

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



Casa abierta al tiempo

**EL SIGNIFICADO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL
CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL PERSONAL DE SALUD DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

TESIS

Que para obtener el grado de Doctora en Ciencias en Salud
Colectiva

P R E S E N T A

CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ

Directora de tesis: Dra. Addis Abeba Salinas Urbina

México D.F. Marzo de 2014

*Agradezco a Dios y a todas
las personas que con su
infinito amor, paciencia y
sabiduría contribuyeron al
logro de este grado.*

¡Gracias!

*Dedico este trabajo a las personas a las que
tienen un mayor significado en mi vida, por ser
aquellas a quienes más amo, por representar el
motor que me mueve a mejorar y a crecer. Es
para y por ustedes: Ana, Angélica y Arturo
García y a Fausto Hernández.....*

Con todo mi amor

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I. LA PROFESIÓN MÉDICA: EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO	13
1.1. <i>Funciones básicas del MMH</i>	20
1.1.1. <i>La función curativo/preventiva:</i>	21
1.1.2. <i>Función normatizadora y de control</i>	24
1.1.3. <i>Función de legitimación</i>	25
1.2. <i>Profesionalización en el MMH</i>	25
CAPÍTULO II. LA PRÁCTICA MÉDICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	32
2.1. <i>Problema sin solución</i>	32
2.2. <i>El medio rural</i>	36
2.3. <i>Primer nivel de atención en el área rural</i>	38
2.4. <i>El personal médico</i>	41
2.5. <i>Los Centros de Salud en México</i>	44
CAPÍTULO III. CÁNCER CERVICOUTERINO ¿SÓLO UN PROBLEMA DE SALUD?	58
3.1. <i>Panorama Nacional Del Cáncer Cervicouterino</i>	58
3.2. <i>La normativa institucional</i>	62
3.2.1. <i>El Programa Nacional de Acción Específico. Cáncer cervicouterino (PNAE 2007-2012).</i>	63
3.2.1.1. <i>Identificación de contenidos</i>	63
3.2.1.2. <i>Misión</i>	65
3.2.1.3. <i>Detección temprana vs prevención</i>	67
3.2.1.4. <i>Las bases del programa</i>	70
3.2.1.5. <i>Población a la que se dirige el programa</i>	74
3.2.1.6. <i>Ampliación de la cobertura</i>	76
3.2.1.7. <i>Operatividad del programa</i>	77
3.2.1.8. <i>Políticas, estrategias y actividades</i>	79
3.2.1.9. <i>Contenido del programa</i>	81
3.2.1.10. <i>Lenguaje Utilizado</i>	84
3.2.1.11. <i>Capacitación continua</i>	86
3.2.1.12. <i>Infraestructura</i>	88

3.2.1.13. Claridad en las especificaciones	90
3.2.1.14. Efectividad del programa	92
3.2.1.15. Planteamiento de metas	95
3.2.2. <i>Norma Oficial Mexicana 014 (NOM 014) Para La Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino</i>	99
3.2.2.1 Objetivo de la NOM.....	99
3.2.2.2. Contenidos	100
3.2.3. <i>Guía De Práctica Clínica Prevención y detección oportuna del Cáncer Cervicouterino en el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones</i>	108
3.2.3.1. Objetivo de la Guía	109
3.2.3.2. Contenido	109
CAPÍTULO IV. LAS BUENAS INTENCIONES	114
4.1. <i>La estrategia para disminuir el Cáncer Cervical en México</i>	114
4.2. <i>Los problemas presentes en el desarrollo del programa DOC</i>	115
4.2.1. <i>Las limitaciones</i>	117
4.2.2. <i>La prueba de Papanicolaou</i>	118
4.2.3. <i>Un largo proceso</i>	118
4.2.3.1. Obtención de la muestra.....	119
4.2.3.2. Traslado de muestras.....	120
4.2.3.3. Emisión de resultados	120
4.2.3.4. Estudios confirmatorios y tratamiento.....	121
4.2.3.5. La solución a los problemas.....	122
CAPÍTULO V. ¿PORQUÉ UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA?	129
5.1. <i>Perspectivas teóricas</i>	129
5.2. <i>Teoría Fundamentada</i>	131
5.2.1. <i>Base epistemológica</i>	131
5.2.2. <i>Interaccionismo Simbólico</i>	134
5.2.3. <i>Los significados</i>	139
5.2.4. <i>Construcción de Significados. La interacción social</i>	141
CAPÍTULO VI. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	145
6.1. <i>Perspectiva Metodológica. Generalidades</i>	145
6.2. <i>Estrategia de indagación utilizada en este estudio</i>	145

6.3. <i>Diseño Metodológico</i>	146
6.4. <i>Selección de la Muestra</i>	147
6.5. <i>Preparando el terreno</i>	149
6.6. <i>La obtención de los datos</i>	149
6.6.1. <i>Conformación del grupo de participantes</i>	149
6.6.2. <i>Estrategia de recolección de datos</i>	150
6.6.3. <i>Las entrevistas</i>	154
6.6.4. <i>Consideraciones Éticas</i>	155
6.6.5. <i>Los actores</i>	156
6.6.6. <i>El escenario</i>	162
CAPÍTULO VII. EL SIGNIFICADO DEL PROGRAMA DOC EN EL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL.....	169
7.1. <i>Análisis de los datos</i>	169
7.2. <i>La categoría central</i>	172
7.2.1. <i>La esencia del programa: Prevención o cumplimiento de metas?</i>	173
7.2.1.1. <i>Ejecución</i>	173
7.2.1.1.1. <i>La prueba de Papanicolaou: Cada quien a su manera</i>	178
7.2.1.1.2. <i>La prueba de detección del VPH: Importante pero inconstante</i>	180
7.2.1.1.3. <i>Responsabilidades dentro del programa: ¿A quién le toca?</i>	183
7.2.1.2. <i>Homogeneidad pretendida, heterogeneidad reinante</i>	191
7.2.2. <i>Institución: mucho trabajo, poco tiempo, poco recurso</i>	193
7.2.2.1. <i>Administración o atención de pacientes</i>	196
7.2.2.2. <i>Hacer más con menos</i>	199
7.2.2.3. <i>El ámbito laboral: es lo mismo pero no es igual</i>	207
7.2.3. <i>El profesional de la salud: humanitario o productivo</i>	210
7.2.3.1. <i>Médicos y enfermeras: personas o máquinas</i>	212
7.2.3.2. <i>Castigo y Recompensa</i>	215
7.2.4. <i>Formación profesional: ideal o realidad</i>	218
7.2.4.2. <i>Experiencias laborales</i>	227
7.2.4.2.1. <i>La comunidad: ignorantes y exigentes, auto cuidado y dependencia</i>	228
7.2.4.2.2. <i>La mujer: sumisa y renuente</i>	233
7.2.4.2.3. <i>El cáncer...susto, miedo y lástima</i>	238

7.2.4.3. La prevención: importante sólo en el discurso	244
7.2.4.4. El programa DOC: Muy importante pero poco conocido.	245
7.2.4.5. Personal capacitado sin capacitación.....	249
<i>Una experiencia subjetiva</i>	254
IX. CONCLUSIONES.....	257
ANEXO 1	272
REFERENCIAS	274

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) es un problema de salud pública en países en desarrollo y subdesarrollados que ha sido considerado también como un problema social, ya que su presencia pone de manifiesto no sólo la condición y el condicionamiento social en que viven las mujeres sino además hace evidente la voluntad política y la capacidad de los gobiernos para satisfacer las necesidades de la colectividad.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, al hablar de problemas de salud, se considera que hay “algo” en el orden de la salud que representa una dificultad por lo que resulta relevante tener una aproximación a dicho fenómeno desde un marco ideológico y teórico desde dos grandes objetos del conocimiento. Uno de estos objetos es el que reconoce al proceso salud-enfermedad en sus determinaciones y existencia en grupos humanos y el otro que hace referencia a las formas en que la sociedad enfrenta esos problemas, lo que incluye entre otros, al personal de salud y sus prácticas sociales, así como el diseño de políticas programas y acciones (Jarillo, et al. 2007).

Laurell (1982) propone que es tarea de la corriente médico social definir un objeto de estudio que permita profundizar en la comprensión del proceso salud-enfermedad como proceso social y conceptualizar su determinación. Considerar el proceso Salud-Enfermedad como un proceso social plantea el problema de su articulación con otros procesos sociales, hacer a un lado la visión clásica de la enfermedad centrada sólo en quien la padece, y considerar como determinantes factores externos al sujeto que

enferma, entre los que podemos encontrar al personal de salud y sus prácticas sociales y a las políticas, programas y acciones.

Dada la gran complejidad que desde esta perspectiva presenta el abordaje de los problemas de salud, esta investigación se centra en el estudio de una pequeña parte de los componentes que se involucran en la grave situación del Cáncer Cervicouterino en México, el que corresponde al personal de salud del primer nivel de atención, quien constituye el primer eslabón de la cadena de atención, la puerta de entrada al Sistema de Salud y quien tiene la responsabilidad de realizar la detección de mujeres con lesiones cervicales que puedan ser tratadas de manera oportuna para evitar así la muerte de las mujeres por esta causa así como sus repercusiones a nivel social, político y económico.

La literatura evidencia obstáculos que retrasan la detección temprana del cáncer, entre los cuales se encuentran factores relacionados directamente con los servicios de salud como: falta de recursos, largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas, falta de capacitación y entrenamiento del personal de salud y errores en la lectura de las citologías cervicales, así como fallas en diversas partes del proceso de obtención y manejo de muestras (Valenzuela, 2001; Celis, 2010).

Los factores en los servicios de salud que han sido reportado reiteradamente como un obstáculo en el desarrollo del programa son la falta de conocimientos, entrenamiento y actualización del personal de salud, particularmente en los médicos y enfermeras de primer contacto, de ahí que las acciones diseñadas con el fin de mejorar el programa se encaminen solamente a la capacitación del personal (Hornby,

Forte, 1997, Anderson et al, 2007, Wall, et al, 2008, Buchan, Calman, 2007, Eniu, 2007). Sin embargo, a lo largo y ancho de la República Mexicana han sido proporcionadas diversas capacitaciones sin que se haya logrado una mejora en la cobertura o la disminución de las tasas de mortalidad por CaCu, especialmente en las áreas rurales, por lo que cabe preguntarse si la forma clásica de analizar las deficiencias de este problema de salud lograrán modificar el impacto de las acciones de prevención.

El interés en esta investigación surge en un ambiente en el que predomina la investigación cuantitativa, en donde los problemas de salud son medidos y calificados con una perspectiva epidemiológica, mediante la identificación de factores de riesgo de la enfermedad y de la evaluación de programas mediante la cuantificación de logros de metas y objetivos.

La observación del fracaso reiterativo y constante de las acciones realizadas para lograr óptimos resultados en la aplicación del programa Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (DOC) en diversos contextos, genera la inquietud de buscar las causas más allá de lo cuantificable, desde una dimensión subjetiva. Como propone Granda (2004) con el fin de transitar de la salud Pública a la salud colectiva buscando pasar de la preocupación por ver la enfermedad y la muerte a la necesidad de reflexionar y entender la salud y la vida sin descuidar la enfermedad, de la costumbre de mirar objetos, al intento de ver sujetos, planteando en la complejidad de lo colectivo una relación de condicionamiento y determinación. Buscar las causas de las causas, desde la perspectiva de la salud colectiva, afrontando el reto de una visión de los problemas de salud de manera holística, incluyendo la parte del proceso de salud que

a pesar de ser humana, deja de ser considerada como tal para ser concebida como objeto, como tecnología, como herramienta, es decir al personal de ese primer eslabón de una gran cadena, sin cuya función, el programa DOC pierde toda posibilidad de realización.

La presente investigación se focaliza en el personal de salud, desde la perspectiva de la salud colectiva, muestra los resultados obtenidos en la búsqueda de los significados que tiene el personal médico y de enfermería de primer nivel de atención a cerca programa DOC dentro del contexto de la Secretaría de Salud.

Los significados adquieren relevancia por ser considerados como procesos humanos esenciales, contruidos y compartidos a través de la interacción de las personas. Blumer (1969) sostiene que son la base sobre la cual los seres humanos actúan, que surgen de la interacción social de los individuos y que se establecen y modifican por procesos interpretativos. Si bien las organizaciones pueden pre-establecer significados con sus normas, valores, roles o metas, no determina la acción de los sujetos, ya que esta se determina por las interpretaciones y definiciones de la situación que realiza cada individuo, lo que depende de los significados de que disponga y de cómo se aprecie una situación.

Son muchos los aspectos que contribuyen a la construcción de significados, cada uno difiere según la persona, el momento y el lugar, por lo que aquí se muestran solo aquellos que fueron comunes a los médicos y enfermeras que participaron en esta investigación.

Como parte inicial, se realiza un análisis de la profesión médica en general, de la forma en que es conceptualizada desde diferentes perspectivas, el cambio que ha tenido esta conceptualización a través del tiempo, el establecimiento del Modelo Médico Hegemónico y la forma en que esta conceptualización determina la significación de ser un trabajador de la salud.

En el capítulo II se presenta un análisis fenomenológico de aquellos elementos que tienen un mayor peso en los procesos de despersonalización y la deshumanización con que es calificado el personal que brinda la atención médica. La forma en que son considerados objetos, herramientas o insumo tecnológico en la asistencia sanitaria actual y su responsabilidad de los éxitos o fracasos de dicha práctica.

El capítulo III intenta mostrar que el Cáncer Cervicouterino, es más que un problema de salud. Es el resultado de la confluencia de factores tanto de la persona que enferma como de las instituciones de salud y de las políticas del país, son el resultado de la suma de inequidades en diversos niveles.

El capítulo IV es una descripción de la forma en que a nivel gubernamental se ha intentado disminuir este problema y las contradicciones encontradas en estos esfuerzos.

La metodología para el desarrollo de esta investigación es fundamentada en la discusión de las posturas de diversos sociólogos que han estudiado los significados desde diferentes posturas, mismas que sirvieron de base para la comprensión de los significados. Se incluye la visión de Blumer, Goffman y Bruner como precursores del

Interaccionismo simbólico, lo que permitió una visión más amplia del fenómeno en estudio.

En el capítulo VI se presentan los aspectos metodológicos utilizados en la realización de la presente investigación. Se expone la perspectiva metodológica adoptada, la estrategia de indagación y el diseño metodológico utilizado en los diferentes momentos, lo que comprende la descripción de los escenarios, las técnicas de investigación empleadas, las fases de la investigación, la descripción de categorías y la validación de los datos proporcionados.

Los resultados son mostrados en el capítulo VII. Se incluyen los resultados obtenidos por medio de las entrevistas a los actores de esta investigación, lo que representa los significados que el personal ha construido con relación al programa.

El Capítulo VIII presenta las conclusiones obtenidas después de haber realizado el análisis del contexto y de las aportaciones de cada uno de los actores.

Las contribuciones de la presente investigación son relevantes, ya que dejan ver aspectos que afectan el desarrollo del programa y que sería imposible visualizar mediante la aplicación de técnicas cuantitativas.

Espero que esta investigación enriquezca la comprensión del problema del Cáncer Cervical desde otra perspectiva, en la cual se considere al personal de salud como seres humanos, que sienten, sufren, dudan y se relacionan con su medio exterior, con sus compañeros, con la institución, con sus pacientes y cuyos significados determinan su forma de actuar, lo que irremediablemente se ve reflejado en la salud de la población.

CAPÍTULO I. LA PROFESIÓN MÉDICA: EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

El objetivo central de este apartado es presentar un esquema de análisis de la profesión médica, la forma en que es conceptualizada a partir de elementos que aportan los diversos puntos de vista de la misma desde la sociología de la medicina, de la salud y de la enfermedad.

Actualmente, la práctica de la medicina es considerada como una profesión de consulta, que da solución práctica a problemas de quienes acuden libremente a los profesionales cuando a su parecer, necesitan su asistencia. Representa la posición oficial en las políticas de salud, cuenta con identidad pública otorgada por el Estado y posee autonomía respecto al resto de la sociedad (Herzlich, 1992) lo que se traduce en su derecho al control de su propio trabajo y en el derecho exclusivo a determinar quiénes pueden legítimamente ejercerla. Rige y determina la acción sanitaria, mantiene el control, organiza el trabajo de los profesionales de la salud, define socialmente el proceso salud-enfermedad-atención, dictamina lo que es normal y anormal y tiene el control que legitima el rol de enfermo.

En la actualidad, la medicina se ejerce bajo un modelo aceptado, exigido y fomentado por la sociedad en general, que ha sido denominado Modelo Médico Hegemónico (MMH) por ser el modelo médico prevalente, que define el andar de las instituciones, la formación de profesionales y la conceptualización global de la medicina y de las prácticas médicas.

Realizo a continuación una descripción del Modelo Médico con el fin de reflexionar sobre la influencia que tiene en la práctica médica en el primer nivel de atención, la

forma en que privilegia sus funciones a las acciones curativas, subvalora las acciones preventivas y condiciona la percepción del personal en este primer nivel de atención.

Se entiende como “modelo médico” a aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales incluyen la concepción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores” (incluidos los médicos), así como la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez, 2002).

La creación del concepto de modelo médico se fundamenta en la búsqueda de la interrelación entre la atención médica que proporcionan las instituciones de salud y la forma en que los conjuntos sociales utilizan los servicios, lo que se manifiesta a través de prácticas, representaciones, teorías e ideología de los conjuntos sociales y su proceso histórico.

El proceso capitalista conduce a la emergencia del modelo médico hegemónico, que se impone en la sociedad en su conjunto, haciendo una exclusión ideológico-jurídica de otros modelos alternativos, a los que transforma y subsume a su ideología estableciendo relaciones de hegemonía/subalternidad entre las instituciones de salud y las prácticas médicas, con un ejercicio de poder (Menéndez, 2004).

Menéndez define al Modelo Médico Hegemónico¹ (MMH) como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como

¹ El concepto de hegemonía representa un aporte de la teoría marxista-gramsciana, como el conjunto de operaciones ideológicas a través de las cuales se incorporan los sentidos sociales que tienden a

medicina científica”. Es una construcción social, que data desde épocas antiguas, fuertemente cimentado en la explicación causal biológica, objetiva y demostrable de los procesos de salud/enfermedad, por lo que adquiere gran credibilidad y confianza. Este modelo concibe a la enfermedad como un hecho natural, biológico y unicausal, de una manera fragmentaria y reduccionista, como una anormalidad que se desarrolla dentro de la persona, limitándola a una función irregular de un órgano del cuerpo al que hay que restablecer eliminando la causa biológica. Se identifica como su rasgo estructural dominante en su construcción al biologismo², que garantiza su cientificidad, tiende a ser individualista y a manifestar su eficacia de manera pragmática. Por su carácter biológico, se aleja del contexto que acompaña al proceso salud-enfermedad, ignorando a los procesos sociales, políticos, económicos y culturales que determinan los cambios en este proceso. Rasgo importante que como lo señala Laurell (1982) determina la forma de afrontar los problemas de salud de la población, tanto a nivel individual como colectivo.

La práctica biomédica de la medicina ejercida desde este modelo, requiere de la generación de un vínculo básicamente entre dos personajes (quien proporciona y quien recibe la atención) mediados por una institución. Mucho se ha hablado de esta relación, siendo calificada como asimétrica y dominante entre ambos personajes. Se

reproducir puntual o globalmente el control económico, político y social de las clases, sectores de clase y grupos en el poder y que se basa fundamental, pero no exclusivamente, en la construcción/obtención de consenso por parte de los sectores, clases y grupos subalternos (Buci-Glucksmann: 1975, citado por Módena, M., 1990: 35).

² Reducción de la naturaleza humana a lo biológico y finalmente a lo físico. Trata lo normal y lo patológico tratando de explicar ambos procesos en forma similar, como si el aspecto “anormal” fuera consecuencia de la acción de bacterias y microbios y asume que afectan a todos de la misma manera (Foucault 1991). Considera que la enfermedad se sitúa en órganos aislados del cuerpo según han sido invadidos por seres biológicos extraños y busca la enfermedad a nivel de la célula (Canguilhem, 1978).

identifica a uno de ellos que tiene el poder, que puede estar representado por toda una institución de salud avalado por el Estado o bien por personas legitimadas por su formación, por sus conocimientos o por las habilidades que poseen para ejercer el poder de actuar sobre los cuerpos, etiquetarlos como enfermos y por su capacidad de devolverles el estado de bienestar, es decir, por los denominados “Proveedores de salud”.

Foucault (1991), en su obra *“El nacimiento de la clínica”*, hace referencia a este tipo de atención y describe la percepción del médico, la forma en que éste asume el poder otorgado por el mismo paciente. Impresiona la forma en que analiza cada una de las actitudes de estos personajes, la manera de hablar, de vestir, de caminar, de mirar, la forma en que responden a las expectativas de los pacientes, quienes ponen en sus manos sus vidas, asumiendo que son los médicos quienes tienen los saberes para aliviar sus males. Identifica de manera precisa la forma en que un sujeto, que se considera enfermo, acude a solicitar atención por su voluntad, lo que sucede cuando el sujeto se identifica como enfermo. Esta situación convierte al enfermo en un ser con un alto estado de vulnerabilidad ante el médico, a quien se somete, a quien obedece por reconocer que carece de los conocimientos necesarios para solucionar el problema que le aqueja.

Sin embargo, no solamente son los médicos los que tienen este poder. En la búsqueda del restablecimiento del bienestar, las personas acuden de acuerdo a sus teorías, creencias y costumbres a diferentes personajes para el restablecimiento de su estado de bienestar. De esta forma, otorgan poder a otras personas en quienes depositan su

confianza, pudiendo incluir en este rubro a enfermeras, parteras, curanderos, yerberos, brujos, etc.

Para Menéndez (1988) en el MMH, el saber médico es otorgado por la profesionalización formalizada que legítima jurídica y académicamente a quien proporciona la atención y diferencia al médico de otros “curadores”, por ser el que tiene una identificación ideológica con la racionalidad científica, por ser referencia científica e ideológica y quien tiene legitimadas las acciones contra la enfermedad. Se caracteriza por el desarrollo de un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud y por una función cada vez más directa del Estado, por la creciente medicalización³, por el aumento de las pautas de burocratización, por la emergencia y por profundas diferencias entre investigación y práctica clínica.

Su expansión y hegemonía son avaladas por la necesidad de salud de la población y de restauración de la misma, así como por las necesidades de control y productividad del sistema dominante. Tiene como rasgo característico la normatización, tiende al control social e ideológico, e induce al consumismo médico y al dominio de la cuantificación sobre la calidad (Menéndez, 2005).

El MMH instituye su hegemonía desde la perspectiva biomédica del tratamiento de la enfermedad, que sólo puede proporcionarse desde el saber médico, organizado e

³ El concepto de medicalización se refiere a las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas, a funciones de control y normatización. El Diccionario de Salud Pública de Kishore, conceptualiza la medicalización como “la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido hacia muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas”

impulsado a través de instituciones médicas específicas y fundamentadas por criterios profesionales y por instancias jurídicas aplicadas por el Estado. Las acciones de la sociedad se basan en un significado social, económico/político e ideológico del proceso salud enfermedad para la producción y reproducción biosocial de los conjuntos sociales que otorga poder y autoridad a ese saber médico (Menéndez, 2005).

Como es observado por Foucault (1991) e Illich (1975), el saber médico reduce la enfermedad a signos y a diagnósticos construidos a través de indicadores casi exclusivamente biológicos, lo cual orienta a trabajar específicamente con la enfermedad y no con la salud (Menéndez, 2005), situación que afecta la manera de demandar la atención por parte de los grupos sociales.

El biologismo, parte estructural del modelo, articula las demás características y excluye las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. Basa la acción de la medicina en la modificación biológica de los organismos y favorece el estudio minucioso, microscópico y microbiológico de los procesos de salud/enfermedad. Favorece la medicalización y maximiza los resultados obtenidos mediante la praxis, la alta tecnología y los procedimientos sofisticados.

En su cualidad de a-sociabilidad no toma en cuenta los aspectos sociales de la enfermedad, lo que le hace perder una visión más amplia del proceso, al no considerar que dichos aspectos inciden en la forma no solamente de enfermar y morir de la población sino que influyen de manera importante en la forma en que la sociedad

demandará atención médica. Como mencioné anteriormente, es sabido que la manera de solucionar los problemas de salud, dependen en gran medida de aspectos sociales, ligados a la población en general, pero es importante considerar la influencia que ejerce la atención recibida, la forma, el modo, el costo, el cumplimiento de expectativas, y no limitarlo sólo a la satisfacción de quien demanda la atención. En las últimas décadas se ha intentado valorar estos aspectos, desafortunadamente, bajo el modelo hegemónico objetivo, sólo ha sido medido desde una perspectiva de productividad, de establecimiento y cumplimiento de metas.

Ignora la dimensión histórica, excluye la dimensión económica, política y social y no considera los cambios en estos aspectos que se manifiestan a través del tiempo y que modifican la manera de percibir la enfermedad y la salud, así como la forma de demandar y brindar atención médica y de dar solución a los problemas de salud que se presentan en la población.

De esta forma, las prácticas médicas funcionan en un mercado laboral con relaciones mercantiles. La práctica médica de alta especialidad y complejidad es pagada a mayor costo y brinda mayor estatus, prestigio y valor al médico. La atención médica, tiene un precio, entonces, la salud se convierte en un bien que puede ser adquirido al pagar por recibir la atención. Se fomenta así el mercantilismo de la salud, es decir, cuando hace falta, se busca la atención médica, que se sabe, tendrá algún costo, que quien la necesita está dispuesto a pagar, ya sea por la consulta que se requiere, por los medicamentos necesarios, por los estudios diagnósticos, por el tiempo que debe invertir o por el transporte que se deba pagar. Al mismo tiempo, se espera que se eliminen los síntomas y/o signos de la enfermedad de manera que el sujeto enfermo

pueda regresar a su vida cotidiana rápidamente, lo que le permite realizar sus actividades laborales que le reditúan una ganancia económica.

La eficacia de la práctica médica es evaluada por quien recibe la atención desde una postura de satisfacción personal, lo que sin duda está ligado a su contexto. En general, se valora la eficacia en cuanto a la recuperación de la funcionalidad orgánica y corporal, de acuerdo a los métodos utilizados, tales como herramientas tecnológicas sofisticadas, medicamentos costosos o procedimientos complejos e invasivos, prevaleciendo la idea de que lo más caro es lo mejor, de tal manera que una atención de costos elevados representa una medicina más eficiente, el uso de lenguaje impactante y poco entendible por la población en general es considerado como signo de alto grado de conocimiento de los profesionales de la salud. Los resultados de la buena práctica, vistos desde esta perspectiva son palpables cuando el enfermo ha sido curado, o bien, cuando el enfermo ha sido sometido a múltiples, sofisticados y costosos procedimientos, aun cuando el resultado sea complicaciones o muerte, hechos que demuestran su eficacia pragmática. Estos aspectos son relevantes para el tema que aborda esta investigación, ya que la concepción de la medicina es más en su función curativa, lo que sin duda afecta las acciones de prevención y de detección temprana de enfermedades, como es el caso del CaCu.

1.1. Funciones básicas del MMH

Desde la postura de Menéndez (2005), potencialmente el MMH cumple las funciones básicas: a) curativo/preventiva, b) normatizadora y de control y c) de legitimación

1.1.1. La función curativo/preventiva:

Las funciones dominantes, con las cuales se auto-identifica casi exclusivamente el personal de salud son las de curación y prevención. Los conjuntos sociales identifican a su vez, a la práctica médica mayormente con estas funciones y sobre todo con la de curación (Menéndez, 1988), a través de estas funciones operan las de control y legitimación, dado que la biomedicina sólo puede reconocerlas y asumirlas en la medida que aparezcan como actividades curativo/preventivas.

La función curativa delimita perfectamente el papel y las funciones de quien provee y de quien recibe la atención médica y establece, como afirma Michael Foucault una relación bastante compleja, en la que cada personaje asume su papel dentro del contexto (Foucault, 1991). Foucault califica esta relación como “desigual”, dado que una persona tiene el poder que le da el conocimiento, el portar una bata blanca y el pertenecer a una institución, mientras la otra se encuentra en la obligación de someterse a ese poder. Una muestra de la concepción de esta función curativa la muestra Talcott Parsons (1981), quien describió el rol del médico como el profesional que debe contar con características propias, poseer una alta competencia técnica para el desarrollo de su trabajo, ser experto, ser especialista en materia de salud-enfermedad y tener como objetivo primordial de su trabajo eliminar los procesos patológicos.

De acuerdo a Parsons los seres humanos acuden a solicitar atención médica cuando ellos mismos se han identificado como “enfermos” y solicitan, de acuerdo con el modelo médico dominante el restablecimiento del bienestar físico, que les permita desarrollar sus actividades diarias a un bajo costo y en el menor tiempo posible, demandan atención médica porque necesitan servicios técnicos, porque no conocen su enfermedad ni lo que hay que hacer para su tratamiento ni controlan los bienes instrumentales necesarios (Parsons, 1981). El sujeto se identifica como enfermo cuando reconoce la experiencia de la enfermedad en su propio organismo, es entonces cuando consulta al médico, quien aplica el conocimiento científico en el mismo momento, conceptualiza la enfermedad y le pone la etiqueta del diagnóstico (Harvey, 1978). Estas concepciones de los profesionales de la salud, muestran una clara identificación del médico como protagonista en la curación de las enfermedades, situación que prevalece en la sociedad y dentro del ámbito médico.

Sin embargo el MMH asigna a la sociedad en general la responsabilidad de cuidarse a sí misma, de demandar las acciones de prevención y curación y de obedecer las órdenes de las personas que tienen la obligación de curar.

Como producto de la evolución y normatización de la medicina, se demanda la medicalización de la enfermedad y se asume que el restablecimiento de esta es responsabilidad del Estado. Se privilegia la medicina curativa, la cual es valorada de acuerdo a su nivel de complejidad y a los logros que puede tener en un solo individuo, en el poder de salvar la vida a sujetos que se encuentran en situaciones extremas de enfermedad y se da crédito a los “héroes” que salvan la vida de sujetos aislados con la utilización de alta tecnología a costos elevados y se ignoran los logros de la

medicina de primer nivel de atención que por su naturaleza, impiden la enfermedad en grandes grupos poblacionales, como sucede con las vacunaciones masivas o las detecciones de enfermedades realizadas oportunamente.

De manera secundaria, el personal de salud se identifica desde la perspectiva higienista-preventivista con las acciones de prevención, enfocadas a la disminución de patologías que representan las más altas tasas de mortalidad a nivel nacional por medio de la prevención. Sus principales acciones incluyen la vacunación masiva a grupos que han sido identificados como de riesgo o que han sido clasificados por la epidemiología clásica como grupos vulnerables; hace un intento de intervenir y modificar el saneamiento ambiental y considera que el eje de dichas actividades debe ser el sujeto mismo y la comunidad. Otorga a los sujetos la responsabilidad de su cuidado y se asume que la responsabilidad de evitar y/o prevenir las enfermedades se encuentran en la persona o al responsable de su cuidado, como en el caso de los menores de edad y discapacitados (Menéndez, 1985).

La prevención, es una práctica médica poco reconocida por los grupos sociales, que la perciben en ocasiones como molesta e inútil. Aunque en el discurso se le identifica como la parte más importante en cuanto al cuidado de la salud, en la realidad es considerada de poca complejidad, barata (e incluso gratuita) y que no muestra ningún beneficio inmediato a nivel individual, por el contrario, en muchas ocasiones causa molestias en el organismo de quien recibe las acciones de dicha práctica, ya sea a nivel general o local (fiebre y dolor en las vacunas, dolor ocasionado por la toma de muestras, etc.), por los procedimientos invasivos con que se realizan, molestias que

en ocasiones limitan la actividad cotidiana por períodos que van desde horas hasta días.

1.1.2. Función normatizadora y de control

Las funciones de normatización y de control forman parte intrínseca del trabajo médico, ya que éste las aplica como parte de sus actividades rutinarias, especialmente en el primer nivel de atención, donde se realiza el establecimiento de diagnósticos o la aplicación de medidas preventivas que potencialmente normatizan y/o controlan comportamientos y beneficios en la población.

En su función normatizadora la práctica médica ejerce control e influencia sobre la sociedad, en términos de certificar estados de salud y enfermedad de las personas, de suficiencia física y mental para la participación comunitaria, de dictar las condiciones adecuadas de vida en relación con los riesgos de enfermar y la de introducir principios de racionalización de los recursos sanitarios (Martínez, 2010). Actualmente, en México, la práctica médica es utilizada como reguladora y controladora de la “participación comunitaria” de las poblaciones menos favorecidas y que requieren de su inclusión y permanencia en diversos programas sociales que tienen como objetivo, además de brindar atención a la salud, dar apoyo económico a la población.

Esta función normatizadora, que se ejerce en gran parte en el primer nivel de atención otorga al personal médico y de enfermería de los centros de atención un poder especial. Este personal, además de tener la responsabilidad de “Curar” los padecimientos de las personas enfermas, tiene el poder de favorecer a los integrantes

de la población con la recepción de beneficios de programas sociales, ya que su permanencia en los mismos depende de la participación y colaboración de los pobladores en las acciones desarrolladas por los centros de salud.

1.1.3. Función de legitimación

La función de legitimación, es utilizada al interior de cada país y en la comparación entre países. Se basa en el estudio de las tendencias de la mortalidad en diferentes grupos etarios, el abatimiento de la desnutrición o el incremento de la esperanza de vida que son utilizados para el establecimiento de políticas de salud centradas en mejorar la salud de la población.

1.2. Profesionalización en el MMH

Toda profesión requiere definir dos tipos de perfiles; el de egreso y el laboral, los cuales, deben coincidir en su aplicación. Se define al perfil de egreso como el resultado de un proceso formal y planeado en una institución educativa con el propósito de satisfacer determinadas necesidades sociales, el perfil laboral describe las características requeridas por el mercado laboral en respuesta a las diferentes formas de organización y funcionamiento de las instituciones (CIE 2005). En el caso de las profesiones médicas, el perfil laboral responde a las características del MMH, con claras tendencias a la curación, a la sofisticación de las tecnologías y a la especialización. Se evidencia en los planes de estudio de las carreras de enfermería y medicina una clara orientación a formar profesionales adaptados a las realidades nacionales, y especialmente a la atención hospitalaria, de alta complejidad y tecnología, con mínimas capacidades de investigar y conocer las necesidades de

salud de las poblaciones a su cargo. De esta manera, se desarrolla un proceso de profesionalización que puede ser diferenciado en dos etapas: una correspondiente al profesionalismo liberal, referida casi exclusivamente al médico y una segunda, que corresponde al desarrollo de los submodelos corporativos y que supone la emergencia de un tipo de profesional ligado directamente al control, la planificación y la administración, lo que ha dado lugar a lo que Illich (1975), denominara la medicina institucionalizada y que calificara como “una amenaza por la dependencia generada de los profesionales que atienden la salud” así como por la influencia que tiene esta dependencia en todas las relaciones sociales. En la actualidad las características de la formación de los profesionales de la medicina definen y marcan su actuar, sus ambiciones, aspiraciones e ideales. Como es sabido, la práctica médica se desarrolla de una manera individualista fragmentaria, reduce a los individuos a su dimensión física y abre una brecha entre la salud y la enfermedad, ya que concibe a la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia. La salud es concebida como una normalidad estadística, el ajuste de parámetros de diversos indicadores con cifras denominadas “normales” o con la condición de la ausencia de signos y/o síntomas en una persona. En base a lo anterior, la formación de profesionales se enfoca en la aplicación de la práctica curativa, manteniendo prioritariamente el interés en la identificación biológica de la causa de la enfermedad y su consecuente eliminación. La influencia de la práctica de la medicina en el MMH se hace manifiesta en la formación de los profesionales de la salud, especialmente en la del médico y la enfermera. Desde el diseño curricular de estas profesiones, se observa una diferencia en la valoración de las actividades de prevención y de especialización, determinada por la visión clínica del proceso salud/enfermedad con énfasis en lo curativo (Pera,

2003). Eso hace evidente que la carga, en los planes de estudio de la carrera de la profesión médica en las diferentes instituciones de educación superior del país, operan en la lógica de los requerimientos de un mercado que demanda y reconoce al médico especialista y subespecialista (Byrne, Rozental, 1994) con una formación académica, eminentemente clínica y biológica, lo que parece corresponder a una visión sobre las tareas que realizan estos profesionales en el área laboral

La mayoría de las instituciones universitarias, incluyen en el programa académico de la carrera de medicina una formación de al menos 5 años con asignaturas cuyos contenidos son en un 85% o más de aspecto clínico. Se programa la realización de prácticas en unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención y se busca contar con profesores especialistas, expertos en cada una de sus áreas clínicas. Estas tendencias favorecen el estudio clínico, motivan la alta especialización en los estudiantes y les forman una imagen objetivo de médico especialista. La atención de primer nivel tiene un lugar marginal en la enseñanza de pregrado de los estudiantes de medicina. El campo de la salud colectiva no se les presenta como atractivo, el contenido teórico en los programas de estudio sobre este aspecto es mínimo y los profesores con que se cuenta son escasos y en muchas ocasiones sin la formación específica sobre este campo (López, 2004).

Por otro lado, la Enfermería desde sus inicios identificó al cuidado de la Salud de las personas, como su bien intrínseco, lo convierte en su objeto y desde la perspectiva profesional, es su eje. En todos los programas de las carreras de enfermería de nivel licenciatura se encuentran las disciplinas de salud comunitaria aunque las denominaciones varían: enfermería comunitaria, salud comunitaria, salud pública,

epidemiología, investigación en salud, investigación en enfermería, además de las materias relativas al cuidado de grupos específicos de la población: cuidado de los jóvenes, del niño, del anciano, de la mujer embarazada, etc. En la mayoría de los casos, en los años iniciales de la carrera se encuentran más materias teóricas sobre el proceso salud-enfermedad, salud comunitaria y sociología o antropología, mientras que las disciplinas relacionadas con la investigación como la epidemiología y estadística se encuentran en los últimos años de la carrera. Sin embargo, las curricula presentan una fuerte carga de contenido clínico. Los conocimientos y habilidades proporcionados durante su formación profesional dirigen su actuación al cumplimiento de indicaciones médicas, a la participación con técnicos o especialistas de la salud en áreas hospitalarias y propician el interés en las actividades de alta especialidad. Al igual que en el caso de la carrera de medicina, las prácticas profesionales se programan y desarrollan en gran medida en unidades de segundo y tercer nivel de atención y se fomenta la especialización en áreas clínicas, por ser las de mayor reconocimiento y demanda en el ámbito laboral. Los contenidos teóricos en materia de salud pública/comunitaria son de menor proporción que los clínicos. No existe en América Latina (incluyendo México), en la formación de enfermería una formación específica en medicina preventiva. Esta ocurre a lo largo del proceso general de formación, de modo fragmentado en las diferentes disciplinas (Byrne, 1994).

La adopción de desarrollar el servicio social de carrera obligatorio en los centros de primer nivel de atención podría brindar conocimiento y experiencia a los egresados de enfermería, sin embargo, al igual que los pasantes de la carrera de medicina, se

enfrentan a circunstancias poco conocidas, como la actitud de la población, el trato de personal que labora en esos centros, sin medios para solventar las necesidades propias y sin conocimientos específicos para desarrollar las funciones que les son encomendadas.

Es necesario considerar la influencia que ejerce la estructura del Sistema de Salud, que determina en gran manera el énfasis en la formación de los estudiantes. El Sistema de Salud fragmentado de México marca una gran diferencia entre las instituciones de seguridad social, y las de población abierta, impidiendo brindar una atención homogénea. Las primeras, tienen como fin máximo la recuperación del paciente (o sus familiares), con un enfoque predominantemente materialista, busca la pronta recuperación de la mano de obra y cuenta con subsidio económico gubernamental, al que le son sumadas las contribuciones de empleados y patronos, lo que le brinda la posibilidad de contar con recursos humanos, materiales y físicos en mayor cantidad y de mejor calidad que los servicios a población abierta, que sólo cuentan con subsidio gubernamental, carecen de recursos y constantemente deben adaptarse a los cambios de la economía del país.

De esta manera, la formación de los médicos y enfermeras se centra en la producción de profesionales que puedan insertarse en el mercado laboral con mejores condiciones, centrado en la práctica hospitalaria, en la súper-especialización, y en el valor supremo de la adquisición de tecnología de alta complejidad, contradictorio a los valores y principios de los sistemas de salud basados y centrados en atención primaria, de bajo costo y de baja complejidad, lo que genera un déficit en la formación de profesionales capacitados para actuar en este nivel de atención (Erno, 2009). Esta

tendencia en la formación genera una oferta de recursos humanos en número insuficiente trabajando a partir de competencias en la aplicación de la Atención Primaria de Salud así como una mínima o nula mejora sobre los indicadores de salud de la población (Gervás, Fernández, 2006), deficiencias que disminuyen en los profesionales la posibilidad de ejercer su plena potencialidad para mejorar la salud de la población, con menores costes globales y mayor satisfacción de los usuarios (Starfield, Shi, Macinko, 2005).

Se observa así, una apuesta por una visión tecnológica, clínica, individual y fragmentaria de la salud, la que resta prestigio y muestra rechazo hacia el trabajo de promoción y de prevención que se realiza en el marco de la salud pública (González, 2006) en el denominado primer nivel de atención, en el que la práctica médica asume un papel inferior, comparado con la medicina de tercer nivel, situación que caracteriza su práctica de manera especial, al satisfacer los requisitos de competencia de una sociedad cada vez más demandante de calidad, oportunidad y seguridad. Según el informe de la OCDE⁴, la razón de especialistas por 1,000 habitantes es de 1.3 a nivel nacional, disminuyendo en lo que respecta a población sin seguridad social, en donde es de 0.61 por 1,000 habitantes. La proporción de médicos especialistas a nivel nacional es de 68%, concentrándose especialmente en Medicina Familiar, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Anestesiología⁵ (INEGI, 2013),

⁴ La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es un foro único en donde 34 naciones democráticas trabajan conjuntamente para afrontar los retos que la globalización impone a la economía global, el medio ambiente y la sociedad. Anualmente, la organización reúne a los ministros de sus países miembros para discutir los temas más importantes de la agenda internacional.

⁵ El 65.5% de la planta de especialistas en el sector público se concentran en seis especialidades: medicina familiar; anestesiología; pediatría; ginecología y obstetricia; cirugía y medicina interna. Entre las especialidades menos frecuentes (<500 especialistas en el sector público) destacan: alergología, genética, geriatría, proctología, nefrología, endocrinología, neumología y gastroenterología. El informe

todas de tipo clínico, las cuales son más atractivas por ser las de mayor demanda y de mejores ingresos. Resulta interesante observar que en las estadísticas no se consideran a los médicos y enfermeras especialistas en Salud Pública o medicina preventiva, lo que sostiene y refuerza el poco valor que se otorga a estas áreas.

La formación del personal de salud se ve afectada entonces por dos condiciones. Por un lado, la presencia del paradigma higienista dominante, que mantiene su génesis científica basada en lo biológico y que si bien, actualmente hace esfuerzos por incorporar condiciones del entorno social a la causalidad biológica, no consigue una completa integración de ambas perspectivas, manteniéndose un modelo higienista, biológico e individual. Por otro lado, la formación profesional se ve afectada por interpretaciones sociales en un mercado corte económico que define que la obtención de mayores ganancias económicas está determinado por el tipo y grado de especialidad y de complejidad de la medicina que se brinda, lo que dificulta el establecimiento de un modelo que responda satisfactoriamente a necesidades del mismo profesional, de la población y del Estado, impidiendo el cambio de la conceptualización de la medicina en la que sean comprendidas y valoradas las acciones de prevención de la enfermedad a nivel poblacional más que las de curación a nivel individual.

no menciona la existencia (ni mínima) de especialistas en Salud Pública o medicina preventiva (SS, 2009).

CAPÍTULO II. LA PRÁCTICA MÉDICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La práctica médica comprende todos los aspectos y participantes que intervienen en la misma. El esquema clásico centra la atención sólo en el paciente, quien representa sólo una parte de los involucrados sin considerar que tanto el personal médico como el paciente pertenecen a una sociedad, poseen historicidad y se ven afectados por la temporalidad.

A continuación, se presenta un análisis de aquellos elementos que desde la perspectiva de la autora tienen un mayor peso en los procesos de despersonalización y la deshumanización con que es calificado el personal que brinda la atención médica, aquellos que, aun cuando son parte integral de un proceso complejo, son excluidos del mismo como sujetos y son considerados como objetos, como herramientas o como insumo tecnológico en la asistencia sanitaria actual.

2.1. Problema sin solución

Reflexionar sobre la práctica médica desde una perspectiva holística, implica el reto de generar una visión global de la complejidad que esta entraña, de alejarse de la clásica visión reduccionista, que asigna a los médicos y enfermeras la responsabilidad de los éxitos o fracasos de dicha práctica y al paciente, el rol de víctima. Implica involucrar al personal de salud como sujeto dentro del proceso, como personas, evitando la despersonalización y la deshumanización en ellos, lo que sin duda, incrementaría la complejidad del estudio de dicho proceso, reto que también hay que afrontar.

El enfoque positivista y exclusivamente cuantitativo en el estudio del proceso salud-enfermedad-atención (S/E/A), ha tenido pocos alcances en el mejoramiento de la salud colectiva. Laurell afirmaba desde 1982 que “El paradigma médico biologista se encuentra en la dificultad de generar nuevos conocimientos, que permitan la comprensión de los principales problemas de salud actuales” (Laurell, 1982), situación que prevalece después de treinta años, lo que demuestra los limitados logros para mejorar la salud por los conocimientos generados de esta manera.

Desde la salud colectiva, se entiende que es necesario considerar los factores históricos, económicos y políticos para lograr un conocimiento que ayude a comprender la complejidad con la que se expresa el proceso S/E/A en la población en un contexto altamente cambiante y heterogéneo, así como tratar de llenar los huecos existentes en el conocimiento sobre la realidad social, sus instituciones, sus procesos de cambios, las situaciones de conflicto y problemas sociales que han tenido, tienen y tendrán una importancia significativa, tanto en la elaboración teórica como en la práctica social de la medicina sin perder de vista que dicho proceso es una construcción socio-cultural histórica, compleja, cambiante y heterogénea, en la que participan tanto proveedores de la atención, como aquellos que la demandan, así como el contexto en el que este proceso se da y donde adquiere diversas significaciones que se manifiestan en la práctica en salud (Briceño, 2003).

Lo que antiguamente era explicado mediante el determinismo médico, hoy es replanteado por la decisión racional en las condiciones de la incertidumbre (Morín, 1996). En la práctica médica se fusionan diversos participantes y surge una relación altamente compleja en la que todos son activos, estando presentes en ella la riqueza

y sutilezas psicológicas de las relaciones humanas. Incluye intercambio de información verbal y no verbal e interacción afectiva, que aunados a la posición asumida por el personal médico y por el paciente determinan en gran medida la eficacia de tal relación. Implica la aplicación de procedimientos y medios para emitir un diagnóstico y tratamiento acertado o bien para la aplicación y desarrollo de técnicas específicas, lo que la convierte en un acto técnico. Es además una relación moral porque cada acción en esta relación siempre atañe al otro, es una acción que tiene consecuencias inmediatas para otro ser humano y esto la distingue quizás de muchas otras relaciones técnicas que no tengan una clara implicación humana. Se ha considerado también que es una relación cultural, por que se expresa en un contexto determinado, donde los códigos de los personajes sobre pensamiento, conocimiento, ideas, creencias, valores y temores se manifiestan de manera material mediante la conducta social, y de forma ideológica a través de la comunicación (Blanco, Zarco,1993), verbal y no verbal. En la práctica médica el problema principal del personal médico y el paciente es el de adaptarse a las experiencias tensionantes causadas por la “incertidumbre” que se producen cuando se presentan cambios en la enfermedad o se deben afrontar carencias, ya sea de conocimientos, recursos, tiempo o material. Los cambios en el sistema o en el contexto son considerados como alteridad, acercan al personal médico a aceptar cierta indeterminación y la posibilidad de manifestaciones diferentes (Blanco, Hernández, 1993) ante los pacientes, las autoridades, los compañeros, el sistema y ante sí mismo para enfrentar estos cambios.

En los centros de salud de primer nivel de la Secretaría de Salud, el médico y la enfermera se ven limitados en la realización de trabajo debido a que deben adecuarse a la carencia de recursos físicos, humanos y materiales, así como a las restricciones de tiempo para la atención de los pacientes.

Las condiciones en que prestan sus servicios los prestadores no dan tiempo a pensar en los efectos de las situaciones que los afectan. Se enfrentan a la exclusión y la explotación. Con salarios precarios, malos tratos, sin posibilidades de descanso real, restringido acceso a alimentos, en ambientes hostiles, ¿Cómo pueden cuidar a los que les toca cuidar? ¿Cómo se protegen sin pasar linealmente de ser víctimas a actuar como victimarios en el sistema? (Beker, 2012).

Además, el personal en estos centros, ejerce acciones de función normatizadora de la medicina, dado que deben asegurar la continuidad de los pobladores dentro de los programas de beneficio social (Programa oportunidades), lo que resta tiempo a las acciones de promoción, prevención y tratamiento y genera inconformidad en la población que exige una medicina medicalizada, pronta y efectiva.

De esta forma, el papel del médico y la enfermera en el primer nivel de atención se orienta a actividades de tipo curativo, preventivo y de normatización, las cuales son identificadas como de tipo “Administrativas” por este personal.

Los centros de salud ubicados en las áreas rurales atienden a población que difiere de las poblaciones urbanas o semi-urbanas, en donde, si bien es cierto que existe marginación y pobreza, el contexto social les brinda mayores posibilidades de acceso a servicios, alimentación y educación, lo que, desde la perspectiva de los

determinantes de salud, se relacionan con su nivel de salud, con la forma en que satisface sus necesidades y con la manera de percibir al personal médico, por ello y por considerar a la sociedad como parte del contexto en donde el personal de salud labora, presento una descripción del medio rural

2.2. El medio rural

La Organización Mundial de las Naciones Unidas, define a las áreas rurales como aquellas que comprenden asentamientos humanos de menos de 10,000 habitantes y en la que predominan las granjas, los bosques, los ríos y lagos, las montañas o el desierto. Su población depende de la agricultura; en su condición de campesinos, pastores nómadas o pescadores se ocupan de la cría de animales, la transformación y comercialización de alimentos y otros productos y servicios derivados del agro, presentan gran diversidad cultural, social y económica. Las opciones de empleo son limitadas, los habitantes carecen de servicios sociales básicos adecuados, y carecen de representación política (UNESCO, 2006). Las áreas rurales poseen características de desventaja de tipo social, cultural y económico ante las zonas urbanas. Una de sus características es su fácil identificación con la pobreza extrema, en que todos los ingresos familiares son insuficientes para cubrir sus necesidades. Otras características son que los vínculos familiares y sociales son más fuertes, la relación con la vecindad es mayor, y la población tiene un contacto más directo con la naturaleza. El hombre es el principal proveedor de la familia en más de un 70% de los hogares. La mayoría de los productores rurales, se caracterizan por ser minifundistas y producir en condiciones precarias, carentes de infraestructura productiva, sin acceso a fuentes de financiamiento y deficientes o nulos canales de comercialización. La

población sobrevive sin contar con elementos que les permita impulsar su trabajo y consolidar algunas actividades básicas para su desarrollo. Existe dispersión geográfica y bajos niveles de educación básica. En México el grado de escolaridad en las zonas rurales está por debajo del nivel nacional (23%). 54.6% de los integrantes de la población rural han cursado algún grado de educación primaria y sólo el 15.3%, algún grado de la secundaria (CONAPO, 2010). Aun cuando existen escuelas, no resulta sencillo para algunas familias enviar a sus hijos a estudiar, factores económicos y sociales impiden que algunos niños y sobre todo niñas asistan a la escuela.

Uno de los temas relacionados con la dispersión territorial y que tiene una relación bastante estrecha con la pobreza es el acceso a los servicios de salud. De acuerdo con datos de CONAPO (2010), 61% de los pobladores de localidades con acceso bajo a los servicios de salud se concentran en localidades rurales con grado de marginación alto y muy alto con un grado muy bajo de acceso a servicios de salud. (SEDESOL, 2010).

En este contexto, los problemas de salud, educación y empleo adquieren características propias. Los problemas de salud en la mujer rural se centran en el aspecto reproductivo y se agudizan por la desnutrición, el excesivo trabajo físico y la carga emocional, por las precarias condiciones de servicios que incrementan su jornada y provocan enfermedades infectocontagiosas, así como por el maltrato físico por violencia intrafamiliar que enfrenta en numerosas ocasiones. El promedio de hijos por mujer en el medio rural es de 4.52 y el uso de métodos anticonceptivos es bajo (INEGI, 2013).

Si bien, el medio rural presenta características relevantes en aspectos sociales, económicos, políticos, culturales, etc. en este documento sólo haré énfasis en lo que respecta a los aspectos de servicios de salud en el primer nivel de atención en estas áreas por ser el tema central.

2.3. Primer nivel de atención en el área rural

Las cifras globales que muestran los grandes avances en los cambios de indicadores de salud a nivel mundial, tales como la esperanza de vida, mortalidad materna e infantil, etc. enmascaran la inequidad tanto en los servicios de salud como en el acceso de la población a los mismos. Hay inequidades en cuanto a la distribución sociogeográfica de los servicios, usualmente con grandes desventajas para el sector rural y el urbano marginal. Las localidades con centro de salud rural tienen un rezago social medio, pero existen barreras de acceso geográfico.

Estas localidades resultan poco atractivas para los médicos que, a pesar de que las plazas se encuentren disponibles, no aceptan trabajar en áreas rurales marginadas (Montero, 2011), lo que da lugar a la carencia de recursos y la escases de servicios (Bronfman et al. , 1997), así como un número insuficiente de médicos para atender a la población que le corresponde (Salinas y Oviedo, 2000), carencia que ha sido parcialmente cubierta con los estudiantes en servicio social de la carrera de medicina, odontología y de enfermería desde comienzos del siglo XX, época en que se definió que el servicio social para los estudiantes de medicina debe realizarse en las comunidades de menor desarrollo económico y social (López, 2004), estrategia que, desde la mirada gubernamental, es útil ya que cumple con dos propósitos, uno

académico a favor del estudiante y otro asistencial a favor de la población (SS, 2007a). De esta forma, el primer nivel de atención en las comunidades rurales, de bajo desarrollo y con alto grado de marginalidad es proporcionado por personal que aún no ha concluido sus estudios, se encuentra en proceso de formación y carece de cédula profesional, que es sustituido cada año sin que se logre una verdadera integración con la comunidad.

Al no existir en muchas comunidades alternativa para la atención médica, la población debe acudir solo al Centro de salud para resolver sus problemas de salud, lo que en muchas ocasiones no logra debido a la escases de personal médico existente, dando lugar a descontento de la población y a una falta de atención en el primer nivel, persistiendo de esta manera la inequidad en la prestación del servicio de salud.

A este primer nivel de atención se le hecho responsable del control y validación del programa Gubernamental de beneficio social denominado Oportunidades, que establece como requisito para la continuidad de la vigencia del mismo, la asistencia a dos consultas al año. Este requisito restringe la consulta, ya que da prioridad a usuarios con cita, beneficiarios del programa Oportunidades, los que, en su mayoría de las ocasiones son, según reportes “consulta a sanos”, (observación personal de formatos SIS⁶) atendiendo a la población en general cuando acuden por una urgencia.

De esta forma, el Centro de Salud es usado solo por dos motivos: para acudir a la cita

⁶El Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) forma parte del Sistema de Información en Salud y capta las actividades realizadas en las unidades médicas y fuera de ellas, así como de los establecimientos de apoyo como es el Laboratorio Estatal de Salud Pública, entre otros. Está vigente en México desde 2004 y tiene como objetivo generar información relevante, oportuna, homogénea y confiable de la prestación de servicios otorgados en la Secretaría de Salud. Su misión es establecer y conducir los procesos de registro e integración de la información relacionada con la prestación de servicios otorgados, en las unidades médicas y establecimientos de apoyo de la Secretaría de Salud, de las 32 entidades federativas(<http://soportedgis.salud.gob.mx/sis/marconormativo/index.html>)

periódica del programa Oportunidades y por una emergencia médica. Si bien, los usuarios identifican al primer nivel con actividades de protección específica (vacunas), no son las más valoradas por ellos, ya que la expectativa de la población en general es la medicina curativa, que representa la consulta a enfermos y la dotación de medicamentos de manera gratuita.

Estas actividades del Programa Oportunidades asignadas a los Centros de atención en el primer nivel, enfatiza e incrementa la inequidad y la desigualdad, dando más posibilidades de atención a los que cuentan con apoyos gubernamentales que a aquella población no beneficiaria de dicho programa, las que debe tolerar que sus demandas de atención queden en un segundo término, se les reste importancia y no se cuente con tiempo ni material ni equipo para atenderlas (Montero, 2011).

El desabasto de medicamentos en las clínicas rurales conlleva dos severos problemas, por un lado, la cantidad proporcionada no alcanza a cubrir los requerimientos de las patologías de la población y el tipo de fármacos no corresponden a los problemas de salud frecuentes en la población. De esta forma, se carece de antibióticos, antigluceantes, antihipertensivos, antihistamínicos, y se privilegia la dotación de vacunas, anticonceptivos, ácido fólico y complementos alimenticios. Este desabasto afecta a toda la población, incluso a aquellos que están bajo el régimen del programa Oportunidades o del Seguro Popular que garantiza en teoría el acceso universal a la salud incluyendo la gratuidad de medicamentos a sus afiliados.

El primer nivel de atención tiene una importante función en la vigilancia y control de enfermedades, es la principal fuente de notificación de morbilidad, por lo que el personal médico debe emitir informes de todas las patologías atendidas día a día por cada uno de los trabajadores, lo que se realiza por medio de la elaboración de informes con periodicidad mensual de manera regular.

Estos informes son elaborados por los médicos que otorgan la atención, de forma manual sin el apoyo de equipo de cómputo y frecuentemente con grandes errores.

A pesar de que existe una plataforma a la cual se accede vía internet y en la cual se puede realizar este reporte, para muchos CS esto es imposible, ya que carecen de equipo de cómputo, capturistas, internet y conocimiento necesario para el manejo de la información.

Ante esta realidad, los centros de salud, encargados de la atención del primer nivel, no cuentan con los insumos necesarios para brindar una atención de calidad, resultan insuficientes para satisfacer la demanda de la población, convirtiéndose en medios por los cuales se hace manifiesta la desigualdad y la inequidad en la atención a la población.

2.4. El personal médico

La posmodernidad impersonal, explotadora, ajironada hizo y hace desastres en la actitud profesional diaria del personal médico hacia los pacientes, creando paradigmas simplificadores de la realidad, sin posibilidad de una apertura dialéctica a la complejidad humana. Mientras el personal médico defensivamente ensaya conductas y argumentos para auto-preservarse y/o auto-complacerse frente a la

frustración diaria; el paciente también ensaya defensivamente las mismas conductas y argumentos con la misma finalidad. En la relación, se refleja la proyección y la negación mutuas en conflicto permanente donde cada uno asume que está en lo correcto. Ambos personajes detectan muy bien el propio maltrato padecido sin registrar el maltrato que se le hace padecer al otro, lo que se verá reflejado en la manera de demandar la atención y de responder a esas demandas.

El médico se ha transformado de un intelectual humanístico, en la pieza de un "engranaje" productivo que le determina concretamente, no sólo sus condiciones laborales objetivas, sino que además le hace imposible congeniar la satisfacción subjetiva intelectual y emocional por imposibilidades sistémicas, a pesar del incremento y especificidad de sus conocimientos y de su papel normatizador. El personal médico, a su vez, se vuelve sujeto normatizado por la institución, que define qué debe hacer, cuándo, cómo y con qué, por el contexto que limita o exige de acuerdo al momento y lugar en que se vive, por los pacientes que demandan atención y definen su participación en sus acciones de prevención y tratamiento, por los compañeros con los que interactúan y modifican sus significados, sus actitudes y sus acciones, encontrándose en la disyuntiva de realizar todas las acciones y funciones que sabe tiene la capacidad de realizar o conformarse con cumplir con las cuotas mínimas solicitadas por la normatividad, lo que asegura su aceptación dentro del grupo, la generación, fomento y mantenimiento de leyes consuetudinarias y el establecimiento de plataformas que servirán de pauta para la normatización presente y futura de la atención médica.

La problemática se genera desde su formación. Los centros educativos, basados en el MMH, determinan que lo primordial, lo importante y relevante es la enseñanza de la clínica, que se enfoca a la recuperación de la salud de las personas, de una manera fragmentaria, individualista y desigual. Buscan impartir el conocimiento más actualizado en cuanto a avances tecnológicos para lograr de manera más rápida y sencilla más y mejores diagnósticos. Se brinda especial interés al desarrollo de habilidades que les permitan a los futuros profesionales un dominio de la tecnología. Se enseña a los estudiantes a objetivizar a la enfermedad y a los enfermos, a solucionar problemas físicos y/o fisiológicos, compaginando conocimientos sobre anatomía, fisiología, farmacología, patología, etc. sin ver a la enfermedad como el resultado de la interacción de diversos factores, muchos de los cuales son inmodificables por el personal de salud, y que afectarán de modo importante el desarrollo de sus actividades y el resultado de sus acciones.

De esta forma, el personal médico tiene vocación de servicio, desempeña sus funciones en la abundancia y en la pobreza, atiende a ricos y pobres, con alta tecnología o con sólo los órganos de los sentidos, en una gran ciudad o en pueblos pequeños, en un ambiente higiénico o en la insalubridad, con uniforme y sin él, de día y de noche y en general en todas las condiciones que la sociedad lo requiera y hacen su mayor esfuerzo por brindar atención y salvar las vidas de quienes se ponen en sus manos. Sin embargo, son percibidos por la sociedad diacríticamente, como buenos y malos, son objetos de halagos y burlas; los maldicen y los llenan de bendiciones (Gadamer, 1997), todo depende de la función que realicen y de la manera en que la sociedad los perciba.

2.5. Los Centros de Salud en México

Los Centros de Salud (CS) o Unidades de primer nivel de atención médica de los Servicios de Salud (SESA) representan la célula donde se brinda atención primaria de salud a la población que no cuenta con algún régimen de seguridad social, es la cara más visible del Sistema de Salud y la puerta de acceso al sistema. Se les define como “establecimientos de atención médica ubicados en localidades rurales y urbanas para ofrecer atención clínica básica y servicios básicos de salud a la comunidad: promoción de la salud, saneamiento ambiental, detección y control de riesgos, diagnóstico temprano de enfermedades” (SS, 2013). En estas unidades se ofrecen servicios de consulta externa por edad y sexo de acuerdo a la línea de vida: recién nacido, menores de 5 años, de 5 a 9 años, de 10 a 19 años, mujeres de 20 a 59 años, hombres de 20 a 59 años, 60 años y más.

En estos centros se atiende al 85% de los problemas médicos en localidades rurales, dispersas y concentradas y urbanas, otorgando cuidado integral a grupos de población de hasta 3,000 habitantes.

Los CS tienen una tipología específica determinada por los servicios que ofrecen, por la población a la que atienden, por su tamaño y por su ubicación. Desde la perspectiva institucional, se les asigna el desarrollo de funciones de planeación, gestión, coordinación y evaluación de las actividades realizadas en la Coordinación Municipal y la Jurisdicción Sanitaria que le corresponde.

El objetivo de los CS es otorgar servicios de atención primaria a la población abierta en un área geográfica determinada, con la finalidad de prevenir, diagnosticar y dar

tratamiento a algún padecimiento que ponga en riesgo la salud de la población. Tiene básicamente la responsabilidad de desempeñar roles de educación para la salud y prevención de las enfermedades así como el de recuperación de la salud y rehabilitación.

Se caracterizan por tener una estructura física sencilla, cuentan con equipamiento básico y poco complejo, su función principal es la de diagnóstico y atención de salud ambulatoria. En algunos casos los centros de salud cuentan con hospitalización para maternidad y casos de emergencia para derivación a hospitales locales o intermedios.

Según datos presentados por la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) en México en 2008, son los centros de atención más numerosos y cercanos a la población. Atienden en la actualidad a más de 50 millones de personas inscritas al régimen de seguro popular. Se encuentran ubicados en zonas urbanas y rurales del territorio nacional, siendo en muchas poblaciones la única alternativa para hacer frente a los problemas de salud que aquejan a sus habitantes. En total existen 12,828 centros de salud, 65.3% ubicados en áreas rurales, 12.9% en urbanas y 12.7% son catalogadas como unidades móviles que funcionan principalmente en áreas urbanas y marginadas (DGED, 2008). Para fines administrativos, las unidades de atención a la población que corresponden a la Secretaría de Salud se clasifican en: Centros de Salud Rural para Población Concentrada, Centro de Salud Urbano, Centro de Salud con Hospitalización.

Considerando que la presente investigación se realiza en Centros de Salud Rurales, me referiré sólo a este tipo de establecimientos.

Los Centros de Salud Rural se definen como unidades médicas en las que otorgan servicios de consulta externa en general, atención a pacientes en observación, urgencias, pacientes referidos, vigilancia, notificación de casos epidemiológicos, educación para la salud, saneamiento ambiental, fomento sanitario, organización de la comunidad, primeros auxilios, referencia de pacientes, detección de enfermedades y solución de problemas ambientales y sanitarios (SEDESOL, 2009).

Un CS rural es atendido por los denominados “módulos” integrados por un médico adscrito, dos auxiliares de enfermería y un pasante de odontología o técnico en salud bucal, este personal en muchas ocasiones es remplazado por pasantes en servicio social por carecer del recurso económico para el pago de profesionales titulados. La normativa actual establece que los CS deben contar con áreas de control y recepción, consultorios de medicina general y estomatológico, sala de usos múltiples, curaciones e inmunizaciones, sala de espera, sanitarios, almacén, circulación técnica y vestidor de personal, trabajo de enfermeras, estacionamiento y espacios abiertos exteriores, lo que no siempre se cumple en su totalidad, teniendo espacios físicos limitados, con poco espacio para consultorios, sala de espera y demás servicios que se brindan. Los CS rurales se caracterizan por ubicarse en localidades de más de 2,500 habitantes y menos de 15,000, donde el número de población de responsabilidad que debe ser cubierta va de 3,000 a 9,000 habitantes (SEDESOL, 2009).

No obstante la importancia que tienen estas unidades de primer nivel de atención, debido a la magnitud y características de la población que atienden, presentan deficiencias importantes en el abastecimiento de insumos necesarios para brindar atención básica y cumplir con todas las acciones que les han sido asignadas. Se

carece de equipamiento mínimo indispensable para la emisión de diagnósticos, de médicos con formación completa (titulados), con especialidad en atención primaria, de enfermeras profesionales generales y especialistas, de medicamentos básicos y otros aspectos como el establecimiento de roles, manuales de organización, profesiogramas etc. que pudieran asegurar no solo una atención de calidad a los pacientes, sino además un mejor conocimiento del verdadero perfil epidemiológico del país y una mejor percepción de este personal a nivel colectivo.

Las deficiencias manifestadas, no son desconocidas por los servicios de salud, sin embargo, se argumenta que la solución de dichas deficiencias requiere de inversiones de “magnitud considerable”, por lo que la solución está distante o bien es prácticamente imposible debido a las deficiencias económicas del Sistema de Salud.

Con respecto a recursos humanos, la carencia se refiere no solamente a la cantidad necesaria para cubrir las necesidades de salud de la población a la que debe atender, sino también en la capacidad técnica, los conocimientos del personal, la habilidad de coordinación y gestión indispensables en el primer nivel de atención. Los estándares internacionales recomiendan la existencia de por lo menos un médico por cada 1,000 personas, una enfermera por cada 2,000 a 2,500 personas y una proporción de dos enfermeras por un médico (OPS, 2001). Según reporte de la DGED existe en México una proporción de 0.46 médicos por 1,000 personas sin seguridad social, la misma proporción que corresponde al personal de enfermería. Considerando estas cifras, podremos percatarnos de que la deficiencia en médicos y enfermeras es realmente alarmante y más aún serán las repercusiones que acarrearán en la salud de la población, en el desarrollo de programas y en los mismos trabajadores. Debe

considerarse que se registran en este total los médicos en formación, incluyendo pasantes cumpliendo con su servicio social (DGED, 2008), es decir, médicos que aún no han concluido su formación académica, que aún son estudiantes en proceso de formación y de aprendizaje y a los que sin haber concluido sus estudios ni haber obtenido el título correspondiente se les asigna, sin opción a negarse, la responsabilidad de las actividades realizadas en un Centro de Salud en Área Rural donde reciben una retribución económica menor al salario mínimo, que es entregado de manera irregular a los pasantes.

Trabajos publicados en revistas científicas (Sánchez, et al, 2008; Consejo y Viesca, 2008) y presentaciones hechas en congresos (López, et al, 2012) analizan el ambiente hostil y agresivo en el cual se desarrollan los estudiantes de medicina de pregrado en el hospital, situación que comparte algunas características con los centros de salud. Existen situaciones de exceso de trabajo que produce agotamiento debido a largas jornadas de trabajo. En los centros de salud ubicados en zonas distantes y alejados de centros de atención hospitalaria, los pasantes en servicio social deben permanecer las 24 horas del día, brindar consulta médica en los horarios establecidos y atender las emergencias a cualquier hora que se presenten. Aunado a las responsabilidades médicas, existe un exceso de labor burocrática que ocupa el tiempo que debería de estar destinado a la práctica clínica y a la enseñanza teórica. Consejo y Viesca (2008) analizan la manera en que estas situaciones desventajosas favorecen el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, hacia los usuarios y los compañeros, así como en sus resultados relacionados con la atención al paciente, aseveran que en las instituciones de salud mexicanas existe exceso de trabajo rutinario rígido y repetitivo,

donde prevalece el individualismo y la especialización excluyente del trabajo. Viniegra (2004), sostiene que en México, al pasante se le brinda el desarrollo de un horizonte reflexivo estrecho, en el cual el trabajador es ajeno a su contexto laboral, a sus contextos cultural, social e histórico a los que considera ajenos a su quehacer y hacia los que ha desarrollado creciente desinterés.

En el caso de las enfermeras la deficiencia es aún mayor, ya que la proporción enfermera-habitantes está muy debajo de la recomendada. El personal asignado a los centros de salud en su mayoría cuenta con un contrato laboral, pero es necesario considerar que existe un número muy alto de ayudantes y auxiliares de enfermería en quienes recae la responsabilidad de las actividades de prevención y atención en el primer nivel, en muchas ocasiones con formación técnica, básica o sólo con conocimientos empíricos. El número de enfermeras profesionales preparadas para la atención primaria es mínimo y las existentes se ubican en posiciones administrativas, en servicios de alta complejidad y baja cobertura y en instituciones educativas, situación que se debe en gran parte a los bajos salarios y a las dificultades que deben afrontar en la prestación de los servicios de primer nivel, sobre todo en el área rural (OPS, 2001).

Los cambios en esta situación referente al personal, a las deficiencias en su formación y a la cantidad necesaria para cubrir a la población están negados por carecer del potencial económico suficiente para el pago de médicos especialistas en medicina familiar y enfermeras generales o especialistas tituladas. Al observar este panorama, no es difícil entender la insatisfacción de los usuarios que demandan atención, lo cual ha sido ampliamente estudiado por diversas áreas, pero difícilmente se piensa en la

forma en que estas deficiencias repercuten en los prestadores de servicios, en su bienestar personal, en sus inconformidades, en las decisiones que tomarán para su formación futura o en las áreas de especialidad por las que se inclinarán o bien por la forma en que estas condiciones laborales afecta el desempeño de sus actividades y la construcción de significados de su profesión.

Las deficiencias comentadas se presentan en los centros de salud de todo el país, sin embargo, existen claras diferencias entre los urbanos y los rurales. La capacidad de servicio no es la misma, mientras en los urbanos se cuenta con cinco o más consultorios, los rurales apenas pueden habilitar, en el mejor de los casos, un par de consultorios, lo que, debido a la proporción de usuarios, hace que se incremente el número de consultas solicitadas a nivel rural, demanda que no es satisfecha debido a que es en estos centros de salud donde se carece aún más de recursos de todo tipo. En el área rural, se concentra el 78% de las unidades (centros de salud y unidades móviles) pero la proporción de médicos y enfermeras no es similar. Del total de médicos (incluidos los pasantes) de los SESA, 63.3% se ubica en centros de salud asentados en localidades rurales. En cuanto al personal de enfermería, el porcentaje que se ubica en centros de salud rurales es de 60.3%. Esta diferente distribución de médicos y enfermeras provoca que la razón sea de 0.9 enfermeras por médico. Muchas de las actividades del primer nivel se asignan al personal de enfermería, (todas aquellas identificadas por el mismo personal como "Preventivas") que debe laborar en el centro de salud, realizar visitas domiciliarias y brindar pláticas informativas a la población. Con todas las actividades que este personal debe desarrollar, la OMS recomienda una proporción enfermera/médico de 2 a 1.

Sin embargo y a pesar de estas deficiencias en los centros de salud rurales, las actividades reportadas presentan datos que valdría la pena considerar. El Sistema Nacional de Información en Salud reporta que en 2008 se efectuaron 73.3 millones de consultas en centros de salud. De éstas, 45.6 millones (62.2%) se llevaron a cabo en unidades rurales y 27.8% en centros urbanos, diferencia que se explica porque los centros de salud se ubican con más frecuencia en las zonas rurales y marginadas. A pesar de que las deficiencias son más profundas en los centros de salud rurales, de acuerdo a los reportes elaborados, se realizan proporcionalmente las mismas actividades de los urbanos, sin embargo, se tiene pleno conocimiento de que las cifras de consultas otorgadas se ven afectadas por problemas como el sobre registro de consultas⁷ (algunos sitios pueden estar reportando consultas que no ofrecen realmente) y el subregistro de consultorios (centros de salud que se reportan sin consultorios) (DGED, 2008), lo que hace dudar en la veracidad de la información, pero al mismo tiempo, hace cuestionar los motivos que mueven al personal a realizar la falsificación en los mismos, y en las repercusiones que tiene a nivel local y nacional, dado que son estos reportes sobre los que se toman las decisiones y políticas en salud.

El Sistema de Salud, realiza estudios para evaluar la calidad de atención y satisfacción de los usuarios en los servicios de salud de manera parcial, centrados en los

⁷ De manera informal, los médicos refieren modificación de los datos reportados, debido a que el reporte real les traerá problemas con las autoridades por no alcanzar las metas establecidas o bien les generará más trabajo como es la elaboración de notas médicas, la referencia de pacientes o la búsqueda de información de casos en particular. Así mismo los informes, realizados de forma manual (utilizando la técnica del “paloteo”) suelen tener errores cuando se hace la sumatoria de los reportes, por lo que los médicos “cuadran” los datos sumando o restando, según corresponda, el número de pacientes reportados.

pacientes, teniendo como objetivo el “*corroborar que reciba el máximo beneficio*”, vigilando que la interacción entre el personal y él se realice respetando su dignidad, que se le brinde información de calidad y otros aspectos que indican la satisfacción del usuario, pero no se realiza ningún intento para evaluar o al menos conocer la satisfacción y el bienestar de los profesionales que brindan la atención (Ramírez, 1996).

Los resultados y la calidad de los servicios de salud son evaluados con criterios economicistas como resultado del establecimiento de la economía de mercado de tipo neoliberal, lo que se traduce en una evaluación de competencia, productividad y eficiencia, que tienen como fin la máxima rentabilidad de recursos sanitarios.

Las consecuencias de este enfoque han convertido la atención médica en un producto de consumo y al paciente en un cliente. Desde esta visión, se privilegia la calidad del producto que se proporciona, que debe ser brindada con el menor costo y ser lo más eficiente posible (Arratia, 2000) lo que se traduce en: recortes presupuestarios y de personal, aumento del volumen de pacientes-clientes y omisión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos costosos.

Bajo esta visión economicista, existe la tendencia de evaluar la calidad de los servicios con criterios de efectividad, es decir, con el logro de determinados objetivos y metas de tipo estadístico. El personal sanitario percibe al paciente como alguien que eventualmente podría representar el cumplimiento o no de alguna tasa, meta o índice estadístico con el que se calificará su efectividad y calidad de su trabajo, ya que, estos son evaluados por el cumplimiento de metas, es decir, de acciones que deben realizar

en la población, tales como número de biológicos aplicados, de citologías tomadas, de consultas otorgadas y algunas con un alto grado de incongruencia, como el porcentaje de muestras positivas a VPH (PNAE).

Desde esta perspectiva, los profesionales, responsables del cuidado de la salud de las poblaciones, de la correcta aplicación de medidas preventivas, de la emisión de información para la toma de decisiones, son cosificados, concebidos sólo como objetos, como herramientas, como maquinaria que tiene que cumplir con ciertos niveles de producción, que comprende el número de consultas otorgadas de acuerdo a cada programa, el número de vacunas aplicadas, número de citologías tomadas y hasta el número de perros vacunados, así como la realización de acciones correspondientes a la denominada ampliación de cobertura, elaboración de informes y realización de pláticas informativas a la población. Esta forma en que los trabajadores de salud son utilizados por el sistema, podría generar en los profesionales sentimientos encontrados, por un lado sentirse necesarios y útiles para atender los problemas de salud y por otro, tener la sensación de ser tomados como objetos de producción. Según las teorías humanistas, uno de los aspectos que más importancia tiene para el trabajador es lo que respecta a la satisfacción que le produce la labor que desempeña y los aspectos que rodean a su trabajo, sostienen que el trabajador más satisfecho, suele poner mayor dedicación a la tarea que realiza (Robbins y Stephen, 1998), aspectos que el Sistema de Salud deja de lado, por lo que se comprendería que la poca dedicación a la tarea de los profesionales de la salud se relaciona con el escaso nivel de satisfacción que experimentan.

Punto más que relevante para el Sistema de Salud es la denominada “evaluación” de actividades desarrolladas por los profesionales, la cual se realiza por medio de la aplicación de indicadores matemáticos a nivel local, jurisdiccional y estatal con el fin de “dar seguimiento puntual al desempeño de los profesionales de la salud”. Los resultados de estos indicadores son utilizados, a manera de supervisión, por el personal administrativo a nivel superior con lo que se pretende lograr una mejora en la calidad de la información y una adherencia más estrecha de los profesionales a la normatividad existente en los aspectos de procedimientos clínicos, y en teoría, con ello, una mejora de la calidad de la atención. Vale la pena preguntarse si es a través de esta manera de “supervisar” que se logrará mejorar la calidad de atención o solamente se logrará incrementar el temor y la incertidumbre en los trabajadores, lo que da lugar a la falsificación de datos en los reportes para evitar las sanciones a las que pudieran estar sujetos los profesionales por no cumplir con los parámetros establecidos.

Por otro lado, las estrategias de dirección y gerencia de salud, se basan en un excesivo centralismo, con el predominio de esquemas rígidos que otorgan muy poco margen a la participación de los subordinados en la toma de decisiones, y en los que casi todo se encuentra ya normado (aunque de manera no muy específica). De tal forma que la defensa de un criterio profesional o la adopción de una determinada postura, incluso en las materias o tópicos en los que no se ha legislado, necesita ser refrendado por los niveles superiores; frena la creatividad, generando descontento y frustración en el personal, así como falta de compromiso con los resultados de la labor.

Otro tanto ocurre cuando las instancias directivas no le otorgan la debida importancia o no tienen en cuenta las aspiraciones y necesidades de realización profesional del personal, supeditándolas por entero a situaciones coyunturales y organizativas de la institución o la superestructura sanitaria.

El profesional es privado de su autonomía y degradado a mero instrumento. Y quién se siente instrumentalizado será difícil que a su vez no trate como objetos a cuantos de él dependen.

Se pretende que la evaluación constituya una herramienta gerencial cuyos resultados sean utilizados para corregir las deficiencias identificadas (DGED, 2008), pero en la realidad, estas medidas de supervisión son entendidas más bien como formas de sometimiento, o dominio de los trabajadores de la salud. Es necesario aclarar que la notificación de actividades, denominada “productividad” es medida por diversos instrumentos, que deben ser elaborados por el personal médico de los centros de salud, algunas con periodicidad semanal o mensual. Esta actividad de tipo netamente administrativa se suma a las demás funciones del centro de salud y resta tiempo al personal para desarrollar actividades de tipo preventivas o curativas, lo que causa inconformidades en el mismo.

Las deficiencias también se encuentran en la normatividad. Es notoria la ausencia de manuales de organización de los centros de salud a nivel nacional, donde se especifiquen las funciones y actividades de cada miembro que ahí labora, la organización gerencial y administrativa dentro de los mismos y que establezcan las

líneas de mando, asignen responsabilidad y delimiten actividades de una forma homogénea.

Es de esta forma en que estas importantes células de atención a la población funcionan, con carencias, con deficiencias en todos los aspectos y con la presión de cumplir con metas impuestas sin bases reales, subsanando las carencias de material y equipo y tratando de informar lo que evita sanciones, regaños y riesgos laborales, especialmente los pasantes de la carrera de medicina en servicio social.

Carolina Martínez, (2010) en su compilación “Por los caminos de la investigación cualitativa. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud” hace una recopilación de narraciones de experiencias y vivencias de pasantes de la carrera de medicina durante la realización de su servicio social en zonas rurales en las que es posible comprender las situaciones adversas por las que atraviesan, limitados en sus funciones por la institución, las frustraciones de las que son presos al no poder satisfacer las demandas de la población o bien por verse imposibilitados para cumplir las metas establecidas por el sistema y las artimañas a las que deben recurrir para cumplirlas. Llama la atención la narración relacionada con el programa DOC donde se muestra claramente una situación conflictiva, coercitiva a la que conducen las exigencias y el poco apoyo recibido por las autoridades para la solución de problemas (Martínez, 2010). Desde otra perspectiva, Salinas (2008) en su tesis doctoral, hace un estudio de los problemas de tipo emocional con que se enfrentan los pasantes de medicina, quienes a edades relativamente cortas están obligados a desarrollar en el primer nivel de atención actividades relacionadas con la sexualidad, la que a su vez, es considerada como un tema tabú, especialmente en las comunidades de tipo rural

y deja al descubierto que los jóvenes en servicio social enfrentan contradicciones, dado que los conocimientos adquiridos durante su formación profesional los limitan para dar respuesta a los problemas de salud que se presentan en las distintas comunidades.

Es en este escenario en donde los médicos y enfermeras desarrollan su papel de actores, realizando las actividades concernientes a su práctica profesional, afrontando problemas y conflictos de diversos tipos, relacionados en gran parte por un Sistema de Salud carente de recursos humanos y materiales, con escaso o nulo apoyo, con grandes demandas de la población, problemas que se traducen en conflictos que afectan la construcción de los significados en torno a su profesión, a sus responsabilidades y a las actividades que realizan día a día, (dentro de las cuales se encuentran las del programa DOC) sin que exista una remota posibilidad de mejora, mismos que definen su actuación y los logros alcanzados en el ámbito de salud en la comunidad.

CAPÍTULO III. CÁNCER CERVICOUTERINO ¿SÓLO UN PROBLEMA DE SALUD?

El presente capítulo pretende mostrar la forma en que el Cáncer cervicouterino es conceptualizado por las autoridades sanitarias y gubernamentales del país, con base en datos estadísticos y desde una perspectiva epidemiológica.

3.1. Panorama Nacional Del Cáncer Cervicouterino

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud reproductiva como “la condición de bienestar físico, mental y social vinculada al sistema reproductivo” e incluye los aspectos relacionados con los procesos de reproducción, las enfermedades de transmisión sexual y el Cáncer cervicouterino (CaCu) y de mama. Sin embargo, las acciones de esta categoría se enfocan principalmente a los vinculados a los procesos de reproducción, dejando en segundo término la atención de enfermedades crónico-degenerativas que se presentan en etapas pos-productivas como la detección oportuna de CaCu y de mama, que se manifiestan por lo regular después que se ha concluido la etapa de reproducción en la mujer. Esta atención sesgada, ha repercutido en el incremento de casos de estas enfermedades, a lo que hay que agregar el escaso interés por la detección temprana, lo que impide que las mujeres enfermas sean tratadas a tiempo, llevando así al incremento de muertes por estas causas en edades prematuras, con las repercusiones sociales que implican estas muertes.

En el mundo, el CaCu ocasiona la muerte prematura de aproximadamente 274,000 mujeres cada año; afecta principalmente a las mujeres más pobres y vulnerables, con

un efecto negativo para sus familias y sus comunidades, al perderse de manera prematura jefas de familia, madres, esposas, hermanas, abuelas, todas ellas con un papel importante e irremplazable.

Es considerado un problema de salud pública en los países de América Latina que afecta a la población femenina mayor de 25 años, que es valorada como de alto riesgo. Las estadísticas muestran que 83% de los casos nuevos y 85% de las muertes ocasionadas por esta neoplasia ocurren en los países en desarrollo, donde además se constituye en la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres (SS, 2013).

La bibliografía sobre las inequidades en las tendencias de mortalidad por cáncer cervical y de mama muestra que el riesgo de morir por dichas neoplasias se vincula inversamente con el nivel socioeconómico y diversos indicadores de marginación, tales como grupo étnico, residencia rural y otros (Palacio et al., 2009).

En México, la mortalidad por cáncer cervicouterino ha mantenido una tendencia descendente los últimos años. Del año 2000-2008 murieron en México 38,262 mujeres por CaCu; durante este lapso las tasas de mortalidad por 100,000 estandarizadas con la población mundial disminuyeron de 13.3 a 8.6. Sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país; de manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en estados con un menor índice de desarrollo humano y en zonas rurales (SS, 2010). Un estudio realizado por Palacio y colaboradores (2009) muestra que las mujeres que viven en el área rural tienen 3.07 veces mayor riesgo de mortalidad por este cáncer, en comparación con las mujeres residentes en el área urbana.

Por otro lado, la cobertura del programa DOC muestra también diferencias en la aplicación de acuerdo a la derechohabiencia. Aunque la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 indica que la prevalencia del uso de la prueba de Papanicolaou aumentó en forma gradual y sostenida (de 33.3% en 2000 a 49.1% en 2012), es posible observar que este aumento presenta diferencias importantes con respecto a la derechohabiencia. En los últimos tres años, la cobertura fue menor al 50% en mujeres de 25-64 años que carece de seguridad social, mientras que entre las mujeres que cuentan con Seguro Popular la cobertura alcanzó el 66.3%; fue de 71.5% en el ISSSTE y de 72.3% en el IMSS (ENSANUT 2012). Lo que implica que la cobertura de los Servicios de Salud a población abierta es menor que los de la seguridad social.

Las explicaciones para estas diferencias se basan en argumentos comunes a los países en desarrollo, encontrando que la principal causa es la falta de éxito de los programas de tamizaje. Siendo este el principal motivo de los deficientes resultados obtenidos, ha merecido la atención de investigaciones realizadas desde diversas perspectivas, llegando a conclusiones como que la falta de éxito de las detecciones tempranas, se debe a que se requieren múltiples visitas para obtener las muestras de citología, realizar la colposcopia, obtener las biopsias, comunicar el diagnóstico y tratamiento en el caso de lesiones pre neoplásicas (Lazcano et al., 1999). Otra de las explicaciones es que no se cuenta con la infraestructura necesaria para el transporte de las muestras, en la mayoría de las veces desde áreas lejanas. Un tercer factor identificado es la carencia de suficientes laboratorios con el control de calidad adecuado para el procesamiento e interpretación de las muestras. Se ha observado

que el lugar de residencia, grupo étnico, nivel socioeconómico y acceso a la seguridad social, entre otros factores, se encuentran asociados a las mujeres que padecen CaCu (Demasio, 2003; Bradley, Given & Roberts, 2004).

A nivel institucional, se han detectado problemas de operatividad del programa, de los cuales los más relevantes son que existe una baja detección de Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II (NIC2) y una elevada referencia diagnóstica a colposcopia en mujeres con Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I (NIC1)⁸, lo que incrementa costos y produce sobre-tratamiento y trastornos psicológicos.

El diagnóstico emitido es errático, reportando una elevada proporción de resultados falsos negativos de Papanicolaou y algo que ha presentado un gran reto es que cerca de 60% de las mujeres con un resultado positivo no tienen ni seguimiento adecuado, ni confirmación diagnóstica.

Lo más impactante es que, a pesar de los múltiples esfuerzos, la gran cantidad de investigación realizada, las diferentes perspectivas y los factores descubiertos, no se ha logrado un cambio sustancial en el comportamiento de esta enfermedad. Esto demuestra la multicausalidad del padecimiento donde aspectos biológicos, sociales y

⁸ Los cánceres invasores del cuello uterino son precedidos generalmente por una larga fase de enfermedades pre-invasoras. Esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC o CIN, según sus siglas en inglés) antes de progresar a carcinoma invasor. El diagnóstico final de NIC se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical con sacabocados o una muestra de escisión. Las NIC tienen tres grados, basados en el espesor de la invasión por parte de las células escamosas: **NIC1** (Grado I), es el tipo de menor riesgo, representa sólo una displasia leve o crecimiento celular anormal y es considerado una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. Se caracteriza por estar confinado al 1/3 basal del epitelio cervical. **NIC2** (Grado II): Lesión escamosa intraepitelial de alto grado. Representa una displasia moderada, confinada a los dos 2/3 basales del epitelio cervical. **NIC3** (Grado III): De alto grado, la displasia es severa y cubre más de los 2/3 de todo el epitelio cervical, en algunos casos incluyendo todo el grosor del revestimiento cervical. Es considerada como un carcinoma in situ (Arends, 1998).

culturales se combinan, no olvidando que los proveedores, las instituciones y las relaciones que se dan entre estos, también son factores que determinan el comportamiento de las enfermedades, reforzando la postura de que se trata de un proceso que involucra también a la atención a la salud, lo que incluye al personal responsable de la misma.

De esta forma, el CaCu no es sólo un problema de salud, es, como ha sido calificado, un problema social, que involucra factores biológicos, sociales, económicos, políticos, institucionales y personales que afectan a los usuarios y a los proveedores de salud, los cuales también forman parte de la sociedad y de las instituciones.

3.2. La normativa institucional

Como parte de la contextualización de la normativa institucional en torno al programa DOC presento a continuación una revisión de tres documentos oficiales: El Programa Nacional de Acción Específico (PNAE 2007-2012), la Norma Oficial Mexicana 014 (NOM 014) Para La Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino y la Guía de Práctica Clínica. Prevención y detección oportuna del Cáncer Cervicouterino en el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones.

La revisión de estos documentos giró en torno a los enfoques teóricos detectados en estos documentos desde una perspectiva interpretativista de sus contenidos, los objetivos y las condiciones en que estos documentos, vigentes en el momento de la investigación, norman las acciones del programa.

3.2.1. *El Programa Nacional de Acción Específico. Cáncer cervicouterino (PNAE 2007-2012).*

Los programas de acción específicos, se definen como “*Los instrumentos rectores que se han elaborado de manera consensuada, con estrategias sustentadas en las mejores prácticas y en la evidencia científica disponible; para definir la dirección que todas las instituciones y niveles de gobierno deberán seguir para lograr avanzar de manera conjunta y armónica en los principales retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud*” (PNAE 2007-2012).

Desde esta definición, el Programa Nacional de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino (PNAE) se perfila como el instrumento rector de acciones específicas del programa Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (DOC) en todas las instituciones de salud de México estableciendo la manera en que deben llevarse a cabo las acciones del programa, tiempos y estrategias de acción.

3.2.1.1. *Identificación de contenidos*

Este programa, al igual que todos los generados por el Sistema Nacional de Salud, es producto de aquello a lo que Menéndez denomina la institucionalización de la medicina. Tiene un carácter eminentemente rector, por lo que hace manifiesta la función normalizadora y de control implícita en el trabajo médico (Menéndez, 1985). Presenta una tendencia clara de dominio en los aspectos técnicos social e ideológico, se basa en los resultados de la epidemiología clásica, es palpable la clara tendencia al control mediante la cuantificación de las acciones y el cumplimiento de metas,

establece porcentajes mínimos a cumplir y hace escasa referencia a las acciones que se encaminen a la mejora constante de la calidad (Menéndez, 2005) o la disminución (o incluso erradicación) de la desigualdad y la inequidad, como lo pretende el discurso inicial del programa.

En el documento en general, se percibe un discurso organizado, con un enfoque a mejorar la calidad de atención, lo que le otorga legitimación científica. Sin embargo, al contrastar el contenido del discurso con la práctica, se observa que la operatividad establecida se aleja de los propósitos de la reorganización del programa DOC plasmados en el mismo documento, los cuales son la reducción de la mortalidad por CaCu y la disminución significativa de la enfermedad, así como al fortalecimiento de la calidad y capacidad de los servicios. Una observación desde la generalidad, es que a pesar de que en los aspectos de salud se menciona un claro interés en la reducción de las desigualdades, es notoria la manera en que desde la normatividad se favorece, establece y justifica la inequidad en la manera de proporcionar los servicios de salud que corresponden a este programa. Mucho se ha trabajado en la generación de evidencia científica en los aspectos demográfico, social, económico, epidemiológico y biológico en torno al CaCu, lo que ha permitido obtener acercamientos para conocer las características biológicas del agente causal, así como las características de la población a la que se dirigen las acciones, identificando los denominados determinantes sociales y los factores de riesgo. Sin embargo, esta riqueza en conocimiento es poco apreciada en la reorganización del programa, la cual basa sus acciones y su nueva organización en las características de la evidencia epidemiológica y biológica, sin considerar los hallazgos sociales para la definición de

cambios relevantes en el proceso. Define al CaCu como un problema de salud prioritario y lo califica como una enfermedad “*prevenible casi en un 100%*”, sin especificar qué cambios en la estructura social y en los servicios de salud se deben de realizar para lograr esta prevención. Desde una perspectiva biológica, se brinda gran importancia a la toma de citologías cervicales a ciertos grupos poblacionales y como algo remoto a la posibilidad de la aplicación masiva de vacuna contra Virus del Papiloma Humano (VPH).

3.2.1.2. Misión⁹

El programa define como su misión el establecimiento de políticas, estrategias y actividades más efectivas y eficientes, en el desarrollo de acciones de promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del CaCu. De las cinco acciones mencionadas, dos se desarrollan antes de que se presente la enfermedad, es decir, corresponden a la etapa que desde la perspectiva de Leavell y Clark es denominada prevención primaria, dos más tienen como fin el detectar la enfermedad, por lo que corresponden a la prevención secundaria y una de las cinco acciones se refiere al tratamiento de las lesiones, lo que corresponde, desde la misma perspectiva a la prevención terciaria. Visto desde esta manera, se podría asegurar que a través de esta misión el Sistema de Salud responde a la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de lograr el objetivo prioritario de “salud para todos” mediante la priorización de las acciones de prevención sobre las de curación, al pretender que

⁹ La misión es un importante elemento de la planificación estratégica porque es a partir de ésta que se formulan objetivos detallados que son los que guiarán a la empresa u organización (Kotler, 2004).

gran parte de las acciones establecidas para el desarrollo del programa corresponden a las de tipo preventivo, y una mínima parte a las de tipo curativo. Sin embargo, las estrategias definidas permiten más que la prevención de la enfermedad, una identificación temprana cuando ésta ya es evidente a través de métodos diagnósticos al establecer acciones que se encaminan más que a la prevención, a la toma de muestras cervicales con el fin de detectar la infección por VPH o bien lesiones en diferentes grados de avance, es decir, el programa tendría como fin la detección oportuna de lesiones precursoras de cáncer cervical o bien la identificación del grado de avance de la enfermedad. La misma OMS, define como detección temprana, la identificación de una enfermedad en fase preclínica a través de la utilización de pruebas que pueden ser aplicadas a la población en riesgo, aparentemente sana. Estos programas deben estar apoyados en un programa de tamizaje organizado, mantenerse como parte de la rutina de la práctica médica, requiere promoción para la realización de las pruebas y el aseguramiento del diagnóstico de confirmación y tratamiento. Con estas bases, se comprende que el programa DOC no tiene como fin la prevención de Cáncer Cervicouterino, sino la detección de la enfermedad, que es deseable se realice en etapas tempranas. Esto representa un serio problema en la concepción que tienen el personal y los servicios de salud, así como la sociedad en general del programa y la manera en que reaccionan ante el mismo. Dado que la misión que presenta incluye como componente sustancial la prevención del CaCu cuando de acuerdo a lo establecido por la OMS, y de acuerdo a sus objetivos, debiera limitarse a las acciones de detección, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

3.2.1.3. *Detección temprana vs prevención*

Menciona Menéndez que potencialmente y en toda sociedad el modelo médico cumple con una función curativo-preventiva. Además de ser reconocida como la más importante y relevante, es aquella con la que la sociedad en general identifica la práctica médica (Menéndez, 1985). Esta función comprende las acciones con mayor demanda social y a su vez, aquellas con las que el mismo personal de salud se identifica, las acepta y asume como su responsabilidad.

Desde la perspectiva del modelo de la historia natural de la enfermedad que en la década de los 50's proponen Leavell y Clark se entiende que las acciones de los servicios y de los profesionales de la salud deben ir encaminadas a la prevención de las enfermedades para mantener la salud de los individuos y evitar el sufrimiento. En su modelo, se presenta la prevención en tres diferentes niveles, sin embargo, la única etapa donde realmente se hacen acciones para evitar que suceda la enfermedad es en la denominada "Prevención primaria" (Blanco, 2005), la cual, incluye la realización de actividades de promoción y prevención, cuya responsabilidad radica en la misma persona o bien en la comunidad, sociedad, instituciones de salud y Estado. Estas acciones incluyen a la promoción de la salud y a la prevención específica. Dentro de las primeras comprenden las condiciones del medio ambiente, la accesibilidad a los servicios de salud y en general, la modificación de los determinantes sociales de la enfermedad. Como protección específica incluye la educación a la población enfocado a un padecimiento en específico o la aplicación de vacunas que protegen contra una enfermedad en especial. Los otros dos niveles de prevención (secundaria y terciaria), se establecen cuando la enfermedad ya ha afectado a la persona y tienen como

propósito el evitar que la enfermedad avance causando mayores daños o bien para evitar la muerte, pero estos dos tipos de prevención se dan cuando la enfermedad ya se ha instalado, por lo que si bien se puede decir que evitan que se produzcan daños mayores o complicaciones, no evitan la enfermedad en sí.

Estos conceptos de niveles preventivos, son parcialmente conocidos por el personal de salud y no son del dominio público. La sociedad en general, aquellas personas que no tienen una formación médica, concibe a la prevención de acuerdo con la definición de la Real Academia de la Lengua, que la define como “Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo” (DRAE, 2012). En términos generales, la prevención se realiza antes de que un evento suceda, es evitar que algo suceda. De esta forma, el término prevención en el ámbito médico se identifica como la realización de acciones que tienen como fin el evitar que una enfermedad afecte a una persona en particular o a una población en general. Literalmente, se da por hecho que si se realiza una acción o se participa en un programa cuyo objetivo es prevenir alguna enfermedad, entonces se ha evitado el padecer la enfermedad en cuestión y que las acciones preventivas evitan que las personas se enfermen. Desde este razonamiento, podemos entender entonces la idea generada en las usuarias del programa y en el personal de salud sobre la mención del programa DOC acerca de medidas eficientes para la prevención del CaCu. Como parte de las acciones de promoción¹⁰ se realiza la difusión de la prueba del

¹⁰ La promoción de la salud es concebida como una estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de los mexicanos, es una acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria en favor de la salud; brinda oportunidades y posibilidades a la gente para ejercer sus derechos y responsabilidades para la formación de ambientes, sistemas y políticas que sean favorables a su salud y bienestar. Implica... instrumentar acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas... y

Papanicolaou (Pap), ya sea por el personal de salud o a través de medios masivos de comunicación en donde se presenta al Pap como una medida para prevenir el CaCu, por lo que existe la percepción entre la población de que el Pap es una acción preventiva, entendiéndose que por el hecho de realizarse la prueba se ha adquirido protección del CaCu. Muchas mujeres creen que por haber ido a tomarse la prueba, ya se han protegido de la enfermedad (Valenzuela, 2001, Urrutia et al, 2008), concibiendo a la prueba como una medida de prevención primaria y no como la prueba de detección que corresponde a la prevención secundaria. Por otro lado, el personal de salud no desvanece ni aclara esa duda a las usuarias del programa. No explica a las mujeres que el Pap es una medida de prevención secundaria (ni lo que es prevención secundaria), que tiene como objetivo la detección de lesiones para evitar, mediante un tratamiento oportuno, la evolución de las mismas a cáncer.

En el caso del CaCu, el manejo no diferenciado de los términos prevención, promoción y detección oportuna en el programa, genera confusión entre la población en general, y por ende, comportamientos erráticos relativos al CaCu. En el programa, estos términos se manejan constantemente unidos, como integrantes de un todo, sin hacer una clara distinción entre ellos. Esta conceptualización es captada sin cuestionamientos por el personal de salud, a quienes va dirigida la normatividad y es transmitido de la misma manera a la población mediante la difusión de mensajes que

desarrollar un proceso que permita a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud y en consecuencia, mejorarla. Constituye un proceso político y social global que abarca... acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos... modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Debe contribuir a la salud para todos con equidad... prestando especial atención al análisis de los factores sociales, culturales y políticos, especialmente a los entornos, valores, conocimientos, actitudes y prácticas individuales y colectivas que influyen en la salud, las condiciones de vida y el bienestar.

tienen como objetivo el motivar a las mujeres a que acudan a la toma de la citología cervical.

3.2.1.4. *Las bases del programa*

Si bien es cierto que el diagnóstico precoz favorece el tratamiento oportuno y disminuye la probabilidad de la presentación de complicaciones, estas acciones no evitan que la enfermedad se produzca, pues el Pap detecta lesiones que ya han sido producidas por el agente patógeno, es decir, la enfermedad ya ha empezado a gestarse, ya ha habido infección y existe un grado variable de avance de la misma, desde lesiones primarias a nivel celular hasta grados avanzados como cáncer invasor, que son detectados mediante esta prueba, la cual, dicho sea de paso, presenta serias deficiencias en cuanto a la credibilidad de los resultados emitidos, situación observada por diversos estudios que han demostrado que su eficacia no es constante, ya que pueden estar influenciados por aspectos en el proceso de la toma de muestra, en la fijación y traslado o en la lectura, procesos en los que intervienen, además del factor humano, la cantidad y calidad de recursos con que se cuenta. También ha sido demostrado que factores de tipo biológico como la intensidad y extensión de la lesión influyen en los resultados, habiendo mayor probabilidad de detectar las lesiones mayores que las que apenas empiezan. En términos generales, se considera que esta es una prueba muy específica para determinar la inexistencia de cáncer y de lesiones de alto grado, pero su baja sensibilidad sólo permite identificar correctamente a una mínima proporción de mujeres que realmente tienen lesiones de alto grado o cáncer. Varios metanálisis y estudios han informado sobre sensibilidades muy bajas a la prueba de Pap que van desde un 20 hasta un 50 por ciento en el mejor de los casos

(Nanda et, al, 2000, Fahey, Irwing & Macaskill,1995, Universidad de Zimbabwe/JHPIEGO, 1999). Estas deficiencias podrían explicarse al saber que para que el Pap sea eficaz se requiere al menos de personal bien capacitado en la toma de muestra para obtener y preparar muestras cérvico uterinas adecuadas. Se requiere contar con suministros (espátulas de muestreo, portaobjetos fijadores) y equipo (mesas de exploración, espejos vaginales, lámparas, autoclaves, sábanas, libretas de registro) suficiente y en buenas condiciones de uso así como una vinculación constante y segura entre los puntos del proceso, lo que incluye el transporte adecuado y oportuno de muestras y un laboratorio fiable de citología que favorezcan la comunicación clara y rápida de los resultados a los centros que las envían, situaciones de las que se carece en los servicios de salud, teniendo un alto porcentaje de muestras no leídas por diversos motivos como son la dificultad en la lectura porque las células no pudieron visualizarse adecuadamente bajo el microscopio, o que la muestra contenía una cantidad insuficiente de células para permitir su interpretación o bien por no estar rotulada correctamente, situaciones que hasta la fecha no han sido cuantificadas ni evaluadas aun por la magnitud que representan.

A pesar de todo lo anterior, el programa de acción específica en su versión reorganizada, establece para la *prevención* de la enfermedad (no para la detección oportuna) acciones muy semejantes a las que se han venido desarrollando desde su establecimiento en 1974. Se basa en la prueba de citología cervical (Papanicolaou) e incluye y considera como promoción la difusión de mensajes, que siguiendo con la visión de prevención hacen ver que el Pap es necesario y útil para prevenir el CaCu, por medios masivos de comunicación, colocación de periódicos murales en los centros

de salud así como la “invitación” por parte del personal de salud para que las mujeres acudan a la toma de muestra. Se incluyen dos cambios en la estrategia de desarrollo del programa, que comprenden la incorporación del procedimiento de detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) como tamizaje primario y la “evaluación” de la introducción de la vacunación contra el VPH. La detección del VPH se maneja como una estrategia para incrementar la sensibilidad de la citología cervical, sin embargo, dicha prueba no está disponible en la mayoría de los estados de la República y menos aún en las comunidades rurales. Requiere de material adicional al que se suministra para la toma del Pap y su lectura e interpretación exige contar con laboratorios especializados con equipo específico y personal con conocimientos técnicos para la emisión del resultado, que sólo indica la presencia del VPH en las células cervicales. Estudios realizados en diversos países evidencian que la combinación de ambas pruebas (Pap y detección de VPH) muestra un incremento de la sensibilidad del Pap (Almonte, 2010) permitiendo una mejor identificación de mujeres con lesiones cervicales. A pesar de ello, el resultado positivo a la infección de VPH no indica que la mujer tiene cáncer o que tiene algún tipo de lesión. Como causa necesaria pero no suficiente para producir CaCu, el virus puede estar presente por períodos variables (menos de 2 años) y ser eliminado por la mujer sin tratamiento alguno y sin haber ocasionado ningún tipo de lesión, pero el limitado conocimiento del personal de salud sobre el ciclo del VPH y la historia natural de la enfermedad ha ocasionado que no se dé una clara información a la mujer y a sus familiares sobre esta infección, generando confusión en las usuarias del programa con un resultado positivo a cáncer o bien problemas psicosociales adversos que van desde la culpa por percibir la infección como un castigo Divino pasando por la desconfianza en la fidelidad de la pareja, la

disfunción sexual así como la ansiedad generada por esta situación (Celis et al, 2010) o hasta el temor de morir por cáncer cervical en un corto plazo.

La desinformación sobre los resultados de positividad de infección, el desconocimiento de lo que esto implica, así como la ausencia de un tratamiento para la eliminación del virus, orilla a las mujeres a recurrir a medidas desesperadas, lo que incluye desde prácticas de medicina tradicional, atención médica privada carente de ética que mutila y lastima a la mujer e incluso a la disolución de vínculos matrimoniales por considerar que ha existido alguna infidelidad (experiencia profesional).

Otra de las propuestas del PNAE se enfoca en la evaluación de la introducción de la aplicación de la vacuna contra VPH. No se establece como una norma o como una medida estandarizada a nivel nacional, sólo busca una “evaluación” de su introducción como acción preventiva en la población. Esta vacuna, desde el conocimiento biológico, representaría la manera de evitar la infección por VPH y por ende, el desarrollo del CaCu, pero esta medida presenta características que profundizan la inequidad. En la actualidad ha sido aplicada a pequeños grupos poblacionales y no se ha podido establecer el tiempo que dura la inmunidad generada por las partículas similares a virus con las que está constituida. Dependiendo de su eficacia inmunitaria a largo plazo, se podría considerar como una alternativa a nivel poblacional. Para que se pueda tener la certeza de una verdadera inmunidad a largo plazo, dicha vacuna debe generar inmunidad de por vida o al menos por períodos mayores a 35 años, lo cual aún está por comprobarse debido al poco tiempo que tiene este biológico de haber sido creado. La implementación de la aplicación de esta vacuna ha tenido severos inconvenientes. Es de alto costo, se requieren de dos a tres dosis para lograr una

inmunidad aceptable y para asegurar su efectividad debe aplicarse en la pre-adolescencia o adolescencia, siempre y cuando no se haya iniciado la vida sexual. En la actualidad, ha sido aplicada en poblaciones urbanas, las de mayor acceso a los servicios de salud y en donde las mujeres tienen facilidad para asistir a la escuela y mayor probabilidad de información por lo que su aplicación sólo ha venido a profundizar más la inequidad en salud, marcando claras diferencias entre tipos de poblaciones, siendo aplicada de manera desigual y privilegiando a los grupos poblacionales que, de acuerdo a los factores de riesgo identificados tienen menor probabilidad de morir por CaCu, dejando desprotegida a la población en mayor desventaja, la que presenta rezago social, económico y cultural.

3.2.1.5. Población a la que se dirige el programa

Los hallazgos sobre factores de riesgo permitirían la identificación de poblaciones vulnerables, las cuales comprenden a poblaciones con deficientes recursos económicos, con bajos niveles de escolaridad, que inician su vida sexual en etapa adolescente o pre-adolescente, que son víctimas de violencia de género y que radican en comunidades rurales, según lo indican datos del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2006). En esta misma fuente destacan las altas tasas de mortalidad por CaCu, principalmente en mujeres indígenas sin escolaridad, cuyo riesgo de morir por esta causa es tres veces mayor con relación al de las mujeres no indígenas (Palacio et al, 2009). Con base en esta información, se destaca que es la población indígena y rural la que debería recibir la protección por medio de la vacuna, pero en la práctica, ésta se aplica a niñas en zonas urbanas e inscritas en instituciones escolares, lo que favorece su seguimiento y asegura el esquema completo de

vacunación, por lo que esta medida lejos de disminuir la inequidad la propicia, profundiza y normaliza, con ello se ignoran las aportaciones realizadas por diferentes investigaciones respecto a la identificación de grupos “vulnerables”, al no priorizar a este tipo de población para la protección específica de la enfermedad.

Surge entonces el cuestionamiento, si los estudios realizados desde la epidemiología y la sociología han demostrado que las mujeres con mayor riesgo de padecer y morir por CaCu son analfabetas, ¿por qué no canalizar los esfuerzos para vacunar a niñas que debido a las dificultades que enfrentan para asistir a la escuela, en su vida adulta serán analfabetas y por lo tanto tendrán mayor riesgo de padecer CaCu? De esta manera, se ignora la denominada evidencia científica, sobre la cual deben estar basadas las decisiones y la implementación de Políticas Públicas en Salud, se sigue protegiendo y favoreciendo a las poblaciones con menor riesgo, haciendo mayor la inequidad y la desigualdad social y dejando desprotegida a la población que más lo necesita.

Una muestra más de esta inequidad es la edad límite para la inclusión de mujeres en el programa. Incluye a mujeres cuya edad comprende de 25 a 64 años de edad. Brindando atención sólo a este grupo etario. Según las estadísticas de mortalidad de 2009, más del 39% de las defunciones por CaCu en ese año ocurrieron en mujeres mayores de 64 años (INEGI, 2009), lo que hace pensar que una gran proporción de mujeres que tienen el padecimiento se encuentran en esa etapa de la vida, y debido a la política del programa, no son prioritarias para ser detectadas y tratadas (Salinas, 1997), quizá porque ya no se encuentran en edad productiva y menos aún

reproductiva, lo que orilla a pensar en esa valoración de la mujer dada sólo por su capacidad reproductora, situación que también es normada desde las instituciones.

3.2.1.6. *Ampliación de la cobertura*

Con relación a la intención de ampliar la cobertura, se establece como línea de acción el “Ofrecer y realizar la detección a todas las mujeres en cada contacto con los servicios de salud”, lo cual, es muy similar a lo que en el mismo documento es calificado como “*detección oportunista*” y que se maneja como contraparte de lo denominado una “*invitación organizada*”. Las tomas de citologías así realizadas a las mujeres que acuden a los servicios seguirán teniendo el mismo inconveniente que las detecciones oportunistas, que en el documento son definidas como aquellas en “las que no existe un sistema de invitación organizada con base poblacional, presentando la gran desventaja de que hasta 60% de las detecciones se realizan de manera subsecuente en el mismo año (SS, 2008), llegando, en ocasiones, a tamizar hasta tres o cuatro veces en el mismo año a la misma mujer cuando son usuarias constantes de los servicios de salud, que acuden a solicitar atención en diversos momentos y por diversas razones, mientras que cerca de un 40% de la población con poco acceso a los servicios, con bajos niveles educativos y culturales, en situaciones de pobreza y que sufre inequidad, nunca se ha efectuado un Pap por diversas causas como son: los problemas de accesibilidad, la falta de recursos económicos o el escaso conocimiento sobre la utilización de los servicios y de la prueba de detección (Palacio et al, 2009). Esta condición incrementa la inequidad en el suministro de la atención y deja desprotegidas a las mujeres en situaciones menos favorecidas por no estar en continuo contacto con los servicios de salud, las cuales, según los factores de riesgo

identificados por la epidemiología, representan la población más vulnerable de enfermar y morir por CaCu, aun cuando no representan una población de interés para el Sistema de Salud por haber rebasado la etapa reproductiva.

3.2.1.7. Operatividad del programa

Las citologías son tomadas de manera oportunista a las mujeres que acuden al centro de salud a solicitar consulta para ellas, para sus hijos o para otros familiares, siendo una gran “oportunidad” de tomar el Pap (según lo califica el personal), cuándo las mujeres asisten para solicitar que les apliquen las diferentes vacunas a sus hijos o bien alguna atención relacionada con métodos de planificación familiar. De esta manera, a la mujer se le realiza la citología sin que lo haya planeado, sin que tenga pleno conocimiento de la utilidad de la detección o la completa información sobre los pasos que continúan en el proceso, ni la fecha y la manera de entrega de resultados e importancia de conocer el diagnóstico. En ocasiones, las mujeres se sienten presionadas a permitir la toma de muestra al creer que si no acceden a dicha toma, el servicio por el que acuden al centro de salud le será negado. Esta estrategia favorece una de las grandes deficiencias identificadas del programa, la inclusión constante de mujeres con bajo riesgo de padecer CaCu (Palacio et al, 2009). Las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos o que tienen hijos en edad pre-escolar (edad en que son sujetos de aplicación de vacunas), son por lo regular menores de 35 años, situación muy frecuente en poblaciones rurales, donde los factores económicos y sociales como la pobreza y la desigualdad de género, la escolaridad de las mujeres, el lugar de residencia, el grupo generacional, el grupo socioeconómico de pertenencia, la experiencia laboral y la pertenencia a grupos indígenas así como las condiciones

de autonomía y desigualdad influyen en las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población, determinando la edad de inicio de la vida sexual y reproductiva, el espaciamiento y número de hijas/os y el ejercicio de la sexualidad¹¹. La edad del primer hijo en las mujeres indígenas es en promedio de 21.6 años y la del último a los 34 (INMUJERES, 2006) por lo que esta estrategia oportunista deja fuera a las mujeres que por su edad se encuentran en el grupo de mayor riesgo, es decir a las mayores de 35. Se hace manifiesta así una más de las formas de reproducir la inequidad por este servicio y de minimizar el valor de la mujer cuando ésta ha perdido la capacidad de reproducción.

Estas diferencias de los grupos que son atendidos y priorizados, diferentes a los que han demostrado que requieren mayor protección, muestra que las decisiones no son basadas precisamente en la evidencia científica generada por diferentes disciplinas. Aun cuando la Norma Oficial Mexicana (NOM) establece (erróneamente) como “población blanco”¹² a las mujeres entre 35 y 64 años de edad, las acciones no se definen en base a esta norma. El personal se limita al cumplimiento de metas establecidas para el tamizaje, dando por hecho, que al completar la meta (número de mujeres anotadas en la libreta de registro), se ha cumplido con el programa. Se alcanzan las metas de tamizaje con mujeres en edad reproductiva (en ocasiones desde los 16 años y menores de 40), que acuden constantemente a la unidad de salud

¹¹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, abarca al sexo, las identidades y papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual”.

¹² El término “población blanco” no es definida en la NOM, quedando libre a la interpretación de quien realiza la lectura. Desde el punto de vista epidemiológico, se considera como tal a aquella población en la que se realizan estudios epidemiológicos, es finita y posee hallazgos clínicos y demográficos sobre la cual se pueden generalizar los resultados del estudio. Esta definición, dado que no se trata de un estudio de investigación, no corresponde a lo que la NOM se denomina “población blanco”

y que por lo tanto tienen acceso a los servicios, cuentan con algún tipo de orientación y no se encuentran en edad de presentar lesiones, es decir, mujeres clasificadas como de “bajo riesgo” por la epidemiología.

El programa menciona que para subsanar este problema se recurrirá a la “invitación organizada”, la cual no es definida ni descrita en detalles con respecto a la forma, lugar y tiempo en que se realizará. Como línea de acción referente a este punto, se prevé el desarrollo “*de un sistema de información con base poblacional para invitar de forma organizada a las mujeres a efectuarse la detección cada tres o cinco años, en áreas urbanas*”, quedando fuera de esta línea las mujeres que radican en las áreas rurales. Otra muestra de inequidad. Habría que pensar de qué manera a través de un sistema de información se logrará invitar a las mujeres de forma organizada a realizarse la prueba, si el personal de salud conoce esta estrategia, si estará dispuesto a participar y si contará con tiempo y recursos suficientes para ello. Al término del período establecido (2012) dicho sistema no se ha diseñado, no se cuenta con una base poblacional que permita la plena identificación y localización de mujeres en las poblaciones, por lo que el programa DOC continúa con las mismas deficiencias y sin lograr su propósito de “*disminuir al máximo la morbilidad y mortalidad por CaCu*”.

3.2.1.8. *Políticas, estrategias y actividades*

El documento define como su misión el “Establecer las políticas, estrategias y actividades más efectivas y eficientes, en el desarrollo de acciones de promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento”, sin embargo, solo incluye de

manera muy precisa las estrategias a seguir para el mejoramiento de las actividades de prevención.

Llama la atención la clasificación que se hace en el documento de tres niveles de prevención diferentes a los manejados en la Historia Natural de la Enfermedad por Leavell y Clark¹³ Estos tres niveles son:

- 1) Estrategias de tipo universal, dirigidas a toda la población.
- 2) Estrategias focalizadas o selectivas, dirigidas a la población femenina blanco según su grupo de edad, por ejemplo tamizaje con VPH a mujeres mayores de 35 años o mujeres en áreas marginadas y
- 3) Estrategias dirigidas o indicadas, orientadas a las mujeres con lesiones precursoras o cáncer identificadas en la detección.

Vistas desde esta perspectiva, las estrategias se enfocan en su mayoría a la mejora en los procesos, sobre todo biológicos, en la detección del CaCu, solo en un punto se vislumbra de manera muy general la intensión de “*cambiar los determinantes a través de la adopción de estilos de vida saludables*” por medio de campañas de comunicación educativa y en uno más, se menciona la gratuidad en el acceso a los servicios la

¹³ **Prevención Primaria:** Comprende la promoción de la salud y la protección específica. Promoción de la salud: Pretende mantener al individuo en estado de bienestar físico y mental en equilibrio con su ambiente mediante exámenes periódicos e higiene, nutrición, ejercicio y desarrollo. Prevención específica: son medidas tomadas para cada enfermedad como inmunizaciones, para prevenir accidentes laborales, uso de nutrientes específicos, protección ambiental general.

Prevención Secundaria: Se refiere al diagnóstico precoz detectando los factores de riesgo o en los primeros estadios y tratamiento oportuno buscando la limitación del daño de una enfermedad.

Prevención Terciaria: Se refiere al proceso de rehabilitación física, socioeconómica y psicológica para corregir hasta donde sea posible, la incapacidad o el daño producido.

detección y el tratamiento de la enfermedad, lo que demuestra que la misión quedaría muy limitada a atender de manera focalizada y selectiva a la población femenina de cierto grupo de edad.

Se estipula como una de sus estrategias el “Unificar las acciones a través del consenso y la coordinación permanente con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, y con las organizaciones médicas y de la sociedad”, pero en la realidad, se puede observar que debido a la fragmentación del sistema, en la práctica diaria, cada institución maneja sus propios algoritmos y recursos, realiza sus propios manuales de procedimientos, cuenta con material, equipo y políticas propias, así mismo los cursos de capacitación y actualización al personal son ofrecidos de manera independiente y diferenciada lo que genera la duda sobre si en efecto el programa tiene la posibilidad de desarrollarse de manera idéntica en todas las instituciones de salud, lo que hace dudar del cumplimiento del carácter rector del programa de *“definir la dirección que todas las instituciones y niveles de gobierno deberán seguir para lograr avanzar de manera conjunta y armónica en los principales retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud”*, ya que lo establecido en el mismo es aplicable solamente a los servicios que brinda la Secretaría de Salud, que representa una parte de este sistema fragmentado.

3.2.1.9. *Contenido del programa*

Existen dos versiones del documento, una que presenta en portada la imagen de una mujer, con características indígenas, con expresión de tristeza y desolación y la otra, que muestra una fotografía donde se puede observar a varias mujeres en una especie

de manifestación pública, rostros sonrientes y en actitud de saludo a la cámara. A pesar de tener portadas distintas, el contenido es el mismo, de manera igualitaria para todo tipo de poblaciones. El sólo hecho de cambiar la portada, no significa que esté realizado para diferentes poblaciones.

Es detectable el carácter biologista hegemónico del programa, con poca inclusión de los aspectos sociales y gran tendencia a favorecer los aspectos tecnológicos relacionados con la biología del agente causal.

Existe clara tendencia a la exclusión, a la discriminación, a la estigmatización y a la calificación de mujeres de acuerdo a su condición biológica y social, indicando que este padecimiento afecta principalmente a las mujeres más “pobres y vulnerables”, las que sin duda, no son priorizadas por el programa.

Al realizar la lectura del documento, es posible detectar inconsistencias en el discurso, contradicciones y falta de claridad en las especificaciones.

En el documento, se reconoce al CaCu como un problema prioritario de salud en México, que causa la *“muerte prematura principalmente en mujeres pobres y vulnerables”*. Justifica el incremento de la enfermedad, considerándola, como una más de las enfermedades crónico-degenerativas, que *“obedece a determinantes de naturaleza compleja”* asociadas a condiciones de vida de la sociedad. Marca como factor importante la *“capacidad de decisión de las personas a favor de la salud propia y de los suyos”*, como si la toma de decisiones con respecto a la salud estuviera dada solamente por la persona, de manera aislada. Al considerar la mortalidad por esta causa, asume que ésta obedece a dos aspectos ligados con los servicios de salud: a

la falta de recursos e inversión y a fallas en la organización y operación de los servicios para la detección temprana y atención del CaCu, pero asigna la responsabilidad de enfermar a las personas, a la sociedad, a sus estilos de vida y a su capacidad para la toma de decisiones. Así, la población es responsable de enfermarse, pero los servicios de salud son responsables de que las mujeres mueran.

Desde esta visión, que pretende incluir los estilos de vida como determinantes de la enfermedad (Diderichsen, Evans & Whitehead, 2001), la manera de solucionar el problema debería enfocarse a la modificación de los determinantes, especialmente en la modificación de los estilos de vida en la sociedad, principalmente en las mujeres a las que el mismo programa denomina “pobres y vulnerables”, lo que implicaría la aplicación de la promoción de la salud con acciones más amplias encaminadas a mejorar las condiciones generales de vida de las comunidades indígenas y rurales, a modificar la perspectiva de género prevalente en la sociedad, la percepción de la mujer, su valoración y la percepción de la salud y la enfermedad, lo que, probablemente produciría cambios en la capacidad de la toma de decisiones de la mujer con respecto a su salud. Lejos de estas acciones, incluye como estrategia de solución la reorganización del programa, la incorporación de la detección del virus del papiloma humano como tamizaje primario y la posible introducción de la vacunación contra el VPH. Estas acciones en ningún momento podrían incidir en las condiciones de vida de la población o en su capacidad para la toma de decisiones en salud. En pocas palabras, las medidas de solución, no resuelven el problema detectado.

Según lo escrito en el programa, se pretende cubrir la falta de recursos e inversión y solventar las fallas en la organización y operación de los servicios de salud para la

detección temprana y atención mediante la reorganización del programa. Las acciones del plan se encaminan solamente a un intento de cambio en los servicios de salud de manera generalizada, sin considerar la fragmentación del sistema, al que en el mismo documento se le considera como un obstáculo para la coordinación sectorial y actor importante en la amplificación de desigualdades en la prestación de servicios. El plan es el mismo para todas las instituciones. En él, se establecen metas, funciones y acciones. Lo normado en este documento tiene un carácter general, no considera diferencias existentes entre instituciones prestadoras del servicio (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SS, etc.), en las características de mujeres que acuden a cada institución, a los recursos con los que cuentan o a la infraestructura propia de cada una. Tampoco establece diferencias para los servicios establecidos según su ubicación (rural, urbana, marginada).

3.2.1.10. *Lenguaje Utilizado*

En la redacción del programa se utiliza un lenguaje técnico en aspectos demográficos y epidemiológicos, que no siempre es fácil de comprender por la totalidad del personal médico y paramédico. Por ejemplo, se menciona que la mayor mortalidad por CaCu se presenta en los estados con menor índice de desarrollo humano, cuando el concepto de desarrollo humano¹⁴ es poco conocido y aún menos entendido por los trabajadores de la salud. Se hace alusión a los denominados factores de riesgo, sin

¹⁴ El índice de desarrollo humano es un indicador estadístico que recoge datos sobre el nivel de vida en cada país. Es elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Mide la esperanza de vida al nacer; la tasa de alfabetización de adultos; la matriculación en educación primaria, secundaria y superior; los años de instrucción obligatoria; y el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita. Estas estadísticas permiten obtener un guarismo que refleja el desarrollo humano de cada nación.

embargo, no todo el personal de salud sabe con exactitud a que se le denomina “factor de riesgo¹⁵”.

La mayor parte de la atención brindada en los centros de salud está a cargo de médicos generales, y en mayor proporción, especialmente en el medio rural, de médicos pasantes en servicio social, quienes debido a los contenidos mínimos en aspectos de salud pública y epidemiología en los planes y programas de estudio de su carrera, poseen limitado entendimiento real de los términos utilizados, tales como sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, etc.

En cuanto al personal de enfermería de los centros de salud, se observan características importantes. Difiere del personal asignado en las áreas urbanas al primer nivel y más aún de aquellas que laboran en hospitales generales o de especialidad. La mayoría de las enfermeras de los CS rurales tienen estudios de nivel técnico, vive en la misma comunidad o en alguna cercana con características similares. Usan lenguaje sencillo, propio de la comunidad, se comunican con los pacientes, los conocen y les demuestran respeto. Tienen el cabello largo y lo peinan con una trenza, su postura refleja tranquilidad e inspira confianza. Se considera que este personal es clave en la comunidad, ya que tiene mayor contacto con la población y está profundamente marcado por el hábitat en el que se desenvuelve, lo que incluye

¹⁵ El riesgo en epidemiología equivale a efecto, probabilidad de ocurrencia de una patología en una población determinada, expresado a través del indicador paradigmático de incidencia. Esta formulación se debe a Olli Miettinen, autor de un clásico de la literatura epidemiológica, titulado *Epidemiología teórica* (Almeida, 2009). Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (MacMahon, 1996).

circunstancias socioculturales y económicas particulares, como una sociología rudimentaria (aislamiento, pobreza, ignorancia, discriminación, violencia). En muchos centros de salud rurales, la enfermera es habitante del lugar donde trabaja y tiene las mismas características de pobreza, discriminación e incluso de desconocimiento de aspectos esenciales y básicos de los diferentes niveles de prevención. Cuenta con formación profesional mínima, con escasos conocimientos teóricos y en ocasiones sólo tiene habilidades técnicas adquiridas por imitación o por la realización repetitiva de actividades basadas en conocimientos empíricos sin sustento teórico o científico. Por la naturaleza de las técnicas requeridas para la toma de muestra, por el carácter íntimo que esto representa y por ser el personal de enfermería del sexo femenino en su mayoría, es en este personal en quien se delega la ejecución de la totalidad de acciones del mismo.

Dadas las características del personal de enfermería, el lenguaje utilizado para definir acciones del programa que incluye un alto nivel técnico en aspectos epidemiológicos, se vuelve complejo e incomprensible, lo que lejos de lograr una estandarización genera dudas e incertidumbre, desmotiva el interés en su lectura y favorece la incorrecta interpretación de los temas tratados en el programa.

3.2.1.11. Capacitación continua

Resulta interesante observar que el mismo documento reconoce que existen “diversos motivos” por los cuales ni el personal de salud ni la población se apegan al programa, sin embargo, no se intenta explicar o entender estos factores, no se considera la influencia de las características sociales, económicas, políticas y de género que están

influyendo para identificar las áreas en las que deben realizarse cambios sustanciales para lograr los objetivos del programa. La alternativa de solución propuesta va en dos vertientes, una de las cuales debe desarrollar el mismo personal, que son la promoción y educación de la población y la otra se dirige a dar capacitación continua al personal. Según Goldstein (1993), el proceso de capacitación tiene un diseño racional que debe partir de la detección de necesidades de capacitación, el cual consta de un análisis de la organización, análisis de tareas y análisis de personas para lograr los objetivos de cambio y mejora de procesos, sin embargo, en el aspecto de los programas de salud, estas fases no se llevan a cabo y la capacitación se limita a dar información sobre las acciones del programa sin considerar las condiciones de la institución, las tareas y mucho menos a las personas. No se orienta a generar cambios en el conocimiento, en las actitudes y en las habilidades que debe tener el personal para realizar de manera correcta las tareas que requieren ser modificadas o mejoradas, tampoco va dirigida al personal que lo requiere y no es fundamentado en una clara definición de necesidades de capacitación. Esta forma de cumplir con este proceso se justifica por el escaso tiempo que se tiene para la capacitación y por la falta de espacios físicos para dar los cursos, la falta de recursos humanos, que deben primero cubrir las necesidades de atención médica en sus centros de salud, y la falta de recursos económicos que cubran los gastos de traslado de personal y compra de materiales necesarios para lograr el desarrollo de habilidades (Siliceo, 2004). Además, existe en el sistema, la tendencia a privilegiar la capacitación en personal dedicado a la lectura e interpretación de laminillas, procurando tener especialistas a nivel microceluar y

menospreciando la necesidad del desarrollo de habilidades y actualización de conocimientos en el personal del primer nivel de atención.

3.2.1.12. *Infraestructura*

En el documento del PNAE se reconoce que “*existen problemas en la calidad con la que opera el programa y rezagos en áreas de alta marginación, incluidas las comunidades indígenas y en las que no se cuenta con infraestructura adecuada para realizar la detección con citología cervical de manera regular*” y plantea propuestas para la solución de los mismos, que por su naturaleza, difícilmente podrían solucionar los problemas de infraestructura en estas comunidades. La primera acción está enfocada a actualizar el diagnóstico del programa, lo que implica la obtención de datos numéricos, comparación de alcance de metas y calidad de las muestras citológicas tomadas, mas no el suministro de insumos necesarios para la toma de muestras o la identificación de deficiencias del programa.

Otro punto que marca como medida de solución es la mejora de la calidad de la interpretación citológica y del diagnóstico colposcópico y anatomopatológico, acciones que no se desarrollan en los centros comunitarios de atención, lugar donde se toma la muestra y que representa la puerta de entrada al sistema. Estos procedimientos son realizados en los laboratorios estatales de salud, por lo que de nuevo, el beneficio se dirige a mejorar los procesos técnicos y biológicos, de detección, diagnóstico y tratamiento con fines curativos.

La capacitación continua y certificación del personal se enfoca a quienes laboran en los laboratorios (citotecnólogos), y tiene como fin mejorar la sensibilidad y

especificidad del diagnóstico sin considerar que la citología cervical tiene ya, por su naturaleza una baja sensibilidad. La emisión del diagnóstico citológico cervical es el resultado de una serie de pasos incluidos en un largo proceso, que inicia con la toma de la muestra. Por lo regular, la muestra es obtenida en los centros de salud, donde se requiere de un adecuado entrenamiento del personal recolector (Almonte, 2010). A pesar de la relevancia que presenta la calidad de la muestra, el personal que la obtiene es poco atendido en cuanto a capacitación y formación se refiere. Se asume que las enfermeras que la toman ya saben cómo hacerlo y no se les brinda la capacitación que asegure la calidad necesaria para la emisión de un diagnóstico. No existe una programación real de capacitación para este personal exclusivo para la toma y manejo de muestras o para el desarrollo del programa en su totalidad. El personal realiza los procedimientos de acuerdo a su entender, a las experiencias previas (si es que las tuvo) y procura aprender mediante la ejecución repetitiva del mismo procedimiento. Una evidencia de la deficiencia en la capacidad del personal para la toma de muestras es el alto porcentaje de citologías mal tomadas y calificadas como insatisfactorias, teniendo como principales deficiencias carencias de células endocervicales o de metaplasia en la laminilla, muestreo en zona inadecuada, repetición de la citología en un periodo menor a 90 días, personal no capacitado, falta de práctica en el uso de aditamentos para la toma de citología, toma de muestra en condiciones no óptimas en la paciente, presencia de abundante sangre, células inflamatorias y moco en citología, conservación deficiente de la laminilla y rezago en el envío de las muestras alcanzando porcentajes que varían desde un 10 hasta un 39.9% (Gallegos et. al, 2012).

Una estrategia más que incluye el programa es la que corresponde a la consolidación del sistema de información para el monitoreo y evaluación sistemáticos. Como es posible observar, el discurso del Programa presenta poca correspondencia entre los problemas detectados por diferentes evaluaciones y las propuestas para su solución. No se observa un legítimo interés en la mejora del programa, se redacta de manera poco específica, y las estrategias para el logro de sus propuestas no son claras y por lo planteado, difícilmente lograrán cumplir con su objetivo.

3.2.1.13. *Claridad en las especificaciones*

El PNAE, hace especial énfasis en la respuesta de los servicios de salud ante sus acciones informando los avances en las tareas del programa, justificando sus decisiones y “...*asumiendo las consecuencias de la falta de cumplimiento...*”. Frase por demás amenazante, que no especifica a qué se refiere con la palabra “consecuencias”. No deja claro si el informe de avances en las tareas del programa se realiza a nivel local, jurisdiccional o nacional, ni los períodos de entrega, líneas de autoridad y tampoco especifica cuáles serán esas “*consecuencias de la falta de cumplimiento*”. Lo que puede interpretarse por el personal como castigos que recibirá por el no cumplimiento, pareciendo ser una amenaza que promueve más la estabilidad laboral que el beneficio de la población. El temor ante esas amenazas obliga al personal a la falsedad en los reportes, por lo general de tipo numérico, que conlleva a interpretaciones individuales y personales de quienes laboran en el medio. Foucault menciona que el arte de castigar utiliza diversas operaciones (Giraldo, 2008), mismas que encontramos incluidas en el PNAE (Plan Nacional de Acción Especifica), tales como referir los actos, exhibiendo a los profesionales que no cumplan con las

actividades encomendadas, establecer conductas similares a todo el personal de los centros de salud, haciendo con ellos un campo de comparación, diferenciación y principio de una regla a seguir, lo que permite distinguir a los individuos unos respecto de otros, medir en términos cuantitativos, jerarquizar y valorar las capacidades, el nivel y la naturaleza de los individuos. De acuerdo con la teoría foucaultiana, este documento hace gala a la “penalidad perfecta”, pues atraviesa todos los puntos y controla todos los instantes de las instituciones disciplinarias. Traza límites, compara, diferencia, jerarquiza, homogeniza, excluye. En suma, normaliza. Ejerce el poder de la Norma a través de las disciplinas haciendo de la descripción de los individuos un medio de control y un método de dominación (Foucault, 1997).

Por la forma en que está estructurado el programa hace visible, que la *razón de Estado* domina la biopolítica¹⁶, ya que reduce a los profesionales encargados de su desarrollo a sujetos fabricados por la tecnología específica de la medicina. Establece relaciones de poder que se ejercen sobre ellos mediante un conjunto de instrumentos, técnicas, procedimientos, niveles de aplicación, metas y tecnología, pero al mismo tiempo les supone un lugar privilegiado, que le otorga cierto grado de poder, que coacciona y subsume a la población. La aplicación de este programa vigila, controla y corrige, sin llegar a culminar en la transformación, características que generan dudas y temores entre el personal, como el temor a perder la plaza de servicio social y evitar con ello la obtención del título o bien la pérdida del empleo, lo que los orilla a realizar

¹⁶ Biopolítica: Mecanismos, técnicas, tecnologías y procedimientos por los cuales se dirige la conducta de los seres humanos mediante una tecnología gubernamental, «el Estado, en su supervivencia y en sus límites, no puede entenderse más que a partir de las tácticas generales de la gubernamentalidad» (Foucault, 1981:25-26)

actividades que demuestren el cumplimiento total de las metas (mal) establecidas, no tanto por el bien de la población o por el neto interés de brindar protección a la misma.

3.2.1.14. *Efectividad del programa*

En el documento se centra la efectividad del programa en tres “factores críticos”.

1. Alcanzar coberturas iguales o mayores 80%, con un periodo entre detecciones de 3 años con la citología cervical o de 5 años con la prueba de VPH después de un resultado negativo
2. Ofrecer exámenes de calidad aceptables para la población.
3. Asegurar diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos, en las mujeres con resultados anormales

En cuanto a las coberturas del programa, es importante mencionar que las metas se establecen con base a proyecciones de población, lo que en muchas ocasiones hace estas metas inalcanzables, dado que el número de mujeres proyectado no es el número real. Hay que considerar que este programa está diseñado para desarrollarse por todas las instituciones del sector salud, que cada institución tendrá diferente tipo y tamaño de población y que existe una movilidad poblacional importante. Por otro lado, factores como el desempleo, la inseguridad económica generan cambios en la derechohabencia de la población, pudiendo ser derechohabiente de una institución en un periodo, dejando de serlo para otro. Lo que no es tomado en cuenta por el sector salud cuando se realiza el establecimiento de metas.

En lo que respecta a los exámenes, la calidad se concentra en la lectura de las muestras, excluyendo a todos los pasos del proceso de los denominados “exámenes”, que van desde la inclusión de las mujeres, el trato y la atención en el primer nivel de atención, pasando por la lectura citológica y la confirmación del diagnóstico hasta el tratamiento de acuerdo al estadio de la enfermedad. Confiere especial énfasis a la emisión del resultado de las lecturas de las laminillas y es de llamar la atención que se establece, desde la norma, el porcentaje que debe ser reportado como positivo (1.5%). Esta estrategia normativa, puede generar la emisión de datos falsos por el laboratorio, por la necesidad de cumplir con un porcentaje de positividad y el temor de ser mal evaluados al no cubrir la cuota solicitada. Del mismo modo, establece que se *deberá cumplir con una meta de positividad del 9% en la detección de VPH* por captura de híbridos y lo maneja como *“lograr un porcentaje adecuado de positividad”*, estrategia que orilla a la emisión de resultados falsos, dando como resultado un mal diagnóstico, mujeres enfermas diagnosticadas como sanas y mujeres sanas, que tienen que cargar con toda la problemática de un resultado positivo sin tenerlo. Es necesario tener en cuenta que estos porcentajes pueden variar de acuerdo a la región al tiempo y a las cualidades de las personas y considerar que si las acciones de promoción y prevención fueran efectivas, los porcentajes de positividad deberían disminuir, mientras que si las acciones de detección oportuna fueran las adecuadas, estas tasas deberían de incrementarse, ya que eso hablaría de una captación mayor de mujeres en riesgo, un mayor número de mujeres tratadas oportunamente y en consecuencia una disminución de la mortalidad.

El aseguramiento del diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno es poco claro. El término “adecuado” es ambiguo y el término de “oportuno” no establece un periodo específico en que deba darse. ¿Cuál sería la definición de “adecuado” y “oportuno”? Dichos términos toman diferentes implicaciones para las personas de acuerdo con su condición de salud, con sus expectativas, con su formación. Es necesario estandarizar estos criterios a través del programa.

La evaluación de la efectividad del programa se realiza a través de la medición de la “Productividad”. El discurso sugiere una consideración de lo que Juan César García denomina “producción artesanal” al pretender que exista un dominio completo de todo el proceso de atención y donde se observen relaciones de cooperación entre los miembros de una misma categoría que propicien que las actividades de atención y cuidado así como el uso de los instrumentos de diagnóstico y tratamiento sean relativamente simples. Esto permitiría que una sola persona pueda realizar todas las actividades y manejar todos los instrumentos del proceso de atención. Sin embargo, es necesario observar que los profesionales de la salud se ven limitados al participar únicamente en una parte del proceso. En la práctica, sólo es posible la aplicación del *modo burocrático* de atención médica, donde el personal de salud pierde el control del proceso global. El individuo sano o enfermo es visto en forma parcelada en una organización que coordina y administra el proceso total (García, 1994).

La efectividad del programa se ve afectada por la incorporación de grandes sectores de la población al Sistema de Salud con la creación del denominado Seguro Popular, así como por lo establecido en la misma norma respecto a la posibilidad de brindar atención gratuita a toda la población que la solicite, lo que genera grandes demandas

y escasos de recursos. A medida que se incrementa la población, surgen nuevas estrategias, nuevos y más complejos instrumentos de control y con ello un mayor número de actividades a desempeñar por el personal de los centros de salud, los que transforman su función inicial del cuidado de la salud, en el mecanismo coordinador de la atención y de control social de la población.

3.2.1.15. Planteamiento de metas

El programa instaura las metas desde una perspectiva positivista basada en la teoría de Avedis Donabedian (1980), la cual se centra en la evaluación de la calidad con fines de mejora, para lo cual considera tres elementos: la estructura, el proceso y el resultado. Se observa en la redacción del texto una diferencia en el tipo de metas de cada una de estos elementos, estableciendo metas de resultado, proceso e impacto, sin considerar que la estructura también debe ser evaluada.

Las metas que corresponden al resultado en el PNAE se limitan al incremento de la cobertura (85%) del programa de detección. Las referentes al proceso, corresponden a la detección de un porcentaje pre-determinado de mujeres que dan positivas a CaCu y la certificación de citotecnólogos, patólogos y colposcopistas. Las metas de impacto aluden a una disminución porcentual definida en las tasas de mortalidad.

Se marca que dichas metas las evaluarán con periodicidad anual y monitoreándolas cada tres meses, sin establecer ni la forma ni el responsable de estas evaluaciones.

Considerar a la cobertura como único indicador para evaluar resultados del programa limita una visión real, clara, verídica y amplia de la efectividad de las acciones. De esta manera, para el personal, el cumplimiento del programa, el fin último se limita a cubrir

al 85% de las mujeres entre 35 y 64 años de edad que viven en el área de influencia del CS en el que laboran, sin importar los factores de riesgo al que tanto se hace alusión o la inclusión de mujeres de baja o nula participación. Dicha forma de pensamiento se traduce en acciones que logran el porcentaje mencionado, sin embargo, esta cobertura suele ser ficticia, ya que casi el 70% de las muestras obtenidas provienen de mujeres que se realizan la prueba de manera constante, con intervalos de tiempo de 6 meses o menos (SS, 2008). Dicha manera de evaluar los resultados hacen pensar que el único fin es la obtención de un número establecido de muestras, número que, está basado en proyecciones de población, sin un sustento o una base poblacional real, ya que no se cuenta con censos poblacionales por área de influencia de cada centro de salud, ni por comunidad. Llama la atención el establecimiento de porcentajes pre-determinados que deben ser diagnosticados como positivos a CaCu y a infección por VPH. El establecimiento de metas orilla a la emisión de diagnósticos fallidos con una alta proporción de “falsos positivos”, situación que no sólo impacta en la salud mental de la mujer y su familia, sino en el desequilibrio económico de la misma, en el mal uso de los recursos disponibles en los servicios de salud para la atención de mujeres con lesiones y peor aún, generan poca credibilidad en la institución sobre los diagnósticos emitidos.

En cuanto a las metas relacionadas con el proceso, se pretende la certificación de los profesionales de laboratorio, buscando cumplir con un número determinado de personal certificado, sin mencionar cuales serán los mecanismos para la certificación, sin importar si realmente este personal adquirió la habilidad necesaria para la correcta interpretación y lectura de laminillas.

En relación a las metas de impacto, se sabe que en la práctica diaria, por la forma en que se desarrollan los procesos de notificación, es imposible realizar evaluaciones y monitoreo con la periodicidad establecida. Los datos de tasas de mortalidad por causa específica de manera oficial se tienen con retrasos importantes generados por los problemas en la recolección, sistematización y validación de los mismos, por lo que se cuenta con datos oficiales hasta dos años después de sucedidas, de tal manera que los cambios generados podrán ser identificados con al menos dos años de retraso, por lo que no es posible llevar a cabo la evaluación trimestral.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se deduce que el PNAE es un documento que fortalece el aspecto legitimador de la medicina en dos sentidos, por un lado, otorga legitimidad a los profesionales de la salud ante la población y por otro al Estado ante estos profesionales, se basa en la institucionalización de modalidades específicas de organización de los servicios de salud y el proceso de atención, y establece características determinantes en el desarrollo de las prácticas sanitarias relativas al CaCu.

Presenta todas las particularidades estructurales del modelo biomédico dominante, tiene una concepción biologista, de orientación curativa, a histórica, a-cultural, e individualista, que instituye una relación asimétrica médico-paciente y establece relaciones de poder entre los diferentes miembros de los equipos de salud.

Se identifica con la racionalidad científica y la medicalización de los problemas de salud (Menéndez, 2004).

Al hacer un análisis de su contenido deja ver que las metas que establece no tienen coherencia con la situación del CaCu como problema de salud pública ni social; hay una identificación de deficiencias desde una perspectiva administrativa gerencial pero las alternativas de solución están basadas en la concepción biologista hegemónica de la enfermedad y resultan poco efectivas. Las propuestas giran en torno a que la causa del CaCu es un agente biológico (VPH), al cual es necesario controlar mediante la aplicación de biológicos de protección e identificar clínicamente mediante la utilización de procedimientos técnicos sofisticados a los que se privilegia con la asignación de recursos, tiempo, capacitación, etc. La clara concepción biologista de la enfermedad ignora su carácter histórico y social, lo que impide una concepción distinta de la conceptualización de la causa que incluya los determinantes sociales y culturales del problema, lo que se refleja en una ausencia de propuesta de alternativas eficaces. Para lograr una solución efectiva al problema, es necesario comprender el proceso salud-enfermedad como un fenómeno complejo, es decir como un tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares (Morin, 2005), que incluye tanto la estructura social como la de significado, como lo manifiesta Menéndez al afirmar que “A través de dichos procesos se expresa la sociedad o la cultura, pero sobre todo las particularidades de toda una serie de grupos que operan en una sociedad determinada”.

Es necesario generar una concepción holística del CaCu considerándolo como una construcción individual y social, alejándose de la concepción reduccionista y determinista. Cambiar la modalidad dominante --que se pretende objetiva-- de abordar este problema, ya que desconoce los diversos componentes subjetivos vinculados al

proceso e ignora su inscripción en un contexto socio- histórico- cultural y económico. Considerar que la solución a los problemas de salud requiere que la voluntad política, económica y social se movilicen y miren hacia un mismo objetivo y que la solución a este problema no radica solo en los servicios de salud.

Como mencionó Voltaire *“La salud es un problema muy serio para ponerlo sólo en manos de los médicos”*

3.2.2. Norma Oficial Mexicana 014 (NOM 014) Para La Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino

Su contenido es concreto, organizado en secciones con puntos numerados de acuerdo a cada una. Establece formas de acción de manera obligatoria. Muestra un especial énfasis en las definiciones y terminología que son aplicables para los fines de la norma, así como en las abreviaturas y los símbolos utilizados en ella.

3.2.2.1 Objetivo de la NOM

En el objetivo se establece que la observación de la norma es obligatoria para todo el personal de salud y que se deberá dar especial atención a las zonas rurales, indígenas y las urbano marginadas a través de estrategias de extensión de cobertura.

Se marca como objetivo del documento el uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. Al hacer la lectura del documento, lo que se observa es la manera normatizadora en cuanto a

términos utilizados en relación con el padecimiento, la obligatoriedad de la consejería y de manera muy general el proceso que debe seguir una mujer con resultado anormal, sin especificar los tiempos ni las características que deberán tener los lugares de referencia ni los procesos de contra referencia. El objetivo de uniformar entonces, es posible que lo cumpla parcialmente, dado que, sólo si el personal conoce la norma, se pueden uniformar las definiciones de los términos ahí establecidos y lo que significan las siglas, condiciones que no se cumplen en su totalidad. La manera distinta en que trabajan cada una de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, da la oportunidad de que cada una realice las actividades de acuerdo a su funcionamiento, las acciones establecidas en la norma, se basan en el funcionamiento de la SS, las que suelen ser diferentes a las otras instituciones.

3.2.2.2. Contenidos

Es un documento realizado con la participación de diferentes Instituciones, del sector salud entre las que se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado, Desarrollo Integral de la Familia y el Centro nacional de Equidad, Género y Salud Reproductiva, las cuales tuvieron el apoyo de instituciones educativas como Universidades, asociaciones y colegios.

El documento es sintético, con un discurso impositivo, lo cual no es raro dado que se trata de una norma, en él se observa una gran inclinación hacia el manejo de términos médicos y un marcado énfasis en los procesos biológicos. Establece los procedimientos clínicos a seguir frente a los diferentes diagnósticos emitidos por la

interpretación de laminillas para la realización de citologías cervicales, tanto para la confirmación del diagnóstico como para el tratamiento del CaCu en diferentes estadios. Se establece de manera muy precisa a donde debe ser enviada una mujer de acuerdo al resultado de la citología, ya sea a una clínica de displasias, a una realización de biopsia, etc. lo cual, sería ideal si el Sistema de Salud no estuviera fragmentado en instituciones en las que cada una de ellas tiene sus propios recursos y lineamientos. En tanto los servicios de salud a población abierta brindan atención médica a personas en condiciones de pobreza o pobreza extrema, desempleados y campesinos, la seguridad social solventa las necesidades de salud a población que percibe un ingreso económico fijo, lo que le permite mayor posibilidad de traslado a unidades de atención más complejas, pago de transporte y mayor acceso a servicios especializados de salud. Estas condiciones no se tienen en cuenta al realizar esta reglamentación, del mismo modo, no se considera si hay disponibilidad de recursos de diagnóstico y tratamiento en cada una de las instituciones, tampoco se incluyen acciones a realizar en caso de que la mujer abandone el proceso de diagnóstico o tratamiento. Por ello, la norma puede indicar un proceso complejo y costoso, pero la ejecución de las acciones normadas, puede no realizarse debido a la carencia de recursos o a otros factores relativos a la mujer, a las poblaciones o a aspectos sociales, culturales o geográficos. De tal manera que, la estandarización que se pretende en los procesos resulta poco menos que imposible.

El apartado 2 refiere al lector a las NOM 017 para la vigilancia epidemiológica y a la NOM 168 del expediente clínico, por lo que para aplicar correctamente la NOM, hay que hacer revisión de dos normas más, las cuales habría que proporcionar al personal

médico y de enfermería, que además debe revisar otros documentos oficiales para cada una de las actividades que realiza o cada uno de los padecimientos que encuentra.

El apartado 3 se constituye por cuarenta y cinco definiciones de términos médicos relacionados con el Cáncer cervicouterino. Solo se proporciona la definición, sin incluir otros aspectos que pudieran ser importantes y necesarios para el adecuado uso de los términos. Su concreción y síntesis no permiten una amplia comprensión, siendo estos ambiguos y en ocasiones erráticos, tal es el caso de la definición de la tasa de mortalidad, de morbilidad, tamizaje y vigilancia epidemiológica.

El apartado 4 hace una descripción de quince abreviaturas contenidas en el documento, que incluye nombres de comités, instituciones, diagnósticos y tratamientos.

El apartado 5 establece la codificación con fines estadísticos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS-OPS) de los problemas cervicales, la cual deberá ser observada por todos los prestadores de servicios, aunque esta codificación es utilizada y debe ser observada por los emisores de diagnósticos, que en este caso son los citotecnólogos o médicos patólogos.

El apartado 6, hace referencia a la consejería a la que denomina como parte importante del proceso de comunicación entre el prestador de servicios y la usuaria. Obliga a los prestadores (sin precisar al profesional que se refiere) a dar información, orientación, asesoría y aclarar dudas a las mujeres y sus familiares, explorando los

sentimientos de la mujer. Se encuentra la imprecisión, en cuanto a qué condiciones y cuándo los familiares deben participar en esta orientación.

Por otro lado, ignora que los familiares de las mujeres, entre ellos el esposo o compañero tienen fuertes implicaciones en el proceso, no considera la inclusión de estos para explorar los sentimientos o dudas que se generan en torno a determinados diagnósticos.

Esto es relevante, ya que en muchas ocasiones no es la mujer misma quien decide si continúa con más pruebas diagnósticas o si se somete a tratamientos, sino que los familiares son quienes toman esa decisión.

Se menciona que esta consejería debe ser proporcionada por personal capacitado. Sin embargo, la capacitación, establecida en el PNAE se enfoca a los aspectos técnicos de la toma de muestras, dejando de lado lo esencial en la consejería, que requiere del conocimiento amplio de la Historia Natural de la Enfermedad por ser el elemento que constituye la base para la correcta información, orientación y asesoría así como el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud¹⁷. Por otro lado, no se hace énfasis en la forma en que se exploran los sentimientos de la mujer, sus creencias y vivencias y la manera de actuar ante esta patología.

De esta forma, es imposible que el personal, formado para atención clínica y convencido de la importancia de las técnicas, muestre un entendimiento intuitivo de

¹⁷ Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS, 2008).

las mujeres, que entienda sus sentimientos sin sentirlos él mismo, dado que este es uno de los aspectos más difíciles de “aprender” durante su formación profesional y no se le brinda el entrenamiento para desarrollar estas habilidades. La dificultad se exagera al observar el limitado tiempo que se tiene para la atención de cada paciente y las exigencias de realizar, como actividad prioritaria el llenado de papelería.

Es un hecho que, de la información proporcionada a las mujeres y sus familiares dependerá la forma en que ellas continúen en el programa o bien de que concluyan sus pruebas diagnósticas y se apeguen al tratamiento, pero esto no está considerado ni por la NOM ni por el PNAE. Establece que la consejería deberá ser dada por personal que haya recibido capacitación específica, y debe ser ampliamente informado sobre la prevención, detección y tratamiento de las lesiones precursoras y del CaCu. Pero no menciona quien dará esa capacitación, con qué frecuencia, cuándo, cómo y con qué recursos se contará para ello. Algo relevante es que la capacitación al personal, no se incluye en los otros documentos como una forma de evaluación del programa, aunque sí como una estrategia para mejorarlo. Si bien es cierto que cada institución tendrá recursos diferentes, todos los trabajadores de la salud deberían tener las mismas oportunidades de capacitación y orientación, independientemente de la institución en la que laboren.

En el apartado 7 se mencionan las generalidades sobre la prevención, basada en la promoción de la salud, la vacunación y la detección oportuna, orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo. Las actividades de educación para la salud, solo comprende al personal de salud, lo que no refuerza lo indicado en la NOM, en donde se establece que deberá haber participación de otras instituciones del sector público,

privado y de la misma comunidad. Los factores de riesgo indicados en la NOM difieren de los mencionados en la Guía de Práctica Clínica, entre ellos, la Guía menciona que es un factor de riesgo la deficiencia de ácido fólico, mientras en la NOM se menciona como deficiencia de antioxidantes. Ambas deficiencias son difíciles de detectar por el personal de salud en la consulta, a simple vista, por el paciente o por métodos diagnósticos. Aunque se menciona como factor de riesgo el tener múltiples parejas sexuales, no se establece cual es el número al que se considera como “múltiples”, dejando este apartado a la interpretación de quien lee el documento.

En el aspecto de detección oportuna, establece que son los médicos, enfermeras y técnicos quienes deben ofrecer el Pap. Llama la atención que se trata de estandarizar sobre la clasificación Bethesda¹⁸, pero se establece que los resultados “anormales” serán dados a la mujer como “no concluyentes” y que deberán ser referidas a una clínica de colposcopia sin indicar a qué tipo de clínica, de que características y el tiempo en que esto debe suceder. Cabe la duda si el resultado que se da a la mujer es un engaño, y que tanto responde al derecho del paciente de “Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz” y que a la letra dice: “*El paciente, o en su caso el*

¹⁸ El fin principal de este sistema es comunicar al médico solicitante la mayor información posible para ser utilizada en el manejo de la paciente, a través de un informe descriptivo en el que se incluyan todos los aspectos citológicos (a nivel hormonal, morfológico y microbiológico).

PARÁMETROS: Células del epitelio escamoso sin cambios inflamatorios, ni sugestivos de malignidad, con alteraciones por inflamación leve, con alteraciones por inflamación moderada, con alteraciones por inflamación severa. ATIPIAS, cuando los hallazgos citológicos son de importancia indeterminada. ASCUS (Atipias epiteliales de significado indeterminado), ASGUS (Atipias glandulares de significado indeterminado) Cambios citológicos relacionados con exposición a Radio – Quimioterapia. LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS. Se designaron dos términos diagnósticos dentro de esta categoría: LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LIE): Cambios celulares asociados con Infección del Virus del Papiloma Humano VPH y los asociados con displasia leve: NIC I. LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LIE): Cambios celulares que sugieran displasia moderada o grave, así como el carcinoma in situ.

responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustado a la realidad". (NOM 168, 1998 Carta de los derechos Generales de los pacientes, Ley General de Salud. NOM 168- SSA-1-1998, del expediente clínico) al darle un resultado que no es el emitido en el documento se le coarta a la mujer el derecho a conocer su situación de una manera precisa que le ayude a tomar una decisión acertada. Se prefiere normar que se notifique erradamente a la mujer en lugar de procurar un real y profundo conocimiento de los aspectos de la prueba de citología cervical por parte del personal de salud que le permita brindar consejería a las mujeres sobre su resultado, sobre la necesidad de corroborarlo y sobre las medidas que debe tomar. Dato relevante es el que indica que cuando una muestra sea "*no satisfactoria*", la mujer deberá ser localizada en un tiempo máximo de 4 semanas para que se vuelva a tomar la muestra, así mismo establece este mismo periodo para la entrega de resultados de citología, tiempos que por diversas razones no son cubiertos por los servicios de la Secretaría de Salud, ya que, no se cuenta con vehículos oficiales para su traslado y en ocasiones ni con datos precisos necesarios para la localización de la mujer. La entrega de resultados se realiza en ocasiones más de tres meses después de la fecha de la toma y sólo son entregados a quienes acuden por ellos, quedando en muchas ocasiones resultados de lesiones graves archivados en los expedientes sin observancia del resultado. Las mujeres con resultados anormales o con muestras no satisfactorias no son identificadas, informadas ni localizadas para su referencia de acuerdo a su padecimiento. Cabe mencionar que en este apartado, tampoco se establece

responsabilidad a quien deberá cumplir con esta tarea, crucial para la confirmación de diagnósticos y la verdadera detección oportuna. De nuevo, en este apartado, se indica la manera en que se reportará el resultado citológico de acuerdo con el Sistema Bethesda.

Los apartados 9 y 10, se refieren a la forma en que se notificarán los resultados de histopatología, los procedimientos a seguir de acuerdo a los diagnósticos y el tratamiento de acuerdo al grado de lesión. No se fundamenta en base a qué se establece esta normativa, lo que está en desacuerdo con la guía de práctica clínica, que menciona el fundamento de las acciones en la evidencia científica.

El apartado de vigilancia epidemiológica, norma lo referente al llenado de formatos, reporte de casos y establece que se deberán realizar autopsias verbales en el 50% de los casos de defunción por CaCu. En este aspecto, es necesario considerar que el registro de datos, los formatos establecidos y la forma de reportar, varían de institución a institución, dado que cada una trabaja de acuerdo a sus recursos, a sus normas y a sus sistemas.

Con todo lo anterior, la Norma Oficial pierde su papel normativo al no existir homogeneidad en los procesos y en los recursos, al ser desconocida por aquellos que deben cumplirla y ante la imposibilidad de estandarizar los criterios que rigen a cada una de las instituciones en que el Sistema de Salud se encuentra fragmentado.

3.2.3. Guía De Práctica Clínica Prevención y detección oportuna del Cáncer

Cervicouterino en el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones

Este documento establece que fue elaborado (según aparece en el documento) con la participación de todas las instituciones que conforman el sector salud y que tiene como fin la homologación de acciones con respecto a la detección oportuna del CaCu. Aclara que las recomendaciones son de carácter general, que no definen un curso único de conducta en procedimientos o tratamientos y que deben ser adaptadas de acuerdo a juicio clínico, necesidades específicas y preferencias de las pacientes, así como a los recursos y a la normatividad de cada institución. Es considerado entonces como un documento que recomienda ciertas acciones, mas carece del carácter normativo para estandarizar un programa que se realiza a nivel nacional y que debido a la fragmentación del sistema, se ejerce de manera distinta por cada institución, con procesos, recursos y resultados diferentes. Esta situación lleva a cuestionarse si la estandarización de procedimientos es un objetivo alcanzable mediante este documento. De igual manera, pierde su papel normativo y las posibilidades de alcanzar los objetivos por estar diseñado de manera homóloga para los contextos diferentes del Sistema de Salud fragmentado. Estas condiciones hacen prácticamente imposible una estandarización en los procedimientos, al no poder brindar la misma atención, con la misma calidad y de igual manera en todas las instituciones. Los requisitos para la toma de citología en cada institución difieren entre sí. Si bien es cierto se realiza de manera gratuita a toda la población (derechohabiente y no derechohabiente) en todas las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (NOM 014. Cap 5. 5.2), las diferencias entre instituciones son evidentes, ya sea por

los procedimientos administrativos, por los recursos con que se cuenta, por los requisitos, por la eficiencia, por la calidez de atención¹⁹, por las facilidades de acceso, por el personal encargado, por el tiempo en la entrega de resultados, por la seguridad del resultado, por las políticas de búsqueda y localización de mujeres con resultados anormales o por otras tantas diferencias, de tal manera que, aun cuando haya sido elaborado por personal de todas las instituciones del sector salud, este documento no es precisamente útil para la estandarización de los procesos.

3.2.3.1. Objetivo de la Guía

A pesar de estar marcado como un apartado, no se establece un objetivo claro de esta guía. Se menciona que es parte de un catálogo, y que la intención de este documento es la estandarización de acciones sobre identificación de factores de riesgo y *“acciones específicas para la detección y referencia oportunas de cáncer cervicouterino”*.

3.2.3.2. Contenido

En la redacción del texto, la intención se centra en la enfermedad, no en las mujeres, dando como resultado un documento sesgado y confuso. Por ejemplo, define como su “intención” estandarizar las acciones nacionales sobre identificación de factores de riesgo para padecer cáncer cervicouterino; acciones específicas de detección y referencia oportuna de cáncer cervicouterino. Es evidente la postura bióloga, que

¹⁹ Acerca del término “calidez”, no podemos seguir tan claramente su genealogía. Calidez proviene de cálido, calor, ardor. Por los escritos de Séneca, parece que el buen médico siempre fue cálido y el paciente siempre fue capaz de percibirlo, sin embargo, su definición nunca se intentó, quizás por ser algo vivencial (Leal, 2004).

deja de lado a la persona que los padece. Si los factores de riesgo están en la mujer, entonces, debería enfocarse a la identificación de mujeres con factores de riesgo y no sólo a los factores de riesgo. Es relevante la forma en que menciona que es el “*cáncer*” el que deberá ser referido para su atención a un segundo o tercer nivel, no la mujer que lo padece o a quien se le detecta, es decir, refiere a la enfermedad, no a la persona.

Para la elaboración de este documento se utilizaron como punto de referencia, Guías Clínicas, con datos que muestran evidencias a nivel internacional, sobre factores de riesgo, con una referencia bibliográfica, a la cual, difícilmente tendrán acceso los médicos, enfermeras y promotores del primer nivel de atención para corroborar esas evidencias y menos aún comprenderán la clasificación de cada una de esas evidencias, su valor y relevancia en la aplicación a la práctica cotidiana. A partir de ellas, se establecen acciones muy concretas para la prevención, algunas redactadas en estricto apego al factor de riesgo identificado, sin evaluar la naturaleza del mismo ni la factibilidad de llevar a cabo esa acción como “*....informar a los adolescentes que deben evitar el inicio temprano de las relaciones sexuales...*” ¿Cuál sería el objetivo de realizar esta acción? ¿Los adolescentes evitarán el inicio de relaciones sexuales sólo porque el personal de salud les dijo que deben evitarlas? ¿Y en el medio rural, donde las condiciones de vida son diferentes y la vida sexual inicia desde edades muy tempranas (antes de los 14 años) por costumbre esto será posible? Las evidencias científicas muestran que si bien hay programas que han logrado posponer el inicio de la vida sexual, reducir el número de parejas sexuales e incrementar el uso de condón, la evidencia es poco concluyente respecto a una forma de lograrlo, requiriendo para

la obtención de resultados positivos a largo plazo, del acompañamiento de los adolescentes (ONUSIDA, 1997) por parte de los profesionales de la salud, lo cual, se encuentra muy distante de poder lograrse en la situación actual de los centros de salud.

Otra recomendación consiste en que es “*necesario ofrecer educación para el cuidado de la salud sexual a las mujeres con múltiples parejas sexuales y con enfermedades de transmisión sexual*”, lo que sugiere que la demás población no necesita esta educación. Entonces, ¿cómo proteger a la población sana?, ¿en dónde queda entonces la prevención primaria? Hace referencia a que la detección primaria se realizará por medio de la promoción de la salud, la vacunación y la detección oportuna. Dos puntos que revisar: uno: el término de “detección primaria” no existe, desde la teoría de la Historia Natural de la Enfermedad, el término correcto es *Prevención Primaria*, que incluye la promoción de la salud y la protección específica, representada por la vacunación. El otro punto es que, la detección corresponde a la prevención secundaria en la etapa sub clínica de la enfermedad, y es oportuna siempre que se detecte en su fase sub clínica. Se observa entonces una confusión en los términos detección y prevención (en sus diferentes momentos) en las autoridades que pretenden uniformar criterios. Utiliza términos indiscriminadamente y sin una claridad en la diferencia de estos, por lo que no es difícil entender que esta confusión prevalezca entre el personal de salud, que no diferencia la detección de la prevención, lo que afecta sustancialmente la información que le es transmitida a la población en general y su percepción al respecto.

Entre las recomendaciones basadas en las evidencias, se encuentra que se hace alarde de que la mejor prueba es la citología líquida²⁰, sin embargo, en México, no se cuenta con ese tipo de prueba, por lo que se sigue utilizando la citología convencional. Se establece que la prueba de detección de ADN de VPH no es recomendada a mujeres menores de 30 años, justificado por los bajos valores predictivos negativos de la prueba para detección de cáncer cervical. Sin embargo, la justificación del uso en mujeres mayores corresponde más a aspectos biológicos que de diagnóstico. No se considera que, el establecimiento de los límites de edad para la detección de VPH responde más a factores sociales que a biológicos. Al igual que el PNAE, este documento utiliza lenguaje científico en muchas ocasiones desconocido por el personal que labora en el primer nivel de atención y por quienes deben apoyarse en esta guía (las enfermeras).

Aunque pretende dar respuestas a preguntas concretas, es información que sería muy valiosa para el personal operativo, sin embargo, tristemente, esta guía no es conocida por el personal de los centros de salud y aun cuando es posible adquirirla vía internet hay que considerar que en las poblaciones rurales, el acceso a este servicio así como a la impresión de documentos es limitado.

La revisión de estos tres documentos oficiales y normativos en relación a la detección y manejo del CaCu son elaborados de manera independiente por diversos

²⁰ En esta técnica se introduce el instrumento de obtención de la muestra teóricamente en su totalidad en un medio líquido, fijando las células y evitando la degeneración por aire (Hutchinson et. al 1999). En Chile, el costo de la máquina para citología líquida es de 50.000 dólares, mientras que sólo los insumos para cada toma de muestra suman alrededor de 6 dólares. El costo total de una citología convencional en el sistema público de salud, no supera los 2,5 dólares. Los países que han incorporado la citología líquida, como tamizaje sobre la citología convencional, poseen realidades económicas superiores y sistemas de salud basados en su gran mayoría en seguros médicos.

profesionales, en tiempo diferentes y no presentan una correspondencia en sus contenidos y dadas las condiciones del Sistema de Salud, es difícil que logren la estandarización que cada uno tiene como objetivo, existiendo otros inconvenientes como el desconocimiento de los documentos por parte del personal operático, la inequidad en la distribución de recursos, la desigualdad referente a los recursos humanos con que se cuenta y a la población a la que atiende así como a los constantes cambios de los que son sujetos. La mayoría del personal médico y de enfermería conoce la existencia de la NOM, aunque es incapaz de definir su contenido, refiere que integra datos y procesos que no existen, por lo que cada personaje asume como correcto aquello que piensa que debería ser, lo que cree que está contenido en la NOM. Estos documentos no se encuentran de manera regular en los CS, el personal no los tiene impresos ni a la mano y no les es posible consultarlos cuando así se requiere²¹.

²¹ En las visitas a los centros de salud se solicitó al personal entrevistado que mostraran los documentos, a lo cual respondieron no tener a la mano la NOM por estar guardada en la oficina del encargado y de los otros dos documentos refirieron no saber de su existencia.

CAPÍTULO IV. LAS BUENAS INTENCIONES

En este capítulo se presenta una reflexión respecto a la forma en que opera a nivel nacional el programa DOC en México, el cual es aplicable a todas las instituciones del sector salud y tiene como fin la homologación de criterios en la ejecución de las acciones en todo el país. Este programa, se actualiza cada sexenio, por los directivos de salud y es considerado como un Plan Nacional de Acción Específica. El análisis presentado, fue realizado con una perspectiva crítica, buscando la coherencia del discurso y la práctica real, con la experiencia y la observación realizada por la autora en los diferentes ámbitos del sector salud, encontrando variados puntos de desencuentro entre lo normado y la realidad que se vive en los centros de salud, lo que convierte en este documento como una expresión de buenas intenciones, las cuales no bastan para solucionar el problema.

4.1. La estrategia para disminuir el Cáncer Cervical en México

En México, la prueba de Papanicolaou comenzó a utilizarse en 1949 en el Hospital de la Mujer, pero es hasta 1974, cuando se inicia su uso masivo y se establece el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer (PNDC), el cual está legitimado en el programa de acción específico que se define cada sexenio. De acuerdo con el Plan Nacional de Salud (PNS), el Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino, forma parte de la estrategia “Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres” y se concreta en la línea de acción 2.5 “Disminuir los casos de cáncer cervicouterino”. Su objetivo central se orienta a disminuir la mortalidad por cáncer cervicouterino a través de acciones coordinadas de las instituciones del sector

salud en materia de detección, diagnóstico, tratamiento, control de calidad, supervisión, investigación, evaluación y fortalecimiento de la infraestructura. Normatiza y guía las acciones de detección y control del CaCu en todas las instituciones del sector salud. Los organismos gubernamentales de Salud lo ofrecen gratuitamente de manera oportunista a mujeres que han iniciado vida sexual activa. Se centra en la realización de la prueba de tamizaje de Papanicolaou (Pap) para detectar posible lesiones precancerosas en la cervix y tiene como fin último la emisión de un diagnóstico. Implica procesos que van desde la detección de mujeres en riesgo de padecer cáncer cervical hasta la atención de pacientes en estado terminal.

Actualmente el método tradicional de tamizaje es la citología cervical o Papanicolaou (PAP), aunque existen alternativas complementarias como la detección de Virus del Papiloma Humano Oncogénico (VPH), el cual se realiza por técnicas de hibridación de ADN²² en muestras cérvico-vaginales, prueba que, no ha sido posible incluir en el programa DOC en México debido a las carencias de recursos necesarios de manera regular y constante.

4.2. Los problemas presentes en el desarrollo del programa DOC

El principal problema que presenta el desarrollo del programa en México, es su bajo alcance en la cobertura, lo que es frecuente en países en desarrollo, donde el fracaso de los programas de prevención, al igual que el origen de las enfermedades, es multicausal. En el caso del programa DOC, sus fallas se asocian con las

²² Las pruebas del ADN del VPH pueden detectar la presencia de una infección viral de alto riesgo antes que alguna anomalía de las células se haga visible. Fueron aprobadas como exámenes selectivos de detección de cáncer cervical en mujeres mayores de 30 años de edad, si se realizan junto con la prueba de Papanicolaou.

características de las mujeres, la falta de demanda oportuna por parte de la denominada población blanco (acuden cuando tienen síntomas de la enfermedad, los cuales se manifiestan en las etapas tardías), con la falta de organización y control de calidad de los servicios involucrados y con una ineficiente estrategia de operación, habilidad y voluntad política para alcanzar los objetivos deseados.

Los Servicios de Salud en México a nivel nacional han desarrollado estrategias para incrementar la cobertura del programa en el país, especialmente en poblaciones rurales y urbanas marginales logrando avances limitados, manifestándose en una discreta disminución en la mortalidad a partir de 1992 (casi 20 años después de su inicio) (Murillo et.al, 2008).

Actualmente, la cobertura nacional del programa alcanza apenas el 70.1% por ciento de la población femenina mayor de 25 años a nivel nacional con una distribución heterogénea, presentándose de manera desigual en diversas zonas (SS, 2008) de acuerdo con la región geográfica. Según datos de la Secretaría de Salud, sólo el 24% de las mujeres indígenas se ha realizado la prueba del Pap, proporción que corresponde a menos de la mitad de la que existe en las zonas urbanas, donde 55% de las mujeres se la ha realizado alguna vez en su vida (SS, 2010). Las mujeres a las que se toma la muestra en las instituciones de seguridad social y de población abierta, son en más de un 70% catalogadas como “subsecuentes” (Perez-Cruz et. al, 2005), es decir, mujeres a las que se le ha realizado la prueba en más de tres ocasiones, con intervalos, en ocasiones, de menos de seis meses, mismas que por su constancia y permanencia en el programa están en menor riesgo de padecer cáncer, lo que representa una forma de inequidad, dando más a quienes más tienen, ya que en este

grupo se incluyen las mujeres que en principio tienen acceso (geográfico, económico y cultural) a los servicios de salud, cuentan con programas gubernamentales como “Oportunidades”, que, además de brindar apoyo económico a las familias, obliga a los niños y niñas a asistir a la escuela y a acudir periódicamente a consultas médicas de control; a las mujeres se les solicita realizarse frecuentemente la toma de muestras cervicales.

4.2.1. Las limitaciones

De acuerdo con la evidencia científica generada hasta ahora, es necesario que la detección de las lesiones precursoras de cáncer se realice en estadios tempranos, lo que permitirá brindar un tratamiento oportuno, que limite la evolución de dichas lesiones a CaCu, y así evitar las complicaciones y defunciones por esta causa., por ello, las acciones de detección son de suma importancia para propiciar el cambio en el comportamiento de la enfermedad, pero se requiere que se propicien ciertas condiciones para que este paso inicial del diagnóstico se lleve a cabo. Es necesario que exista una condición para que la mujer busque la atención, que se dé la construcción individual y social adecuada para condicionar la solicitud de que se le realice la citología cervical, en los centros de salud, lo cual, estará influenciado, además de los aspectos individuales sociales y culturales de la población, por los servicios de atención médica de que dispone (Menéndez, 2005); que el centro de salud se encuentre laborando, que cuente con el equipo y material adecuado, así como con personal con conocimientos y habilidades suficientes para la toma de la muestra y que se tenga la disposición de tomar la muestra cuando la mujer se ha decidido a dar ese paso.

4.2.2. La prueba de Papanicolaou

De acuerdo a los resultados de las investigaciones realizadas por Valenzuela (2001) y Urrutia y cols. (2008), existe entre la población la falsa percepción de que el Pap es una medida preventiva, lo que es entendible si analizamos los mensajes que se emiten en la publicidad del programa, que manifiestan que para prevenir el CaCu es necesario realizarse el Pap. Muchas mujeres creen que por haber ido a hacerse la prueba, ya se han protegido de la enfermedad (Valenzuela, 2001), lo que evidencia el desconocimiento de la prueba. El personal de salud acepta que es una “medida de prevención” sin cuestionamientos y lo difunde como tal, no explica a las mujeres que es una medida de prevención “secundaria”, ni cuál es su objetivo o utilidad y resta importancia al resultado de la citología.

La participación o inclusión de mujeres en el programa no es el único obstáculo, ya que el proceso de detección de lesiones cervicales es largo e implica la intervención de múltiples niveles, desde la inclusión de la mujer al programa hasta la comunicación del resultado a la mujer. A continuación menciono algunos de los problemas detectados en cada paso del proceso.

4.2.3. Un largo proceso

El proceso inicia con la captación de mujeres en la población. La NOM establece que serán incluidas aquellas que tengan entre 24 a 65 años de edad, pero que se dará el servicio a toda mujer que *lo solicite* sin importar los criterios de edad o los factores de riesgo. Esta situación da como resultado que el 60% de las detecciones se realicen subsecuentemente en un mismo grupo de mujeres al mismo tiempo que al 27.4% de

la población en riesgo que no solicita la obtención de la muestra nunca se la efectúe (SS, 2008). No se establece una estrategia de inclusión de mujeres entre 24 y 65 años de edad, ya sea por visita domiciliaria o por invitaciones personalizadas ya que, según lo reportado por el personal de los centros de salud, no existe un censo de mujeres en ese grupo de edad en las áreas de influencia de los centros de salud. Sólo se cuenta con censo de mujeres en edad reproductiva y son estas las que son objeto de control y cuidado por el personal de salud, especialmente de enfermería, que se encarga del control de dicha población.

4.2.3.1. Obtención de la muestra

Las muestras se obtienen en los centros de salud (urbanos y rurales), principalmente por el personal de enfermería, el cual tiene una formación académica heterogénea, pudiendo encontrar en los servicios personal de enfermería que sólo ha cursado estudios técnicos, o bien con grado de licenciatura o incluso de maestría, siendo estas últimas las que existen en menor proporción. El personal de enfermería de los centros de salud es asignado al servicio de toma de citologías sin capacitación previa específica, por lo que, cometen frecuentemente errores en la toma de la muestra, en la identificación y la preparación para el traslado de la misma, así como en el llenado de formatos. Tampoco tiene información amplia sobre la historia natural del CaCu, los factores de riesgo o las innovaciones en el desarrollo de métodos diagnósticos y tratamientos que le permitan brindar información clara y fidedigna a las mujeres con resultados anormales.

4.2.3.2. Traslado de muestras

Las muestras citológicas obtenidas se concentran en los CS, y son enviadas a la jurisdicción correspondiente con una periodicidad semanal por el personal del centro de salud. Las muestras son trasladadas por el médico, la enfermera, personal administrativo o promotor en medios de transporte público (autobuses o colectivos), sin contar con cajas o contenedores diseñados especialmente para su transporte, lo que incrementa la posibilidad de pérdida o deterioro de las muestras, ruptura de las laminillas y otras situaciones que impiden que sean leídas e interpretadas en su totalidad y que afecta la identificación de mujeres con lesiones cervicales. Cabe hacer notar que, a pesar de que existe una reglamentación internacional por la OMS (OMS, 2007) para el traslado de muestras, en ninguno de los documentos oficiales se hace referencia a ella, el personal desconoce la existencia de dicha normatividad y la manera adecuada de trasladar muestras y especímenes biológicos.

4.2.3.3. Emisión de resultados

En el laboratorio donde las muestras son leídas, se presenta otro problema, la falta de estandarización de los cito tecnólogos, quienes en evaluaciones realizadas por diversos investigadores (Gaitán, Rubio & Eslava, 2004) han demostrado que los resultados emitidos por ellos son poco precisos, lo que genera la emisión de un gran número de “falsos positivos”, proporción que varía del 24.4% al 49% (Leal-Berumen et, al., 2010), resultados que al ser comunicados a la mujer le generan pánico, incertidumbre y desconfianza, además de que afecta su estabilidad emocional, su vida

familiar, marital y social y constituyen un motivo para que la mujer se rehúse a la realización de esta detección y desconfíe de los resultados .

4.2.3.4. Estudios confirmatorios y tratamiento.

En México, la detección y el tratamiento del CaCu se realizan de manera gratuita y sin discriminación en las instituciones de Seguridad Social y por los servicios de salud a población abierta, sin embargo, no siempre se culmina en una confirmación diagnóstica y en el otorgamiento del tratamiento, existiendo, según el estudio realizado por Hernández en 2006, una tasa de abandono que oscila del 17.2% al 24.3%. Dicho abandono ocurre en las diferentes etapas del proceso, siendo mayor la proporción (60.2%) en la fase diagnóstica, esto se debe a múltiples causas, entre las cuales se encuentran: la percepción fatalista de la enfermedad, la información que el personal médico y de enfermería brinda a la paciente. Las barreras organizacionales entre las cuales se identifican el tiempo de canalización de la paciente a la consulta externa de especialidad, el tiempo promedio de espera así como el horario de consulta, percepción de falta de privacidad al momento de la atención médica y limitantes de acceso, principalmente de tipo geográfico, económico y laboral (Hernández-Alemán et al, 2006). El programa no contempla las alternativas de solución a los problemas detectados, los cuales si bien no son desconocidos por el Sistema de Salud, tampoco son plenamente reconocidos y menos aún se hace el mínimo esfuerzo para solventarlos, por lo que, mujeres que están en probabilidad de ser diagnosticadas y tratadas a tiempo pierden esa oportunidad, elevando las tasas de mortalidad por CaCu.

4.2.3.5. La solución a los problemas

Los aspectos socioculturales relacionados con los procesos de S/E/A y problemas de la institucionalidad del sector (calidad en la atención) han sido poco abordados, estando prácticamente inexplorado el nivel de crítica al sistema que sustenta la salud y la investigación.

Las investigaciones realizadas desde la perspectiva positivista, se centran en la interacción proveedor-usuaria/o; percepciones de los/as proveedores/as con relación a usuarias/os; percepciones y opiniones de usuarias/os respecto a los servicios, teniendo como principal punto de evaluación de los servicios de salud la calidad de atención, tema que se ha convertido en uno de los aspectos fundamentales de la práctica médica. Es evidente que esta evaluación se realiza a través de los profesionales que prestan sus servicios en forma directa al público, en específico, médicos y enfermeras.

El concepto de la calidad de la atención médica ha cambiado en diferentes épocas y sociedades, sin embargo, es característico que en todo momento el punto de atención son los usuarios. Existen diferentes aproximaciones al control de la calidad de atención, mismas que guían las investigaciones y las evaluaciones. Algunos están basados en educación médica, guías de prácticas clínicas y medicina basada en evidencia. Otros se basan en el paciente y sus derechos. Algunos, en el diseño y control de procesos. Sea el modelo que sea, todos tienen en común que están organizados como procesos administrativos, gerenciales, con lo cual, en muchas ocasiones, quedan desligados de la realidad clínica y especialmente alejados del

personal que los debe utilizar, quienes, por lo general, desconocen las razones y la importancia de estos procesos (D'EMPAIRE, 2010) y asumen un papel de objetos de evaluación.

En 1980 Donabedian describió la calidad de atención como: "Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención" (Donabedian, 1980).

Ruelas (2000) la define como "Una combinación de beneficios, riesgos y costos y de lo que se trata es de ofrecer los mayores beneficios con los menores riesgos posibles y a un costo razonable". Desde la postura de Ruelas, la calidad de la atención médica tiene tres dimensiones: una técnica, una de aspectos interpersonales y una más representada por el ambiente de los servicios. Corresponde a la dimensión técnica todo aquello que es necesario para la atención, que incluye conocimiento científico, equipo, material, etc. Lo concerniente a aspectos interpersonales, a pesar de referirse a la relación médico-paciente, se centra únicamente en el objeto de lograr satisfacción del usuario, es decir, exclusivamente a una parte del binomio, dejando fuera la satisfacción del médico. Respecto al ambiente de los servicios, se refiere a aquellos aspectos de las áreas de atención que las hacen agradables y confortables para el paciente y sus familiares invisibilizando de nuevo al proveedor. La calidad no procura un ambiente agradable, confortable o por lo menos funcional para los prestadores de la atención.

Otra postura ampliamente aceptada es la emitida en 1990 por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, quien define a la calidad de atención como "El grado en el cual los servicios de salud para individuos y la población incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud y que sean consistentes con el conocimiento profesional médico" (Lohr, 1990).

Una definición menos conocida es la que da Aguirre (1997) que especifica que "La calidad de la atención médica es otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución". Esta definición tiene una visión más amplia, incluye no solo la satisfacción de necesidades y expectativas del usuario, sino que, en concordancia con la postura del proceso S/E/A, considera a los prestadores e instituciones como partes componentes del mismo.

Con base en las definiciones clásicas, al pretender evaluar la calidad, hay que considerar la atención brindada a los usuarios y con el mismo empeño medir el grado de satisfacción de las instituciones. De esta forma, la atención brindada es evaluada mediante cuestionarios de satisfacción a los usuarios, la satisfacción de las instituciones es medida mediante la evaluación en el cumplimiento de metas, considerando que son estas las expectativas de las instituciones. Ambas evaluaciones se realizan periódicamente en los servicios de salud, con el fin de realizar la identificación de desviaciones (lo que implica el grado de cumplimiento de las actividades del personal). Sin embargo, hay un componente que queda en el olvido, no es visto, no es percibido ni por la institución ni por los evaluadores: el grado de

cumplimiento de las expectativas de los trabajadores y la satisfacción de sus necesidades de salud, que en un sentido amplio, comprendería su salud física, mental y emocional. Dichas evaluaciones no se realizan ni de manera periódica ni aislada, ni en el área rural ni en la urbana, ni en cada una de las instituciones, lo que conduce a pensar en la forma en que la parte humana del proceso de atención, los sujetos (médicos y enfermeras) se cosifican, convirtiéndose en objetos del Sistema de Salud, en recursos tecnológicos, en maquinaria que debe cumplir funciones, realizar procedimientos, alcanzar metas y objetivos (producción) establecidos y en general, cumplir con todas las funciones encomendadas, sin importar su satisfacción, cansancio, grado de acuerdo o sus sentimientos. Así, son obligados a realizar acciones para las cuales han sido formados y otras para las que no están formados profesionalmente o preparados académicamente, que distan de sus expectativas y que afectan sustancialmente su salud física y mental, pero que asumen como parte de sus obligaciones por haberles sido asignadas por la institución, tal es el caso de la vacunación de perros y gatos²³.

Con esta forma de pensamiento como eje, en México, a inicios del siglo XXI se formalizaron las Políticas Públicas Nacionales, con una fuerte inclinación a la mejora de la atención a la salud. Inicialmente, se desarrolla la estrategia de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos lineamientos presentan un enfoque sectorial y se centran en dos aspectos primordiales que son el trato digno y la atención médica efectiva, cuyo cumplimiento y logros se miden por medio de estrategias e indicadores de evaluación de los resultados en la mejora de la calidad

²³ Según lo referido por el personal entrevistado en esta investigación.

en los servicios de salud del país (SS, 2003). Se observa entonces la manera en que, institucionalmente, se concibe al trabajador como un objeto, como parte de los recursos tecnológicos que deben servir a los usuarios, los cuales sí son considerados como sujetos y representan la razón de ser de los servicios.

Como apoyo a esta política, el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) integró un esquema de trabajo basada en tres ejes fundamentales enfocados de nuevo a los usuarios, estos ejes son: la calidad técnica y seguridad del paciente; la calidad percibida, y la institucionalización de la calidad. Las estrategias y líneas de acción tienen como objetivo elevar la calidad de la atención en salud; mejorar la opinión de la población por la atención otorgada, y apoyar la gestión de las instituciones y establecimientos de salud a través de la aplicación de métodos de trabajo específico (Diario Oficial de la Federación, 2007). De la misma forma que la Cruzada por la Calidad de los Servicios, el Sistema Integral de Calidad en Salud, a pesar de ostentar el calificativo “Integral”, olvida a los proveedores, los ignora como sujetos y los considera como objetos que serán evaluados de acuerdo a la opinión de la población.

Esta forma de pensamiento ha generado que la atención médica sea evaluada constantemente desde dos aspectos, el de la perspectiva de la institución y el de los usuarios. Las instituciones verifican el cumplimiento de metas, basándose en registros elaborados por el mismo personal, mientras que la satisfacción de los usuarios y el trato recibido lo realizan cuestionando a la población usuaria. De esta forma, el personal es “medido”, “evaluado”, “juzgado” y “criticado” sin darle la posibilidad de defenderse y en ocasiones ni de saber qué es lo que se ha dicho de él. Cuando estas

evaluaciones evidencian problemas por el incumplimiento de metas o bien por ser calificados como poco satisfactorios por los usuarios, se plantea la hipótesis de que el problema está en el personal y que dicho problema es generado por un bajo nivel de conocimientos especialmente en médicos y enfermeras. Se piensa que el problema de los servicios es en mucho, la falta de conocimiento del personal sobre el programa o sobre sus responsabilidades. Pero no se busca una identificación del personal como sujeto.

Investigaciones de corte científico sobre la calidad de atención han sido realizadas en torno a los servidores públicos con base en la premisa de la OMS de que “las intervenciones de atención a la salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes” (OMS, 2001).

Un ejemplo de ello es la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, realizada en México en 2010, en ella, los ciudadanos calificaron en el aspecto de satisfacción a los servicios de salud por debajo de escuelas públicas, agua y drenaje, teléfonos y transporte público y sólo por arriba de la policía. Los resultados de esta encuesta arrojaron que cuatro de cada diez mexicanos pobres se quejaron de la carencia de amabilidad del personal médico y paramédico, así como del escaso apoyo ofrecido por los servicios de salud. Las quejas de mayor frecuencia fueron no haber sido atendidos con la rapidez requerida; la falta de información con claridad por parte de médicos y enfermeras y el no haber recibido un trato digno en la Institución de salud de la cual recibieron atención (Puentes, 2005). Como es posible observar, se califica al personal que da la atención, se evidencia lo que, desde la percepción de la población o los usuarios hace mal, en cambio, existen pocas referencias en la

literatura sobre el sentir del personal de salud. Una de esas experiencias identifica la percepción del médico respecto a los programas de mejora de calidad, mostrándose en este trabajo la insatisfacción ante la imposición de estos modelos, además de la falta de recursos para su cabal instrumentación (Chavira, 2011).

Desde esta mirada, se han abordado las limitantes que presenta el programa DOC, poniendo de manifiesto que dichas deficiencias se deben, entre otras cosas al escaso conocimiento o capacitación del personal médico y de enfermería sobre los documentos oficiales, las técnicas para la toma de muestras o la interpretación de resultados, sin explorar las barreras que pudieran existir en la institución o bien en los aspectos más humanos del personal de salud.

El programa en su totalidad muestra intenciones de disminuir la incidencia de la enfermedad, pero desde una perspectiva biológica hegemónica, asume que la causa y por tanto, la solución del problema radica en la ignorancia de la mujer y en el personal de salud, sin considerar las deficiencias del Sistema, de las políticas y en general invisibilizando la realidad, situándose en un escenario irreal, planeando metas inalcanzables y siendo, quizá solo una bandera política para quien asume el poder, sin un compromiso real de disminuir este problema en la población que tantas repercusiones tiene a nivel personal, familiar y social, por lo que este documento (como muchos otros) se queda sólo en buenas intenciones sin lograr un cambio real, sin considerar a la enfermedad como el producto de la interacción de múltiples factores en los que no sólo el personal médico y paramédico dedicado al programa tiene responsabilidad. Por tanto, no se proponen cambios y acciones de fondo para lograr impactar en la prevención de la enfermedad a nivel local y nacional.

CAPÍTULO V. ¿PORQUÉ UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA?

5.1. Perspectivas teóricas

Existen diversas formas de categorizar las perspectivas teóricas que han influenciado la investigación cualitativa y que difieren de acuerdo a cada autor. De esta forma, Guba y Lincoln (2002) identifican cinco paradigmas: el positivismo, el post-positivismo, teoría crítica, constructivismo y participatoria. Creswell (1998), distingue también cinco diferentes maneras de realizar investigación cualitativa, la biografía, la fenomenología, la teoría fundamentada, etnografía y estudio de casos. Para Schwandt (1994) y Crotty (1998), existen tres formas epistemológicas de hacer investigación cualitativa: el primero las identifica como interpretativismo, hermenéutica y constructivismo social, mientras Crotty (1998) con cierta semejanza con Schwandt (1994), las define como objetivismo, subjetivismo y construccionismo.

Estos modelos teóricos son especialmente útiles en la investigación que tiene como fin el entendimiento profundo y la comprensión de los fenómenos, ya que permite la descripción del objeto de estudio y la definición de conceptos capaces de abarcar una parte de la realidad, identificar su naturaleza profunda, su sistema de relaciones y su estructura dinámica en contextos estructurales y situacionales.

El valor de estas teorías radica en que por su perspectiva holística genera conocimiento de forma inductiva, considerando al fenómeno de estudio como un todo, son útiles para la generación de teorías e hipótesis y permiten realizar hallazgos sobre un fenómeno que no se habían previsto desde la mirada cuantitativa. Brindan la posibilidad de conocer los hechos, procesos, estructuras y personas en su totalidad,

se acercan más a las personas involucradas en el fenómeno estudiado para entenderlas, en las investigaciones en las que existe una gran carga de significados, estereotipos y prejuicios asociados al objeto temático de estudio. Estas teorías portan lo que Hurley (1999) llama "traducción y vivificación" de los resultados, es decir, intensifican la comprensión del fenómeno, dando vida a los resultados, por ello, en las investigaciones en donde se involucran seres humanos como fuentes de información o bien como sujetos de estudio, es necesario considerar que las personas hablan y se expresan libre y espontáneamente y que mediante la aplicación de estudios de tipo cualitativo es posible obtener información que difícilmente se obtiene con la aplicación de cuestionarios estructurados, lo que favorece un aporte básico o fuente de información de primera mano para el desarrollo de instrumentos de recogida de información y sirve para identificar las dimensiones principales en un fenómeno dado, con características propias, especialmente en el ámbito del estudio del proceso salud/enfermedad/atención.

Existen diferentes varios métodos que pueden ser utilizados en la investigación cualitativa, siendo los principales la etnografía, la fenomenología y la teoría fundamentada.

En la presente investigación, se recurrió al método de la Teoría fundamentada, por ser éste útil para desarrollar teorías que están fundadas en los datos, particularmente cuando se estudia un proceso o una experiencia en las personas relacionada a las realidades cotidianas. Se incluyen como sujetos de estudio a médicos y enfermeras, intentando encontrar la subjetividad de sus acciones desde una perspectiva que no puede ser medida ni cuantificada, solo interpretada, lo que aportará conocimiento

sobre la forma de sentir y actuar de las personas inmersas en un programa de salud que no ha alcanzado el éxito deseado.

5.2. Teoría Fundamentada

La Teoría Fundamentada es una de las tradiciones de investigación cualitativa, la cual se define como aquella que permite formular una teoría que se encuentra subyacente en la información obtenida en el campo empírico. Emplea técnicas de investigación cualitativa como: la observación, las entrevistas a profundidad, la implementación de memos, entre otras.

5.2.1. Base epistemológica

La base epistemológica de la Teoría Fundamentada está en el Interaccionismo Simbólico de Blumer y en el pragmatismo de la escuela de Chicago, especialmente en las ideas de George Mead (1965) y John Dewey.

Existen actualmente cuatro tendencias de la Teoría Fundamentada: la original creada por Glaser y Strauss en 1967, la cual marca los fundamentos para la propuesta de Strauss y Corbin. Ambas tienen como propósito generar una teoría que explique las relaciones subyacentes en una realidad determinada. Mediante la codificación, el muestreo teórico y las comparaciones entre la información obtenida se logra alcanzar la saturación. Posteriormente, en el año 2000, Kathy Charmaz plantea los principios de Teoría Fundamentada Constructivista, según la cual se retoman las ideas originales de la propuesta Glaser y Strauss e incorpora las explicaciones de los sentimientos de los individuos a medida que experimentan un fenómeno o proceso, así como las creencias y valores del investigador, se evitan emplear categorías

predeterminadas. Finalmente, en el año 2005, Adele Clarke presenta la tendencia conocida como la Teoría Fundamentada en el Posmodernismo. Ella retoma el concepto de mundos/arenas/discursos ecológicos y propone tres mapas que hacen énfasis en las diferencias más que en las concordancias (lo que sí hace la teoría fundamentada original): estos son: mapas circunstanciales, mapas de mundos/arenas sociales y mapas posicionales. Esta tendencia sigue las huellas de Michel Foucault para analizar variaciones, diferencias y silencios en la información, de manera condicional y compleja.

Las cuatro tendencias son en esencia la misma sin embargo, tienen distintos enfoques de abordar la realidad estudiada.

Strauss y Corbin (2002) señalan que la teoría fundamentada va mas allá de la descripción buscando generar o descubrir una teoría en el esquema analítico abstracto de los procesos de acción o interacción. Los participantes en el estudio son personas que han experimentado el proceso que se estudia, representa un conjunto de estrategias útiles para el estudio de los procesos de interacción en un contexto y mediado por asuntos culturales, personales.

La teoría generada por Strauss y Corbin (2002) de tipo analítico, explica los procesos de acción o interacción en un fenómeno. El investigador busca datos hasta saturar las categorías, entrevistando a sujetos realizando algunas visitas al campo, hasta no encontrar nuevos datos.

Una categoría, representa una unidad de información compuesta de eventos, sucesos y casos. El investigador a la par colecta la información, analiza lo que observa en el

campo de trabajo, así como los documentos recabados. Es un constante ir y venir al lugar donde se obtiene la información, se analiza y se regresa a buscar más datos. El tiempo que se dedica a la recolección de información depende de la saturación de las categorías.

Se inicia con un código abierto, desde el cual emergen códigos axiales que el investigador identifica. Strauss y Corbin (2002) definen los tipos de categorías en condiciones causales, a los que corresponden todos aquellos factores que dan origen al fenómeno; estrategias, que son las acciones tomadas en respuesta al núcleo de la investigación; condiciones de intervención, que incluye las situaciones particulares y generales que determinan las estrategias y las consecuencias, que son los resultados de usar dichas estrategias. El paso final es la selección de un código que es tomado como modelo y a partir del cual se desarrollan las proposiciones o hipótesis que interrelacionan las categorías en el modelo o forma una historia que describe esas interacciones.

La teoría fundamentada constructivista de Charmaz (2006) da más énfasis a las miradas, valores, creencias, sentimientos, supuestos e ideologías de los individuos que a los métodos de investigación, la codificación o la utilización de teorías. El investigador toma decisiones sobre las categorías encontradas en el proceso, cuestiona los datos y valora los avances, experiencias y prioridades.

Por encontrarse la teoría fundamentada basada en el interaccionismo simbólico, se revisan a continuación algunos aspectos relevantes de esta orientación psicológica.

5.2.2. *Interaccionismo Simbólico*

El interaccionismo simbólico (IS) se opone diametralmente a la utilización de las ciencias naturales como modelo para las ciencias sociales. Plantea que es innecesario el que se formulen hipótesis que antecedan al trabajo de investigación. Enfatiza que la sociedad debe ser estudiada a partir de perspectivas particulares, propias de los miembros de la sociedad.

Su orientación metodológica atribuye una importancia primordial a los significados²⁴ sociales que las personas asignan al mundo que las rodea. Según el IS, el significado de una conducta se forma en la interacción social. Su resultado es un sistema de significados intersubjetivos, un conjunto de símbolos de cuyo significado participan los actores. El contenido del significado es sólo la reacción de los actores ante la acción en cuestión. La consciencia sobre la existencia propia se crea al igual que la consciencia sobre otros objetos; o sea, ambas son el resultado de la interacción social.

El interaccionismo simbólico pone gran énfasis en la importancia del significado e interpretación como procesos humanos esenciales. La gente crea significados compartidos a través de su interacción y, estos significados devienen su realidad. Trata de comprender el proceso de asignación de símbolos con significado al lenguaje hablado o escrito y al comportamiento en la interacción social considerando al hombre como un sujeto social e intencional, que utiliza el lenguaje

²⁴ El Interaccionismo Simbólico considera que el significado es un producto social, una creación que emana de y a través de las actividades definitorias de los individuos a medida que estos interactúan. Sostiene que el significado que las cosas encierra para el ser humano constituye un elemento central en sí mismo. El significado que una cosa encierra para una persona es el resultado de las distintas formas en que otras personas actúan hacia ella en relación con esa cosa. Los actos de los demás producen el efecto de definirle la cosa a esa persona (Blumer 1982).

como instrumento de comunicación y comprensión de la realidad. Es de suma importancia considerar los contextos de participación de los sujetos y la relación e interacción construida dentro de éstos como eje fundamental para comprender qué y cómo es que las personas comprenden y viven su cultura, así como aquellos significados y sentidos construidos por las personas al participar en contextos particulares de su cultura. Intenta estudiar la vida social así como sucede, como es concebida por y para los miembros de la sociedad, al mismo tiempo que se rechaza cualquier intento de forzar el entendimiento de la realidad social a través del uso de modelos teóricos predeterminados.

Se distinguen dos corrientes intelectuales en la base del interaccionismo simbólico: la filosofía del pragmatismo y el conductismo psicológico (Rock, 1979).

a) Pragmatismo

Para el pragmatismo no existe algo real en el mundo, todo lo que existe es creado activamente en la medida que actuamos en y hacia el mundo; la gente recuerda y basa su conocimiento del mundo sobre lo que ha probado ser de utilidad para ellos; la gente define los objetos físicos y sociales que ellos encuentran en el mundo de acuerdo al uso que le dan.

Por lo que para entender a los actores sociales, debemos basar tal entendimiento en lo que ellos hacen en el mundo social.

De esto se derivan tres aspectos básicos para el interaccionismo simbólico:

1. El foco de atención es la interacción entre el mundo social y el actor social.

2. El actor social y el mundo social son procesos dinámicos y no estructuras estáticas.
3. La gran competencia atribuida al actor para interpretar el mundo social.

Especialmente el último aspecto es especialmente concebido por John Dewey, quien sostiene que la mente es un proceso de pensamiento que envuelve varios estadios. Concibe que los individuos como individuos existencialmente libres, son quienes aceptan, rechazan, modifican y en definitiva definen las normas, roles, creencias de la comunidad, de acuerdo a sus propios intereses y planes del momento.

b) Conductismo psicológico

Sostiene que los seres humanos deben ser vistos como unidades reflexivas e interactuantes y no solo como unidades motivadas por fuerzas externas o internas más allá de su control o dentro de los confines de una estructura más o menos fija.

El interaccionismo simbólico concibe la mente como un proceso continuo. Incluye socialización, significados, símbolos, el yo, interacción e inclusive la sociedad.

Principales raíces históricas

Como figuras importantes del Interaccionismo simbólico, sobresalen dos nombres que dieron origen a esta corriente de pensamiento, que si bien mucho se ha escrito sobre las convergencias y divergencias de sus teorías, ambas se complementan y proporcionan herramientas indispensables en la realización de estudios de corte cualitativo. Estos dos autores (aunque no son los únicos) son George Herbert Mead (1863-1921) y Herbet Blumer. Esta corriente se ve modificada en tanto que Blumer,

establece como punto relevante que la interacción social se basa en significados. Sostiene que los significados de los símbolos son individuales y subjetivos en el sentido de que es el receptor el que los “asigna” a los símbolos de acuerdo con el modo en que los “interpreta” (Lewis y Smith, 1980), por ello, es importante comprender la experiencia subjetiva de los individuos, ponerse en el lugar de las personas para comprender la situación desde su punto de vista, viendo las cosas como el individuo las ve y analizando el proceso particular a través del cual se han formado sus acciones y brinda la posibilidad de entender y de ver los objetos desde el punto de vista del individuo. Presenta aspectos sobresalientes en tres niveles: ontológico, epistemológico y metodológico.

A nivel ontológico: el IS confirma que los individuos son actores que definen, aceptan o modifican las normas, roles y creencias de su entorno comunitario, según sus intereses personales (Ritzer, 1993).

A nivel epistemológico: Tiene una perspectiva ideográfica, centrada en lo particular, distante de las generalizaciones. Es una teoría nominalista, que excluye el análisis de las estructuras macrosociológicas, a favor de lo individual y concreto (Ritzer, 1993).

A nivel metodológico: Blumer piensa que el investigador desconoce normalmente lo que va a estudiar, pero compone inconscientemente un cierto tipo de descripción de ello, acudiendo a estereotipos comunes e imágenes preconcebidas producto de teorías.

Su enfoque metodológico se basa en tres premisas básicas (Blumer 1969). La primera considera que los seres humanos actúan en relación con los objetos del

mundo físico y de otros seres de su ambiente sobre la base de los significados que éstos tienen para ellos. La segunda, que estos significados surgen de la interacción social que se da entre los individuos y producen símbolos significativos. La tercera premisa sostiene que los significados se establecen y modifican por medio de un proceso interpretativo, que son usados para la guía y formación de la acción. Aunque estos significados pueden estar pre-establecidos, por organizaciones (que marcan normas, valores, roles o metas) que fungen como marcos en donde la acción social tiene lugar, no son estos los que determinan la acción, sino que ésta se define por las interpretaciones y definiciones de la situación que realiza cada individuo al interior del grupo.

El continuo proceso de interpretación en el que las personas están constantemente definiendo a medida que pasan a través de situaciones diferentes, actúa como intermediario entre los significados o predisposiciones a actuar de cierto modo y la acción misma. Este proceso dinámico, depende de los significados de que disponga una persona y de cómo se aprecie determinada situación.

Tiene dos pasos secuenciales

1. Primero, el actor se indica a sí mismo las cosas respecto de las cuales está actuando; tiene que señalarse a sí mismo las cosas que tienen significado.
2. Segundo, en virtud de este proceso de comunicación consigo mismo, la interpretación se convierte en una cuestión de manipular significados. El actor selecciona, controla, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en la que está ubicado y de la dirección de su acción (Blumer, 1969).

5.2.3. *Los significados*

Blumer sostiene que los significados son creados por la interpretación individual de los elementos externos. Son utilizados por el individuo para guiar su comportamiento, son construidos mediante un proceso dinámico de interacción y son modificados mediante la interpretación (Blumer, 1982). Las personas están constantemente interpretando y definiendo significados a medida que pasan por situaciones diferentes en un contexto social.

Según Blumer (1969), el entendimiento del comportamiento humano debe buscarse en los significados que los seres humanos tienen para los fenómenos de sus propias experiencias. No se puede entender la acción humana si se miran solamente los factores externos o la sola conducta. “El significado de los objetos para una persona surge primordialmente de la forma en que tal objeto es definido por los otros con quienes interactúa...”.

El significado es un producto social, una creación que emana de y a través de las actividades definitorias de los individuos a medida que estos interactúan. El significado no emana de la estructura intrínseca de la cosa que lo posee ni surge como consecuencia de una fusión de elementos psicológicos en la persona sino que es fruto del proceso de interacción entre los individuos.

La importancia del significado radica en que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que esto significa (Blumer 1982) y no como una respuesta a estímulos, actitudes, motivaciones conscientes e inconscientes, o bien por su

percepción. Pone así gran énfasis en la importancia del significado e interpretación como procesos humanos esenciales.

Desde esta metodología, se sostiene que la gente crea significados compartidos a través de su interacción y estos significados definen su realidad. Mead (1925/1934), expresa la relación entre el “yo” y el “contexto social” de la siguiente manera:

"debemos ser los otros si queremos ser nosotros mismos"

Los significados crecen a partir de la interacción humana y la existencia del objeto es una función de los significados que grupos sociales y sus miembros le dan.

El actor social es un ser inmerso en un proceso permanente de análisis e interacción consigo mismo y con otros.

Un concepto clave en el entendimiento metodológico de lo que es el interaccionismo simbólico es el concepto de objeto. La palabra objeto dirige la atención hacia el accionar dirigido a una cosa. Una cosa es lo que es porque adquiere significado social puesto que un individuo actúa en relación a él.

Una cosa es en parte algo que obtiene significado social (puesto que un individuo actúa en relación a él y lo señala con un símbolo socialmente creado) y en parte es una meta para su accionar.

Ambas definiciones enfatizan el hecho de que las cosas resultan significativas en el medio donde se encuentran y se ayudan con símbolos.

El significado de un acto no es ni fijo ni inmutable, sino que es definido en la acción cuando el individuo actúa en relación al objeto. Y en la medida que la actuación de un

individuo frente a un objeto cambia, se modifica también el significado del objeto para él. De esta manera, con la perspectiva del accionar del individuo como un proceso, desde el impulso hasta la consumación, se quiere indicar que es necesario considerar la conducta de los individuos con vistas a su manifestación externa y a sus procesos internos.

Un accionar social es según Mead (1972) uno que abraza el trabajo mancomunado de más de un individuo. Las acciones sociales están construidas con base en la interacción social e interpretación entre los individuos al contar con eventuales respuestas de los demás ante los actos propios y suponer que los otros harán la misma cosa. Es este proceso de dirección mutua lo que recibe el nombre de interacción social.

Por último, cabe señalar que un rol fundamental para la interpretación de comportamiento de otros lo juega el conjunto total de acciones, objetos y accionar común que el individuo percibe, recibiendo esta configuración el nombre de definición de la situación.

5.2.4. Construcción de Significados. La interacción social.

Mead (1934) se centró en el estudio de las respuestas manifestadas a través de los gestos (significantes y no significantes), dentro de los cuales incluye al lenguaje mientras Blumer (1969) centra su atención en la observación de la actitud o comportamiento sobre los objetos a partir de los significados que estos objetos tienen para ellos. Los significados surgen a través de la interacción social con los demás y son comprendidos como productos sociales. Para Blumer la conducta humana no es

causada de un modo determinado predefinido por fuerzas internas, sino que es provocada por una interpretación reflexiva y derivada de la cultura de los estímulos internos o externos presentes.

Blumer es consistente en relación al abordaje de los objetos desde la realidad social, la que considera como un proceso constantemente reconstruido, un flujo continuo de experiencia y acción inter-subjetiva, en la que el mundo es compartido con otros. El mundo tiene una estructura y está construido en torno a relaciones sociales que implican varios modelos de comunicación.

Para el IS, las construcciones sociales son construcciones de significados que han sido establecidas por la participación de las personas en la interacción simbólica que se produce en la sociedad y que al mismo tiempo, la constituye. Así, las interpretaciones individuales pasan a ser socialmente convenidas pero internalizadas de manera individual, dándose el proceso de objetivización de la realidad (Alsina, 1999).

“Todos los interaccionistas simbólicos comparten la opinión sustancial de que los seres humanos construyen sus realidades sociales en un proceso de interacción con otros seres humanos” (Meltzer, 1978). Se construyen y reconstruyen permanente y cotidianamente por los diversos actores de una estructura social (escuela, familia, trabajo), son aprehendidas en un continuo de tipificaciones con dos polos. En uno de los cuales, se encuentran esos “otros” con quienes se interactúa intensamente en situaciones cara a cara. En el otro polo hay abstracciones sumamente anónimas, que por su misma naturaleza nunca pueden ser accesibles en la interacción cara a cara.

Las realidades sociales se construyen (Briones, 1996) en los tres componentes que conforman una actitud: el componente cognoscitivo, el afectivo y el conductual.

El componente afectivo se refiere a los sentimientos subjetivos y a las respuestas fisiológicas que acompañan a la actitud. El componente cognitivo hace referencia a las creencias y opiniones a través de las que la actitud se expresa, pueden ser conscientes e inconscientes. El componente conductual se refiere al proceso mental o físico que prepara al individuo a actuar de una determinada forma (Eagly y Chaiken, 1993).

El interaccionismo simbólico se fundamenta en los siguientes principios teóricos:

- Los grupos humanos están constituidos por personas en acción
- La vida del grupo presupone la interacción, es decir, que las acciones de unos se corresponden con las acciones de otros
- El mundo de las personas y de los grupos está formado por "objetos" (físicos, humanos, conceptuales, morales, etc.), producto de la interacción simbólica. El significado de los objetos es una creación social.
- El ser humano se reconoce como un objeto para sí y define sus interacciones con otros, basándose en la percepción propia. "la propia percepción como objeto, al igual que los otros objetos, resulta del proceso de interacción social con otros seres humanos".
- El individuo se confronta con un mundo al que debe interpretar para poder actuar, no sólo reacciona "...al actuar considera deseos, objetivos, medios

disponibles, acciones propias y las esperadas en otros, imagen propia y resultados probables de determinada acción”.

- Las acciones se articulan no como suma de acciones individuales sino como una nueva acción con participación de individuos “...permanentemente se está dando la creación de las líneas de acción a través del proceso dual de designación e interpretación. [...] una red o una institución no funcionan de manera automática, lo hacen porque las personas que la conforman realizan algo y ello es resultado de su definición de la situación sobre la que actúan”.

El interaccionismo simbólico concibe al lenguaje como un vasto sistema de símbolos. Las palabras son símbolos porque se utilizan para significar cosas, y hacen posible todos los demás signos. Los actos, los objetos y las palabras existen y tienen significado sólo porque han sido o pueden ser descritas mediante el uso de las palabras.

CAPÍTULO VI. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En este capítulo se presentan los aspectos metodológicos que guiaron la realización de la presente investigación. Se expone la perspectiva metodológica adoptada, la estrategia de indagación y el diseño metodológico utilizado en los diferentes momentos.

6.1. Perspectiva Metodológica. Generalidades.

Para la realización de esta investigación, se adoptó la metodología de la teoría fundamentada, ya que esta permite conocer el significado de experiencias en un número de personas y la generación o descubrimiento de teorías en un esquema analítico abstracto, en la acción e interacción de los participantes o actores de un fenómeno. Por medio de la aplicación de esta teoría, intento conocer los significados que tienen los médicos y las enfermeras de los centros de salud con respecto al programa Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino. Considerando que los significados se construyen y modifican por los individuos en interacción con otros individuos, así como con las instituciones, y por ende están influenciados por las experiencias vividas por los mismos sujetos.

El interés principal de la investigación cualitativa radica en la comprensión de los significados que construyen los individuos y la forma en que estos adquieren sentido en su realidad, en su mundo. Los individuos son capaces de modificar o alterar los significados construidos sobre un objeto de acuerdo a la interpretación de las diferentes situaciones, formando nuevos significados sobre el mismo objeto.

6.2. Estrategia de indagación utilizada en este estudio

En el presente estudio se utilizaron dos estrategias de investigación. Para la descripción y análisis de las fundamentaciones teóricas, inherentes al fenómeno a estudiar y a los procesos a utilizar, fue necesario recurrir al estudio básico o genérico y para la obtención de información, se recurrió al modelo de teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002) y de Charmaz (2005), por considerarlas las más adecuadas para describir y analizar los significados que los médicos y las enfermeras de los centros de salud han construido en relación al programa Detección Oportuna del Cáncer cervicouterino, desde una perspectiva constructivista social, en un medio particular en donde prevalecen similares puntos de vista, lenguajes e interpretaciones, y en la que los resultados de las observaciones dependen de la mirada y experiencia del investigador.

La selección de esta estrategia obedece a que el interés de la investigación se centra en conocer los significados construidos por el personal con base en sus experiencias, vivencias, conocimientos. No busca la identificación de causalidad ni la generación o comprobación de hipótesis, solo busca una aproximación a la realidad hasta ahora poco conocida.

6.3. Diseño Metodológico

Kvale (1996) señala que el propósito de la entrevista de investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos. Por esta razón y dados los objetivos de la presente investigación, se realizaron entrevistas, ello permitió identificar en cada uno de los discursos la forma en que los

entrevistados perciben, conocen, reaccionan, valoran y actúan en relación a las responsabilidades de su profesión respecto al programa DOC.

6.4. Selección de la Muestra.

El estudio que aquí se presenta, se desarrolló en el estado de Morelos. Se eligió esta entidad debido a que presenta una tasa de mortalidad de 10.2, por 100, 000 mujeres mayores de 35 años. Las tasas de mortalidad por CaCu reportadas en 2010 (las más recientes oficialmente) (CONAPO 2012) son superiores a la media nacional que es de 7.2.

Los sistemas de salud que atienden población abierta, seguridad social e iniciativa privada en este estado, son cinco: los Servicios de Salud de Morelos (SSM), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de la Defensa Nacional (SDN) y la iniciativa privada (IP).

En la entidad, en forma institucional, existen dos sectores básicos de salud: El primero, corresponde al sector público y el segundo a la iniciativa privada. El sector público opera con diversas instituciones bajo dos esquemas de atención, uno denominado Población Abierta y el otro de Seguridad Social.

En el esquema de población abierta, la única institución que administra el funcionamiento de ésta, son los SSM, y en la modalidad de seguridad social son el IMSS, ISSSTE, y la SDN.

Existen en el estado 3 jurisdicciones sanitarias que atienden población abierta bajo la responsabilidad de los Servicios de Salud de Morelos.

Jurisdicción Sanitaria I. Tiene su sede en la ciudad de Cuernavaca y comprende 11 municipios; Jurisdicción Sanitaria II, cuya sede se ubica en la ciudad de Jojutla de Juárez e incluye seis municipios; Jurisdicción Sanitaria III, ubicada en la ciudad de Cuautla y comprende 16 municipios.

El estado de Morelos en su totalidad cuenta con 260 centros de salud ubicados en su mayoría en áreas rurales y urbanas marginales en los que se ofrece atención clínica básica y servicios básicos de salud a la población en general y específicamente a aquella que carece de seguridad social. De acuerdo con lo establecido por la Secretaría de Salud, estos centros deben proporcionar servicios de consulta externa, curaciones, planificación familiar, vasectomía sin bisturí, atención a la salud de los adolescentes, control del embarazo, prevención y detección oportuna de enfermedades en niños, prevención y control de enfermedades infecciosas, estimulación temprana, aplicación del esquema de vacunación, atención dental, detección oportuna y prevención del cáncer cervicouterino y mamario, detección oportuna, prevención y control de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, detección oportuna del cáncer de próstata y orientación alimentaria.

Se eligieron áreas rurales, por ser en donde, de acuerdo con la bibliografía, la mortalidad por CaCu es elevada, situación que hasta ahora ha sido atribuida sólo a las características socio demográficas de la población. Se eligió un centro de Salud con características de ruralidad en tres municipios, uno en cada una de las tres

jurisdicciones sanitarias del estado, con tasas de mortalidad por CaCu de 51.8, 15.7 y 13.8 por 10,000 mujeres mayores de 35 años (SSM, 2012).

6.5. Preparando el terreno

De acuerdo a la pregunta de investigación que guió el estudio, se obtuvo la información de los actores en los centros de salud en donde laboran y en su horario laboral. Previo a la entrevista, la investigadora se contactó personalmente con las autoridades a nivel estatal para solicitar autorización y apoyo en el levantamiento de información. Posteriormente, se visitó cada centro de salud para informar al director o encargado del centro de la investigación y realizar una invitación para participar en la aplicación de entrevistas. Se solicitó también se informara a los médicos y enfermeras de todos los centros de salud del estado y se permitiera su participación en esta investigación (previa cita) para poder abordar a los trabajadores sin afectar sus actividades laborales.

6.6. La obtención de los datos

6.6.1. Conformación del grupo de participantes

Las personas entrevistadas fueron médicos y enfermeras que tenían relación con las acciones del programa, ya que de acuerdo a la propuesta de White y Lorrain (1971) es indispensable la inclusión de individuos clave, en este caso se consideraron a las enfermeras que toman las muestras citológicas, enfermeras visitadoras y a los médicos en general. Se buscó la inclusión de personal de ambos sexos sin importar su categoría o nivel académico para conocer las posturas y evidenciar las diferencias. Entre el personal médico esto fue posible en dos de los centros de salud, entre el

personal de enfermería, dado que en su totalidad está integrado por mujeres, no se logró la inclusión de personal del sexo masculino. Se realizaron entrevistas a 6 médicos, 9 enfermeras (2 y 3 respectivamente en cada centro de salud) y una pasante de enfermería, ya que de acuerdo a la literatura la experiencia ha mostrado que una muestra homogénea se conforma con un total de 6 a 8 fuentes de datos o unidades de muestreo (Patton, 1990).

Antes de iniciar la entrevista se explicó a cada uno de los participantes de manera personalizada el objetivo de la investigación, se solicitó su colaboración y autorización por escrito mediante la firma de un consentimiento informado (anexo 1), tanto para realizar la entrevista como para ser grabados, se reiteró esta solicitud de manera verbal al inicio de la entrevista. Las entrevistas se realizaron de manera individual y privada. En algunas ocasiones, dado que las entrevistas se realizaron en horas y días hábiles, hubo interrupciones por parte del personal para hacer preguntas respecto al cambio de medicamentos o de realización de procedimientos inherentes a la atención de pacientes.

6.6.2. Estrategia de recolección de datos

Las entrevistas se realizaron cara a cara y fueron grabadas en audio y transcritas posteriormente. Al terminar la entrevista, fuera del centro de salud, se realizaron anotaciones en un diario de campo de las observaciones realizadas, lo que incluía la actitud ante la entrevista, el análisis de la estructura de las conversaciones, las formas de expresión, las expresiones faciales y corporales y en general el lenguaje no verbal al momento de la entrevista.

El personal dispuso del tiempo necesario para la realización de la entrevista la cual fue conducida para obtener información sobre los aspectos relevantes de la investigación. Se permitió la libre expresión de los entrevistados evitando la emisión de juicios de valor o señales de aprobación o desaprobación. El análisis se basó en el discurso del entrevistado.

Los temas sobre los que giraron las entrevistas fueron:

1. Auto percepción como profesional de la salud:

Define lo que los entrevistados piensan sobre sí mismos y sobre tu trabajo, cómo se ven y se sienten en el papel que desempeñan, lo que piensan de los compañeros con los que laboran y la forma en que valoran el trabajo en el primer nivel de atención. Este espacio permitió identificar los aspectos de su vida personal que influyen en la construcción de significados como su edad, estado civil, número de hijos, lugar de residencia habitual.

Un aspecto relevante fue el tipo de contratación o régimen bajo el cual se encuentran laborando en la Secretaría de Salud, el tiempo que han laborado en los Centros de Salud y la forma de actualización de sus conocimientos.

2. Programa DOC

Este apartado permitió conocer lo que los médicos y enfermeras piensan del programa, la forma en que lo perciben, la utilidad que le ven, la aceptación del mismo, el dominio de las técnicas y procedimientos que incluye, el conocimiento general sobre los documentos que rigen y normatizan el programa, las acciones y lineamientos de

la NOM. También evidenció la disposición del material y equipo necesario para la toma de muestras, el suministro del mismo, las condiciones en que se encuentra el equipo con que cuentan. Por otro lado, también mostró la distribución de actividades y la asignación de responsabilidades del programa entre el personal del Centro de Salud, así como el grado de acuerdo de los trabajadores en sus tareas y responsabilidades.

3. Percepción de la comunidad y particularmente de la mujer:

Este tema mostró lo que los entrevistados piensan de la gente a la que atienden, la forma en que perciben a las mujeres, cómo son tratados por la comunidad en general, las situaciones a las que se enfrentan día a día al atender a la población y particularmente, lo que piensan de las mujeres, de la forma en que responden a las actividades que el personal realiza y a las indicaciones que les dan.

4. Experiencias sobre el programa en su formación académica

Este tema permitió conocer las aproximaciones que como estudiantes tienen al primer nivel de atención, a los aspectos de medicina preventiva, de promoción de la salud y muy particularmente al programa de Detección Oportuna del Cáncer (DOC).

Dado que una de las características de la entrevista es la flexibilidad, la guía no fue seguida en estricto orden aunque sin perder de vista los temas de interés, lo que permitió el surgimiento de otra categoría, así como la profundización y enriquecimiento de los temas

Las preguntas que se incluyeron en la guía de acuerdo a cada tema se presentan en el siguiente cuadro. Cabe mencionar que no siempre fue necesario realizar cada una

de las preguntas, ya que muchas de las respuestas surgían en el discurso espontáneo de los entrevistados.

TEMA: Auto percepción como profesional de la salud

¿Qué opina usted del médico (o enfermera) que trabaja en un centro de salud?

¿Y en el caso de usted?

TEMA: Programa DOC

Hábleme un poco sobre el programa DOC

Si usted tuviera la posibilidad, ¿Qué cambiaría del programa?

¿Cómo considera el apoyo que le brinda la SSA en relación al programa DOC?

En su experiencia personal, ¿con qué dificultades se encuentra para desempeñar las acciones del programa DOC? ¿pudo solucionarlas?, ¿cómo?

¿Podría describir el proceso que sigue una mujer con un Pap anormal?

TEMA: Percepción de la comunidad y particularmente de la mujer

Describame el camino que recorre una mujer para hacerse un Pap

¿Podría describirme la última vez que tomó usted un Pap?

¿Cómo considera el comportamiento de las mujeres en relación al programa?

TEMA: Formación académica

Considerando su experiencia, ¿Qué aspectos de su formación académica deberían ser reforzados para facilitar o mejorar su práctica profesional con relación al programa DOC?

Durante su carrera, ¿le hablaron a usted del Programa DOC?

Tomó Paps siendo estudiante?

6.6.3. Las entrevistas

La duración de las entrevistas varió entre 45 y 90 minutos. Cada participante fue entrevistado en una ocasión, aunque en cada centro de salud se realizaron entre dos y tres visitas. Al inicio de cada entrevista se notaba un ambiente tenso y de desconfianza en casi todos los entrevistados, pues manifestaban temor a no saber las respuestas, pensaban que se les interrogaría sobre sus conocimientos, de los cuales no están muy seguros. Después de las primeras preguntas, la situación se tornaba menos tensa y la información fluyó de manera espontánea y natural en la conversación. En ocasiones, fue necesario contener la risa o las expresiones de asombro ante las palabras o las expresiones de los entrevistados.

Las entrevistas fueron grabadas en un teléfono celular Samsung Young y en una samsgun tablet3, obteniendo buena calidad en las grabaciones, audibles y claras. Las entrevistas fueron transcritas por la investigadora y una experta en transcripciones de entrevistas realizadas para investigaciones cualitativas utilizando el programa Microsoft Office Word 2010 y convertidas posteriormente a archivos de texto para su análisis en el programa Atlas.ti. Se incluyeron anotaciones pertinentes relativas a los

incidentes del proceso y demás manifestaciones. Se anotaron tanto las palabras literales como los contenidos deducidos de los incidentes ocurridos

Una revisión de los documentos al cotejar lo escrito con las grabaciones originales permitió identificar detalles como risas, tonos de voz, etc. así como la integración a los escritos de las notas tomadas al final de cada entrevista.

6.6.4. Consideraciones Éticas

Tratando de cumplir con los ejes éticos básicos en la investigación cualitativa de integridad del proceso, responsabilidad hacia los informantes (consentimiento informado, confidencialidad, anonimato y derechos de autor), pertinencia de las técnicas de recolección y registro de la información, manejo de riesgo y reciprocidad, en esta investigación se tomaron previsiones para cumplir con el código ético (Galeano, 2004). Para conservar el anonimato de los actores, no se mencionan datos que identifiquen a los centros de salud incluidos ni los municipios en que estos centros se encuentran. Cada participante es identificado con un nombre ficticio, conservando sus datos reales de perfil. A cada persona se le explicó de manera personal e individual el objetivo de la entrevista, el carácter voluntario de su participación y en qué consistía la misma, le fue solicitada la autorización para la entrevista mediante la firma de una carta de Consentimiento Informado (Anexo 1) donde se omitió el nombre del participante cuando así lo solicitaron. Su participación no estuvo condicionada a ningún evento, pago, gratificación o coerción. Los participantes estuvieron en libertad de negarse a dar la entrevista o de suspenderla en cualquier momento. Se les aclaró que la información proporcionada por ellos sería manejada sólo con fines de la

investigación, de manera anónima y confidencial y que no se daría a conocer su nombre real ni el lugar donde laboran. Todos los participantes accedieron a dar la información, pero cuatro de ellos pidieron se omitiera su nombre en el formato de consentimiento informado, dando su consentimiento solo con su firma.

6.6.5. *Los actores*

Dado que el objeto de la investigación se centra en el personal de salud del primer nivel de atención que desarrolla las actividades del programa DOC, los participantes fueron médicos y enfermeras de los centros de salud en las áreas rurales, los cuales, de acuerdo a los criterios de Morse (1998, citado en Flick y cols. 2002) tienen el “conocimiento y la experiencia necesaria sobre el tema”. Aunado a ello, su disposición del tiempo y voluntad para responder la entrevista los convirtió en informantes valiosos.

De cada centro de salud se incluyó al personal que tiene participación, ya sea directa o indirecta, en el programa DOC, lo que incluyó a la enfermera encargada del programa, enfermeras visitadoras, médicos de consulta general (trabajadores y pasantes en servicio social) y los directores o responsables de los centros de salud, siempre y cuando estos estuvieran dispuestos a brindar la entrevista y tuvieran tiempo libre.

Se realizó un total de 15 entrevistas distribuidas de la siguiente manera:

Centro de salud	Médicos	Pasantes	Enfermeras	Total
		medicina		

	H	M	H	M	M	
Jurisdicción I		1	1		3	5
Jurisdicción II	1			1	3	5
Jurisdicción III		1		1	3	5
Total	1	2	1	2	9	15

H= Hombre M= Mujer

Nueve enfermeras (tres de cada Centro de Salud), todas del sexo femenino; cinco de ellas tienen un plaza de base, tres están sujetas a la continuidad de contratos por tiempo limitado que deben renovar cada seis meses, por ende, carecen de prestaciones laborales tales como pago de aguinaldo, generación de antigüedad, seguridad social, pago de estímulos y recompensas y uso de guarderías. Una de ellas estaba en la situación de enfermera 1 homologada, en condiciones similares a la de una base, pero que aún no tiene un nombramiento oficial y que por lo tanto es susceptible de perder el empleo o de ser cambiada de lugar de trabajo.

Se entrevistó a tres médicos titulados, de los cuales uno tiene plaza de base (hombre), dos médicos de contrato (un hombre y una mujer) y tres médicos pasantes en servicio social (un hombre y dos mujeres), quienes deben permanecer en el centro de salud las 24 horas del día de lunes a viernes y 8 horas el sábado, teniendo un ingreso monetario como becarios que apenas rebaza el salario mínimo.

Se recolectó información del “perfil” de cada uno de los entrevistados, la cual incluyó los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, tipo de contratación, escuela de procedencia, nivel académico y antigüedad laboral.

La descripción del perfil de cada uno de los sujetos de acuerdo a cada Jurisdicción Sanitaria en la que laboran y a su profesión, se presenta a continuación.

JURISDICCIÓN I

Enfermeras

Guadalupe

Enfermera de nivel técnico, egresada de un colegio de estudios técnicos, industriales y de servicios (CBETIS). Tiene 27 años de edad, cuatro trabajando en el centro de salud. Es soltera y vive a corta distancia de la comunidad. Sabe que una especialidad es importante, pero no tiene posibilidades de continuar estudiando.

Juana

Enfermera general, egresada de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos donde concluyó sus estudios de nivel técnico hace 28 años. Tiene 53 años de edad y ha laborado en la Secretaría de Salud durante 27. Tiene una plaza de base. Vive en la misma comunidad en donde trabaja. Es casada y tiene tres hijos. No ha realizado especialidad y por ahora, no le interesa continuar estudiando, ya que pronto se jubilará.

Delia.

Enfermera general, licenciada, egresada de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Tiene 34 años de edad, lleva 10 años trabajando en la Secretaría de Salud como homologada, seis en el centro de salud. Vive en la ciudad de Cuernavaca, más o menos a una hora de distancia de su lugar de trabajo. Es casada y tiene tres hijos. No tiene planes de realizar especialidad o maestría por el momento.

Médicos

Nelly

Mujer de 27 años de edad, médica, casada con un químico con quien ha procreado un hijo de dos años. Trabaja en el CS desde hace un año, aunque ha trabajado para la Secretaría desde hace dos. Es la encargada del Centro de Salud, trabaja con contrato de oportunidades que le es renovado cada seis meses. Le interesa realizar una maestría en salud pública o promoción de la salud.

Martín

Médico pasante, tiene 23 años de edad, egresado de una universidad privada en la ciudad de Cuernavaca, estado de Morelos, risueño y extrovertido, acaba de iniciar su servicio social hace cuatro días y está adaptándose a su nuevo rol en el centro de salud. Por ahora no ha pensado en realizar alguna especialidad.

Jurisdicción II

Enfermeras

Rosa

Enfermera general, 46 años de edad, 23 de haber egresado de la escuela y 22 años laborando en la Secretaría de Salud. Estuvo ocho años en consulta externa y dos en campo. No tiene planes de continuar estudiando.

Leticia

Licenciada en enfermera, regordeta, simpática y muy dispuesta a dar la entrevista. Tiene 39 años de edad y veinte trabajando en la Secretaría de Salud, en una plaza de base, quince años ha laborado el centro de Salud. Está casada y tiene dos hijos de 11 y 18 años. Estudió la licenciatura en enfermería en la UAEM y actualmente está por concluir una maestría en administración de servicios de salud en Cuernavaca.

Patricia

Enfermera. 45 años de edad, 24 laborando en centros de salud y catorce en el centro de salud. Es licenciada en enfermería egresada de la UAEM hace 26 años. Es casada y tiene tres hijos. No tiene planes de continuar estudios de especialidad.

Médicos

Julia

Médico general. Egresada de la UAEM hace poco más de seis meses. Es soltera y se interesa por estudiar una especialidad en Medicina Preventiva, aunque sabe que eso implica aprobar el examen de residencias médicas, pero dice estarse preparando para ello.

Pedro

Médico general. 34 años de edad. Tiene diez años de haber egresado del Instituto Politécnico Nacional. Cinco años laborando en diversos centros de salud de la Secretaría de Salud, y tres meses en este centro de salud. Está casado y tiene dos hijos. Labora bajo un contrato del programa oportunidades, del cual dice no hay garantía de continuar. Está estudiando una maestría en Planeación y Administración en salud pública en la ciudad de Cuernavaca.

Jurisdicción III

Enfermeras:

Andrea

Enfermera. Tiene 36 años de edad, ha laborado en la Secretaría de Salud por quince años. Ha concluido la licenciatura en enfermería en la UAEM hace tres años, después de haber hecho la carrera técnica. Es casada y tiene dos hijos. No vive en la comunidad, pero conoce a los pacientes que acuden con frecuencia al CS. Reconoce que desea estudiar una especialidad, pero las escuelas están muy lejos de su lugar de residencia.

Lucía

Enfermera General, de 29 años de edad. Tiene seis años de haber egresado de la escuela privada a nivel técnico y uno de estar laborando en el Centro de Salud. Es casada y tiene un hijo de 6 años. No vive en la comunidad, pero dice conocer a muchos de los habitantes. Es contratada por el Ayuntamiento del municipio. Es muy tímida y habla poco. No tiene planes de continuar estudiando.

Sofía

Enfermera técnica, 29 años. Labora en Centro de Salud. Egresada del CBETIS, hace 10 años. Tiene dos años laborando en el Centro de salud. Vive en la comunidad y conoce a la mayor parte de la gente. No pretende hacer ninguna especialidad.

Médicos

Beatriz

Médica general, tiene 44 años de edad y funge como responsable del Centro de salud, en el cual labora desde hace cinco. Hace diez y nueve años que egresó de la Universidad Autónoma de Puebla y desde entonces ha laborado en la Secretaría de Salud. No desea realizar ninguna especialidad.

Wendy

Médica en Servicio Social. Soltera, tiene 25 años de edad. Le restan seis meses para concluir su servicio social en este centro de salud. Es egresada de la UAEM y no radica habitualmente en la misma comunidad. Piensa realizar una especialidad en anestesiología.

6.6.6. El escenario

El escenario estuvo representado por tres unidades de primer nivel o centros de salud rurales en el estado de Morelos (uno de cada Jurisdicción Sanitaria), que es donde se lleva a cabo el programa de tamizaje de CaCu y donde (según la NOM 014) el personal de salud (médicos, enfermeras y técnicos capacitados) realiza el primer contacto y debe ofrecer la prueba de detección del CaCu. Es estos sitios donde se capta a las

mujeres, se incluyen en el programa y donde se realiza el seguimiento y localización de aquellas que tienen lesiones cervicales.

En este apartado se presenta una descripción de los centros de salud incluidos en el estudio, considerados como escenarios en donde se llevan a cabo las distintas interacciones y lugar físico en donde se construyen los significados.

La muestra fue limitada al estado de Morelos, por ser esta una población en la que, desde la lógica positivista, debería ya haber logrado grandes avances en la disminución de las tasas de mortalidad por CaCu, así como por tener amplia experiencia en el control y prevención de esta enfermedad, dado que es un estado que cuenta con todo lo necesario para la implementación y desarrollo del programa. Asimismo es el estado donde se encuentra el INSP que realiza investigación sobre diversos aspectos, entre ellos, el CaCu, sin embargo, continúa con los problemas semejantes al resto de los estados que carecen de centros de investigación, de posibilidades de intervenciones preventivas y de apoyos en los aspectos económicos, de capacitación y de investigación.

Se utilizó el muestreo basado en criterios, buscando incluir a los sujetos más representativos en cuanto a su relación con el programa, lo que definió la inclusión del personal médico y de enfermería de los centros de salud de la Secretaría de Salud por ser estos personajes los que desarrollan el programa Detección Oportuna del Cáncer (DOC) en la mayor parte de la población más vulnerable, es decir, población en zonas rurales y de alta marginalidad. Por las funciones y actividades que realizan,

se consideró que son los que tienen la capacidad para aportar los significados, sentimientos y experiencias sobre el programa DOC.

Los tres centros de salud incluidos se encuentran a hora y media en automóvil viajando por carreteras federales y tramos de autopista de la ciudad de Cuernavaca. El tiempo de traslado a la jurisdicción correspondiente varía desde treinta minutos hasta hora y media, dependiendo del centro de salud, de la Jurisdicción y del medio de transporte utilizado. Cada centro de salud tiene tres consultorios (módulos), un área de espera, donde los pacientes que han solicitado ficha (repartidas a las seis de la mañana) esperan a ser llamados para su consulta. Se encuentran en esta sala carteles de diferentes tamaños que aluden a la importancia de la cartilla de salud, a la lactancia materna, uso de métodos anticonceptivos y alimentación sana, mostrando en gran tamaño el “plato del buen comer” y una pantalla de televisión²⁵. En cada Centro de Salud se reparte un número aproximado de 15 fichas al día, aun cuando estas las entrega el policía que cuida el centro de salud a las 6:00 a.m., el personal refiere que la gente empieza a formarse desde las 5:00 a.m. El horario de consulta es de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs. y de 16:00 a 18:00 hrs. La aplicación de vacunas y toma de citologías cervicales se realiza en horario de 9:00 a 12:00 hrs. Los sábados sólo se da consulta médica de 8:00 a 14:00 hrs. De manera fraccionada. De 8:00 a 10:30 hrs. se atiende a las personas que requieren una consulta médica por algún problema de salud. De 10:30 a 14:00 hrs. se atiende a los “citados”, lo que incluye embarazadas, niños desnutridos, enfermos crónicos y beneficiarios del

²⁵ Las pantallas se encontraban sintonizadas en canales de TV abierta. Aunque estas pantallas fueron proporcionadas para proyectar material informativo sobre salud, el personal refiere que eso no le gusta a la gente que pide que se pongan los canales de TV para entretenerse mientras esperan a ser atendidos, a lo que el personal accede para evitarse problemas.

programa “oportunidades”, los cuales acuden sólo para control de sano y para la obtención de la firma del médico que avale que la persona está asistiendo a su “acción” y pueda así recibir el pago correspondiente a su ayuda económica que brinda el Gobierno Federal a través de este programa. Por la tarde se reparten otras 8 ó 10 fichas para consulta de enfermos, las que son atendidas por los pasantes. El personal que labora bajo contrato o de base tiene una jornada de trabajo de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs, por lo que, toda la atención solicitada fuera de ese horario es atendida por pasantes de medicina y enfermería, sin contar con ningún médico titulado. Los pasantes de enfermería y medicina permanecen en el centro de salud las 24 horas del día seis días a la semana para la atención de urgencias.

Se cuenta con tres módulos, lo que implica tres consultorios con un médico y una enfermera cada uno, un área de dirección donde se ubica el médico o médica encargados del centro de salud, una oficina para el administrador, un consultorio para la aplicación de vacunas, y otro más para la toma de citologías. También se ubica dentro del CS un área de farmacia y una recepción en la que se ubica personal administrativo que recoge las fichas y distribuye las consultas a los médicos del CS. Así mismo, este personal se encarga de localizar el expediente de los pacientes, llevarlos a los consultorios y recogerlos una vez que ha concluido la consulta para archivarlos de nuevo.

Es posible observar que existen computadoras conectadas a internet, pero sólo en la oficina de los responsables de los centros de salud (Dirección) o en los consultorios y son para uso del personal médico. Se cuenta con una o dos impresoras en los CS, pero no son utilizados por que no tienen tinta o toner. El personal de enfermería no

tiene acceso a las computadoras. En todos los centros de salud se encuentra un área de farmacia, donde se proporcionan los medicamentos existentes a los pacientes.

Anexo al centro de salud, sin acceso al público, se localizan dos habitaciones pequeñas de apenas unos seis metros cuadrados utilizados como “residencia” por los pasantes. En este pequeño espacio, duermen los pasantes asignados (cuando se cuenta con ellos), comparten el baño y el poco mobiliario existente. Se encuentra también una cocina, equipada con estufa, refrigerador, horno de micro ondas, mesa y sillas, la cual es utilizada por todo el personal del centro de salud para la preparación y consumo de alimentos.

Aunque la demanda de atención de urgencia es por causas como heridas, cuadros de dolor, fiebre, trabajo de parto e intoxicaciones, no siempre se tiene la posibilidad de atender dichas urgencias, ya que no se cuenta con el material necesario para ello. En cada centro de salud se encuentra un área de observación de pacientes, donde se ubican entre una y tres camas, pero no hay ropa de cama, se carece de soluciones de infusión intravenosa, equipos para la aplicación de las mismas y medicamentos de urgencia. En la mayoría de las ocasiones, los pacientes que solicitan atención de urgencia sólo son referidos por los pasantes al hospital más cercano para su atención por la carencia de material y equipo.

No es posible la atención de partos eutócicos en estos centros, porque no se cuenta con mascarilla y oxígeno para la atención del recién nacido, se carece de aspirador o cánulas de intubación y material necesario para la atención del parto, como ropa quirúrgica, suturas o cintas umbilicales.

En cada centro de salud se observa un área específica para la toma de citologías cervicales, misma que en su puerta de entrada, con posibilidad de ser vista por todos los presentes en la sala de espera ostenta el letrero “Toma de muestras cervicales”. Desde esta puerta, la enfermera llama a las pacientes por su nombre, les indica que entren y cierra la puerta para iniciar el proceso. Por esta misma puerta, la paciente sale a la sala de espera. Dentro de este consultorio se encuentra una mesa de exploración ginecológica, con pierneras instaladas, generalmente protegida por un “biombo” para dar privacidad a la paciente a la hora de quitarse la ropa según lo indica la enfermera. Un banco donde se sienta la persona que tomará la muestra, una o dos vitrinas donde se guardan espejos vaginales y material diverso, una o dos mesas Pasteur que sirven de apoyo en la toma de muestras o bien para colocar y mantener las muestras tomadas hasta ser llevadas a la Jurisdicción correspondiente, un esterilizador eléctrico pequeño, donde caben unos cinco espejos vaginales y un lavabo donde se realiza el lavado de manos y el de los espejos vaginales. Hay también un escritorio, donde es posible encontrar varias carpetas (folders) con resultados de citologías que aún no han sido entregados, formatos para ser utilizados, una libreta donde el personal de enfermería realiza las anotaciones de las mujeres que han sido atendidas y material de papelería como plumas, papel para notas, clips y demás artículos de oficina. Hay junto al escritorio dos sillas, una de cada lado, una para la enfermera y otra para la paciente, la cual se sienta mientras proporciona su información personal a la enfermera cuando va a que le tomen el Pap.

El ambiente en general se nota limpio en todos los CS, con mucho ruido ambiental de fuentes diversas, que guarda llanto de niños, voces (gritos) de las enfermeras

llamando a los pacientes, voces de pacientes hablando entre ellos, sonido de la TV, personas pidiendo informes y el ruido generado en el exterior. Por ser zonas calurosas, se cuenta con ventiladores que al trabajar emiten un zumbido constante pero que es necesario tolerar para aminorar las altas temperaturas. Por lo general, tienen una buena iluminación natural, con grandes ventanas protegidas con herrería pintada de color azul y blanco por donde penetra la luz del sol.

Aun cuando los espacios son ser amplios, en el horario de atención, suelen verse rebasados en su capacidad debido al gran número de población que se atiende.

En estos centros de salud se carece de material y equipo indispensable para la solución de los problemas de salud que le son asignadas, así como de personal médico, paramédico y de servicios que permitan su óptimo funcionamiento. En este escenario, el personal de salud desarrolla sus funciones, haciendo lo que pueden, (Bronfman, 1997) con escasos recursos y conocimientos básicos, intentado salvar las barreras mediante la improvisación.

CAPÍTULO VII. EL SIGNIFICADO DEL PROGRAMA DOC EN EL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL.

El presente capítulo comprende los significados que el personal médico y de enfermería de los centros de salud ha construido con relación al programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino (DOC).

Como en toda investigación cualitativa, los resultados obtenidos se ven interferidos por las experiencias del autor. En este caso en particular, mi experiencia en la investigación positivista, cuantitativa, basada en lo concreto, representó un reto a vencer al quedar inmersa en un nuevo contexto predominantemente subjetivo, que abre los ojos a la realidad y el entendimiento y permite una mejor comprensión de los problemas desde una perspectiva más humana. Como en toda investigación cualitativa, la subjetividad de la autora estuvo presente en todo momento, incluyendo las experiencias vívidas laborando como profesional de la salud en el desarrollo de proyectos de investigación sobre VPH y CaCu por más de diez años, por lo que fue preciso hacer esfuerzos para evitar el pensamiento tendencioso o evaluativo al hacer el análisis e intentar visualizar los datos de manera imparcial sin permitir que los sentimientos de identificación profesional intervinieran.

7.1. Análisis de los datos

El análisis de las entrevistas fue realizado conceptualizando los datos obtenidos en base a los que Strauss y Corbin (1990) definen como codificación o análisis. El objetivo del análisis fue la generación de teoría que permita comprender la realidad a partir de la percepción o significado que tiene el programa DOC para los médicos y enfermeras

del primer nivel de atención, generar conocimientos que permitan un acercamiento a los problemas por los que atraviesa dicho programa desde una perspectiva fenomenológica, así como una mayor comprensión de los mismos y esperando que los resultados proporcionen una guía para la acción encaminada al mejoramiento del programa.

Para iniciar la codificación abierta se realizó la transcripción de las entrevistas en formato Word, resultó en un total de 266 páginas. El análisis se desarrolló en tres fases.

Fase I

En la primera fase del análisis, se realizó una lectura completa de cada una de las entrevistas y se cotejó con la versión en audio, lo que permitió tener un panorama general de la información obtenida. Posteriormente, se realizó una lectura párrafo por párrafo de cada entrevista, con lo que se obtuvo una primera aproximación a la definición de los códigos.

Las transcripciones se trasladaron al formato txt y fueron analizadas en el programa Atlas.ti 6.0. Con la utilización de este programa, se realizó la codificación abierta, analizando cada entrevista por separado y renglón por renglón para permitir la emergencia de códigos. En esta primera codificación, emergieron un total de 78 códigos.

Fase II

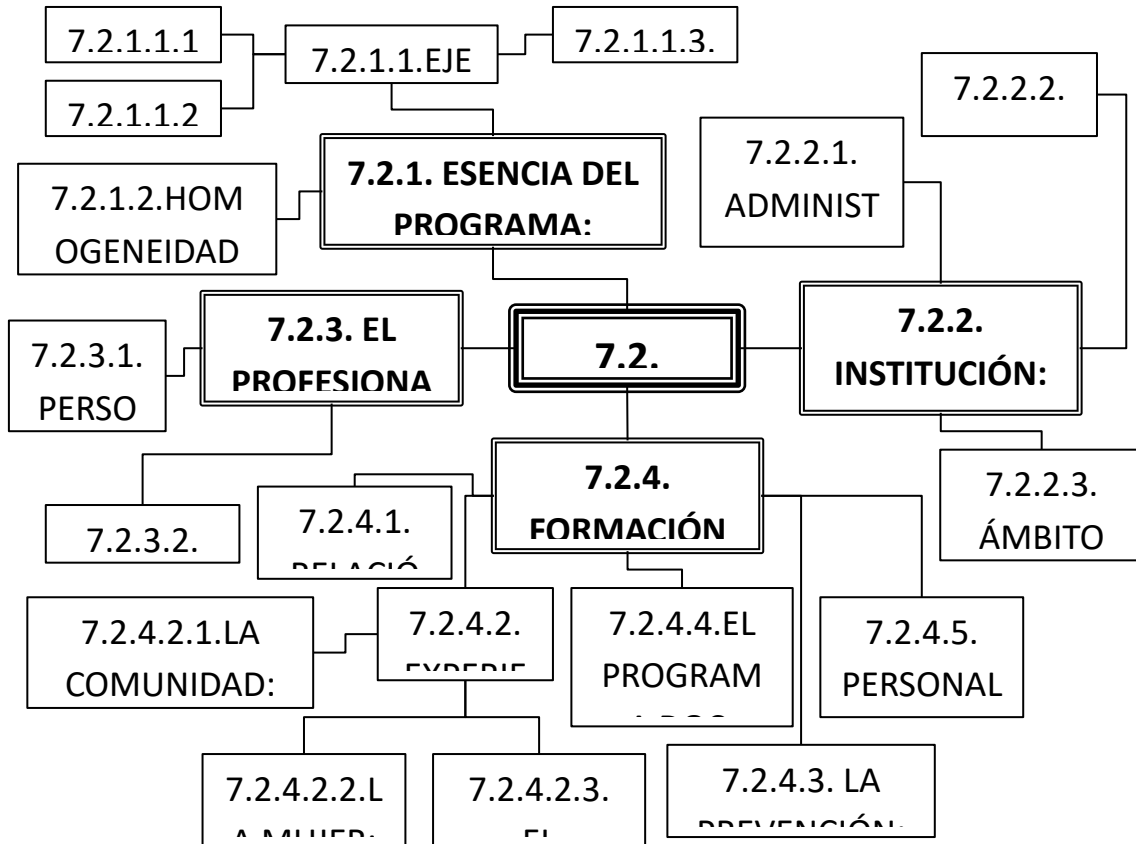
Posteriormente y de forma manual, se realizaron las actividades de la segunda fase, que correspondió a la codificación axial para la integración de las categorías. Los datos se unieron mediante el desarrollo de las conexiones entre las categorías y subcategorías y se generó un marco conceptual utilizando los datos como una referencia. Se intentó descubrir el tema principal en la escena social, desde el punto de vista de los actores o participantes en el estudio y la forma en que ven sienten y viven el programa DOC. El procedimiento de reducción realizado representó el proceso inductivo de agrupar los códigos en categorías. Las categorías ya formadas se analizaron comparativamente a la luz de los nuevos datos, con el fin de identificar las más significativas.

Fase III

En una tercera fase, mediante una codificación selectiva se buscaron las acciones e interacciones del quién y cómo, así como la identificación del resultado de las interacciones y las acciones, con lo cual fue posible la esquematización de significados que el personal forma en torno al programa. Esta fase permitió la aparición de la variable central y la integración de categorías. La categoría central emergió al final del análisis y formó el tema principal que permea a todas las categorías.

En todo momento se buscó relacionar la estructura con el proceso en la formación de significados, lo cual fue complejo debido a que existen múltiples procesos conectados entre sí que involucran aspectos personales, de estructura y de contexto, sin que exista un claro límite entre ellos y afectándose unos a otros.

Del análisis de la información obtenida, resulta el esquema denominado “significado del programa DOC en el personal médico y de enfermería del primer nivel de atención”.



7.2. La categoría central.

La categoría central que estuvo presente en las demás categorías fue la ambigüedad, comprendiendo este concepto como aquello que puede entenderse de varios modos o admitir distintas interpretaciones y dar, por consiguiente, motivo a dudas, incertidumbre o confusión, o bien como algo incierto o dudoso.

El programa DOC es sentido por el personal como un conjunto de actividades con un fin pero que, desde su mirada, presenta múltiples contradicciones en su desarrollo. El programa opera con carencias, imprecisiones e inconsistencias en los aspectos operativo, normativo y de control, lo que se traduce en inconformidades y dudas en el personal. El intento por profundizar en cuanto al conocimiento de la operatividad del mismo permitió vislumbrar que existen diferencias importantes entre lo que se establece en el discurso institucional y la realidad de operatividad en el escenario.

Significados a cerca del programa DOC en el personal médico y de enfermería del primer nivel de atención.

7.2.1. La esencia del programa: Prevención o cumplimiento de metas?

El presente apartado incluye todo lo relacionado a la ejecución del programa DOC en la práctica diaria en los Centros de salud desde la mirada de los actores, la forma en que estos lo viven y experimentan, así como los problemas a los que se enfrentan y las estrategias que utilizan para solucionarlos.

7.2.1.1. Ejecución.

El personal que participó en este estudio reduce al programa DOC a la realización de la prueba de citología cervical (Pap), prueba de detección de lesiones pre-cancerosas y cancerosas en la que se basa el programa, y cuyo primer paso es la obtención de frotis de las células que se desprenden del cuello uterino y que se obtienen directamente a través de la vagina.

Para el personal de salud, la importancia de realizar esta prueba radica en dos sentidos, el primero como una acción que tiene como objetivo la prevención del cáncer cervical y el segundo para cumplir con las metas impuestas a nivel institucional como parte de sus actividades y responsabilidades profesionales. Hablar del tema genera en los entrevistados la necesidad de mostrar que identifican al programa como algo de suma importancia por tener un papel preventivo, que evita el CaCu y sus consecuencias.

El tema de la prevención, desde la postura de Leavell y Clark inunda la mente de los profesionales entrevistados. En su discurso, manifiestan que es de primordial importancia y que es el objetivo de lo que, se denomina primer nivel de atención.

La importancia que el personal asigna a la prevención, es producto del pensamiento que prevalece en el ámbito médico y especialmente durante la formación académica, en que se hace especial énfasis en que el objetivo más importante de la medicina radica en la prevención, entendida ésta como las acciones que evitan que se presente una enfermedad.

En el caso del programa DOC, es mencionado por el personal entrevistado repetidas veces como una acción que tiene como objetivo la prevención del CaCu. Los siguientes fragmentos ejemplifican esta identificación

...es más que nada para prevenir y con los años, ora sí, ¿cómo le dijera?

En el transcurso de su vida sexual activa, prevenir el cáncer en la mujer

(Guadalupe, enfermera).

...son acciones preventivas que incluyen varios programas, en el caso de la mujer pues toma de Papanicolaou. (Wendy, médica).

...esta toma que les vamos a hacer es para ahora sí para bienestar de usted, para prevenir el cáncer (Rosa, enfermera).

Las expresiones de los entrevistados en torno a la relevancia de la obtención de muestras cervicales para la prevención del CaCu, se modifican cuando mencionan que al obtener una muestra, experimenta una sensación de logro personal por haber convencido a la mujer, lo que le proporciona al personal la oportunidad de incrementar el número de muestras para cumplir con las metas establecidas a nivel institucional, de tal manera que el tomar muestras cervicales responde más al interés de cumplir con una meta que al de detectar lesiones precancerosas o cancerosas, por lo que si no es posible obtener una muestra, es el personal quien pierde una posibilidad y no es la mujer la que pierde la oportunidad de ser diagnosticada a tiempo. Así lo expresa la enfermera Delia sobre su sentimiento cuando no puede tomar el Pap por razones de carencias o exceso de trabajo

..pues son oportunidades perdidas para nosotros porque dejamos ir a la paciente y pues si hay que hacerla regresar aunque uno no quiera (Delia, enfermera).

Con respecto a las metas del programa, el personal las asume como una obligación que hay que cumplir sin cuestionar, sin objetar, aun cuando consideran que son inalcanzables pero que tratan de alcanzar por ser, mediante el logro de éstas que el personal es evaluado por la institución.

La percepción que el personal tiene al respecto es que las metas establecidas para cada CS son elevadas, no corresponden a la población real que tienen en su área de influencia, desconocen la fuente de información de donde se obtienen los datos y mencionan que en muchos casos es imposible cumplirlas

Yo siento que son altas, (las metas) porque a veces nos mandan, no sé, doscientas y tantas de primera vez, no sé en qué se basan para sacar esa estadística, o que nos van a llegar esas personas de primera vez aquí. Obviamente siempre se sale bajo en esas metas, pero pues es que... de donde vamos a sacar a las personas de primera vez o en que se basan para sacar esas metas. Obviamente las que nos llegan ya son subsecuentes, porque tienen el programa de oportunidades, pero de primera vez no sé, sí se me hacen un poco elevadas (Delia, enfermera).

..nos obligan a cumplirlas, a lo mejor no en esa semana pero sí nos están, al menos me ha pasado pues que “y cuándo y a qué horas y vacuna y esto” (Beatriz, médica).

...ellos se fijan, en lo que es la productividad, llevamos lo que es productividad, llevamos, lo que es proyectos del programa, entonces todo eso supuestamente lo van calificando (Nelly, médica).

El personal intenta cumplir con los requisitos establecidos, por lo que recurren a estrategias de diversa índole como el apoyarse en otros programas de salud o beneficio social, como son los de Oportunidades, Planificación Familiar o Seguro Popular. En ocasiones labora en sus días de descanso o en horas fuera de su jornada,

en otras, (según lo referido por algunos entrevistados de manera informal, después de las entrevistas y sin que permitieran su grabación) buscan llegar a “acuerdos” con algunas personas de la población, las que deben “colaborar” llevando niños o perros a vacunar o bien mujeres para la toma de la citología, lo que ha generado otro tipo de problemas, tales como la “renta” (\$50.00 por cada uno) de niños o perros para la vacuna y aplicación doble o triple de vacuna a cada niño o perro o la realización de hasta cuatro Paps al año a la misma mujer. Ante la imposibilidad de lograr el número de actividades definidas, el personal tiene que modificar sus reportes reales, alterando el número de acciones que realmente hicieron.

A pesar de que no existe una forma de castigo o represalia, el no alcanzar la meta genera en el personal un sentimiento de preocupación.

si no las cumplen pues, ahora sí que están con la zozobra de “no cumplimos la meta”. O sea con la preocupación, o sea, no nos pasa nada pero en nuestra mente no crea (Leticia, enfermera)

En estas expresiones sobresale el hecho de que el personal experimenta un tipo de violencia psicológica, que se refleja en una presión autoimpuesta, de cumplir con un número determinado de muestras. Se observa que la preocupación del personal se centra en cumplir con los estándares numéricos establecidos por la institución. Las intenciones de prevenir las enfermedades pierden relevancia y desaparecen ante la imperiosa necesidad de demostrar a la institución que tuvieron la capacidad estratégica necesaria para cumplir con lo que denominan “productividad”.

7.2.1.1.1. La prueba de Papanicolaou: Cada quien a su manera.

Muchas de las expresiones del personal entrevistado dejan ver la presencia de motivos de confusión y dudas en la obtención de la muestra cervical. A pesar de que existe un manual para su obtención, no es conocido por el personal, cada profesional lo hace de manera diferente, de acuerdo a su entender, a sus conocimientos o a sus capacidades.

Así lo expresa la enfermera Leticia, quien estuvo encargada del programa por más de diez años en su centro de salud

son diferentes criterios de todo el personal, sobre la toma de la muestra sobre todo, unas lo toman de una manera, otras de otra y no hay, este, suficiente información

Las diferencias en la obtención de la muestra afectan la calidad de los frotis cervicales, la interpretación de los resultados, la identificación de lesiones pre-cancerosas oportunamente y la permanencia de las mujeres en el programa.

El personal duda de que su forma de obtener la muestra sea la correcta, no tiene un referente (documento o persona) que se lo indique, lo que genera incertidumbre en cuanto a la ejecución del procedimiento básico del programa DOC.

...sí, sí te queda ese, esa incertidumbre ¿no?, porque es "¡chin!, ¿la estoy regando, no la estoy regando?, ¿qué hago, no?" (...) mucha incertidumbre (Rosa, enfermera)

No obstante la existencia de documentación guía, el personal de enfermería no los identifican. Sugieren que debe haber una estandarización por medio de la capacitación a las enfermeras que tienen la responsabilidad del programa DOC en los centros de salud. Esta sugerencia se limita a los aspectos técnicos en la obtención de muestras, no va más allá en el sentido de entrenarse en los objetivos de programa, estrategias y líneas de acción, conocimientos sobre la enfermedad o trato a pacientes. por lo que la necesidad de capacitación responde más al bienestar, seguridad y tranquilidad de las enfermeras que a un legítimo interés en la mejora del programa o en el beneficio de la población.

Es importante destacar que la técnica de obtención de muestras no debería estar basada en la experiencia personal ni profesional adquirida en la práctica, tendría que estar incluida en la formación académica tanto de médicos como enfermeras en los programas académicos, de la misma forma que se enseña la técnica de la toma de presión arterial o temperatura, ya que para su ejecución requiere de conocimiento teórico fundamentado en diversas disciplinas dentro de las que se encuentran la anatomía, fisiología, ginecología, infectología e incluso de la psicología, así como el conocimiento de las técnicas diagnósticas.

Lo relevante en este punto es que de acuerdo con el PNAE, se ha identificado que una de las causas del fracaso de los programas de prevención en los países en desarrollo es la falta de organización y control de calidad de los servicios involucrados, características de las que carece el programa de DOC.

El Papanicolaou es el método de tamizaje en el que se basa el programa DOC, es el punto crítico de inicio del proceso que define los resultados del mismo. Si la técnica para su realización no es la adecuada, entonces todo el camino que lleva a la detección de la enfermedad se ve afectado, mermando la calidad de la muestra y con ello la sensibilidad y especificidad de la prueba, por tanto repercute en la salud de la población, así mismo representa un desperdicio de los ya escasos recursos humanos y materiales destinados al programa.

7.2.1.1.2. La prueba de detección del VPH: Importante pero inconstante

Uno de los determinantes importantes en la continuidad del programa es la existencia de material en los CS, específicamente para la detección del VPH. De acuerdo al programa de acción específico, en el sexenio pasado (2007-2012), la administración de los servicios de salud se comprometió a la incorporación de la prueba de detección del VPH como tamizaje primario, situación que no logró consolidarse a nivel nacional durante todo el sexenio, pero tampoco se eliminó del programa, siendo esta detección realizada de manera irregular. Su aplicación en los centros de salud depende de diversos factores. En primer lugar de la existencia de kits para la obtención de la muestra²⁶ en los Centros de Salud, que el personal que toma la muestra de citología cervical (Pap) esté capacitada para realizar la toma de VPH y de que las autoridades le autoricen a la enfermera la toma de la muestra, lo cual depende de la posibilidad de

²⁶ El dispositivo utilizado para la prueba de Captura Híbrida es el DNA COLLECTION DEVICE. Es un dispositivo específico diseñado para toma del ADN del VPH. El kit consta de un tubo de plástico con material de conservación y un cepillo (citobrush) diseñado para la obtención de muestras cervicales.

acceso a laboratorios en donde estas muestras puedan ser leídas e interpretadas, lo que no siempre se tiene.

El suministro de kits para la obtención de muestras depende de la Dirección de Equidad y Género, y aunque deberían dotarse periódicamente, estos son enviados una vez al año a los Centros de Salud y se le pide al personal que tome todas las muestras de un año en periodos que van de uno a tres meses, tiempo en el cual debe cubrir "su meta" de todo el año.

Cabe hacer mención que ni las autoridades sanitarias ni el personal conocen la fecha o momento exacto en que esto sucederá, por lo que las acciones se ven modificadas sin previo aviso.

Entonces, de repente nos dicen, hagan la promoción, sobre esta prueba (...) a nosotras nos decían promocionen VPH ahorita hay tantas, de repente llegaban tantas muestras, tantos kits de VPH, doscientos kits tiene el centro de salud, cien, dependiendo, los vas a sacar en tal día (Leticia, enfermera)

Como es posible observar en el siguiente relato, estos cambios afectan la ejecución de las actividades en el personal, y les causan confusión y dudas. Al igual que en la prueba de citología cervical, cada profesional toma sus decisiones y realiza lo que a su parecer es lo correcto.

Y después me salen "vas a hacer pruebas de VPH también", (...) pues yo estoy haciendo las dos pruebas juntas, no me han dicho lo contrario (...) pero pues, es que me decían "es uno u otro", me decían las compañeras, pero pues nadie me ha dicho nada, entonces pues yo sí, si vienen pues yo

se los hago también ¿no? (...) el año pasado, no las completaron y pues yo las encontré, entonces yo fui a hablar con el responsable, y me dice "sí, hazlas", (...) porque me había dicho que nada más era hasta el catorce de febrero, lo que tomara y yo le pregunté "oye, pues no me los acabo", porque pues era la caja completa. Este, dice "no, síguelos haciendo, porque me llegaron seiscientos kits más" (Rosa, enfermera)

La falta de constancia crea incertidumbre y confusión en las enfermeras y en las pacientes, así lo muestra el siguiente fragmento:

...entonces esa es la confusión que hay tanto en ellas como en nosotros, ¿qué le ofertas? VPH, Papanicolaou sabes que es cada tres años, según el nuevo lineamiento (Leticia, enfermera).

Las enfermeras refieren que con respecto a la detección de VPH se incluyen también cambios en la edad de las mujeres a las que se les tomará la muestra, lo que les da la impresión de que esta prueba es sólo parte de proyectos (no especifican de qué tipo) y no del programa DOC.

...cuando de repente nos dicen van a tomar una prueba de captura de híbridos de VPH, y va a ser de tal a tal fecha, como que lo toman como campaña, (...) nos dicen, únicamente de treinta y cinco en adelante se va a tomar, pero no, este, ¿cómo le explico? No lo toman así como cuando unos dicen se va a manejar como proyecto, se va a implementar como programa, de treinta y cinco en adelante VPH, y de treinta y cinco hacia

acá, de veinticinco a treinta y cinco, a partir de los veinticinco, el Papanicolaou (Leticia, enfermera).

El programa DOC se vive en el personal del primer nivel como algo incierto, cambiante, inconsistente. Se hace evidente el desconocimiento de los criterios para la aplicación de la detección del VPH y del resultado obtenido. Se manifiesta una vez más la ambigüedad de programa entre lo establecido institucionalmente y la realidad que afecta la estabilidad de la persona en su ámbito laboral, crea indiferencia y la sensación de ser solo un utensilio más, una herramienta o una máquina de producción.

7.2.1.1.3. Responsabilidades dentro del programa: ¿A quién le toca?

Este rubro comprende las expresiones del personal entrevistado sobre las responsabilidades que tienen en la ejecución y desarrollo de actividades del programa DOC.

Las responsabilidades de cada personaje dentro del programa no se encuentran especificadas en los documentos que lo rigen, en ninguno se describe detalladamente la asignación de actividades, funciones y responsabilidades, mencionando solamente que las actividades deberán ser ejecutadas por personal capacitado. En la práctica, cada profesional acepta que le corresponden ciertas actividades porque éstas han sido realizadas por sus pares anteriormente. De esta forma, un médico general se responsabiliza de las funciones de director del Centro de Salud, aun cuando su contrato establezca el nombramiento de médico general, incluso un pasante de medicina toma este papel cuando es el único profesional que labora en estos centros.

Entonces, en el ámbito laboral se le denomina “responsable” del centro, lo que implica que tiene las responsabilidades de director, pero no tiene ni el perfil profesional, ni el puesto ni el sueldo correspondiente. Los directores, encargados o responsables de los centros de salud, además de dar consulta médica, tienen responsabilidades de tipo administrativo y gerencial, lo que comprende principalmente la elaboración periódica de informes y la supervisión de las actividades del personal, así como el control de las acciones de todos los programas de salud encomendadas a su centro, dentro de las cuales se encuentran las correspondientes al programa DOC. Ello es posible captarlo en el siguiente fragmento:

...cuando es responsable de unidad supuestamente se tiene que tener un horario, hasta cierto horario se ve la consulta, pero imagínese, ahorita, así como está, está lleno todo lo, toda la agenda y aparte pues todas las responsabilidades de la unidad, todo va junto, porque se tiene que ver toda la población y aparte los del Seguro y aparte la, la responsabilidad de la unidad (Nelly, médica)

Los médicos, ante el cúmulo de actividades que deben realizar, limitan su participación en el programa DOC a dar el resultado a la paciente (sólo cuando es anormal) en la consulta y a la realización de la documentación necesaria para la referencia de la mujer a unidades de displasia. Cabe mencionar que si bien, los médicos entregan o comunican el resultado a la mujer, dependen en todo momento del personal de enfermería, mismo que recibe los resultados, busca y localiza a la señora en su domicilio, tramita la cita para una consulta con el médico del centro de salud y gestiona la cita en la clínica de displasias a la que debe ser referida la mujer con resultado

citológico anormal. En ocasiones esto impide que el médico se entere de todos los resultados, como lo relata una médica:

Pero el médico, entonces, a veces no se entera de los resultados...de los positivos sí, siempre y cuando se los pase la enfermera porque tienes que hacer tú la referencia, tú eres el único que puedes referir siendo encargado del centro de salud, pero cuando no eres encargado del centro de salud lo puede hacer el director en ese momento, si a la enfermera le llegan los resultados y los guarda y no se los entrega a nadie, pues ya se cortó la cadena (Julia, médica)

El personal de enfermería ha asumido la responsabilidad en la ejecución del programa, lo que incluye desde la invitación de las mujeres a realizarse la prueba del Pap, toma y envío de la muestra, la recepción de los resultados, la entrega a las pacientes, la localización de las mujeres y la programación de estudios complementarios.

La búsqueda y localización de las mujeres se realiza sólo cuando éste ha sido anormal, para ello se cuenta con un grupo de enfermeras visitadoras. Este grupo, según lo referido por las enfermeras del centro de salud, tienen como prioridad el asegurar que los niños reciban el esquema de vacunación completo, por lo cual, lo más relevante es hacer las visitas a las madres de niños que no han asistido al centro a recibir la vacuna correspondiente. Ante esta prioridad, las acciones de otros programas, incluyendo el de DOC quedan en segunda prioridad, más aún cuando se llevan a cabo las semanas nacionales de salud. Por ello, la responsable del programa

DOC debe “adaptarse” a las actividades de las visitadoras, lo que en ocasiones retrasa la entrega del resultado, la localización de la mujer y su asistencia a la clínica de displasias, o bien, la mujer no se entera de su diagnóstico ni tampoco de que requiere una confirmación de diagnóstico, y en consecuencia de un tratamiento. Una enfermera lo expresa así:

De las compañeras, pero ahorita como se atravesó lo de la campaña de vacunación, pues dejan de hacer visitas (...) viene mi compañera, porque yo les he pedido todos los días que por favor, pasen, si van a salir a campo, a visitas que pasen, para que les entregue yo los resultados (...) Entonces ya este, pasan y yo le digo, pues ya, "¿a dónde vas, qué calles?" y ya busco, tal calle y ya (Juana, enfermera)

La importancia de las enfermeras visitadoras es relevante para el logro de los objetivos del programa DOC, dado que muchas mujeres a las que se les ha practicado la toma de muestras citológicas no acuden a solicitar su resultado, por lo que su entrega implica búsqueda de las mujeres en sus domicilios.

... las señoras no vienen por su cuenta. No vienen, mire, todo esto, la mayoría de los resultados, no son de este año, son del año pasado. Enero del 2012, esas son de las que apenas me llegaron. Una es de noviembre, pero, tengo estos, (sacando resultados de una charola encima del escritorio) que por ejemplo son de fecha de la toma, esta, veintiuno de junio del 2010. Treinta y uno de marzo del 2011, veinticuatro de marzo (Juana, enfermera).

Esta situación genera en las enfermeras responsables del programa un sentimiento de molestia más por el cúmulo de papeles o porque el trabajo realizado ha sido inútil que una preocupación por que la mujer reciba y se entere de su resultado y sea tratada cuando lo requiere.

...yo le digo a la jefa, una, me lleno yo de papeles y pues para qué sí, o sea a lo mejor están negativos ¿no?, o algo (...), ¿de qué sirve que se tome una muestra? (Juana, enfermera).

Sin embargo, la actitud de las mujeres de no interesarse por recoger su resultado obedece a lo que el mismo personal de enfermería ha promovido en la comunidad. Para evitar que las mujeres vayan al centro de salud constantemente a preguntar sobre sus resultados (los cuales tardan más de tres semanas, tiempo establecido como máximo en la NOM) y distraer a la enfermera de sus actividades, se les da la indicación de que no se preocupen, de que únicamente si el resultado fuera anormal, entonces el personal de salud la buscará en su casa. Le dejan bien claro que si no recibe la visita de la enfermera, entonces su resultado es normal. Esta forma de comunicación ha dado como resultado que las mujeres, al no recibir la visita o la llamada de la enfermera, interprete que su resultado es normal (Urrutia, 2008) y no requiere la atención del personal, ni la referencia a otra unidad ni la revisión ginecológica. Nada más lejos de la realidad. En algunas ocasiones los resultados de las citologías no son emitidos por factores diversos, por ejemplo que la muestra pudo no haber sido leída, lo que puede deberse a motivos generados en el proceso, que va desde la mala identificación de la laminilla, fallas en la técnica de obtención de células,

insuficiente material citológico, mala fijación del frotis, rotura de la laminilla o pérdida de la misma.

El personal de enfermería sabe que estos problemas se pueden presentar, pero da por hecho de que si el resultado no llega es porque fue normal. Esta errónea interpretación evita que se tenga un legítimo interés en el seguimiento de la muestra o se solicite el resultado.

Por su parte, la Jurisdicción no indica a las unidades las irregularidades o los motivos por los que no se entrega un resultado, de tal manera que únicamente si la paciente pide con insistencia su resultado puede saberse si existió alguna irregularidad en el proceso, lo cual, no sucede regularmente. De tal modo que, si se realizó el Pap a una mujer que tiene lesión cervical o cáncer y su muestra se extravió, fue mal tomada, mal identificada o se rompió la laminilla, y no exige su resultado, vivirá con la creencia de que su resultado es normal, como puede observarse en lo expresado por la enfermera encargada del programa

O sea allá la, allá en Cuernavaca hay una persona que se encarga de los registros, ella va checando y ya si alguno no llega pues ya, uno va y oye sabes qué el resultado de la señora zutana pues no llegaron y que esto y lo otro, entonces pues ya ellos los buscan y en su momento dicen pues sabes qué, se rompió la laminilla o pasó esto, pasó lo otro, tómame otro (...) O sea se toma otra vez... el Papanicolaou, o sea para, para que no se vayan con la finta (la mujer) de que está bien y por eso no llegó su resultado (Patricia E).

Este relato muestra como el mismo personal de enfermería genera situaciones ambiguas y contradictorias, mientras su postura coincide con el MMH en que es la mujer la responsable de su salud y que debe estar pendiente de su resultado, la misma enfermera le indica a la mujer que no vaya a recogerlo, que no insista, que se le buscará sólo si hay alguna lesión, generando con ello una mayor carga mas de trabajo para el que no cuenta ni con recursos ni con tiempo.

Una ambigüedad más se hace manifiesta cuando los entrevistados afirman que el programa es responsabilidad del personal de enfermería, sin embargo ni médicos ni enfermeras logran expresar la razón de su respuesta. Ambos profesionales intentan justificar el motivo con diferentes argumentos. Para las enfermeras, la razón de que sean ellas las responsables es porque las mujeres se identifican con las personas de su mismo sexo, mientras que para los médicos, la razón obedece a las limitaciones de tiempo. Así lo muestran los siguientes fragmentos:

...como que la gente le tiene más confianza a las enfermeras (Leticia, enfermera)

Pues más que nada es por, este, por el tiempo, porque ella (la enfermera) las programa, ella lleva el control y pues básicamente es porque, eh, llevan el control de todo lo que es, este, las muestras, el llenado de los formatos y sí son varios procesos los que se llevan a, a la hora de tomar el Papanicolaou (...) ella pues es muy accesible en cuanto a la cita, en cuanto al horario (...) ella lo toma pues es más que nada porque (...) prácticamente para todo lo que es Papanicolaou lo lleva la enfermera (Nelly, médica).

Con esta forma de pensamiento el personal de enfermería justifica el porqué le corresponde a las enfermeras la obtención de la muestra cervical como se puede observar en el siguiente fragmento:

Porque los médicos pues obviamente están en su consulta, entonces las enfermeras lo tomamos (...) Cuando hay alguna no sé, alguna cuestión de que se vea mal el cuello uterino se le avisa al médico o de la consulta el médico nos dice: sabes qué? tómale su Papanicolaou a la señora, no se lo ha tomado desde hace tiempo (Delia, enfermera).

Por otro lado, el ser nombradas responsables del programa DOC genera en las enfermeras un sentido de posesión del programa, sus expresiones son producto de una forma de ver el mundo, una lógica laboral que muestra que la Secretaría de Salud ha impuesto una cosmovisión del mundo del trabajo, lo que puede notarse en las siguientes frases:

*... obviamente que yo iba a hacer énfasis en **mi programa**, que es Detección Oportuna de Cáncer (...) ya estaba yo habituada allá, a envolver **mis muestras** (Leticia, enfermera).*

Estas dudas en la asignación de responsabilidades están sembradas desde la reglamentación, ya que como se analizó anteriormente, las responsabilidades no están descritas ni especificadas en la normativa institucional y estas son asumidas por normativa consuetudinaria.

7.2.1.2. Homogeneidad pretendida, heterogeneidad reinante.

El programa de Detección Oportuna del Cáncer (DOC) en México, está establecido para todas las instituciones del Sector Salud²⁷, cada una con intereses y estrategias de acción propias, lo que genera dudas e imprecisiones en el personal, que presta sus servicios en la Secretaría de Salud, pero que trabaja o asiste a consulta en otras instituciones como el ISSSTE, IMSS o a consultorios privados y observa que, los procedimientos y técnicas son diferentes, hace juicios y aplica su criterio para la realización de sus actividades. Así lo expresa una enfermera.

... yo voy al ISSSTE, y ahí por ejemplo nos hacen las pruebas de VPH y el Papanicolaou a todas las pacientes, nos hacen las dos cosas, pues yo estoy haciendo las dos pruebas juntas, no me han dicho lo contrario(...) pero pues, es que me decían "es uno u otro", me decían las compañeras, pero pues, nadie me ha dicho nada, entonces pues yo sí, si vienen, a mí me lo hicieron de las dos pruebas, pues yo se los hago también (Rosa, enfermera).

El pasante Martín, se refiere a estas diferencias de la siguiente manera:

...la diferencia entre, entre salubridad y el IMSS (...) pues como en todo hay deficiencias y hay virtudes; pero, yo considero que aquí se usa, se

²⁷ El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, entre las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) (Gómez, 2011)

utiliza mucho más el recurso epidemiológico que en el IMSS, en el IMSS no hacen tanto enfoque en ello, o sí lo hacen pero no es así como que a grandes rasgos, yo veo que en el IMSS los programas que tienen no son iguales que aquí, y a veces veo que aquí hay como que muchos problemas.

Si bien, de acuerdo a las teorías sociológicas, la acción se institucionaliza a través de la rutinización de las prácticas y el significado se desarrolla por la institucionalización de los valores y creencias, el hecho de que la mayor parte de las actividades relativas al programa DOC estén rutinizadas, no significa que el personal responda automática o mecánicamente a la realización de estas actividades, pensarlo de esa manera equivale a objetivar al personal, a reducirlo a una simple máquina, incapaz de aplicar la denominada lógica de la pertinencia (March y Olsen,1997).

La lógica de la pertinencia implica que la institución ofrece una variedad de reglas, ante las cuales los individuos deben interpretar cuál es la más adecuada, ante la situación en cuestión, y en función de su rol o identidad. Para que las reglas sean seguidas, deben hacer sentido al individuo, ante la ambigüedad, la lógica de la pertinencia se erige como reguladora y constructora o limitadora de las acciones.

El personal de salud, aplica esta lógica de la pertinencia de manera limitada, reconoce y admite que las reglas de la institución no son del todo correctas, pero las acepta e intenta adaptarse a ellas, lo cual, de acuerdo con Contreras y De la Rosa (2004), sucede porque el personal actúa de acuerdo al marco institucional de la Secretaría e Salud, dentro del cual sus intereses –en tanto formas objetivas, personales y racionales– adquieren un carácter socialmente construido, que ceden su lugar a los

actos racionalmente limitados y socialmente contruidos, donde no actúa ejerciendo poder racional y conscientemente, sino interpretando su rol de la manera más adecuada.

De esta forma, el personal de salud en el primer nivel de atención se mueve entre dos polos: uno, en el que desea realizar sus actividades atendiendo a intereses de tipo humanitario para lo que construye sus propias alternativas y actúa de acuerdo a su parecer y en el otro extremo del marco institucional ejecutando el rol que le ha sido asignado, con un comportamiento mediado por la reglamentación, por el suministro de material, equipo y por exigencias concretas y explícitas de cumplimiento de metas.

7.2.2. Institución: mucho trabajo, poco tiempo, poco recurso

Un punto importante, que resultó homogéneo entre los entrevistados es la percepción de sobrecarga de trabajo. Se percibe que los profesionales tienen una necesidad de realizar todas las actividades que surgen día con día pero no en el beneficio para la salud de la población. Desde esta manera de pensamiento, lo importante es dar un número de consultas previamente establecido, de llenar los formatos correspondientes y de realizar los informes que deben entregar a la institución. En la relación empleado-institución se manifiesta el sentimiento de objetivización del profesional, como si tuviera que “producir” por desempeñar el rol que le ha sido asignado. Se establece una relación de poder en donde la institución tiene el derecho de exigir, de cuantificar y de evaluar, independientemente si lo establecido es factible de realizar y si se cuenta con los recursos necesarios. Así mismo se pretende

condicionar la permanencia en el trabajo a los reportes elaborados por los profesionales.

El sentimiento generalizado es de que las actividades que les exige la institución sobrepasa su tolerancia y su reactividad, lo que se expresa en la percepción subjetiva de una imagen auto elaborada de ser considerados máquinas que realizan las mismas actividades todos los días y de la misma forma, causando tedio y aburrimiento.

El grupo de médicos manifiesta con más frecuencia que las actividades que debe realizar son muchas y de diversa índole. Expresan tener una gran demanda de atención curativa en la consulta médica, la cual deben combinar con la atención de urgencias y la elaboración de notas médicas y reportes, ante tal situación, el tiempo y el personal son insuficientes.

igual, los pacientes que llegan, de urgencia, por ejemplo que llegan, muchas veces vienen, alumnos de las escuelas que, en ese momento, los mandan, mandan traer a los papás porque se sintieron mal o porque les dio fiebre o porque se desmayaron o porque se marearon entonces esos pacientes pues también los tenemos que ir intercalando entre la consulta, entonces pues sí, sí, este, se sobre cargan lo que es la consulta médica (...) la consulta, está ahorita un poco más pesado, nada más somos dos (...) está lleno toda la agenda (...) no se tiene tiempo suficiente ni aún así se alcanza a ver, aún así viendo pacientes no se alcanza a cubrir a todos los que vienen a sacar su ficha (...) no podemos cubrir a todos los que vienen, por lo mismo de que no hay espacios para pasarlos a la atención

médica (...) la atención pues, igual, si tenías quince minutos para ver a un paciente pues ahora lo tienes que ver en diez minutos o menos (...) Sí, se sobre carga, hay veces que vemos más de veinte pacientes en un día, entonces prácticamente sobre cargamos, la consulta (...) prácticamente la demanda del centro de salud es mucho (...) sí, es (...) pesado (Nelly, médica).

Se hace evidente la dificultad que afrontan los médicos para brindar la consulta, mayor motivo de demanda, la cual es utilizada como espacio para proporcionar la solución de problema de salud de las personas y de acuerdo con la estrategia oportunista propuesta a nivel gubernamental, “aprovechar” ese espacio para dar información sobre los programas de la Secretaría de Salud, lo que reduce de manera importante el tiempo dedicado para la revisión física del paciente, el interrogatorio y la emisión de recomendaciones sobre el padecimiento que le aqueja. El tiempo de la consulta resulta insuficiente para realizar todas las actividades que implica, lo que va desde el interrogatorio sobre datos personal y sobre el padecimiento actual, la exploración física, la elaboración de la nota médica, la expedición de receta, indicaciones del tratamiento y orientar sobre los diversos programas de salud vigentes, dentro de los que se encuentra el programa DOC.

Así lo expresa Wendy, pasante de servicio social:

Tienes que hacer la sugerencia de que se haga el Papanicolaou, la sugerencia de que se haga exploración de mama, la sugerencia de que darle una orientación sobre planificación familiar, de una orientación

nutricional etc, etc, etc y que haga ejercicio y en teoría pues tenemos 20 minutos (...) tienes una saturación increíble de pacientes (Wendy, médica pasante).

Es posible observar que entre el personal prevalece el cansancio, el aburrimiento y la idea de que el trabajo es repetitivo y rutinario.

7.2.2.1. Administración o atención de pacientes

Este rubro presenta la percepción que tienen médicos y enfermeras acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites, normas, obstáculos y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desempeño de su labor.

La percepción de médicos y enfermeras de los CS coincide en que existe un gran burocratismo institucional que afecta a todos y cada uno de ellos, así mismo, impacta en las actividades que realizan y a los pacientes que reciben la atención. La institución exige la elaboración constante de papelería, formatos e informes a los que el personal no les encuentra sentido y consideran como una actividad poco relevante, carente de importancia, repetitiva y que les resta tiempo para atender a los pacientes de una manera integral.

Cada mes, el personal debe enviar informes de las actividades realizadas, por lo que cada mes, todo el personal destina tiempo al conteo y clasificación de actividades. No cuentan para ello con computadoras, ni impresoras, ni software para el análisis estadístico, teniendo que recurrir a técnicas como el “paloteo” para la elaboración de informes, proceso que les lleva, de acuerdo a su experiencia entre cinco y veinte horas de trabajo, dado que estas cuentas deben “cuadrar”, ya que de lo contrario, estos

informes se verán modificados por los responsables de programa con información inventada en presencia del mismo personal que los elaboró y que acepta los cambios para evitar sanciones, castigos o el rechazo del reporte, lo que además trae como consecuencia repetir el registro de información, realizar la entrega de manera extemporánea y hacerse acreedor a una mala nota por el retraso, así como una evaluación de bajo valor con repercusiones a nivel jurisdiccional y estatal.

El personal está consciente de que, sus informes son alterados al ser entregados al encargado del programa a nivel jurisdiccional, lo mismo sucede posteriormente en el nivel estatal. Estas acciones les generan descontento al considerar que su trabajo, el cual les implicó tiempo y esfuerzo no es respetado y sus reportes son modificados de acuerdo a los intereses y conveniencias de los encargados del programa.

yo la primera vez que yo llevé mi SIS²⁸, yo lo llevé, yo lo entregué y me empiezan a decir, no mira, no aquí no te cuadró por esto, vamos a agregarle tres y cosas así, entonces ya no son datos reales, ya son inventados les decía, pero entonces si yo te estoy diciendo si tú me dices que haga esta actividad pero por X o Y razón no se pudo realizar, yo no la estoy anotando pero tú a fuerzas quieres que la anote para que cumpla o cuadre con un número, pero entonces que caso tiene que yo te palotee si tú vas a poner

²⁸ El Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) forma parte del Sistema de Información en Salud y capta las actividades realizadas en las unidades médicas y fuera de ellas, así como de los establecimientos de apoyo como es el Laboratorio Estatal de Salud Pública, entre otros. Su misión es establecer y conducir los procesos de registro e integración de la información relacionada con la prestación de servicios otorgados, en las unidades médicas y establecimientos de apoyo de la Secretaría de Salud, de las 32 entidades federativas. Tiene como objetivo generar información relevante, oportuna, homogénea y confiable de la prestación de servicios otorgados en la Secretaría de Salud para facilitar los procesos de toma de decisiones a nivel de unidad médica y establecimiento de salud. (Dirección General de Información en Salud, 2013)

la cantidad que tú quieres (Julia, médica)

Cada actividad realizada debe ser documentada, así, la consulta médica, implica una serie de anotaciones en el expediente, en la cartilla de salud, en la hoja diaria del médico y en formatos de acuerdo al tipo de consulta que se da y el paciente que lo recibe, lo que les resta tiempo para una revisión profunda.

En el caso específico del programa DOC, cada mujer a la que se le practica la toma de Pap, implica, de acuerdo a la NOM 014, el llenado de los formatos de solicitud y reporte de Resultados de Citología que incluye diez y nueve campos a llenar al momento de realizar la toma y otros formatos que son: seguimiento de casos, reporte mensual de Detecciones de Cáncer Cervicouterino y reporte de Colposcopia y de Histopatología en todas las instituciones de salud. Además, cada centro de salud maneja la cartilla de la mujer, en donde la enfermera anota la fecha en que se tomó la muestra, la hoja de enfermería, donde anotan las observaciones realizadas al momento de la toma de muestra, y la libreta de control de citologías, donde se anota el nombre, edad, domicilio, fecha de toma, fecha de recepción de resultado, fecha de entrega de resultado de cada mujer. Es importante mencionar que está establecido que toda mujer que acuda a la toma de Pap, debe también ser sometida a la exploración mamaria con el fin de hacer detección de cáncer de mama, por lo que, además del llenado de formatos de cáncer cervicouterino, deben llenar los correspondientes a esa detección, lo que incluye un documento que en total contiene 29 campos a llenar más otros cuatro formatos. Otro aspecto que hay que considerar es el hecho de que, en muchas ocasiones, las mujeres son invitadas a realizarse el Pap cuando acuden a consulta de Planificación Familiar, lo que también requiere el

llenado de formatos. Estas situaciones generan en el personal esa percepción de que el trabajo que realizan es más de tipo administrativo que clínico, ya que el procedimiento clínico representa una mínima parte de la atención a la persona.

7.2.2.2. Hacer más con menos

La fragmentación operativa del Sistema de Salud marca profundas diferencias entre las instituciones que conforman el sector salud y afecta severamente a los rubros de recursos materiales y humanos, especialmente porque estos se encuentran distribuidos de una manera inequitativa, lo que ocasiona que el programa se aplique de diferente manera en las instituciones, de acuerdo con la disponibilidad de recursos. Un ejemplo de ello es que el personal médico y de enfermería con formación de especialidad tanto en el área clínica como de salud pública, se concentran en las instituciones que tienen un ingreso monetario mayor por recibir ingresos de parte del gobierno, los empleados y patronos, como el IMSS o bien por parte del gobierno y de los empleados, tal es el caso del ISSSTE, dada esta condición tienen la capacidad de ofrecer salarios mejor remunerados a su personal.

En cuanto a los recursos materiales, también son estas instituciones las que tienen mayores posibilidades de compra de material y equipo competente, en mayor cantidad y de mejor calidad en comparación con los servicios de salud a población abierta.

El escaso presupuesto con que cuentan los servicios de salud, impiden la contratación de personal suficiente para satisfacer la demanda de salud de la población. Además, es necesario considerar el poco reconocimiento de la medicina en el primer nivel de atención y las condiciones laborales, lo que da como resultado que el trabajo médico

en el ámbito rural sea poco atractivo para los profesionales, ya que el acceso geográfico es limitado, los sueldos bajos, el reconocimiento poco y las exigencias muchas. La percepción de falta de personal médico cobra especial importancia porque todos los entrevistados refirieron tener una carga excesiva de trabajo, en ocasiones no documentado por el trámite administrativo que implica²⁹, lo que es posible comprender al comparar la cantidad de médicos existentes por cada 1,000 habitantes y lo recomendado por la OMS, que marca que el indicador mundial es de 2.28 médicos por 1,000 habitantes (OMS, 2006) y un total de 23 médicos, enfermeras y parteras por 10,000 habitantes como mínimo necesario para prestar servicios esenciales de salud. En los tres centros de salud incluidos en el presente estudio, este indicador oscila de 0.4 a 0.2 médicos por cada 1,000 habitantes, lo que representa 1 médico por cada 2,500 a 4,500 habitantes, es decir, existen menos de la mitad de médicos por población de acuerdo a lo recomendado por la OMS. Es necesario considerar además que una gran cantidad de estos médicos son pasantes en servicio social, que aún se encuentran en etapa de formación, carecen del conocimiento y la experiencia necesaria para el manejo de pacientes y más aún de la forma de trabajar con las comunidades, por lo que la calidad de la atención brindada a la población no es la más óptima.

Las deficiencias de médicos tanto en calidad como en cantidad limitan de manera importante el desarrollo del programa DOC, al no contar con personal con formación completa y con tiempo y conocimientos suficientes para brindar una atención de

²⁹ Uno de los médicos entrevistados refirió dar más de veinte consultas al día, pero no las reporta porque de hacerlo, tendría que llenar notas médicas y agregarlo a los informes, por ello, solo da la consulta pero no hace las anotaciones correspondientes.

calidad, obtener la muestra cervical, realizar una revisión pélvica, identificar anomalías en el cérvix o enfermedades de transmisión sexual y dar tratamiento adecuado y oportuno a la mujer. Al no contar con personal médico, la obtención de la muestra se delega en el personal de enfermería, quien se limita a la realización de la técnica ya que no tiene los conocimientos ni la experiencia necesaria para realizar inspecciones ginecológicas, identificar lesiones y mucho menos para indicar un tratamiento, lo que trae como consecuencia que existan anomalías ginecológicas que no son detectadas en la mujer, así como enfermedades de transmisión sexual no tratadas oportunamente.

Cuando la enfermera tiene la capacidad (obtenida por la experiencia) de detectar anomalías, recurre al médico, y cuando le es posible por no estar en consulta, destina unos minutos para observar la anomalía y recomendar un tratamiento, lo cual no sucede regularmente, siendo más frecuentes las ocasiones en que la mujer con alguna sintomatología no recibe tratamiento, para recibirlo, debe acudir de nuevo al centro de salud, obtener otra cita y acudir a la consulta con el médico. El siguiente relato de una enfermera lo explica:

... lo debería hacer mejor un médico, porque hay lesiones, por ejemplo, yo veo aquí un resultado, ¿qué se observa? pues ¿cómo se ve?, yo siempre digo, "pues yo no sé", erosiones, no...la otra vez me tocó un cuello así como cortado (...) todo eso yo no lo sé y yo creo que debería de haber un médico, porque la mayoría han tenido leucorrea (...) muchos médicos dicen "¡ay!, no le doy tratamiento" (...) te contestan, "oye, no, no, no, no, no, si no sacó ficha, no"(...) yo le digo (a la paciente) mire vaya, saque su ficha, vaya a

consulta y dígale (al médico) que vino a hacerse su Papanicolaou, tiene este flujito, dígale que sangró, por que inclusive están tan inflamadas que al momento de que tomas inmediatamente empiezan a sangrar (...) y aún así no les dan tratamiento (...) entonces se va la señora sin tratamiento y tiene que venir otro día a que le den consulta (Rosa, enfermera).

El personal de salud percibe deficiencias tanto en número como en la calidad de los profesionales, especialmente en relación a los pasantes en servicio social. Esta deficiencia limita el número de fichas otorgado diariamente para consulta, así como la calidad de la atención. Muchas gente, incluyendo mujeres con anormalidades ginecológicas no reciben ni un diagnóstico ni un tratamiento de las enfermedades que presentan. La carencia de personal, además se ve afectada por la deficiencia de recursos materiales, lo que incluye medicamentos, formatos, material de consumo, instrumental, mobiliario y medios de comunicación y transporte. Debido a ello y de acuerdo con la sensibilidad del médico o la enfermera, el personal se ve en la constante necesidad de recurrir a estrategias diversas con el fin de no dejar de dar atención por estas deficiencias.

En el caso de carencia de medicamentos, los médicos se ven obligados a cambiar sus esquemas de tratamiento, adaptándose a lo que tienen, aun cuando saben que no es el tratamiento ideal, que probablemente no solucione el problema, arriesgando al paciente a que su situación de salud no mejore o peor aún, que se agrave, lo que ocasiona decepción e insatisfacción en los profesionales como lo muestra el siguiente fragmento:

...uno cuando, ve que no hay medicamento o el esquema que uno le tiene que dar a las personas muchas veces lo tiene uno que modificar por lo que hay aquí, te quedas así como de "pues, espero que funcione", pero sí es como, como de decepción en ocasiones, más que nada sí decepción, de entre decepción y así como de "bueno", e impotencia más que nada también, porque hay veces que uno quisiera poder hacer más (Martín, médico pasante).

En otros casos, cuando el material faltante es de costo bajo y de fácil adquisición, el personal lo adquiere, con su dinero, tal es el caso del material de limpieza del equipo como jabón o cloro como lo cuenta una enfermera:

...ahorita, ¡no hay jabón, no hay cloro!, yo lo compré, porque ¿qué hago?, no tomo muestras, tan sencillo, ay, no hay cloro, no hay jabón, no te voy a tomar muestras. No, yo voy, nada más deme permiso de ir a la comercial a comprar un kilo de jabón y me regreso (Rosa, enfermera).

Cuando se trata de equipo médico, la compra es imposible, entonces, el personal tiene que buscar alternativas para optimizar los recursos, a pesar de las malas condiciones para su uso, por el desgaste o por la antigüedad del mismo.

...esa donde ponemos, los espejos con agua, ¡no!, era cosa blanca, llena de sarro (...) hasta compré un líquido para quitar sarro, para ver si se limpian (...) yo ya le dije a le jefa, "oye, el material, está muy feo", de hecho el esterilizador estaba todo negro por dentro, yo ya lo limpié, lo tallé... la tina

es, bueno esa tinita nada más porque no la he comprado, se me ha olvidado
(Rosa, enfermera).

La adquisición de nuevo equipo requiere de múltiples trámites administrativos, y sólo puede ser solicitado por el personal directivo, que en muchas ocasiones no se entera de las verdaderas necesidades del CS o hacen caso omiso de las solicitudes del personal, al tenerse que ajustar a fechas estrictas para solicitud de material y equipo. Además de conocer de antemano la respuesta negativa de las autoridades a nivel local.

En el caso de la toma del Pap, no siempre cuentan con todo el material necesario, habiendo deficiencias en el suministro de espátulas de Ayre, espejos vaginales, papel kraft para envolver los espejos que van a esterilizar, cinta testigo y portaobjetos o laminillas, lo que provoca que por falta de alguno de estos materiales no se tomen muestras citológicas. Una estrategia más a la que recurre el personal es solicitar a los pacientes que realicen la compra, lo cual, debido a que es material médico, se dificulta su adquisición. El siguiente fragmento de entrevista da cuenta de ello:

... se dio una ocasión en la que no se tomaron Papanicolaou porque no había laminillas ni espátulas, entonces, tuvieron que mandar a las señoras a comprar una sola (señalando al levantar un dedo), un portaobjetos, entonces, dígame quien, una señora de pueblito iba a saber, para empezar, qué era un portaobjetos, no son cosas que encuentres en cualquier tienda por ejemplo (...) no hay insumos suficientes (Wendy, médica pasante).

El personal médico y de enfermería manifiestan que no es obligación de la población realizar estas compras, reconocen que es la institución quien debe proporcionarlos, pero al mismo tiempo, saben que esta carencia impide que cumplan las metas institucionales.

...a veces no contamos con los insumos para tomarlo (el Pap)(...) como las espátulas de Ayre, eso es más que nada, básicamente, porque a veces el material nos falla (...) (repercute en la metas), porque a veces sin ese material no se puede realizar (el Pap), entonces, no podemos mandar a las pacientes a comprar algo que de alguna manera tiene que estar aquí (Delia, enfermera).

Otra forma en que afecta esta deficiencia de recursos es la entrega de resultados. En ocasiones, las enfermeras no pueden trasladarse al domicilio de la mujer por falta de tiempo y por carecer de vehículo oficial, entonces, recurren a estrategias para lograr comunicarse con las pacientes, como lo comenta una enfermera:

...es la comunicación, que a veces pues tenemos que usar nuestros teléfonos (saca su teléfono celular de la bolsa de su filipina y lo agita) los celulares, como ya la tecnología está más avanzada, y más que nada es eso, la tecnología del teléfono celular, para llamarlas (...) tenemos que gastar ahora sí, dinero, si es llamada, o tenemos que gastar pasaje, es dinero pues, de nosotros porque pues no nos dan (Andrea, enfermera)

En definitiva, los recursos materiales, son los medios físicos y concretos que ayudan a conseguir algún objetivo, por lo que su carencia implica altas dificultades e

imposibilidad de lograr los objetivos del programa DOC. Sin embargo, el personal del primer nivel, enfrenta día a día estas carencias y recurre a estrategias para solventarlas lo que no siempre es posible y se afecta el volumen de trabajo en los centros de salud, ya que cuando no se cuenta con estos recursos, las pacientes son enviadas a otros servicios cercanos, incrementando la demanda de atención en uno y disminuyendo en otro.

...aquí llegan de las otras unidades (...) de todos lugares vienen a, aquí a este centro de salud, incluso a consulta, yo las interrogaba, ¿por qué se vienen hasta acá si tienen su centro de salud allá (...), ¿por qué se vienen hasta acá? Es que no tienen material para la toma del Papanicolaou.
(Leticia, enfermera).

La falta de recursos para la toma de muestras es constante, de la misma forma, se carece de los medios para la localización de pacientes y la entrega de resultados; el personal hace esfuerzos para compensar esas carencias en la medida de sus posibilidades pero sin lograr una dotación real, periódica y constante de recursos que aseguren el buen funcionamiento de todas las actividades del programa. Una vez más, el personal hace lo que considera correcto, actúa de acuerdo a su parecer, intenta cubrir las deficiencias, porque sabe que de no contar con el material, no podrá realizar las acciones para cubrir sus metas, se genera entonces otro círculo vicioso, el personal compra y cumple con su productividad, la institución no se entera ni se preocupa por solucionar estas carencias, ya que a fin de cuentas, las metas son cubiertas y se refleja una imagen de que todo está bien.

Esta migración o exportación de pacientes a unidades distintas a las que les corresponden, deja a las mujeres con lesiones en una doble vulnerabilidad, ya que si bien acudieron a realizarse la prueba de detección, los resultados serán enviados a la unidad dónde les fue tomada la muestra, el cual no coincide con el lugar en donde se encuentra su expediente y por ende, no existe forma de localizarlas en caso necesario.

7.2.2.3. El ámbito laboral: es lo mismo pero no es igual.

En este apartado se analiza lo que los entrevistados refirieron respecto al ámbito laboral, considerándolo como un territorio social donde transcurre su vida cotidiana en la realización de actividades propias del programa DOC.

En esta institución labora personal bajo diversos regímenes de contratación, hay personal al que se denomina de base, de contrato por Oportunidades, de contrato por seguro popular y de contrato por el ayuntamiento local, cada régimen con diferentes características en lo que compete a sueldos, horarios y condiciones laborales. También laboran, en un gran número de centros de salud pasantes de la carrera de medicina y enfermería en servicio social, forman un grupo igual o de mayor cantidad que el personal de contrato y no reciben pago por sus servicios, solo una beca de ayuda económica que apenas rebasa el salario mínimo vigente. Los pasantes permanecen en los Centros de Salud las 24 horas del día de lunes a sábado.

El personal que no tiene una plaza (de contrato), experimenta incertidumbre laboral, ya que no existe la seguridad de que su contrato sea renovado cada seis meses, ello depende de la existencia de recurso económico en los servicios de salud y de los resultados de las evaluaciones de los médicos, entre los cuales se incluye el

cumplimiento de metas. El personal puede permanecer bajo este régimen hasta por más de diez años, pero no les da derecho a prestaciones económicas ni de ningún otro tipo, carecen de seguridad social, tampoco les asegura el pago puntual de su salario, ya que, cada vez que su contrato es renovado su sueldo es retenido desde una hasta cuatro quincenas.

De igual manera, no es segura la permanencia en una determinada área o centro de trabajo, el personal bajo contratos temporales es vulnerable a constante rotación, lo que no les permite un pleno conocimiento ni un acercamiento a la población o el seguimiento de mujeres con diagnósticos de lesiones precancerosas o cáncer.

Los pasantes de medicina y enfermería permanecen en el CS durante el período de su servicio social³⁰, habiendo una rotación de personal cada año en cada centro, por lo que el personal médico y de enfermería asignado a los CS tiene que adaptarse cada año a la llegada de nuevos pasantes, a esperar a que aprendan la forma de trabajo, de realizar los informes, o de dar la consulta. En ocasiones, estas plazas no son cubiertas, ya sea por que el número de egresados de las carreras de medicina y enfermería no alcanza a cubrir las vacantes, porque los servicios de salud no incluyeron al Centro de Salud o bien porque las características de violencia e inseguridad en la población ponen en riesgo al personal de salud.

³⁰ Para la realización del servicio social, los Servicios de Salud del estado envían a las diferentes escuelas y facultades un listado con aquellos centros (en su mayoría rurales) en los que se requiere la presencia de pasantes de medicina y enfermería. Las universidades convocan a los alumnos que han cubierto el 100% de créditos de la carrera para que, de acuerdo al promedio obtenido, elijan aquel en el que cumplirán con esta obligación. Al terminar el servicio social, cada pasante debe realizar un informe (diagnóstico de salud) que entrega a las autoridades de salud jurisdiccionales como parte de un paquete de requisitos que debe cumplir para la denominada "liberación" del servicio social. El pasante deja el centro de salud y si se cuenta con recursos, este será sustituido por otro pasante, si no, la plaza quedará vacía.

Es notoria la diferencia en el trato y en las exigencias entre los pasantes y el personal que labora en los centros de salud. Entre el mismo personal se establecen relaciones de poder, de desigualdad e inequidad.

Las diferencias en el tipo de contratación de personal afectan el desarrollo del programa DOC en diversos aspectos. Por un lado, la rotación generada por los cambios en las contrataciones del personal de enfermería que toma las muestras citológicas, tiene importancia cuando las mujeres se han acostumbrado a la presencia de una persona a la que ya le tienen confianza. El cambio del personal provoca dudas e inseguridad en las mujeres que acuden regularmente a sus chequeos por desconfiar en la nueva enfermera, por temor a ser lastimadas o por pena de que otra persona vea sus genitales, las mujeres se acostumbran a una enfermera y la buscan cuando ha sido cambiada o sustituida. La siguiente experiencia de una enfermera lo muestra:

Cuando llegué aquí me decían ¿y Mary? (era la que estaba aquí, la enfermera María) “¿y Mary, no va a venir Mary? ¿Ahora le tocó, ahora usted la cubrió?”, “No, no la cubrí, ya me voy a quedar por un año por el momento aquí” (Leticia, enfermera).

Por otro lado, el sentimiento de identificación con el programa difiere cuando el personal está seguro de que continuará en el puesto de aquellos casos en que la persona no sabe cuánto tiempo permanecerá realizando el mismo trabajo debido a la inseguridad en su contratación.

Por su parte, el personal médico, al permanecer en los centros de salud por periodos variables, no conoce a la población, no logra una completa identificación de todos los

usuarios, no mantiene el interés en el seguimiento de pacientes con lesiones cancerosas, desconoce el desenlace de la referencia que realizó a un segundo nivel, e ignora la ocurrencia de muertes por CaCu en su comunidad.

7.2.3. El profesional de la salud: humanitario o productivo

En esta categoría de análisis se incluye lo que los entrevistados expresaron acerca de lo que piensan sobre sí mismos como profesionales de la salud, cómo se ven y se sienten en el papel que desempeñan, lo que piensan de los compañeros con los que laboran y la forma en que valoran su trabajo en el primer nivel de atención. Esta categoría da cuenta de los significados relacionados con el desarrollo social y profesional de los actores involucrados en el programa DOC. La forma en que se perciben a sí mismos los profesionales es una parte relevante en esta investigación dado que desde la teoría de Mead, el conjunto total de acciones, objetos y el comportamiento común que el individuo percibe es fundamental para la interpretación del comportamiento de otros. Bruner (2006) asegura que es necesario comprender la narración que los sujetos hacen para explicarse el desarrollo de sus propias vidas y la forma en que se perciben a sí mismos, porque de ello dependerá su manera de actuar. En el caso del programa DOC, esta percepción afecta a las acciones del programa, con la consecuente repercusión en el logro de sus objetivos.

La percepción del valor de sí mismos, adquiere gran importancia en el personal del primer nivel de atención, ya que con base en ello, organiza sus experiencias y define su comportamiento (Swann, 2007; Chan, 2002). La percepción de sí mismos, define

sus juicios evaluativos sobre sus atributos y logros dentro de los dominios cognitivo, de comportamiento y social (Harter, 1999).

Se observa que el proceso cognitivo con el que el personal de salud organiza los conocimientos y valores estructurados en su formación profesional conlleva al establecimiento de una función calificadora fundamental, así, entre los entrevistados prevalece la constante de sentirse personas que asumen su trabajo con el valor moral de la responsabilidad. Expresan de una manera directa cumplir con profesionalismo sus actividades asumiendo palabras que son constantemente utilizadas en el discurso institucional.

...me siento un personal capacitado para dar una atención de calidad y calidez, para dar una atención integral (Delia, enfermera)

Sin embargo, desde su mirada, la responsabilidad en su trabajo (que si bien es un valor moral³¹), conlleva la pérdida de otros valores morales no menos relevantes como el amor, la bondad, el altruismo y la solidaridad. Las enfermeras en general asumen que su labor debe ser de tipo humanitaria, pero que en la práctica diaria se pierde por las exigencias de ejecución de las actividades de tipo técnico (como la toma de muestras citológicas). El siguiente párrafo da cuenta de ello.

...La parte humanística de la enfermería, muchas veces la vamos perdiendo (Leticia, enfermera).

³¹ Se entiende por valor moral todo aquello que lleve al hombre a defender y crecer en su dignidad de persona. El valor moral conduce al bien moral. Perfecciona al hombre en cuanto a ser hombre, en su voluntad, en su libertad, en su razón. Lleva a construir como hombre, a hacerse más humano.

Al mismo tiempo dicen experimentar un sentimiento de que cumplen con su misión humanitaria al realizar acciones que bien podrían calificarse de solidarias, caritativas o proteccionistas. Estas acciones dan sentido a su profesión, por ello, se esfuerzan por brindar ayuda para que reciban tratamiento a las mujeres diagnosticadas con algún tipo de lesión cervical, lo que va desde dar apoyo emocional y orientación hasta el desarrollo de estrategias para conseguir recursos económicos para las pacientes.

...como que las trata uno de ayudar más, orientarlas, platicar con ellas, para que no se sientan pues, como que el mundo se me acaba (...) no tenían dinero, entonces yo me puse a hacer una rifa de perfumes, yo vendo Fuller (...) Dios sabe que lo hice de corazón, sin ningún fin de lucro (...) mis jefes me lo tomaron a mal, muy a mal, me dijeron que no lo siguiera haciendo, si no me iban a reportar (Leticia, enfermera).

Ante estas situaciones, el personal se encuentra en la disyuntiva de cumplir con su trabajo responsablemente para satisfacer las necesidades e intereses de la institución o de realizar acciones acordes con sus valores morales que satisfacen el bienestar moral del profesional. Como es de esperarse, el personal termina cediendo la prioridad a la satisfacción de la institución, ya que obtener la tranquilidad de cumplir con el valor moral del altruismo y la solidaridad, pone en riesgo su permanencia y seguridad en la institución.

7.2.3.1. Médicos y enfermeras: personas o máquinas

Tanto médicos como enfermeras manifiestan un sentimiento de cosificación del cual son objetos, expresan que la institución con sus rutinas y su alto burocratismo los orilla

a comportarse como máquinas como se observa en las siguientes fracciones de entrevista:

...como que las trata uno de ayudar más, orientarlas, platicar con ellas, para que no se sientan pues, como que el mundo se me acaba (...) no tenían dinero, entonces yo me puse a hacer una rifa de perfumes, yo vendo Fuller (...) Dios sabe que lo hice de corazón, sin ningún fin de lucro (...) mis jefes me lo tomaron a mal, muy a mal, me dijeron que no lo siguiera haciendo, si no me iban a reportar (Leticia, enfermera) ...muchas veces somos así como maquinitas (...) tratamos, de hacerlo todo a lo mismo, lo mismo (...) vamos siendo, como las maquinitas....me levanto y me levanto de este lado, y siempre, siempre hacemos lo mismo (Leticia, enfermera).

...ellos (los jefes) se fijan en lo que es la productividad, llevamos lo que es productividad, lo que es proyectos del programa, entonces todo eso supuestamente lo van calificando (...) la productividad la evalúan igual viendo cuántos pacientes ves, por ejemplo, tenemos lo que es, indicadores, también manejan indicadores, tanto del control de embarazadas, indicadores del control nutricional, indicadores de la asistencia de las familias, el apego de las familias, entonces todos esos indicadores nos van evaluando en lo que es, la productividad que tenemos tanto para el programa como para el centro de salud (Nelly, médica).

Esta realidad determinada por el pensamiento del sistema capitalista en la que vive el personal de salud, le quita su identidad como persona y lo convierte en un mero

instrumento o factor de producción; al ser considerado una máquina es sujeto de manipulación. Se le dice qué, cuándo y cuánto debe hacer, cómo debe vestir, a quien debe atender, como si fuera una máquina que se programa. Ante esta situación, los profesionales se convierten solo en cumplidores de sus funciones bajo una visión materialista, que conlleva a una progresiva pérdida del sentido de su existencia.

Este sentimiento de cosificación que experimenta el personal de salud, genera que perciba la sensación de tener que transformar objetos (cosas), deja de percibir a los pacientes o usuarios de los servicios como personas, lo que provoca que el profesional experimente un sentimiento de vacío, de sinsentido, de nihilismo y violencia, de atracción y de repulsión simultánea hacia el programa.

Así, el médico o la enfermera que atiende a una mujer no se percata de quien es, no la ve como un ser humano sino como una función. Las mujeres a las que se les toma la muestra cervical entonces, son objetos a los que va a calificar en su estado de salud de acuerdo con las categorías establecidas por su profesión, sus conocimientos o por el resultado de laboratorio. No la considera con su vida, su esperanza, sus miedos o sus limitaciones porque ello podría representar un freno a su producción.

Del mismo modo, cada uno de los profesionales, al sentirse cosificado, tiende a concebir a sus compañeros del Centro de Salud como parte de un sistema de producción en el que cada uno busca utilizar a los otros para lograr sus metas. Es a través de esta cosificación que el personal médico y de enfermería siente que existe en cuanto produce y desde su perspectiva, no existe ninguna alternativa a la ideología que, siendo generada por el sistema inunda su pensamiento y determina su manera de actuar.

Al final del día, el personal de los centros de salud trabaja y produce para lograr dos cosas, la primera, obtener una compensación económica (sueldo), otra, lograr la productividad esperada ya que ello condiciona su evaluación profesional y su permanencia en los servicios de salud.

7.2.3.2. Castigo y Recompensa

Este rubro hace referencia a la percepción de los entrevistados sobre la forma en que la institución premia o castiga el trabajo realizado.

Desde la perspectiva empresarial, se conoce que el rendimiento del trabajador depende más de la motivación que de la aptitud, por lo que es relevante si se quiere tener eficiencia en las acciones, motivar al personal para que desarrolle su trabajo. En general, la percepción de los entrevistados es que no reciben reconocimiento por parte de la institución y admiten que les gustaría recibir algún tipo de motivación o satisfactor. Este vacío que experimenta el personal cobra relevancia porque permite comprender que la causa de que el personal se encuentre desmotivado e insatisfecho, obedece en parte a la carencia de los factores denominados “higienizantes”³² por Herzberg (Palomo 2010), en la motivación del personal que labora en los centros de salud.

³² Herzberg (1959), denomina factores “higienizantes” a aquellos que cuando no están presentes producen insatisfacción y desmotivación. Les da esa denominación porque su ausencia, igual que la higiene, produce males pero su abundancia no los cura. Dentro de estos factores, incluye el salario, las buenas relaciones con el jefe y compañeros, la organización de la empresa, horarios, instalaciones, etc.

En el ámbito de los centros de salud el salario (el objeto principal de la inserción laboral) no es pagado puntual ni regularmente a los trabajadores, lo que repercute en la falta de motivación para realizar su trabajo.

A veces no (reconocen su trabajo) (...) todos trabajamos por necesidad, en otra porque nos gusta nuestra profesión, y en otra porque si ellos tomaran en cuenta el esfuerzo o la dedicación que le brindamos a nuestro trabajo, por tal debe de ser recompensado (...) (Me gustaría que me reconocieran) En, en mi caso que me pagaran mis quincenas, porque ahorita ya son cuatro que no me pagan (...) Porque dicen que no hay dinero, entonces imagínese. No sabemos hasta cuándo van a pagar (Sofía, enfermera).

Las recompensas que identifica el personal son las que se otorgan anualmente como parte de programas institucionales denominados Estimulo de Puntualidad y Permanencia en el Trabajo, que se fundamenta en el Artículo 220 de las Condiciones Generales de Trabajo y 26, 27, 28, 34 del Reglamento para Controlar³³ y Estimular al personal de Base de la Secretaría de Salud, por Asistencia, Puntualidad y Permanencia en el Trabajo, y uno más denominado Estimulo de Asistencia Perfecta, con fundamento en el Artículo 221 de las Condiciones Generales de Trabajo, 29 y 30 del mencionado Reglamento. Dichas recompensas consisten en una cantidad de días a pagar en salario tabular de acuerdo a la antigüedad del trabajador.

Para ser sujeto merecedor de dichos estímulos es necesario que el trabajador ocupe una plaza de base y no haber acumulado en total, más de cinco inasistencias por ;

³³ Nótese que a pesar de ser considerado un estímulo, se encuentra normatizado dentro de un reglamento que no sólo estimula, sino que controla al trabajador.

días económicos; licencias médicas; faltas de asistencia; licencia con o sin goce de sueldo (de cualquier tipo); comisiones sindicales de permanencia por toda su jornada. Es necesario, que el trabajador realice el trámite de solicitar dicho estímulo y que su solicitud sea sometida a verificación de los requisitos mencionados por las autoridades jurisdiccionales.

Dicho estímulo, crea descontento entre el personal, y hace más evidente la desigualdad y la inequidad debido al tipo de gratificación recibida. Según el pensamiento de los trabajadores solo se paga por asistencia y puntualidad, no se recompensa el trabajo bien hecho. A su parecer, este estímulo, por sus características, excluye a los profesionales denominados de base que por sus condiciones de vida o familia no pueden cumplir al 100% con estos criterios. También excluye al personal denominado de contrato, que aun cuando cumpla con las condiciones establecidas no puede recibir esta recompensa por ser una prestación del personal de base

Estímulos, es un programa de calidad (...) a la eficiencia (...) Participan las enfermeras que, más que nada que son cumplidas, eh, que tantean no faltar, porque aquí, ya no tanto cuenta la atención del paciente si no cuenta el que, otros aspectos como decir si llegué yo un poquito tarde (...) Con tolerancia ya no entro, o no tengo derecho a pases de salida. Entonces desde que se implementó eso, yo para fuera, porque como tengo hijos en la escuela, pues obviamente pues no tengo derecho a faltar (Leticia, enfermera).

El estímulo económico entonces, premia solo la asistencia y la puntualidad, es una

manera más de objetivizar al trabajador de la salud, considerándolo más como un instrumento o herramienta laboral que como un sujeto que piensa y siente, que necesita saber que para la Institución es una persona, no sólo un objeto con un horario y metas que cumplir y que a su vez, es víctima de la inequidad y la desigualdad institucional.

El personal expresa abiertamente una carencia del reconocimiento institucional como profesionales, lo que les haría sentirse valorados como personas y no solamente utilizados como máquinas.

*...nos gustaría que, bueno siquiera nos, se nos motivara con una palmadita en la espalda, ¿no? Reconociéndonos, no digo dinero, no digo reconocimientos en papel, sino que: “estás bien, sigue así, vas bien” (...)
Ese apapacho, de veras, se ha perdido rotundamente (Leticia, enfermera).*

...yo no quiero decir que ¡ay! me van a poner una estatua no? (risas) que sería muy bonito (Delia, enfermera).

Esta falta de reconocimientos al personal por sus acciones, convierte al programa DOC en un objeto que hay que producir, lo que genera en los trabajadores la necesidad de cumplir con metas bajo el temor de la represalia cuando esto no se logra.

7.2.4. Formación profesional: ideal o realidad

En esta sección se da cuenta de lo que los entrevistados manifiestan en torno a lo que consideran que les hizo falta en su formación profesional para facilitarles su desempeño en el área laboral.

En esta investigación, participaron personas que, aun cuando laboran en los mismos servicios han estudiado su profesión en instituciones educativas de diversa procedencia con niveles académicos y curriculas diferentes. La formación médica bajo los lineamientos del MMH, implica el biologismo, el individualismo y un gran énfasis en la eliminación de enfermedades, tratadas desde la perspectiva fisiológica y microbiológica. En el estado de Morelos, de acuerdo a la región, confluyen médicos egresados de instituciones ubicadas en los estados de Morelos, Guerrero, México y D.F. a pesar de que el contenido curricular difiere en las distintas universidades, la obtención del título es similar. Para ello se requiere cursar y acreditar el total de unidades de enseñanza-aprendizaje, materias o asignaturas, realizar un año de internado de pre grado en unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención (sólo en el caso de la carrera de medicina) y un año de servicio social en unidades médicas de atención de primer nivel. Además de cumplir con una de las formas establecidas para la obtención del título, las cuales pueden ser por tener un promedio de 9 o mayor durante toda la carrera, examen general de conocimientos de licenciatura (EGEL) avalado por la Secretaria de Educación Pública (SEP) o bien por la elaboración de tesis profesional y la disertación de la misma en un examen profesional.

El siguiente paso en el desarrollo académico de los egresados de las carreras de medicina y enfermería puede ser por medio de su inserción a algún programa de maestría o especialidad. Esta última puede ser en áreas clínicas o bien en áreas de salud pública o medicina preventiva. En el caso de la especialidad, los requisitos para la obtención del grado difieren en ambas profesiones.

En la profesión médica, la obtención de un grado de especialidad en el área clínica requiere de al menos tres años de estudio posterior a la obtención del título, residencias en hospitales y una dedicación de tiempo exclusivo (24 horas al día). Cabe mencionar que de acuerdo con el informe del INEGI (2013) las especialidades en el área médica se centran en las áreas clínicas de pediatría, ginecología, medicina interna y traumatología. En los centros de salud no hay personal médico con grado de especialidad, no obstante que las actividades que les son inherentes requieren de personal con formación específica en las áreas de promoción, medicina preventiva y salud pública, Este hecho se origina en gran parte porque estas especialidades carecen de reconocimiento social y profesional. Por ende, existe una total falta de plazas con salarios altos para personal con ese grado de estudios, lo que hace prácticamente imposible contar con ese tipo de especialistas.

La carrera de enfermería es ofertada en el estado de Morelos por diversas instituciones educativas, con diferente nivel académico. Se encuentra así personal de enfermería calificado como "Técnico", egresado de los denominados Centros de Bachillerato Tecnológico, Industrial y de Servicios (CEBTIS). En estos centros se cursa un bachillerato tecnológico y el estudiante adquiere básicamente capacidades de índole técnico en la aplicación de procedimientos, organización y control de material y equipo necesario en la atención a la persona, medidas preventivas y atención a la comunidad en general. El programa consta de 51 materias distribuidas en seis semestres, de las cuales solo 16 (menos de la tercera parte) corresponden al área de enfermería (teoría y práctica). En la presente investigación, cinco de las nueve enfermeras participantes tienen este grado de estudios.

La licenciatura en enfermería, puede ser cursada en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) en dos modalidades: Por nivelación cursando un año de estudios complementarios cuando ya se tiene un título a nivel técnico y se han concluido los estudios de un curso pos técnico y bachillerato. Tiene una duración de trece meses y se imparte en la ciudad de Cuernavaca. Consta de cinco áreas, con asignaturas del área clínica y de investigación con un total de 530 horas de clase presencial. Un área del programa comprende contenidos exclusivos de enfermería comunitaria (UAEM, 2009).

La otra modalidad es mediante el programa académico de la Licenciatura en Enfermería vigente en la UAEM es un plan semestral, que puede ser cursado en un periodo de tres a siete años, integrado por 32 programas de asignatura equivalentes a 349 créditos. Tiene como objetivo “Formar profesionales competentes que contribuyan al cuidado de la salud del ser humano, en su contexto familiar y social, que promuevan acciones en favor de la vida y del ambiente, con una visión holística, y que trabajen de manera multidisciplinaria”. Entre los requisitos de egreso se encuentra la liberación del servicio social obligatorio de doce meses de duración en un centro de salud rural en el estado y la realización de un examen (EGEL) o la disertación de una tesina ante autoridades universitarias (UAEM, 2009).

La percepción que tiene el personal entrevistado de su formación académica difiere entre los médicos y las enfermeras. Los primeros destacan los aspectos clínicos como los más relevantes en su formación, mientras las enfermeras resaltan que es relevante tener conocimientos sobre el área de salud comunitaria. Los médicos en servicio social, identifican deficiencias en su formación en el área de semiología, en los

tratamientos más actuales para la cura de padecimientos frecuentes, pero no perciben como necesaria la formación en aspectos de medicina preventiva, lo cual deja ver que el énfasis en su trabajo está enfocado a la atención de enfermos, a la emisión de diagnósticos y a la administración de tratamientos. Manifiestan carecer de experiencia y conocimiento para las actividades de diagnóstico y tratamiento, mas no sienten la necesidad de reforzar sus conocimientos o habilidades para la realización de actividades de prevención y detección oportuna de enfermedades, promoción de la salud o participación comunitaria. El siguiente fragmento de una entrevista a un médico pasante lo deja claro:

...enfoque en lo que es semiología, semiología y exploración, porque, siendo sinceros, no nada más nosotros, los del estado y, y mis compañeros de la UNAM, de la ULA, estamos muy deficientes en eso (Martín, médico pasante).

En el caso de las enfermeras, la curricula de la carrera incluye una mayor proporción de contenido relacionados con la atención en un primer nivel, además de que estas profesionistas, realizan más prácticas en la comunidad y en los centros de salud que los estudiantes de la carrera de medicina, no obstante, el contenido teórico y práctico en el total de los contenidos académicos de la carrera de enfermería, son menores que los de tipo clínicos. Esta formación, igual que en el caso de la medicina, genera en los egresados la expectativa de especialidades en el área clínica, por considerarlos de mayor prestigio. El personal que se incorpora a laborar en el primer nivel, al tomar las responsabilidades propias de su puesto, detecta la falta de conocimientos y habilidades necesarias para el desarrollo de actividades en los centros de salud, como

la comunicación con los líderes, la obtención y manejo de muestras o el estudio de brotes epidemiológicos, o bien el seguimiento de pacientes entre otras, lo que le dificulta su adaptación al trabajo, así como la falta de interés de laborar en los centros de salud. El personal de enfermería considera que es necesario brindar mayor interés a los contenidos de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

todo se basa en lo práctico, en hospital, entonces, yo siento que la promoción y la prevención entraría mucho o tendría mucho que ver cuando uno entra a trabajar en un centro de salud.” (Delia, enfermera)

Estas expresiones muestran las diferencias en la forma de percibir las profesiones, el médico se inclina y da mayor importancia a los aspectos clínicos, mientras la enfermera, si bien considera que estos son importantes, también reconoce que es necesario tener formación teórica y práctica sobre aspectos relacionados con la salud comunitaria. Emerge la identificación profesional, la diferenciación Taylorista del trabajo, en donde el médico se posesiona de las actividades pensantes y la enfermera de las ejecutantes. Ambos profesionales identifican deficiencias en su formación, pero esta identificación coincide con las experiencias que han vivido, las situaciones a las que se han enfrentado, los problemas que han experimentado, lo que deja ver esa sobrevaloración de la medicina curativa y la subvaloración de la preventiva. Aun cuando en el discurso de las universidades y escuelas formadoras de profesionales se diga que la prevención de la enfermedad es lo más importante, el énfasis de la formación es clínica, con miras a la especialidad, lo que evidencia la relevancia de la curación de las enfermedades, y el valor que se da a la especialización como el principal recurso para ofrecer la atención en los servicios de salud.

7.2.4.1. Relación médico-enfermera: Colaboración o jerarquización

Dentro de las instituciones de salud, prevalecen las relaciones de poder/saber, donde el personal desempeña funciones basadas en este tipo de relación, que desde la perspectiva de Foucault (1979) se ejerce más del que se posee, un privilegio que no pertenece exclusivamente a la clase dominante, sino que es fruto de las posiciones estratégicas y que es legitimado por los propios dominados cuando exploran las condiciones favorables de las situaciones.

Los discursos y prácticas presentes entre las enfermeras, en el uso de las tecnologías, en sus expresiones y en su manera de actuar, son algunas de las características de la profesión que vistas desde la perspectiva foucaultiana mantienen estrecha relación con el modelo médico hegemónico que somete al saber de la enfermera y lo limita a la ejecución rutinaria y metódica de actividades (Ramos, 2007).

En el campo de la salud, se dice que la relación interpersonal entre médico y enfermera debe ser de una colaboración estrecha, dado que si esta es efectiva, se puede aumentar la calidad de atención brindada, mejorar la comunicación y la coordinación de actividades.

No obstante, en el personal médico prevalece aún el convencimiento de que la enfermería es una profesión jerárquicamente inferior a la medicina y la enfermera lo acepta, a pesar de que la educación que se imparte en las facultades de enfermería siempre se basa en la colaboración y la complementación de los dos profesionales y nunca como una relación de subordinación (Meleis, 1997).

La evidencia muestra que muchos médicos no tienen claro el papel del profesional de enfermería (Sirota, 2007), tienden a ver la colaboración con los profesionales de enfermería como algo que merma su papel de autoridad y que debe estar enfocada al desarrollo de habilidades prácticas, situación correspondida por el personal de enfermería, que en su mayoría acepta una relación de subordinación a los médicos, sin verse mutuamente como colaboradores en el bienestar de la población.

Las siguientes expresiones de médicos entrevistados dejan ver esta forma de pensamiento, en la que, la enfermera se ubica no solo como un personal de apoyo, sino como un objeto de su propiedad.

Yo siento que sí, debe haber cooperación, por ejemplo, si tú como médico estás en ese momento en una urgencia, y tu enfermera puede apoyarte, pues te apoya (Julia, médica).

En muchas ocasiones, este apoyo consiste en preparar los instrumentos o utensilios para que el médico realice la actividad principal, en este caso, el médico percibe que la toma del Pap es rápida, dado que es la enfermera la que les tiene todo preparado.

Las enfermeras se organizan de tal forma que ya tienen la laminita, ya nada más la marcas, ya tienes hasta la mesita casi lista para tomarlo (Julia, médica)

En la investigación realizada, es notorio que cada profesional asume un papel independiente, dejando las actividades técnicas (toma de muestras, de signos vitales, aplicación de vacunas) al personal de enfermería y reservando para el médico la responsabilidad de diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lo cual está justificado

por los conocimientos que el médico posee con respecto al funcionamiento del cuerpo humano.

Los médicos y las enfermeras identifican diferencias entre estas profesiones basadas en los conocimientos y habilidades propios de cada una. De manera silenciosa, con su manera de actuar manifiesta que la enfermera es de un nivel jerárquico inferior al médico y que su papel consiste en ayudarlo a realizar su trabajo.

Por otro lado, la actitud de las enfermeras es de inferioridad ante el o la médico, aun cuando tengan el mismo nivel académico de licenciatura. Consideran que no tienen conocimientos suficientes para la atención de las mujeres o para la identificación de lesiones y que el médico es el que posee ese conocimiento.

Se pone de manifiesto en este escenario lo sostenido por la teoría Taylorista, que clasifica a los trabajadores en dos clases, los pensantes y los ejecutantes. Los primeros, agradecen trabajar pensando, mientras los segundos agradecen que los liberen de pensar. Esta diferencia genera división drástica de funciones, donde el personal médico admite el papel pensante y las enfermeras asumen el papel de ejecutantes.

Esta percepción se refuerza al observar que sin importar el nivel de estudios, el personal de enfermería está convencido que sus habilidades y destrezas se fortalecen cuando realiza el mismo trabajo por largos periodos, lo que le da la experiencia y la habilidad para desempeñar una actividad en particular, tal es el caso de la toma de muestras cervicales, al considerar que por realizar la obtención de muestras por

muchos años, la enfermera se vuelve experta en la realización de los procesos correspondientes.

Así la relación ideal de cooperación entre ambos profesionales se convierte en expresión de jerarquía en la que a enfermera adopta un papel de subordinación al médico, considerándose sólo como un apoyo que realiza las actividades ejecutantes (como la toma del Pap o la vacunación) y el médico es quien se ocupa de la atención de enfermos (actividad pensante).

7.2.4.2. Experiencias laborales

La presente sección incluye las experiencias del personal entrevistado en la interacción con las personas de la comunidad, con las mujeres a quienes se dirige el programa y con la enfermedad objeto del mismo.

La importancia de la indagación sobre estas interacciones estriba en que estos contactos, interactuando con las expectativas de los profesionales, contribuyen a generar los pensamientos, emociones y estados mentales que forman la experiencia laboral global y que afectan profundamente el comportamiento en el trabajo.

Sobre la base de Meyer y Schwager (2007), podríamos definir una experiencia laboral como la respuesta interna y subjetiva de los trabajadores ante cualquier contacto directo o indirecto con alguna práctica, política o procedimientos de gestión de personas.

7.2.4.2.1. La comunidad: ignorantes y exigentes, auto cuidado y dependencia

En este apartado se presentan las expresiones de los entrevistados que se refieren a la comunidad en la que han tenido experiencia laboral, incluye la forma que piensan de mujeres, hombres y niños de la comunidad.

En general, tanto médicos como enfermeras perciben que la población a la que atienden vive en condiciones de pobreza, que cuentan con un nivel educativo bajo, carentes de seguridad social y que necesitan del servicio que este personal les presta por medio de los servicios de salud. Identifican que, a pesar de que la población requiere de sus servicios, existen los que se molestan cuando se les insiste en la realización de exámenes diagnósticos que solo les benefician a los mismos pacientes, siendo en ocasiones objeto de insultos y groserías al sentirse agredidos o presionados por la insistencia del personal sobre el denominado auto cuidado de la salud, que desde la perspectiva hegemónica hace responsable al sujeto de su salud, considerando que es el médico y la enfermera quienes tienen la autoridad y responsabilidad de fomentarlo.

...salía yo para convencerla, y me decía con palabrotas, me decía “no” dice, “si yo en mi vida, me he hecho, no, no”. Y ya le explicaba yo, mire “no, no, no, ya me explicaron varias veces”, no va a venir usted a cambiarme de la noche a la mañana mi opinión, nadie me va a ver (Leticia, enfermera.)

Refieren que otro motivo de enojo de los pacientes es cuando se les hace esperar para recibir la consulta o el servicio que solicitan o no son atendidos en el horario que les corresponde. Las respuestas de la población hacia ellos son percibidas de diversas

maneras, de agradecimiento, de sometimiento a las indicaciones del personal, de confianza y hasta cierto punto de dependencia en el personal lo que manifiestan cuando al ubicarlos en otro servicio o CS la población demanda que los mismos prestadores les brinden la atención.

Existe sin embargo, un lado no tan grato, situaciones en que el paciente se coloca en una posición de cliente, que exige una atención pronta y eficiente, aunque el paciente haya tardado mucho tiempo para acudir a solicitar ayuda, que amenaza e insulta al personal lo que sin duda les desagrada, más aún considerando que el personal no tiene las mejores condiciones laborales, careciendo en ocasiones hasta del pago por sus servicios situación que le genera frustración porque no está en sus manos resolver. El siguiente fragmento da cuenta de ello

el sábado pasado de hecho, que no hubo medicamento y ellos "¡no, pero pues es que para eso les pagamos!"³⁴, que no sé qué...y yo dije "pues sí en parte tienen razón, pero...pues sí no lo hay no, ya no es cuestión mía (Martín, médico pasante).

Saben que la población no confía en el personal cuyas características físicas son reflejo de la juventud, lo que es evidente en los médicos pasantes en servicio social, esta situación es traducida por los usuarios como inexperiencia profesional y genera desconfianza en la atención que brindan.

Pues, fíjese que...es curioso porque igual, como uno es nuevo, como que

³⁴ Los médicos pasantes en servicio social no reciben un sueldo. Los servicios de salud les otorgan una beca a alumnos que hayan estudiado la carrera de medicina en Instituciones Educativas del País, son de Tipo C, la cual equivale actualmente a Dos mil quinientos pesos 00/100 mensuales (SSM, 2011).

igual varía dependiendo de la gente, porque hay gente que este, lo ve a uno pus, medio joven, ay sí, y así de "¡ah, usted es el doctor!", y yo "pus sí, yo soy el doctor", "no, es que parece un niño", no pus sí yo soy el doctor, bueno, igual mi voz no me ayuda mucho, pero bueno (Martín, médico pasante).

Otra de las formas en que el personal de salud percibe a la comunidad es que esta se vuelve dependiente del Sistema de Salud, ya que se ha acostumbrado a recibir la atención de servicios sin que los solicite. Experimentan la sensación de que el hecho de que los programas como vacunación, P.F. o control del embarazo se lleven a los domicilios de los pacientes, hace que estos no sean valorados. La comunidad considera que el personal de los centros de salud debe ocuparse por la salud de sus habitantes y estar al cuidado total de la gente de la comunidad en la que está inmersa, pero considera inadecuado que el sistema fomente que sea el personal de salud quien deba ir a buscar a los pacientes a sus casas para brindarles la atención que beneficiará a los mismos habitantes. Así lo expresa la enfermera Rosa:

Es un matriarcado tenemos acostumbrados a los pacientes de que todos les decimos en su casa, todo. Entonces, pues en eso consiste ¿no? el sistema, está mal. No viene el niño a vacunarse, ¡ay! la mamá ya sabe, hasta nos han dicho "si ya nada más la estaba esperando a que viniera, sí, sí, sí es que ya sabemos, ¿para qué voy hasta allá?" Pasa así, entonces ya sabe, no viene el niño a vacunarse, pues nosotros vamos a vacunarlo a su casa.

De esta forma, la población espera pacientemente a que sea el mismo personal médico quien vaya a sus casas a buscarlos para aplicarles las vacunas a sus hijos en la fecha en que les corresponde o a entregarles los resultados de sus pruebas de detección, acciones impuestas al personal de salud y que es contraria a la posición hegemónica de auto cuidado.

Surge en estos hechos una gran controversia, desde la perspectiva hegemónica, es el paciente quien debe hacerse responsable del cuidado de su salud, acudir al médico si está enfermo, realizarse detecciones, vacunar a los hijos, etc. pero se le enseña, a través de las acciones de los servicios de salud que el personal médico y los servicios llegan a su casa sin que lo solicite y de manera gratuita, lo que hace que el trabajador de la salud pase continuamente de un extremo de autoridad a otro de subordinación ante la población.

El personal de los centros de salud sabe que una de sus funciones es el establecer relación con la comunidad. Sin embargo identifican como una barrera el proceso de comunicación, situación que afecta desde el entendimiento y comprensión de las indicaciones dadas a cada paciente, hasta la interacción con las personas de la comunidad. Por ello, usan como estrategia el apoyo de los líderes considerando que son a quienes la gente va a escuchar. Esta es la función que consideran más difícil, porque al tratar de acercarse a ellos para solicitar su apoyo en la coordinación de actividades de promoción y prevención como es el establecimiento de puestos de vacunación en las localidades para acercar aún más los servicios, los médicos perciben que los líderes “no entienden” lo que el personal intenta decirles

¡Híjoles! Ahorita me estoy enfrentando a lo difícil de relacionarme con las otras autoridades, por ejemplo con el pueblo, con el presidente, con todo eso es un poquito más... difícil, como que no, no me entienden lo que estamos haciendo más que nada (...) ellos son las autoridades del pueblo, y ellos nos ayudan a comunicarle a su pueblo, porque como son autoridades pues la gente los va a escuchar, los va a oír, y les va a decir ¿no? (Beatriz, médica).

Se nota así una forma de pensamiento médico, considerándose externo a la comunidad, que percibe a las personas como incapaces de comprender los beneficios que obtendrán para su salud. Cabe aquí la interrogante sobre si el médico pretende realizar acciones en beneficio de la salud de la población por propia convicción o sólo utiliza a los líderes con el fin de que le facilite realizar las actividades impuestas por las autoridades sanitarias y de lograr el cumplimiento de objetivos de determinados programas. Estas actividades para las que el médico solicita apoyo de los líderes de la comunidad, por lo regular carecen de continuidad, se realizan eventualmente y cuando se intenta cubrir en uno o dos meses las metas planeadas para todo el año. Al ver este panorama, es entendible la dificultad que los médicos enfrentan al solicitar el apoyo de las autoridades locales, dado que no se busca una comunicación continua y permanente y los beneficios a la salud no son percibidos por la población de manera continua, ni objetiva, ni a mediano ni a largo plazo.

El personal médico dista mucho de tener un conocimiento pleno de lo que es la participación comunitaria, a la que consideran como una actividad que implica el acercamiento con líderes, para el logro de cumplimiento de metas, lo que bien puede

calificarse de utilización de la comunidad. El personal no considera que la participación comunitaria incluye actividades de salud en centros escolares, en lugares de empleo, asesoría en saneamiento básico, así como campañas de vacunación, mismas que no realiza porque estas no son demandadas por las autoridades jurisdiccionales, quienes piden un reporte de pláticas (consideradas como acciones de promoción) otorgadas a la comunidad sin importar quién, cuándo o cómo se hayan impartido. En observación personal de la autora, se pudo constatar que dichas pláticas son impartidas, a solicitud del personal de salud de los centros, por mujeres del programa oportunidades, con lo que obtienen una participación dentro de este programa de beneficio social para asegurar su permanencia en el mismo, lo que hace evidente por un lado, la función normatizadora de la medicina y por otro, la confusión entre participación comunitaria y utilización de la población. Es por demás decir la calidad de la información proporcionada por estas mujeres sin formación médica y en ocasiones analfabetas sobre aspectos de salud y el impacto que estas tienen en la población, la cual carece de importancia, dando prioridad al reporte de una cierta cantidad de asistentes a un determinado número de pláticas.

7.2.4.2.2. La mujer: sumisa y renuente

El rol de género es una categoría del análisis sociológico que se refiere a las asignaciones –relativas a las formas de ser, de sentir y de actuar– que una colectividad señala a las personas que la integran. El presente capítulo comprende todo lo que los entrevistados expresaron a cerca de las mujeres, quienes forman el denominado “grupo blanco” del programa DOC.

En general, el personal percibe que las mujeres se preocupan constantemente de cuidar la salud de sus familiares o dependientes dejando su propio cuidado en último lugar. Justifican que la detección tardía o incluso la desatención del cáncer cervical se ve influenciada por la falta de conocimiento de las mujeres sobre este problema de salud. Veamos el comentario de una enfermera:

Esta paciente me acuerdo bien de ella, doña Carmen, porque a ella se le ofertaba, tenía el Programa de Oportunidades, y se le ofertaba cada vez que venía, y decía que no, se negaba (...) Tenía a cargo a sus nietos, (...) eran como cinco o seis nietos, ella vendía elotes, y me acuerdo bien porque me decía, este, mi compañera “ya le oferté el Papanicolaou”, pero no quiere (Leticia, enfermera).

Las enfermeras, perciben a las mujeres como sumisas, con falta de autonomía, dominadas por su pareja del sexo masculino y carentes de posibilidad de tomar decisiones por sí mismas sobre aspectos de su vida personal, familiar y sobre su propia salud, lo que, desde su punto de vista, repercute directamente en las actitudes que las mujeres toman ante el uso de métodos anticonceptivos y en la demanda de servicios de salud relacionados con aspectos de la sexualidad, como son la toma de Pap y la exploración mamaria. De igual manera, reconocen que en el medio rural, son los hombres quienes deciden sobre la asistencia o no de sus mujeres a los centros sanitarios. En el caso del programa DOC, por las características inherentes a la toma de muestra cervical, se ve obstaculizada por todo lo que implica la revisión ginecológica.

En la actualidad son hombres machistas que a veces las señoras acuden a realizarse el Papanicolaou pero con el riesgo, para que los esposos no se enteren, realmente es un pueblo y todavía vivimos así (...) hay veces que hay personas que no se lo vienen a tomar por esas, por esa situación, en otra porque como le acabo de mencionar sus esposos no las dejan, hay quienes las tienen muy controladas (Juana, enfermera).

En esta investigación se encontró que existe una mayor identificación del personal de enfermería con las mujeres de la comunidad, lo cual, según su percepción es por el hecho de pertenecer al mismo sexo, sin embargo esta identificación no se da de la misma forma con las médicas, las que conservan una postura de dominio y distanciamiento hacia las mujeres de la comunidad. Algunos aspectos que pueden favorecer esta identificación pueden encontrarse en el hecho de que por lo regular, las enfermeras provienen de un medio socioeconómico bajo, viven (y en ocasiones toda su vida han vivido) en la misma comunidad en donde trabajan, comparten hábitos, costumbres y conocen a la población a la que atienden por convivir con ella día a día. Las enfermeras consideran que las mujeres carecen de autoestima, que no se quieren y que dan más importancia a su rol como madre y ama de casa que a su salud. Por ello, realizan constantes intentos para convencerlas de tomarse la citología, los que no siempre son exitosos, teniendo que soslayar barreras como la edad, las creencias o el pudor de las mujeres.

...yo apenas fui con una señora que estaba muy negativa, no quería ir a atenderse, pero ya hablé con ella (...) le digo "quíerese usted" y estuve hablando con ella (Rosa, enfermera).

Comprenden el nerviosismo que presentan las mujeres cuando acuden a la toma de muestras, especialmente la primera vez, entienden que no es fácil dejarse ver los genitales por extraños y que en muchas ocasiones manifiestan que ni siquiera su pareja les ha visto esa parte de su cuerpo.

O sea que pues ya ve que la gente, ya señoras grandes, este, “pues no señorita, es que, a mí nunca nadie me ha visto en la vida, ni mi marido, y así como qué, “¿ay, pues como que ni su marido?” -“No señorita, es que con la luz apagada” y no sé qué, y no sé cuándo, te pues cómo, no, o sea (risas) Si ¿no? Porque así le decían, con la luz apagada (risas), las señoras ¿no? (Risas) “No señorita, es que no, cómo me van a ver, y no señorita así con la luz”(Risas) Y pues sí, como que a uno si le da trabajo pues convencer a ese tipo de, de personas, con esa cultura, con esa educación ¿no? (...)
Pero pues después de estar uno como cuchillito de palo (Juana, enfermera).

... el simple hecho de que nosotras las vemos les da mucha pena (...)
vienen por primera vez, y eso es lo primero que nos dicen, que es por pena, porque no quieren que las vea uno (Leticia, enfermera).

Al mismo tiempo, están conscientes de la influencia que tiene la sociedad en la manera de pensar y de comportarse de estas mujeres cuando escuchan comentarios como que duele, que no sirve, que te esteriliza, etc., como lo relata una enfermera

por ejemplo se van por experiencias de otros pacientes, que luego les dicen “no, no te vacunes porque duele, porque me enfermé, porque me dio gripa.

O no te hagas el Papanicolaou porque me lastimaron”. Y yo les “no aprendan de las experiencias de las demás personas, ustedes vengan y cada persona es diferente”, por ejemplo en las vacunas pues cada persona tiene diferente organismo y a lo mejor en ese momento que se vacunó estaba más sensible y por eso se enfermó, pero ustedes vengan, igual y a lo mejor a ustedes no les da reacción. E Igual el Papanicolaou igual, usted venga cuando le hagan su Papanicolaou usted va a tener su propia experiencia, no la de los demás”, porque muchas personas se basan en su experiencia de las demás personas, y entonces no vienen, no vienen (Juana, enfermera).

En especial, el personal de enfermería, al referirse a las mujeres o a los procedimientos que les practican, utilizan términos en diminutivo (caderita, piernita, cuellito, colita, cartillita, m´hija) lo que, de acuerdo a cada teoría, suele interpretarse de diversas maneras.

Esta forma de referirse a las mujeres está cargada de la subjetivización de la enfermera (Bertucelli, 1996). Es una manifestación de cariño o compasión (Bello, 2004) pero también hace alarde de la jerarquía racional entre la enfermera y la paciente (Reynoso, 2005). El diminutivo en la comunicación de las enfermeras puede interpretarse como la asunción de una postura maternal, de cuidado y protección.

Contrario a la forma en que la enfermera visualiza a la mujer, el personal médico, independientemente de su sexo, la perciben con una visión de la medicina hegemónica. Suelen definir las como apáticas, sucias y con poco interés por su salud.

De una manera más fría, las catalogan en un nivel inferior, incapaces de entender lo que los profesionales les dicen, las perciben como entidades, como objetos en los que hay que trabajar y quienes son parte de su productividad, resultado de la cosificación por parte de la institución de la que son objeto.

Las observaciones realizadas en torno a la percepción de la mujer en este trabajo, dejan claro que la profesión, más que el sexo, ejerce un efecto importante en la percepción que tienen de las mujeres y por ende en la forma en que la tratan, entienden su forma de pensar y de actuar y la apoyan en el cuidado de su salud.

7.2.4.2.3. El cáncer...susto, miedo y lástima

Este código incluye todo lo que el personal expresó a cerca del cáncer cervical. Para ello se realizó la pregunta respecto a lo que sentiría la entrevistada si fuera diagnosticada con alguna lesión precursora de cáncer y en el caso de los hombres, si esa situación se diera en su pareja.

En todos los entrevistas se observó que conciben a esta enfermedad como una de las más terribles debido a los estragos que causa en quien lo padece. Tienen claro que un diagnóstico de lesión cervical, sin importar el tipo o gravedad, tiene implicaciones en la vida de las personas, en su estado de ánimo, en su economía y en su estabilidad emocional y familiar.

Los términos con los que el personal se refiere más frecuentemente al cáncer de cuello de útero son “displasia”, “NIC”, “problema” o “cáncer” sin diferenciar el grado de lesión y sin atreverse a llamarle por su nombre. Los términos como cáncer cervical o cervicouterino no fueron mencionados en forma espontánea por las participantes, a

pesar de conocer el término. El personal mencionó abiertamente sentir temor ante la amenaza de un diagnóstico de displasia si fuera a un familiar o a la misma entrevistada, lo que, según estudios realizados se debe a la relación que el sujeto hace del cáncer con la muerte o bien percibiéndola como una enfermedad incurable y dolorosa. En el caso de que se tratara de una paciente, mencionó sentir compasión o lástima porque el cáncer representa muerte, dolor, tristeza, desesperación, gastos económicos, tratamientos invasivos.

Así lo expresa el médico Pedro ante la situación hipotética de que su esposa fuera diagnosticada con alguna lesión cervical.

...lo primero el susto ¿no? Este, temor, pero a la vez alivio de una detección a tiempo, porque eso sí me, diría "bueno, lo bueno que es a tiempo. Una detección de esas, o cualquier tipo de cáncer este, pues, hay que hacerse sus chequeos anuales o, muy o muy consecuentemente para en una de esas situaciones pues se actúe a tiempo y, como sabemos, pues es curable

En cambio, su respuesta al tratarse de una paciente la que tuviera ese diagnóstico, su respuesta ya no fue de temor, sino de compasión, de ganas de apoyar a la paciente y de infundirle esperanza en una cura, de ser parte de la recuperación de la salud:

...hay que ayudarla. O sea, compasión de hecho, este, no se acaba, hay que luchar, para curarla (...) tratar de, de echarle la mano (Pedro, médico)

El pasante Martín reflexiona sobre el impacto que una noticia como esta puede tener en otra persona, por el temor a morir. Sin embargo, considera que dar una explicación del problema puede traer calma, o bien puede generar resignación ante la

probabilidad de no tener alternativa, piensa que las explicaciones que el médico brinde al paciente influyen en cómo se enfrenta esta difícil situación

decirle a alguien "tienes cáncer", o "tienes una lesión que se puede hacer cáncer", pues sí, los impacta pero si uno les explica los cuidados que deben de tener (...) me tocó, que sí, el doctor sí le explicó (a una paciente) bien a consciencia que pues no era una lesión maligna, pero que debía de tener cuidado por esto, y esto y esto, igual tal vez lo aceptó, en el momento pues no le quedaba de otra.

Las enfermeras de los centros de salud saben, por las experiencias que han tenido que cuando a una mujer se le da un resultado anormal del Pap, es presa de sentimientos de depresión, angustia, de temor a una muerte próxima inminente, se enfrenta a una situación en la que tendrá que realizar gastos monetarios extras, o bien de estar sufriendo un castigo divino lo que ocasiona que no quieran continuar con el proceso de diagnóstico o tratamiento, por considerarlo inútil o costoso.

Por ello, las enfermeras refieren experimentar sentimientos de lástima hacia la mujer que tiene algún tipo de lesión e intentan comprender su situación y apoyarla en los aspectos económico y moral.

¡Híjole!, pues sienten que se les viene el mundo encima, ¿no?, porque a veces la mayoría son señoras que trabajan, que son el sostén de su casa, y pues les dices "estás mal" ¿qué hacen, no? Sí, pero pues, bueno, al menos yo trato de decirles pues de que, pues no es definitivo los resultados,

pero que se tienen que ir a continuar su tratamiento, que la colposcopia, lo que le vayan a hacer, para que pues descarten y que pues todo tiene remedio ¿no?, o sea, ahí yo les he dicho, tiene solución, no crea que si les diagnostican algo malo ya se va a morir, no. Se puede, pero es cosa de que quieran, de que sí quieran ustedes atenderse y todo (Juana, enfermera).

También refieren y expresan tristeza cuando detectan la enfermedad en una mujer y ésta muere. Así relata una enfermera el caso de una paciente que murió por CaCu.

“En cierto día vino a consulta porque se sentía mal de, de su colita decía ella, entonces la vio el doctor, entonces ya el doctor me dijo, este “aprovechamos, le demos una revisión ginecológica”, entonces yo ahí aproveché para hacerle el Papanicolaou, obviamente no le dije en el momento le voy a hacer Papanicolaou. “Le vamos a revisar eh, le vamos a limpiar” y le, le hice el Papanicolaou. Ya después le expliqué, ya cuando salió de consulta le dije “aproveché y le hice el Papanicolaou”, porque ella no quería, pero desgraciadamente el resultado fue, por decir se le entrega eh, hoy, como a los dos meses ella fallece, nada más alcanzó a ir a una cita a México ya, a oncología, fue muy rápido, mjum. Pero ya venía con olores fétidos, ya venía mal, incluso la muestra cuando se la extraje la muestra era casi pura sangre. Ya su cérvix no se visualizaba, era como... pura sangre, como... como una flor (Leticia, enfermera).

En esta situación, el personal se da cuenta que ya no hay mucho que hacer, que la paciente está en un estado de gravedad tal que la muerte está próxima, despertando

un sentimiento de tristeza y compasión por la enferma y por que dejará a las personas que tiene bajo su custodia o responsabilidad.

...detrás de esto hay sus nietos, los dejó, sus hijos, sus hijas, ella las apoyaba, a sus hijas, y pues sí, aunque yo la conocía porque la veía vendiendo cuando yo salía así con mis amigas, vendiendo elotes estaba muy apurada la señora (...) era una persona muy regañona con sus nietos, venían y los nietos corrían y los regañaba (...) Y sí así que me dio tristeza (Leticia, enfermera).

Ni las enfermeras y ni las médicas se han detenido a pensar que sucedería si ellas se vieran afectadas por esta enfermedad.

La enfermera Lucia, manifiesta así su temor de padecer CaCu:

...creo que, que sería una, pues una noticia fuerte, pues no sé, la verdad, nunca, nunca me he puesto a pensar eso ni me he hecho esa pregunta pero pues yo creo que sería algo triste, algo, algo desesperante, pues algunas personas yo he visto que, que piensan que teniendo cáncer dicen "me voy a morir, voy a morir" (...) pues yo siento que sí me daría miedo (...) entonces sí me daría miedo que tuviese. No, no estoy preparada pues, para eso, nunca me he hecho esa pregunta hasta apenas ahorita.

Este mismo temor al CaCu la incapacita para dar un resultado positivo a una paciente con la consecuente orientación e información:

...¡ay no!, sería algo muy fuerte, ay, no sé, no Dios mío, no sabría ni qué decirle, no pues (...) desde que es NIC I, porque con el simple hecho de que sale que es NIC I es, para nosotros, bueno al menos en mi persona, feo, porque decimos que hay algo más ¿no? (...) como que, pues sí siento una sensación ¡uy! que, como miedo. (Lucía, enfermera).

Los términos relacionados con el cáncer cervical fueron: quimioterapia, radiaciones, dolor, gastos. Una muestra de lo que el personal femenino siente con respecto a esta enfermedad en otras mujeres es visible en los siguientes fragmentos:

...porque les dan quimioterapias, les dan radiaciones y todo, digo, pero pues tienen que ser fuertes, tienen que salir adelante porque, porque sí se puede hacer (Juana, enfermera).

...me da tristeza, porque igual a lo mejor ya está muy avanzado su problema ¿no?, este... me preocupó (Patricia, enfermera)

La medicina impone su hegemonía en el pensamiento de la totalidad del personal entrevistado, que afirma que este cáncer es prevenible, siempre y cuando la mujer (responsable de su salud) realiza el auto cuidado, por lo que, en caso de presentar una lesión precursora de cáncer o CaCu en etapa avanzada, la culpa recae en la paciente o bien en su familia y en menor proporción en el personal de salud.

¿Qué pensaría? hójole, pues que no tuvo el cuidado tanto la paciente, el familiar y quien lo atendió (Martín, médico pasante).

El personal entrevistado maneja de manera paralela el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino, debido a que cuando una mujer acude a la toma de Papanicolaou, de acuerdo con lo establecido por la NOM 014 también ese le practica una exploración mamaria. Identifican claramente que son enfermedades de la mujer, que tienen altas tasas de mortalidad y las reconocen como importantes causas de mortalidad en la mujer a pesar de no tener datos exactos de estas cifras³⁵. Sin embargo, no se detienen su carrera de logro de metas para reflexionar sobre la responsabilidad de los servicios de salud, y en el papel que juegan en la salud de la colectividad o acerca de la importancia de las acciones del personal en el primer nivel de atención.

Los relatos y las expresiones de los entrevistados manifiestan un gran temor a la enfermedad, muestran que no están exentos del miedo que genera un diagnóstico de cáncer. El personal sabe que si bien existe tratamiento, su éxito depende del momento en que se detecte la enfermedad y de la prontitud con que se reciba el tratamiento, lo cual, está ligado a condiciones como pobreza e ignorancia, situación que genera lástima por las mujeres de la comunidad que lo sufren.

7.2.4.3. La prevención: importante sólo en el discurso

³⁵ En una reunión con el personal directivo del programa a nivel estatal, al cuestionarle a uno de ellos, cuál era la tasa de mortalidad por CaCu en su área de influencia, mencionó que no existía ninguna defunción desde hace más de cinco años, lo que llevó a pensar respecto a la forma en que se justifica la mortalidad, de esta forma pude comprender que no se tiene conocimiento real de los eventos de salud por parte de las autoridades, lo que impide de manera importante la identificación de problemas y por ende su solución. El personal de la Secretaría de Salud, asume que el total de defunciones que ocurren en el estado, suceden en mujeres derechohabientes del IMSS o del ISSSTE, siendo que a nivel nacional y estatal se reporta que el 75% de las defunciones por esta causa ocurre en mujeres no derechohabientes.

El personal de salud identifica que sus funciones, sus funciones en el primer nivel de atención son relevantes y de igual o incluso mayor importancia que las correspondientes al segundo o tercer nivel, pero expresan que este sentir no es generalizado. Experimentan un escaso reconocimiento profesional y económico, reconocen que la población demanda atención curativa, que no valora las acciones preventivas, por tanto, manifiestan que debe darse mayor importancia a la prevención, lo cual no se hace manifiesto ni en las prioridades de la institución en particular ni en la sociedad en general.

Hay otras situaciones, otras cosas importantes (...) no es muy remunerado pero muy importante (...) debe ser de los más importante, así como un especialista en su ramo (...) luego (los pacientes) se van con especialistas y, y pues andan rodando, rodando, rodando y hasta que les orienta bien otra vez (Pedro, médico).

Surge aquí un sentimiento más de ambigüedad y de contradicción, al considerar que si lo más importante en los aspectos de salud es la prevención y ésta es responsabilidad del primer nivel de atención, es éste el que debería tener mayor cantidad de recursos, más atención y mejor reconocimiento tanto social como institucional, sin embargo esos son privilegios de los que goza la medicina especializada.

7.2.4.4. El programa DOC: Muy importante pero poco conocido.

Entre el personal médico se observa menor conocimiento de la existencia del programa DOC que entre las enfermeras. No obstante que el programa tiene más de

30 años de haberse iniciado en forma masiva a nivel nacional, existe desconocimiento de los lineamientos, guías clínicas u otros detalles del mismo, incluso las siglas del programa. Uno de los médicos de contrato entrevistado dio la siguiente respuesta al ser interrogado sobre el programa DOC.

Deee O.C. Las siglas O.C. es... bueno no sé qué significa exactamente.

O.C. Este, si me las describe a lo mejor. (Pedro. M)

Cuando se le explicó a que se referían esas siglas, el comentario fue:

¡Ah!, ¡Detección Oportuna de Cáncer! Sí, eh, en pues bueno, la detección oportuna de cáncer pues realmente está, vamos avanzando ¿no? En, en la costumbre de las detecciones, porque antes no, no teníamos. De hecho esto es nuevo, tendrá un año, año y medio (Pedro, médico).

La desinformación también prevalece entre los médicos pasantes, lo que refleja la poca relevancia que se da al programa DOC en las Instituciones educativas, en donde, de acuerdo a lo dicho por los entrevistados, no reciben información sobre el mismo. Martín, pasante de la carrera de medicina, desconoce la existencia del programa, sus objetivos, actividades, metas y en general, todo lo relacionado.

No, la verdad no. Le digo, como llevo cuatro días. mmm, mmm (negando con la cabeza). Este mire, no, la verdad le seré sincero, llevo cuatro días aquí, y no pues si acaso ahorita porque me, me comentó de lo que significa pero no. No. ¿Cómo dice que se llama? (risas), a ver deje hacer memoria (Martín, médico pasante).

Es importante considerar que además, el personal no tiene conocimiento de que existe un documento donde se establecen los criterios de homologación sobre promoción, detección y prevención, este documento es la Guía de práctica clínica. El único documento que reconoce como normativo del programa es la NOM 014, que aunque no todos tienen el conocimiento del nombre o número de la norma ni la tienen de manera accesible en sus áreas de trabajo, sí la mencionan con mucha frecuencia, situación que prevalece en todo el personal. Es importante mencionar que si bien saben de su existencia no conocen realmente los contenidos de la misma, mencionando sólo lo correspondiente a la prueba de Papanicolaou y considerando que es un documento que puede servir como material didáctico, situación que dista de la realidad, ya que este documento no incluye la manera de realizar los procedimientos. La enfermera Guadalupe, así lo expresa:

es una norma que no es, se trata de unificar criterios, no nada más que yo tenga mi criterio propio, sino que trata de que todos, todos, todos tengamos un propio, un propio procedimiento, y que todos hagamos, y sigamos, este, eh, eh, la realización del procedimiento de la toma de, del Papanicolaou por ejemplo. Entonces se trata de unificar criterios y seguimientos que se tienen que realizar (...) Eso es muy bueno, es muy bueno porque nos ayuda, inclusive cosa que no sabemos podemos ir a la Norma y decir “¿sabe qué? Así se hace”, entonces nos ayuda mucho, este, para, para aprender (Guadalupe, enfermera).

En la NOM 014, también se marca la forma en que una paciente debe ser tratada de acuerdo a su resultado, los centros de atención a donde debe ser referida y los

procedimientos que se le deben practicar, siendo el médico quien entrega los resultados positivos a cáncer, debería ser quien tuviera un dominio sobre este fragmento de la norma, sin embargo, existe desconocimiento de los procedimientos a seguir, lo que se hace manifiesto en la respuesta de un médico pasante en Servicio Social que refleja su percepción de la NOM como un documento con mucha palabrería, lo que puede deberse a su desconocimiento sobre el contenido de la misma:

Más o menos, le voy a ser sincero, más o menos. Sí, sé que, obviamente, igual, ya casi me exhibí, tengo que obviamente leer más, pero sí es, tengo el conocimiento de que, este, existen obviamente los grados de malignidad, NIC I, NIC II, NIC III o lesión, es que también depende de la clasificación, porque también hay clasificación de Bethesda y no me acuerdo que otra clasificación y ahí de lesión intraepitelial benigna, lesión intraepitelial maligna, bla, bla, bla, bla, bla; pero eso sí, la verdad necesito leerlo un poquito más pero sí, más o menos conozco la normatividad y de este, del número de Papanicolaous que hay que hacerse dependiendo del tipo de lesión que salga es si se manda a hacer ya sea en un año o en seis meses, es lo que más o menos tengo conocimiento, así a grandes... (Martín, médico pasante).

Algo que sorprende es el hecho de que como profesional de la salud, el médico asume que la culpa del desconocimiento es del mismo profesional y que es su responsabilidad el saber más, de leer más, de conocer más sobre el programa.

7.2.4.5. Personal capacitado sin capacitación

Este rubro incluye lo que los entrevistados refirieron en torno a lo que en el ambiente de la Secretaría de Salud el personal denomina como capacitación.

El personal que participó en esta investigación, refiere que esta consiste en asistir a cursos que imparten los Servicios de Salud sobre cualquier tema, tenga o no relación con sus actividades, para cuya asistencia deben ser “invitados” por sus autoridades, quienes autorizarán el pago de viáticos y su comisión (permiso para no asistir a sus centros de trabajo durante el tiempo que requiere el curso), ya que la asistencia a estos cursos implica ausentarse de su área de trabajo, la suspensión temporal de sus funciones así como el gasto monetario en traslados y comidas.

La Secretaría de Salud, en la normativa institucional a través del portal de la dirección general de recursos humanos identifica a la capacitación como “una herramienta fundamental para la administración de los recursos humanos. Asimismo señala que esta mejora los niveles de desempeño y es considerada como un factor de competitividad en el mercado actual”

Como es posible observar existe una marcada diferencia entre lo que es para el personal la capacitación, porque así lo vive, y lo que la Secretaría, en su discurso establece como tal. Aunado a esto, la definición de la Secretaría de Salud dista del concepto de capacitación en el ámbito laboral, que la define como un conjunto de actividades que se relacionan con el trabajo cotidiano, que pueden ser transformadas y actualizadas en un entrenamiento permanente que, otorgado de manera individual

proporciona a la persona conocimientos, experiencias y habilidades necesarios para el desempeño de las funciones del puesto que le ha sido asignado.

La institución no considera a la capacitación como una necesidad ni como la alternativa para la actualización del personal de salud y menos aún como algo imprescindible para el logro de objetivos de programas de salud, sino que se le considera como una herramienta sólo para la administración de recursos humanos y como un factor de competitividad, pero no dentro de la institución, sino a un nivel de mercado.

No obstante la conceptualización meramente administrativa, mediante la capacitación, la Secretaría de Salud pretende preparar al personal para la ejecución inmediata de las diversas tareas del cargo; proporcionar oportunidades para el desarrollo personal continuo, no sólo en su cargo actual, sino también en otras funciones en las cuales puede ser considerada la persona; proporcionar a la dependencia recursos humanos altamente calificados en términos de conocimiento, habilidades y actitudes para un mejor desempeño de su trabajo; mantener a los empleados permanentemente actualizados frente a los cambios científicos y tecnológicos que se generen proporcionándoles información sobre la aplicación de nueva tecnología y lograr cambios en su comportamiento con el propósito de mejorar las relaciones interpersonales entre todos los miembros de la dependencia.

Surgen aquí mas contrariedades, la Secretaría de Salud define a la capacitación en el discurso como una herramienta, pero la proyecta como un privilegio, mientras el

personal lo identifica como una necesidad y lo percibe como una forma más de manipulación

De acuerdo con lo expresado por los participantes, consideran que la función educativa en los servicios de salud carece de seriedad, constancia, y equidad. La forma en que esta es impartida la hace ser vista como un premio o un privilegio en la mayoría de las veces al personal directivo. Cabe hacer notar que estos cursos pueden reforzar áreas tanto administrativas como operativas. Cuando los cursos son para reforzar habilidades operativas y son recibidos por el personal directivo, no les es de mucha utilidad por no ser quienes ejecutan lo impartido en dichas capacitaciones. Así lo expresa una pasante de medicina

...falta capacitación para todo el personal, porque normalmente quien va a capacitación es el director de la unidad o en su caso del jefe de enfermeras y entonces el resto de médicos que trabaja aquí, el resto del personal, en muchas de las ocasiones no recibe la capacitación para los programas y muchos médicos pues desconocemos muchas partes de los programas, por lo mismo que no hay capacitación (Wendy, médica pasante).

El análisis de la información vertida en las entrevistas mostró que la capacitación entre el personal es percibida desde diferentes puntos. La primera, se refiere a la capacitación que reciben de la Institución en la que laboran, la segunda en torno a la necesidad que sienten de recibir esa capacitación y la tercera de su percepción acerca de la manera en que esta es proporcionada al personal.

Es notorio que en ningún momento el personal demanda de manera formal esta capacitación a la institución y que en la mayoría de los casos desempeñan sus funciones sin tener conocimiento específico, enfrentándose a situaciones que generan angustia y ponen en riesgo la integridad de los pacientes. Tal es el caso de la enfermera Rosa, quien refiere que después de diez años realizando visitas a domicilio para buscar y localizar niños cuyos esquemas de vacunación están incompletos, fue asignada al programa DOC sin recibir orientación alguna.

...me mandaron como el borras (...) Nada más me dijeron, me dieron mi papelito, que me venía para acá, nunca me capacitaron (...) Lo único que vi, o sea, el, el único primer día que estuve con la compañera que estaba acá, nada más me entregó todo, los papeles todo, y un solo Papanicolaou tomé.

Para afrontar este problema, el personal recurre a ciertas estrategias, en algunos casos, intentan informarse sobre lo que debe hacer con la persona que ocupaba el puesto o bien preguntando a otros compañeros del centro de salud y cuando esto no es posible, actúan de acuerdo a lo que su lógica de pensamiento les dicta. En la presente investigación, los periodos en los que el personal refirió haber recibido capacitación, variaron desde 2 hasta más de 10 años. Llama la atención que la enfermera Sofía dice recibir capacitación continuamente, aun cuando señala haber asistido a un curso hace aproximadamente diez años.

Estamos recibiendo capacitaciones, como nosotros ya somos personal de base estamos recibiendo capacitaciones continuamente, de los diferentes

programas (...) La última que recibí, sí ya tengo quince años aquí, fue hace como diez años (Sofía, enfermera).

Cabe entonces cuestionar que considera el personal que es la capacitación de manera continua. El personal trabaja aplicando conocimientos antiguos, realizando las técnicas como en el pasado, desconoce los avances científicos en relación a la génesis de la enfermedad y los cambios en los métodos de diagnóstico y tratamiento, pero no siente una necesidad de actualización, no tiene una motivación para mejorar en su práctica diaria ni de conocer la forma en que logrará un mayor impacto en la salud de la población.

Ninguno de los trabajadores ni de los pasantes en servicio social refiere haber tenido una introducción al puesto, por lo que las actividades que deben desempeñar las van aprendiendo conforme se les presentan en su actividad cotidiana. Las expresiones en cuanto a la importancia de la capacitación o actualización no son comunes entre los médicos, no la manifiestan como una necesidad para mejorar sus conocimientos, habilidades o destrezas a favor de la población a la que atiende, más bien consideran la asistencia a cursos como un requisito para obtener un ascenso laboral. Muestran interés en cursar estudios de posgrado, tales como una maestría o una especialidad, porque esto les brinda la posibilidad de mejoras laborales, ya sea dentro de los Servicios de Salud o en otras instituciones.

El personal en general no recibe capacitación sobre el programa DOC. Esta falta de actualización se manifiesta en errores en la toma y manejo de muestras, llenado de formatos y procedimientos de referencia y contra referencia, así como en una ausencia

total de capacidad para brindar la consejería que marca la NOM 014. Resulta obvio entonces la manifestación de todas las repercusiones que tiene en los objetivos y alcances del programa la falta de capacitación del personal, que siendo la piedra angular del mismo, es tan débil y frágil, situación que no es reconocida o identificada por el personal de salud.

Dadas estas circunstancias, resulta evidente una ambigüedad más. La normativa institucional establece que para la ejecución de las actividades del programa se requiere de personal capacitado, mas no establece a que se refiere con personal capacitado, las áreas en la que debe capacitarse, los conocimientos que debe poseer ni las habilidades y destrezas que tiene que desarrollar. Tampoco establece quien será el responsable de dar esa capacitación, los temas, la periodicidad, el lugar o duración de estas, lo cual, al estar incluidos en un programa específico debería estar definido y basado en un diagnóstico de necesidades para que con ello, se refuercen los puntos débiles de la cadena y se asegure la eficiencia y efectividad en las acciones.

Una experiencia subjetiva

El presente trabajo para la obtención de un importante grado académico es un hecho que, visto desde la mirada de la autora impone la necesidad del análisis de un problema añejo, visto desde la misma perspectiva, con soluciones viejas y reiterativas que no generan propuestas que conduzcan a solventarlo.

Mi acercamiento a la investigación de los factores asociados al cáncer cervical ha sido por más de quince años desde una postura epidemiológica, cuantitativa, arraigada en los parámetros del MMH.

Las experiencias obtenidas en el trabajo de campo de diversas investigaciones, en donde hubo una estrecha cercanía con los servicios de salud, me llevaron a pensar que si bien las mujeres de las áreas rurales tienen características que las hacen más vulnerables a morir por cáncer cervical, existen otros factores, no ubicados en las mujeres, sino en el personal que se encuentra “del otro lado del mostrador” que afectan de manera importante el desarrollo del programa de detección oportuna del cáncer cervical.

Muchas inquietudes surgieron al respecto, por lo tanto fue complicado encontrar el punto central de mi interés. La influencia del modelo dominante cuya postura ubica la mayor carga de la enfermedad en los pacientes y le atribuye algunos coadyuvantes a los factores de tipo social y cultural cubrían como una densa neblina, el punto al que deseaba llegar.

Mi tesis estaba centrada en que las interacciones y los significados que estas generan en el personal de salud afectan el desarrollo del programa DOC con el consecuente resultado poco eficiente de las acciones, por ello, el interés de investigar la subjetividad de estos personajes.

Si bien se han realizado investigaciones con relación a los servicios de salud, el personal es poco visto como ser humano. Las técnicas investigativas lo consideran, al igual que el sistema como herramientas, máquinas o insumos que llevan a cabo una labor. Qué complejo intentar ver al personal de salud como seres humanos que viven, que esperan y desean reconocimiento, que anhelan ayudar a los demás, que temen al castigo, con sueños y ambiciones, pero que al mismo tiempo intentan

adaptarse al medio para solventar el diario trabajo, convirtiéndose en un objeto que transforma a otros objetos.

Desde mi visión positivista, la crítica superficial a los trabajadores de la salud explicaba muchos de los problemas del programa, una falta de interés, de conocimiento, flojera, pereza, conformismo y otras razones similares, sin embargo, al tener este acercamiento, pude vislumbrar como los profesionales de la salud juegan el doble papel de víctimas y victimarios, aunque sea el mismo personal de salud el que, sustentado en un sistema de salud ambiguo genere las mismas armas de su victimización.

La experiencia en esta investigación fue de grandes contrastes. Hubo anécdotas cómicas, de enojo, de molestia y de sorpresa. En algunos momentos resultó increíble que el personal desconociera tantas cosas que desde mi punto de vista resultan obvias, en otras, no dejó de ser molesto el ver que un programa de salud sea considerado sólo como algo que existe en el papel, sin que exista un verdadero compromiso social, ético y profesional de los trabajadores de la salud.

Sin embargo, la experiencia adquirida es enriquecedora ya que favorece el crecimiento personal y profesional, y por otro lado, los resultados de la investigación hacen evidentes situaciones poco conocidas en relación al programa DOC.

IX. CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación fue conocer, desde una perspectiva cualitativa, los significados que el personal médico y de enfermería de los centros de salud rurales construyen en torno al programa DOC.

La relevancia radica en que, de acuerdo con las hipótesis de la propuesta psicosocial de Mead (1934), la conducta social se encuentra mediada por la estimulación de otros sujetos pertenecientes al mismo grupo. El mismo autor supone que la consciencia del significado es una consciencia actitudinal que se encuentra estrechamente ligada a la respuesta respecto a un determinado objeto, por ello, la importancia de estudiar los significados que el personal construye hacia el programa DOC, ya que estos determinan su actitud hacia el desarrollo del mismo y siendo este personal la parte operativa angular de su ejecución, determina su éxito o fracaso.

El análisis sobre el significado del programa detección oportuna del cáncer en el personal de los centros de salud seguirá la línea de pensamiento de George H. Mead, George Herbert Blumer y Erving Goffman (1963) quienes han analizado el carácter del acto humano con mayor profundidad que ningún otro investigador y considerando la postura de Michael Foucault como observador y crítico de la sociología médica.

De acuerdo a la teoría de George Herbert Blumer (1969), el interaccionismo simbólico se resume en tres premisas simples, la primera de ellas que sostiene que las personas actúan en relación a las cosas a partir del significado que las cosas tienen para ellos se hace manifiesta en los resultados obtenidos en este estudio, ya que una vez

construido el significado, la respuesta se manifiesta directamente en la forma de actuar.

En esta aproximación a los significados que ha construido el personal de salud del primer nivel de atención en torno al Programa DOC se hace evidente la necesidad de cubrir con las expectativas institucionales a lo que el Sistema de Salud denomina “productividad”. Esta necesidad creada y sostenida por el sistema, es impuesta al personal, en quien recae la responsabilidad de cumplir de acuerdo a indicadores dichas expectativas, lo que convierte a su profesión en un medio útil para la consecución de objetivos y logro de metas de tipo numérico.

La investigación deja salir a la luz subjetividades desconocidas tanto en la institución, en el programa y en el personal, explica en algunos momentos el comportamiento de los profesionales y coadyuva a un mejor entendimiento de las deficiencias del programa DOC.

Resulta imposible ignorar la serie de ambigüedades con las que se enfrenta el personal de salud que está en contacto con el programa, ya que es evidente que se encuentran vacíos en diversos puntos críticos del mismo.

Es posible detectar la ambigüedad en la normativa institucional, empezando por la redacción y discurso de la Norma Oficial Mexicana 014, documento que le da sustento político y normativo, así mismo, se manifiesta en los documentos oficiales en los que se apoya su desarrollo, en la indefinición en el establecimiento de roles, en los procesos de ejecución, en las contrariedades que surgen entre el discurso y la

realidad, en el establecimiento de prioridades, en el suministro de recursos y en general en todo aquello ligado a la ejecución y evaluación del programa.

Esta ambigüedad favorece que el programa, sus acciones, objetivos e importancia se presten a equívocos, múltiples interpretaciones, acciones erradas y manejos oportunistas, los cuales, en conjunto son elementos claves en la formación de significados del personal y dan como resultado que el programa pierda la esencia de la atención primaria a la salud, al no favorecer que este brinde asistencia sanitaria accesible a todas las mujeres a través de medios aceptables para ellas, con su plena participación y a un costo asequible, obstaculizando con ello el logro del objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones.

Por otra parte, las ambigüedades a nivel individual se profundizan cuando el personal de salud debe enfrentar la realidad y se ve obligado a cambiar sus expectativas humanitarias y profesionales por los requerimientos de la institución, que limitan al profesional a dejar de lado sus sueños y ambiciones para convertirse en una herramienta o máquina que cumple con una productividad establecida para no ver afectada su tranquilidad y seguridad laboral, aunque para ello, tenga que traspasar las fronteras de la ética y la honestidad.

El personal de salud refiere una sobrecarga laboral, la cual limita la ejecución correcta de las líneas de acción del programa, cambios constantes en su ejecución, sin previo aviso, sin fundamento, carencia de recursos y en tiempo limitado.

Dos aspectos sobresalen en el discurso del personal médico y de enfermería. El primero, es el correspondiente al cumplimiento de metas institucionales, que

representa un tipo de presión para los trabajadores, ya que es mediante el cumplimiento de indicadores específicos, lo que, desde la perspectiva administrativa donabediana permite medir el grado de avance o cumplimiento de las actividades de los trabajadores. El otro punto, ligado a la productividad corresponde al trabajo de tipo administrativo que representa la atención médica, ya sea preventiva, curativa o de detección. La combinación de estos dos aspectos resta importancia a los objetivos relevantes de la atención primaria a la salud y a las funciones básicas de la Salud Pública. Estas prioridades establecidas por la institución convierten al programa DOC en un producto que hay que generar, con un número determinado de piezas, y en el que el personal de salud se encarga de colocar, como en una producción fordista taylorista (Taylor, 1979) cada una de las piezas, sin conocer el producto final de su ensamblaje, sin valorar la importancia de sus acciones y las repercusiones que su trabajo tiene en la salud de la población.

El escenario

El programa DOC se operacionaliza en los centros de salud, estructuras físicas ubicadas mayoritariamente en poblaciones rurales o marginadas y que son identificadas por la población como los lugares en donde se brinda atención médica curativa y preventiva. Los personajes protagónicos en estos escenarios son los médicos y las enfermeras, en quienes radican las funciones que dan sentido a estos centros.

Estos escenarios, en los que el personal de salud, de acuerdo a la teoría de Goffman (1983), interpretan los ordenamientos sociales relativos a los procesos del programa

DOC resultan ser un híbrido social, en el que interactúan la comunidad de trabajadores de la salud, la organización institucional y la población que solicita atención. En ellos se encuentran, confrontan y chocan los valores, la formación, los conocimientos, percepciones, dudas, creencias, temores, satisfactores, expectativas, conductas y acciones (Goffman, 1961) de la población y de los trabajadores, mismos que los separan, valoran y distinguen, afectan su conducta y la condicionan en función de la de los otros.

La interacción de los sujetos está mediada por los servicios de salud que modifican el sentir del personal médico y de enfermería, quienes para cumplir con las expectativas institucionales del programa DOC, recurren a mecanismos o estrategias de manera inconsciente e imprecisa. A su vez, en este escenario los profesionales de la salud interactúan con la institución y las usuarias (potenciales y activas) del programa DOC, teniendo como marco la Secretaría de Salud y como resultado (debido a la ambigüedad prevalente), el surgimiento de conflictos entre las normas humanitarias de los profesionales y la eficiencia institucional, mediado por el condicionamiento que crea la respuesta de las pacientes.

Día a día, sus esfuerzos se dirigen a disminuir la tensión creada por la institución, intentando a toda costa obtener un determinado número de muestras, sin reflexionar en el motivo que genera esa necesidad o en las consecuencias para la población de no lograr lo establecido. Se pasa la vida tratando de sortear los obstáculos que se le presentan con el fin de cumplir los requisitos establecidos y experimenta satisfacción cuando ha alcanzado una meta, y al mismo tiempo, tolera la insatisfacción de no ver cumplidas sus expectativas profesionales y personales.

Esta actitud, entra en conflicto con su ideología caritativa y solidaria, por ello, los trabajadores, en su intento por lograr una adaptación ideológica, suelen crearse una red protectora de palabras, creencias e incluso sentimientos para convencerse y convencer a los demás de que realizan una verdadera prevención, que cumplen con el fin máximo de evitar la enfermedad en la población y de promover la salud de las colectividades, motivos por el cual fueron contratados y porque eso indica la hegemonía del modelo médico. Bajo esta red, se esfuerzan en la utilización constante de términos médicos, promueven la impresión de que tienen motivaciones idealistas para adquirir el rol que están desempeñando y que disponen de las características ideales para llevarlo a cabo.

Sin embargo, el personal médico y de enfermería, ante las situaciones adversas del escenario, se encuentra a menudo con el dilema de expresión versus acción. Charles Cooley, en *Human Nature and the Social Order (2009)*, observa que la retórica expresiva que rodea a las profesiones proyecta una versión idealizada de las mismas al mismo tiempo que refuerza los valores sociales oficialmente aceptados. Esta idealización se aprecia bien en el discurso del personal médico y de enfermería que participó en esta investigación. Se observan grandes esfuerzos por proyectar y mantener la apariencia adecuada de clase, posición, respeto, conocimientos, etc. pero se hace evidente que existen grandes desfases entre la visión proyectada del trabajador y la real.

Se manifiestan en el discurso y la actitud del personal contradicciones evidentes, se describen a sí mismos como personal capacitado sin haber recibido capacitación, maximizan la prevención, pero se interesan en la curación, critican las expectativas

de la institución, pero las adoptan como propias, llevando así una doble vida en el trabajo tras la retórica oficial y las obligaciones del puesto.

Por otro lado, el MMH que permea al personal de salud, a las instituciones y a la sociedad en general, se mantiene presente y se hace manifiesto en todo momento en los centros de salud, donde se establece una relación de autoridad en la que uno manda y otro obedece, lejos del ideal de servicio que caracteriza a las profesiones de la rama médica (Menendez, 1985).

Los personajes claves en los centros de salud (médico y enfermera) transforman sus actuaciones en ejercicio de poder. Clasifican a los pacientes de acuerdo a su grado de aceptabilidad de su papel como enfermo que se manifiesta en obediencia y “participación” en su cuidado, permitiendo que el personal de salud lo utilice para lograr el cumplimiento de sus metas y con ello, la satisfacción de haber cumplido con su labor.

La institución

La institución rectora del programa DOC, dista de ser orientadora o de asesoría, más bien implementa estrategias de vigilancia y control, con la actitud específica de ver que el personal haga lo que se les ha dicho a lo que responde con una política de premios y castigos.

La objetivación del personal y su reducción a herramientas de producción lleva a los médicos y enfermeras a dudas, contrariedades e insatisfacciones al tener que dejar de lado sus convicciones profesionales y optar por cumplir con los requerimientos institucionales.

El personal de estos centros de salud, como en un proceso fordista de producción industrial pone énfasis en la presentación del producto final, y disimula el trabajo (o la falta de trabajo) que se ha dedicado a él. Responde mecánicamente a la realización y logro de objetivos y metas institucionales a menudo consideradas por el personal como sinsentido, insípidas, inútiles, inalcanzables y forzadas. De manera intencionada se oculta el "trabajo sucio" realizado para cumplir con las metas. Se maximizan las acciones más evidentes o que llaman la atención en público, dejando en segundo lugar aquellas que muestran un menor papel protagónico del personal, aún si esto requiere elegir entre ideales en conflicto o relaciones de poder.

En su discurso, los profesionales hacen alarde a las tendencias del MMH, partiendo de una concepción individualista y biologicista de la salud y de la medicina, basada en la tecnología y en la medicalización. Consideran que es relevante tratar el Cáncer cervical en el útero, fragmentando a la mujer y olvidando las relaciones con los determinantes sociales, dentro de los cuales se encuentran los servicios y el mismo personal de salud (Campero-Cuenca, 1996).

El personal, parte de la base de que los aspectos técnicos, como lo es la obtención de muestras cervicales condiciona el éxito del programa y se olvida de que las contradicciones y los vacíos existentes limitan el logro de sus objetivos. Se sabe poseedor del conocimiento y siente sobre sus hombros la pesada carga de cumplir con los objetivos de la institución y busca las estrategias para resolver los problemas que se le presentan aunque sobrepasen sus posibilidades o transgredan sus valores.

Conicionados por la medicalización y la tecnología, interpretan como medidas preventivas aquellas cuyo fin es el diagnóstico o la detección, interpretación que es transmitida a la población dando lugar a confusiones y poca credibilidad en los servicios de salud.

La mirada de los actores

Los problemas que viven los profesionales de la salud relacionados con el programa DOC en el primer nivel de atención desde su mirada, afectan al cumplimiento de los objetivos y metas impuestos a nivel institucional. El personal de salud no alcanza a comprender la relevancia de sus acciones ni el impacto de estas en la salud de la población, experimentan una sensación de objetivación, misma que reproducen en su trato a la población, entrando en una especie de competencia en el que el logro de las metas es la razón de su existencia laboral, sin importar la forma en que estas son alcanzadas. Ante ello, la esencia del programa se diluye en un mar de números, en el que se mezclan los sentimientos, dudas e incertidumbres.

La convivencia diaria con la población, les permite visualizar los determinantes sociales de la salud, entre los que sobresalen la pobreza, la ignorancia, la desigualdad, la inequidad y la violencia así como la forma en que éstos afectan la salud poblacional. Sin embargo, se sienten distantes de estas situaciones, ajenos a una realidad de la que son parte, reproduciendo los mismos patrones de injusticia de la que son objetos en su ámbito laboral, en el que viven la precariedad de recursos, la ignorancia científica y tecnológica, la desigualdad y la inequidad en las condiciones laborales, así como la violencia institucional.

De manera inconsciente, cierran los ojos a la realidad, persisten en la idea de que actuar bajo su lógica es lo adecuado, intentando llenar los huecos y subsanar las inequidades que enmascaran las deficiencias del sistema, con lo que generan la falsa idea de que todo está bien, de que no hay problemas que solucionar, formando así un círculo vicioso, en el que los profesionales se esfuerzan por ocultar las deficiencias y la institución, al no verlos objetivamente, no crea estrategias de solución.

El MMH se impone con gran burocratismo basado en procesos mercantiles de producción, donde la prioridad es el volumen de acciones realizadas y la constancia escrita de las mismas, dejando en segundo término lo que en su discurso se repite una y otra vez, la atención integral de los pacientes con calidad y calidez. En ningún momento considera que si bien la salud es un derecho de todos, los proveedores de salud, también tienen derecho a ella, por lo que se debe procurar su salud mental y su bienestar, ya que estos son seres humanos y no herramientas de producción.

Las exigencias institucionales impiden a los profesionales detenerse a pensar en el impacto de sus acciones en la salud de las colectividades. El énfasis de las acciones no se ubica en el resultado de las cifras de mortalidad, en la utilización de los recursos ni en los resultados en las mujeres, sino que se centra en controlar a los trabajadores y su productividad bajo la premisa de que esta es la forma eficiente de la atención médica.

Las implicaciones de los significados del personal de salud en el programa DOC

Al reflexionar sobre las implicaciones que tiene la ejecución del programa DOC en los profesionales de la salud, se concluye que, por las pruebas de detección en que se basa (PNAE,2007-2012), por las relaciones que estas tienen con la sexualidad, con la exposición de genitales y con la interpretación social (no clínica) de los resultados, suelen mezclarse diversos juicios morales, del personal y de las pacientes que interactúan fuertemente al sacar a luz el comportamiento sexual de la mujer (Salinas, 2010).

Como señala Foucault (1997), el resultado de la pruebas de Pap y de detección de VPH devela el “secreto de la enfermedad”, no tanto por el denominado “ojo clínico”, sino por la evidencia real y concreta de un resultado de laboratorio. Desde la mirada de Foucault, un resultado de anomalía emitido por el laboratorio pone luz al objeto (el cuerpo humano) y permite conocer la verdad, en este caso, sobre el comportamiento sexual de la mujer o su pareja, situación que es privilegio sólo de médicos y enfermeras, por poseer conocimientos específicos que les dan la facultad de ver lo invisible, de mirar profundamente las regiones íntimas y privadas del cuerpo y de traducir comprender e interpretar los resultados obtenidos.

Si bien esta facultad otorga poder al personal médico, también le genera cierto grado de ansiedad en dos sentidos, por la responsabilidad como trabajador de la salud y por la incapacidad de solución del problema ya sea por aspectos relacionados con el paciente o con la misma institución.

Concretamente, el programa DOC es considerado necesario e indispensable por el personal de salud, ya que desde su perspectiva, si este no existiera, se dejaría de

prevenir el cáncer cervical. Condición reflejada claramente en la relación indeterminada que existe entre el concepto y el objeto del programa (Curtis, 2000). Mientras el programa DOC tiene como objeto la detección oportuna de lesiones precancerosas y cancerosas con el fin de dar tratamiento oportuno y evitar la muerte por esta causa (NOM 014), los proveedores (personal de salud) manifiestan, que según su entender, el objetivo del programa es la prevención del cáncer cervicouterino, situación que da como resultado que en la práctica cotidiana los actores dirigen sus acciones y visualizan sus resultados de manera distinta a lo que establece y planea el programa.

Una consecuencia de esta percepción se manifiesta en la asignación de la responsabilidad del programa al personal de enfermería, que por costumbre se ha dedicado a realizar las funciones preventivas o que demandan solo habilidad técnica (Taylor, 1979). Este hecho parte de la percepción de que el programa DOC, consiste únicamente en la toma de muestras cervicales, por lo que las acciones del mismo terminan cuando se ha obtenido la muestra citológica.

Punto de vista personal

Los estudios efectuados sobre el tema a lo largo de los años, especialmente en la última década, no han contribuido de manera relevante al mejoramiento del programa ni a la disminución de las tasas de mortalidad ni a la reducción de la desigualdad o la inequidad (Lazcano-Ponce et al, 2008). Las pretendidas contribuciones a este conocimiento, tales como que la naturaleza del problema radica en las actitudes formadas socialmente por la población femenina (Palacio, 2009) no han aportado

elementos que den pauta a un cambio en los indicadores de la enfermedad. Del mismo modo, los interesantes estudios realizados en torno a los servicios de salud en aspectos de procedimiento (Mendoza et al., 2000, Almonte, et al, 2010) tampoco han generado ningún conocimiento que coadyuve a mejorar los alcances del programa. Surge entonces el cuestionamiento sobre qué es, lo que desde el ámbito de la investigación en salud estamos haciendo, si, empeñados en un extenso cúmulo de estudios e investigaciones, lo único que hemos descubierto es que el programa tiene deficiencias institucionales y que la solución radica en exigir más al personal que desarrolla las actividades propias del mismo, sin proporcionar ningún conocimiento sobre el tipo de objetos que pretendemos estar estudiando, probablemente porque toda la investigación se ha concentrado en los aspectos más concretos y medibles (Mercado et, al., 2011), en aquello que es posible observar y que se encuentra fuera de las personas, incluidas aquellas están del lado de las instituciones.

Es importante tener presente que las personas actúan en relación a las cosas a partir del significado que tienen para ellos, por lo que es indispensable que los significados contruidos en torno al objeto de trabajo estén en concordancia con los objetivos personales de los trabajadores, que correspondan a sus expectativas, que sean motivadores, inspiradores y satisfactores, que no limiten al médico o a la enfermera a una productividad de algo que no se produce, que no es tangible, que no se ve y que iguala su trabajo con el realizado por procesos industriales.

Los resultados obtenidos en la presente investigación, dejan ver que el programa DOC tiene un significado de ambigüedad en el personal del primer nivel de atención, misma que le impide entablar relaciones de compromiso, establecer y clarificar objetivos,

sincronizar las metas personales e institucionales, definir la manera de identificar y rectificar errores u omisiones. Impide también incorporar las acciones del programa a un conjunto de objetivos profesionales y obstaculiza el perfeccionamiento en su desarrollo.

En lugar de correlacionar simplemente los recursos disponibles o la capacidad técnica y cognitiva del personal con los resultados del programa, habría que analizar los aspectos subjetivos que derivan en el comportamiento del personal médico y de enfermería del primer nivel de atención, tratando de entender, desde la perspectiva de Foucault, que este personal organiza su pensamiento médico en torno a la dicotomía normalidad/patología, que no se aleja de las instituciones en las que prestan su servicio, pensamiento que determina sus acciones y dicta sus decisiones, así como la manera en que satisface sus deseos y aspiraciones, modela su percepción y motiva su diario actuar.

El proceso que hace funcionar al programa DOC, es a veces motivado por la ayuda a los demás, generando lástima hacia las mujeres con cáncer cervical y temor hacia la enfermedad en el personal de salud, otras veces se presenta como un reto por demostrar la capacidad profesional mediante el cumplimiento de metas y en otras únicamente como la necesidad de cumplir con una actividad para permanecer en un empleo.

Sin embargo, para que el programa DOC funcione el personal debe advertir la importancia de su trabajo. Al no darse el proceso de identificación de la necesidad en el otro, la satisfacción e identidad profesional y el compromiso social, el programa se

limita simplemente a que el personal de salud haga lo que supone que le corresponde o lo que piensa que debe hacer.

Es necesario además, un establecimiento claro y definido de normas y procesos a nivel institucional, evitando confusiones, dudas e incertidumbre en el personal de salud. Es indispensable la inclusión de temas de detección oportuna de enfermedades, promoción de la salud y trabajo comunitario en las unidades académicas formadoras de recursos humanos en salud con miras a lograr la generación de un verdadero compromiso social. Por otro lado, es necesario que el Sistema Nacional de Salud promueva que el personal se sienta parte importante e indispensable para el mejoramiento de la salud de la población generando una especie de obligación social compartida, de tal manera que el logro, no solo quedará en la institución, sino que será un acto compartido entre trabajadores, institución y población. Por otro lado, habrá que eliminar las prácticas burocráticas sin sentido e idear la manera de medir la eficiencia del programa por medios más creíbles, prácticos, útiles y menos complejos.

El factor humano es un elemento indispensable en los sistemas de salud, es de suma importancia voltear la mirada a los proveedores para reforzar los servicios de salud. Si bien eso implica la inversión de tiempo y dinero los resultados serán reflejados en la salud de la población, en la consecución de objetivos y en el bienestar de los trabajadores, favoreciendo la generación de un compromiso social y el beneficio de la satisfacción personal y profesional.

ANEXO 1



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) Médico (Enfermera)

La Mtra. Clara Irene Hernández Márquez, alumna del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM Xochimilco está realizando un proyecto de investigación para realizar su tesis doctoral que tiene por objetivos explorar cuáles son los significados que el personal médico y de enfermería del primer nivel de atención en el área rural da a su función como actor del programa DOC, dentro del marco institucional de la Secretaría de Salud en México y definir las condiciones del contexto que intervienen en la construcción de significados en el personal del primer nivel de atención que modifican o condicionan el desarrollo de acciones del programa DOC

Si usted acepta participar, se le hará una entrevista para conocer sus expectativas y experiencias sobre el programa DOC y el cáncer cérvico-uterino. Por la experiencia que tiene en el servicio y debido al gran aporte de información que puede brindar, su participación es importante.

CONFIDENCIALIDAD: Toda información que usted proporcione será de carácter estrictamente confidencial y no estará disponible a terceras personas. Usted quedará identificado con un sobrenombre, no con su nombre. Los resultados de este estudio serán presentados a las autoridades académicas de la UAM- Xochimilco de tal manera que no usted no podrá ser identificado en ningún momento.

RIESGOS POTENCIALES.- El riesgo por su participación en este estudio es mínimo, es decir, si alguna de las preguntas lo hicieran sentir incómodo, tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará costo alguno para usted.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA/RETIRO.- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera su situación laboral.

He leído y comprendido los objetivos y condiciones del estudio y acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

REFERENCIAS

- Aguirre, H. (1997). *Administración de la calidad de la atención médica*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 35(4):257-64
- Almeida (2009). *Riesgo: concepto básico de la epidemiología*. Salud colectiva [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2012 Sep 13] ; 5(3): 323-344. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300003&lng=es.
- Almonte, M, Murillo R, Sánchez GI, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, Lazcano-Ponce E, Herrero R. (2010) *Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina*. Salud Pública Mex 2010;52:544-559
- Alsina, R. (1999). *La comunicación intercultural*. Barcelona. Ed. Anthropos. 1999 pp270-285
- Anderson B, Yip Ch, Ramsey S, Bengoa R, Braun S, Fitch M, et al (2007) *El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sistemas de Atención de Salud y Políticas Públicas*. The Breast Journal, Volume 13 Suppl. 1, 2007 S62–S82.
- Arratia A. (2000). *Presencia de conductas autoritarias y de poder en la educación para la salud*. Cuadernos de Bioética 2000; 42(11): 235-44.)
- Bello, A (2004). *Gramática de la lengua castellana*. Edi. EDAF.
- Beker (2012). *Relación médico-paciente*. Malestares y desencuentros. <http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/jornada/10.pdf>
- Bertuccelli, M. (1996) *Pragmática y Gramática, morfopragmática* en Qué es la pragmática. Ed. Paidós. Pags 129 - 133
- Blanco B.R. Hernández V. (1993). *Interpretación Clínica y Hermenéutica*. Rev Psicología Iberoamericana 1993; 1(1):136-43
- Blanco B.R. Zarco Miguel A. (1993). *Objetivación del Impulso en el Texto del Discurso Humano. Aporte de la Metodología Hermenéutica a la Psicoterapia*. Rev Psicología Iberoamericana, 1993; 1(2): 46-54
- Blanco, J.A. (2005). *Fundamentos de salud Pública*. Tomo I. 2 Edición. Corporación para investigaciones biológicas. Colombia

- Blumer, H. (1969). *Symbolic interaction: Perspective and method*. Berkeley, CA: University of California Press
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Editorial Hora.
- Bradley CJ, Given CW, Roberts C. (2004). *Health care disparities and cervical cancer*. Am J Public Health. 94:2098-103
- Briceño-León R. (2003). *Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico*. Ciencia y Saúde Colectiva 2003;8(1):33-45
- Briones, G. (1996). *Epistemología de las Ciencias Sociales*. ICFES, Bogotá, 1996
- Bronfman, M. Castro, R. Zúñiga, E. Miranda, C. Oviedo, J. (1997). "*Hacemos lo que podemos*": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Salud Pública Méx. Vol. 39 546-553
- Bruner, J (2006). *In Search of Pedagogy: The selected works of Jerome S. Bruner*. Volume I. Volume II. USA: Routledge.
- Buchan J, Calman L. (2007) *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions*. Ginebra, Suiza, Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras. Disponible en: <http://www.icn.chemotherapy>
- Byrne N, Rozental M. (1994). *Tendencias actuales de la educación médica y propuestas de orientación para educación médica en América Latina s/e*. México.
- Campero-Cuenca, L. (1996). *Educación salud de la mujer: Reflexiones desde una perspectiva de género*. Salud Pública Mex.; 38:217-222.
- Canguihem, G. (1978) *On the Normal and the Pathological*, Dordrecht: Reidal, 1978. Originally published as *Le Normal et le Pathologique*, Paris: Presse Universitaires de France, 1966.
- Celis, M. Aldas, J. Toro, F. (2010). *Estudio de cohorte sobre el impacto del diagnóstico de displasia cervical e infección por virus del papiloma humano en la función sexual de mujeres en un hospital de segundo nivel en Bogotá, Colombia*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 4. Octubre-Diciembre 2010:303-309
- CIE (2005) *Comisión Interinstitucional de Enfermería de la SS. Perfiles de enfermería*. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Secretaría de Salud. Año 2005.

- Chan, D. W. (2002) *Perceived domain-specific competence and global self-worth of primary students in Hong Kong*. *School Psychology International*, 23(3), 355-368
- Charmaz, K., (2005). *Grounded theory in the 21st Century*. En: *The Sage handbook of qualitative reserach* (Denzin N K y Lincoln Y S). SAGE, Thousand Oaks, CA, pp.507-535.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide through Qualitative Analysis*. Londres: Sage.
- Chavira, J. (2011). "Programa de Mejora: Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud. La percepción del personal médico en un hospital público. Reflexiones desde los estudios críticos de gestión". *Disertación pública, Doctorado en Estudios Organizacionales, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa*.
- Cooley, C. (2009). *Human Nature and the Social Order. Library of Congress. USA*.
- Consejo, C. Viesca, C. (2008) *Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu*. *Bol Mex His Fil Med* 2008; 11 (1): 16-20
- Creswell, JW. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Crotty, M. (1998) *The Foundations of Social Research : Meaning and Perspective in the Research Process*, London: Sage Publications
- Curtis, J. (2000). *Psicología Social*. Ed. Martínez Roca. Barcelona, España. pp. 39-42
- D'EMPAIRE, G. (2010). *Calidad de atención médica y principios éticos*. *Acta bioeth.* [online]. vol.16, n.2 [citado 2013-05-24], pp. 124-132 .
- Denzin, N. (2000). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- DGED (2008). *Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud* Evaluación 2008 <http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dged>. consultado el 4 de septiembre de 2012
- Diderichsen, F., T. Evans, and Whitehead, M. (2001). *The Social Basis of Disparities in Health*. In *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, edited by T.Evans, M.Whitehead, F.Diderichsen, A.Bhuiya, and M.Wirth. Oxford. Oxford University Press.

- Diario Oficial de la Federación (2007). *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)*. 30 de diciembre. Pp. 1-13
- Donabedian A. (1980). *Exploration in quality assessment and monitoring*. En: Harbor A. (ed.) *The definition of quality and approaches to its assessment*. Mich: Health administration Press.
- DRAE (2012). *Diccionario De La Lengua Española*. Vigésima segunda edición. Disponible en <http://lema.rae.es/drae/> consultado el 23 de agosto de 2012
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Eniu A, et al. (2007) *El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Tratamiento y Asignación de los Recursos*. *The Breast Journal*, Volume 13 Suppl. 1, 2007 S43–S6
- Erno, Tornikoski (2009) *Enterprise as sunset career? Entrepreneurial intentions in the ageing population*, 278-291. In *International Journal of Entrepreneurship* 8 (2).
- Flick, U., Kardorff, E. Steinke, I., eds. (2002) *Qualitative Research. A hand book*. London, Thousand Oaks, CA and New Delhi: Sage.
- Fahey M, Irwig L, Macaskill P. (1995). *Meta-analysis of Pap test accuracy*. *American Journal of Epidemiology* 141:680–689.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M (1981). *Verdad y poder*. Dialogo con M Fontana. Madrid. Alianza Editorial.
- Foucault, M. (1991). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México D.F. Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (1997) *Los cuerpos dóciles, en Vigilar y Castigar, Nacimiento de la Prisión*. Siglo XXI. 1997, p 140.
- Gadamer H.G.(1997). *El estado oculto de la salud*. En: *El estado oculto de la salud* Ed. Gedisa: pp.119-131
- Gaitán, H, Rubio, J, Eslava, J. (2004) *Asociación de la Citología Cervicovaginal Inflamatoria con la Lesión Intraepitelial Cervical en Pacientes de una Clínica de Salud Sexual y Reproductiva en Bogotá, Colombia 1999- 2003*. *Salud pública*. 6 (3):253-269,

- Galeano, M. (2004). *Diseño de Proyectos en la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad EAFIT. Medellín, Colombia.
- Gallegos, V. Gallegos GM, Velázquez MGP, Escoto CSE. (2012) Cáncer cérvicouterino. *Causas de citología no útil*. Rev Latinoamer Patol Clin, Vol. 59, Núm. 1, pp 23-27 Enero - Marzo, 2012
- García, JC. (1994) *Pensamiento social en salud en América Latina*. Capítulo 3. Interamericana/Mc Graw Hill y Organización Panamericana de la Salud. México, D.F. 1994: 19-31. Originalmente presentado en el XXIII Congreso Internacional de Sociología. Caracas, Venezuela, 20-25 de noviembre de 1972.
- Gérvás J, Fernández MP (2006). *Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo*. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9 (3): 284-400.
- Giraldo, R. (2008). *Poder, Resistencia y Subjetividad en Michel Foucault*. Universidad Libre, Santiago de Cali.
- Goldstein, I.L (1993) *Training in Organizations*. Tercera Edición. Brooks/Cole. Pacific Grove.
- Goffman, E. (1961) *Internados: Ensayos sobre la situación social de 10 enfermos mentales* (Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972). Primera edición en inglés.
- Goffman, E. (1963), *Behavior in Public Places. Notes on the Social Organization of Gatherings*, Glencoe, Macmillan.
- Goffman, E. (1983). Interaction Order. *American Sociological Review*, vol. 48, Washington D.C.
- González, N. (2006). *Médicos del primer nivel de atención*. Reforma y recursos humanos en México. Rev Cubana Salud Pública;32(2):171-7.
- Gómez, O. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública Mex* 2011;53 supl 2:S220-S232
- Granda E. (2004) *¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?* Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(2).
- Guba, E. Lincoln, Y. (2002). "Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa" En Denman, C y J.A. Haro (comps.), Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. El colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora.

- Harter, S. (1999). *The construction of the self: a Developmental perspective*. New York: The Guilford Press
- Harvey, A & Co. (1978). *Tratado de Medicina Interna*. Ed. Interamericana.
- Hernández-Alemán, Ornelas–Bernal, Apresa–García, Sánchez–Garduño, A. Martínez–Rodríguez, Hernández–Hernández (2006). *Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino*. *Revista de investigación clínica*, 58(3), 217-227.
- Herzlich, C. (1992) *La profesión del médico*. *Medicina y Sociedad*, Número 1, Volúmen 15, pp. 32-35.
- Hornby P, Forte P. (1997). *Indicadores de Recursos Humanos y El rendimiento de los servicios de salud*. Centre for Health Planning and Management Keele University Keele, Staffs, England.
- Hurley E. R. (1999) La investigación cualitativa y el profundo entendimiento de lo obvio. *Health Services Research* 1999;34; Part II.
- Hutchinson ML, Zahniser DJ, Sherman ME, Herrero R, Alfaro M, Bratti MC, et al. (1999) Utility of liquid-based cytology for cervical carcinoma screening. *Cancer (Cancer Cytopathol)*; 87: 48–55.
- Illich, I (1975) *Medical Nemesis*. Calder and Bryers, London
- INMUJERES (2006). Instituto Nacional de la Mujeres con base en INSP/SSA/CONAPO/INEGI, ENADID 2006
- INEGI (2009). *Estadísticas de mortalidad, 2009*.
- INEGI (2013). *Anuario de estadísticas por entidad federativa 2012*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México), 2013.
- Jarillo Soto, E. C., Garduño Andrade, Á., & Guinsberg Blank, E. (2007). *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires, Argentina.
- Kotler, P. (2004). *Marketing*, 10a Edición, Pág. 43
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. London.: SAGE.
- Laurell, A. (1982). *La Salud-Enfermedad como proceso social*. Cuadernos Médico Sociales Nº 19 - Enero De 1982

- Lazcano, E., Moss, S. Alonso, P. Salmerón, J. Hernández, M. (1999) *Cervical cancer screening in developing countries: Why is it ineffective? The case of Mexico*. Arch Med Res:30:240-250.
- Lazcano-Ponce E. Palacio-Mejia L, Allen-Leigh B, Yunes-Diaz E, Alonso P, Schiavon R, Hernandez-Avila M. (2008). *Decreasing cervical cancer mortality in Mexico: effect of Papanicolaou coverage, birthrate, and the importance of diagnostic validity of cytology*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev;17(10):2808-2817.
- Leal, (2004) *Calidad y calidez en la atención pediátrica*. Arch.argent.pediatr 2004; 102(5) / 390
- Leal-Berumen, I., C. Villalobos-Figueroa, R. Wisbrun-Castillo, V. Moreno-Brito, A. Licón-Trillo, R. Lechuga, et al. (2010). *Sensibilidad y especificidad de pruebas diagnósticas para CaCu: Muestras de mestizas y tarahumaras del Hospital General Salvador Zubiran de la Ciudad de Chihuahua*. Tecnociencia Chihuahua. 2010; 4:2
- Lewis, D. y Smith, R. (1980). *American sociology and pragmatism: Mead, Chicago sociology, and symbolic interaction*. Chicago: University of Chicago Press, 1980.
- Lohr KN. (1990). *Medicare: A strategy for Quality Assurance*. Washington DC: National Academy Press.
- López, J. (2004). *Servicio Social de Medicina en México*. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural. Rev Fac Med UNAM 2004; 47(5): 181-186
- López González, Parra Acosta, Martínez Tapia, Vázquez Aguirre, Guevara López, Cantú Reyes, Cervantes Sánchez, Landeros Moreno, Bautista Chávez (2009). *La administración educativa del currículo por competencias y sus implicaciones en el desempeño profesional de los médicos internos de pregrado*. Primer Congreso Internacional de Educación. Facultad de Medicina de la UACH
- MacMahon, B. (1996). *Epidemiology: Principles and Methods*. Second edition. Boston: Little Brown & Company.
- March, James G. y Olsen, Johan P. (1997) *El redescubrimiento de las instituciones. La base organizativa de la política*, Fondo de Cultura Económica, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y administración Pública, A. C., Universidad Autónoma de Sinaloa, México. (1989)

- Martínez, C. editora (2010). "*Por los caminos de la investigación cualitativa. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud*". Serie Académicos. Num 93. Cap. 2 pp 41-59.UAM-X.
- Mead, H. (1925/1934). The genesis of the "self" and Social Control. *Mind, "self" and Society*
- Mead, H. (1934). *Mind Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist* (Edited by Charles W. Morris). Chicago: University of Chicago.
- Mead, H. (1965) "American Sociology and Pragmatism: Chicago Sociology, Mead, H (1938/1972) Ed. by David L. Miller (1938/1972). The Individual and the Social "self": Unpublished Essays by G. H. University of Chicago Press 1938.
- Mead, H. (1972) The Philosophy of the Act. University of Chicago Press/1972 and Symbolic Interaction." Ed. by C.W. Morris et al. Chicago.The University of Chicago Press
- Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing: development and progress*. 3a ed. Lippincott.
- Meltzer, D. (1978). *The Kleinian Development*. Perthshire. Clunie Press.
- Mendoza. A. Muñoz, M, Vielma, S, Noguera, M. E., López, M, Toro, M. (2000) *Infección cervical por el virus del papiloma humano: diagnóstico por citología y por captura de híbridos del ADN viral*. Rev Obstet Ginecol Venez;60(2):103-107
- Menéndez, E. (1985) "*Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción en el sector salud*", Cuadernos Médicos Sociales N° 33, Rosario.
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451- 464.
- Menéndez, E. (2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez, E. (2004) "*Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*", en SPINELLI, H. (comp.): Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires, Lugar, 2004, pp. 11-47.
- Menéndez, E. (2005) *El Modelo Médico Y La Salud De Los Trabajadores Salud Colectiva*, La Plata, 1(1): 9-32, Enero - Abril, 2005

- Mercado M. F., Díaz BA, Tejada T.L. Ascencio, M. (2011). *Investigación cualitativa en salud. Una revisión crítica de la producción bibliográfica en México*. Salud Pública Mex 53:504-512.
- Meyer, C; Schwager, A. (2007) Comprendiendo la experiencia del cliente. Harvard Business Review Vol. 85 (2): 89-99.
- Módena, M. E. (1990). Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural o identidad ideológica, CIESAS, Ediciones de la casa Chata, México.
- Montero, M. E. (2011). *Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México*. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 7(1):73-86, Enero – Abril.
- Morin E. (1996). *Por una reforma del pensamiento*. Rev El Correo de la UNESCO Febrero 1996; 10-14
- Morin, E. (2005) *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Muchinsky, P.(2000): *Psicología Aplicada al Trabajo*. Madrid: Paraninfo.
- Murillo R, Almonte M, Pereira A, et al.(2008). *Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean*. Vaccine. 2008;26 Suppl 11:L37-48.
- Nanda K, McCrory D, Myers E, et al.(2000). *Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review*. Annals of Internal Medicine 16;132(10): 810–819.
- OMS (2001). *Consejo Ejecutivo 109ª reunión*. Punto 3.4 del orden del día provisional. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría, 5 de diciembre de 2001, EB109/9.
- OMS (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006*
- OMS (2007). *Guía sobre la reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas*. 2007– 2008.
- OMS (2008). *Programas y proyectos. Determinantes sociales de la salud*. http://www.who.int/social_determinants/es/.
- ONUSIDA, 1997. *Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis*. Ginebra, Suiza.

- OPS (2001). *La Enfermería de Salud Pública y las Funciones Esenciales de Salud Pública: Bases para el Ejercicio Profesional en el siglo XXI*. Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. 2001
- PAHO, (2007). *Las Políticas Públicas y Los Sistemas y Servicios de Salud*. Salud En Las Américas. Volumen I–Regional. Capítulo 4. pp 314-405.
- Palacio, LS, Lazcano, E. Allen, B. Hernández, M. (2009) *Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006*. Salud Pública Mex 2009;51 supl 2:S208-S219.
- Palomo, V. (2010). *Liderazgo y motivación de equipos de trabajo*. ESIC editorial. Sexta edición. Madrid, España.
- Parsons, T. (1981). *El sistema social*. (1° Edición 1951), Alianza Editorial.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park: Sage.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.
- Pérez-Cruz E, Winkler J, Velasco-Mondragón E, Salmerón-Castro J, García F, Vivien D, Escandón-Romero C, Hernández-Avila M. (2005). *Detección y seguimiento con inspección visual del cérvix para la prevención del cáncer cervicouterino en las zonas rurales de México*. Salud Pública Mex 2005;47:39-48.
- Puentes, R (2005). *Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios*. Salud Pública Méx.;47(Sup 1):12-21
- Ramírez, A. M. et al. (1996) *Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12(3):399-403, jul-set, 1996
- Ramos (2007). *Foucault & Enfermería*. Arriesgarse a pensar de otros modos. Index de Enfermería; 57:37-41.
- Reynoso (2005). *Procesos de gramaticalización por subjetivización: El uso del diminutivo en el español*. In Selected Proceedings of the 7th Hispanic Linguistics Symposium, ed. David Eddington, 79-86
- Ritzer, G. (1993). *Teoría sociológica clásica*. McGraw-Hill, Madrid
- Robbins, Stephen, (1998). *Fundamentos del Comportamiento Organizacional*. México: Edit. Prentice Hall.

- Rock, P. (1979) "*The making of symbolic interactionism*". Totowa, NL.
- Ruelas E. (2000). *Calidad en Salud... ¿Pleonasmo necesario?* Conferencia en el Primer Foro de Calidad en Salud.
- Salinas, A. (1997). *Calidad del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en el estado de Nuevo León*. Salud Pública Méx. 1997, vol.39, n.3 pp. 187-194.
- Salinas, C. Oviedo, Isiordia et, al (2000) "*Satisfacción laboral en un hospital de tercer nivel del IMSS*" Rev.Med. IMSS, 2000: 38(2): 119-123
- Salinas A. (2008). *El significado de la sexualidad en los recién egresados de la carrera de medicina en la Universidad Autónoma Metropolitana*. Tesis doctoral. UAM-X. Agosto, 2008.
- Salinas, A. (2010). La sexualidad como derecho humano: reflexiones a partir de una aproximación cualitativa. In: Martínez C, editora. *Por los caminos de la investigación cualitativa*. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2010. p. 60-77.
- Sánchez F, Flores E, Urbina B, Lara F. (2008). *Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo*. Investigación en Salud Abril.Vol. X. Número 3.
- Schwandt, T. A. (1994). *Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 118-137). Thousand Oaks, CA: Sage
- SEDESOL (2009). *Sistema Normativo de Equipamiento Urbano*. Tomo II. Salud y Asistencia Social. México, 2009
- SEDESOL (2010). *Diagnóstico: alternativas de la población rural en pobreza para generar ingresos sostenibles*. Mayo 2010
- Siliceo, A. (2004) *Capacitación y desarrollo de personal*. Ed. Limusa. México, 2004.
- Sirota, T. (2007). *Nurse/physician relationships: improving or not?* Nursing;37:52
- SS (2003). *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de salud*. Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad. Secretaría de Salud Documento Técnico,
- SS (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. Secretaría de Salud. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Primera edición.

- SS (2008). *Programa nacional de Acción Específico 2007-2012. Cáncer cervicouterino*. Secretaría de Salud. Primera Edición. México.
- SS (2007a). NOM-009-SSA3-2007. *Educación en salud. Utilización de campos clínicos para la prestación del servicio social de pasantes de medicina y odontología*. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Procesos Normativos en Salud.
- SS (2009) *Médicos Especialistas en las Instituciones Públicas de Salud 2009*. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño.
- SS (2010). Secretaría de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- SS (2013) Dirección General de Información en Salud, 2013 Secretaría de Salud. <http://soportedgis.salud.gob.mx/sis/> consultado el 20 de agosto de 2013.
- SSM (2012) *Boletín Estadístico Núm. 14. Morelos. Mortalidad 2010. Aspectos Relevantes*.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005) *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. The Milbank Quarterly. 2005; 83 (3): 457-502.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- SSM (2012) *Mortalidad 2010*. Servicios de Salud Morelos. Cuernavaca, Morelos. Agosto.
- SSM (2012) Servicios de Salud de Morelos. *Directorio de Unidades Médicas*. <http://evaluacion.ssm.gob.mx/directorium/primerNivel.php>
- SSM (2013). Servicios de salud de Morelos. Dirección de servicios de salud a la persona. Subdirección de enseñanza, investigación y capacitación. Departamento de enseñanza e investigación. Programa operativo de servicio social de medicina en servicios de salud de Morelos.
- Swann, W. B. (2007). *Do people's self-views matter?* American Psychologist, 62(2),84-94.
- Taylor, F. W. (1979). *Principios de la Administración Científica*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, Argentina.

- UAEM (2009). *Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Facultad de Enfermería.
http://www3.uaem.mx/enfermeria/curso_complementario_le.html
- UNESCO (2006). *Poblaciones Rurales*. <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/strengthening-education-systems/inclusive-education/rural-people/>
- Universidad de Zimbabwe/JHPIEGO (1999). *Visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: test qualities in a primary care setting*. *Lancet* 353(1156):869–873 (March 1999).
- Urrutia, S. Poupin, B. Concha, P. Viñales, A. Iglesias, N. & Reyes, I. (2008) ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolau?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(2), 98-103.
- Valenzuela, M. (2001). *¿Por qué no me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile*. *Rev. Chil Salud Pública*. 2001; 5: 75-80.
- Viniegra V. L. (2004) *Las gestiones de las instituciones privadas y públicas de salud ¿Por qué deben ser distintas?* *Rev Med IMSS* 2004; 42: 37-53
- Wall KM, Núñez-Rocha GM, Salinas-Martínez AM, Sánchez-Peña SR.(2008). *Determinants of the use of breast cancer screening among women workers in urban Mexico*. *Prev Chronic Dis*. 2008;5(2). *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 23(5), 2008.
- White, H.C. Lorrain, F. (1971) *Structural equivalence of individuals in social networks*. *Journal of Mathematical Sociology*. Vol 1, p. 49-80, 1971