J. Good. 2000. Clinical Narratives and the Study of Contemporary Doctor-Patient Relationships. En *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*, editado por Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick y Susan C. Scrimshaw, 243-258. Londres: Sage.
- Denman, Catalina A., Janice Monk y Norma Ojeda de la Peña (editoras). 2004. *Compartiendo historias de fronteras: cuerpos, géneros, generaciones y salud*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Denman, Catalina A., Jill Guernsey De Zapien, Kathryn Coe, José Luis Navarro Enza, Anne Guiliano, Jennifer Stephan, Luis S. Ortega, Bogomil Djambazov, Elena Méndez Brown de Gálvez, Eva Moncada y Kenneth Hatch. 1999. The Problem of Invasive Cervical Cancer along the US-México Border: Planning and Implementation of a Bi-national Research Project. *Women & Cancer* 1 (5): 45-50.
- Denzin, Norman. 1992. The Conversation. *Symbolic Interaction* 15 (2): 135-150.
- _____ e Yvonna S. Lincon. 1989. Entering the Field of Qualitative Research. En *The Landscape of Qualitative Research*, editado por Norman Denzin e Yvonna S. Lincon, 179-205. Thousand Oaks: Sage.
- Doise, Willem. 1991. Las representaciones sociales: Presentación de un campo de investigación. *Anthropos* 27: 196-206.
- Donabedian, Avedis. 1988. *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Secretaría de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica.
- Durkheim, Émile. 1995. *Las formas elementales de la vida religiosa*. México: Ediciones Coyoacán.

- Echarri Cánovas, Carlos Javier. 1999. Salud materno-infantil y condición de la mujer. En *Mujer, género y población en México*, coordinado por Brígida García, 103-165. México: El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía.
- Elu, María del Carmen (editora). 1998. *Cáncer cérvico uterino*. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- _____. 1997. *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- _____. 1990. La salud de la mujer en la crisis. En *Salud y crisis en México. Textos para un debate*, coordinado por Ignacio Almada Bay, 95-113. México: Siglo XXI.
- _____ y Luis Leñero Otero. 1992. *De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción*. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
- Escandón Romero, Celia, Jorge Escobedo de la Peña y Olga Georgina Martínez Montañez. 2000. Epidemiología del cáncer del cuello uterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, compilado por Patricia Alonso de Ruiz, Eduardo César Lazcano Ponce y Mauricio Hernández Ávila, 121-131. México: Panamericana, Facultad de Medicina, UNAM, INSP.
- Espinosa D., Gisela (compiladora). 2000. *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México*. México: El Atajo, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Farr, Robert M. 1999. Las representaciones sociales. En *Psicología social. II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, Serge Moscovici, 495-506. Barcelona: Paidós.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo. 2002. Elementos para analizar dilemas éticos generados en la investigación cualitativa sobre salud reproductiva. En *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: Métodos, análisis y ética*, compilado por Francisco Mercado, Denise Gastaldo y Carlos Calderón, 481-503. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- _____. 1999. El significado del consentimiento informado dentro de los procesos de investigación social sobre reproducción. *Perinatología y Reproducción Humana* 13 (1): 32-43.
- _____. 1998. Algunas posibilidades de estructurar consensos y códigos éticos de la investigación sobre sexualidad. *Salud Sexual* 1 (1): 12-22.
- _____. 1997. Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud. En *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, editado por María del Carmen Elu, 9-52. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

- _____. 1991. Comportamiento reproductivo y salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios. *Salud Pública de México* 33 (6): 590-601.
- Fisher, Sue. 1995. *Nursing Wounds: Nurse Practitioners, Doctors, Women Patients, and the Negotiation of Meaning*. Nueva Jersey: Rutgers University Press.
- _____. 1989. Reflections on Gender, Power and Discourse. Inédito.
- _____. 1984. Doctor-Patient Communication: A Social and Micro-Political Performance. *Sociology of Health and Illness* 6 (1): 1-29.
- _____ y S. B. Groce. 1985. Doctor-Patient Negotiation of Cultural Assumptions. *Sociology of Health and Illness* 7 (3): 342-374.
- Flisser, Ana, Felipe García Malo y María de los Ángeles Canepa. 2002. Implementation and Evaluation of a National External Quality Control Program for Cervical Cytology in Mexico. *Salud Pública de México* 44 (5): 431-436.
- Flores Luna, L., Eduardo Salazar Martínez, P. Escudero de los Ríos, Guillermo González Lira, S. Zamora Muñoz y Eduardo César Lazcano Ponce. 2001. Prognostic Factors Related to Cervical Cancer Survival in Mexican Women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75: 33-42.
- Flores, Yvonne. 2002. Design and Methods of the Evaluation of an HPV-Based Cervical Cancer Screening Strategy in Mexico: The Morelos HPV Study. *Salud Pública de México* 44 (4): 335-344.
- _____, David M. Bishai, Keerti V. Shah, Eduardo Lazcano-Ponce, Attila Lörincz, Mauricio Hernández, Daron Ferris y Jorge Salmerón. 2008. Risk Factors for Cervical Cancer among HPV Positive Women in Mexico. *Salud Pública de México* 50: 49-58.
- Foucault, Michel. 2001. *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- _____. 1998a. *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- _____. 1998b. *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Franceschi, Silvia, R. Herrero y C. Le Vecchia. 2000. Cervical Cancer Screening in Europe: What Next? *European Journal of Cancer* 36: 2272-2275.
- Freeman, Howard E., Sol Levine y Leo G. Reeder (compiladores). 1998. *Manual de sociología médica*. México: FCE.
- Freidin, Ralph B., Lee Goldman y Rosellen R. Cecil. 1980. Patient-Physician Concordance in Problem Identification in the Primare Care Setting. *Annals of Internal Medicine* 93: 490-493.

- Freidson, Eliot. 1978. *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Frenk, J. 1997. *Observatorio de la salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Gambone, Joseph C. y Robert C. Reiter. 1997. Hysterectomy: Improving the Patient's Decision-Making Process. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 40 (4): 868-877.
- Geertz, Clifford. 1996. *Los usos de la diversidad*. Barcelona: Paidós.
- Gerstein, Dean R. 1994. Desbrozar lo micro y lo macro: vincular lo pequeño con lo grande y la parte con el todo. En *El vínculo micro-macro*, compilado por Jeffrey C. Alexander, Bernhard Giesen, Richard Münch y Neil J. Smelser, 111-141. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Giddens, Anthony. 1998. En *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*, Barcelona: Península.
- _____. 1995. Teoría de la estructuración, investigación empírica y crítica social. En *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*, 307-392. Buenos Aires: Amorrortu.
- Giménez, Gilberto. 2003. El debate sobre la prospectiva de las ciencias sociales en los umbrales del nuevo milenio. *Revista Mexicana de Sociología* 65 (2): 363-400.
- _____. 1999. Territorio, cultura e identidades: la región sociocultural. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas* v (9): 25-58.
- _____. 1997. Materiales para una teoría de las identidades sociales. *Frontera Norte* (18): 9-28.
- Giuliano, Anna, Catalina Denman, José Luis Navarro Henze, Luis Ortega y Elena Méndez Brown de Galaz. 2001a. Design and Results of the USA-Mexico Border Human Papillomavirus (HPV), Cervical Dysplasia, and *Chlamydia trachomatis* Study. *Revista Panamericana de Salud Pública* 9 (3): 172-181.
- Giuliano, Anna, Mary Papenfuss, Martha Abrahamsen, Catalina Denman, Jill Guernsey de Zapien, José Luis Navarro Henze, Luis Ortega, Elena Méndez Brown de Galaz, Jennifer Stephan, Janine Feng y Francisco García. 2001b. Human Papillomavirus Infection at the United States-Mexico Border: Implications for Cervical Cancer Prevention and Control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 10: 1129-1136.
- Goffman, Erving. 1995. *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez Dantés, Héctor, José Luis Vázquez Martínez y Sonia Fernández Cantón. 2003. *Detección de cáncer cérvico uterino en las mujeres derechohabientes del IMSS: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud, 2000*. México: IMSS.
- Gómez Esteban, Rosa. 2002. *El médico como persona en la relación médico-paciente*. España: Fundamentos.

- Gómez Gómez, Elsa. 2002. Gender, Equity, and Access to Health Services: An Empirical Approximation. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11 (5): 327-334.
- _____. 2000. Equidad, género y salud: mitos y realidades. *Revista Mujer Salud/Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe RSMLAC* 3: 10-17.
- Gómez Jáuregui, Jesica. 2001. Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino en una clínica pública y en una organización no gubernamental. *Salud Pública de México* 43 (4): 279-288.
- González Montes, Soledad y Julia Tuñón (compiladoras). 1997. *Familias y mujeres en México*. México: El Colegio de México.
- Good, Byron J. 1994. *Medicine, Rationality, and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grijalva Monteverde, Gabriela. 1995. Impacto regional de la política salarial. Ingresos en Hermosillo 1980-1990. *región y sociedad* VI (9): 9-28.
- Guba, Egon G. e Yvonna S. Lincoln. 2000. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, compilado por Catalina A. Denman y Jesús Armando Haro, 113-145. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Gyrd-Hansen, Dorte y Jes Sogaard. 2001. Analysing Public Preferences for Cancer Screening Programmes. *Health Economics* 10: 617-634.
- Hall, J. y M. C. Doman. 1998. What Patients Like about Their Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta Analysis of Satisfaction Literature. *Social Science Medicine* 27: 935-939.
- Hancock, Lynne, Rob Sanson Fisher, Janice Perkins, Ross Corkrey, Robert Burton y Sandy Reid. 2001. Effect of a Community Action Intervention on Cervical Cancer Screening Rates in Rural Australian Towns: The CART Project. *Preventive Medicine* 32: 109-117.
- Hardy, Ellen. 1999. Del control de la natalidad a la salud reproductiva. En *Salud, cambio social y política: Perspectivas desde América Latina*, coordinado por Mario Bronfman y Roberto Castro, 123-134. México: Edamex, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Helman, Cecil. 1985. Anthropology and Clinical Practice. *Anthropology Today* 1 (4): 7-10.
- Hernández Ávila, Mauricio, Eduardo César Lazcano Ponce, Patricia Alonso de Ruiz, Lizbeth López Carrillo y Rosalba Rojas Martínez. 1996. Evaluación del programa de detección oportuna del cáncer del cuello uterino en la Ciudad de México: Un estudio epidemiológico de casos y controles con base poblacional. *Gaceta Médica de México* 130 (4): 201-209.

- Hernández Guerson, Enrique y Ángeles González Hernández. 1999. Cáncer cérvico uterino: Una mirada desde la perspectiva de género. *Psicología y salud* 14: 59-74.
- Hernández Hernández, Dulce María, Francisco R. Hernández Alemán, Laura A. Ornelas Bernal, Guillermo González Lira, Alejandro Andrade y María del Carmen Martínez García. 2001. Cáncer del cuello uterino: Factores sociales, clínicos y reproductivos asociados con lesiones precursoras. *Revista Médica* 39 (4): 325-318.
- Hernández Peña, Patricia, Eduardo César Lazcano Ponce, Patricia Alonso de Ruiz, Aurelio Cruz Valdez, Fernando Meneses González y Mauricio Hernández Ávila. 1997. Análisis costo beneficio del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino. *Salud Pública de México* 39 (4): 379-387.
- Herrero, R., L. A. Brinton, W. C. Reeves, M. M. Brenes, R. C. De Britton y F. Tenorio. 1996. Screening for Cervical Cancer in Latin America: A Case-Control Study. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 121 (6): 612.
- Herzlich, C. 1973. *Health and Illness. A Social Psychological Analysis*. Nueva York: Academic Press.
- Hiatt, Robert A. 1997. Behavioral Research Contributions and Needs in Cancer Prevention and Control: Adherence to Cancer Screening Advice. *Preventive Medicine* 26: S11-S18.
- Hiriart, Berta y Mónica del Puerto (editoras). 1997. *El aliento y los pasos: festejando diez años de Sipam*. México: SIPAM.
- Honing-Parnass, T. 1981. Lay Concepts of the Sick-Role: An Examination of the Professional Bias in Parson's Model. *Social Science and Medicine* 15A: 615-623.
- Hosek, R. S., W. D. Flanders y A. J. Sasco. 1996. Bias in Case-Control Studies of Screening Effectiveness. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 121 (6): 614.
- Hughes, Everett C. 1971. Mistakes at Work. En *The Sociological Eye. Selected Papers on Work, Self, and the Study of Society*, editado por Howard Becker, 316-325. Chicago: The University of Chicago Press.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. 2002. *Coordinación de Salud Pública. Boletín de evaluación. Indicadores de cobertura e impacto*. México: IMSS.
- _____. 2000. *Fortalecimiento directivo de los servicios de salud en el IMSS*. México: FUNSALUD.
- _____. 1995. *Programa de prevención, tratamiento y control del cáncer cervicouterino. Evaluación 1989-1994. Sonora*. Hermosillo: IMSS.
- _____. 1976. *Medicina preventiva. Memoria técnica 1971-1976*. México: IMSS.

_____. s.f. Nace la seguridad social. http://www.imss.gob.mx/imss/imss/imss_his/Nac_001_2003_12.htm (junio de 2005).

Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección General, Dirección de Prestaciones Médicas. 1998a. *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvicouterino. Programa para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvicouterino*. México: IMSS.

_____. 1998b. Programa para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvicouterino. En *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvicouterino*. México: IMSS.

_____. 1998c. Guía de comunicación educativa. En *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvicouterino*. México: IMSS.

_____. 1998d. Guía para la detección. En *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvicouterino*. México: IMSS.

_____. 1998e. Guía para la vigilancia epidemiológica. En *Manual de procedimientos para la vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer cérvicouterino*. México: IMSS.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Unidad de Salud Pública, Coordinación de Programas Integrados. 2005. Disminución de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en el IMSS: Factores atribuibles. Presentación Power Point.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2001. *Estadísticas vitales del estado de Sonora*. Aguascalientes: INEGI.

_____. 2000a. *Mortalidad por causas*. Aguascalientes: INEGI.

_____. 2000b. *XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados de la muestra censal. Cuestionario ampliado*. Aguascalientes: INEGI.

_____. 2000c. *Estadísticas del sector salud y seguridad social*. Aguascalientes: INEGI.

_____. 1999a. *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos*. Aguascalientes: INEGI.

_____. 1999b. *Mortalidad por causas*. Aguascalientes: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Sonorense de la Mujer. 2002. *Las mujeres en Sonora*. México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Nacional de las Mujeres. 2005. *Mujeres y hombres en México, 2005*. México: INEGI.

- Janes, Craig R., Ron Stall y Sandra Gifford (editores). 1986. *Anthropology and Epidemiology*. Dordrecht: D. Reidel Publishing.
- Jasis Silberg, Mónica. 2000. A palabras de usuaria... ¿oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur. En *Salud reproductiva y sociedad*, compilado por Claudio Stern y Javier Echarri, 97-143. México: El Colegio de México.
- _____. 1997. La relación entre usuarias y proveedores de salud reproductiva... ¿Diálogos de sordos? Un estudio de caso en Baja California Sur. En *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, editado por María del Carmen Elu, 179-199. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Jiménez Pérez, Margarita y David B. Thomas. 1999. Has the Use of Pap Smears Reduced the Risk of Invasive Cervical Cancer in Guadalajara, Mexico? *International Journal of Cancer* 82: 804-809.
- Jodelet, Denise. 1999 [1a. ed. 1986]. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En *Psicología social. II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, dirigido por Serge Moscovici, 469-494. Barcelona: Paidós.
- Kaufert, Patricia A. 2000. Screening the Body: The Pap Smear and the Mammogram. En *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersection of Inquiry*, editado por Margaret Lock, 165-183. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kegeles, S. S. 1965. Attitudes and Behaviour of the Public Regarding Cervical Cytology, citado en Seow A., M. L. Wong, W. C. S. Smith y H. P. Lee. 1995. Beliefs and Attitudes as Determinants of Cervical Cancer Screening: A Community-Based Study in Singapore. *Preventive Medicine* 24: 134-141.
- Klassen, A. C., D. D. Celentano y R. Brookmeyer. 1996. Variation in the Duration of Protection Given by Screening Using the Pap Test for Cervical Cancer. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 121 (6): 611.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives. Suffering, Healing & the Human Condition*. Londres: Basic Books.
- _____. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Londres: University of California Press.
- _____. 1974-1975. Estructuras cognitivas de los sistemas médicos tradicionales: Manejo, explicación e interpretación de la experiencia humana de enfermedad. *Ethnomedizin* 1 (2): 1-27.
- Koutsky, Laura A., Kevin Ault, Cosette Wheeler y Darron R. Brown. 2002. A Controlled Trial of a Human Papilloma Virus Type 16 Vaccine. *The New England Journal of Medicine* 347 (21): 1645-1651.
- Kuhn, Thomas S. 1971. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Lagarde, Marcela. 1990. *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas, Marta. 1999. Género: los conflictos y desafíos del nuevo paradigma. *Isis Internacional* (28): 87-99.
- Langer, Ana y Rafael Lozano. 1998. Condición de la mujer y salud. En *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, compilado por Juan Guillermo Figueroa Perea, 33-81. México: El Colegio de México.
- Lazcano Ponce, Eduardo César, Patricia Alonso, José Antonio Ruiz Moreno y Mauricio Hernández Ávila. 2003. Recommendations for Cervical Cancer Screening Programs in Developing Countries. The Need for Equity And Technological Development. *Salud Pública de México* 45 (suplemento 3): 449-462.
- Lazcano Ponce, Eduardo César, Roberto Castro, Betania Allen, Patricia Nájera Aguilar, Patricia Alonso de Ruiz y Mauricio Hernández Ávila. 2000. Resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer del cuello uterino. En *cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, coordinado por Patricia Alonso de Ruiz, Eduardo César Lazcano Ponce y Mauricio Hernández Ávila, 175-186. México: Panamericana, UNAM, INSP.
- Lazcano Ponce, Eduardo César, Sue Moss, Aurelio Cruz Valdéz, Patricia Alonso de Ruiz, Salvador Cazares Queralt, Carlos Javier Martínez León y Mauricio Hernández Ávila. 1999. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública de México* 41 (4): 278-285.
- Lazcano Ponce, Eduardo César, Patricia Nájera Aguilar, Eva Buiatti, Patricia Alonso de Ruiz, Pablo Kuri, Leticia Cantoral y Mauricio Hernández Ávila. 1997. The Cervical Cancer Screening Program in Mexico: Problems with Access and Coverage. *Cancer Causes and Control* 8: 00-06.
- Lazcano Ponce, Eduardo César, Patricia Nájera Aguilar, Mauricio Hernández Ávila, Patricia Alonso de Ruiz y Eva Buiatti. 1997. Un modelo de evaluación de calidad del programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. En *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, editado por María del Carmen Elu, 131-158. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Lazcano Ponce, Eduardo César y Mauricio Hernández Ávila. 1997. Cáncer: Frecuencia, factores de riesgo y medidas de prevención. *Salud Pública de México* 39 (4): 251-252.
- Lazcano Ponce, Eduardo César y Patricia Alonso de Ruiz. 1997. Validity and Reproducibility of Cytologic Diagnosis in a Sample of Cervical Cancer Screening Centers in Mexico. *Acta Cytologica* 41 (2): 277-284.
- Lazcano Ponce, Eduardo César, Patricia Nájera Aguilar, Patricia Alonso de Ruíz, Eva Buiatti y Mauricio Hernández Ávila. 1996. Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. I. Diagnóstico situacional. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología* 42 (3): 123-140.

- Lazcano Ponce, Eduardo César, Ramón Alberto Rascón Pacheco, Rafael Lozano y Héctor Eduardo Velasco Mondragón. 1996. Mortality from Cervical Carcinoma in Mexico. Impact of Screening 1980-1990. *Acta Cytologica* 40 (3): 506-512.
- Lazcano Ponce, Eduardo César, Mauricio Hernández Ávila, Lizbeth López Carrillo, Patricia Alonso de Ruiz, Alfonso Torres Lobatón, Guillermo González Lira y Isabelle Romieu. 1995. Factores de riesgo reproductivo e historia de vida sexual asociados a cáncer cervical en México. *Revista de Investigación Clínica* 47 (5): 377-385.
- Lazcano Ponce, Eduardo César, Patricia Alonso de Ruiz, Eugenia Vázquez Manríquez, Mauricio Hernández Ávila y Lizbeth López Carrillo. 1994. Quality Control Study on Negative Gynecological Cytology in México. *Diagnostic Cytopathology* 10 (1): 10-14.
- Lazcano Ponce, Eduardo César, Rosalba Rojas Martínez, María del Pilar López Acuña, Lizbeth López Carrillo y Mauricio Hernández Ávila. 1993. Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvico-uterino en la ciudad de México. *Salud Pública de México* 35 (1): 65-73.
- López Carrillo, Lizbeth, Susan Vandale Toney, Patricia Alonso de Ruiz, Cielo Fernández y María del Socorro Parra. 1996. Cáncer cervicouterino y mamario en la mujer mexicana. En *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, editado por Ana Langer y Kathryn Tolbert, 317-341. México: The Population Council, Edamex.
- Lozano A., Rafael, Christopher J. L. Murray y Julio Frenk J. 1999. El peso de las enfermedades en México. En *Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina*, coordinado por Kenneth Hill, José B. Morelos y Rebeca Wong, 121-145. El Colegio de México, Johns Hopkins University.
- Luengo, Enrique. 1991. *Problemas metodológicos de la sociología contemporánea*. México: Universidad Iberoamericana.
- Mandelblatt, J., et al. 1993. *Targeting Breast and Cervical Cancer Screening to Elderly Poor Women who will Participate*, citado en A. Seow et al. 1995.
- Marcus, Alfred C. y Lori A. Crane. 1998. A Review of Cervical Cancer Screening Intervention Research: Implications for Public Health Programs and Future Research. *Preventive Medicine* 27: 13-31.
- Martin, Emily. 1998. Medical Metaphors of Women's Bodies: Menstruation and Menopause. En *Understanding and Applying Medical Anthropology*, compilado por Peter J. Brown, 345-356. California: Mayfield.
- _____. 1992. *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- McCaughan, Eilis y Kader Parahoo. 2000. Attitudes to Cancer of Medical and Surgical Nurses in a District General Hospital. *European Journal of Oncology Nursing* 4 (3): 162-170.

- Medline Plus. 2005. Los quistes ováricos, Presentación audiovisual y resumen en línea. Medline: XPlain TM, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/ovariancystsspanish/og2991s2.pdf> (marzo de 2005).
- Menéndez, Eduardo L. 2004. Prefacio: De géneros, mujeres y relaciones. En *Salud, género y programas de estudios de la mujer en México*, Dora Cardaci, 9-19. México: UNAM-UAM Xochimilco.
- _____. 2000. Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos. En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, editado por Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles, 163-188. Barcelona: Bellaterra.
- _____. 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos* XVI (46): 37-67.
- _____. 1997a. El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad* XVIII (69): 237-270.
- _____. 1997b. Holísticos y especializados: Los usos futuros de la antropología social. *Nueva Antropología* 16 (52): 9-37.
- _____. 1994. De la representación a la práctica. Atención primaria o primer nivel de atención. En *Sociedad, economía y cultura alimentaria*, compilado por Schoko Doode y Emma Paulina Pérez, 303-320. México: CIAD, CIESAS.
- _____. 1992. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: Caracteres estructurales. En *La antropología médica en México*, compilado por Roberto Campos, 97-114. México: Antologías Universitarias.
- _____. 1990. *Morir de alcohol*. México: Conaculta, Alianza.
- _____. 1988. Antropología médica: Orientaciones, tendencias y omisiones. En *Teoría e investigación en antropología social mexicana*, 109-142. México: CIESAS, UAM-Unidad Iztapalapa, Cuadernos de la Casa Chata.
- _____. 1988. y René B. Di Pardo. 1996. *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. México: CIESAS.
- Mercado, Francisco J., Igor M. Ramos y Enriqueta Valdez. 2002. La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Un estudio cualitativo. En *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*, compilado por Francisco J. Mercado, Denise Gastaldo y Carlos Calderón, 403-432. México: UdeG, CUCS, UANL, Facultad de Enfermería, Servicio Vasco de Salud Osakidetza, Asociación Médica de Jalisco, Instituto Jaliscience de Cancerología.
- Módena, María Eugenia. 1992. Instituciones, médicos y paramédicos. En *La antropología médica en México*, compilado por Roberto Campos, 43-68. México: UAM, Instituto Mora.

- _____. 1986. Hegemonía y subalternidad en la cultura popular de la salud. En *Anales*, 343-356. México.
- Montiel Carbajal, Martha, Laura Urquidi Treviño y María de los Ángeles Gálvez. 1999. Afrontamiento y estados emocionales como predictores de ajuste psicosocial en mujeres con cáncer cervicouterino o de mama. *Psicología y salud* 14: 43-49.
- Moscovici, Serge. 1993. *Psicología social. II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Muñoz, Nubia y Xavier Bosch. 2000. Cáncer del cuello uterino y virus del papiloma humano: Evidencia epidemiológica y perspectivas de prevención. En *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, coordinado por Patricia Alonso de Ruiz, Eduardo César Lazcano Ponce y Mauricio Hernández Ávila, 143-153. México: Panamericana, UNAM, INSP.
- _____. 1997. Cervical Cancer and Human Papilloma Virus: Epidemiological Evidence and Perspectives for Prevention. *Salud Pública de México* 39 (4): 274-282.
- Núñez Noriega, Guillermo. 1994. *Sexo entre varones*. México: Porrúa, El Colegio de Sonora, PUEG.
- Ojeda de la Peña, Norma. 1999. Propuesta teórica y metodológica para estudiar la determinación social de la conceptualización de la salud reproductiva de las mujeres. En *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*, coordinado por Norma Ojeda, 21-67. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- _____. 1987. *Reflexiones sobre la perspectiva de curso de vida en el análisis del ciclo vital familiar (una propuesta de estudio en el caso de México)*. México: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Organización Mundial de la Salud. 1985. *Primary Prevention of Cervical Cancer*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, UNDP, UNFPA y Banco Mundial. 2004. Cervical Cancer Prevention: Screening Still the Only Option. *Progress in Reproductive Health Research* (65): 8.
- Organización Panamericana de la Salud. 2004a. *Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud*. Washington, D.C: PALTEX, OPS, <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/indicadoresbasicos.pdf>. (marzo de 2004).
- _____. 2004b. *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C: OPS.
- _____. 1998a. *La salud en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- _____. 1998b. La salud reproductiva: Parte integrante del desarrollo humano. *Revista Panamericana de Salud Pública* 4 (3): 211-217.

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 1999. *Metodología para la verificación de la cobertura de los servicios de salud a 'población abierta' en México*. México: OPS, OMS.
- Ordóñez Barba, Gerardo y Marcos Sergio Reyes Santos (coordinadores). 2006. *Los retos de la política social en la frontera norte de México*. México: Plaza y Valdés, El Colegio de la Frontera Norte.
- Osorio Carranza, Rosa María. 2001. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: INI, CIESAS, Conaculta, INAH.
- _____. 1994. La cultura médica materna y la salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia. Tesis de maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Parsons, Talcott. 1982. *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad.
- Peluffo, Marcos. 2003. *Revoluciones conceptuales en patología cervical: Análisis causal de sus cambios en el primer siglo*. Argentina: Ascune.
- Perdiguero, Enrique y Josep M. Comelles (editores). 2000. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Pérez Palacios, Gregorio. 1998. El cáncer cérvico uterino en el programa de salud reproductiva. En *Cáncer cérvico uterino*, editado por María del Carmen Elu, 3-13. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Poder Ejecutivo Federal. 1995. *Programa de reforma del sector salud. Programa de salud reproductiva y planificación familiar. 1995-2000*. México: Poder Ejecutivo Federal.
- Population Council. 2001. *El poder en las relaciones sexuales. Inicio de un diálogo entre profesionistas en salud reproductiva*. México: Population Council, Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional.
- _____. 1998. *El derecho al consentimiento informado: un ejercicio en construcción. Leyes, casos y procedimientos de quejas en los servicios de planificación familiar en México* (Documentos de trabajo no. 22). México: Population Council, INOPAL.
- Ramírez S., Teresita de J., Patricia Nájera Aguilar y Gustavo Nigenda López. 1998. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 40: 3-12.
- Ratcliffe, John y Amalia González del Valle. 2000. El rigor en la investigación de la salud: Hacia un desarrollo conceptual. En *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, compilado por Catalina A. Denman y Jesús Armando Haro, 57-111. Hermosillo: El Colegio de Sonora.

- Ravelo Blancas, Patricia. 1995. Género y salud femenina: Una revisión de las investigaciones en México. En *Las mujeres y la salud*, compilado por Soledad González Montes, 199-257. México: El Colegio de México.
- Real Academia Española. 2005. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. www.rae.es.
- Rivas Zivy, Martha. 1998. Valores, creencias y significaciones de la sexualidad femenina. Una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales. En *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, compilado por Ivonne Szasz y Susana Lerner, 137-154. México: El Colegio de México.
- _____, Ana Amuchástegui y Adriana Ortiz Ortega. 1999. La negociación de los derechos reproductivos en México. En *Derechos reproductivos de las mujeres*, compilado por Adriana Ortiz Ortega, 257-370. México: Edamex, Universidad Autónoma Metropolitana.
- _____ y Ana Amuchástegui Herrera (editoras). 1999. *Reflexiones. Sexualidad, salud y reproducción*, México: El Colegio de México
- Robles, Sylvia C. 1998. Epidemiología del cáncer cérvico uterino en las Américas. En *Cáncer cérvico uterino*, editado por María del Carmen Elu, 15-23. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- _____. 1996. Tamizaje del cáncer de cuello de útero: Presentación del número monográfico. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 121 (6): 473-477.
- _____, Franklin White y Armando Peruga. 1996. Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 121 (6): 478-490.
- Rocha Rivero, Gloria Isabel. 1995. Las representaciones sociales de la enfermedad: Una mirada sociológica a la perspectiva lega. Tesis doctoral, El Colegio de México.
- Rodríguez Cerda, Óscar. 2003. Entrevista a Denise Jodelet, realizada el 24 de octubre de 2002. *Relaciones* XXIV (93): 115-134.
- Rodríguez Salazar, Tania. 2001. Breve exposición de la teoría de las representaciones sociales. En *Las razones del matrimonio*, 38-86. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, CUCSH.
- Romero Cancio, José Alfredo, Héctor Guiscafré y Manuel Alberto Santillana Macedo. 1997. Factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar. *Revista Médica del IMSS* 35 (3): 227-232.
- Rosaldo, Renato. 1991. La erosión de las normas clásicas. En *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*, 35-51. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Grijalbo.

- Ruiz Guadalajara, Juan Carlos. 2003. Representaciones colectivas, mentalidades e historia cultural: A propósito de Chartier y el mundo como representación. *Relaciones* XXIV (93): 17-49.
- Salas, Monserrat. 1999. La Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal. En *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, coordinado por Soledad González Montes, 173-193. México: El Colegio de México.
- _____. 1998. "Flojita, flojita": Etnografía de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva. Tesis de maestría en Antropología Social, CIESAS.
- _____. 1997. Una vez más: ¿cuál es la perspectiva de género en la calidad de la atención médica? En *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, editado por María del Carmen Elu, 53-60. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Salazar Antúnez, Gilda. 1998. Significados de la maternidad en obreras de la maquila: un estudio exploratorio en Nogales, Sonora. Tesis de maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Salles, V. 2001. El debate micro-macro: dilemas y contextos. *Perfiles Latinoamericanos* 18 (10): 115-152.
- Salmerón Castro, Jorge, Francisco Franco Marina, Eduardo Salazar Martínez y Eduardo César Lazcano Ponce. 1997. Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social: 1991-1995. *Salud Pública de México* 39 (4): 266-273.
- Salmerón Castro, Jorge, Eduardo César Lazcano Ponce y Mauricio Hernández Ávila. 1996. Programa de detección oportuna de cáncer en instituciones de seguridad social. Una alternativa organizacional. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología* 42 (3): 159-165.
- Sánchez Alemán, Miguel A., Felipe Uribe Salas y Carlos J. Conde González. 2002. La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Pública de México* 44 (5): 442-447.
- Schanche Hogde, Felicia, Harrison A. Stubbs, Vonnie Gurgin y Larri Fredericks. 1998. Cervical Cancer Screening: Knowledge, Attitudes, and Behavior of American Indian Women. *Cancer* 83: 1799-1804.
- Scheper-Hughes, Nancy. 1998. Culture, Scarcity and Maternal Thinking: Maternal Detachment and Infant Survival in a Brazilian Shantytown. En *Understanding and Applying Medical Anthropology*, compilado por Peter J. Brown, 375-388. Mountain View: Mayfield.
- _____. 1994. Embodied Knowledge: Thinking with the Body in Critical Medical Anthropology. En *Assessing Cultural Anthropology*, editado por Robert Borofsky, 229-242. Nueva York: McGraw-Hill.
- _____. 1992. *Death Without Weeping*. Berkeley: University of California Press.

- _____ y Margaret Lock. 1998. *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. En *Understanding and Applying Medical Anthropology*, compilado por Peter J. Brown, 208-224. Mountain View: Mayfield.
- Secretaría de Salud (SSA). 2005. *Salud: México 2004: Información para la rendición de cuentas*. México: Secretaría de Salud.
- _____. 2004. *Paquete de servicios esenciales de salud*. México: Secretaría de Salud.
- _____. 2002a. *Salud: México 2001*. México: Secretaría de Salud. www.salud.gob.mx (febrero de 2002).
- _____. 2002b. *Guía para la elaboración de proyectos de investigación operativa en calidad*. México: Secretaría de Salud.
- _____. 2002c. *Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino*. México: Secretaría de Salud, <http://www.aguascalientes.gob.mx/Isea/BiblioV/C%C3%81NCER%20C%20UTERINO.pdf>. (febrero de 2002).
- _____. 2001a. *Guía para el Plan de Arranque. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. México: Secretaría de Salud.
- _____. 2001b. *Programa de Calidad. Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES)*. México: Secretaría de Salud.
- _____. 2001c. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Secretaría de Salud.
- _____. 2001d. *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-041-SSA2-2000, prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*. México: Secretaría de Salud.
- _____. 1998. *Norma oficial para la prevención, detección y tratamiento del cáncer cérvico-uterino*. México: Diario Oficial de la Federación.
- _____. 1997. *Descentralización de los servicios de salud a población abierta. Avances y perspectivas*. México: Secretaría de Salud.
- _____. 1994a. *Compendio de morbilidad por cáncer cérvicouterino 1975-1992. Resultados del registro nacional de cáncer*. México: Secretaría de Salud.
- _____. 1994b. *Encuesta nacional de salud II*. México: Secretaría de Salud.
- _____. 1985a. *Descentralización al Distrito Federal*. México: Secretaría de Salud.
- _____. 1985b. *Descentralización municipal*. México: Secretaría de Salud.
- _____. s.f. *Cobertura*. <http://www.salud.sonora.gob.mx/estadist/cobertu1.htm> (febrero de 2005).

- Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Dirección General Adjunta de Salud Reproductiva y Dirección de Prevención y Control del Cáncer en la Mujer. 2005. Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino: Sonora, julio de 2005. Capacitación a personal de enfermería Domingo Olivares, en Centro de Salud Domingo Olivares.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Dirección General de Información en Salud, y Subsecretaría de Innovación y Calidad. 2004. *Información para la rendición de cuentas México, Salud 2003*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud y Dirección General de Salud Reproductiva. 2003. *Mortalidad por cáncer cérvico uterino según entidad federativa y municipio, 2001 Nacional*. México: Secretaría de Salud.
- _____. 2002. *Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino. Boletín Caminando a la Excelencia. Indicadores y metodología*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud. 1990. *Sistemas locales de salud, México. Desarrollo de jurisdicciones sanitarias tipo*. México: OPS.
- Secretaría de Salud Pública (SSP). 2003. *Anuario estadístico de Sonora*. Aguascalientes: INEGI.
- _____. 2002. *Anuario estadístico*. Hermosillo: SSP, Sonora. www.salud-sonora.gob.mx (febrero de 2002).
- Seldon, A. y F. G. Pennance. 1980. *Diccionario de economía*. Barcelona: Oikos.
- Seow, A., M. L. Wong, W. C. S. Smith y H. P. Lee. 1995. Beliefs and Attitudes as Determinants of Cervical Cancer Screening: A Community-Based Study in Singapore. *Preventive Medicine* 24: 134-141.
- Seppilli, Tullio. 2000. De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. En *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*, editado por Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles, 33-44. Barcelona: Bellaterra.
- Sherwin, Susan. 1998. A Relational Approach to Autonomy in Health Care. En *The Politics of Women's Health. Exploring Agency and Autonomy*, coordinado por Susan Sherwin, 19-47. Filadelfia: Temple University Press.
- Sindicato de Trabajadores del Seguro Social [STSS]. 1992. *Estatutos*. México. <http://www.sntss.org.mx/estatutos/estatutos.pdf>. (enero de 2001).
- Singer, Merrill y Hans Baer. 1995. *Critical Medical Anthropology*. Nueva York: Baywood.
- Snell, Jackie L. y Era L. Buck. 1996. Increasing Cancer Screening: A Meta-Analysis. *Preventive Medicine* 25: 702-707.

- Sontag, Susan. 1996. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. España: Santillana.
- Stern, Claudio y Elizabeth García (editores). 1999. *Reflexiones. Sexualidad, salud y reproducción* (13), México: El Colegio de México.
- Szasz, Ivonne. 1999. Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. En *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, coordinado por Mario Bronfman y Roberto Castro, 109-134. México: Edamex.
- _____. 1995. Introducción: La condición social de la mujer y la salud. En *Las mujeres y la salud*, compilado por Soledad González Montes, 13-26. México: El Colegio de México.
- _____ y Susana Lerner (compiladoras). 1998. *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México.
- The National Alliance for Hispanic Health. 2004. Cáncer cervical. http://www.hispanichealth.org/cervical_cancer_span.lasso (septiembre de 2004).
- Torre, Renée de la. 1997. La comunicación intersubjetiva como fundamento de objetivación etnográfica. *Comunicación y Sociedad* 30: 149-173.
- Torres, Gabriel. 1998. La autoridad del investigador en la construcción social del conocimiento. En *Antropología e interdisciplina. Homenaje a Pedro Carrasco*, editado por Julieta Aréchiga, Mario Humberto Ruz, Ana Bella Pérez, Judith Zurita y Leopoldo Valiñas, 111-141. México: Sociedad Mexicana de Antropología, Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- Tovar Guzmán, Víctor, Fernando Ortiz Contreras, Francisco Jiménez Gauna y Guillermo Valencia Vázquez. 2008. Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer cervicouterino en México (1980-2004). *Revista de la Facultad de Medicina UNAM* 51 (2): 47-51.
- Van Oortmarssen, G. J. y J. D. F. Habbema. 1996. Duration of Preclinical Cervical Cancer and Reduction in Incidence of Invasive Cancer Following Negative Pap Smears. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 121 (6): 613.
- Vargas, Marisela. 1998. Vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. En *Cáncer cérvico uterino*, editado por María del Carmen Elu, 39-48. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Vilchis Reyes, Laura. 1998. Propuesta de los organismos no gubernamentales en los programas de cáncer cérvico uterino. En *Cáncer cérvico uterino*, editado por María del Carmen Elu, 123-131. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Villoro, Luis. 2002. *Creer, saber, conocer*. México: Siglo XXI.

- Wallace, Danelle, J. Hunter, M. Papenfuss, Jill de Zapién, Catalina Denman y A. R. Giuliano. 2002. *Pap Smear Screening among Women Ages 40 Years and Older Residing at the U.S.-Mexico Border*. Inédito.
- West, Candance. 1984. When the Doctor is a Lady: Power, Status and Gender in Physician-Patient Encounters. *Symbolic Interaction* 7 (1): 87-106.
- Wright, Peter y Andrew Treacher. 1982. Introduction. En *The Problem of Medical Knowledge. Examining the Social Construction of Medicine*, editado por Peter Wright y Andrew Treacher, 1-21. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Zolla, Carlos y Ana María Carrillo. 1998. Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, compilado por Juan Guillermo Figueroa Perea, 167-198. México: El Colegio de México.

SIGLAS

CACU	cáncer cervicouterino
CAM	cáncer mamario
CIS	carcinoma <i>in situ</i>
CONAPO	Consejo Nacional de Población
DIU	dispositivo intrauterino
DOC	detección oportuna de cáncer
DOCC	detección oportuna de cáncer cervical
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCAN	Instituto Nacional de Cancerología
INEGI	Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISM	Instituto Sonorense de la Mujer
ISSSTESON	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora
LEI	lesión escamosa intraepitelial
MF	Medicina Familiar
MP	Medicina Preventiva
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDOCMA	Programa de Detección Oportuna de Cáncer Mamario
PDOCC	Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical
s/e/a	proceso salud/enfermedad/atención
Sida	síndrome de inmunodeficiencia adquirida

SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia
SSP	Secretaría de Salud Pública
UMF	Unidad de Medicina Familiar
VPH	virus del papiloma humano

Septiembre de 2010
(edición impresa)

Diciembre de 2017
(edición electrónica)

Diseño de portada:
Miguel Ángel Campuzano

Compuedición:
Guadalupe Zúñiga Elizalde

Corrección:
Guillermo Balderrama

Pintura de portada:
“Líneas y obsesiones en rojo”,
acrílico sobre tela de Paula Martins

Fotografía:
Juan Casanova

Departamento de Difusión Cultural de
El Colegio de Sonora

