



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

“CÁNCER DE MAMA Y ¿POLÍTICAS
DE PREVENCIÓN?”

TESIS

Que para obtener el título de:

Licenciado en Sociología

P R E S E N T A

Lina Alejandra Nieto Manzano

Directora de tesis:

Dra. Alicia Margarita Tinoco García



Toluca, Estado de México, Junio de 2014

Con cariño dedico este trabajo a tres grandes mujeres que a pesar de haber tenido cáncer aprendieron a ser felices.

A María de Lourdes Manzano Buendía, por ser la mamá que me amo, me procuro y me enseñó a no rendirme y buscar mis sueños.

A Laura Urbina Ballina quien con una sonrisa pudo decirme: en la vida no hay obstáculos sino grandes enseñanzas.

A Berenice Reyes Ballina quien me demostró que todo sueño es valido y se puede realizar siempre y cuando uno tenga fe en si mismo.

Índice

Introducción.....	1
1. EL PENSAMIENTO DE LA MEDICINA DEL SIGLO XIX Y XX FRENTE AL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD	
1.1) Siglo XIX.....	7
1.2) Siglo XX.....	9
1.3) La segunda revolución epidemiológica.....	13
2. PERSPECTIVA BIOMÉDICA DE CÁNCER Y SU PANORAMA ESTADÍSTICO EN MÉXICO Y EL MUNDO	
2.1) ¿Qué es cáncer?.....	16
2.2) Factores de riesgo de cáncer.....	18
2.3) La epidemiología del cáncer en México y el mundo.....	21
3. PERSPECTIVA BIOMÉDICA DE CÁNCER DE MAMA Y SU PANORAMA ESTADÍSTICO EN MÉXICO Y EL MUNDO	
3.1) ¿Qué es cáncer de mama?.....	24
3.2) Factores de riesgo de cáncer de mama.....	26
3.3) La incidencia de cáncer de mama en México y el Mundo.....	29
4. ¿POLÍTICAS DE PREVENCIÓN? Y CÁNCER DE MAMA EN MÉXICO.....	37
5. CONCLUSIONES.....	49
6. BIBLIOGRAFÍA.....	53

Introducción

Actualmente México se enfrenta a uno de los peores problemas de salud pública: el cáncer de mama (CaMa), una neoplasia maligna que modifica el ciclo natural de las células y que trastoca y altera los escenarios de la vida cotidiana de la mujer. Se estima que en México, aproximadamente cada noventa minutos fallece una mujer por esta enfermedad. Es decir, catorce mujeres en un día (Milenio, 2013). Cifra que resulta alarmante cuando se sabe que el CaMa es un padecimiento que se puede llegar a prevenir.

El constante incremento de defunciones por CaMa en México ha sido evidente desde los años ochenta. Durante esos años los decesos por este padecimiento eran de 1,206 casos anuales, cifra que a lo largo de casi tres décadas ha crecido en casi más un 30%. En el año 2009 se registraron 4,897 defunciones de mujeres por esta enfermedad, este incremento en valores absolutos representa el 0.3% y 0.9% respecto a las defunciones nacionales de esos años (Vara et al., 2011). Según especialistas el aumento de esta enfermedad se debe a tres grandes factores: el incremento en la esperanza de vida, el envejecimiento de la población y la transición epidemiológica.

En los años noventa el crecimiento progresivo de la tasa de morbilidad y mortalidad por CaMa anunciaba un nuevo problema de salud pública que debía de ser atendido. Fue así que en 1994 el sistema de salud mexicano puso en marcha un marco legal que establecía los métodos y estrategias de cómo debía ser prevenida la enfermedad.

La Secretaría de Salud (SS) en consonancia con otras instituciones¹desarrollaron la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control

¹Secretaría de Salud, Dirección General de Medicina Preventiva, Dirección General de Materno Infantil, Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, Dirección General de Epidemiología, Dirección General de Fomento para la Salud, Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D.F., Hospital General de México, Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de la Defensa Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Academia Mexicana de Cirugía, Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Asociación Mexicana de Patología, Asociación Mexicana de Citología Exfoliativa, Federación Mexicana de Asociaciones

delCáncer del Cuello del Útero y de la Mama en la Atención Primaria. La elaboración de dicha Norma señaló lo importante que era tener coordinación entre los sectores públicos y privados para la prestación de servicios en la detección del CaMa, así como el papel que debían jugar las medidas de prevención, detección y tratamiento del cáncer del cuello del útero y de la mama (Secretaría de Salud, 1994).

La NOM-014-SSA2-1994 desarrolló el primer discurso de prevención entorno al CaMa. Se creyó que con la implementación de una política de salud que estableciera cómo debía ser detectada y atendida la enfermedad se podría proporcionar de forma homogénea atención y supervisión médica a todas las mujeres y con ello disminuir la incidencia de casos. Sin embargo el objetivo no se logró debido a las estrategias que se implementaron. En un principio la NOM-014 se preocupó por atender ambas enfermedades bajo un mismo esqueleto, es decir, atendió el problema de cáncer de cuello de útero y el CaMa al mismo tiempo y bajo criterios similares, lo cual impedía comprender la problemática que cada enfermedad desarrollaba en la población femenina².

Al ver la SS que la incidencia de casos de CaMa aumentaba, la institución de salud propuso diseñar una nueva norma para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer de Mama. Fue en el año 2002 que la SS trabajó en la elaboración de una Norma exclusiva para atender el problema de CaMa.

En septiembre de 2003 se decretaron en el Diario Oficial de la Federación las modificaciones realizadas y se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama. En ella se estableció de *facto* que la prevención del CaMa debía ser comprendida en tres etapas: la primera, brindar información sobre los factores de riesgo

de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos, Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer, Grupo Reto.(Secretaría de Salud,1994).

²En un periodo de veinte años se estableció la asociación causal entre el cáncer cervical y una infección persistente de transmisión sexual, el virus del papiloma humano (VPH). Actualmente la historia de la infecciónpor VPH y el cáncer es ampliamente conocido y gracias a este hecho, se han implementado pruebas de detección de ADN del VPH de alto riesgo para mejorar la eficiencia, precisión y la efectividad de la detección oportunamente de cáncer como estrategia de prevención secundaria y muchos países desarrollados actualmente la utilizan el programas poblacionales de detección primaria de lesiones precursoras del cáncer (Lazcano, 20009: 1).

que incrementan la posibilidad de desarrollar la enfermedad; la segunda promocionar la autoexploración y mastografía, siempre y cuando existan antecedentes familiares de la enfermedad o factores de riesgo, además, en su caso, de la mastectomía; y la tercera -que no es propiamente prevención- se refiere a la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica (Secretaría de Salud, 2003).

El establecimiento de la Norma NOM-041 fue el instrumento que orientó el desarrollo del programa de CaMa de manera sistemática y sostenida. La función de la Norma consistió primordialmente en informar a las mujeres cuáles son los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar la enfermedad, así como la importancia que tiene la autoexploración y supervisión clínica. Tener conocimiento de los posibles agentes externos e internos que influyen en la producción de células cancerosas, según la SS, daría oportunidad a la mujer de saber qué riesgo tiene de desarrollar la enfermedad, y si es propensa a desarrollarla cómo tratarla.

La intención de la nueva Norma (NOM-041) fue subsanar los errores cometidos anteriormente. Sin embargo el “esfuerzo” que hizo la SS por difundir los lineamientos de la Norma en el sistema de salud, principalmente entre la población femenina, no evitó que en el año 2006 el CaMa se convirtiera en la primera causa de muerte de mujeres de más de 45 años. Ante este desfavorable panorama, la SS en compañía de distintas instancias de salud y organizaciones civiles, se vieron de nueva cuenta obligadas a incorporar nuevos elementos que enriquecieran el marco para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Fue en el año 2010 que se trabajó en las modificaciones a la Norma Oficial Mexicana NOM-041.

Los cambios más evidentes que presentó el discurso de la NOM-041-SSA2-2011 fueron: reconocer que es necesario tener una infraestructura basta e innovadora, así como contar con los insumos y recursos humanos altamente necesarios y capacitados, todo tendiente a alcanzar la mayor cobertura de las mujeres que tienen riesgo de padecer CaMa y a recibir los tratamientos que garanticen su recuperación (Diario Oficial de la Federación, 2011). También se dio una ligera modificación en las etapas de prevención: se nombró,

como primer momento, la promoción de la salud, en segundo turno quedaron los programas de detección precoz y tratamiento oportuno para limitar el daño (la autoexploración que debe iniciar a partir de los 20 años de forma mensual, el examen clínico a partir de los 25 años de forma anual y la mastografía en mujeres de 40 a 69 años cada dos años) y por último las medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud (Diario Oficial de la Federación, 2011).

La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 ha sido la última versión que se le ha dado al discurso de la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Los últimos cambios efectuados aseguran que si se da un seguimiento adecuado a los lineamientos y se cumplen con todos los requerimientos que marca la Norma NOM-041 se prevé reducir entre un 20 y 40% la tasa de mortalidad y la carga de la enfermedad en la población en riesgo (Diario Oficial de la Federación, 2011).

Las pretensiones que ha adquirido la Norma-041 (2011) resultan alentadoras para el sector salud y la población femenina, porque significarían un descenso importante en las tasas de morbilidad y mortalidad por CaMa. Sin embargo, tal afirmación tendrá que esperar porque resultaría muy aventurado evaluar los resultados de los nuevos cambios que se integraron en la Norma, aunque leyendo el documento todo indica que las medidas de detección precoz siguen siendo la piedra angular del discurso de prevención del CaMa.

Tras saber que hoy el CaMa ocupa en México el primer lugar en decesos de mujeres y que existe una legislación³, surge la inquietud por conocer qué tan útil ha sido tener una política de salud que indique como prevenir el CaMa.

Para conocer el papel que ha jugado la Norma NOM-014 (1994) y la NOM-041 (creada en 2003 y modificada en 2011) en la prevención del CaMa en México, el trabajo de investigación centrará su objetivo en conocer qué tan oportuno ha sido tener un marco legal que establezca los métodos y estrategias a seguir para prevenir el CaMa.

³A lo largo de casi veinte años se han realizado 3 modificaciones al discurso de la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Para cumplir con el objetivo del ensayo es necesario responder dos preguntas esenciales: 1) ¿qué papel ha jugado la Norma para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama en las últimas dos décadas en México?, y 2) si ¿las modificaciones que ha tenido la Norma para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama han contribuido reducir las tasa de morbilidad y mortalidad de CaMa en México?

Para dar respuesta a las cuestiones anteriores debemos primero conocer qué es el CaMa, cuáles son los factores de riesgo y cuál ha sido la tasa de mortalidad de CaMa en México en los últimos veinte años (1990-2010). Para ello se revisarán los censos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) y las estadísticas de la Gaceta Mexicana de Oncología, al igual que se expondrá en términos biomédicos la definición de Cáncer, CaMa, y los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar la enfermedad. También se realizará una revisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Útero y de la Mama en la Atención Primaria, así como de la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama. La revisión de ambas tiene la finalidad de contrastar el objetivo que cada Norma plantea con las cifras de morbi-mortalidad que se tienen registradas en las últimas dos décadas.

Contrastar el discurso de prevención que se manejó en la NOM-014 (1994) y la NOM-41 (2002) con las cifras de morbilidad y mortalidad por CaMa será una evidencia clara para advertir que tener un marco normativo no garantiza la prevención del CaMa. Para finalizar, a manera de conclusión se pondrá énfasis en los factores de riesgo sociales y los determinantes sociales de esta enfermedad, así como en los factores sociológicos que explican el aumento de la morbi-mortalidad de la misma, a pesar de la existencia de las NOM-014 y la NOM-41.

El trabajo de investigación se dividirá en cuatro apartados: en el primero se hace una breve reseña de cómo la medicina a finales del siglo XIX y mediados del siglos XX integró el

discurso de la prevención en el cuidado de la salud-enfermedad de la sociedad. En el siguiente apartado se explica en términos biomédicos qué es el cáncer y cuáles son sus factores de riesgo, así como la incidencia de casos en México y en el mundo con la finalidad de entender por qué las neoplasias malignas constituyen un problema de salud pública a nivel global. El tercer apartado brinda una explicación acerca de lo que es el CaMa, sus factores de riesgo y la tasa de mortalidad que en las últimas dos décadas México ha tenido. Esto último servirá para tener un panorama más claro de los estragos que el CaMa ha hecho en las tasas de morbilidad y mortalidad de la población femenina. En el último apartado se hará una revisión de la Norma Oficial Mexicana contra la prevención del cáncer de mama desde su instauración en 1994 hasta la modificación del año 2003. Finalmente en las conclusiones se pondrá énfasis en los factores de riesgo sociales y los determinantes sociales de ésta enfermedad, así como en los factores sociológicos que explican el aumento de la morbi-mortalidad de la misma, a pesar de la existencia de las NOM-014 y la NOM-41.

1) El pensamiento de la medicina del siglo XIX y XX frente al proceso salud-enfermedad

1.1 Siglo XIX

La medicina en el siglo XIX se enfrentó a grandes batallas, una fue que los médicos reconocieran la necesidad de tomar en cuenta el punto de vista social en el manejo de la medicina y de la higiene (Rosen, 1985). La introducción de este pensamiento implicó competir con una de las etapas más brillantes de la medicina del siglo XIX, “la era bacteriológica”, fundamentada principalmente en las investigaciones microbiológicas e inmunológicas y que fue plasmada en uno de los mayores descubrimientos de la medicina: el desarrollo de las vacunas (López y Peña, 2006).

Durante ese periodo la medicina concibió a los microorganismos (parásitos, bacterias, hongos y virus) en las causas últimas y únicas de la enfermedad. Este paradigma positivista resumía el estado natural de la enfermedad en la triangulación del agente-huésped y medio ambiente, entendiendo que “el agente es el factor responsable de la enfermedad (hongo, bacteria, virus), el huésped como el sujeto que porta la enfermedad (planta, animal, ser humano) y el medio ambiente, como el sitio donde ocurre la interacción del agente y huésped” (Aldereguia, 1991: 7).

Louis Pasteur⁴ y Robert Koch⁵ fueron algunos de los científicos que inauguraron este modelo y consolidaron el pensamiento monocausalista que se apegó a la regla: *una causa un efecto*, es decir; “Una sola causa es suficiente para producir un efecto observado” (Cuberlo, 2004: 58). El pensamiento reduccionista que adoptó la medicina durante este periodo sirvió para explicar la etiología de la salud-enfermedad desde una perspectiva

⁴ Luis Pasteur químico, merece especial mención por haber sentado las bases científicas de la investigación bacteriológica, en el año de 1857. Sus trabajos sobre la rabia, el ántrax y la atenuación de las propiedades patogénicas de los microorganismos mediante pases sucesivos a través de animales, dieron pie a los trabajos y realización en contra de los padecimientos infecciosos (Álvarez, 2002: 23).

⁵ Roberto Koch, aisló el bacilo tuberculoso y formuló su famoso postulado sobre la función de las bacterias en las enfermedades trasmisibles. Descubrió asimismo, el vibrió colérico (Álvarez, 2002: 23).

unicausalista, la cual se enfocó en buscar y eliminar los agentes patógenos (virus, bacterias, etc.) y sus vectores, sin preocuparse por comprender la relación que existe entre salud y sociedad. La simplificación que se dio al proceso salud-enfermedad provocó que las investigaciones científicas se focalizaran exclusivamente en desarrollar métodos que erradicaran al agente, olvidando al individuo y la sociedad como parte fundamental en la consolidación de este proceso.

La reducción de ambos elementos (hombre-sociedad) a una expresión biológica dio paso a que la medicina se enfocara exclusivamente en crear medidas específicas de control, como las destinadas a eliminar microorganismos que interrumpen la transmisión de infección y reducen la susceptibilidad del huésped (Mausner y Bahn, 1977). La expresión de estas medidas se manifestaron con el desarrollo de las vacunas y los antibióticos, y por supuesto con el comienzo aunque lento, penoso y accidentado de la “enfermología social”, es decir la Salud Pública.

Conviene destacar que la aparición de la Salud Pública sirvió para realizar “un abordaje epidemiológico que otorgó los elementos y las herramientas de análisis para identificar el origen y las posibles acciones de fondo que inciden en la representación de los procesos de salud de una población” (González, 2000: 210). Esto condujo a “la introducción de una medicina que ahora va a tener la función crucial de la higiene pública” (Foucault, 2000: 221).

En un comienzo la Salud Pública brindó protección pura y simple de la salud, la primera acción que emprendió fue efectuar campañas en contra de las endemias y epidemias a través del modelo “higienista”, el cual se caracterizó por su plataforma prevencionista que consistía en la regulación de ambientes y estilos de vida sanos. La función central de este modelo gravitó en “el saneamiento del medio ambiente a través del abastecimiento de agua, el control en la calidad de los alimentos y el alejamiento de los desechos” (Álvarez, 2002: 32).

Es explicable que el modelo “higienista-prevencionista” que desarrolló la Salud Pública durante este periodo vendiera la idea de que las condiciones sanitarias de una ciudad están determinadas por un buen alcantarillado, agua abundante y alimentos sanos (Rosen, 1985) y “omitiera que las características económicas, culturales, políticas, y sociales que presenta cada sociedad son también factores que influyen en el desarrollo de estos escenarios como a la par del desarrollo de las enfermedades humanas” (Álvarez, 2002: 33).

La justificación que se da al modelo “higienista-prevencionista” por su forma de actuar simplista en un inicio corresponde a la pretensión que la medicina occidental tuvo de hacer creer que todo principio humano está fundamentado en la naturaleza y el éxito que se tuvo en torno al incremento en la esperanza de vida (la población comenzó a hacerse relativamente más grande), la letalidad de las enfermedades infecto-contagiosas que comenzó a descender y por el descubrimiento de las vacunas y antibióticos que resultaron ser la mejor estrategia de prevención aprovechado por la medicina.

Las argumentaciones que utilizaron la medicina y la salud pública para hacer validas sus intervenciones en el proceso salud-enfermedad se convirtieron en los escenarios ideales para tomar conciencia de que eran necesarias fórmulas de acciones sanitarias más fecundas, por ser más productivas. Es decir, “las vacunaciones, el saneamiento del ambiente y la lucha contra los insecto vectores son testimonios fehacientes de los éxitos preventivos” (Yuste, 1982: 71), sin embargo no las victorias suficientes para entender y explicar el origen del proceso salud-enfermedad.

1.2 Siglo XX

Tuvo que pasar casi un siglo para que un grupo de científicos, médicos y biólogos comenzaran a cuestionar el funcionamiento del modelo biologista. Fue a mediados del siglo XX que se develó el interés por dar una explicación de la salud-enfermedad alejada del terreno biológico. Doctores como Henry E. Sigerist y Brian MacMachon pertenecientes a la

corriente medicina-social⁶ se interesaron por desarrollar un modelo que permitiría entender que la salud-enfermedad es un proceso que se configura tomado de la mano de factores externos.

Ambos científicos creían que el proceso salud–enfermedad era resultado de la combinación de las condiciones de vida en que la población se desenvolvía. La introducción del factor social en la medicina proporcionó ver a la pobreza, la estratificación económica, la desigualdad, entre otras situaciones estructurales, como medios que contribuían de manera directa en la recreación del fenómeno morboso.

La inclusión de determinantes sociales como parte del estudio de la medicina abriría las puertas para “investigar la influencia de los factores sociales, genéticos, ambientales y domésticos en la incidencia de la enfermedad y en las incapacidades del hombre” (Rosen, 1985: 128), y considerar a la enfermedad como una cosa social.

La llegada de la medicina social trató de dar una mirada distinta e innovadora, con “un modelo de pensar acerca de la expresión histórica y diferencial de los procesos biopsíquicos humanos, permitió ver sus múltiples dimensiones y reconocer que su producción social es múltiple y compleja y que se encuentra en movimiento permanente”(López y Peña, 2006: 286), lo que permitió que investigaciones como las de Brian MacMachon rompieran con las ataduras del modelo unicasalista etiológico tradicionalmente utilizado por la medicina.

Brian MacMachon médico social, argumentó que “la enfermedad no es resultado del ingresos inmediato del agente patógeno al organismo del hombre, sino existen eventos causales que ocurrían antes de cualquier respuesta corporal, por lo que planteó una “Red de causalidad” (Adriano y Caudillo, 2009). La intención de esta nueva propuesta fue

⁶Tekely decía que la Medicina Social esta en el limite de la medicina y las ciencias sociales. Determina el efecto de las ciencias sociales y ocupacionales de la salud, y señala cómo mediante medidas sanitarias o sociales se pueden prevenir las influencias nocivas y eliminar o aliviar sus efectos. Es misión de la Medicina Social señalar cómo poner a disposición de los individuos incapacitados los logros de la higiene individual y de la medicina clínica y con base en sus propios medios beneficiarse de ella (Rosen, 1985: 120).

despejar la visión reduccionista e incursionar con un discurso que complementaba lo antes ya manipulado con lo antes no observado. El paradigma que propuso, introdujo la idea de que existe un complejo mecanismo que activa el padecimiento, por lo tanto la enfermedad es causada no solo por un mecanismo sino por varios.

El modelo multicausal sirvió para entender que las relaciones establecidas entre las condiciones participantes en el proceso (denominadas causas, o efectos, según su lugar en la red) son tan complejas, que forman una unidad imposible de conocer completamente (López et al., 2000). Por lo tanto la medicina, como la salud pública, se vieron en la necesidad de introducir en sus investigaciones y prácticas “el estudio de las causas orgánicas, psicológicas y sociales del enfermar” (Yuste, 1982: 68) para explicar y entender el proceso salud-enfermedad.

Haber contemplado las condiciones estructurales fue rasgo suficiente para diferenciar la medicina tradicional de la medicina moderna. La medicina de mediados del siglo XX “convirtió la higiene y sanidad en medicina preventiva y social aplicada a la colectividad” (Yuste, 1982: 69). Es decir, las medidas conducentes a la prevención ya no solo se enfocaron en sanear el medio ambiente. La evolución de la idea preventiva se ha ampliado de tal modo que nos permite definirla como el esfuerzo médico que se ocupa de evitar en el individuo, familia o grupos de población, la aparición, desarrollo y propagación de la enfermedades, esto significa que la prevención servirá a la medicina para cumplir con dos de sus fines: curar la enfermedad y proteger la salud (Yuste, 1982).

No cabe duda que la introducción del factor social en el estudio del proceso salud-enfermedad provocó el desmoronamiento del sistema colonial heredado históricamente, lo cual significó para la medicina tradicional desistir de su pensamiento reduccionista, clausurar su mirada positivista y desdibujar la barrera biológico-natural. Durante siglos la medicina hizo ver a la salud-enfermedad como categorías ahistóricas. Sin embargo, esto se rompió cuando la medicina asume a la salud y enfermedad como un proceso que no existe en sí mismo, y no es independiente de los seres humanos (y de los seres vivos en general) y de su medio ambiente, sino que están estrechamente ligados a las condiciones de vida, las

condiciones socioeconómicas, políticas y socioculturales históricamente determinadas (Tinoco, 2009).

Para la medicina aceptar este pensamiento implicó, reconocer su fracaso y comenzar a desvanecer el mito de la teoría unicausal, además de reformular su planteamiento sobre el origen de la enfermedad. La nueva directriz que adoptó la medicina incluyó la relación entre la <<biología humana>> y la sociedad (López y Peña, 2006), ayudando a ver que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, y que esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica (Rosen, 1985).

Sin duda, la incorporación de la categoría social en la medicina y salud pública brindó grandes avances. Los logros más notables fueron: a) demostrar las limitaciones que tienen los abordajes teóricos desde la salud pública que desvincula el proceso salud-enfermedad con la naturalización de lo social y la individualización los fenómenos, cuyo proceder metodológico corresponde a las ciencias naturales (Laurrell, 1994b citado en López y Peña, 2006); b) en el terreno metodológico se avanzó en la definición de criterios para la construcción de los grupos humanos donde se expresa la dimensión social de la salud-enfermedad y en la propuesta de estudiar perfiles de salud (López y Peña, 2006: 285); y c) en el terreno de los saberes, en las políticas y prácticas de salud se exploran las dinámicas sociohistoricas que han permitido la institucionalización de distintas respuestas sociales al proceso salud-enfermedad (Cordeiro et al, 1978 citado en López y Peña, 2006).

Gracias a esta nueva forma de entender el proceso salud-enfermedad se transitó a una nueva era en atención a la salud y enfermedad, la medicina y salud pública enfocaron sus prácticas: 1) al control de los padecimientos transmisibles; 2) a la educación de los individuos en higiene personal; 3) también hubo organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades; y 4) se desarrolló un mecanismo social que asegurara a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud (Álvarez, 2002).

Gracias a estas medidas grandes contingentes de población pudieron sobrevivir y prolongar su vida sana, la esperanza de vida aumentó y el envejecimiento relativo de la población fue más evidente. Estos logros se convirtieron en señales positivas para la medicina y la salud pública, pero a su vez también se constituyó en una coyuntura para ambas ciencias ya que vencer a las enfermedades agudas de extensa presentación y curso grave, dio paso a los efectos de las afecciones crónicas. Milton Terris⁷ ha nombrado a esta nueva forma de enfermar la “segunda revolución epidemiológica”, la transición a una nueva era de enfermedades.

1.3 La segunda revolución epidemiológica

En las últimas décadas, la medicina ha sabido cómo disciplinar a las enfermedades infectocontagiosas que a finales de siglo XIX y principios del siglo XX se había convertidas en un problema de salud pública, durante esos siglos las enfermedades infectocontagiosas fueron reconocidas por desarrollar dolores agudos y letales que en breve tiempo culminaban con la vida del enfermo.

En el mundo actual el cólera, el tifo, la fiebre amarilla etcétera han dejado de ser una preocupación para la medicina y la salud pública, su éxito se debe a “la reducción de la realidad de los factores y a la noción de riesgo como el concepto explicativo” (Álvaro, 2006: 123). Ambos conocimientos han logrado el sometimiento de las enfermedades infectocontagiosas como también han dado paso a la constitución de nuevas enfermedades.

Las enfermedades del siglo XXI se han vuelto más complejas, las causas que las originan son difíciles de reconocer en un mosaico de factores que influyen en su formación. Anteriormente se sabía que las causas que ocasionaban la enfermedad eran derivadas de

⁷En 1990, Milton Terris nos propuso una nueva definición de esta disciplina que establece: "La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud"(Guianconi, 1994:1).

las condiciones insalubres y antihigiénicas que se tenían en el medio ambiente. Hoy la contingencia ambiental aparentemente se tiene superada, aunque se sabe que la contaminación en el agua, aire y suelo siguen siendo un tema prioritario en las políticas ambientalistas debido a que el descuido de estos ambientes se convierten de nueva cuenta en caldo de cultivo y generadores de trastornos respiratorios y digestivos que afectan severamente a la población.

En la actualidad tener un medio ambiente “controlado” no es suficiente para que las enfermedades no infectocontagiosas disminuyan su letalidad, lo importante que hoy se debe atender es la gama de causa endógenas y exógenas que contribuyen a la formación de la entidad morbosas.

Hemos visto que la medicina se ha dado a la tarea de replantear su perspectiva biológico-natural que durante más de un siglo le permitió entender, explicar y atender el fenómeno salud-enfermedad. La reciente incursión que la medicina ha hecho, de la mano con la salud pública, de adoptar un paradigma social para dar explicación del fenómeno, les ha permitió observar que el aumento en la edad de la población, la variada ingesta de alimentos con carbohidratos o azúcares y la carga genética que cada persona desarrolla tiene la misma importancia que las condiciones estructurales de una sociedad (es decir, la pobreza, la estratificación económica, la desigual, etcétera) e influyen a tal grado que sino existen condiciones favorables como un buen trabajo con una buena paga.

Por ejemplo, la población no podrá ingerir alimentos bastos en proteínas y carbohidratos y por ende su constitución genética se verá atropellada por malos hábitos, y la consecuencia será el desarrollo de una enfermedad. Esta regla no está escrita pero cuando se trata de cuidar la salud y eliminar la enfermedad alguna de estas condiciones aparecen.

El periodo desarrollista fue la etapa donde se transformaron estilos de vida y se modificaron las condiciones estructurales de la sociedad. El crecimiento de la industria, la expansión del capitalismo y la consolidación del comercio contribuyeron en la transformación de la economía, en la configuración de la estructura demográfica de la población y en la constitución epidemiológica de las enfermedades.

El nuevo contexto condujo a la sociedad a estar condicionada por la estructura económica, política, laboral y social, obligando a crear y/o ejercer nuevos mecanismos que le permitan no ser absorbida por el medio. La nueva dinámica que adoptó la sociedad se reflejó con la movilización de personas de las zonas rurales a la ciudad; la entrada de grandes contingentes poblacionales trajo consigo que los bienes y servicios que ofertaba la ciudad fueran obsoletos e insuficientes, que las condiciones laborales se tornaran precarias, que la lucha de clases acomodara a la población en estratos y que la desigualdad configurara el estatus de la sociedad. Con este contexto desfavorable la sociedad se vio obligada a modificar y adoptar nuevos hábitos.

El sedentarismo, la mala alimentación y la ingesta de bebidas alcohólicas y sustancias tóxicas se volvieron el campo semántico de la vida cotidiana de la población moderna y la antesala de las enfermedades. Para la medicina estas nuevas condiciones de vida que adquiría la sociedad significaron tener una población más vulnerable ante los embates de una enfermedad, perfilarse a una mayor complejidad epidemiológica y enfrentarse a la emergencia de patologías ligadas a la modernidad urbana.

La dependencia que se ha dado entre lo social y biológico ha influido a tal grado que la medicina y el sector salud se han visto de frente con un proceso de salud-enfermedad más complejo, donde las enfermedades se caracterizan por ser malestares silenciosos y de estancias prolongadas. Las enfermedades que hoy asechan a la sociedad moderna son las enfermedades crónico degenerativas, en la actualidad éstas representan el 63% del número total de muertes anuales a nivel mundial, lo que significa que alrededor de 36 millones de personas cada año mueran por diabetes, neoplasias malignas⁸, enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónico respiratorias (Organización Mundial de la Salud, 2013).

⁸Los tumores cancerosos constituyen agrupaciones de células que adquieren un comportamiento anormal de la capacidad de dividirse y dejan de respetar las reglas de los organismos, las cuales imponen a las células normales de cada tejido un crecimiento restringido para que se logre el desarrollo armonioso del cuerpo humano (Cortinas, 1998: 18).

Mientras en América Latina, de acuerdo a los indicadores básicos Organización Panamericana de salud (2012), de cada 100 mil habitantes, 46.1 personas mueren por alguna enfermedad infectocontagiosa, mientras 109.8 personas de cada 100 mil habitantes muere por una de las enfermedades que se encuentra en el catálogo de enfermedades no trasmisibles, las neoplasias malignas (algún tipo de cáncer). En el caso de México las enfermedades crónicas degenerativas con más incidencias son: las enfermedades cardiovasculares con un 28% de mortalidad, los cánceres y la diabetes con un 13%, estas enfermedades representan un 78% de defunciones totales en México.

En resumen, tener más del 50% de población afectada por enfermedades crónicas supone una carga de sufrimiento creciente en la población mundial con efectos adversos en términos de muerte prematura, pérdida de calidad de vida, así como efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general (Rojo, 2013). El efecto social de estas anomalías es creciente ya que afecta a individuos en edades productivas y representan costos elevados para el sector salud (Córdova et al., 2008).

2) PERSPECTIVA BIOMÉDICA DE CÁNCER Y SU PANORAMA ESTADÍSTICO EN MÉXICO Y EL MUNDO

2.1 ¿Qué es el cáncer?

El cáncer constituye un grupo de enfermedades que han afectado a los seres humanos desde tiempos ancestrales. Existen registros de cáncer de hueso en momias egipcias del año 1600 a. c. Por ejemplo, el caso más antiguo de cáncer de mama data del año 1500 a. c. (Akulapalli, 2009), reportado en manuscritos, incluso, se tiene registro del tratamiento paliativo que se proporcionaba, y de la falta de cura ante la enfermedad. El nombre de “cáncer” lo recibe de Hipócrates (460–370 a. c.), por la palabra griega *karkinos* que significa cangrejo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2012).

El término «cáncer» se aplica genéricamente a más de un centenar de enfermedades diferentes de acuerdo con el órgano o tejido en el que se origina y el tipo de célula que lo origina. Los más frecuentes son los llamados carcinomas, que constituyen cerca del 90% de los cánceres, y que se generan en los epitelios o capas celulares que recubren la superficie de nuestro cuerpo (Cortinas, 1998: 15); entre los más comunes se encuentran: mama, cuello uterino, próstata, estómago, colon/recto, pulmón, boca, etc. Por otro parte están los sarcomas que se caracterizan por la formación de células en la sangre y que residen principalmente en la médula ósea y en los tejidos linfáticos; los más frecuentes de este tipo son: la leucemia, el sarcoma óseo, la enfermedad de Hodgkin y los linfomas no hodgkinianos (Gómez et al, 2008: 59).

Actualmente los estudios biomédicos acerca de esta enfermedad definen a los tumores cancerosos como una enfermedad promovida por la transformación de células normales incapaces de controlar su crecimiento, provocando complejos cambios en el material genético (Chacón, 2009: 182).

Se dice que el cuerpo humano está constituido por células, “aproximadamente unos 100 billones, mismas que son necesarias para el correcto funcionamiento de nuestros sistemas respiratorio, digestivo, circulatorio, nervioso etc. [...] todas la células se hallan perfectamente coordinadas a la vez que se interrelacionan entre sí” (Arguiles y López, 1998: 13). Sin embargo existe la posibilidad de que las células rompan con su ciclo natural de reproducción provocando la transformación de una célula normal en tumoral. Cuando esto sucede, las células no mueren cuando deberían morir y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las necesita, esta alteración es un proceso multifásico que se da en el material genético (ADN) de una célula que puede dañarse o alterarse, lo cual produce mutaciones (cambios) que afectan el crecimiento y la división normales de las células (Instituto Nacional de Cáncer, 2013).

Mantener un estado sano depende en gran medida al ciclo que las células presentan al interior del cuerpo humano, un ciclo normal consiste en que, según el *National Cancer Institute* (2000), en un inicio las células crecen y se dividen para formar nuevas células en

forma ordenada. Este proceso mantiene saludable al organismo, sin embargo algunas veces las células no mueren, contrariamente siguen dividiéndose dando lugar a masas de tejidos adicionales, comúnmente conocidos como tumores malignos o neoplasias malignas (Tinoco, 2009: 50).

“El crecimiento de esas células alteradas puede acentuarse y dar lugar a un tumor localizado; si este no invade a los tejidos vecinos se considera benigno⁹, pero si los invade entonces se está ante nuevas modificaciones en las células tumorales que traen consigo una proliferación limitada hacia tejidos aledaños dando lugar a tumores malignos o cancerosos”¹⁰ (Tinoco, 2009: 51).

Los tumores cancerosos son agrupaciones de células que adquieren un comportamiento anormal en la capacidad de dividirse, dejando de respetar las reglas del organismo. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber:

- Carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioleta e ionizantes;
- Carcinógenos químicos, como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico (contaminante del agua de bebida);
- Carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos (Organización Mundial de la Salud, 2013).

2.2 Factores de riesgo de cáncer

El cáncer, como muchas enfermedades crónicas, raramente tienen una causa única. Regularmente su desarrollo deviene de un proceso multifactorial, donde la mezcla e

⁹Generalmente pueden removerse y, en la mayoría de los casos, no reaparecen. Lo que es más importante, las células de tejidos benignos no se extienden a otras partes del cuerpo. Las células de tumores benignos permanecen juntas y a menudo son rodeadas por una membrana de contención. Los tumores benignos no constituyen generalmente una amenaza para la vida (Agency for Toxic Substances and Disease Registry, 2013).

¹⁰Las células cancerosas pueden invadir y dañar tejidos y órganos cercanos al tumor. Las células cancerosas pueden separarse del tumor maligno y entrar al sistema linfático o el flujo sanguíneo, que es la manera en que el cáncer alcanza otras partes del cuerpo. El aspecto característico del cáncer es la capacidad de la célula de crecer rápidamente, de manera descontrolada e independiente del tejido linfático donde comenzó, lo cual se llama metástasis (Agency for Toxic Substances and Disease Registry, 2013).

interacción de factores ambientales, genéticos, esporádicos, etc., dan como consecuencia el desarrollo de tumores malignos.

Por ejemplo, fumar es un factor de riesgo del cáncer de los pulmones, de boca, de garganta, de laringe, vejiga y otros órganos. Se cree que el consumo de tabaco es la causa del 85% de cánceres de pulmón; se calcula que a nivel mundial el 15% de todos los cánceres se debe al tabaco (25% en los varones, 4% en las mujeres) (Guinot, 2004: 39).

Otro factor de riesgo que es considerado responsable de la aparición de un tumor maligno son los factores hereditarios. Se cree que el 15% de los tumores son transmitidos verticalmente de padres a hijos durante generaciones, mientras el 85% de la patología oncológica es caratulada como esporádica, por lo tanto no relacionada a genes mutados heredados. El término esporádico engloba a que diversos factores que afectan a un individuo aumentan la probabilidad de desarrollar mutaciones que con el transcurrir de los años producen cáncer.

También existen factores influenciados por el estilo de vida, agentes biológicos y factores iatrogénicos y ocupacionales. Los factores que se relacionan a los estilos de vida y hábitos peligrosos destacan con la edad. Además, puesto que en los últimos años ha aumentado la esperanza de vida, es natural que haya aumentado la incidencia de los tumores, el trabajo cada vez es más sedentario, el consumo de ciertas sustancias (un ejemplo es el tabaquismo) es más frecuente y una alimentación no siempre correcta (Bruttomesso y Razzoli, 2005: 21), lo que incrementan la posibilidad de desarrollar cáncer.

Por otro lado están los agentes biológicos relacionados con las bacterias, parásitos y virus. Se dice que estos microorganismos aumentan entre dos o tres veces la posibilidad de desarrollar un cáncer (Bruttomesso y Razzoli, 2005: 19). Los factores iatrogénicos son aquellos ligados a diversas formas de radiación, agentes farmacológicos como los anabólicos, hormonas, anticonceptivos y analgésicos. Presentar una constante exposición genera daños en el ADN (Chacón, 2009: 185-186). Por último, los hábitos alimenticios peligrosos típicos de la civilización occidental son principalmente los excesos de grasas y

calorías, la falta de fibras, vitaminas y minerales y el elevado consumo de bebidas alcohólicas y de alimentos curados o conservados (Bruttumesso y Razzoli, 2005: 12).

Existe evidencia, desde hace más de treinta años, que las causas del cáncer asociadas a factores externos se distribuye de la siguiente manera (Ver tabla 1):

Tabla 1: Posibles causas de cáncer asociadas a factores de riesgo

Factor de Riesgo	Porcentaje (%)
Factor genético	1%
Polución ambiental	5%
Factores ocupacionales	8%
Causas infecciosas	15%
Tabaco	30%
Dieta	35%

Fuente: Elaboración propia con información de Cortinas 1998, Chacón 2009 y Guinot 2004

Según Tinoco

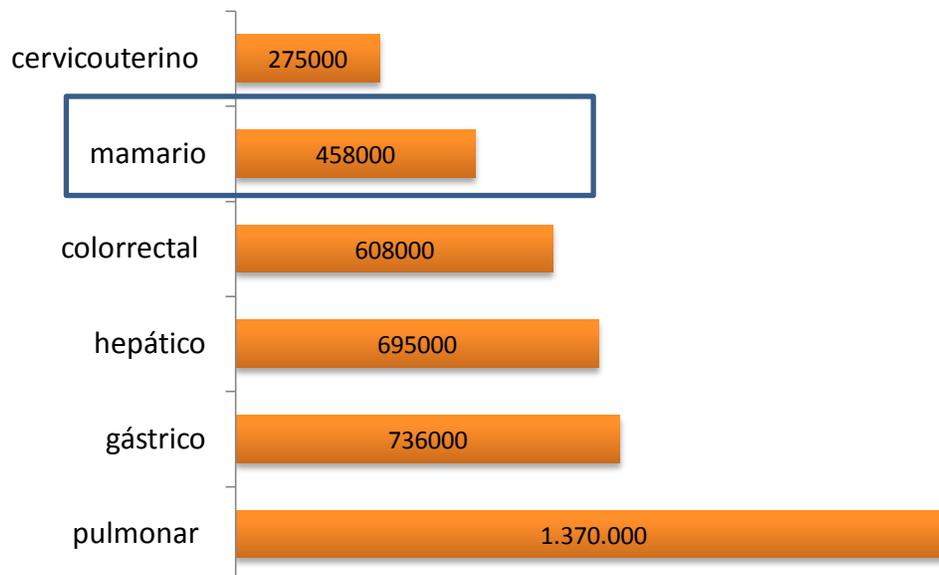
“La exposición de estos factores de riesgo está estrechamente relacionada con las condiciones de vida de las personas y los grupos sociales; y esas condiciones a su vez son producto de otros factores, tales como el modelo económico que impera en las sociedades, la políticas de salud y el manejo de los sistemas de salud, el contexto sociocultural, las políticas ambientales, etcétera” (Tinoco, 2009: 53)

Muchas personas que tienen uno o más factores de riesgo nunca desarrollan un cáncer, mientras que otras que padecen de esta enfermedad no tienen ningún factor de riesgo conocido. No obstante, es importante conocer acerca de estos factores de riesgo, de manera que puedan tomarse medidas apropiadas, tales como cambiar algún comportamiento que afecte la salud o someterse a controles minuciosos con el fin de detectar un posible cáncer (Cárdenas, 2011).

2.3 La epidemiología del cáncer en México y el mundo

El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13% de decesos) ocurridas en todo el mundo en 2008. Los principales tipos de cáncer a nivel mundial son los siguientes (Ver tabla 2):

**Tabla 2: Principales tumores malignos en el mundo
(Número de defunciones, 2008)**



Fuente: Elaboración propia con información de la Organización Mundial de la Salud, 2013.

Más del 70% de las defunciones por cáncer se registraron en países de ingresos bajos y medianos. En países en desarrollo como en África, Asia o Latinoamérica, con una alimentación dominada básicamente por los cereales, se ostentan elevadas tasas de cáncer de boca, esófago, laringe, estómago, hígado y cuello de útero. Sin embargo en las zonas de los países desarrollados como en Europa, Norteamérica y Australia, con dietas más ricas en grasas y alimentos procesados, los tumores más frecuentes suelen ser de colon, próstata o mama. El de pulmón, directamente vinculado con el consumo de tabaco, se sitúa en la primera posición en todo el mundo (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2011).

Los países con mortalidad (en términos absolutos) asociada a cáncer más elevada son los más poblados, o sea, China, India, Estados Unidos, Japón, Rusia y Alemania. Pero si se toma en cuenta el número de habitantes de cada país, los de mayor índice de mortalidad son los de América del Norte, Europa Occidental y Australia (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2011). Se prevé que el número de defunciones por cáncer siga aumentando en todo el mundo. Las tasas de cáncer podrían aumentar en un 50%, hasta 15 millones de nuevos casos en el año 2020 (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2011).

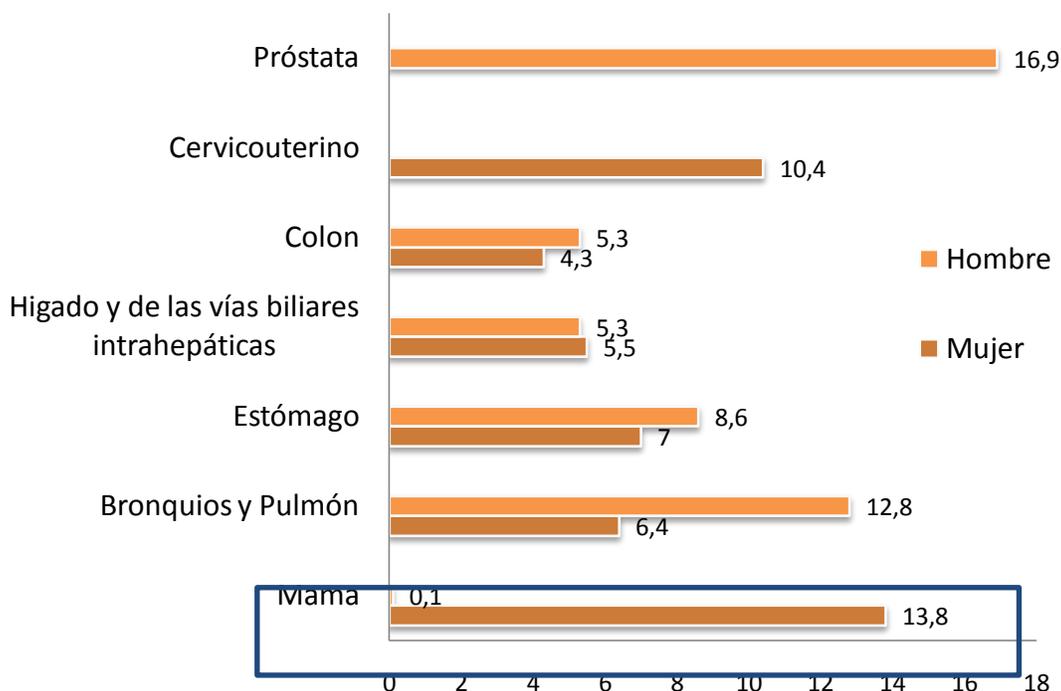
Por su parte, la Organización Panamericana de Salud (2011), reporta que de 2007 a 2009 en América Latina, la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de cáncer maligno es de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes. Las tasas más altas en la región se localizan en Uruguay (168.4 por cada 100 mil habitantes), Cuba (143.3) y Perú (136.6). México, tiene la tasa más baja de Latinoamérica (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).

Para el caso de México, entre el año 1922 y el año 2001, la proporción de muertes por cáncer pasó de 0.60% a 13.1% de la población. En el 2002 existieron 110,094 casos de cáncer, de los cuales el 34.9% se presentaron en hombres y el 65.1% en mujeres, reflejando también que a mayor edad es mayor la incidencia de casos (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2011).

En el año 2003 la mortalidad por cáncer en hombres presentó en los tres primeros lugares los siguientes: 4,563 defunciones por tumor en bronquios y pulmón, 4,231 por tumor en próstata y 2,757 por tumor en estómago. En contra parte los tres primeros lugares de mortalidad en las mujeres fueron: 4,330 defunciones por tumor en cuello del útero, 3,861 por tumor en mama y 2,376 por tumor en estómago (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2011).

En el año 2011 se observa la siguiente tendencia en México (Ver tabla 3):

Tabla 3: Porcentaje de defunciones en población de 20 años y más por principales tumores malignos, 2011



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012) "Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer"

Nota: el porcentaje es relativo por cada 100 mil habitantes

A pesar de las grandes campañas de información sobre la valoración, protección, intervención y sobre los tratamientos cada vez más efectivos, es innegable que mucha gente sigue falleciendo por este mal. Las causas de mortalidad por cáncer en la población de 20 años y más, varían en comparación de las presentadas en población menor de 20 años. Esto se debe a que existen factores relacionados con estilos de vida y los cambios de desarrollo del cuerpo que favorecen la aparición de ciertos tumores malignos como el de pulmón o estómago (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).

En 2011, entre los principales tumores malignos por los que fallece la población de 20 años y más en México, se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las mujeres mueren por cáncer de mama (13.8%), por cervicouterino (10.4%) y de estómago (7 por ciento). En tanto que los hombres fallecen por cáncer de próstata (16.9%), de

bronquios y pulmón (12.8%) y de estómago (8.6%) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).

La tasa de mortalidad observada se incrementa de forma importante a partir de los 50 años y ésta es más alta para la población de 80 y más años; es decir mientras en 2011, nueve de cada 100 mil adultos de 20 a 29 años fallecen a consecuencia de algún tumor maligno, esta cifra se incrementa hasta 878 de cada 100 mil adultos de 80 años y más (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).

3) PERSPECTIVA BIOMÉDICA DE CÁNCER DE MAMA Y SU PANORAMA ESTADÍSTICO EN MÉXICO Y EL MUNDO

3.1 ¿Qué es el cáncer de mama?

El cáncer de mama es una de las neoplasia malignas que se conoce desde épocas antiguas. La descripción más antigua del cáncer de mama proviene de Egipto y es del año 1600 a. c. aproximadamente. Después de ese registro sigue el papiro de Edwin Smith (1862) donde describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada “la orquilla de fuego”, el escrito dice sobre la enfermedad, que “No existe tratamiento”(Gómez et al., 2008: 59).

Fue hasta el siglo XVII que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio y se lograron algunos avances médicos con respecto a la enfermedad. En dicho siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y posteriormente el cirujano Benjamín Bell (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomía radical). La comprensión y el avance fue seguida por William Stewart Halsted quien inventó la operación conocida como “Mastectomia Radical de Halsted”, procedimiento que había sido popular hasta los últimos años de la década de los setenta (Gómez et al., 2008: 59).

La descripción biomédica que hoy se tiene del cáncer de mama entiende a la enfermedad como la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular perteneciente a distintos tejidos de una glándula mamaria¹¹ (Lugones y Ramírez, 2009: 160). El cáncer de mama es una neoplasia maligna que tiene su origen en la proliferación acelerada e incontrolada de células que tapizan, en 90 % de los casos, el interior de los conductos que durante la lactancia llevan la leche desde los acinos glandulares, donde se produce, hasta los conductos galactóforos, situados detrás de la areola y el pezón, donde se acumula en espera de salir al exterior (Lugones y Ramírez, 2009: 160).

Según Eiermann y Bottger (1995) existen diversos tipos de cáncer de mama, estos son: el carcinoma ductal *in situ*, confinado en la luz de los ductos o de los acinosglandulares; el carcinoma ductal infiltrante o invasivo, esta variedad es más frecuente en el hombre que en la mujer; el carcinoma lobular *in situ*; el carcinoma lobular invasivo, tiene su origen en los propios acinosglandulares y el carcinoma inflamatorio (Lugones y Ramírez, 2009).

El nombre de carcinoma hace referencia a la naturaleza epitelial de las células que se convierten en malignas. En realidad, en sentido estricto, los llamados carcinomas de mama son adenocarcinomas, ya que derivan de células de estirpe glandular (de glándulas de secreción externa) (Lugones y Ramírez, 2009: 161).

El cáncer de mama se clasifica en cinco estadios (O al IV). En el I, el tumor en la mama, mide menos de 2 cm y no se ha diseminado afuera de la mama. A partir de estadio II se ubica en los ganglios linfáticos axilares; según el Instituto Nacional de Cáncer (INCan), esto ganglios son un factor de pronóstico relevante ya que las lesiones en ellos determinan la evolución y sobrevivencia de la paciente, y la presencia de metástasis se relaciona con posibles recaídas y disminución de la sobrevivencia (Instituto Nacional de Estadística y

¹¹La glándula mamaria se compone de lóbulos y lobulillos conectados mediante conductos, y esta enfermedad afecta a una, o ambas, de las estructuras mencionadas (Cortinas, 1998: 21).

Geografía, 2013). Una neoplasia de una mama de 1 cm realiza cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño, por lo que este cáncer tiene, como mínimo, unos 7 años de evolución (Branda y Villaseñor, 2006: 148).

3.2 Factores de riesgo de cáncer de mama

En diversos estudios que se han realizado acerca de la asociación que el cáncer de mama tiene con algunos factores de riesgo encontramos que existen cuatro principales causas que provocan el padecimiento. Sin embargo, hay que dejar claro que éstos no siempre son una regla a seguir ya que del 70% de los cánceres de mama detectados no se tiene una variable exacta que explique su desarrollo.

El primero factor de riesgo corresponde a la información genética, aunque solo el 5% y 10% de padecimientos detectados son resultado de este factor, se dice que las mujeres más vulnerables a padecerlo son aquellas que en su información genética tienen la presencia de los genes BRCA1, BRCA2 o P53.

El gen BRCA1 no es muy común, pero se dice que este gen se presenta en familias con inicio temprano de cáncer de mama y de ovario. Entre un 50 a 85% de las mujeres con mutaciones de genes BRCA1 tienen una posibilidad más alta de desarrollar cáncer en el transcurso de sus vidas. Otros genes se asocian con un aumento en el riesgo de cáncer de mama y otros tipos de cáncer, tales como BRCA2, mutación ataxia-telangiectasia y TP53, el gen supresor de tumor. Se han encontrado mutaciones de TP53 en aproximadamente el 1% de cánceres de mama en mujeres de menos de 40 años de edad (Gómez et al., 2008: 63).

Alejandro Mohar Betancur director del Instituto Nacional de Cancerología en México afirma "El componente genético es importante pero es menor", dice que "de las 900 pacientes que vemos con cáncer de mama sólo 5% tiene los marcadores BRCA1 o BRCA2"(Vargas, 2013). En Estados Unidos al igual que en México, sólo entre 5% y 10% de todos los casos de cánceres de mama se deben a mutaciones en los genes BRCA1. Esto quiere decir que la carga genética no necesariamente implica la regla a seguir.

Otro hallazgo con relación al factor genético es la historia familiar (herencia genética), se dice que las mujeres cuyas madres o hermanas tuvieron cáncer de mama tienen de tres a cuatro veces más posibilidades de desarrollar dicha enfermedad. Este factor de riesgo es mayor si el cáncer de mama de la madre o hermana ocurrió antes de la menopausia o fue bilateral y en aquellas en donde la historia familiar se remonta a dos o más familiares de primer o segundo grado. A pesar del peso que se le ha dado a la tradición genética, se pone en entredicho esta afirmación cuando se sabe que el 75% de los casos de mujeres con cáncer de mama no tienen historia familiar de dicha enfermedad.

Otro factor que está directamente ligado con el desarrollo del cáncer de mama son los factores endocrinos, los cuales se han caracterizado por ser causas que no dependen exclusivamente de causas externas, sino están estrechamente relacionadas con la constitución biológica y estilos de vida que cada mujer desarrolla a lo largo de su vida principalmente con los patrones reproductivos. Se dice que la duración de la vida menstrual de la mujer, en especial el inicio de la menarca, (menstruación antes de los 12 años), el inicio tardío de la menopausia (después de los 55 años), embarazo en edad avanzada (tener un hijo después de los 30 años de edad) y la ingesta de anticonceptivos orales (por más de cinco años), son procesos que forman parte del estadio natural de la mujer. Los procesos biológicos que la mujer vive a lo largo de su vida se han visto condicionados por los contextos socioculturales, psicológicos y económicos en el cual la mujer se desenvuelve, provocando una alteración o modificación al curso natural de estos procesos.

López-Ríos y colaboradores (1997) realizaron un estudio de casos y controles sobre cáncer de mama en la Ciudad de México, y se identificó que las mujeres que no han tenido hijos o que su primer embarazo completo fue después de los 35 años de edad tienen 1.5 veces de probabilidad de mayor incidencia de CaMa que las que tuvieron varios partos antes de esa edad. Varios autores han descrito la evidencia de que la paridad y la lactancia tienen un efecto protector con respecto al CaMa (Gómez et al., 2008: 67). No cabe duda que el factor genético y los factores endocrinos juegan un papel importante cuando se trata de explicar el porqué del CaMa y es que la lectura que la medicina hace de ellos, recae de nueva

cuenta en una interpretación ambigua donde los señala como “los determinantes de la salud más no como los determinantes de la inequidades en salud” (Álvarez, 2009: 72).

Un tercer factor de riesgo es el relacionado con la ingesta de alimentos, principalmente con el abuso en el consumo de grasas, saturadas e insaturadas, sobre todo de origen animal, aun “no se sabe si el riesgo ligado al consumo de carne se debe a las sustancias contaminantes organocloradas presentes en la grasa de la carne, ya que los compuestos que se utilizan como conservantes en la elaboración del fiambre son también sustancias cancerígenas conocidas. Lo que complica aún más las cosas es el plástico xenoestrogénico, en el que se empaqueta o almacena la carne, así como el posible impacto del método de cocción de la carne” (Servan, 2009: 135); lo que sí se conoce es que si se reduce el consumo de carne el riesgo de desarrollar CaMa se reduce a la mitad (Servan, 2009).

Particularmente el aumento en el consumo de grasas se ha considerado como un determinante en la variación en las tasas de incidencia y prevalencia de CaMa. Recientemente Freedman y colaboradores, realizaron una revisión extensa de estudios de cohortes publicados en donde se planteaba como hipótesis un vínculo entre la dieta rica en grasas y el CaMa, y en dichos estudios se concluía que dicho vínculo era iluso. Freedman y colaboradores en su muy reciente y amplio estudio de meta-análisis de cohorte nutricional encontraron que existe una asociación modesta entre la ingesta de grasa y el CaMa, aunque se requieren mayores evidencias para afirmarlo (Gómez et al., 2008: 63). Por último, la exposición a sustancias químicas, radicación, consumo de drogas son factores ambientales que contribuyen de igual forma al desarrollo del padecimiento.

Es evidente que las investigaciones que se han hecho en relación a los posibles factores que desarrollan el CaMa aun son inciertas ya que ningún estudio hasta el momento ha podido acreditar que alguno de estos factores tenga mayor peso o relevancia en la incidencia de la enfermedad, por lo tanto estos hallazgos deben ser tomados y dados a conocer únicamente como posibles canales de desarrollo de la enfermedad más no como factores excluyentes.

3.3 La incidencia de cáncer de mama en México en las últimas dos décadas (1990-2010)

La mortalidad por cáncer de mama se incrementó en muchos países a partir de 1950 y hasta 1980, particularmente en algunas regiones del este y sureste de Europa, y se redujo a partir de 1990, gracias a la evolución de las terapias. A pesar de los avances de la oncología moderna, el CaMa sigue siendo la primera causa de muerte de mujeres a nivel mundial. Las tasas de incidencia más altas se encuentran en Europa y Norteamérica con cifras estandarizadas de 99.4 casos por cada 100 mil mujeres. En el sur y centro de América, excepto Brasil y Argentina con incidencias también altas, se ha reportado una incidencia de moderada a baja de esta enfermedad. Al respecto, México se ubica en un nivel intermedio con tasas cuatro veces menores (Consenso Nacional sobre el Tratamiento de Cáncer Mamario, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2012) pronostica que año con año se registran aproximadamente 1.38 millones de casos nuevos, de los cuales se estima que casi 520 000 mil casos terminarán en decesos. Este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en los países desarrollados, pero se tiene un mayor impacto en los países de bajo y medio ingreso como México debido a que existen circunstancias económicas, culturales, sociales que incrementan el grado de complejidad de la enfermedad. Por ejemplo, el tabú que existe en relación a la sexualidad, la falta de educación que la sociedad tiene respecto del cuidado de su salud, la falta de inversión y desarrollo tecnológico en el sistema de salud, y el sube y baja de la economía son algunas de las barreras que le impiden a la población: a) tener un cuidado continuo de su salud, b) involucrarse en la promoción de la salud y c) mantenerse informado sobre las campañas de prevención de CaMa.

Cabe resaltar que las barreras económicas, sociales y culturales juegan también un rol importante en el desempeño del sistema de salud en México. Recordemos que a principios del siglo XX, el sistema de salud comenzaba a experimentar un impulso que lo llevó a contar con una infraestructura que alcanzaba a la mayor parte del país y a disponer de una organización que comprendía los niveles estatal y jurisdiccional. La estabilidad que tuvo el sistema de salud mexicano en ese periodo fue gracias al esfuerzo e innovaciones que

médicos, enfermeras sanitarias y líderes hicieron en el mundo hospitalario del país. Sin embargo este impulso, que llevaba varias décadas, comenzó a experimentar una evidente decadencia a finales de los años 60 (Martínez, 2013: 56). A consecuencia de la entrada de médicos involucrados en la esfera política, la corriente pragmatista, que ha sido el perfil de los médicos desde ese periodo, ha llevado a crear programas en atención a la salud de alto impacto y gran visibilidad pero de poca trascendencia, al igual que ha generado un mundo hospitalario invalido, donde su infraestructura se torna insuficiente. Los equipamientos son análogos en contraste con nuevas tecnologías, los recursos humanos carecen de una formación especializada y los servicios en atención médica se vuelven despersonalizados y con tiempos de espera prolongados. La falta de compromiso que los encargados del cuidado de la salud y el Estado han tenido con la salud-enfermedad de la sociedad han colocado al sistema de salud de México en una de sus peores crisis.

Los últimos resultados que la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE, 2011)¹² ha publicado en torno al Panorama de salud entre sus países miembros señalan que México tiene uno de los sistema de salud con menor infraestructura hospitalaria, con menores insumos médicos y con el menor perfil de médicos especializados así como enfermeras. Y es que si comparamos el número de doctores que hay por cada cien mil habitantes encontramos que hay solo 2.2 médicos y 1.7 camas por cada mil habitantes. Cifras que resultan alarmantes si comparamos estos y otros datos con los distintos sistemas de salud de los países miembros, y la línea media que ofrece la OCDE.

La falta de compromiso que el Estado y el sistema de salud ha tenido con el cuidado de la salud-enfermedad de la sociedad se ve reflejada en la apatía que el individuo tiene de su

12La OCDE a través de un estudio comparativo de los Sistema de Salud (SS) de sus 30 países miembros en el año 2009 recopiló indicadores comparables (servicios de salud universales, sostenibilidad financiera y eficiencia de los sistemas de salud por mencionar algunos) que le permitieron observar la evolución y calidad de cada uno de los diferentes SS. De ahí partió para establecer un promedio entre su países miembros para fomentar el crecimiento de cada uno de los SS. En ese año el SS de México contó apenas 2 médicos, muy por debajo de la línea promedio de la OCDE de 3.1, en comparación Argentina tiene 3 médicos por cada mil habitantes; situación muy similar con el número de camas México solo se tiene 1.7 camas por cada mil habitantes, mientras Argentina se posiciona con la mayor capacidad de camas con 4.5, Chile 2.3 y Brasil 1.8 (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2011).

propia salud. La ausencia de un Seguro de Salud (SS) íntegro hace imposible que la sociedad se sienta salvaguardada y por ende protegida, provocando que el individuo no desarrolle una empatía por el fomento al cuidado de su salud, originando que las enfermedades se detecten a etapas avanzadas y por consecuencia las tasa de mortalidad se eleven, como lo que ocurrió con el cáncer cérvico uterino (CaCu) y el CaMa en la década de los ochenta en México.

El CaCu y el CaMa ocuparon el primer y segundo lugar como causa de mortalidad en la mujer de 25 años y más en los años ochenta con una tasa de 19.7 para CaCu y 9.5 CaMa, que comparadas con las de 23.7 para cáncer del cuello del útero y 13.9 para cáncer mamario en el año 1990, representan un aumento de 20% y 46% en la tasa de mortalidad (Secretaría de Salud, 1994).

El crecimiento de las tasas de mortalidad de ambas enfermedades ha sido el lastre del SS en las últimas tres décadas, en un inicio el CaCu fue la preocupación más pronta del SS de México debido a que es una enfermedad que se da por la practica sexual sin protección. Una vez reconocido el problema del CaCu, el SS comenzó establecer los primeros tratamientos de tamizaje¹³ y desarrolló campañas enfocadas a la atención sexual y reproductiva de la mujer.

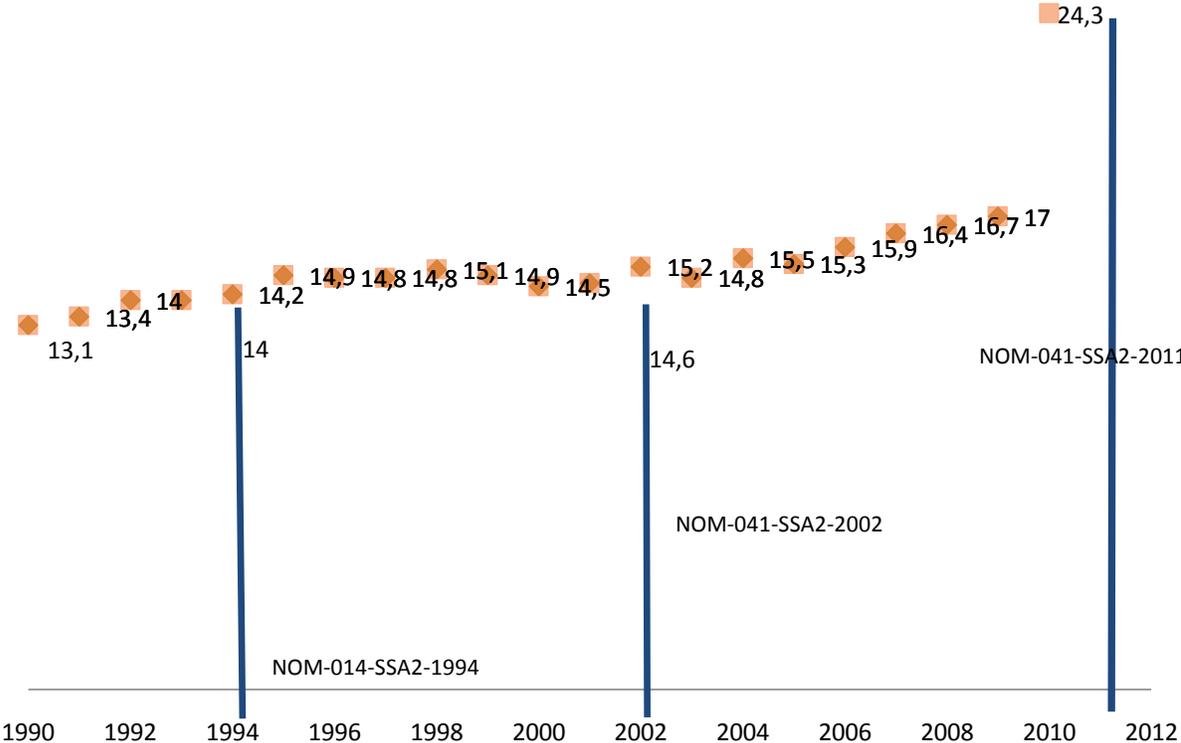
Aunque aún falta por emprender tratamientos y campañas integrarles que compitan contra el CaCu, del año 1990 al 2008 se observa una tendencia a la baja de la tasa de mortalidad. Actualmente este tipo de cáncer representa en promedio el 16% de las muertes por tumores malignos en mujeres (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2011). Mientras en el año 2006 el CaMa se convirtió en la primera causa de muerte en mujeres arriba de 25 años y más.

De acuerdo con los datos que tiene el Registro de Histopatología Neoplasia Maligna (RHNM), desde 1984 se afirma una tendencia a la alza de la tasa de mortalidad del CaMa. El

¹³ El tamizaje es una estrategia de salud pública que implica el uso de pruebas en individuos o población sin signos o síntomas de enfermedad de interés, con el propósito de identificar a aquéllos con mayor posibilidad de presentara la condición. El subgrupo de población sospechosa debe someterse a una valoración posterior, que permita descartar o confirmar efectivamente la presencia de un cáncer de mama (Díaz et al., 2005: 95).

primer registro es de 1980 con una tasa de defunciones de 1,226, en 1994 cuando se instauró la primera Norma Oficial NOM-014 contra la prevención del CaCu y el CaMa la tasa fue de 2,772 casos. Ocho años después con la primera modificación a la Norma NOM-041 se contemplaron 3,851 defunciones y ya para el año 2011 se tiene un registro de 5,001 defunciones. Esto significa que el CaMa se triplicó en las últimas tres décadas y sigue creciendo como problema de salud pública (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2011) (Ver Tabla 3).

Tabla 3: Tasa de mortalidad por cáncer de mama en México (1990-2010)



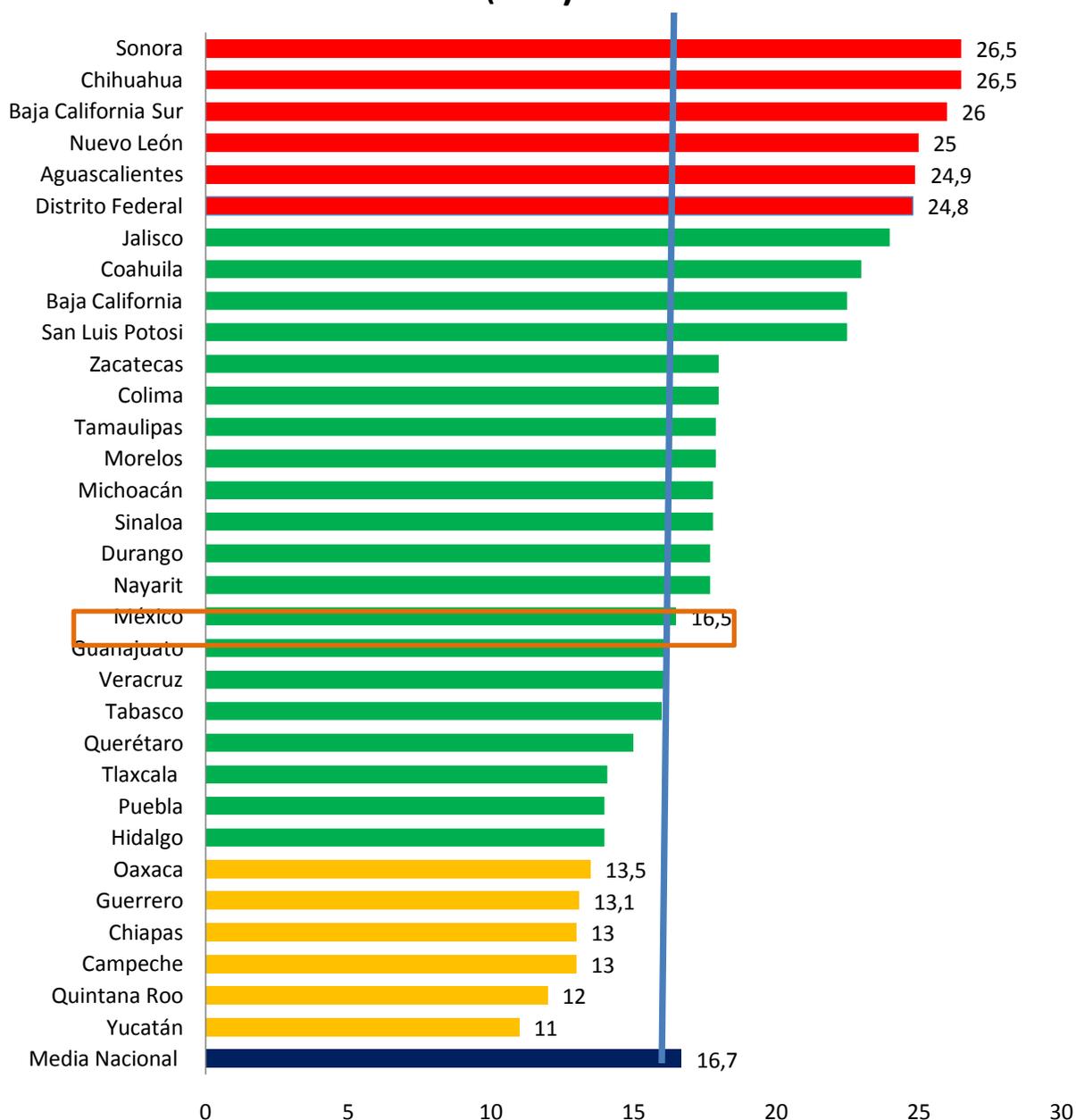
Fuente: Elaboración propia, con información de Cárdenas, J. et al (2011) "Consenso Nacional sobre diagnóstico y tratamiento del Cáncer mamario" en *Gaceta Mexicana de Oncología*. Volumen 10, número 5, septiembre-octubre. pp. 1-58.

De la mano con el incremento de casos de mortalidad se ha observado también un incremento en la edad de diagnóstico. En el periodo de 1985-1986 la edad con más incidencia era de 40 a 49 años. El segundo corte fue de 1993-1996 siendo la misma edad,

Sin embargo el siguiente rango de edad más cercano fue de 45 a 49 años, de 2004 a 2006 la edad con mayor probabilidad de desarrollarlo fue de 45 a 49. Lo anterior significa que la edad promedio es de 52 años en el periodo de 1985 a 1996 y se incrementó a 55 años en promedio en el periodo del 2004 al 2006 (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2011).

Por otra parte, el análisis de la mortalidad por área geográfica muestra diferencias notorias por entidad federativa (Ver tabla 4).

Tabla 4: Mortalidad por cáncer de mama por entidad federativa (2008)



Elaboración propia con información obtenida del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2011) *Perfil epidemiológico de los Tumores Malignos en México*. México. Secretaría de Salud.

Nota: Tasa por 100 mil mujeres de 25 años y más.

Cabe resaltar que dieciocho estados de la república tienen una tasa de mortalidad de CaMa superior a la línea media nacional de 16.7. Los estados con más alto índice de decesos se encuentran en la zona norte del país, entre ellos están Sonora con 26.5, Chihuahua con

26.5, Baja California Sur con 26, Nuevo León con 25, y Aguascalientes con 24.9. El Distrito Federal es la única zona del centro con un número similar a la tasa de mortalidad de la parte norte del país con 29.8.

En contraste encontramos que solo catorce entidades están por debajo de la línea media nacional, los estados del sur son las sociedades con menos decesos, por ejemplo Yucatán es el estado con la más baja tasa de mortalidad de CaMa con 11, seguida de Quintana Roo con 12, Chiapas y Campeche con 13, Guerrero con 13.1 y Oaxaca con 13.5.

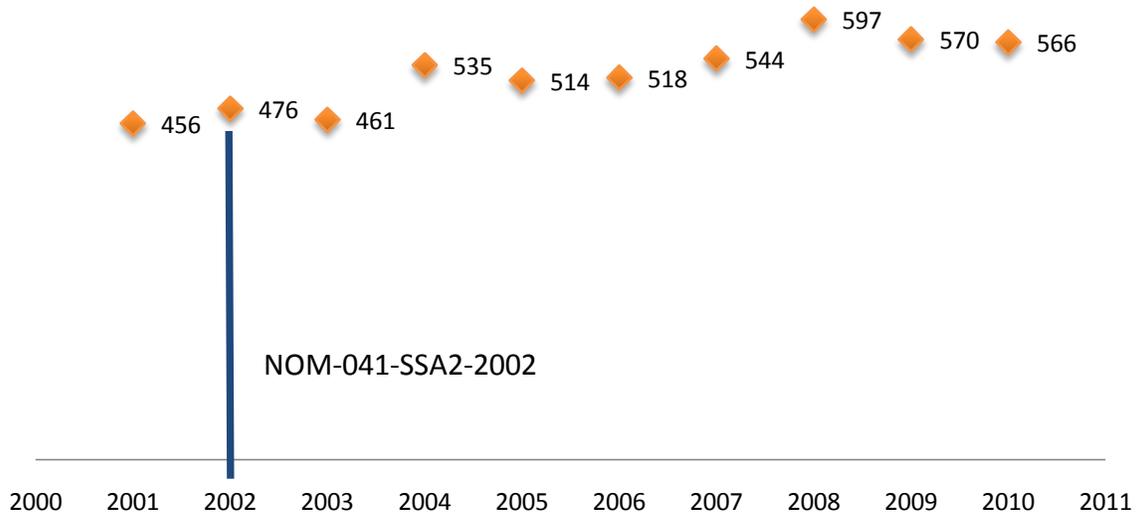
Es obvio que exista una diferencia de casos de CaMa entre los estados del norte y del sur. Mientras la mujer de la zona rural aún es productora de sus alimentos, goza de mayores espacios naturales y sin contaminación, y hasta cierto punto es libre de ejercer cualquier tipo de actividad laboral; la vida de la mujer de la zona urbana se ve cooptada por la diversificación económica, por los nuevos estilos de vida que se simplifican en el sedentarismo, el estrés y la depresión y el consumismo.

El modelo neoliberal en la vida cotidiana de la mujer ha influido a tal punto que la importancia del cuidado de la salud se ha malinterpretado manifestándose en la firme convicción de que el cuidado de la figura femenina es sinónimo de bienestar anímico, asegurando que lo que se refleja al exterior es una manifestación del interior. La mediatización tan ambigua que se le ha dado a la salud solo encumbra lo corpóreo y estético menospreciando la importancia que tiene conocer los recursos que tiene el cuerpo y su capacidad para hacer frente a la salud-enfermedad (Servan, 2009).

La mujer de la ciudad ha desdibujado la importancia de una alimentación sana con el remplazo de vitaminas y suplementos alimenticios, ha transformado el ejercicio en dietas rigurosas y pastillas milagrosas, ha dejado de procurar la salud interna por alimentar la apariencia externa. Esta nueva ambivalencia ha trasgredido los patrones biológicos de la mujer alterando el cauce natural de su organismo.

En lo que respecta al Estado de México se presenta la siguiente tabla (Ver tabla 5).

Tabla 5: Número de defunciones por cáncer de mama en el Estado de México (2000-2011)



Fuente: Elaboración propia con información Mortalidad Cáncer de mama 200-2012. Secretaria de Salud (2013) y del Centro Oncológico del Estado de México (2008).

El estudio por área geográfica revela que el Estado de México es una de las entidades con menor tasa de fallecimientos (4.6), a pesar de concentrar el mayor número de población. La poca tasa de mortalidad que se tiene registrada en la entidad es consecuencia del desplazamiento que la mujer realiza a la ciudad de México, donde por lo regular es atendida. El traslado que realiza la mujer en esa entidad es consecuencia de que dentro del estado solo se tiene el Centro Oncológico del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), unidad que atendía exclusivamente a trabajadores del gobierno estatal, lo que generaba que la población sin seguridad social convencional se trasladara a recibir atención médica al Instituto Nacional de Cancerología (INCan), quedando su tratamiento registrado en la base de datos del Distrito Federal.

Romero (2010) en su estudio *Cáncer de mama en mujeres, un acercamiento a sus experiencias de vida* observa que en la entidad mexiquense existen 5 municipios con la tasa de mortalidad más alta. Ecatepec en el año 2005 registraba 74 defunciones, Naucalpan de Juárez 52, Nezahualcóyotl 53, Tlalnepantla de Baz 50, Atizapán de Zaragoza con 19 y Toluca

19. Esto significa que la zona oriente es una de las más afectadas ya que el 60% de casos de CaMa se concentraban ahí. La últimas estadísticas de CaMa en el Estado de México indican que existen aproximadamente 6 mil 200 nuevos casos, de los cuales mil 400 pacientes mueren.

4) ¿Políticas de prevención? y cáncer de mama en México

En los últimos años las definiciones de las políticas de salud han pasado a considerar especialmente el valor de las prácticas de prevención. Estas han sido definidas sobre todo “como aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y facultad a las comunidades de consolidar y crear ambientes donde se promueva la salud y se reduce los riesgos de enfermedad” (Zas, 2001: 3).

Bajo el discurso de la prevención, la medicina y la salud pública han consolidado una forma de pensar y actuar para atender el proceso salud-enfermedad. Se sabe que tener un sistema de salud es más eficaz con medidas preventivas. Es menos costoso realizar políticas que promuevan estilos de vida saludable a efectuar intervenciones curativas que implican costos económicos tanto para el Estado como para la sociedad.

En 1986 en Ottawa, Canadá, con patrocinio de la OMS, se llevó a cabo la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud donde se señalaba que es necesario facilitar el proceso según el cual se pueda movilizar “a la gente para aumentar su control sobre su salud y mejorarla[...] para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social [...] ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar y adaptarse al medio ambiente” (Zas, 2001: 3). Bajo esta directriz la OMS marcó las pautas para que otros organismos de salud de carácter regional, como la Organización Panamericana de Salud (OPS), y otros de carácter estatal, como las secretarías de salud de los diversos países o los centros o institutos oncológicos, implementen políticas de “prevención”, diagnóstico oportuno y tratamiento a personas y grupos vulnerables a desarrollar CaMa (Tinoco, 2011: 106).

Fue así que en 1994 México adoptó el discurso de “prevención” de la OMS y estableció la primera política de prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello uterino y de la mama en la atención primaria. La Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 tuvo como objetivo reducir las tasas de mortalidad y morbilidad de cáncer de cuello de útero y CaMa, así como las complicaciones que estos padecimientos generen; el objetivo que se planteó fue muy ambicioso porque pretendió contrarrestar dos de los grandes problemas de salud de ese momento.

En el año 1991 se tenía una tasa de mortalidad de 23.7 para cáncer de cuello de útero y 13.9 para cáncer mamario. Comparado estas cifras con las registradas en 1980 donde se tenía 19.7 para cáncer del cuello del útero y 9.5 para cáncer mamario, representa un aumento de 20% y 46% respectivamente (Secretaría de Salud, 1994).

Haber utilizado un solo marco de prevención para resolver tanto el problema del cáncer de cuello uterino y el CaMa, da muestra que durante ese periodo el sistema de salud mexicano no tenía un conocimiento preciso de las consecuencias sociales, psicológicas y económicas que originaba tener una sociedad enferma con estos padecimientos. Tanta fue la obviedad que se le dio a los dos problemas de salud que se estableció como primera etapa de prevención la educación para la salud y la promoción de la participación social para ambos casos. Estas acciones estaban orientadas a tomar conciencia y autoresponsabilidad en individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que proporcionaran facilidades y participaran activamente en las acciones de promoción de la salud, cuidados y control de estas enfermedades (Secretaría de Salud, 1994).

Con esta primera medida de prevención el gobierno en compañía con instancias de educación y salud orchestaron un supuesto frente común a favor de concientizar a la sociedad de la importancia que tiene una buena alimentación para la protección inmunológica del organismo y de las ventajas que tiene el realizar ejercicio físico continuamente. También se pensó que se fomentaría la práctica de desarrollar y mantener ambientes sanos y se ensañaría la importancia que tiene la práctica sexual con protección. Cabe resaltar que esta última acción tuvo un impacto importante entre las mujeres y,

aunque ha sido lento, el uso de métodos anticonceptivos en la vida sexual de la mujer se ha convertido una necesidad básica para su propio desarrollo, a tal punto que la ha permitido planificar una vida reproductiva, sexual y le ha brindado la confianza de saberse “sana” biológicamente.

Todo indicaba que la primera etapa de prevención dismantlaría los escenarios donde surgen o se reproducen las causas de riesgo, sin embargo, esa idea se quedó solo en las buenas intenciones porque tanto el gobierno como el sistema de salud atropellaron esta medida y se pronunciaron a favor de las estrategias de la medicina positivista, donde la instrumentación tecnológica ha sido el terrero de mayor exploración y mejores resultados que la medicina ha tenido para el cuidado de la salud-enfermedad.

Tras concluir el Gobierno y la Secretaria de Salud que es mejor desarrollar un esquema científico que ayude a verificar de manera “pronta y oportuna” si una mujer es propensa a desarrollar cáncer, se comenzó a dar mayor difusión a la segunda etapa de prevención, la cual consistió en medidas para la detección precoz del cáncer. Para el caso del CaMa las medidas de detección precoz fue: la autoexploración, el examen clínico y la mastografía, cada una con su respectiva cláusula, por ejemplo, la exploración clínica debía ser anual en mujeres mayores de veinticinco años, la autoexploración mensual y la mastografía practicarse cada dos años después de los cuarenta años (Secretaría de Salud, 1994).

Los tres ejes de acción que se pusieron en marcha garantizaban a la mujer una sobrevivencia de un 95% a diferencia de las mujeres no controladas que solo alcanzarían un 75% (Secretaria de Salud, 1994). Ya que la ejecución de cualquiera de estas medidas ayudaba a la mujer a descubrir en etapa temprana si tenía CaMa, y si lo presentaba recibir un tratamiento adecuado y oportuno.

Tanto para el Estado como para el sistema de salud fue más fácil cubrir con la visión ambigua de la medicina (curar a los que ya están enfermos y procurar a los que aún no lo están), y mantuvieron la complicidad con el modelo neoliberal de permitir reproducir estilos de vida poco saludables, desarrollar condiciones estructurales poco favorables y

establecer instituciones de salud con el menor grado de responsabilidad por el cuidado de la salud-enfermedad de la sociedad.

Con estas sombras como telón de fondo, el Sistema de Salud de México comenzó, aunque lentamente, a ser dotado con nueva tecnología e infraestructura en el área de oncología. Mastrografos, ultrasonidos, perfiles de médicos especializados (oncólogos, patólogos y radiólogos), y una amplia red hospitalaria de atención de primer, segundo y tercer nivel, fueron algunos de los nuevos insumos que la oncología mexicana comenzó a tener.

A pesar del brío que se le comenzó a dar a la oncología mexicana, con la profesionalización médica, los avances tecnológicos y los nuevos espacios hospitalarios, surgieron contrapartidas negativas. Por un lado las modernas técnicas de diagnóstico mediante imágenes como las mamografías, ultrasonidos, radiologías, tomografías y resonancia magnética, fomentaron la despersonalización médico-paciente.

Por ejemplo el interés por conocer el lenguaje del miedo, del dolor, de las emociones y saber los escenarios de las familias, amigos, trabajo, pareja, sexualidad, que las mujeres con CaMa viven, se convertiría en una condición de escepticismo para los médicos quienes argüían que la principal enseñanza de la medicina es curar, lo cual nos les permite explorar dichas expresiones y los encajona exclusivamente en diagnosticar y tratar enfermos, olvidando la importancia que tiene las relaciones afectivas para la recuperación del enfermo (Álvarez, 2002).

De forma paralela otro de los fenómenos que se ha reproducido desde que se adoptó la mastografía y el examen clínico como “medidas de prevención”, ha sido el costo tan elevado que las instituciones de salud ha tenido que pagar para que estas estrategias de detección precoz puedan ser aplicadas a toda la población femenina. Se sabe que la introducción de ambas medidas ha implicado para el Sistema de Salud cambios en la estructura y procedimientos en la mayoría de las instituciones de salud donde no están preparados (Córdova et al., 2008). La aplicación de la mastografía y examen clínico requieren de un mayor número de doctores especialistas, principalmente oncólogos y

radiólogos, quienes por lo regular se limitan exclusivamente al tratamiento de las complicaciones poniendo en segundo terreno la promoción de la salud.

A la vez que se adoptaba un nuevo perfil médico, también se comenzó a dar una oleada de cambios en la red hospitalaria. Los hospitales de primer nivel, clínicas y los consultorios médicos donde regularmente se pone en práctica la medicina preventiva, se fomenta la promoción de la salud y se enseña a mantener estilos de vida saludables han sido desplazados por hospitales de segundo y tercer nivel donde se especializan principalmente en brindar atención clínica, basada en la curación y tratamiento del paciente. El desarrollo de esta infraestructura ha significado un incremento en el financiamiento, ya que los insumos e instrumentos tecnológicos que se necesitan para brindar atención de vanguardia y tratamientos adecuados son de costos elevados.

El costo para adquirir tecnología de punta ha significado para el Sistema de Salud un incremento en el gasto de inversión, el cual no siempre resulta ser la solución al problema. Ejemplo si no se tiene el personal médico con los conocimientos suficientes para el manejo de estos nuevos mecanismos la inversión de capital que se haya realizado se vuelve de poca utilidad para el fin que se adquirió.

En resumen, se puede decir que la introducción y el desarrollo de estas nuevas prácticas y modelos de acción han colocado al Sistema de Salud en una de sus peores crisis, porque ha descontextualizado las verdaderas necesidades que el sector salud requiere para realizar una verdadera política de salud dirigida a prevenir el CaMa.

La coyuntura que se ha dado en el Sistema de Salud por tener un sector capaz de brindar atención de calidad, universal y de bajo costo, es consecuencia del enfrentamiento que existe entre los intereses particulares y sociales que hay detrás del cuidado de la salud. Por un lado, el Estado no ha querido hacerse responsable de la salud a pesar de que sabe que es un derecho social que le compete y atañe, y la apatía que ha presentado por fomentar este derecho social se refleja en la forma de hacer política social, misma que se expresa con la redefinición de los vínculos estado-sociedad cuyos componentes centrales son:

desplazamiento de la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, empleo, entre otros) para los individuos o grupos; asistencia selectiva vía paliativos a los grupos de mayor marginación o de pobreza extrema, por ejemplo, mediante servicios públicos de bajo costo y mala calidad; privatización de la producción estatal de bienes y servicios que conduce a la disminución del peso relativo del sector público respecto al privado y desregularización que privilegia la ética privada sobre la pública (Tinoco, 2011: 112).

La inauguración de esta nueva forma de hacer política social invalida al Estado de su responsabilidad y lo hace inmune ante los compromisos pactados con la sociedad. Las voces de demanda se ven coaccionadas con la entrega de programas asistenciales mal direccionados y políticas de salud de gran envergadura y altos costos. Clara muestra de ello es la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, que ha basado sus medidas preventivas en un modelo de prevención clínica que tiene como ejes principales: 1) reducción del riesgo de la enfermedad; 2) la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y tratamiento efectivo; y 3) evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto (Zas, 2001 cita Bleger, 1994).

La experiencia marca que “la aplicación del modelo de prevención clínica se limita a una concepción cerrada y arcaica del proceso salud-enfermedad y tiene entonces una validez relativa” (Zas, 2000: 6) ya que su intervención destinada a remediar el daño o deterioro ocasionado no se puede denominar prevención sino que debe ser conceptualizada como tratamientos (Zas, 2000 cita Guionfantes, 1996: 31).

Tener un claroscuro de lo que implica tener medicina preventiva en el Sistema de Salud de México hizo que hasta el año 1999, el SS tomara la decisión de separar el estudio del cáncer de cuello de útero de la NOM-014-SSA2-1994 y se reivindicaran las medidas de prevención del CaMa. Fue hasta el 17 de septiembre de 2003 que se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento control y vigilancia epidemiológica del CaMa, donde

por primera vez se establece una norma exclusiva que debe brindar atención médica y ejercer tareas de prevención de CaMa, entre las que estuvieron:

- Mediante la información, orientación y educación a toda la población femenina sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas saludables (prevención primaria)
- Fomentar las actividades de prevención (Autoexploración, examen clínico y mastografía) (prevención secundaria) (Secretaría de Salud, 2003).

Bajo un esqueleto similar a la norma anterior, se convino en la etapa de prevención primaria la importancia de conocer los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar CaMa con la promoción de conductas saludables, y en el segundo nivel de prevención, con algunas modificaciones en los estatutos, de nueva cuenta estuvieron las medidas de detección precoz. La autoexploración tuvo el mismo carácter de aplicación (mensual), el examen clínico se sugería después de los veinticinco años y de forma anual y las mastografía se debía realizar anualmente o cada dos años a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo, y de forma anual a toda mujer de 50 años (Secretaría de Salud, 2003).

Con el establecimiento de la NOM 041 (2002) se hizo de dominio público la importancia que tiene conocer cuales son los factores de riesgo que incrementaban la posibilidad de desarrollar CaMa. Fue entonces que tener más de 40 años, tener un historial personal o familiar de CaMa, no haber tenido un estado de nuligesta o haberlo tenido después de los treinta años, haber desarrollado una vida menstrual de más de 40 años o tener obesidad (Secretaría de Salud, 2003), se consideraron razones por las cual la mujer tenía que comenzar a adquirir técnicas detección precoz.

Utilizar los factores de riesgo como “herramientas de prevención” ha servido para que las mujeres (de alto riesgo) tengan una mayor información sobre el CaMa, adquirieran (aunque ha sido un proceso lento) el hábito de la autoexploración, y medianamente se

despejaron algunos tabús sobre el cuidado de su cuerpo. Pero también su uso ingenuamente ha hecho creer que todos los factores de riesgo tienen el mismo grado de importancia para desarrollar la enfermedad.

A pesar de las buenas intenciones que se marcaron en la NOM 041 (el de concertar las técnicas de detección precoz con el conocimiento de los factores de riesgo) se obviaron varios elementos que impidieron que la combinación de ambas medidas tuviera el impacto deseado entre los Sistemas de Salud y la mujer. Las razones por las cuales es común que la mujer no atienda las prácticas de detección precoz a pesar de que éstas, en cierta medida, ayudan a corregir algunos de los factores de riesgo y en el mejor de los casos ayudan a detectar oportunamente la enfermedad, obedecen a que este tipo de programas omite varios escenarios de la vida cotidiana de la mujer, me refiero al contexto sociocultural, económico y psicológico que cada mujer vive.

Se sabe que las razones más frecuentes que aparecen para no modificar algunas causas de riesgo y no atender las prácticas de detección precoz del CaMa son, según Haagense (1986), la aprensión, no solo por el temor del cáncer o mastectomía sino también a que las relaciones con el marido se perturben. La timidez y el pudor afecta a algunas mujeres por no dejarse observar los pechos y también porque ignoran conocer sus pechos, y el ambiente donde se desenvuelven puede ser hostil y duro, lo que les complica solicitar ayuda médica (Lostao, 2001: 21).

Las mujeres mexicanas con frecuencia viven en contextos muy similares a los que describe Haagense. La cultura del machismo, la falta de educación sexual, la ausencia de conocimientos de la enfermedad, la mitificación del cuerpo y las condiciones sociodemográficas y económicas son algunos de los obstáculos que no se atienden cuando se trata de prevenir el CaMa o, en este caso, cuando se trata de fomentar las prácticas de detección precoz.

El Sistema de Salud mexicano se ha vuelto invidente a estos distintos escenarios, lo que hace que las intervenciones de detección temprana sean muy limitadas. En un estudio publicado en 2009 por Arturo Beltrán-Ortega y colaboradores, encontraron que de un total

de 2,689 pacientes a nivel nacional y 744 pacientes del INCan "más de 80% se identificó en etapa localmente avanzada (II B, cuando el tumor ha invadido tejidos vecinos incluyendo, en la mayoría de los casos, los ganglios linfáticos de la axila)", y solo el 5% se detectaron en etapa de carcinoma *in situ* (cuando el cáncer se encuentra localizado). Para el INCan tener diagnósticos tardíamente implica tratamientos más caros y menores probabilidades de recuperación y supervivencia. En las fases avanzadas las probabilidades de curación del cáncer de mama son de solo el 35%, según indica la asociación civil Instituto de Enfermedades de la Mama FUCAM (Martínez, 2013).

De acuerdo al porcentaje promedio registrado en el sistema de información de cáncer de la mujer (SICAM), de 2003 a 2008 se tienen los siguientes estadios: en el estadio 0 y I hay un 9.2% de casos de CaMa, en el estadio II hay un 32.8%, en el estadio III, 30.0%, en el estadio IV, 7.4%, y en el no clasificable el 20.6%. Lo anterior significa que el 90.8% de los casos de CaMa se diagnostican en etapas tardías o no identificables (Martínez et al., 2009: 354). En comparación con Estados Unidos, el 50% de sus casos se detectan en etapas avanzadas (INEGI, 2013). Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del CaMa en México sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer.

El verdadero problema de tener diagnósticos en su mayoría en etapas avanzadas va más allá de una atención tardía. Corresponde a un problema que las autoridades gubernamentales en conjunto con los encargados de cuidar la salud no han querido atender, ni entender, me refiero a las condiciones sociales en las cual la mujer se desenvuelve y que juegan un papel elemental para el desarrollo y atención del CaMa. Lograr una detección oportuna exitosa depende en gran medida de las acciones que se tomen para desvanecer las barreras que limitan a entender que cada mujer vive un contexto social diferente, que en algunos casos la coacciona para no hacerse responsable del cuidado de su salud.

Es indispensable saber cuál es el escenario y las condiciones sociales que impiden a la mujer acercarse a conocer o atender el CaMa, generalizar u obviar un escenario a partir de

conocer solo una parte del problema no logra poner en evidencia los verdaderos conflictos que hay detrás del incremento de esta enfermedad. Si se omite el factor social como parte de la problemática, las políticas de salud destinadas a “prevenir” o detectar el CaMa no tendrán el impacto ni el resultado deseado. Hasta que el Sistema de Salud concientice lo importante que es estudiar cuál es nivel educativo de cada mujer, el estatus económico que desarrolla y los usos y costumbres con los que se rige, por mencionar algunos factores sociales, no se podrá hablar de una verdadera política de salud en contra del problema de CaMa.

Otro de los terrenos que la NOM 041 ha venido trabajando es la atención médica y los servicios de salud, no olvidemos que una de las causas del por qué la mujer no presenta interés por realizarse un chequeo clínico periódicamente es por la incapacidad institucional que tienen los Sistemas de Salud en los países de medianos y bajos ingresos. La atención médica es clave para mitigar o desarrollo el cáncer de seno, se presume que contar con recursos humanos de perfil profesional, humanista y confiable incrementa la posibilidad en la mujer de tener un mayor grado de optimismo en lo momento de ser diagnosticada.

En México, desafortunadamente en el año 2000 apenas se tenían registrados 45 radiólogos especialistas y 63 mastrografos, lo que equivalía a tener una cobertura de 0.77% para mujeres arriba de 40 años. En promedio se tomaron 3.1 mastografías por mastógrafos en un día hábil, es decir un 25% de la capacidad instalada por turno (Martínez et al., 2009: 354). Después de haberse publicado la NOM 041, donde se recomienda la mastografía anual o bianual, el número de mastrógrafos paso de 120 en 2001 a 413 en 2006 (Martínez et al., 2009: 354).

A pesar del incremento que se dio en cuanto a mastrógrafos para realizar pruebas de detección oportuna, Alfonso León del Rio, investigador del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, considera que “la mamografía anual es algo irreal” ya que no existe ni la infraestructura, ni los especialistas suficientes para atender a todas la mujeres que lo requieren (Vargas, 2013).

A penas en México, la red oncológica “dispone de 58 radiólogos” (Vargas, 2013), y tiene solo 27 Centros Oncológicos Estatales, en los cuales, muchos de ellos, la atención es tardía, deficiente y llega a ser costosa. Incluso inexistente, como en Hidalgo, Tlaxcala, Morelos y Querétaro, donde no cuentan con un Centro Estatal de cáncer, o como en el Estado de México que cuenta con uno de estos centros, pero sólo atiende a población derechohabiente (servidores públicos del gobierno estatal) (Vargas, 2013).

El contar con una infraestructura hospitalaria raquítica y no tener los suficientes recursos humanos especializados abre, una vez más, la brecha entre la mujer y la detección del CaMa oportunamente. Es claro que el Sistema de Salud en México aún no ha logrado superar sus carencias y mitos sobre cómo cuidar y atender la salud de la población. Si la fórmula al problema de CaMa estuviera solamente en tener un mayor número de espacios de atención clínica o un número basto de médicos especialistas, el problema del CaMa no seguiría incrementando, pero esto no es así.

En México contamos cada día con más campañas mediáticas dedicadas a concientizar lo importante que es la autoexploración y la mastografía para el cuidado de las mamas, también al sistema de salud se le ha brindado un mayor financiamiento para adquirir nuevos instrumentos y recursos humanos, como a su vez se ha dado un incremento de asociaciones civiles dedicadas a apoyar psicológica y económicamente a mujeres con este padecimiento. Sin embargo, los grandes esfuerzos que se han obtenido no han logrado reducir del todo las tasas de mortalidad de mujeres con CaMa, sino que sucede paradójicamente lo contrario, siguen aumentando.

La razón de que las campañas mediáticas, organizaciones civiles y políticas de salud solo contribuyan de forma parcial en el problema del CaMa se debe a algo evidente, y es a que la NOM 041 ha direccionado anacrónicamente la forma de prevenir. Los distintos gremios interesados en ayudar en el problema de salud pública han implementado dentro sus prácticas y/o acciones el modelo de atención clínico-curativo, modelo que no tiene sentido si el fin es prevenir.

Para que un programa de tamizaje sea efectivo debe entender que es una empresa multidisciplinaria compleja que requiere equipo especializado y profesionales capacitados y experimentados. Se dirige a mujeres sintomáticas y asintomáticas, por lo que es una obligación ética de los servicios de salud proporcionar información equilibrada, honesta, adecuada, y veraz, basada en evidencia científica, accesible, respetuosa y adaptada a las necesidades individuales, presentada de una manera apropiada e imparcial que permita la decisión informada sobre participar o no en la detección (Martínez et al., 2009: 355).

Conclusiones

La red multicausal fue un primer paradigma médico que explicó el proceso salud-enfermedad desde lo social. Este modelo fue más allá de la regla *causa-efecto*, sin embargo para la medicina fue difícil entender y aceptar que la salud-enfermedad no necesariamente se puede explicar desde la perspectiva biológica y conserva con una política salud “higienistas-prevencionista”, sino tuvo que aceptar que es indispensable integrar nuevos postulados para comprender la verdadera complejidad del fenómeno y poder realizar políticas de salud bien focalizadas y estructuradas.

Una vida sana no depende únicamente de tener ambientes limpios o condiciones sanitarias favorables ni de los grandes avances médicos, va más allá de estos logros; depende en gran medida de las condiciones estructurales que la sociedad produce. Por ejemplo: el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares surge de la vida moderna, de la “era capitalista”. El aumento de estas enfermedades se debe a que las condiciones socioestructurales se transformaron y obligaron a la sociedad adoptar estilos de vida que debilitan y desequilibran el organismo humano como es: la mala alimentación, el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, dietas inadecuadas etcétera.

La lectura que la medicina a hecho de los factores riesgo ha sido mal interpretada. Desafortunadamente la información que se tiene hace creer que los únicos y verdaderos factores de riesgo son aquellos validados por la medicina; lo cual rompe con toda posibilidad de que la enfermedad se desarrolle por otra causa que no sea por la vía biológica, genética y ambiental.

La medicina a encasillado a los factores de riesgo a tal punto, que el estado psicosocial y psicológico del enfermo se ve subestimado como un elemento primordial en las políticas de salud y por ende en la recuperación de la salud. La reducción de estos elementos ha provocado que los encargados de cuidar la salud vean al paciente como un instrumento de investigación y no como una persona que piensa y siente.

Es necesario intensificar las investigaciones sobre las verdaderas causas de la enfermedad, se debe de abandonar la complicidad con la sociedad consumista que se despertó después de la Segunda Guerra Mundial y que ha sido la cuna del crecimiento de los tumores malignos. Se debe decir que a partir de que la sociedad entró en la dinámica capitalista comenzó a ingerir alimentos químicos y tóxicos provenientes de una industria alimenticia acelerada y modificada. La alteración que se ha dado en los alimentos ha provocado que sustancias tóxicas entren al organismo humano y por ende se altere.

El cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares a nivel mundial son algunos de los problemas de salud pública, no solo porque aumentan las tasas de morbi y mortalidad dentro las instituciones de salud sino por el efecto social que causan. Estas anomalías tienden a ser de estancia prolongadas y atacar los individuos en edades tempranas, lo que provoca que el hombre pierda su capacidad productiva y se presente como una “carga” para el Estado.

El cáncer no es una “enfermedad de ricos”; si bien esta enfermedad se desarrolla más en países desarrollados, sin embargo esto no significa que no ataque al estrato popular. Es obvio que la clase con mayores recursos tiene la ventaja de tener más información sobre la enfermedad, de tener acceso a todos los servicios de salud y por ende a un “mejor tratamiento”, ventajas que abren la posibilidad de sobrellevar de manera más tranquila el proceso de salud-enfermedad. Sin embargo, no garantizan al enfermo no pasar por el proceso de miedo, angustia, desolación, incertidumbre y asimilación de la enfermedad, dado que el cáncer es una enfermedad que la sociedad la vincula inminentemente con la muerte.

El cáncer es doble batalla para las clases populares, no solo porque se lucha contra la enfermedad sino también porque las barreras sociales, económicas, culturales y administrativas que se convierten en un obstáculo más para el enfermo de esta clase. Una persona que vive en condiciones sanitarias desfavorables, que está sujeta a ambientes con alto grado de contaminación y que continuamente está expuesto a ambientes laborales de gran presión y largos periodos de trabajo, además de que no consume, ni tiene una dieta

alimenticia sana ni de calidad, se encuentra en clara desventaja para enfrentar la enfermedad, pues sin lugar a dudas, su organismo humano está sufriendo alguna alteración o modificación en su ciclo natural.

Si aceptamos que el crecimiento del cáncer se ve estimulado en gran medida por la presencia de toxinas procedentes de nuestro entorno, para combatir el cáncer tendremos que empezar por desintoxicar lo que comemos (Serván, 2009: 26) y para eso es necesario reconocer que hemos dañado el lugar donde se producen los alimentos como los propios, no se puede seguir insertando hormonas a los animales de granja que sirven de consumo a la población, ni tampoco bañar de fertilizantes o pesticidas a frutas y verduras porque son elementos esenciales para el funcionamiento correcto del organismo.

No se puede seguir protegiendo políticas agrícolas que dañen la naturaleza y por consecuencia la salud de la sociedad, se debe abrir los ojos ante la industria alimenticia que solo se preocupa por la estabilidad económica y no por el valor nutricional. No se puede seguir fomentando esta industria que enferma, se debe voltear y apostar por los recursos y la capacidad que el cuerpo tiene para enfrentar una enfermedad, para ello hay que desarrollar una industria alimenticia que privilegie lo orgánico y ecológico aunque esto signifique cambiar paradigmas biológicos, sociales, de producción y de consumo.

El CaMa es uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo es por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Su emergencia como problema de salud pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población. Los determinantes de la epidemia del CaMa tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional (Córdova et al., 2008).

El CaMa seguirá siendo un problema de salud pública mientras no exista un sistema de salud íntegro, es difícil combatir un problema tan complejo si trabaja con un modelo de salud fragmentado. No servirá de nada tener una legislación que indique cómo prevenir si no se cuenta con el personal médico suficiente, altamente capacitado y sobre todo ético.

El CaMa no debe ser visto como un padecimiento con el que se puede lucrar u obtener beneficio, los encargados de cuidar la salud deben ser honestos y estar preocupado realmente de prevenir la enfermedad y no de curarla.

Mientras sigan promocionando las técnicas de detección temprana como eje central de la prevención será imposible detener la incidencia de casos de CaMa. La prevención debe ser entendida como una acción que se anticipa a cualquier acontecimiento que ponen en riesgo la salud de la sociedad. Por lo tanto; la prevención no tiene que estar suscrita al diagnóstico, ni al tratamiento; sino todo lo contrario, debe estar rubricada en la promoción de la salud.

Una verdadera política de salud preventiva debe empoderar a la mujer y a los médicos con información útil, es decir se debe informar a través de spots, campañas publicitarias, etcétera que existen dietas alimenticias (azúcar- grasas) que aceleran y alteran el crecimiento de las células, a su vez se debe advertir de los beneficios y desventajas que se tienen al practicar ejercicio, también es necesario difundir que existen tratamientos alternativos que ayudan a contrarrestar los efectos de los tratamientos médicos.

Es fundamental enseñar a nuestros médicos que su labor va más allá de diagnosticar y tratar. Se debe concientizar entre los encargados de cuidar la salud que para brindar una atención de calidad es necesario conocer el contexto social, cultural, económico, etcétera de la mujer porque eso les facilitará el proceso de diagnóstico y tratamiento sobre todo el de recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adriano, M., y Caudillo, T. (2009) "Retos y desafíos en la formación de recursos humanos en salud pública". *Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM*. pp. 1-10.
2. Agency for Toxic Substances and Disease Registry (2013) "¿Qué es el cáncer?" [En línea]. Atlanta, disponible en: http://www.atsdr.cdc.gov/es/general/cancer/es_cancer_fs.pdf [Accesado el día 18 de diciembre de 2013]
3. Aldereguia, J., (1991) "La Medicina Social, la Salud Pública y el Siglo XX" disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Jorge2.pdf> [Accesado el día 18 de diciembre de 2013]
4. Álvarez, A., (2002) *Salud Pública y Medicina Preventiva*. México, Manual Moderno.
5. Álvarez, L., (2009) "Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo" en *Revista Gerencia Política Salud*. Volumen 8, número 17, junio-diciembre, pp. 69-79.
6. Álvaro, F., (2006) "Tendencias y Teorías en Salud Pública" en *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Volumen 24, número 2, julio-diciembre, pp. 119-130.
7. Argüelles, J. y López, F., (1998) *El cáncer y su prevención. La importancia de la alimentación*, Barcelona, Edición Universitat.
8. Brandan, M. y Villaseñor, Y., (2006) "Detección de cáncer de mama: estado de la mamografía en México" en *Instituto Nacional de Cancerología*. Volumen 1, pp. 147-162.
9. Bruttomesso, G. y Razzoli, D., (2005) *Prevenir el cáncer con una buena alimentación: las claves de la medicina nutricional*. Barcelona, Amant.
10. Cárdenas, J. et al., (2011) "Consenso Nacional sobre diagnóstico y tratamiento del Cáncer mamario" en *Gaceta Mexicana de Oncología*. Volumen 10, número 5, septiembre-octubre. pp. 1-58.
11. Chacón, M., (2009) "Cáncer: reflexiones acerca de incidencia, prevención, tratamientos y mitos" en *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales-Universidad Nacional de Jujuy*. Número 37, pp. 181-193.
12. Córdova, J. et al., (2008) "Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral" en *Salud Pública de México*. Volumen 50, número 5, septiembre-octubre, pp. 419-427.

13. Cortinas, C., (1998) *Cáncer: Herencia y ambiente*. México, Fondo de Cultura Económica.
14. Consenso Nacional sobre el Tratamiento de Cáncer Mamario (2013). "Quinta Revisión del Consenso Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario de 2013" [En línea]. Colima, disponible en: <http://consensocancermamario.com/publicaciones.html> [Accesado el 5 enero de 2014]
15. Curbelo , T., (2004) *Fundamentos de la Salud Pública*. México, Ciencias Médicas.
16. Diario Oficial de la Federación (2011) "Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama" en *Secretaría de Gobierno* [En línea]. disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011 [Accesado el 5 enero de 2014]
17. Diaz et al., (2005) "Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia" *Revista Colombiana de Cancerología*. Volumen. 9, número 3, pp. 93-105.
18. Foucautl, M., (2012) *El nacimiento de la clínica*. México, Siglo XXI editores.
19. Gianconi (1994) "Los desafíos de la salud publica" en *Boletín de la Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile*. Volumen 23, número. 1.
20. Gómez, R. et al., (2008) "Cáncer de mama y actuales alternativas de tratamiento" en *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*. Volumen 39, número 3, julio-septiembre, pp. 58-70.
21. González, N. (2000) "Epidemiología y salud pública frente al proyecto neoliberal en México" en *Papeles de Población*. Volumen 6, número 25, julio-septiembre, pp. 208-225.
22. Guinot, J., (2004) *Entre el miedo y la esperanza. La experiencia de afrontar un cáncer*. Madrid, Alianza.
23. Instituto Nacional de Cancer (2013) "¿Qué es el cáncer? [En línea]. Estado Unidos, disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es> [Accesado 05 de noviembre de 2013]
24. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (2012) Estadísticas a propósito del día mundial contra el Cáncer México. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía Aguascalientes.

25. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (2013) Estadísticas a propósito del día mundial contra el Cáncer de mama. México. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía Aguascalientes.
26. Martínez, G., (2013) *Un sistema en busca de salud*. México, Fondo de Cultura Económica.
27. Martínez, N. (2013). "Si sospecho que tengo cáncer de mama, ¿dónde me atiendo?" en *CNNMéxico*. [En línea]. México, disponible en: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/10/19/si-sospecho-que-tengo-cancer-de-mama-donde-me-atiendo>
[Accesado el 8 enero de 2014]
28. Martínez, O. et al., (2009) "Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México" en *Salud Pública de México*. Volumen 51, número 2, pp. 350-360.
29. Mausner, J. y Bahn, A., (1977) *Epidemiología*. México: Interamericana.
30. Milenio (2013) "Una mujer muere en México cada 90 minutos por cáncer de mama" en *Política* [En línea] disponible en: http://www.milenio.com/politica/mujer-muere-Mexico-minutos-cancer_0_173382768.html
[Accesado el 10 enero de 2014]
31. Lazcano, E., (2007) "El cáncer cervical: nuevas perspectivas de prevención y control". *Revista de Ginecología y Obstetricia*. Volumen 53, número 2, pp. 110-118.
32. López, A., y Peña, F., (2006) "Salud y sociedad" en Garza, E.(cord). *Tratado Latinoamericano de Sociología*. México, Anthropos.
33. López et al., (2000) "Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica" en *Salud Publica México*. Vol.42, núm. 2. pp. 133-143.
34. Lostao, L., (2001) *Detección precoz del Cáncer de Mama. Factores asociados a la participación en un programa de screening*. España. Díaz de Santo.
35. Lugones, M. y Ramírez, M. (2009) "Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama" en *Revista Cubana de Medicina GeneralIntegral*. Volumen 25, número 3, julio-septiembre, pp. 160-166.
36. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2011). "Panorama de Salud 2011 Informe sobre Chile y comparación con países miembros" en *Ministerio de Salud, Gobierno de Chile* [En línea]. Chile, disponible en: http://web.minsal.cl/portal/docs/page/minsalcl/g_general/elementos/oecdchl2011.pdf
[Accesado el 10 de noviembre de 2013]

37. Organización Mundial de la Salud (2010) “Estadísticas sanitarias mundiales 2010” disponible en: www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
[Accesado el 10 de noviembre de 2013]
38. Organización mundial de la Salud (2013) “Cáncer” disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
[Accesado el 10 de noviembre de 2013]
39. Organización Mundial de la Salud. (2013). “10 datos sobre las enfermedades no transmisibles” disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
[Accesado el 10 de noviembre de 2013]
40. Organización Panamericana de la Salud (2012) “Situación de salud en las Américas: indicadores básico de 2012” disponible en: ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf
[Accesado el 10 octubre de 2013]
41. Rojo, C. (2013). “Epidemiología de las enfermedades crónicas” disponible en: <http://personal.us.es/cruzrojo/EPIDEMIOLOGIA-CRONICAS.pdf>
[Accesado el 10 enero de 2014]
42. Romero, A. (2010) *Cáncer de mama en mujeres: un acercamiento a sus experiencias de vida*. Tesis de licenciatura. Toluca, Estado de México, Universidad Autónoma del Estado de México
43. Rosen, G., (1985) *De la policía médica a la medicina social*. México, Siglo XXI.
44. Secretaría de Salud (1994) “Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994” disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014ssa24.html>
[Accesado el 10 agosto de 2013]
45. Secretaría de Salud (2003) “Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994” disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/014ssa24.html>
[Accesado el 10 agosto de 2013]
46. Servan, D., (2009) *Anticáncer. Prevenir y vencerlo estimula nuestras defensas naturales*. México, Diana.
47. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2011) *Perfil epidemiológico de los Tumores Malignos en México*. México. Secretaria de Salud.
48. Tinoco, A. (2009) *Redes sociales de apoyo a pacientes de oncología en el marco del neoliberalismo: experiencias de vida cotidiana en torno de mujeres integrantes de un Grupo*

de Apoyo mutuo. Tesis de doctorado. Toluca, Estado de México, Univesidad Autónoma del Estado de México.

49. Tinoco, A., (2011) *Mujeres con cáncer y redes sociales de apoyo en su vida cotidiana*. México, Miguel Ángel Porrúa.

50. Vara, E. et al., (2011) "Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009" en *Salud Pública de México*. Volumen 53, número 5, pp. 385-393.

51. Vargas, L. (2013). "El cáncer de mama bajo el reflector" en *El Economista*. [En línea]. México, disponible en: <http://eleconomista.com.mx/entretenimiento/2013/05/19/cancer-mama-bajo-reflector>
[Accesado el día 9 de noviembre de 2013]

52. Yuste, F., (1982) *Ensayos sobre Medicina Preventiva y Social*. Madrid, Akal.

53. Zas, B., (2001) "La prevención en salud. algunos referentes conceptuales" en *Centro de Investigaciones*. [En línea]. Cuba, disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/>
[Accesado el día 9 de noviembre de 2013]