

# APROXIMACIONES CONCEPTUALES AL ESTUDIO DE LA SALUD PÚBLICA EN POBLACIONES INDÍGENAS

CONCEPTUAL APPROACHES TO THE STUDY OF PUBLIC HEALTH IN INDIGENOUS POPULATIONS

## RESUMEN

Lourdes Patricia Ortega Pipper<sup>8</sup>

Este artículo presenta algunas propuestas conceptuales para el estudio del cáncer de mamá desde la perspectiva de las Ciencias Sociales y la Salud Pública, en el contexto de las comunidades indígenas en México, particularmente en el norte de Sinaloa.

Las actitudes y comportamientos ante un diagnóstico de cáncer de mama varían debido a factores culturales, complementarios a otras variables como personalidad, entre otros, dan sentido a la interpretación y sentido que cada individuo le da a la enfermedad. Los efectos sociales que se desligan del proceso oncológico, se identifican como sufre impacto en cuanto a las relaciones interpersonales.

Existe poca referencia en cuanto al apoyo social que se brinda a las mujeres con cáncer de mama, en donde queda evidenciada la necesidad de acompañamiento y apoyo durante el proceso, presentando relevancia en el estadio que se diagnostica dado que puede necesitar hospitalización lo que conlleva dependencia de algún familiar para cubrir sus necesidades, de igual forma el personal de salud juega un papel importante en esta parte debido a que son los encargados de que las pacientes tengan una adherencia al tratamiento y que tenga calidad de vida durante su recuperación.

## PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama, influencia cultural, salud pública, poblaciones indígenas, desigualdad cultural

---

<sup>8</sup> Docente en Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Estudiante de Posgrado en Estudios Sociales, Universidad Autónoma Indígena de México.

**ABSTRACT**

This article presents some conceptual proposals for the study of breast cancer from the perspective of Social Sciences and Public Health, in the context of indigenous communities in Mexico, particularly in northern Sinaloa.

Attitudes and behaviors when faced with a breast cancer diagnosis vary due to cultural factors, complementary to other variables such as personality, among others, they give meaning to the interpretation and meaning that each individual gives to the disease. The social effects that are detached from the oncological process are identified as being impacted in terms of interpersonal relationships.

There is little reference regarding the social support that is provided to women with breast cancer, where the need for accompaniment and support during the process is evidenced, presenting relevance in the stage that is diagnosed since it may require hospitalization, which entails dependence of a relative to meet their needs, in the same way the health personnel play an important role in this part since they are in charge of ensuring that patients adhere to treatment and that they have quality of life during their recovery.

**KEY WORDS**

Breast cancer, cultural influence, public health, indigenous populations, cultural inequality

**Sociología de la salud**

La sociología de la salud es una disciplina y una profesión que busca la humanización de los servicios, por lo que debe estar presente en la generación de políticas públicas; esta se enfoca en la representación social de las realidades en cada cultura, y la percepción de la población; es así que en la investigación se abordará el fenómeno de salud desde un enfoque social, no solo como el proceso de salud- enfermedad.

Dentro de los orígenes de la sociología se pueden distinguir tres enfoques importantes: a) los antropólogos médicos; b) los exponentes de la medicina social, y c) los sociólogos de la

salud pública. Castro, R. (2011: 297) menciona que dentro de los aportes más importantes de la antropología médica a lo largo del siglo XX diversos autores generaron impulsos al proceso de re-legitimización de la perspectiva antropológica en la investigación en salud.

Durante el siglo XIX, las diversas enfermedades tenían relación con las condiciones sociales y factores con el entorno. Algunos estudios epidemiológicos realizados bajo el enfoque de la medicina social, identificaron el problema de la relación entre las enfermedades y factores sociales, fue de aquí donde se inició a abordar la sociología médica. Sin embargo, aún se veía a los sociólogos como auxiliares dentro de los estudios, teniendo más importancia la competencia en materia de investigación que por abordar problemáticas originales o de herramientas conceptuales nuevas. Gunther, B. (2018: 266).

El trabajo del sociólogo directamente con pacientes o con problemas de salud pública tiene como objetivo analizar la etiología de las enfermedades, tomando en cuenta que están íntimamente ligados a variables sociales como: edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, grupo étnico, educación y ocupación. Su motivación para realizar investigación es un problema médico más que un problema sociológico. De igual forma trabaja bajo perspectivas sociológicas, teorías y métodos aplicando estos al estudio de la salud y práctica médica. Los sociólogos en la medicina realizan trabajos aplicados en los que el conocimiento sociológico y los métodos de investigación dan herramientas útiles a los profesionales de salud para mejorar la atención, a las organizaciones para brindar servicios más efectivos y a los organismos de planificación y decisiones para realizar programas y políticas tendientes a mejorar las condiciones de salud en la sociedad.

Resulta de importancia hacer una revisión a políticas públicas, dado que esto nos permite identificar los cambios generados por la modernización y desarrollo de la cultura, los cuales son efecto o consecuencia de la globalización cultural y que esto tiene su efecto positivo o negativo en la salud de las poblaciones. Es así que la sociología de la salud, pretende entender como cada cultura y la sociedad en si buscan el equilibrio emocional y hábitos saludables, la salud se entiende como derecho, pero la realidad es que es el equilibrio entre lo social y lo individual.

De acuerdo al análisis sociológico México presenta retos económicos, políticos y demográficos que se encuentran estrechamente relacionados con el proceso salud-enfermedad. A esto se agrega los cambios en los hábitos y la crisis del sistema de salud, en este sentido la sociología de salud tiene altas perspectivas de desarrollo sin embargo requiere introducirse a las diversas instituciones, tanto de salud como educación para la formación del personal.

Castro, R. (2015:72), menciona que:

*“Strauss propuso diferenciar entre sociología de la salud y sociología de la medicina. La primera se refiere a investigación colaborativa que se hace desde y con la medicina cuya finalidad es crear la agenda de salud. La segunda, en cambio es aquella que es realizada fuera de un contexto médico y tiene como objetivo hacer de la medicina, sus instituciones, saberes y prácticas, su objeto de estudio.*

Algunas áreas de estudio de la sociología de la salud es la distribución de las enfermedades en diferentes grupos de población, estrategias de las personas para recuperar, mejorar su salud o enfrentar alguna discapacidad, las actitudes y creencias de los pacientes, médicos y profesionales de salud, la enfermedad y sus variables sociológicas en su etiología, problemas en el acceso a servicios de salud.

Dentro de la sociología de la salud, el investigador o sociólogo juega un papel importante junto al equipo de profesionales de esta área, debido a que analizan todos los factores sociales que son de relevancia o desequilibrio, al igual que las principales causas de enfermedad y consecuencias de la salud en las poblaciones.

### **Antropología de la salud**

México es uno de los países con más riqueza y diversidad étnica, Torres et al., (2013:41) refiere que: *“México se ha distinguido a lo largo de la historia por su diversidad étnica. Se sabe que los grupos indígenas en México viven por lo general en condiciones precarias en materia de educación, vivienda y servicios”*. La desigualdad social influye de manera determinante en la salud, lo que se pone de manifiesto cuando se analiza el proceso de transición epidemiológica

en México. La cultura es uno de los principales factores determinantes en el área de salud, debido a que esta influye si reciben o no algún tipo de tratamiento.

Harris, M (2004: 656) menciona que la antropología es la primera ciencia social en brindar un estatus epistemológico a la vivencia descubierta por medio de la experiencia, lo que permitió dar significado como las personas de otros lugares y tiempos vivían, poder encontrar diferencias y similitudes en relación a otras personas. Esto ha permitido las relaciones de convivencia con los otros y nosotros mismos, desde la comprensión e identificación de la necesidad humana de auto interpretación.

La antropología médica moderna inicia en los años 60, en el siglo XX, en donde se da el desarrollo de la antropología cultural, en sus primeras etapas, Menendez (1985) citado por Salverry O. (2017: 165)., se dedicó a la medicina tradicional. Posteriormente se asignaron dos tendencias, la primera guiada hacia la práctica clínica y la segunda bajo una perspectiva antropológica. La primera tendencia cuenta con mayores antecedentes que iban desde la medicina folclórica y estudio de los sistemas médicos populares, surgiendo como disciplina en los países latinoamericanos; en cuanto a la segunda tenía mayor desarrollo en países anglosajones, llegando a rechazar la vinculación entre la antropología médica y la medicina proponiendo cambiar el nombre por antropología de la salud para evitar la medicalización de la disciplina.

La antropología médica, es una subdisciplina que concibe la salud desde la perspectiva de cultura, abarca la triada salud, enfermedad, atención, de manera universal, considerando las respuestas de cada comunidad como específica lo que le brinda variabilidad. Analiza las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales las cuales influyen la forma en que cada persona concibe y vive su salud y las enfermedades que puedan presentarse. Su objetivo es el estudio de los diversos sistemas, creencias y prácticas que se llevan en el proceso salud-enfermedad- atención en la sociedad. Pizza, G. (2007: 657). Cabe mencionar la importancia del estudio del proceso salud- enfermedad, la necesidad de identificar todos los factores necesarios no solo los biológicos sino también los factores sociales, culturales para así poder comprender de manera holística los fenómenos implicados en la ciencia y en el quehacer de Enfermería.

Es por eso que esta investigación está enfocada en conocer como es el autoconcepto, creencias y vida cotidiana de mujeres Yoreme- Mayo con diagnóstico de Cáncer de mama. La cultura resulta muy importante de abordar dado que de esta depende la perspectiva y significado que las personas dan a dicho proceso. Según la OPS, (2003: 18), La cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos -cosmovisión- e instituciones (familia, instituciones religiosas, económicas y políticas) que son características y sirven para preservar a un grupo social dado. Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales como la vida, la muerte, la salud, la enfermedad.

En cuanto a la salud y los factores que la determinan estos se consideran dinámicos y los precisa el entorno, hábitos y costumbres de cada individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017: 185), define la salud como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo. Lo que equivaldría a bienestar, para los pueblos indígenas, sería la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a “la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”.

Por otra parte, dentro de los sistemas de salud tradicionales, la enfermedad es definida en un sentido social, como la interferencia con el comportamiento social normal y la habilidad del individuo para trabajar. La mayoría de los pueblos indígenas dividen las enfermedades en dos grupos: enfermedades del campo producidas por causas sobrenaturales -encantos, vientos, espíritus- que actúan autónomamente o al ser evocadas o dirigidas por medio de operaciones mágicas y enfermedades de Dios, cuyo origen no pertenece al mundo mítico indígena.

Montenegro (2006:17) afirma: “*existen diferentes técnicas de diagnóstico y pronóstico de las enfermedades: la vela, el cuy, el huevo, la orina del paciente*”. En general, cada terapeuta las usa de acuerdo con su formación, según sus poderes y preferencias. Otros terapeutas diagnostican y pronostican bajo el efecto de plantas alucinógenas y otros interpretando sus sueños. Los tratamientos incluyen, rituales, plantas, derivados de sustancias humanas, minerales y animales”.

A este conjunto de prácticas y conocimientos presentes en los pueblos de la Región, generalmente agrupados en la denominada Medicina Tradicional, los llamaremos “Sistemas de Salud Tradicionales/ Sistemas de Salud Indígenas”. Los sistemas de salud tradicionales indígenas comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos, ritos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. (Hall G, 2005:16).

### **Cáncer de mama: influencia cultural**

El cáncer de mama es la proliferación desordenada de células con genes mutados, los que actúan suprimiendo y estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de la mama. De la torre (2008: 1). Cáncer se usa para describir neoplasias malignas que se originan en las células epiteliales y glandulares, y no a las que se generan mesenquimal como los sarcomas. Los tipos de cáncer de mama son más del 90% malignos, en el interior de los conductos durante la lactancia llevan leche desde los acinos glandulares, en donde se produce hasta los conductos galactóforos en donde se acumula para salir al exterior. Lugones (2009: 160). Este tipo de cáncer se conoce como ductal, que es el más frecuente, conocido como el más invasivo. García, R. (2017: 1), refiere que la probabilidad de padecer cáncer de mama aumenta con la edad, pero se torna más agresivo en mujeres jóvenes, un tipo de cáncer de mama de manera agresiva y desproporcional es el cáncer inflamatorio, que inicia en el estadio III o estadio IV su característica es que se presenta como síntomas de mastitis, no con masa que se puede diagnosticar con mastografía o ecografía.

González, O. et al (2009: 163) mencionan que actualmente se identifican dos genes el BRCA1 y BRCA2, se encuentran ligados a que las mujeres cuya familia poseen mutaciones en estos tienen un riesgo mayor de padecerlo, aunque no todas heredan las mutaciones, con el tiempo las desarrollan. Simultáneamente con el síndrome de Li-Fraumeni (mutación p53), estas aberraciones determinan el 5% de todos los casos, se detectó recientemente que un gen llamado BARD1 al unirse con el gen BRCA2 incrementa el riesgo en un 80%.

Uno de los factores importantes de abordar en mujeres con cáncer de mama es la cultura a lo que Langdon, E. (2010: 179) “*La cultura es definida como el conjunto de elementos que*

*median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diversos miembros de un grupo social".* Son elementos en los que los actores sociales construyen significados para sus acciones y la interacción social, en donde sustentan las formas sociales vigentes, la cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas.

La cultura en gran parte precisa las creencias sobre salud y enfermedad, la experiencia y respuesta al dolor, identificación y selección de cuidados médicos y de igual forma el valor a cada parte del cuerpo y las alteraciones, el apoyo que recibe una persona enferma, el significado que le dan a los síntomas físicos, el uso de tratamientos alternativos que aún no se encuentran aprobados científicamente y la actitud que se mantiene ante el deterioro propio de padecer una enfermedad

Celedón, L. (2012: 262) menciona que la experiencia de ingresar a un hospital, someterse a exámenes médicos, recibir un diagnóstico de cáncer, todo esto representa significados diversos para las personas visto que influye su entorno cultural, incluso la percepción de salud, enfermedad varía entre los grupos culturales de tal forma que considerar algo natural o humano puede diferir entre las culturas. Sin embargo, el diagnóstico de cáncer se percibe con miedo en la mayoría, a causa que representa sufrimiento, dolor y la muerte, un diagnóstico que logra quebrantar barreras geográficas, culturales que marcan separación entre la humanidad.

Las actitudes y comportamientos ante un diagnóstico de cáncer varían debido a factores culturales, complementarios a otras variables como personalidad, entre otros, dan sentido a la interpretación y sentido que cada individuo le da a la enfermedad. Trill, M (2014:39) refiere que la cultura fusionada a estas variables ayuda a concebir el valor que cada persona le da al cáncer. Es así que para algunos individuos el sufrimiento conduce a la salvación espiritual por lo que un diagnóstico oncológico produce cambios positivos para su vida. En cambio, otras personas lo perciben como una experiencia totalmente negativa que solo genera sufrimiento y deterioro.

Son distintas actitudes ante la misma enfermedad y generan respuestas diferentes que tendrán impacto no solo para la persona enferma sino también para su entorno familiar. Es así que el concepto de enfermedad no solo concibe a la persona como un organismo biológico si no

que engloba sentimientos y actividades simbólicas del pensamiento y del lenguaje, como la persona pasa por el proceso, el significado que le da y cómo influye en su comportamiento e interacción con otras personas que serán componentes integrales de la enfermedad concebida como una respuesta humana integral. Osorio, B. et al (2020).

La medicina sustenta con modelos teóricos como se producen las enfermedades, su curso natural, los tratamientos, porque afectan más a unos individuos que a otros y como se pueden prevenir. Aunque hay bastantes avances en el conocimiento médico, aun se carece de los medios suficientes para definir todos los aspectos del cáncer. Las personas que lo padecen suelen hacer preguntas para las cuales no existe respuesta científica, es una reacción natural al intentar comprender el proceso que está viviendo con el fin de reducir la incertidumbre y ansiedad que les genera. Por ello las personas que tienen la experiencia de un diagnóstico de cáncer definen sus propias respuestas a las lagunas que se encuentran en la ciencia, por ejemplo, dan un significado a qué es lo que le ha causado esa enfermedad. Es aquí donde la cultura influye de manera simbólica a cada significado, en vista de que van más allá del razonamiento médico y muchas veces estos pacientes no las comparten, estas pueden incluir creencias tanto científicamente válidas, así como creencias irracionales, ilógicas e incluso delirantes acerca de lo que les causó padecer cáncer. Cordero, A. et al (2013:1454).

En algunas culturas esas explicaciones son sobrenaturales o mágicas a las enfermedades, consideran que una persona tiene una tumoración maligna derivado de que fue mala persona. En otros grupos culturales dividen las enfermedades en interna o externas, concibiendo a estas como consecuencia de un fracaso de las defensas internas. El sentido de culpabilidad o responsabilidad también es resultado de la falta de conocimiento acerca de la etiología del cáncer, con regularidad este tipo de pacientes tienden a sentir culpa o echar culpa a los individuos de su entorno por tener esta enfermedad.

Jodelet (2000) citado por González F. (2009: 516) considera que las representaciones sociales de una enfermedad son definidas por la cultura, en la cual intervienen un conjunto de conocimientos científicos y populares, los valores y otros elementos propios de su cultura, como creencias que van a determinar la reacción general de la sociedad y en específico de cada individuo ante una enfermedad. Las creencias sobre el cáncer son diversas, regularmente está

asociada con muerte y dolor. Es así que la representación social del cáncer se da de forma subjetiva de muerte, mutilación, vacíos, incapacidad, el fin de la vida social, en nuestra sociedad se percibe la muerte como algo distante que no tiene mucho que hacer con nosotros, al tener un diagnóstico oncológico la muerte se hace presente, inmediata, real y tangible.

La imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama se ve amenazada, por lo que es importante el equilibrio, los efectos que genera el tratamiento repercuten no solo a nivel físico sino también psicosocial, pues la mayoría de estos producen ansiedad, depresión y baja autoestima, lo que conlleva afectación en la vida cotidiana de las mujeres. Cordero, A et al (2013:1454).

### **Salud pública y comunidades indígenas en México.**

Dentro de los países de la OECD con el mayor gasto en salud es México, contemplado para enfermedades crónicas puede condicionar que una familia llegue a la pobreza debido a que el presupuesto de la secretaria de salud ha decrecido más de 20% en términos reales durante el sexenio, lo que genera que una familia promedio que tiene que pagar de su bolsillo tratamiento para la diabetes, tendría que endeudarse o vender sus patrimonios, en un escenario no tan desalentador los afectados por alguna enfermedad crónica podría invertir más del 20% lo que genera pérdidas del 1% del PIB. Una visión hacia 2030 equivale 7.3 veces el presupuesto para la UNAM. OECD (2019).

Derivado de la crisis que está a punto de empeorar en México en cuanto a salud originado de la epidemia de obesidad se estima que para el 2030 más del 40% de su población tendrá obesidad lo que desencadena enfermedades crónicas, consideradas actualmente principales causas de morbilidad y mortalidad. Coneval (2018:96).

Lo anterior genera cobertura insuficiente pues más de 16 millones de mexicanos carecen de seguridad social, de igual forma se tiene desabasto de medicamentos pues solamente el 61% de las personas con diabetes, hipertensión y dislipidemia que acuden a alguna institución de salud obtuvieron sus medicamentos, los tiempos de espera tanto para recibir atención inmediata como para citas con especialista son muy largos de 2 a 3 veces mayor que el sector privado.

En el segundo cuatrimestre del año, la falta de medicamentos ha afectado a más pacientes con padecimientos crónicos y de mayor prevalencia en el país como es: diabetes (23%), hipertensión (15%) y artritis (3%) de igual forma enfermedades que generan alto costo como el cáncer (31%) y VIH (15%). Badillo, D. (2020: p1)

Comparando las denuncias durante el periodo enero-abril de 2020 con mayo- agosto del mismo año se reportó un aumento de paciente con cáncer un 188 %. De esos registros cerca del 40% corresponde a mujeres con cáncer de mama que no han recibido de manera oportuna medicamentos y tratamientos, seguido de pacientes con leucemia, linfoblástica, aguda y mieloma múltiple. Badillo, D. (2020).

A pesar de que el sector privado tiene mejor percepción se enfrenta a los mismos retos que las instituciones públicas que los pacientes no son el centro del sistema de salud, ningún programa va enfocado a empoderar a los pacientes para buscar acceso a servicios de salud se guían por recomendaciones y anécdotas no por indicadores de calidad.

En México 7 de cada 10 muertes son causadas por enfermedades crónicas, la principal causa con 136,342 son las enfermedades del corazón, seguido por diabetes mellitus con 105,572 y la tercera causa con 82,502 son las tumoraciones malignas. Forbes, S. (2018)

Dentro del análisis de la atención a comunidades vulnerables en materia de salud pública la distinción urbano-rural sigue siendo un marcador de desigualdad cultural en la región, en especial dadas las grandes diferencias que persisten en cuanto a la oferta de servicios básicos, de educación, salud y CEPAL Colección Documentos de proyectos Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales, afectan negativamente a las poblaciones rurales en general, y a las mujeres indígenas en particular. Jean, L. (2010:179) define cultura como:

*“un conjunto de elementos que califican cualquier actividad física o mental que no sea producto de la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social. Se trata de elementos sobre los cuales los actores sociales, construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos. La cultura incluye valores, símbolos, normas*

y prácticas. A partir de esta definición, tres aspectos deben ser resaltados para que podamos comprender el significado de la actividad sociocultural. La cultura es aprendida, compartida, y estandarizada”.

México corre el riesgo de mantener un sistema de salud fragmentado derivado de la falta de una reforma que acabe con inequidades marcadas en acceso a servicios de salud y la calidad de estos. Un sistema de salud insuficiente e indiferente a las necesidades limita que México tenga salud, prosperidad y progreso.

A pesar de la normatividad marcada en el sistema de salud y la Ley General de Salud Stavenhagen, R. (2003), menciona que:

*“la población indígena sigue en una situación de discriminación estructural, según datos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS 2017), dado que más del 49.3% de la población considera que no se respetan los derechos de las etnias y un 40.03% supone que la razón de su discriminación está directamente relacionada con su pertenencia étnica, además 20.9% asume que su principal problemática es la carencia de empleo y el 16.1% considera que es la falta de recursos económicos”.*

Desigualdad en salud se refiere a las diferencias en la salud de los individuos o los grupos, es cualquier aspecto de salud que pueda ser cuantificado y que varía en individuos o grupos socialmente relevantes. Infante, F (2002). En cuanto a la inequidad en salud, es un tipo específico de desigualdad que denota una diferencia injusta, estas son prevenibles e innecesarias. Llobet, V (2002).

La permanencia de las diferencias en salud basadas en nacionalidad, raza, etnicidad u otros factores sociales generan una gran preocupación moral, ofendiendo la rectitud y justicia. Sean, A (2002). Los recursos están distribuidos irregularmente entre naciones, pero sobre todo entre grupos sociales, estas diferencias pueden considerarse un problema discutible desde la perspectiva de los derechos humanos. Pillay, N. (2008).

Las tumoraciones malignas no respetan latitud, raza, sexo y edad, sin distinción de algún órgano corporal provocando afectación biopsicosocial que no solo repercute en el enfermo sino en su entorno familiar y la sociedad. Los costos económicos y humanos que representa la

atención de estos pacientes hacen que la prevalencia, diagnóstico y pronóstico varían de acuerdo con diversas características de acuerdo al grado y prioridad de las políticas de salud de cada país. Cabrera, G. (2004:1).

El cáncer de mama es una enfermedad que genera estrés en las mujeres que lo padecen debido a todo lo que conlleva tanto la cirugía, adaptarse a los cambios en su imagen corporal, los sentimientos y actitudes, por lo que representa la mama ante la sociedad la maternidad, sexualidad, atractivo físico, se tiene que reforzar los mecanismos de afrontamiento en ellas para poder salir delante de esta enfermedad.

Derivado de las desigualdades a las que se enfrenta la población en cuanto al acceso a servicios de salud están expuestos a un fenómeno que es la mortalidad, mismo que es aleatorio, y cualquier individuo tiene riesgo de muerte desde su nacimiento. Es un suceso que puede ocurrir por un amplio número de causas, desde aquellas que posiblemente son postergadas o evitadas con ciertos cuidados durante la vida (enfermedades crónico degenerativas), hasta las que surgen sin previsión (accidentes); sin embargo, también existen las provocadas por agresiones, que son acciones violentas relacionadas de manera estrecha con las condiciones de la sociedad que los experimenta, por lo que se pueden prevenir o fomentar desde su interior. (Bistrain, 2015:79)

De lo anterior surge la necesidad de abordar a las mujeres Yoreme- Mayo dado que un diagnóstico de cáncer de mama genera cambios no solo en su vida cotidiana sino también, genera un gran impacto físico, emocional y familiar. A pesar de existir investigaciones enfocadas a conocer la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama, o investigaciones propias de la patología, no hay evidencia de estudios realizados en mujeres pertenecientes a un grupo étnico.

El término indígena se aplica a las personas que nacieron en un territorio determinado, las actuales necesidades y condiciones en que habitan estos pueblos destacan desconocimiento, marginalidad social y violencia a la que son sometidos desde épocas remotas, revelan que no se trata solo de delimitar y definir dichas poblaciones si no tratar de desaparecer las barreras que están presentes por pertenecer a dicho grupo étnico.

Las deficientes condiciones de vida y salud de los cerca de 43 millones de indígenas, se reflejan en una mortalidad excesiva siendo causada la mayoría de las veces por motivos prevenibles y en una disminución de la esperanza de vida al nacer, lo cual demuestra la persistencia e incluso la profundización de las desigualdades que tiene la población indígena, en relación con otros grupos sociales.

La región al Norte de Sinaloa Yoreme- Mayo es intercultural, existen diversos grupos étnicos y culturas que a lo largo de la historia se han generado relaciones de dominación, exclusión, competencia y desacuerdos entre indígenas y no indígenas Sandoval et al (2012:97). Esta cultura nunca se ha considerado homogénea, intervenciones generaron que después de la conquista se transformara, antes de los españoles hasta lo que observamos en su cotidianidad, a partir de eso el principal problema que enfrentan ha sido la lucha por las tierras. La integración de la cultura Yoreme- Mayo a la mestiza se ha visto forzada, desde la pérdida de su autonomía y la falta de adaptación a las nuevas condiciones sociales.

La marginación marcada y la exclusión social, han incidido desfavorablemente en la salud y diversos ámbitos sociales de las poblaciones indígenas. A pesar de tener una tasa de natalidad mayor a la demás población mexicana, fallecen a temprana edad, sin embargo, aún en el siglo XXI, existen barreras para esta población, una de las principales es la atención en salud.

Se tiene mucha información acerca del sistema de salud en México, desplegando de esté programas para prevenir y promocionar la salud, sin embargo, dichos programas no han generado gran impacto en la población que tiene necesidades reales, como las diversas etnias que habitan en el país. Es por eso que a pesar de que se ha abordado de muchas perspectivas al cáncer de mama, existe muy poca evidencia de investigaciones realizadas para conocer autoconcepto, creencias y vida cotidiana actualmente de las mujeres Yoreme- Mayo que están sobrellevando cáncer.

Por lo que surge la importancia de conocer las experiencias de estas mujeres desde el momento que son diagnosticadas y como impacta en sus vidas, debido a su cultura perciben de forma distinta los procesos difíciles y tienen diferentes mecanismos de afrontamiento para una enfermedad terminal.

No se ha abordado la influencia por pertenecer a un grupo étnico con la salud, que tanto tiene que ver el hecho de ser de una cultura diferente tener mejores o peores condiciones de vida que determinan el estado de salud del individuo, familia y comunidad. A pesar de que existen muchos programas enfocados a la detección oportuna y prevención del cáncer, aunado a las transiciones demográficas y epidemiológicas de nuestro país el cáncer de mama es cada vez más frecuente en mujeres mexicanas y se presenta a más temprana edad por eso se considera un desafío para él, sistema de salud.

Datos del Gobierno de México arroja que en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, en el año 2015 se registraron 6,252 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 18 defunciones por 100,000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de mama son: Sonora (28.6), Nuevo León (26), Coahuila (25.7), Chihuahua (24.8), Cd. México (24.7) y Sinaloa (22.2). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2016).

*Este problema de salud pública ha ido en aumento, derivado del deficiente o inexistente acceso a servicios de salud en las poblaciones Yoreme-Mayo puesto que esto contribuye a incrementar la marginación en este grupo y aumentar las desigualdades en salud. Adams, P (2013), menciona que:*

*“Desde hace varias décadas, las tasas de cáncer de mama han aumentado más rápidamente en los países ricos que en los pobres. Los científicos empiezan a conocer más acerca de sus causas, pero aún quedan muchos interrogantes por despejar”.*

Se considera un desafío para el sistema de salud debido a que es una enfermedad no transmisible, la carga de este tipo de cáncer es muy elevada para la persona que la padece así como para las familias, existen formas de diagnóstico oportuno y tratamientos eficaces si se detecta a tiempo; el problema inicio hace décadas, y no se ha logrado impactar de forma positiva para disminuir la prevalencia, a pesar de que se conocen los factores de riesgo y las causas más frecuentes de este tipo de cáncer. Ferlay, et al. (2020).

Por lo anterior se considera que hay una alta incidencia de cáncer en esta población. Kork, M. (2016) rescata que:

*“Desde la Declaración de Alma-Ata de 1978, los países han expresado la necesidad de una acción urgente de todos los gobiernos, de todos los trabajadores en los campos de la salud y el desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Recientemente, el concepto de la Cobertura Universal de Salud (CUS) ha venido cobrando impulso en todo el mundo”.*

Lo que nos menciona el autor, es una de las declaraciones más antigua que existen en cuanto a salud, sin embargo, actualmente encontramos comunidades y poblaciones enteras que no cuentan con cobertura institucional, o que en los pueblos más alejados no cuentan con clínicas, mucho menos llegan a esa población los programas que promueven la prevención.

Debido a sus usos y costumbres perciben de manera diferente la morbilidad, lo que genera que acudan a su sistema de salud tradicional por falta de conocimiento acerca de la enfermedad que cursan, disminuyendo su calidad de vida al no recibir diagnóstico y por así pues no tener un tratamiento oportuno.

En la actualidad se modificó la morbilidad y mortalidad de la población en el mundo ahora el cáncer es una de las causas principales de muerte. En 2012 hubo 14.1 millones de casos nuevos y en 2015 hubo 8.8 muertes a casusa de esta enfermedad. El 57% de los casos nuevos que ocurrieron este año se dieron en regiones menos desarrolladas. Se prevé que para el 2030 aumente cerca de 23.6 millones de casos nuevos de cáncer. OMS (2018).

La alta incidencia de este problema genera interés de abordar el tema de cáncer de mama en mujeres Yoreme- Mayo, a causa de que existen muy pocos estudios en esta población y por pertenecer a un grupo étnico se encuentran dentro de un rezago epidemiológico. Entre el 30 y el 50% de los cánceres se pueden evitar. Para ello, es necesario reducir los factores de riesgo y aplicar estrategias preventivas de base científica. La prevención abarca también la detección precoz de la enfermedad y el tratamiento de los pacientes. Si se detectan a tiempo y se tratan adecuadamente, las posibilidades de recuperación para muchos tipos de cáncer son excelentes. Plummer, M. (2016).

Por lo que es importante a considerar como es el acceso a servicios de salud con los que cuenta esta población, para prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno y así mejorar su

calidad de vida. Si el cáncer se detecta a tiempo o en una etapa temprana es más probable que el tratamiento sea eficaz y no se requiera de fármacos tan tóxicos, para poder hacer un diagnóstico temprano se requiere primeramente concientizar a la población de que pueden tener un posible problema de salud, alertando sobre signos y síntomas que pueden ser derivados de cáncer, acudir a los servicios de salud para poder recibir el diagnóstico y estadificación para conocer en qué etapa se encuentra y de inmediato recibir tratamiento.

La OMS (2018), refiere que dentro de los tipos de cáncer que tienen mejor pronóstico y tasas de curación elevadas son el cáncer de mama, cervicouterino, bucal y colorrectal, si se detectan a tiempo.

El sistema de salud en México se divide en dos sectores el público y el privado, dentro del sector público encontramos instituciones de seguridad social y existen derivados de la SSA instituciones y programas que atienden a población sin servicios médicos y las privadas comprenden aseguradoras, consultorios, clínicas y hospitales privados. El sistema de salud en nuestro país es mixto y se encuentra fragmentado lo que genera: dificultad para el acceso a servicios de salud, prestación de servicios de baja calidad, uso irracional e ineficiente de los recursos, incremento innecesario de los costos de producción y por eso baja satisfacción de los ciudadanos que reciben dichos servicios.

La fragmentación del sistema de salud se revela por diversas formas en los niveles de salud, dentro del desempeño general del mismo sistema, se muestra como falta de coordinación entre los niveles y sitios de atención, la duplicación de servicios y falta de infraestructura, capacidad ociosa y muchas veces los servicios que se ofertan en lugares inapropiados, es decir, en hospitales que no cuentan con lo necesario para brindar atención. Por lo que muchos usuarios que utilizan el sistema refieren falta de acceso a servicios de salud, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia en cuanto a los servicios que se ofertan y las necesidades de la población.

Aunque este problema de fragmentación es muy común en los países de América, la magnitud y causas son diversas y diferentes dependiendo de cada contexto y situación. Aunque OPS (2010:66) refiere que las causas más comunes de este problema son la segmentación

institucional del sistema de salud, descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención, predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos, son programas verticales y no están integrados al sistema, separación extrema de los servicios de salud pública, modelo de atención centrado en la enfermedad, cuidados y episodios agudos y atención hospitalaria, debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria, problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.

Dentro de la atención a salud que se brinda en México se da por medio de subsistemas desarticulados entre sí, lo que genera la falta de continuidad en la atención, por ende, esta es ineficiente lo que se considera que no es adecuado para usuarios y contribuyentes. Por lo que es de importancia considerar que el Sistema de Salud en México debe transformarse en subsistemas verticales, uno que sea posible de resultado a las necesidades cambiantes de los individuos, familias y comunidades a lo largo del ciclo de vida, capaz de ofrecer un cuidado continuo, personalizado, proactivo y con orientación preventiva, además que este sea sustentable.

Con base a datos de la OCDE, la inversión pública de México en el sistema de salud aumento de 2.4% a 3.2% del PIB entre 2003 y 2013, a pesar de esto no se han logrado mejoras en salud ni el desempeño del sistema. México requiere de un sistema de salud equitativo, eficiente y de alta calidad, Corona, R. (2017).

La salud se considera uno de los derechos fundamentales e imprescindibles para el ser humano; sin embargo, en México no logra vigencia esto aún, en vista de que el Estado no proporciona atención, servicios médicos necesarios para las localidades que componen el país. En este rubro, las comunidades indígenas de nuestro País, tal y como sucede en otros aspectos del desarrollo, son los más desprotegidos pues la atención para estas poblaciones es limitada y con deficiencias.

*“La Organización Mundial de la Salud establece que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”;* además, explica que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano y que la salud de todos los pueblos es una condición

fundamental para lograr la paz y la seguridad, y que ésta depende de la cooperación de las personas y de los gobiernos. Alcántara, M. (2008).

De la misma manera, la *Ley General de Salud* reglamenta el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud, establecido en el artículo 4o. constitucional, y define entre sus finalidades propiciar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan de manera eficaz y oportuna las necesidades de la población.

Linares, F. (2008) menciona:

*“Que la relación entre ser indígena y tener menos recursos, es la realidad que viven los pueblos en la actualidad, dado que siempre han vivido marginación social en gran parte de los casos discriminación, rechazo lo que los tiene rezagados y con menos oportunidades. Es lastimosa la situación que viven debido a que es producto de años de explotación y discriminación, con el tiempo se ha hecho más visible, afectando a las etnias de nuestro país limitando su desarrollo.*

*Sin embargo, concebir a los indígenas como víctimas necesitadas de la ayuda de los mestizos y del gobierno significa negarles, aunque sea con la mejor de las intenciones, su propia capacidad de valerse por sí mismos y de intentar resolver sus problemas, algo que todos los pueblos indígenas han hecho a lo largo de su historia y desean hacer en la actualidad”.*

Por tanto, el derecho a la salud para los pueblos indígenas se establece en instrumentos internacionales como Convenio Número 169, en su artículo 7, fracción 2, habla acerca del deber de los gobiernos en relación con el hecho de mejorar las condiciones de vida, de trabajo, nivel de salud, de educación de los pueblos interesados con su participación y cooperación, deberá ser prioridad en los planes de desarrollo económico- global.

En el ámbito nacional este derecho se regula en la *Ley General de Salud*, cuyo artículo 6o., fracción IV bis, señala como uno de los objetivos del sistema nacional de salud

*“Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político-sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social”, a la vez que reconoce su cultura en la fracción VI bis del mismo artículo y señala la importancia de*

*“promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas”, todo ello con la coparticipación de los propios pueblos, señalando en su artículo 10 que: “La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas... Ley General de Salud (1991).*

A pesar de la normatividad marcada en el sistema de salud y la Ley General de Salud Stavenhagen, R. (2003), menciona que:

*“la población indígena sigue en una situación de discriminación estructural, según datos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS 2017), puesto que más del 49.3% de la población considera que no se respetan los derechos de las etnias y un 40.03% supone que la razón de su discriminación está directamente relacionada con su pertenencia étnica, además 20.9% asume que su principal problemática es la carencia de empleo y el 16.1% considera que es la falta de recursos económicos”.*

Ser mujer en el mundo de los grupos étnicos esta construido por la concepción de género de los pueblos al que pertenecen, las realidades de su territorio, así como las adecuaciones en relación con la sociedad dominante. Las mujeres no son un grupo homogéneo, sino que tienen diversas situaciones, necesidades y demandas. Las mujeres indígenas es un tema muy poco explorado, las relaciones de género, las desigualdades de las mujeres que las han ido invisibilizando.

La subordinación de la mujer al hombre existe en todas las sociedades, en los pueblos indígenas por la distribución de poder y los roles varían por la descendencia, matrimonio y residencia. Son estas normas las que rigen las estructuras sociales, sino que también determinan los derechos de representación doméstica, la herencia, el acceso a los servicios como la salud, reproducción, educación, migración. Por ejemplo, el estatus de una mujer cuyo pueblo posee lazos de descendencia bilaterales y residencia matrilocal puede ser mayor que el de aquella que reside en un pueblo con reglas patrilineales y patrilocales. CEPAL (2013).

Las mujeres indígenas hoy en día se encuentran con mayor vulnerabilidad y eso merma su salud, pues estos grupos están más expuestos a altos niveles de mortalidad materna e infantil, desnutrición, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas, como el paludismo y la tuberculosis.

Desigualdad en salud se refiere a las diferencias en la salud de los individuos o los grupos, es cualquier aspecto de salud que pueda ser cuantificado y que varía en individuos o grupos socialmente relevantes. Infante, F (2002). En cuanto a la inequidad en salud, es un tipo específico de desigualdad que denota una diferencia injusta, estas son prevenibles e innecesarias. Arcaya (2015:262).

Mientras que inequidad en salud es considerada como: las diferencias en salud innecesarias y evitables, y que además son consideradas injustas. Es así que en los grupos indígenas persiste esto por sus usos y costumbres considerados como premodernos, rezagados y atrasados lo cual genera marginación para el acceso a servicios básicos entre los cuales destaca salud. OPS (2017).

La permanencia de las diferencias en salud basadas en nacionalidad, raza, etnicidad u otros factores sociales generan una gran preocupación moral, ofendiendo la rectitud y justicia. Sean, A (2002). Los recursos están distribuidos irregularmente entre naciones, pero sobre todo entre grupos sociales, estas diferencias pueden considerarse un problema discutible desde la perspectiva de los derechos humanos. Pillay, N. (2008).

Los pueblos indígenas hoy en día son víctimas de diferencias en salud las cuales se consideran innecesarias y evitables, además de ser injustas. Actualmente de los 15.7 millones de personas que pertenecen a algún grupo indígena, el 2.8% no cuentan con acceso a servicios de salud según Coneval afirma Ramos, M. (2015). Los lugares donde habitan la mayoría de los pueblos indígenas han sido excluidos por los servicios de salud, esto relacionado con los rezagos sociales y económicos que se viven desde épocas remotas.

Los indígenas que viven en zonas rurales regularmente viven en condiciones precarias en casi todos los servicios como educación, vivienda, infraestructura y servicios básicos, pero a este panorama adverso también se suman irregularidades en el sistema sanitario, reflejado en un

estado de salud precario, falta o dificultad para acceder a los servicios de salud, cobertura ineficaz, falta de infraestructura, por lo que esta población persiste en una condición desfavorable para poder alcanzar un nivel de bienestar según el PNUD afirma Ramos, M. (2015)

Desde hace 20 años aproximadamente en México surgieron y se están aplicando programas para mitigar la pobreza y desnutrición e incluso algunos ha recomendado la ONU, a pesar de esto la mortalidad infantil en indígenas sigue siendo elevada, lo cual evidencia que dichos programas no están estructurados de la forma adecuado y con las necesidades reales de dichas poblaciones y algunos problemas es que muchas comunidades son menores a 2.500 habitantes y están muy alejados a las áreas urbanas, lo que hace más difícil para instalar clínicas, o ver el impacto de dichos programas.

La discriminación racial genera diferencias en lo que respecta a salud, haciendo difícil el acceso de los más necesitados a los servicios, por lo que estos se tornan de mala calidad e impiden que llegue información adecuada para poder tomar decisiones. De igual forma existen otros factores que actúan de manera indirecta como el estilo de vida, el lugar de residencia, ocupación, nivel de ingresos y la propia condición social.

Los índices de mortalidad en indígenas por enfermedades no trasmisibles son elevados, así como la falta de acceso a servicios de salud, desnutrición, analfabetismo, vivienda precaria, exclusión social y violencia es lo que viven las mujeres indígenas de nuestro país. La brecha existente por pertenecer a una etnia es resultado de la injusticia caracterizado por desigualdades estructurales. Es por lo anterior que los determinantes sociales de la mortalidad en la población indígena se deben a la desigualdad, violencia estructural por la violación continua y sistemática de los derechos humanos. Rannauro, M. (2011).

Las mujeres indignas presentan entre sus principales causas de muerte: tumores, enfermedades isquémicas del corazón, homicidios, infecciones respiratorias agudas, nefritis y nefrosis, homicidios, tumor del útero y de la mama, cirrosis hepática, enfermedades crónicas del hígado y feminicidio.

## CONCLUSIONES

Son diversas las variables que determinan cómo reacciona una persona ante un diagnóstico de cáncer, su tratamiento. La cultura tiene un papel importante en la influencia que ejerce dentro de la experiencia de la enfermedad. En vista de que los aspectos culturales influyen tanto en la adaptación psicosocial ante la enfermedad y las interacciones con el personal de salud, su familia. Se requiere adoptar una actitud que permita contemplar sus sistemas de creencias y apropiar la información de la enfermedad que sean culturalmente apropiados para la persona.

Resulta de importancia en este tipo de estudios evitar los conflictos por ser culturalmente diferentes, derivado de la falta de conocimiento por parte del personal de salud, sobre como la cultura influye en el comportamiento y actitudes del paciente y su familia durante el proceso oncológico. Aunque solo se han abordado algunos aspectos culturales no se debe limitar a ellos sino todo lo contrario abrirse a aspectos como el lenguaje y pensamiento, el impacto en la vida cotidiana, tomando en cuenta los comportamientos de prevención y conceptos de autoconcepto que muestra la mujer con cáncer de mama.

Actualmente encontramos una sociedad multicultural por lo que surge la necesidad de profundizar y aprender sobre las mismas, en vista que como profesionales de salud nos permitirá brindar un cuidado integral, humanizado y lograr trascender en la vida de los pacientes.

## REFERENCIAS

Adams, P. (2013). El enigma del cáncer de mama. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2013; 91:626-627. Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.020913> Recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Alcántara, M. (2008), Gustavo La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, vol.9, núm. 1, Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. pp. 93-107

- Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015,8:27106 – <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>. Pp. 262
- Badillo, D. (2020). Desabasto de medicamentos afecta a pacientes con enfermedades crónicas. *El economista*. Noviembre. Recuperado en: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Desabasto-de-medicamentos-afecta-mas-a-pacientes-de-enfermedades-cronicas-20201122-0003.html>. P1
- Bistrain, A. (2015). Cambios recientes en la esperanza de vida en México, análisis por medio de su descomposición. *Realidad, datos y espacio. Revista internacional de estadística y geografía*. Vol. 6, Núm. 3. p. 79
- Cabrera, G. (2004). Cáncer de mama. *Impacto Social. Rev Ciencia Médicas* vol.8 no.1 Pinar del Río ene.-abr. Pp. 1
- Castro, R. (2011). *Sociología de Salud en México. Política y Sociedad*, 2011, Vol. 48 Núm. 2: 295-312 doi: 10.5209/rev\_POSO. 2011.v48. n2.5. pp 297-300
- Castro R. (2015). Erviti j. *Sociología de la práctica médica auto-ritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y de-rechos reproductivos*. Cuernavaca: CrIM-unAM; 2015.
- Celedón, L. (2012). Sufrimiento y muerte en un paciente terminal. *Suffering and death in a terminal patient. Artículo de Ética Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2012; 72: 261-266. Pp. 262.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013). *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos*. – Colección Documentos de proyectos.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2016). Recuperado en : [https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama#:~:text=En%20el%20grupo%20espec%C3%ADfico%20de,Chihuahua%20\(24.8\)%2C%20Cd](https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama#:~:text=En%20el%20grupo%20espec%C3%ADfico%20de,Chihuahua%20(24.8)%2C%20Cd).

- Coneval (2018). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018 Primera edición. [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Diag\\_de\\_recho\\_Salud\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_de_recho_Salud_2018.pdf). Pp. 96
- Cordero A. et al (2013). Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. (Nutr Hosp. 2013;28:1453-1457) DOI:10.3305/nh.2013.28.5.6517. pp 1454.
- Corona, R. (2017). El Sistema de Salud en México: De la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal. México. Recuperado en <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-M%C3%A9xico-De-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal>
- De la Torre I, Cobo MA, Mateo T, Vicente LI.(2008). Cuidados enfermeros al paciente oncológico [Internet]. Málaga: Editorial Vértice; 2008 [citado 28 Ene 2015]. Disponible en: [https://books.google.com.cu/books?id=YD8OR\\_W\\_ZufgC&pg=PA1&lpg=PA1&](https://books.google.com.cu/books?id=YD8OR_W_ZufgC&pg=PA1&lpg=PA1&). Pp . 1
- Ferlay, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; (<https://gco.iarc.fr/today>)
- Forbes, S. (2018). Para 2030, el 40% de los adultos en México sufrirán de obesidad. Mayo. México Recuperado de <https://www.forbes.com.mx/para-2030-40-de-los-adultos-en-México-sufriran-de-obesidad/>
- García-Roque D, Borges-de-la-Oliva Y. Importancia de la pesquisa del cáncer de mama. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2017 [citado 2021 Abr 21]; 7(1):[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/482>. Pp. 1
- González F. (2009). A qualitative approach to the study of social representations: the epistemological and ontological basis. VIII International Conference on Social Representations. Social Representation Media and Society. 2006. Disponible en: <http://www.europhd.net/8thICSR/presentations.html> Consultado: Enero. Pp 515
- González Ortega JM, Gómez Hernández MM, López Cuevas ZC, Morales Wong MM.

- (2009). Carcinoma de la mama masculina. Comportamiento clínico-patológico en nuestro medio. Recuperado en:  
[http://www.conganat.org/7congreso/trabajo.asp?id\\_trabajo=124&tipo=&tema](http://www.conganat.org/7congreso/trabajo.asp?id_trabajo=124&tipo=&tema). Pp. 163
- Gunther Balarezo-López (2018). Sociología médica: Origen y campo de acción. Rev. Salud Pública. 20 (2): 265-270 DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.46430>. Pp 266
- Hall G, Patrinos AH. (2005). Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America: 1994-2004. Washington, DC: World Bank. Pp. 16
- Harris M. (2004). Introducción a la antropología general. 7ma ed. Madrid: Alianza Editorial; pp. 656
- Infante F. (2002): Análisis de cuatro programas de América Latina que trabajan con un marco conceptual de la El Enfoque de Resiliencia en los Proyectos Sociales Vol. XIII, Nº 1: Pág. 143-152. 2004 152
- Jean, L. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Rev. Latino- Am. Enfermagem. 18(2): (09). Junio  
Recuperado en: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es\\_23.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf) . Pp. 179
- Kork, M. (2016). Health, Resilience, and Human Security: Moving Toward Health for All.  
Japan Center for International Exchange and the Pan American Health
- Langdon, E. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 18(3): [09. May- Jun. pp. 179.
- Linares, F. (2008). Los pueblos indígenas de México [texto] / México: CDI, 141 p. (Pueblos Indígenas del México Contemporáneo) [Ley General de Salud \(1991\)](#). Reforma en Diario Oficial de 14 de junio. Recuperado en:  
[http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)  
Organization Recuperado  
WHO, [http://www.who.int/choice/documents/making\\_fair\\_choices/en/](http://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/).

- Lugones BM, Ramírez BM. (2009). La terapia hormonal de reemplazo y la prevención cardiovascular en la menopausia. Principales estudios realizados y sus resultados. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2006;32(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32\\_2\\_06/gin11206.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_2_06/gin11206.htm). Pp. 160.
- Montenegro R, Stephens C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean [Indigenous Health 2]. Lancet; 367:1859-69.pp. 17.
- OECD. (2019). El gasto público social es alto en muchos países de la OECD. Enero Recuperado en: <http://www.oecd.org/social/expenditure.htm>. Pp.
- OMS (2018). Cáncer. Septiembre. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.htm> 09/12/2020
- OPS/OMS. (2017). Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2017. Washington, D.C. pp. 11-14; 185-188.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, p.18
- Organización Panamericana de la Salud. OPS (2010). Documento oficial No. 328: Plan estratégico 2008-2012: septiembre (Revisado). Serie de documentos de planificación de la OPS. Washington, D.C.: OPS. Pp. 66
- OPS (2017). Inequidades y barreras en los Sistemas de Salud.. Recuperado en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=312&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=312&lang=es)
- Osorio, B. et al (2020). Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. Revista Cubana de Medicina General Integral.36(2): e1147. Pp 3-10
- Pillay N. (2008). Right to health and the Universal Declaration of Human Rights.

Lancet.8.372:2005–6.

Pizza G.(2007). Antropología Médica: una propuesta de investigación. En: Lisón Tolosana

C, editor. Introducción a la Antropología social y cultural. Teoría, método y práctica.

España: Ediciones AKAL; . pp. 657

Plummer M, (2016) de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. Lancet Glob Health.

Sep;4(9):e609-16. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30143-7

Rannauro M, (2011). “El derecho a la igualdad y el principio de no discriminación: la

obligación del gobierno de México para realizar la armonización legislativa con perspectiva de género”, Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, Año V, No. 28, julio-diciembre de 2011, México

Ramos, M. (2015). El Sistema de salud en zonas indígenas de México: Insuficiente y precario. Economíahoy. Diciembre. Recueperado en: <https://www.economiahoy.mx/nacional-eAm-mx/noticias/7208718/12/15/El-sistema-de-salud-en-zonas-indigenas-de-Mexico-insuficiente-y-precario.html>

Rosasco MN, Dardo CA, Carzoglio JB. Cáncer de mama masculino en Uruguay.

Comunicación de 16 casos y revisión de la literatura. Revista Española de Patología. 37(4): Recuperado en: <http://patologia.es/volumen37/vol37-num3/37-3n03.htm>  
Pp .

Salverry O. (2017). Antropología de la salud: una mirada actual. Rev. Perú Med Exp

Salud Pública. 2017; 34(2): 165-6. Doi: 10.17843/rpmesp.342.2988. pp. 165.

Sandoval F, Eduardo Andrés, Ernesto Guerra García y Fortunato Ruiz Martínez, 2012, Políticas públicas para la inclusión de las comunidades indígenas de Sinaloa en la sociedad de la información, Ediciones Del Lirio, UAEM, UPN, UAIM, México. Pp. 97

Sen A. (2002). Why health equity? Health Econ; 11:659–66.

Stavenhagen, Rodolfo (2003). “¿Por qué los derechos indígenas?”, en Los derechos de los

pueblos indígenas, Fascículo I, Serie Prevención de la violencia, atención a grupos vulnerables y los derechos humanos, México, CNDH, pp. 15-34

Torres, et al. (2013). La salud de la población indígena en México. I.Condiciones de salud.

Recuperado en: [https://www.researchgate.net/profile/Beatriz-Zurita-Garza/publication/267856093\\_La\\_salud\\_de\\_la\\_poblacion\\_indigena\\_en\\_Mexico/links/546cffc60cf2a7492c55affa/La-salud-de-la-poblacion-indigena-en-Mexico.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Beatriz-Zurita-Garza/publication/267856093_La_salud_de_la_poblacion_indigena_en_Mexico/links/546cffc60cf2a7492c55affa/La-salud-de-la-poblacion-indigena-en-Mexico.pdf). Pp. 41

Trill, m. (2014). influencia de la cultura en la experiencia del cáncer unidad de psico-

oncología. departamento de oncología. Hospital. Pp. 39 General Universitario Gregorio Marañón. C/ Maiquez, 7. 28007 Madrid. E-mail: maria.die@madrid.org