



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas,
Odontológicas y de la Salud
Facultad de Medicina

Si este es el precio que tengo que pagar...

Análisis biocultural en antropología en salud de las trayectorias de atención de un grupo de usuarias del Hospital de la Mujer en la Ciudad de México

TESIS

Para optar por el grado de
Doctora en Ciencias

Presenta:

Diana Socorro Gomez López

Tutora

Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez
Instituto Nacional de Antropología e Historia

Comité tutorial

Dra. María del Carmen Calderón Benavides
Hospital General de México

Dra. Elia Nora Arganis Juárez
Facultad de Medicina - UNAM

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, octubre de 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Arduo, empedrado con traspies burocráticos, operativos y hasta personales, en ocasiones desesperanzador, pero al final satisfactorio: el camino recorrido en la realización de este trabajo no ha sido fácil y la meta en ocasiones se veía inalcanzable. Esta tesis pretende dar cuenta de lo que poco más de cuatro años de formación y fortalecimiento académico han permitido realizar, a la vez que es un homenaje a quienes participaron prestándome sus voces y experiencias. Sea este pequeño texto un agradecimiento infinito a todas las personas que durante estos años me han acompañado, apoyado y aportado a este trabajo.

En primera instancia, agradezco a Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, instancia que a través de las becas otorgadas en el marco del Programa Nacional de Posgrados de Calidad financió la realización de este trabajo. Asimismo, agradezco al Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud donde pude llevar a término mis estudios como parte de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y donde he fortalecido mi formación antropológica en el área de la salud.

A mis profesores, gracias por enseñarme sobre teoría y rigor metodológico, agradezco su compromiso con la enseñanza y su calidez en el trato hacia mi persona; su presencia ha contribuido a mi crecimiento en más de una forma. Este agradecimiento va con especial cariño al Dr. Roberto, a la Dra. Adriana, a la Dra. Zuani y a la Dra. Liz. A mi comité tutorial, a la Dra. Yesenia, la Dra. María del Carmen y la Dra. Elia Nora, agradezco su acompañamiento durante este proceso, el empuje constante a la reflexión disciplinar, sus lecturas y comentarios a lo largo de estos cuatro años.

La recta final de este proceso nos atrapó a todos en medio de una pandemia mundial. Ninguna estábamos preparados para lo que ocurriría, el tiempo que nos tomaría retomar la “normalidad” ni el reto que sería llevar nuestro trabajo a la intimidad del hogar. Por ello, agradezco con especial cariño a mis sinodales su dedicación a la lectura de mi tesis en este contexto de adversidad. Gracias doctoras Mayra, Karina, Paulina y Claudia, por sus comentarios, videollamadas y críticas, que espero vean satisfactoriamente incorporadas a este documento.

Durante el trabajo de campo en el Hospital de la Mujer no sólo fui a buscar respuestas a mis preguntas teóricas, aprendí lo que es dar y recibir atención en contextos adversos, manteniendo la calidez y el compromiso con las usuarias. Le agradezco a esta institución por acogerme para realizar mi investigación; en particular a los médicos, médicas y enfermeras que me brindaron su tiempo y conocimiento durante mi estancia en este espacio. De manera muy especial, agradezco a Amanda, Berta, Edna, Elvira, Francisca, Karla, María, Yadira y Xaviera, quienes aceptaron ser parte de esta investigación, me dieron el privilegio de escuchar sus experiencias y me permitieron inmiscuirme en lo más privado de sus vidas. He intentado hacer justicia a cada una de sus voces, espero haberlo logrado.

A mi familia: gracias por todo, su tiempo, su amor, su comprensión y su compañía me fortalecen siempre. A mis papás, Elsa y Beny, sin quienes no sería la persona que soy hoy, gracias por su entrega, su confianza y su constante empuje para ser mejor mujer. A mis hermanas, Bran, Pame y Romy, gracias por mantenerme los pies en la tierra, por su guía, cariño y acompañamiento, las llamadas y mensajes a lo largo de estos últimos meses me han mantenido cuerda. A las nuevas integrantes, Irene y Karen, gracias por recibirme en su familia y darme su cariño en estos últimos años.

Hacer un posgrado enriquece, además de la mente, el espíritu, a lo cual contribuyeron ampliamente mis amigas Marce, Moni y Lili: andar este tiempo a su lado ha sido un placer; gracias por acompañarme, sostenerme, escucharme, por las risas, las copas de vino, las noches de baile y las cenas, por viajar a mi lado y compartir este camino conmigo. A mis amigos, Jorge, Héctor, Oscar, quienes hemos cambiado a lo largo de tantos años de conocernos, y quienes se fueron sumando en épocas recientes, Paris y Mary, gracias por su compañía en esta etapa. Agradezco también a quienes en el camino se convirtieron en mis colegas, ejercer la antropología a su lado en un entorno profesional ha sido uno de los satisfactores más grandes que esta carrera me ha dejado.

A Rodrigo: gracias por tu amor, tu compañía, las risas, los abrazos, por Anser, pero especialmente, gracias por tus palabras de aliento en mis noches de angustia que me ayudaron a no claudicar.

Contenido

Introducción.....	5
1. Sentando las bases para la comprensión del VPH	10
1.1 El componente biomédico del virus del papiloma humano (VPH).....	10
1.1.1 Características generales del VPH.....	10
1.1.2 La historia natural del VPH y su relación con el cáncer cervical	17
1.1.3 Diagnóstico y tratamiento de la iVPH	20
1.1.4 Epidemiología de la iVPH	24
1.2 El VPH y las políticas públicas de atención a la salud sexual en el contexto mexicano	27
1.2.1 Acercamiento a los mecanismos internacionales de atención al VPH y la configuración de políticas públicas en el contexto nacional	28
1.2.2 La preponderancia del cáncer cervical y la invisibilidad de la iVPH en las Normas Oficiales Mexicanas y el Plan Nacional de Desarrollo	30
1.2.3 Programa de vacunación contra el VPH: implicaciones, debates y perspectivas.....	34
1.3 Acercamiento a la salud sexual desde la antropología.....	36
1.3.1 Algunas reflexiones teóricas	45
2. Andamiaje teórico	48
2.1 Antropología en salud	48
2.2 El enfoque biocultural en antropología en salud.....	57
2.3 Construir el VPH como proceso biocultural.....	65
3. Estrategia metodológica.....	79
3.1 Plantear un problema desde el enfoque biocultural	79
3.2 Preguntas de investigación.....	86
3.3 Hipótesis	87
3.4 Objetivos generales	88
3.4.1 Objetivos específicos.....	88
3.5 Construcción de la metodología	91
3.5.1 Primera etapa: acercamiento cuantitativo.....	96
3.5.2 Segunda etapa: aproximación cualitativa.....	99
3.5.3 Delimitando el universo y los casos	102
3.6 Consideraciones éticas	105
3.7 Impacto social y justificación.....	109
4. Componente contextual - etnográfico: el Hospital de la Mujer como espacio de interacción	112
4.1 La conformación del Hospital de la Mujer como unidad de atención ginecológica	113
4.2 El servicio de consulta externa del Hospital de la Mujer.....	117
4.2.1 La consulta de displasias en el Hospital de la Mujer	120
4.3 Las trayectorias protocolarias de atención a la iVPH en el Hospital de la Mujer.....	127
4.4 Diálogos intersubjetivos: el personal, las usuarias y la etnógrafa en el contexto de atención a la iVPH	144
5. Acercamiento cuanti-cualitativo a las trayectorias de salud sexual.....	149
5.1 Etnografía en el archivo del Hospital de la Mujer.....	149

5.2 Análisis cuantitativo de las trayectorias de atención.....	152
5.3 La utilidad etnográfica de los archivos para la antropología en salud	172
6. Componentes socioculturales de las trayectorias de salud sexual	178
6.1 Las participantes en la investigación y sus trayectorias de atención	179
6.2 Aproximación analítica desde el enfoque biocultural	188
6.2.1 Productos materiales para la atención a la salud sexual.....	188
6.2.2 Recursos para la salud sexual y reproductiva	197
6.2.3 Procesos ideológicos asociados a la salud sexual y reproductiva	216
Reflexiones finales	231
Colofón.....	241
Bibliografía	245
Anexos.....	260
Anexo 1. Dictamen aprobatorio para la realización de la investigación	260
Anexo 2. Cédula de registro de datos sociodemográficos y epidemiológicos	262
Anexo 3. Encuesta de evaluación de la calidad del servicio	263
Anexo 4. Guía de observación	266
Anexo 5. Guía de entrevista a prestadores de servicios.....	267
Anexo 6. Guía de entrevista a usuarias	270
Anexo 7. Consentimiento informado para prestadores de servicios	275
Anexo 8. Carta compromiso a prestadores de servicios de salud	276
Anexo 9. Consentimiento informado para usuarias	277

Índice de tablas

Tabla 1. Tipos de VPH y lesiones asociadas	13
Tabla 2. Factores de riesgo para infección por VPH y cáncer cervical. Medidas preventivas de acuerdo con su potencial de modificación	15
Tabla 3. Sistemas clasificatorios de citología cervical.....	21
Tabla 4. Componentes y co-determinantes del proceso salud-enfermedad y sexo-sexualidad para el iVPH.....	77
Tabla 5. Estrategia metodológica	92
Tabla 6. Variables sociodemográficas y epidemiológicas del proceso salud-enfermedad del VPH.....	97
Tabla 7. Categorías para el análisis cualitativo.....	101
Tabla 8. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	104
Tabla 9. Mujeres participantes en la investigación	105
Tabla 10. Antecedentes de salud reproductiva (gestas, abortos e hijos) por frecuencia.....	161
Tabla 11. Distribución de diagnóstico por grupo de edad.....	165
Tabla 12. Frecuencia de otras ITS.....	171

Índice de figuras

Figura 1. Necesidades y recomendaciones para el Programa de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer cervical acordes a contexto local y regional en México	27
Figura 2. Jerarquía normativa en materia de prevención y atención de iVPH y cáncer cervical	31
Figura 3. Teorías más influyentes en antropología médica norteamericana.....	49
Figura 4. Modelo biocultural complejo	62
Figura 5. La iVPH como proceso biocultural	80
Figura 6. Estrategia metodológica.....	92
Figura 7. Ejes de la investigación.....	0
Figura 8. Fachada del Hospital de la Mujer.....	116
Figura 9. Localización y distribución de servicios en el Hospital de la Mujer.....	117
Figura 10. Hospital de la Mujer (primer piso): consulta externa.....	118
Figura 11. Distribución del interior de los consultorios de displasias	120
Figura 12. Distribución de actividades por jornada	124
Figura 13. Proceso de solicitud de atención en el Hospital de la Mujer	127
Figura 14. Consulta de primera vez en displasias	131
Figura 15. Toma de PAP.....	136
Figura 16. Colposcopia	137
Figura 17. Tratamientos a la iVPH	138
Figura 18. Análisis biocultural de la experiencia de la iVPH	188
Figura 19. Necesidades y recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la iVPH	237

Figura 20. Propuesta para la investigación antropología en salud.....	238
---	-----

Índice de gráficas

Gráfica 1. Edad de las usuarias.....	152
Gráfica 2. Nivel socioeconómico	154
Gráfica 3. Ocupación	156
Gráfica 4. Escolaridad	157
Gráfica 5. Estado civil.....	158
Gráfica 6. Inicio de la vida sexual	159
Gráfica 7. Número de parejas sexuales.....	160
Gráfica 8. Métodos de planificación familiar	161
Gráfica 9. Referencia y/o llegada al HdM.....	163
Gráfica 10. Diagnóstico.....	164
Gráfica 11. Edad de diagnóstico	165
Gráfica 12. Tratamiento	166
Gráfica 13. Edad de diagnóstico previo.....	170

Índice de trayectorias

Trayectoria 1. Amanda	179
Trayectoria 2. Berta	180
Trayectoria 4. Elvira	181
Trayectoria 3. Edna.....	182
Trayectoria 5. Francisca.....	183
Trayectoria 6. Karla.....	184
Trayectoria 7. María	185
Trayectoria 8. Yadira	186
Trayectoria 9. Xaviera	187

INTRODUCCIÓN

Esta tesis da cuenta de una inquietud que surgió por allá de 2015, que buscaba comprender cómo vivimos las mujeres los procesos de enfermedad asociados al ejercicio de nuestra sexualidad y en qué marco se desarrollan éstos. La propia experiencia, marcada por la incertidumbre, la angustia y malas prácticas del personal de salud, ha dirigido a problematizar las vivencias sobre la infección por Virus de Papiloma Humano (iVPH); y a la vez que contribuye a la difusión del conocimiento (entre mis congéneres más cercanas y las propias participantes de la investigación) como una tarea autoimpuesta, que responde a un compromiso ético como científicas en México. En el contexto en el que transcurren nuestras vidas, ejercer la sexualidad se puede tornar problemático, aún más cuando existen procesos que medicalizan el ejercicio de la misma: las infecciones de transmisión sexual, el embarazo o el aborto son transformaciones que se viven en un cuerpo sujeto y normado por un entramado social y cultural complejo en el que media la experiencia. En este trabajo, se describen y analizan en seis capítulos cómo se construye la iVPH en el contexto de atención institucional, a partir de recuperar las trayectorias protocolarias de atención en el interior y las experiencias de nueve mujeres que recibieron atención ginecológica, y de sus diversas y comunes realidades.

Esta investigación se realizó en el Hospital de la Mujer, una institución de salud pública federal, especializada en la atención ginecológica de mujeres no derechohabientes de otros servicios de salud. La investigación parte de la problematización de la infección por virus de papiloma humano y los procesos culturales, sociales e institucionales que lo enmarcan, formulado de manera concreta en la pregunta: ¿cómo enmarcar el VPH como una problemática de salud nacional y su impacto en el ejercicio de la sexualidad de las mujeres jóvenes de la Ciudad de México? El objetivo principal de la investigación se dividió en tres, en los cuales se ahonda en el capítulo metodológico, pero se enuncian de forma resumida a continuación:

1. Analizar la construcción del VPH como una ITS relevante para la salud pública internacional y nacional.
2. Analizar la trayectoria protocolaria de las mujeres diagnosticadas con VPH y las convergencias y discrepancias con su trayectoria de atención a la salud sexual y reproductiva.
3. Analizar los componentes y co-determinantes bioculturales involucrados en el ejercicio de la sexualidad a partir del diagnóstico de VPH.

Para dar cuenta de estos elementos, se planteó la realización de una metodología de investigación mixta, que combinara métodos cualitativos y cuantitativos, con el objetivo de integrar diversos datos para el análisis. Además, se incluyeron las dimensiones macro, meso y micro en la investigación, considerando una estrategia de aproximación metodológica adecuada para cada una.

Como resultados de la aproximación metodológica, se realizó la revisión de 354 expedientes de mujeres del servicio de colposcopia del Hospital de la Mujer, quienes fueron diagnosticadas con alguna forma de iVPH durante el año 2015. Con esta información, se realizó un análisis descriptivo analítico que se incluye más adelante. Como fruto de la aproximación cualitativa, se realizó la etnografía del mismo servicio durante un año, de manera tal que los datos recabados durante este período permitieron enmarcar las trayectorias de las mujeres en la atención a la iVPH; además, se realizaron entrevistas a personal de salud y a nueve mujeres jóvenes (de 18 a 30 años de edad), cuyas experiencias condujeron al análisis que se incluye en los capítulos finales.

El primer capítulo, *Sentando las bases para la comprensión del VPH*, se divide en tres grandes segmentos. El primero tiene que ver con una aproximación a la definición biomédica de la temática de investigación, a partir de realizar una revisión de aspectos de la historia natural de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento, y la epidemiología de la iVPH en México. Este apartado cumple una doble función: por un lado, coloca al lector en contexto y le acerca a la comprensión de esta infección; por el otro, contribuyó a fortalecer el conocimiento sobre el fenómeno de interés y la necesaria adquisición de un lenguaje biomédico que permitiera establecer un diálogo productivo con el personal de salud de la institución para realizar el trabajo de campo. El segundo elemento versa sobre las políticas públicas mexicanas que están relacionadas con la atención a la salud sexual, apartado en el que se problematiza desde la literatura lo que se recabó durante la etnografía: la atención a la iVPH queda relegada ante el papel preponderante que el cáncer cervical tiene frente a esta ITS, aunque ésta se sitúa como relevante por el proceso de estrés y ansiedad que atenderla provoca. Finalmente, el tercer elemento pretende ser una revisión no exhaustiva sobre la producción antropológica sobre la iVPH y las problemáticas de salud asociadas a la sexualidad en el contexto mexicano, para enmarcar la investigación realizada como un aporte sustantivo a la temática de análisis, a la vez

que retomar planteamientos de colegas con formaciones y trayectorias distintas, con el objetivo de enfatizar en el aporte de este trabajo en la construcción del conocimiento científico.

El segundo capítulo, denominado *Andamiaje teórico*, es una revisión crítica de diversos planteamientos que permitieran dar cuenta del fenómeno de estudio y, a su vez, se divide en tres grandes apartados. El primero, es una breve reconstrucción disciplinar de la antropología médica y el surgimiento de la antropología en salud como disciplina afín, cuya innovación ha sido incorporar los elementos biológicos, ecológicos y políticos al análisis sociocultural tradicional de los procesos de salud - enfermedad. El segundo apartado se centra en el enfoque biocultural en antropología en salud, para profundizar en este planteamiento y justificar la pertinencia de esta forma de ver los problemas de investigación desde esta perspectiva integral; además, este apartado permite sentar las bases a lo que se discutirá en el capítulo tres y cómo se construyó la aproximación al fenómeno estudiado. Finalmente, me centro en cómo los planteamientos previos me han permitido problematizar la temática de estudio para generar un modelo que permita comprenderla, a la vez que servirá como referente en la discusión final de cómo hacer antropología sobre los procesos de salud-enfermedad.

El tercer capítulo versa sobre la *Estrategia metodológica* que se empleó para la realización de este trabajo. Esta fue la fase de la investigación que más retos representó, pero, a la vez, la que mayores satisfacciones me ha generado. Aprender a problematizar la realidad, generar abordajes teórico-metodológicos y aplicarlos es una de las grandes enseñanzas del doctorado, y este capítulo pretende plasmarlas fielmente. El apartado inicial, tiene que ver con la deconstrucción del primer capítulo, para plantear un problema de investigación relevante, desde la mirada biocultural, y la propuesta de un acercamiento integral para explicarlo. Los apartados relativos a las preguntas de investigación, hipótesis y objetivos corresponden a los elementos que derivan regularmente del proceso de investigación, y sientan las bases de manera sintética de lo que se explorará en el curso de los siguientes capítulos. El quinto elemento, sobre la construcción de una metodología en fases, pretende ser una propuesta sólida pero con la conciencia de que el conocimiento científico es inacabado. Fue además el más provocador, al ser fuente de constantes debates sobre su pertinencia, tanto en el ámbito de lo académico formal, dentro de las aulas, como fuera de ellas; pero al final consideramos que ha sido el que ha sentado una modesta base para la producción científica de la antropología

en salud. La reflexión ética y el impacto social constituyen el sexto y séptimo apartado; son los que consideramos que deben seguir en construcción y los elementos centrales que como científicos sociales debemos comprometernos a problematizar en nuestras investigaciones.

Los siguientes cuatro apartados conforman el apartado analítico de este trabajo, en el cual se ponen a operar los conocimientos que en el curso de la escritura de los primeros tres capítulos teórico metodológicos se adquirieron, para dar sentido a la multiplicidad de realidades que convergieron en la temática de interés.

El cuarto capítulo, *Componente contextual etnográfico*, se refiere a la etnografía realizada como parte de esta investigación. En él, se cuenta de la construcción de la institución en la que se llevó a cabo el trabajo de campo, para después enmarcar el servicio donde fui acogida para dicho propósito. Las bases anteriores permiten entrar de lleno en la etnografía, la cual permitió la reconstrucción de las trayectorias protocolarias al interior de la institución y enmarcan las experiencias de las mujeres participantes que se presentan en el sexto capítulo. Finalmente, se integra una reflexión sobre las implicaciones de realizar etnografía en los contextos clínicos institucionales, enfatizando que la antropología en salud en México tiene el compromiso ético de problematizar nuestra presencia como etnógrafos en los contextos institucionales, a partir de revisar minuciosamente nuestros planteamientos teórico - metodológicos, además de adoptar un enfoque práctico que nos permita contribuir de manera tangible a la mejora de los servicios de salud.

El quinto capítulo, *Acercamiento cuanti – cualitativo a las trayectorias de salud sexual*, es la presentación de los resultados de la aproximación cuantitativa al fenómeno de estudio. Este capítulo surge a partir del reconocimiento de la importancia que los datos epidemiológicos tienen para situar los trabajos etnográficos en contexto, la cual fue una de las preocupaciones seminales de la investigación. Para ello, desde la generación de los planteamientos metodológicos base, fue necesario considerar una reconstrucción en términos cuantitativos de las trayectorias de atención de las mujeres que acuden al Hospital de la Mujer. El capítulo se divide en tres: el primer apartado se centra en el trabajo realizado en el archivo de la institución; en el segundo se presentan los resultados de las trayectorias, a partir de un análisis descriptivo de los principales datos sociodemográficos y epidemiológicos de una muestra de mujeres atendidas en la institución por diagnóstico de iVPH; y el tercero se centra en la reflexión en

torno a la utilidad del empleo de fuentes diversas en la realización de investigaciones desde la antropología en salud en contextos institucionales, además de abordar los retos que este tipo de metodologías nos representan.

Para iniciar el sexto capítulo, *Componentes socioculturales de las trayectorias de salud sexual*, presentamos una primera aproximación a las voces de las mujeres que participaron en esta investigación, a partir de una breve presentación narrativa de Amanda, Berta, Edna, Elvira, Francisca, Karla, María, Yadira y Xaviera, de las circunstancias que las llevaron al Hospital de la Mujer a buscar solución para sus problemas de salud y sienta las bases para comprender las trayectorias de atención que se reconstruyen. Este es una aproximación analítica y crítica del VPH como proceso biocultural, el cual se centra en tres aspectos que son posibles de analizar desde las trayectorias: los productos materiales para la atención a la salud, los recursos para la salud sexual y los procesos ideológicos desencadenados por el diagnóstico y la atención. En este capítulo además se busca dejar en evidencia el diálogo y los vaivenes que existen entre las mujeres y los prestadores de servicios, a partir de indagar en procesos como las negociaciones, las transacciones, la comunicación y la violencia, que se generan en el espacio clínico y que configuran la experiencia de las mujeres.

Para concluir, las *Reflexiones finales* son un ejercicio analítico que busca sintetizar los aprendizajes adquiridos durante el transcurso del posgrado en varios ámbitos: el teórico, el metodológico y el referente al proceso de salud - enfermedad que fue objeto de este trabajo. Se busca cristalizar las enseñanzas adquiridas durante estos cuatro años de formación, proponer nuevas aproximaciones y contribuir con mis propias reflexiones a la construcción y consolidación del campo de acción de la antropología en salud.

Finalmente, aunque esta investigación fue insumo para diversos trabajos académicos y ponencias en congresos nacionales e internacionales, se presentan los dos artículos que derivaron de ella; en cumplimiento al requisito para la titulación, a la vez que es evidencia de cuatro años de trabajo individual y colaborativo sobre cómo se vive la infección por virus de papiloma humano en mujeres jóvenes de la Ciudad de México y los retos metodológicos que este acercamiento ha representado. Agradecemos la lectura de este documento, la cual esperamos sea amena, provocadora y que, al final, haya logrado responder a las inquietudes que se plantearon hace ya casi cinco años sobre la temática que aquí nos convoca.

1. SENTANDO LAS BASES PARA LA COMPRESIÓN DEL VPH

Como el título de este capítulo indica, en este apartado revisaremos las bases biomédicas de la enfermedad que se explora en este trabajo, pasando por la dimensión biológica, epidemiológica y política de la iVPH. Este capítulo, además de responder a la necesidad de situar a los lectores de este trabajo, contribuyó en gran medida para la comprensión integral del proceso a estudiar, además de evidenciar para la perspectiva de la antropología en salud una dimensión fundamental a tomar en cuenta en las investigaciones desde este ámbito. Se divide en tres apartados, el primero enfocado en el ámbito de la definición biomédica que nos atañe; el segundo se centra en las políticas públicas en México relativas a la atención a la salud sexual y la posición del VPH dentro de ellas; y el tercer apartado es una breve revisión de la producción antropológica centrada en esta ITS.

1.1 El componente biomédico del virus del papiloma humano (VPH)

Este primer apartado, a manera de antecedentes de la investigación, nos situará en la dimensión biológica del problema de investigación: la iVPH. Para ello, este apartado se divide en cuatro grandes ámbitos que nos permitan comprender las bases de este proceso. Así, se revisará la construcción de biomédica de este proceso de enfermedad, la historia natural del VPH, las alternativas diagnósticas y de tratamientos existentes; además de la importancia epidemiológica de esta ITS en México.

1.1.1 Características generales del VPH

A continuación, revisaremos los componentes centrales para comprender el virus de papiloma humano (VPH), el cual pertenece a la subfamilia de virus *papilomaviridae* y afecta a células superficiales de la epidermis y las mucosas, aunque puede penetrar en las capas de la piel y multiplicarse; una de sus características fundamentales es la producción de papilomas y tumores benignos en el cuerpo, aunque la iVPH puede generar transformaciones celulares malignas, como en el caso del cáncer cervical (Aldaco, K., 2010; Ball, 1999; Tirado-Gómez, L., *et al*, 2005). En términos biológicos, la infección por VPH es una alteración en las células del epitelio cervico-uterino, desarrollada a partir de la adquisición del virus por transmisión sexual

a través del contacto con el epitelio ano-genital infectado, poco después de iniciada la relación sexual (León, G. y De Jesús, O., 2005).

El VPH se ha identificado en al menos 24 especies animales, entre aves, reptiles y mamíferos (Ball, 1999; Chen, *et al*, 2018). Es un virus que ha acompañado la historia evolutiva del ser humano, se especula que los genomas que convivieron con los primeros homínidos son similares a los existentes hoy en día y que se han desarrollado de manera paralela entre los grupos humanos y su dispersión alrededor del mundo (López y Lizano, 2006)¹; la biología evolutiva señala que la diversidad genética del VPH entre los primates y entre seres humanos es evidencia de una historia de adaptaciones del virus a las células del huésped y a los mecanismos de control viral que el cuerpo de éste puede generar (Ball, 1999). En este sentido, se ha reportado que los virus de simios y monos tienen mayor relación con el VPH genital que cualquier otra existente entre los virus intraespecie humana, probablemente porque divergieron antes de la aparición del *Homo sapiens*; y las similitudes entre poblaciones africanas, caucásicas y asiáticas indica que existió una coevolución² entre los humanos y los papilomavirus (Ho *et al*, 1993; Chen, *et al*, 2018). Por ello, surge la hipótesis de que, con la aparición de la especie humana, los tipos actuales de VPH ya existían, o al menos con genomas muy similares. Así, las diferencias genéticas entre los diversos grupos de VPH evolucionaron en paralelo con los grupos humanos, coincidiendo con los procesos de dispersión alrededor de la tierra. Esto implica que los grupos que poblaron América hace miles de años ya tenían una variante de VPH que, con la colonización en el siglo XVI y el intercambio sexual, como uno de los resultados de este proceso, comenzaron a convivir con las variantes propias de las poblaciones colonizadoras y surgieron nuevas recombinaciones (Calleja *et al*, 2004).

¹ Como se explora más adelante, la mayor parte de la población en su vida presenta una variante de VPH y éste ha acompañado al ser humano a lo largo de su historia evolutiva, entonces vale la pena hacer una reflexión sobre el proceso de medicalización de la atención; su relevancia en la variación biológica “normal” del ser humano y su impacto diferencial de acuerdo a la filiación étnica; todas preguntas que desde el enfoque biocultural pueden ser enunciadas y aproximarnos a una respuesta. Por lo pronto, es fundamental recordar que el proceso de respuesta institucionalizada a la infección por VPH tiene que ver con la relevancia epidemiológica del cáncer cervical, relación que se explorará más adelante.

² La definición más aceptada de coevolución es la de Janzen (1980:612), quien indica que se trata de “un cambio evolutivo en una característica de los individuos de una población en respuesta a una característica de los individuos de una segunda población, seguida por una respuesta evolutiva de la segunda población a un cambio de la primera”. En el caso del VPH, este proceso fue paralelo a los cambios orgánicos generados en el transcurso de miles de años de historia evolutiva.

Se tiene la hipótesis de que en México existen las variables específicas de los europeos y los nativos americanos, que se mezclaron después del proceso de mestizaje (López y Lizano, 2006). En contraste con estos datos, Berumen (2003) considera que los grupos asiáticos-americanos son frecuentes en México y se generaron al menos hace 24,000 años, es decir, muy anteriores a la llegada del hombre a América; además de la coexistencia de los tipos europeos, que llegaron posterior a la Conquista. La relevancia de la historia evolutiva del VPH es entender su distribución mundial y la importancia de intervenciones no sólo culturalmente sensibles, sino adecuadas para las condiciones biológicas y ambientales de cada contexto; por ejemplo, se ha identificado que los virus amerindios, propios de México, tienen un potencial oncogénico mayor que aquellos típicos de Europa (Berumen, 2003); y dicha capacidad se expresa o no dependiendo de mecanismos fisiológicos determinados por la genética, pero también, por condiciones medioambientales que los condicionan y los contextos sociohistóricos en los que se presentan.

La trayectoria histórica de la investigación sobre el VPH inició formalmente en 1894, año en el que se descubrió su naturaleza infecciosa; aunque la asociación con las enfermedades de transmisión sexual surgió hasta 1956, poco antes de que en la década de los sesenta se produjera un gran incremento en las infecciones por VPH en el mundo (Aldaco, K., 2010); estableciéndose la relación de este virus con los condilomas acuminados, las verrugas planas y las vulgares en 1968 (Benuto y Berumen, 2009). Fue hasta 1970, cuando Harold Zur Hausen³ postuló la relación que podría existir entre el VPH como agente causal del cáncer cervical (Benuto y Berumen, 2009), que en el siguiente milenio contribuyó para la generación de métodos diagnósticos y la creación de las vacunas preventivas del VPH.

Hay aproximadamente 100 tipos de VPH, de los cuales 30 o 40 infectan el tracto genital, los cuales se dividen en grupos de alto y bajo riesgo oncogénico⁴. Los tipos más comunes son el 1, 6, 10, 11, 16, 18, 31, 39, 41 y 42; el 6 y 11 están relacionados con la aparición de lesiones condilomatosas en vagina, vulva y cérvix, el 33 se asocia a carcinoma maligno de cérvix, el 2, 6

³ Este descubrimiento marcó un hito en el entendimiento de los mecanismos por los cuales actúan los virus como precursores de enfermedades. Así, fue que en 2008 el Comité del Premio Nobel de Medicina, decidió darles dicho reconocimiento a los científicos involucrados en estos avances: A Harold zur Hausen por sus trabajos relacionados con el VPH y Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier por sus hallazgos sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Jaim, 2009).

⁴ Algunos autores identifican hasta 200 genotipos de VPH descubiertos, de los cuales 12 representan el 95% de los factores virales asociados al cáncer cervical (Hernández-Girón, C. *et al*, 2005).

y 11 se asocian a papilomas laríngeos que se transmiten de la madre al hijo en el parto. El tipo 16 es el más frecuente en el mundo, excepto en Indonesia y Argelia que el 18 es el más común. La mayor prevalencia de VPH de alto riesgo oncogénico se encuentra en África y América Latina, en los tipos 6, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 58, 58 (Diestro, M. *et al*, 2007). Los tipos de VPH de bajo riesgo más comunes en México son el tipo 6 y 11, causantes de condilomas acuminados y papilomatosis laríngea; mientras que los tipos de alto riesgo 16 y 18 son responsables del 70% de casos de cáncer de cuello invasivo (Diestro, M. *et al*, 2007).

De acuerdo con Almonte y Muñoz (2007), el VPH se asocia en América Latina a varios tipos de cáncer: en el 100% de casos de cuello uterino se encuentra presente; en una variación del 65% al 90% de vagina, una presencia del 40% en casos de vulva y pene, presencia en el 90% de cánceres de ano, 30% en procesos ubicados en el tracto orofaríngeo y su presencia se ha identificado en el 10% de los casos de la cavidad oral y laringe. Poco a poco, la investigación genética fue permitiendo establecer las relaciones entre la presencia del VPH en el cuerpo con diversas expresiones y no sólo el cáncer o las verrugas, como se sintetiza en la tabla 1:

Tabla 1. Tipos de VPH y lesiones asociadas⁵

Tipo de VPH	Tejido infectado o lesión asociada
1	Verrugas palmares y plantares profundas
2, 4, 29, 57	Verrugas vulgares y plantares
3, 10, 28	Verrugas planas
5, 8, 14, 17, 20	Epidermodisplasia verruciforme (EV)
6, 11 *, 42, 43, 44, 54	Carcino epidermoide cutáneo (CEC)
7	Verruga y condilomas genitales, papilomas laríngeos u algunas displasias leves del tracto genital
9, 12, 15, 19, 22, 25, 36, 40, 46, 47, 50	Extensas verrugas en manos de carniceros
13, 32	Lesiones benignas en EV
16	Hiperplasia epitelial focal (enf. de Heck), cáncer lCa y displasia del tracto genital, papulosis bowenoide, algunos cánceres laríngeos y esofágicos
18, 30, 31, 33, 35, 40, 45, 51, 52, 55, 56, 58, 59	Verrugas en inmunodeficientes
26, 27, 49	Enf. de Bowen de piel y neoplasia cervical intraepitelial (NIC)
34	Queratoacantomas
37	Melanoma Maligno
38	Verrugas diseminadas, CEC
41	CEC
48	Quiste epidérmico
60	NIV (neoplasia intraepitelial vulvar)
61, 61 b, 62, 64, 67	Verruga plantar tipo mirmecia
63	
65	

⁵ Los tipos mencionados en la columna de la derecha se asocian a todos los tipos enumerados en la columna izquierda. Las relaciones entre los tipos de VPH y las consecuencias que pueden generar son complejas, como se alcanza a observar.

66	Verruga pigmentada
68	Cáncer cervical
69	Lesión genital
70	NIC Lesión anogenital: papiloma vulvar
71, 74	Neoplasia anal intraepitelial
72, 73	Papiloma oral (inmunosupresión)
75, 76, 77	Verruga vulgar (inmunosupresión)

Fuente: Modificado de Ball (1998: 138).

El 90 % de las infecciones por VPH son benignas, subclínicas y autolimitadas, y se asocian a displasias de bajo grado que remiten, en algunos casos, de manera espontánea (Diestro, M. *et al*, 2007).

La transmisión del VPH ocurre por contacto directo sexual de persona a persona, no necesariamente sólo por el coito, aunque algunos investigadores señalan la transmisión por fómites⁶ como uno de los mecanismos de transmisión⁷ (Ball, 1999; López, 2008); y cada vez con mayor frecuencia se analiza la transmisión vertical en casos de parto vaginal cuando la madre presenta resultados de papanicolaou anormales previos al parto (López, 2008)⁸. Cualquier epitelio es susceptible de adquirir el virus, aunque las características celulares del cuello cervicouterino lo hacen particularmente vulnerable a la adquisición de la infección (Ball, 1999). Respecto a los mecanismos de transmisión y desarrollo de la iVPH, es importante también pensar en las particularidades de los tejidos y su susceptibilidad para la transmisión en el periodo puberal y/o adolescencia, hay que considerar las características de los tejidos, con zonas de transición amplias que permiten la existencia de cambios continuos y de renovación epitelial que aumentan la posibilidad de desarrollar la iVPH (Ball, 1999; López, 2008). Finalmente, al centrarnos en el enfoque biocultural, es fundamental entender los mecanismos biológicos, contextuales y de interacción social y cultural que actúan detrás de la transmisión

⁶ Fomite es un objeto cualquiera que puede estar contaminado por organismos infecciosos y servir en su transmisión (Merriam – Webster, 2017)

⁷ Este tipo de transmisión se daría a partir del contacto con elementos no vivos con células infectadas de VPH. Al igual que en el caso del VIH, plantear esta posibilidad, aumenta la discriminación hacia la persona. Si bien en teoría es posible que exista, no se ha probado este mecanismo con una asociación directa a la adquisición de VPH (Ball, 1999; López, 2008). Sin embargo, más adelante se explorará cómo esta noción es uno de los elementos presentes en las intervenciones médicas, al señalarse constantemente la necesidad de limpieza de toallas, sanitarios y otros objetos de la vida cotidiana para prevenir que “la mujer contagie a otros” (sic) (Fuente: Diario de campo, 2017).

⁸ Cuestión que también señaló uno de los médicos participantes en la investigación durante la etnografía (Fuente: diario de campo, 2017).

del virus y la aparición de lesiones detectables en las mujeres⁹, en relación a los hombres que obedecen a otras realidades; es decir, como señala Rubí “se habla del ser humano biocultural, afectado, diferenciado y comprometido por las relaciones de su entorno y las que genera (sociales, económicas, políticas)” (2013: 594).

Aunado a las características biológicas inherentes al ser mujer, existen otros factores de riesgo asociados que también influyen para la transmisión del VPH, como:

- a) Inicio de la vida sexual activa a menor edad¹⁰
- b) Múltiples parejas sexuales
- c) Historial de infecciones de transmisión sexual
- d) Pareja sexual con cáncer de cérvix o pene
- e) Multiparidad
- f) Menarquía tardía

La presencia de VPH también se ha relacionado con tabaquismo, bajo nivel socioeconómico y/o de estudios; pobreza; drogadicción, la existencia de enfermedades que deprimen el sistema inmunológico, mala alimentación, higiene inadecuada y uso de anticonceptivos orales entre otros (Meza, M., 2008; Hernández-Girón, C. *et al*, 2005; OPS-OMS, 2013; SNVE, 2005 y 2014; Hernández, Padilla y Quintero, 2012). Al respecto, es interesante el análisis propuesto por Hernández, Alprensa y Patlán (2015), quienes identifican también elementos asociados a factores estructurales y sociales, como la educación y el acceso a servicios de salud¹¹.

Tabla 2. Factores de riesgo para infección por VPH y cáncer cervical. Medidas preventivas de acuerdo con su potencial de modificación

Factores de riesgo			
Infección por VPH		Cáncer cervical	
Riesgo	Prevención	Riesgo	Prevención
Edad, alta frecuencia en época de mayor actividad sexual	Educación para la salud Prevención primaria Vacunación	A mayor edad, aumenta la probabilidad de desarrollo (46 años promedio)	Educación para la salud Apego a programas de detección oportuna

⁹ Enunciar las diferencias celulares de los epitelios y realizar un análisis que relacione las vulnerabilidades de los ámbitos sociales y culturales nos puede llevar a explicar desde un enfoque biocultural la importancia del conocimiento de la anatomía y fisiología humanas para el análisis de los procesos de salud-enfermedad, que en última instancia se expresan en respuestas sociales y culturales ante los fenómenos biológicos.

¹⁰ Este factor de riesgo se asocia a la inmadurez de los tejidos que aumenta la susceptibilidad de contraer VPH y no a lo que se ha dado por llamar inmadurez para lidiar con las implicaciones del inicio temprano de la vida sexual. En los siguientes capítulos, se explorará cómo esta noción en gran medida permea la práctica médica y los procesos de atención a la iVPH.

¹¹ En las reflexiones finales, discutiremos más ampliamente las implicaciones de propuesta a partir de los resultados de la investigación.

Parejas sexuales, relación directa entre el número y la probabilidad de infección	Educación para la salud	Inicio de relaciones sexuales en menores de 18 años de edad	Educación para la salud en adolescentes
Antecedente de ITS Clamidia, herpes, otros	Uso de preservativos Evitar tener relaciones sexuales inseguras	Infección por tipos de VPH oncogénicos, variantes, reinfecciones, coinfecciones, carga viral	Disminución de riesgo de infección
Susceptibilidad inmunológica, VIH y enfermedades por inmunocompromiso	Consejo médico y protección específica	Susceptibilidad inmunológica, enfermedades asociadas a inmunosupresión	Consejo médico y protección específica
Tabaquismo, disminución de barreras biológicas	Evitar consumo de tabaco	Susceptibilidad genética: > probabilidad con antecedentes familiares de cáncer	Consejo médico y protección específica. Apego a tamizaje
Embarazo, número alto de embarazos, aumento del riesgo de infección	Atención prenatal y planificación familiar	Incumplimiento a las acciones de prevención secundaria por tamizaje	Promoción para la salud, medios de comunicación
Factores sociales de marginación, analfabetismo o baja escolaridad	Promoción para la salud	Referencia de pacientes con sospecha de manera oportuna	Vinculación entre niveles de atención
		Barreras de accesibilidad a los servicios de salud	Políticas de salud

Fuente: Hernández, Alpresa y Patlán (2015: s/p).

En este momento es importante traer a colación la discusión respecto a los factores de riesgo de VPH y cáncer cervical. Sobre ello, Calderón (2013) incluye los asociados a la pareja que nos sitúan en una perspectiva relacional en torno a la transmisión y el desarrollo de la infección por VPH que no es explorada a cabalidad por la biomedicina, trayendo como consecuencia una feminización de la infección que se caracteriza por obviar –e incluso negar– la importancia de las parejas en las intervenciones sobre la iVPH. Sobre ello, el número de parejas sexuales es uno de los elementos más problemáticos, ya que si bien conforme el número crece existe una probabilidad mayor de entrar en contacto con un agente infeccioso (OPS-OMS, 2013). En lo cotidiano este elemento se encuentra revestido de nociones morales sobre el ejercicio de la sexualidad y la sanción sobre el número de parejas sexuales como causa directa de adquisición de cualquier ITS, en particular VPH.

En este tenor, es necesario traer también a colación la reflexión propuesta por Martínez-Hernández, que se pregunta sobre el papel de la biomedicina en sociedades actuales y su capacidad individualizadora: “¿qué artificio simbólico e ideológico permite que alguien pueda entender un problema de salud como algo personal y por tanto no achacable a una estructura

de relaciones sociales y condiciones económico-políticas?” (2011: 50). Esta es una reflexión que se pretende seguir a lo largo de la investigación para acercarnos a una respuesta en el contexto particular de la Ciudad de México; sin embargo, podemos adelantar que para entender la experiencia de la iVPH también tenemos que involucrar a otros actores del ámbito social, como la pareja, el grupo de pares o la familia; pero que en esencia la experiencia transcurre en el propio cuerpo y se convierte en algo netamente personal, aunque se encuentra inscrita en un marco de relaciones y sanciones sociales que la condicionan y re-dirigen constantemente, de acuerdo a los diversos elementos asociados a lo biocultural: los recursos para la salud, los productos ideológicos de la cultura (representaciones y prácticas), la susceptibilidad biológica, los productos materiales y los espacios de interacción de la persona como plantea Peña (2012) para otras condiciones de salud enfermedad.

1.1.2 La historia natural del VPH y su relación con el cáncer cervical

Hasta el momento, hemos hablado de los mecanismos de transmisión del VPH y de la adquisición del virus, en este momento entonces se torna indispensable describir el desarrollo de la infección, considerando tres etapas: el período de incubación, la fase de latencia y la etapa clínica, las cuales describiremos a continuación.

El período de incubación del virus oscila entre 6 semanas a 8 meses (Ball, 1999); aunque algunos autores reportan que el sistema inmune tiene la capacidad de mantener indetectable el virus por hasta dos años (González y Núñez, 2015); si bien el tiempo en el que se presenta la infección puede variar entre las personas dependiendo de diversos factores, como la existencia de otras comorbilidades o el estado inmunológico de la persona. El VPH tiene tropismo¹² específico para infectar células epiteliales o mucosas, y dependiendo de esta capacidad se considera su riesgo: en general aquél que infecta epitelios no es oncogénico, mientras que los que se alojan en mucosas tienden a tener un mayor riesgo oncogénico (Zaldívar et al, 2012). Al igual que otros virus, como el VIH o la hepatitis, presenta capacidad para modular o evadir la respuesta inmune, con una replicación viral continua, que se caracteriza por periodos de latencia y episodios de enfermedad, con la posibilidad de conducir a episodios crónicos (Zaldívar et al, 2012), que en caso del VPH se puede expresar en lesiones cervicales o verrugas

¹² Predilección por determinado epitelio.

que aparecen de manera cíclica en el cuerpo, asociadas a cambios hormonales o del estado general de salud de la persona.

En la fase de latencia, la presencia de VPH sólo podría ser determinada por métodos de hibridación de ADN, en tanto que las células o los tejidos tiene apariencias normales (Salazar, 2009). La iVPH se manifiesta en cambios microscópicos en el epitelio cervical (displasias) que son detectables a partir de la aplicación de ácido acético, que permite visualizar la presencia de una lesión premaligna que puede conducir a la aparición de tumores visibles o carcinomas si no son tratadas a tiempo; o convertirse en infección cervical persistente¹³ (Lizano-Soberón, Carrillo-García y Contreras-Paredes, 2009; Rocha, 2014; Diestro, M. et al, 2007).

La fase clínica se caracteriza por la aparición de displasias cervicales, también llamadas neoplasias cervicales intraepiteliales (NIC) se clasifican en tres grados de acuerdo a la afectación al tejido: la NIC1 es una manifestación reciente por infección de VPH y puede revertir espontáneamente; NIC 2 y NIC3 son lesiones de alto riesgo, consideradas como precancerosas (Almonte et al, 2010). Algunas formas clínicas de infección por VPH generan la presencia de verrugas genitales en forma de coliflor, planas o plantares en el área de la vulva, ano, pene, escroto o muslos (García, J. y Salcedo, A., 2010; López, 2008), lo que permite el diagnóstico por inspección física. Las verrugas pueden transmitirse por sexo vaginal, oral o anal o por contacto piel con piel en áreas lesionadas, las cuales pueden desaparecer de manera espontánea sin tratamiento, mientras que otras pueden convertirse en infecciones crónicas y aparecer en distintos momentos de la vida de la persona. Respecto a las verrugas asociadas a la iVPH, se creía que se debían a manifestaciones de otras enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis o la gonorrea (López y Lizano, 2006), aunque pronto fue establecida su relación con la infección asociada a VPH. Las verrugas son una evidencia de la presencia del virus en el cuerpo, pueden ser tratadas o no, aunque la falta de tratamiento puede generar su proliferación en el área, particularmente genital.

La presencia de VPH se identifica como una causa necesaria, aunque no suficiente para desarrollar cáncer cervical, el cual hasta el 2001 ocupó la primera causa de tumores malignos en mujeres en México (Tirado-Gómez, L., et al, 2005). En el mundo, el cáncer cervical es la segunda displasia maligna más frecuente; en México es la primera causa de muerte en mujeres

¹³ Detección de lesiones asociadas al virus en un intervalo de seis meses o más.

en edad reproductiva (González-Losa, et al, 2002; Rodríguez, S. et al, 2005); México se encuentra entre los 10 países latinoamericanos con mayor número de casos y la asociación entre VPH y cáncer cervical aparece como la 11° causa de muerte en nuestro país (Aldaco, K., 2010); que se asocia con el 36% de los cánceres en mujeres entre los 25 y 44 años de edad (Vargas-Daza, E., 2014), siendo los tipos 16 y 18 los principales responsables del 70% de casos de cáncer de cuello invasivo (Diestro, M. et al, 2007).

El VPH tiene un papel importante en la aparición de cánceres del canal anal, vulva, vagina y pene (Agüero, B. et al, 2004, Vargas y Acosta, 2007) y está asociado a la aparición de papilomatosis respiratoria recurrente (Vargas y Acosta, 2007). De acuerdo con información de la OPS y la OMS (PAHO, 2015a), el VPH se asocia a cánceres “emergentes”, como el de cabeza, cuello y bucal (orofaringe), éste último llamando la atención de los expertos dado su crecimiento exponencial en las dos últimas décadas en Estados Unidos, donde se identifica un aumento del 225% de cáncer bucal asociado a VPH. El aumento en la prevalencia de cáncer de la orofaringe asociado a VPH llama la atención porque este padecimiento se observa una prevalencia de 4 a 1 en hombres (PAHO, 2015B); lo que conduce a deducir que en las próximas décadas habrá más casos de esta afección que de cuello uterino asociado a VPH (Chaturvedi, 2011). Este cambio en la asociación de VPH con distintos tipos de cáncer refuerza la necesidad de incluir a los hombres como elemento fundamental en la prevención de la transmisión de VPH, así como la urgencia de la concientización sobre diagnósticos oportunos de la ITS en ambos sexos; sin embargo, como se explora más adelante, la figura masculina permanece ausente en la trayectoria protocolaria de atención a la iVPH.

Cabe hacer mención que, además de la presencia del VPH, existen otros factores que condicionan su progresión hacia cáncer cervical, como el tipo y la carga viral existente; el uso de anticonceptivos hormonales por más de cinco años; la paridad (un mayor número de embarazos aumenta el riesgo); tabaquismo; edad de inicio de la vida sexual activa y la existencia de otras infecciones como clamidia o herpes, deficiencias nutricionales, etcétera (Ochoa, 2014; Diestro, 2007).

1.1.3 Diagnóstico y tratamiento de la iVPH

Los métodos principales de diagnóstico de iVPH son la histopatología y los métodos citológicos (López, A. y Lizano, M., 2006), según la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, “Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervical”, los métodos de tamizaje son la citología cervical y la visualización con ácido acético, utilizando las pruebas biomoleculares como complemento de la citología; aunque los métodos específicos como captura de híbridos, colposcopia y prueba de VPH son costosos y poco ofertados en el sistema público.

Previa a la creación del Papanicolaou, la inspección visual y palpación eran los métodos usados para el diagnóstico de cáncer cervical; posteriormente, existieron varios hitos en la historia del diagnóstico de cáncer cervical fundamentales: la consolidación para 1941 de la prueba creada por el Dr. George Nicolás Papanicolaou como una prueba diagnóstica, en colaboración con Herbert Traut; la creación en 1924 del colposcopio por Hans Peter Hinselmann, cuyo invento fue perfeccionándose para dar cuenta de los cambios celulares en el cuello uterino; la prueba de lugol (o prueba de Schiller) desarrollada en 1928 por Walter Schiller quien, además, mejoró las técnicas de raspado de zonas con sospecha de cambios celulares (Herrera y Piña-Sánchez, 2015); todos ellos ayudando a forjar el camino para la generación de pruebas diagnósticas cada vez más certeras y menos invasivas. Los primeros avances científicos respecto a las lesiones cervicales se centraron en conocer las alternaciones en dicho epitelio que no cumplían con criterios clínicos o morfológicos para ser consideradas malignas, por lo que la prueba del Papanicolaou fue fundamental para el diagnóstico e investigación sobre ellas (Castañeda, *et al*, 2011).

La prueba de Papanicolaou se consolidó como la prueba por excelencia para identificar lesiones precursoras de cáncer cervical, disminuyendo la dificultad y costo de las intervenciones médicas (Olivares y Alonso, 2006). En México, se comenzó a utilizar en el Hospital de la Mujer a partir de 1949, aunque su uso masivo se produjo después de 1974, con el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer (Gómez, 2001); actualmente es la más difundida para la detección de VPH e implica la recolección con espejos vaginal y cepillo de una muestra de células de la pared cervical, la preparación y examen de las células exfoliadas del cérvix uterino, es un procedimiento rápido, no invasivo y relativamente económico (SNVE, 2005; Gutiérrez-

Delgado, 2008). Los resultados del Papanicolaou pueden ser normales (no existen cambios celulares), incierto (los cambios detectados podrían ser anormales o deberse a distintos factores) o anormal (cambios celulares anormales que pueden deberse a VPH) (CDC –por sus siglas en inglés-, 2015). Desde la implementación del PAP como prueba diagnóstica, la clasificación empleada ha evolucionado, de una terminología basada en una combinación de números romanos a una que “describe, interpreta y diagnostica en términos idénticos a la patología” (Olivares y Alonso, 2006), como la clasificación Bethesda (véase tabla 2):

Tabla 3. Sistemas clasificatorios de citología cervical

Clasificaciones citológicas						
Bethesda (2001)	Negativo a malignidad	Cambios celulares	Anormalidades epiteliales			
			ASCUS	LIEBG (VPH)	LIEAG	Cáncer invasor
Richart (1993)	Normal	Inflamación	Neoplasia cervical intraepitelial			
			NIC I	NIC II	NIC III	
OMS (1979)	Normal	Inflamación	Displasia leve	Displasia moderada	Displasia grave	
Papanicolaou (1972)	I	II	III		IV	V

Fuente: Olivares y Alonso, 2006: 97.

En la Tabla 2 se muestran las diferentes clasificaciones usadas a lo largo del tiempo posterior a la implementación del PAP como prueba de tamizaje; en México, la NOM NOM-014-SSA2-1994 señala que los resultados colposcópicos se reportan como *sin alteraciones* / *alteraciones inflamatorias* / *iVPH* / *NIC* / *neoplasia invasora*; mientras que el resultado histopatológico se reporta de acuerdo a los estándares de la OMS (1979). Si los resultados del Papanicolaou son anormales o inciertos, se recomienda que se realice una colposcopia, que consiste en un examen a detenimiento del cuello uterino para identificar células anormales asociadas a VPH y la toma de una biopsia (CDC, 2015).

El Papanicolaou (PAP) no es un examen diagnóstico, es una prueba de tamizaje¹⁴ que detecta lesiones en el cuello del útero, los resultados pueden ser positivos, es decir, que aparezcan displasias, aunque no existan lesiones malignas, que harían necesaria la realización de otro tipo de exámenes que tienen un costo extra para las mujeres, aunque el Papanicolaou sea gratuito en la mayoría de los casos (Hidalgo-Martínez, 2006). Sin embargo, una de las

¹⁴ Una prueba de tamizaje es un mecanismo cuyo objetivo es la detección temprana de patologías con resultados inmediatos y económicos. Estas pruebas permiten discriminar entre la presencia o ausencia de un agente patológico (Hidalgo-Martínez, 2006).

problemáticas asociadas a esta prueba es el subregistro de cambios celulares asociados a VPH o precursores de cáncer cervical, situación que puede deberse a varios elementos, como el error humano, la falta de capacitación para la interpretación de resultados o el equipamiento inadecuado de las unidades que ofertan el Papanicolaou (Hidalgo–Martínez, 2006); este tipo de pruebas se consideran altamente subjetivas, generando altas tasas de diagnósticos falsos-negativos, que resultan en diagnósticos retrasados o malas clasificaciones diagnósticas y, con ello, costos adicionales para el sistema de salud y para las personas, por lo que se propone la incorporación de otras pruebas que permitan la verificación de los diagnósticos (Lazcano y Yunes, 2006). En este sentido, si bien el PAP ha mostrado su eficacia para el diagnóstico oportuno y, con ello, disminuir la tasa de cáncer cervical, es cierto que una gran mayoría de las mujeres que fallecen por este tipo recibieron resultados negativos en la prueba, lo cual puede deberse a la sensibilidad limitada condicionada por un error de muestreo (que conduce a que pocas células tomadas en la muestra sean colocadas en el frotis) y a errores de interpretación de los resultados, que se expresan en un subregistro de las lesiones cervicales (Zaldívar *et al*, 2012).

Existen otros métodos de diagnóstico de VPH de biología molecular que aumentan la posibilidad de identificar lesiones precursoras de cáncer, siendo la más recomendable la prueba de VPH o captura de híbridos¹⁵ (de ADN), que identifica el virus causante de células anormales, como estrategia de detección primaria, gracias a su mejor desempeño y flexibilidad, el menor uso de recursos técnicos y cuya interpretación no es subjetiva y, por lo tanto, más confiable (Valdivia-Ibarra R. *et al*, 2013). Se considera la mejor para la detección de la presencia de diversas cepas del VPH en el epitelio analizado, dado que permite distinguir 18 tipos de alto y bajo riesgo, pero no permite identificar el serotipo exacto de VPH; su manejo es relativamente sencillo y los resultados son reproducibles (Castellanos, 2003), además de permitir el control de los estudios de vacunas de VPH (De la Fuente-Villarreal, *et al*, 2010). Sin embargo, el costo de estas pruebas es más elevado que el de las pruebas de tamizaje, poniéndolas fuera del alcance de los presupuestos públicos destinados al diagnóstico oportuno, por lo que no se encuentra en el esquema gratuito y se oferta sólo en algunos laboratorios privados.

¹⁵ La prueba se lleva a cabo mediante la toma de muestra de células de la pared cervical con un hisopo, puede realizarlo el personal de salud o la propia paciente; si el resultado es positivo se canaliza a una prueba de Papanicolaou para saber si existen lesiones en la pared cervical (Gutiérrez-Delgado, 2008).

A partir de 1974, como parte del Programa de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) a nivel nacional se implantó el Papanicolaou (Valdivia-Ibarra R. *et al*, 2013); para 1996 los recursos de este programa alcanzaron para realizar más de 3 millones de pruebas, en una población de 16.5 millones de mujeres entre 25 y 65 años de edad en el país; para 2001, se consideraba que el uso del PAP se ubicaba en el 53%, es decir, existían más de 8 millones de mujeres que nunca se habían realizado la prueba, y sólo se asumía que quienes sí la habían tomado, la realizaban de manera periódica según lo recomendado por la OMS (Gómez, 2001). Por ello, se recomienda que se realice el Papanicolaou a los tres años del primer coito vaginal o a los 25 años de edad, posteriormente se repite cada 3 o 5 años si los resultados anuales son normales (Diestro, M. *et al*, 2007). Cada año en México se realizan un promedio de 7.2 millones de pruebas de citología cervical, de los cuales 1.2% resultan positivas (Gutiérrez-Delgado, 2008); sin embargo, es común que la detección de cáncer cervical por PAP sea en etapas avanzadas, provocando que el DOC sólo prevenga el 13% de casos potencialmente prevenibles en México (Hidalgo-Martínez, 2006).

La NOM-014-SSA2-1994 reconoce que las campañas de detección de lesiones precursoras de cáncer cervical representan una oportunidad para la realización de tratamientos a menores costos que eventualmente se reflejará en una disminución de los casos. El tratamiento de la iVPH se centra en las lesiones y verrugas, usando comúnmente la criocirugía y la cirugía convencional (SNVE, 2005); sin embargo, el tratamiento no está claramente indicado en la norma, aunque se incluye el uso de radiocirugía, la electrocauterización de lesiones, láser, crioterapia y el empleo de biomoléculas, aunque no existe un tratamiento que elimine el virus por completo y su desaparición depende en gran medida del sistema inmunológico de la persona (Sánchez, J. *et al*, 2005). El tratamiento depende de la severidad y la extensión de las lesiones causadas por el VPH, las de bajo grado son tratadas con crioterapia y las células infectadas destruidas por congelamiento; cuando las lesiones son más extensas, son tratadas con electrocirugía sin comprometer la capacidad reproductiva; si hay una mayor extensión en la lesión se utiliza la terapia de rayo láser; si las lesiones son de alto grado se emplean métodos quirúrgicos como el cono cervical; sin embargo ante la detección de cáncer la mejor opción es la histerectomía (Rocha, 2014).

En el caso del tratamiento de las verrugas asociadas a la iVPH, existen diversas aproximaciones. Las más conservadoras, optan por la observación en miras a la remisión espontánea, complementando con la estimulación del sistema inmunológico de la persona. Otro tratamiento que no requiere la intervención médica directa es el uso dérmico de la podofilina o el ácido acetilsalicílico, autoaplicado directamente en las lesiones. Respecto a los tratamientos ofertados por los médicos, existe la crioterapia con nitrógeno líquido, la desecación con láser o electrocirugía, y la quimioterapia (López, 2008; González y Núñez, 2015). En el caso que nos atañe, en el Hospital de la Mujer existe la oferta del primer tratamiento y de la electrocirugía sobre las lesiones¹⁶. Finalmente, es de relevancia mencionar el descubrimiento realizado en 2019 en torno a la eliminación del VPH en mujeres en Oaxaca, a partir de la intervención realizada con terapia fotodinámica en las lesiones cervicales asociadas a esta infección, además de coadyuvar al tratamiento de otras ITS, lo cual constituye un hito científico en tanto que la aplicación de esta terapia implicaría acortar los tiempos de seguimiento, además de que plantea la posibilidad de eliminar la presencia del virus incluso cuando no se presentan lesiones asociadas a él (IPN, 2016).

1.1.4 Epidemiología de la iVPH

El VPH es la infección vírica más frecuente del aparato reproductor, casi todas las personas con vida sexual activa tendrán en algún momento de su vida lesiones asociadas a él (OPS-OMS, 2013). El riesgo de adquirir VPH por vía sexual es del 80 al 85% (García, J. y Salcedo, A., 2010); más del 70% de las mujeres sexualmente activas adquieren infecciones transitorias por este virus y cerca del 25% desarrollan como consecuencia lesiones intraepiteliales de bajo grado; de las cuales del 20 al 40% progresa a lesiones de alto grado (López, A. y Lizano, M., 2006). Esto implica que el 5% restante, es el porcentaje de aquellas mujeres cuya lesión progresó a alto grado, asociada a una deficiencia inmune, heredada o inducida, que genera una infección persistente, con altas probabilidades de regresión y que, en ocasiones, puede malignizarse en una infección con alto riesgo oncogénico (López, A. y Lizano, M., 2006).

Aunque la prevalencia de VPH es difícil de determinar porque la sintomatología no es evidente a simple vista, se estima que la prevalencia en la población masculina es tres veces

¹⁶ Los mecanismos de atención asociados se trataran en el capítulo IV.

mayor que en las mujeres; en México se calcula que el 80% de la población vive con este virus (INMUJERES, 2012); y algunas personas pueden adquirir reiteradamente el virus o variantes de él; sin embargo, la mayoría de estas infecciones remiten espontáneamente y no causan síntomas (OPS-OMS, 2013). El período de mayor número de transmisiones de VPH se ubica poco tiempo después de iniciada la vida sexual (OPS-OMS, 2013) por lo que los esfuerzos de atención de las políticas públicas de prevención y detección oportuna deben dirigirse hacia la población joven, ya que se considera que el 50% de este tipo de infección se da entre personas de 20 a 24 años (García, J. y Salcedo, A., 2010).

Se estima que en México hay alrededor de 25 millones de mujeres con VPH, siendo más frecuente entre 15 y 24 años (Aldaco, K., 2010). Sánchez-Alemán (2002) señala, a partir de un estudio entre jóvenes universitarias del estado de Morelos, la prevalencia de VPH es mayor entre universitarias que la media nacional. Por ello es que Hurtado y Olvera (2012) propone que los programas de promoción de la salud sexual son fundamentales al interior de las universidades, ya que en las aulas y espacios de convivencia se puede adquirir información que repercuta de manera positiva en el ejercicio de la sexualidad individual, brindando información puntual, oportuna y contextualizada.

De acuerdo con datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en 2013, el virus de papiloma humano se encontraba entre las 20 principales causas de enfermedad en la Ciudad de México (otrora Distrito Federal), mostrando una prevalencia significativamente mayor en el grupo de edad de 20 a 24 y de 25 a 44 años (González-Losa, *et al*, 2002, SSA, 2015a). Igualmente, el VPH en esta entidad muestra la mayor incidencia nacional del 84.50 por cada 100 mil habitantes, seguido de los estados de Chiapas con 81.40 y Quintana Roo con 66.80 (SSA, 2015b). Los servicios de la Secretaría de Salud son la principal fuente de notificación de VPH en mujeres en el centro del país (SSA, 2015c).

La infección por VPH es más común en mujeres jóvenes, de 18 a 30 años de edad, sexualmente activas y después de los 30 años decrece la prevalencia; en contraste, el cáncer cervical es más común después de los 35 años, lo que sugiere una lenta progresión de una infección a temprana edad que desencadena en él (SNE, 2014), haciendo fundamental la detección oportuna y tratamiento de las lesiones provocadas por VPH que previenen la lenta progresión a cáncer (López, A. y Lizano, M., 2006); mientras que sólo en las etapas más

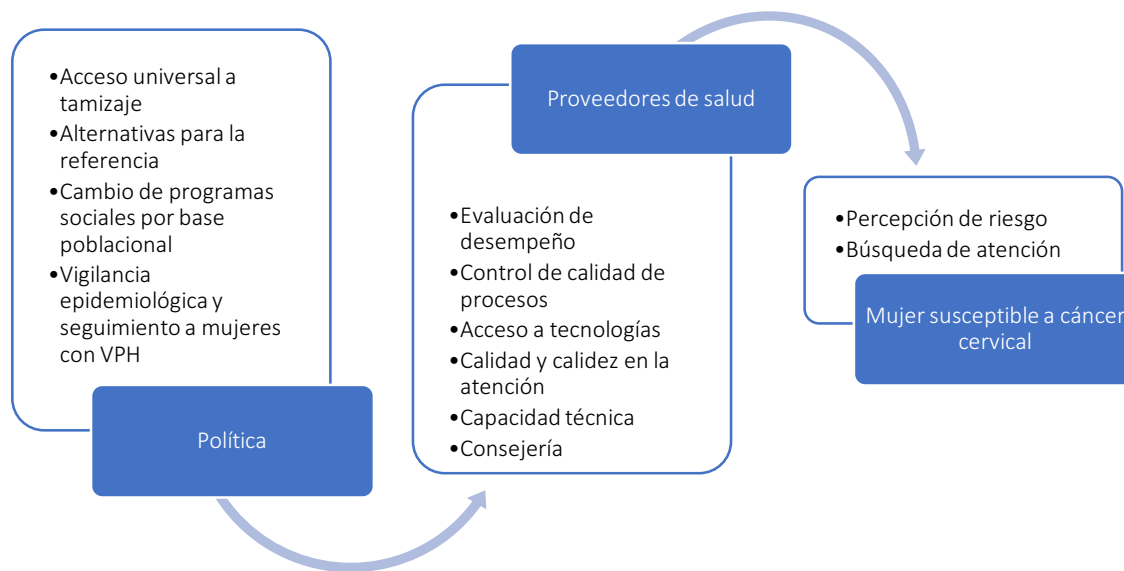
avanzadas de la infección se manifiestan los síntomas físicos (Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez, 2014), lo que aumenta la vulnerabilidad de la persona por la búsqueda tardía de atención y la mayor probabilidad de progresión.

La relación entre iVPH y cáncer cervical es relevante en términos epidemiológicos; éste es el segundo más frecuente entre mujeres en el mundo, siguiendo muy de cerca a la prevalencia de cáncer de mama (Almonte, 2007; Hernández, Alpresa y Patlán, 2015). A nivel regional, se considera que la población de Latinoamérica tiene un alto riesgo de desarrollar cáncer como resultado de una displasia no tratada a tiempo; siendo México y Chile los países con más altas tasas de mortalidad por esta patología (Hidalgo-Martínez, 2006). Su mortalidad es alta en el mundo, se considera que a nivel global ocupan el tercer lugar entre las muertes de mujeres (Hernández, Alpresa y Patlán, 2015); mientras que, en México, se ubica como la segunda causa de muerte entre las mujeres (SSA, 2019).

A partir de la década de 1980, este tipo de cáncer y la mortalidad asociada a él generó importantes desafíos para el Estado. Ante ello, surgió el Programa Nacional de Prevención y Control de CaCu (como se denominan las siglas del cáncer cervical) (Torres *et al*, 2014) y año con año se han ido fortaleciendo las técnicas de detección temprana y tratamiento; sin embargo, la incidencia de esta patología sigue siendo un problema de salud pública que llama a la generación de estrategias a diversos niveles para su prevención y atención. La prevalencia del cáncer cervical en México desplaza la importancia que tiene la iVPH como precursora de esta enfermedad, aunque no por ello resulta menos importante. Existen datos que indican que la alta mortalidad del cáncer cervical está estrechamente relacionada con el diagnóstico tardío (Hernández, Alpresa y Patlán, 2015), lo cual a su vez apunta directamente a la relación que tiene con la iVPH.

Torres *et al* (2014) señalan también que la diferencia entre los estados, relativa a la incidencia de cáncer cervical y las muertes asociadas a esta patología tienen que ver con elementos económicos, sociales, culturales y de acceso a servicios, aspectos todos que deberían ser contemplados en la lucha contra esta enfermedad. Para atender dicha disparidad, proponen un esquema de recomendaciones para los programas nacionales de prevención, diagnóstico y tratamiento a tres niveles, a partir del sistema GRADE:

Figura 1. Necesidades y recomendaciones para el Programa de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer cervical acordes a contexto local y regional en México



Fuente: Torres, *et al* (2014: 16).

Más adelante retomaremos este esquema para discutir sobre los hallazgos de la investigación; por el momento, consideramos que es una propuesta relevante para la optimización del alcance de los servicios de salud en tanto que se considera una perspectiva integral de los servicios; sin embargo, es necesario incluir una mirada del contexto sociocultural de los prestadores de servicios y las usuarias para comprender y atender la disparidad en materia de acceso a la salud.

1.2 El VPH y las políticas públicas de atención a la salud sexual en el contexto mexicano

En este apartado, revisaremos brevemente lo referido al contexto macroestructural, a nivel internacional y político, que nos ayuda a enmarcar las acciones dirigidas a atender a personas con la iVPH y su prevención. El primer subtítulo se centrará en los mecanismos internacionales que enmarcan la salud sexual y reproductiva, además de ahondar en cómo derivan de éstos algunas políticas públicas en México. En el segundo, revisaremos por qué el cáncer cervical ocupa un lugar protagonista en estas políticas y cómo ello se superpone a las acciones sobre la iVPH; para finalmente revisar la vacunación como acción pública de reciente aplicación en México y problematizaremos algunos de los elementos asociados a ella.

1.2.1 Acercamiento a los mecanismos internacionales de atención al VPH y la configuración de políticas públicas en el contexto nacional

Partimos de la definición de la Organización Mundial de la Salud sobre ésta, enunciada en la Constitución de esta organización el 22 de julio de 1946: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2015), y que ha permanecido sin cambios hasta la actualidad. A la vez, es fundamental incluir dos conceptos centrales más: salud reproductiva y salud sexual de la OMS (OMS, 2006), cuyo reporte técnico sobre salud sexual de 2006 define la salud reproductiva como:

El estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos al sistema reproductivo y sus funciones y procesos; y no sólo una mera ausencia de enfermedades o dolencias. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos.

Mientras que salud sexual (OMS, 2015) es:

El estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos¹⁷.

Los conceptos de salud sexual y reproductiva de la OMS, fueron enunciados por primera vez en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing de 1995; generando importantes consecuencias para la salud mundial y en particular para la salud de la mujer. Ray y colaboradores (2013) identifican un cambio en el paradigma, de centrarse a una concepción malthusiana del crecimiento poblacional, se trasciende a un concepto comprensivo sobre salud sexual y reproductiva; además de una transición a un enfoque basado en las mujeres a uno centrado en

¹⁷ Si bien la salud reproductiva ha sido el eje sobre el que se generan la gran parte de políticas públicas relacionadas con la salud de las mujeres; consideramos que el concepto de salud sexual es más integrativo, por no contemplar sólo la dimensión reproductiva. Por ello, en este trabajo nos centraremos en él y su relevancia para las políticas públicas; así como la discusión sobre la aproximación antropológica a él.

el género con perspectiva relacional. La necesidad de nuevos conceptos se identifica asociada a tres problemáticas: el crecimiento poblacional sostenido a pesar de la disminución de tasas de fertilidad en varios países; la intervención de grupos de feministas que señalaban a las mujeres como los únicos focos de las políticas poblacionales; y la pandemia de VIH/SIDA que llevó a re-pensar los programas de salud reproductiva cambiando la atención del control poblacional a las prácticas y comportamientos sexuales relacionados con las ITS.

En términos de políticas internacionales, es relevante la resolución de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 2005, en la que se tomó la resolución WHA 58.22 (OMS, 2005) para la prevención y control del cáncer, y señala que el control del tipocervical depende en gran medida de la detección temprana y el tratamiento; se insta a los Estados Miembros, entre los que se encuentra México, a que se priorice la atención y el desarrollo científico en esta materia; la cual complementa la WHA 57.12, que incluye recomendaciones para la integración y fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva como prioridad de los Estados (OMS, 2004).

Sobre la articulación de las políticas públicas mexicanas con los mecanismos internacionales, vale la pena señalar como eje central que el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ONU, 2017) señala que para 2030, se debe garantizar una vida sana y promover el bienestar a todas las edades, en particular el inciso 3.7 que se enfoca a garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, integrado a las estrategias y programas nacionales de cada contexto específico.

Según la Organización Mundial de la Salud (2000), los sistemas de salud son formas sociales de respuestas organizadas para contender ante problemas de salud-enfermedad-atención; para la antropología médica estas formas organizadas incluyen un cuerpo de explicaciones y acciones ordenadas y específicas para la atención a la salud (Osorio, 1994; Peña, 2013). En este trabajo, nos referiremos al sistema de salud vigente en México hasta 2018, por ser el que enmarca la institución donde se realizó el trabajo de campo, aunque reconocemos que existen cambios sustanciales en la organización del sistema de salud mexicano y la asignación de presupuestos que marcarán cambios en la atención a la población usuaria¹⁸. El sistema de salud

¹⁸ El cambio sustancial que ocurrirá en el sexenio 2019 - 2025 será la desaparición del seguro popular y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar en 2019, lo cual reorganizará los esquemas de acceso a servicios de salud de la población en México, en particular la población no asegurada por IMSS o ISSSTE. Aunado a ello, destacan

se divide de acuerdo a la población que atiende, en privado o público, que incluye los servicios de la SSA (Secretaría de Salud), IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), PEMEX (Petróleos Mexicanos), SEDENA (Secretaría de la Defensa Nacional) e ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); más adelante se hablará en particular de las acciones en el sector público enfocadas a la atención a la salud sexual y reproductiva.

1.2.2 La preponderancia del cáncer cervical y la invisibilidad de la iVPH en las Normas Oficiales Mexicanas y el Plan Nacional de Desarrollo

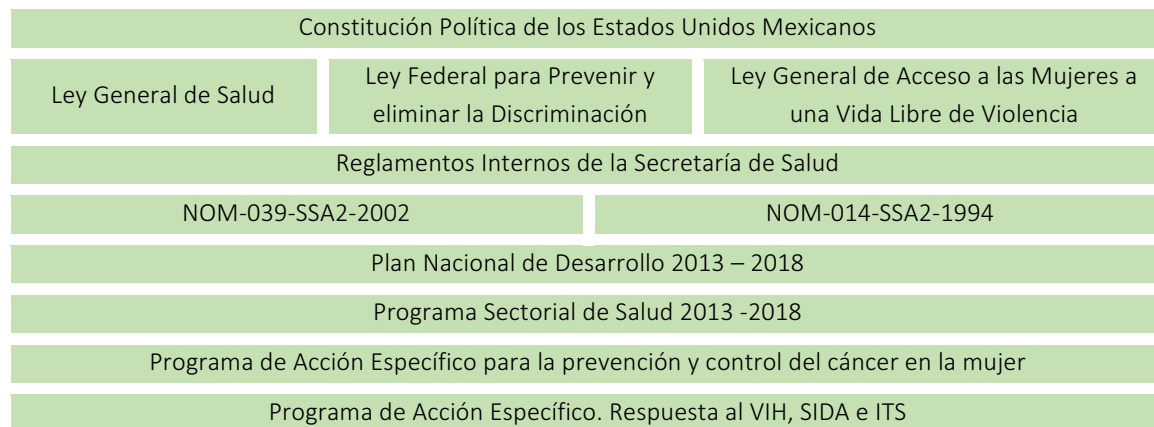
En México, la atención a la salud sexual y reproductiva compete a las instituciones de salud; y al Consejo Nacional de Población y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. La salud reproductiva incluye distintos componentes, como la planificación familiar, ITS, salud materna, acceso al aborto, etcétera (OMS, 2003; OMS, 2018); sin embargo, en el caso de México estos componentes parecieran insuficientes ante la creciente prevalencia de ITS, VIH y embarazos adolescentes (Pérez-Palacios y Gálvez-Garza, 2003).

Los programas específicos para mujeres son salud materno infantil (Arranque Parejo en la Vida), planificación familiar y anticoncepción, cáncer cervical, de mama y prevención de la violencia familiar y de género (INMUJERES-CIESAS Sureste, 2012), a los cuales acceden de acuerdo el sistema de salud del que sean derechohabientes. Para brindar atención oportuna a las lesiones precancerosas, desde 1998 se implementó en México el Programa de Prevención y Control de Cáncer cervical con marcos normativos actualizados y nuevas líneas de acción del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; incluyendo la gratuidad del Papanicolaou y el manejo y tratamiento de displasias para disminuir la incidencia de VPH y cáncer cervical (CONAPO, 2015).

otros dos hechos que impactarán en la institución donde se realizó la investigación. Por un lado, la reducción presupuestal afecta la provisión de servicios, lo cual se evidencia en una nota periodística que manifiesta el cierre del área de urgencias del Hospital de la Mujer por falta de insumos para la atención (Fuente: Diario Milenio, 2019). Por otro, la modificación a la NOM 046-SSA2-2005 indica que todos los hospitales públicos del país deberán proveer atención a mujeres que deseen interrumpir el embarazo producto de una violación, por lo cual el servicio teóricamente deberá integrarse también en el Hospital de la Mujer (Fuente: Animal Político, 2019). Como continuidad de la investigación y para proyectos futuros, sería relevante evaluar el impacto de estas modificaciones en la atención a la población usuaria.

Sobre el marco normativo y la jerarquía e interrelación entre los documentos normativos en el cual se inserta la prevención y atención del cáncer cervical, vale la pena partir del siguiente esquema:

Figura 2. Jerarquía normativa en materia de prevención y atención de iVPH y cáncer cervical



Fuente: elaboración propia, 2019; a partir de SFP, 2011.

El derecho a la salud está protegido en el artículo 4° de la Constitución mexicana, de la cual emanan el resto de leyes y normas que enmarcan el acceso y protección de este derecho. Al respecto, la Ley General de Salud, vigente desde 1984, desarrolla y reglamenta este derecho. En particular, en materia de salud sexual, la Ley considera materia de salubridad general la prevención y el control de enfermedades, y es competencia de la Secretaría de Salud las actividades de vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmisibles, entre las que se encuentra las ITS (y, dentro de ellas, la iVPH); para lo cual se desarrolla el Programa Nacional de Prevención y Atención del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (fracción añadida en 2008) y se promueve el uso de condón entre poblaciones clave (modificación añadida en 2008, en el artículo 157 bis) (SSA, 2018). En lo particular, la Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación establece que debe garantizarse el acceso a una igualdad de oportunidades para diversos grupos vulnerables, entre los que se encuentran las mujeres (DOF, 2018a). Finalmente, la Ley para el Acceso a una vida libre de violencia establece que las mujeres deben ejercer todos los ámbitos de su vida, incluyendo la sexualidad, en un contexto libre de violencia, libertad e igualdad (DOF, 2018b).

Existen diversos reglamentos internos que regulan diversos ámbitos de actuación de la Secretaría de Salud, aunque en este trabajo revisaremos solo el Reglamento Interno de la Secretaría de Salud, que señala que es deber del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud

Reproductiva proponer las políticas nacionales en materia de salud reproductiva (incluyendo cáncer cervical) para la toma de decisiones desde la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; mientras que las recomendaciones en materia de prevención y atención de ITS corresponden al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; siendo éste último organismo central en las acciones en materia preventiva a partir de alianzas interinstitucionales a nivel federal y estatal de acuerdo a sus ámbitos de competencia. En este mismo documento, se establece la obligatoriedad para la formulación de políticas, lineamientos y estrategias que permitan alcanzar la equidad en salud, en particular garantizando el acceso a servicios de manera libre y con respeto a los derechos humanos de las mujeres (SSA, 2011).

La Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, *Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual* (NOM-039-SSA2, 2002), destaca la importancia de las acciones de promoción de la salud y participación social para la prevención de ITS; además de centrar el tratamiento al VPH en las verrugas genitales y la importancia de la vigilancia epidemiológica sobre las ITS en general. Por otro lado, la NOM-014-SSA2-1994, *Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervico-uterino* (NOM-014-SSA2, 1994), la consejería es un elemento fundamental en el hallazgo de lesiones precursoras de cáncer y sobre la prevención de VPH. De acuerdo a esta norma, la prevención primaria se centra en la educación sexual para disminuir los comportamientos de riesgo y la aplicación de vacunas contra los tipos de alto riesgo de VPH, además de fomentar la participación social.

Respecto al diagnóstico, la NOM-014-SSA2-1994, *Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria*, destaca la citología cervical y la visualización directa con ácido acético, complementadas con pruebas biomoleculares como la captura de híbridos y RPC. Ante la detección de lesiones intraepiteliales se realizará la confirmación por colposcopia y estudio histopatológico; si el resultado es positivo en bajo grado se realizará criocirugía, electrocirugía o laserterapia, o seguimiento en la clínica de colposcopia para revaloración; si es de alto grado se procede al tratamiento conservador y si la biopsia tomada es positiva, se canaliza a tratamiento oncológico a partir del cual el tratamiento será de otro tipo.

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (DOF, 2013); la protección, promoción y prevención de enfermedades son ejes prioritarios para el mejoramiento de la salud, para lo cual se contempla el control de las infecciones de transmisión sexual y la promoción de una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable; además del fortalecimiento de las estrategias de detección oportuna de este tipo de cáncer; tema central en el análisis del VPH como problemática de salud pública, dado que las estrategias en torno al cáncer cervical están estrechamente vinculadas a esta ITS, centradas principalmente en la aplicación de vacunas como prevención primaria y la detección de ADN de VPH como prevención secundaria (INMUJERES-CIESAS Sureste, 2012: 28). El Programa de Acción Específico para la prevención y control del cáncer en la mujer del sexenio 2013-2018 se alinea con el Programa Sectorial de Salud, el cual establece distintas estrategias para garantizar el acceso y utilización de los servicios de salud especializados en salud sexual y reproductiva para las mujeres. Para coadyuvar a cumplimiento de las líneas de acción, además se establecen estrategias transversales con perspectiva de género que se centran en garantizar el acceso a servicios de salud sexual, la difusión de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, creación e impulso de esquemas de atención en servicios de salud sexual integrales para las mujeres, junto con otras estrategias que permitan el cumplimiento de objetivos contemplados en el PND (SSA, 2013a).

En lo relativo a la prevención de la iVPH, el Programa de Acción Específico. Respuesta al VIH, SIDA e ITS 2013-2018 (SSA, 2013b), a partir de objetivos, estrategias y líneas de acción específicas que reconocen la concentración de casos de estas infecciones en poblaciones clave (HSH, personas trans, y usuarios de drogas inyectables) pero al mismo tiempo la necesidad de crear estrategias incluyentes para la población en general, considerando los contextos de desigualdad, y generar estrategias enfocadas en mujeres para el establecimiento de alianzas y estrategias que igualen el acceso a servicios. Relacionado con este, ya adelantábamos la importancia Programa de Acción Específico para la prevención y control del cáncer en la mujer, que reconoce la importancia del cáncer cervical y su carga para el sistema de salud. Para ello, los planteamientos del Programa Sectorial de Salud se concretan en líneas de acción específicas para la información, educación y comunicación de riesgos entre la población de mujeres, para

contribuir a la detección y tratamientos oportunos fortaleciendo los servicios especializados para garantizar la calidad y el acceso equitativo a los mismos (SSA, 2013c).

Para Lerner y Szasz (2001) si bien el concepto de salud sexual y reproductiva propuesto por la OMS parece más integrativo, trae consigo desafíos para los que los sistemas de salud no están preparados. Por un lado, consideran central empoderar a las mujeres para que se vuelvan sujetos activos en la búsqueda por la salud, lo que implica una reflexión sobre derechos humanos en contextos particulares. Por el otro, es imprescindible ampliar la oferta de servicios más allá de los fenómenos reproductivos que se centren en el diagnóstico y tratamiento oportuno de diversos padecimientos a lo largo de toda la vida; además de considerar a grupos de adolescentes, mujeres de todas las edades y hombres, no sólo a mujeres en edad reproductiva; para ellas, estas propuestas conllevan una necesaria revisión y modificación de las intervenciones en poblaciones que tomen en cuenta las especificidades de las mismas; “lo que implica romper con la homogeneidad conceptual, normativa y operativa de los programas y servicios de salud que se utilizaba indistintamente en los diferentes contextos sociales y culturales de un país y entre los diversos sectores de la población” (2001: 64), dicha homogeneización se expresa en caos o desconcierto en los servicios de salud y puede conducir a la demanda insatisfecha.

1.2.3 Programa de vacunación contra el VPH: implicaciones, debates y perspectivas

La prevención de VPH se hace en varios sentidos actualmente, ya que la transmisión se da por el contacto de mucosas y piel de parejas sexuales que portan el virus, por lo que la educación sexual es indispensable, siendo necesario centrarse en los factores de riesgo de contraer VPH y los métodos para la disminución del riesgo y transmisión (García, J. y Salcedo, A., 2010). Además, se configura como predominante la detección oportuna del cáncer cervical, por lo que se considera preventivo el diagnóstico oportuno de VPH y su tratamiento. Por otro lado, la campaña de vacunación de VPH es un elemento fundamental en la prevención primaria de VPH; sin embargo, en torno a ella existen varias aristas para el análisis en los que es indispensable profundizar a partir de las experiencias de las usuarias y las mujeres diagnosticadas con iVPH.

Al reconocer que el VPH es un factor fundamental en el desarrollo del cáncer cervical y una de las primeras causas de muerte en mujeres mayores de 25 años, en el Plan Nacional de

Desarrollo 2013-2018 se incluyó una línea de acción de Prevención y Control del Cáncer en la Mujer, destacando la importancia de estilos de vida, disminución en el consumo de alcohol y tabaco, la vacunación oportuna y estrategias de promoción de sexo seguro (SSA, 2015d). En 2008 el gobierno de México puso en marcha la campaña de vacunación en contra del VPH para niñas de 11 a 13 años que no cuentan con seguridad social y que no han iniciado su vida sexual (SNVE, 2014; CAE-PVCVPHM, 2009), que también se encuentra disponible para la población en general. La vacuna bivalente protege contra los tipos más frecuentes y de alto riesgo de VPH: el 16 y el 18, asociados a lesiones cervicales precursoras de cáncer cervical, conocida comercialmente como Cervarix®; y la tetravalente que protege adicionalmente ante dos tipos de VPH de bajo riesgo, 6 y 11, asociados a presencia de condilomas y verrugas genitales, llamada Gardasil®. De acuerdo a un esquema de costo-beneficio, se estima que el costo de atención a una mujer con cáncer cervical es equivalente a la protección de 84 personas con 4 dosis en un intervalo de 8 años de vacunas contra VPH; con lo que se espera reducir en un 70% la aparición de nuevos casos de cáncer cervical en 20 años (Franco y García, 2013). Actualmente, la vacunación contra VPH se ha implementado como parte de programas gubernamentales en al menos 67 países, vacunándose un estimado de 115 millones de mujeres anualmente (Nazal y Cuello, 2014).

El objetivo de las vacunas es prevenir la infección por VPH y, con ello, las lesiones invasoras y cáncer cervical; aunque también se ha planteado el uso terapéutico de las mismas para inducir la regresión de lesiones preinvasoras y el cáncer, aunque no se ha comprobado su eficacia en estos casos (Berumen y Valdespino, 2006), aunque existen datos de desaparición de verrugas genitales posterior a la aplicación de las vacunas en mujeres y hombres menores de 21 años, además de su eficacia en la disminución de displasias cervicales en Australia (Nazal y Cuello, 2014). Sin embargo, se considera que la protección de la vacuna es limitada y, aunque una persona haya sido vacunada de niña, cuando se adulta, tendrá que realizarse exámenes citológicos periódicos (Luna-Blanco, y Sánchez-Ramírez, 2014). El esquema de vacunación se considera insuficiente porque se excluye a los niños, hombres que son portadores asintomáticos del virus, con argumentos de costo-beneficio, dado que el cáncer de pene y ano no muestran la misma prevalencia que el cervico-uterino; además se considera que no refuerza

la necesidad sobre el cuidado personal sobre la salud sexual (SNVE, 2014; Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez, 2014; CAE-PVCVPHM, 2009).

La vacunación masiva es controversial a la luz de reportes sobre efectos secundarios graves y muertes en Estados Unidos y España, llevando a este último país, junto con Alemania y Canadá, a suspender la vacunación hasta la aparición de evidencia científica que pruebe su inocuidad; en el caso de México, el problema de la vacunación masiva contra VPH atraviesa además un conflicto de interés, dado que el Mauricio Hernández-Ávila, quien fuera secretario de Prevención y Promoción de la Salud de 2006 a 2012, mantenía una relación de asesoría remunerada con Merck, productor de Gardasil® (Laurell, 2009a); además de no ofrecer información certera sobre qué enfermedad se está previniendo a las vacunadas ni dar seguimiento puntual para identificar posibles consecuencias (Laurell, 2009b). El debate en torno a la vacunación contra VPH también involucra aspectos relacionados con la autonomía, la capacidad de decidir sobre la aplicación de la vacuna, el anclaje genérico y el probable ejercicio de la sexualidad en niñas y adolescentes menores de edad bajo un esquema en el que se supone que no hay un riesgo de adquisición del virus, aunque el seguimiento de las vacunas sólo se ha realizado a cinco años y aún es limitado (Prieto *et al*, 2008). Existe una diferencia entre los objetivos al vacunar: aunque las autoridades de salud ven a la vacunación como una forma efectiva de prevenir la transmisión de VPH y su desarrollo en cáncer cervical, los padres de los adolescentes que están en edad de ser vacunados lo pueden observar como una manera de promover y normalizar un comportamiento “promiscuo”, lo que implica una negociación entre las formas de organización institucional y la cultura local (Odell, 2014), misma que difícilmente se presenta como parte integral de las campañas de vacunación.

1.3 Acercamiento a la salud sexual desde la antropología

Tomando en cuenta la alta prevalencia de VPH y su estrecha relación con las muertes por cáncer cervical en el país, desde las disciplinas antropológicas se ha hecho evidente la necesidad de investigaciones que tomen en cuenta las representaciones y prácticas en torno a la sexualidad y las infecciones de transmisión sexual. Por ello, a continuación, se presenta una breve revisión del estado del arte de las investigaciones realizadas sobre VPH desde este campo del conocimiento. Esta revisión se realizó tomando en cuenta las investigaciones más recientes

(desde el 2005 y hasta 2017) disponibles para su consulta en buscadores académicos y científicos, partiendo de una combinación de palabras que incluyeron: cáncer cervical, cáncer cervico uterino, VPH, virus de papiloma humano mujeres, salud sexual. A partir de los resultados, se priorizó aquellas investigaciones que se hubieran enmarcado en contextos latinomaericanos y mexicano, aunque se incluyeron algunas realizadas con población migrante en Estados Unidos y España. Aunque reconocemos que existe una amplia producción antropológica sobre el cáncer cervical, a continuación se presenta una síntesis de los contenidos de los trabajos que se consideraron más relevantes; centrándonos únicamente en aquellos que abordaban el virus de papiloma humano y los procesos sociales alrededor de él.

A partir de la teoría fundamentada, Da Silva y Giménez (2005) exploraron la percepción de las pacientes diagnosticadas con VPH en una unidad básica de salud brasileña. El significado de ser portadora se traduce en sentimientos de preocupación por el tratamiento y la cura; miedo a las relaciones sexuales futuras; la necesidad de protección en el futuro y el riesgo asociado al cáncer cervical. A partir de estos elementos, las autoras concluyen que es necesario la valoración de las percepciones de las mujeres diagnosticadas, brindar información oportuna y una atención individualizada y de calidad, reforzando el papel educativo del personal de salud respecto a las infecciones de transmisión sexual.

Un trabajo interesante sobre el VPH es el realizado por Reartes (2005) en la Clínica de displasias del Instituto Nacional de la Mujer y la Familia¹⁹, a partir de realizar entrevistas a nueve parejas heterosexuales (de las cuales las mujeres tenían diagnóstico de VPH) y diez informantes médicos, además de observación participante en la clínica, con el objetivo de identificar los modos de enfrentar la infección y sus consecuencias por mujeres y hombres, además de analizar la atención brindada por el sistema de salud. Tomando como base este análisis, la autora identifica el papel de la procreación como central en la sexualidad de las parejas entrevistadas y cómo el diagnóstico de VPH afecta las expectativas de paternidad. Por otro lado, identificó que el primer contacto con servicios de salud sexual y reproductiva generalmente ocurre con el inicio de la maternidad, convirtiéndose en un obstáculo para la detección oportuna de lesiones precancerosas. A partir de indagar sobre las representaciones

¹⁹ Nombre ficticio usado por la autora para guardar el anonimato de los informantes participantes en la investigación.

en torno al VPH, la autora señala que la información sobre esta ITS y otras está subordinada a lo que saben las parejas sobre el SIDA; por lo que existe un proceso de búsqueda de información paralelo a la trayectoria de atención. Cabe hacer mención que el diagnóstico implica dudas sobre el ejercicio de la sexualidad propio y de la pareja, convirtiéndose en una fuente de conflicto constante para la convivencia conyugal, pero también generando depresión y baja autoestima a las mujeres que se cuestionan sobre su propia vida sexual.

Un elemento interesante es la socialización del diagnóstico, el cual se hace en función de las nociones de cáncer, buscando quitar la connotación negativa del VPH como una ITS, lo cual implica “procesos de confrontación con construcciones sociales dominantes” (Grimberg, 2002, en Reartes, 2005). Otra problemática identificada es la incapacidad del personal médico de indagar sobre las prácticas sexuales y los posibles riesgos en torno a ellas, al considerar que es un ámbito de la vida privada, lo que imposibilita conocer si las mujeres modifican sus prácticas a la luz del diagnóstico, además de que impide que ellas se expresen de manera honesta y libre, externando las dudas que tienen en torno a su ejercicio sexual; en conclusión, señala que la práctica médica sólo se centra en la dimensión biológica de la sexualidad, siendo incapaz de comprender un fenómeno complejo como este. Sin embargo, también identificó un empoderamiento de parte de las mujeres posterior al diagnóstico, al volverse activas en la vida sexual, exigiendo a su pareja el uso de condón como medida de protección; incluir a los hombres que son pareja de mujeres diagnosticadas implica una atención más integral, sin embargo, vale la pena preguntarse qué pasa en el caso de parejas no estables, ocasionales, cuando la mujer es diagnosticada con VPH; no tomar en cuenta la existencia de estos hombres en el ejercicio de la sexualidad de estas mujeres refuerza estereotipos de género e implica una atención insuficiente. Finalmente, la autora concluye que:

En la construcción social de la infección por VPH en el contexto mexicano, se entrelazan e interactúan aspectos socioculturales, socioeconómicos, biomédicos e ideológicos, los que se manifiestan tanto del lado de las parejas afectadas por la infección como en los profesionales de la salud involucrados en su detección y tratamiento (Reartes, 2005: 351).

Otra exploración interesante desde la teoría antropológica es la realizada por Reartes (2007) respecto a las representaciones y prácticas sobre la atención que se brinda a los hombres en el sistema de salud mexicano. Si bien las mujeres son las principales afectadas por el VPH, los programas enfocados a esta problemática de salud obvian el papel de los hombres en la

transmisión de esta ITS y las consecuencias que para su salud tiene; aunque también se reconoce la importancia de involucrarlos en el tratamiento para que no exista reincidencia en la mujer y sea más efectiva la atención. Sin embargo, en los varones identificó varias problemáticas, como la infección asintomática, la interacción médico-paciente, el horario de la consulta, la mayor importancia que se da a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y el estereotipo de irresponsabilidad de los hombres sobre su salud.

Realizando una investigación entre jóvenes chilenas, Picón (2009) destaca a falta de conocimiento y consciencia sobre la infección de VPH como un obstáculo para su detección temprana. Así, identifica dos expresiones ante las pruebas de tamizaje: por un lado, la falta de conocimiento sobre el VPH, el cáncer cervical y el Papanicolaou eleva la probabilidad de que una mujer no se haga la prueba; por otro lado, aun con el conocimiento sobre el VPH pero con una baja percepción de riesgo personal que no lo conceptualiza como amenaza, igual disminuye la probabilidad de realizársela. Sin embargo, ambos factores no explican por qué las mujeres no se hacen la prueba, para lo que sugiere explorar la relación entre VPH, ITS y temáticas sexuales, además de otros factores socioculturales como el género del prestador de servicios, la educación sexual, el acceso a información oportuna, etcétera. Finalmente, la autora detectó incongruencias en los conocimientos de las mujeres sobre el Papanicolaou y el VPH, por lo que sugiere dar mayor peso a la prevención primaria con la educación sexual adecuada que a la secundaria, que se centra en el *después* de la transmisión.

A partir de la revisión del estado del arte sobre VPH en el país, Salazar (2009) destaca la necesidad de estrategias pedagógicas sobre la información de los factores de riesgo y síntomas de VPH, aunque la educación sexual en el nivel básico tiene que superar obstáculos relacionados con las representaciones sobre la sexualidad se brindan en las instituciones de salud y el ámbito educativo. Además, existe lo que denomina 'riesgo social' asociado al inicio temprano de la vida sexual, la falta de información y la rápida transmisión de VPH dada la práctica del sexo sin protección; enfatizando en la necesidad de una cultura de autocuidado del cuerpo y un ejercicio responsable de la sexualidad, principalmente en la población joven del país. Finalmente, deja de manifiesto la importancia de valorar las diferencias sociales para los programas de prevención y diagnóstico oportuno de VPH (Salazar, 2009).

Para Salcedo y García (2010), el VPH es una problemática de salud relacionado con el orden simbólico y normativo sobre las prácticas, señalizaciones y estructuras valorativas que se extienden a la vida personal. El VPH es emergente en la modernidad en la que las organizaciones sociales, a través de instituciones, operan en función del riesgo y la confianza ante la probabilidad que tienen las personas de ser aquejadas de ciertos daños, ante los cuales se configuran estilos de vida particulares. La medicalización de la vida cotidiana se traduce en ciertas prácticas diferenciales según el género, que en las mujeres se expresan principalmente en el uso de anticonceptivos y métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual; llegando al “secuestro de la experiencia” de los profesionales de la salud que diseccionan y analizan los aspectos más íntimos de la vida; traducidos en el cuidado del cuerpo; para los autores padecer una enfermedad de transmisión sexual es “un fenómeno que tiene una base biológica, que alude a un cuerpo en relación con otros, pero que su definición, características y límites aluden a construcciones socioculturales”. Finalmente, en la revisión sobre el VPH desde la perspectiva socioantropológica, Salcedo y García sitúan el fenómeno de VPH dentro de la cultura del cuerpo orientada a prácticas colectivas; lo que implica tomar en cuenta el papel de la salud reproductiva en el sistema de salud mexicano; y tomar en cuenta tres elementos para la consideración del VPH como un fenómeno en transición: la dimensión subjetiva del significado de la vida; el sustrato de pobreza como privación social asociado a los riesgos y consecuencias del VPH; y movimientos sociales en formas de participación y empoderamiento.

Castro-Vázquez y Arellano-Gálvez (2010) realizaron una investigación sobre el acceso a la información de mujeres diagnosticadas con VPH, displasias o cáncer cervical desde la teoría fundamentada señala la importancia de la relación médico-paciente ante los sentimientos de angustia y temor generados por el diagnóstico, los que se fundan en la falta de información oportuna y accesible. Algunos elementos que intervienen en la relación desigual son el género y la relación asimétrica entre el profesional de la salud y el paciente, además de la poca sensibilidad del personal de salud ante la situación personal de la mujer. Hacen mención que el imaginario social alrededor del diagnóstico lo construye como un estigma asociado a la promiscuidad y la infidelidad, lo que limita la búsqueda de apoyo en las redes sociales y de información, como señalan las autoras, este hecho demuestra “cómo el ejercicio de la

sexualidad femenina se halla cargado de mitos y sometido al juicio social, percepción que se refuerza al ser un asunto poco tratado por los médicos” (2010: 212). Para solventar estas problemáticas, proponen distintas estrategias institucionales, desde la capacitación del personal para identificar la angustia de las pacientes, la conciencia sobre la relación desigual entre médico-paciente y la información oportuna sobre el VPH, las displasias y el cáncer cervical, los tratamientos y las consecuencias a la salud.

A partir de la investigación con mujeres y hombres de Chiapas, Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez (2014) identificaron tres esferas que obstaculizan un estado de salud sexual favorable: la individual (que se refleja en el desconocimiento del propio cuerpo), las relaciones de pareja (la negación al uso de métodos de protección para infecciones de transmisión sexual) y la social (relacionado con la educación y la religión y su papel en la falta de información y el acceso a servicios de salud). Si bien hay un conocimiento sobre los factores de riesgo relacionados con el VPH, hace falta una comprensión integral de cómo estos funcionan e impactan la salud de las mujeres. A partir de esta exploración, las autoras proponen abordar los procesos de salud-enfermedad-atención con independencia del modelo biomédico, tomando en cuenta en la construcción de estrategias de prevención los elementos socioculturales alrededor del uso del condón, las pruebas de tamizaje, la comunicación con la pareja y los recursos tecnológicos de la biomedicina y su uso.

Con una aproximación fenomenológica, Vargas-Daza y colaboradores (2014) se aproximaron a la experiencia del diagnóstico de VPH en mujeres del estado de Guerrero; identificando algunos elementos en torno a ella. El primero es el papel de la procreadora que es puesto en riesgo por una enfermedad del aparato reproductor femenino, lo que se traduce en la falta de plenitud del *ser* mujer; el rechazo de la pareja que se traduce en violencia al interior de la relación, y el riesgo de muerte social al experimentar la exclusión social por la socialización del diagnóstico; finalmente el impacto del diagnóstico en la vida cotidiana que se traduce en sensaciones de angustia y abandono. Todos estos elementos se relacionan con la construcción social de la sexualidad femenina que impacta en la salud de las mujeres y que requiere una aproximación multidisciplinaria.

A partir del análisis de las redes sociales de apoyo a mujeres con diagnóstico de VPH, displasias y cáncer cervical en Hermosillo, Sonora, Castro y Arellano (2014), identifican la

vivencia distinta del diagnóstico de VPH dependiendo del grupo de pertenencia de la mujer, pero caracterizadas generalmente por la incertidumbre y la angustia. Las redes sociales son fundamentales en los procesos de salud-enfermedad, sin embargo, en episodios de enfermedad cargados por estigmas, el papel de las redes sociales puede ser contraproducente. Tomando en cuenta este último elemento, ante el diagnóstico de VPH las autoras identificaron la importancia del acompañamiento femenino y el acotamiento de la socialización del diagnóstico al ámbito familiar, por ser una enfermedad relacionada con el comportamiento sexual; no obstante, también puede no socializarse por temor a ser estigmatizada. Sin embargo, aunque se trate de enfermedades relacionadas, el diagnóstico de cáncer cervical es socializado sin temor de ser estigmatizadas, dado que se reviste por el pensamiento de la “fatalidad” y no se asocia al comportamiento sexual, y las redes sociales se vuelen más importantes en las trayectorias. Las autoras concluyen que la gestión del diagnóstico es diferencial si se trata de VPH o cáncer cervical, y las redes de apoyo suelen reaccionar de manera más positiva al segundo por asociarse a la fatalidad y la muerte.

La importancia del VPH como problema de salud pública radica en su estrecha relación con el cáncer cervical. En este sentido, la producción académica desde la antropología médica se ha centrado en esta problemática de salud destacando las investigaciones de Mendoza (2013), Luna-Blanco (2013 y 2014), Cortés (2013), Aranda y Castro (2008), Hernández, Padilla y Quintero (2012), Rangel (2007), entre otras.

A partir de una investigación sobre el proceso salud-enfermedad-atención en mujeres con cáncer cervical, algunos autores como Luna-Blanco, Fajardo y Sánchez (2013) han llegado a la conclusión de que se trata de una enfermedad “feminizada”, al alojarse en cuerpos femeninos y al construir la representación en torno a esta enfermedad en relación a la realidad biológica del sexo y la construcción cultural del género, sin tomar en cuenta la posible interacción con el hombre y la transmisión de VPH que posibilitó la aparición del cáncer. Esta feminización de la enfermedad, implica su circunscripción a un entorno de la mujer, generando que la atención sea diferencial partiendo de esta representación, lo que a su vez implica dos tipos de reacciones: la primera, se asocia con el cáncer cervical vinculado a prácticas socialmente aceptadas o a prácticas sancionables; la segunda se relaciona con la “vulnerabilidad” del cuerpo y el mayor riesgo de enfermedad al cual se asocian fenómenos naturales, como la

menstruación, el embarazo y el parto y, los roles socioculturales del género femenino, que implican un mayor desgaste biológico.

A partir del análisis de una colonia de Zapotlán, Jalisco, que incluyó la entrevista a 190 viviendas, Rangel (2007) analizó la importancia de la detección oportuna del cáncer cervical, identificando una conducta preventiva a partir de la práctica trianual del Papanicolaou bastante tardía, por factores que tienen que ver con la relación entre géneros, ya sea que sus esposos prohíben que sean revisadas o que el médico es hombre, representando un obstáculo para la atención, además de otras barreras para la atención identificadas principalmente en las mujeres mayores de 40 años, el grupo de más alto riesgo para la aparición de cáncer cervical. Existe una representación que asocia el VPH con el VIH y genera angustia en las mujeres al considerar que ambas son letales. Un elemento fundamental es el sentimiento de vergüenza construido de manera colectiva y referido a las prácticas sexuales y los usos del cuerpo, ante esta vergüenza y aun ante la amenaza del cáncer, desnudar los genitales para una revisión sigue siendo una práctica impensable para la mayoría de mujeres. La desidia se identifica por la autora como el factor principal para las mujeres para no acudir de manera oportuna a los exámenes de detección temprana; sin embargo, la feminización del cáncer cervical y el VPH también representa un obstáculo para la atención oportuna.

Aranda (2010) realizó una investigación con mujeres derechohabientes del IMSS en Hermosillo, Sonora, para describir y analizar los saberes del Papanicolaou y el cáncer cervical, así como sus vínculos con la práctica institucional en los servicios médicos de primer nivel, a partir del análisis de las narrativas de las prácticas de detección oportuna o sus razones para no asistir a ella. La autora identifica como fundamental el conocimiento de la existencia y utilidad de la prueba para favorecer su utilización, además de la información adquirida por la educación formal y en el ámbito familiar. Por otro lado, la relación del Papanicolaou con la detección oportuna de cáncer, y no sólo de lesiones asociadas a VPH, hacen que esta noción esté siempre presente en las trayectorias de las mujeres y se construye un conocimiento en torno al deterioro de los órganos reproductivos y la capacidad para la maternidad de cada una. Sentimientos como la vergüenza, el miedo a los resultados, al dolor o a ser lastimadas son obstáculos para la detección oportuna. Respecto al personal de salud, la autora identifica distintas problemáticas asociadas no sólo con la destreza técnica para realizar la prueba sino

con los elementos asociados a la relación prestador de servicio-demandante, que incrementan la tensión y el estrés durante la prueba.

La falta de conocimiento sobre la anatomía de las mujeres, el procedimiento de la prueba y del instrumental empleado en ella, aumentan la incertidumbre y angustia lo que llega a disminuir la demanda de Papanicolaou, siendo fundamental una relación efectiva entre la enfermera, que realiza la prueba, y la mujer que la demanda. Finalmente, se lleva a cabo una reflexión en torno a ciertos aspectos metodológicos que implican un postura ética y de antropología aplicada, al retribuir el tiempo empleado en las entrevistas a las mujeres en forma de información sobre el cáncer cervical, la descripción de los instrumentos y la prueba a quien lo solicitó; además de hacer explícitas las sugerencias de las usuarias, como mejorar la privacidad, la calidad y calidez de la relación con el personal de enfermería y la posibilidad de crear espacios de educación para la salud que enfatizen la importancia de la detección oportuna del cáncer cervical.

Desde una perspectiva de epidemiología sociocultural, que toma en cuenta los procesos sociales, culturales, políticos, económicos y epidemiológicos, Aranda y Castro (2008) hacen una revisión de la producción antropológica sobre el cáncer cervical en Sonora. A partir de este análisis, concluye que es importante la revisión del contexto epidemiológico para explicar el panorama actual sobre esta enfermedad, además de identificar elementos de distintas índoles que confluyen en este problema de salud e interfieren en la atención de las mujeres. Proponen la vinculación entre ciencias sociales y epidemiología para lograr intervenciones en políticas de salud pública y gestión de proyectos con perspectiva de la epidemiología sociocultural.

Por su parte Cortés (2013) brinda un aporte interesante para el análisis del cáncer cervical al proponer cinco elementos que contribuyen a la construcción de la dimensión social de este padecer:

1. Enfermedad asociada a una parte específica de la anatomía femenina: el cuello del útero, encasillada como una enfermedad de las mujeres en las que los hombres aparecen desdibujados.
2. Enfermedad ubicada en los órganos reproductivos, lo que implica un tabú al hablar de la prevención y detección oportuna al ser una zona corporal “problemática”, lo que implica una seria barrera cultural para la atención oportuna.
3. Enfermedad relacionada con la vida sexual de las personas, la relación con el VPH implica un impacto adverso en la vida de las personas por la estigmatización que se construye a su alrededor.

4. Es una enfermedad crónica y silenciosa, lo que dificulta el diagnóstico y atención oportunos.
5. No hay reconocimiento de la figura del hombre en el riesgo y prevención del cáncer cervical.

A partir de este análisis, la autora plantea la integración de la perspectiva de género para la construcción de programas de salud pública que brinden una atención adecuada a las mujeres y hombres relacionados con esta problemática de salud.

1.3.1 Algunas reflexiones teóricas

Esta revisión ha tenido como objetivo realizar un acercamiento a la comprensión de la complejidad del VPH en sus múltiples dimensiones, centrándonos particularmente en la biomédica y epidemiológica, para sentar las bases que nos permitan realizar un análisis desde el enfoque biocultural. Sobre ello, partimos de reconocer que es fundamental entender los mecanismos biológicos que se generan alrededor de cualquier proceso de salud-enfermedad que, como se delinea en el primer apartado de este capítulo, tiene que ver con la historia evolutiva del ser humano y las particularidades biológicas del ser mujer, que permiten realizar una integración de los elementos desde el micro contexto hasta el macro, tomando como base la realidad biológica del ser humano situado en un contexto socio cultural en el que se desarrollan sus interacciones.

Hablar sobre trayectorias y procesos de atención a la salud nos obliga necesariamente a pensar en los contextos institucionales en los que la medicina biomédica se enmarca. Por ello, realizar una revisión del marco normativo y operativo de las instituciones de salud contribuyó al mejor entendimiento de la realidad de la institución donde se realizó la etnografía; a la vez que sirve como una fuente de información basal que se contrasta con los datos construidos a partir de la etapa de recolección de información y análisis de este trabajo. Relativo al marco epidemiológico, es fundamental comprender la distribución de cualquier proceso de salud – enfermedad que sea de interés para la investigación antropomédica; por su utilidad en dos vías: por un lado, situar al lector en el contexto de la investigación y, sustancial para el trabajo científico, justificar la pertinencia para la realización de los acercamientos teóricos a la realidad de estudio. En el caso de esta investigación, el contexto epidemiológico brindó información sustancial sobre la distribución de la iVPH entre la población, además de provocar ciertas

preguntas: ¿cómo se construyen los datos epidemiológicos y desde qué fuentes? ¿cuál es la distribución de este padecimiento entre los hombres? ¿cómo la distribución epidemiológica genera estrategias diferenciales por características poblacionales? Si bien son preguntas sustanciales, no buscamos responderlas en este trabajo, aunque tocaremos algunos elementos asociadas a ellas tangencialmente.

Como interrelación entre la información normativa y epidemiológica, el panorama que aquí hemos planteado nos ha ayudado a la comprensión de las estrategias para la prevención y detección oportuna de la iVPH (y con ello la disminución del cáncer cervical); aunque reconocemos que las intervenciones deben incluir elementos sustantivos de las poblaciones blanco, como educación sexual integral, y plantear esquemas de intervención sensibles a las necesidades de las mujeres; además de la necesidad imperativa de involucrar a los hombres en los esquemas de prevención y detección. Estos elementos son marcados por las políticas públicas, y si bien en este trabajo no es la intención realizar un análisis profundo de ellas, enfatizamos en la necesidad de la investigación antropológica para tomar estos marcos de interacción como referentes inherentes a la realidad social y cultural de los fenómenos de estudio.

La construcción del estado del arte antropológico sobre el tema de interés a partir de la revisión de algunas de las investigaciones más recientes tiene el objetivo de situar el presente trabajo en un marco de producción científica en el que la presente investigación contribuya a la comprensión del fenómeno de estudio. Este marco permite discutir algunos de los hallazgos realizados en el curso de la investigación y contrastar la información generada por otras investigaciones frente a la que se plantea aquí, considerando las diferencias entre las poblaciones de interés, los contextos sociales y culturales e, incluso, los acercamientos metodológicos a la realidad.

El objetivo final de este capítulo es sentar las bases para la comprensión de las múltiples dimensiones que se articulan en la infección por VPH como proceso de salud – enfermedad - atención, para poder dialogar con los actores sociales con los que se interactúa en el curso de la investigación antropomédica, en particular aquellos encargados de proveer atención y las mujeres usuarias, cuya relación se da en un marco contextual definido por los elementos biológicos, epidemiológicos y políticos que en este espacio se han explorado. Esta revisión

además nos introduce al siguiente capítulo, en el cual la construcción de un marco analítico parte desde el enfoque biocultural, trayendo a colación planteamientos teóricos múltiples que permiten una integración de las dimensiones que más adelante revisaremos. Finalmente, nos orienta para la ubicación, dentro del marco normativo en la atención a la salud sexual y a las ITS desde un acercamiento documental, de la institución de acogida donde se realizó la investigación, lo que posibilitará la discusión de los datos que encontramos en el capítulo cuatro, centrado en la etnografía, referidos al componente operativo de los procesos de atención a la salud institucionales y su impacto en la configuración de la experiencia individual. Esperemos haya sentado las bases para la discusión y permita al lector usar este primer apartado como una guía para el diálogo que esperamos se pueda construir a partir de esta investigación.

2. ANDAMIAJE TEÓRICO

Este capítulo se ha titulado *Andamiaje teórico*, porque pretende dar cuenta de las bases teóricas que guiaron la investigación y a partir de las cuales construiremos el análisis. Para ello, haremos una revisión en tres apartados: el primero tiene que ver con la construcción disciplinar de la antropología en salud; en el segundo nos centramos en el enfoque biocultural como postura de dicha disciplina; y el tercero es una operación de este marco para la construcción de un modelo que permita acercarnos a comprender el proceso salud – enfermedad – atención relativo a la iVPH.

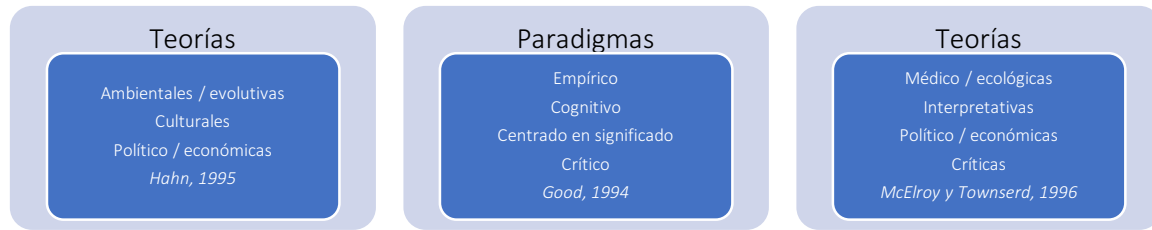
2.1 Antropología en salud

Las primeras colaboraciones entre medicina y antropología pueden rastrearse incluso hasta finales del siglo XIX (Singer, 2004); aunque el desarrollo formal de la antropología médica se ubica desde mediados del siglo XX, al final de la Segunda Guerra Mundial, momento en que se emplearon antropólogos para investigar sobre salud y nutrición de poblaciones estadounidenses, pero también sobre las condiciones de vida y salud en los países en vías de desarrollo y algunas colonias existentes. Con el nacimiento de la Organización Mundial de la Salud en 1948, los antropólogos son llamados para entender y conocer las barreras culturales que dificultaban la implementación de políticas y acciones como las campañas de promoción para la salud e intervenir para permitir cambios ideológicos que facilitaran intervenciones culturalmente “adecuadas” a los contextos de estudio; así, la antropología médica de mediados del siglo XX se centró en dos grandes áreas: la etnomedicina y la salud internacional, es decir, la estandarización de elementos que permitieran el control de enfermedades epidémicas a nivel mundial, pero que a la vez fueran adaptables a los contextos de incidencia (Wiley y Allen, 2013).

Al paso del tiempo, se observa que el proceso salud-enfermedad tiene una gran complejidad y por lo mismo, es necesaria la intervención de diversas disciplinas científicas que, desde posturas teóricas y metodológicas distintas, ayuden a su comprensión; por lo que se requiere de un sentido antropológico intra e inter disciplinario (Peña, 2012), para lo cual además se han construido multiplicidad de modelos teóricos, que buscan dar cuenta de la complejidad de los procesos de salud – enfermedad y sus abordajes. Véase la figura 3, para las

referencias sobre las teorías originadas en Norteamérica, que han sentado las bases para la investigación antropomédica a nivel mundial.

Figura 3. Teorías más influyentes en antropología médica norteamericana



Fuente: elaboración propia con datos de Singer (2004).

Lo que es cierto, es que se ha reconocido a la antropología médica con enfoque práctico en su surgimiento y desarrollo formal como subdisciplina de la antropología social, cuya postura estableció por objeto de estudio al proceso salud-enfermedad-asistencia, considerando no sólo la dimensión biomédica de la enfermedad como construcción ideológica, sino la experiencia individual del padecimiento y la construcción social y cultural del padecer alrededor de él (Singer, 2004; Peña, 2012: 62-63); enfatizando los estudios sobre las relaciones entre los sistemas de atención a la salud, basándose en una metodología descriptiva y comparativa del nivel micro y meso estructural siempre en relación con la organización social (Peña, 2017). La antropología médica analiza de qué manera la organización social, el género, el parentesco, los sistemas de matrimonio, la etnia, la clase social, la religión y cómo estos aspectos afectan al bienestar y las desigualdades en salud (Tovar, 2004). En general, la antropología médica se define como el estudio de la salud, la enfermedad, el cuidado a la salud y temáticas asociadas desde una perspectiva antropológica amplia (Wiley y Allen, 2013); para la Sociedad de Antropología Médica, derivada de la Asociación Americana de Antropología, se define como:

Un subcampo de la antropología que retoma a la antropología social, cultural, biológica y lingüística, para el entendimiento de los factores que influyen la salud y el bienestar (definidos ampliamente), la experiencia y la distribución de la enfermedad, la prevención y el tratamiento de los padecimientos, el proceso curativo, las relaciones sociales en el manejo terapéutico y la utilización y la importancia cultural de sistemas médicos plurales. La disciplina de la antropología médica se basa en diferentes aproximaciones teóricas. Investiga tanto la cultura de la salud popular como la epidemiología bio-científica y la construcción social del conocimiento y políticas de la ciencia (Wiley y Allen, 2013: 5).

De acuerdo con Wiley y Allen (2013), hay diferentes aproximaciones teóricas dentro de la antropología médica, entre las que destacan la economía política de la salud, que se centra en

el impacto diferencial del poder y el acceso a recursos en la salud; los sistemas etnomédicos, que se ha abocado a la investigación sobre los sistemas indígenas de curación; enfoques interpretativos del padecer y el sufrimiento, guiados por los planteamientos de Clifford Geertz y su propuesta de la descripción densa, implicando un conocimiento del contexto para entender el rol del enfermo en él y el sentido que adquiere en la dinámica social y cultural particular, particularmente los síndromes de filiación cultural. Finalmente, los autores proponen otra vertiente de estudios de antropología médica que si bien no tienen una orientación teórica particular sí son relevantes, los estudios de antropología médica aplicada que retoman los principios y el conocimiento etnográfico para el diseño o implementación de políticas de salud e intervenciones. Sin embargo, existe producción sobre la conceptualización de la antropología médica desde otras vertientes, como la de Menéndez o Kleinman, que optan por posicionarse desde un enfoque macro o micro estructural, y a las cuales se han alineado diversos trabajos de investigación surgidos durante el siglo XX, por la utilidad que ambas representan para el análisis de los procesos de salud-enfermedad.

En síntesis, la antropología médica tiene como principal tarea “mostrar la imbricación entre biomedicina y vida social y en apuntar otras posibilidades explicativas que devuelvan a las enfermedades, trastornos y aflicciones su condición de realidades biosociales” (Martínez, 2011: 61). Así, en este trabajo se inscribe el VPH como una enfermedad definida por la biomedicina, mediada por el contexto social y cultural, vivida en un cuerpo biológico y social, con acceso a recursos institucionales que responden a políticas públicas internacionales y nacionales; todo esto con el objetivo de descentrar las ITS en general, y el VPH en particular, de la concepción biomédica e inscribirlo en el medio en el que se vive para una comprensión más extensa; respondiendo al principal objetivo de la antropología médica antes enunciado.

Paralela a la antropología médica, la antropología en salud se considera una vertiente de los estudios antropológicos en el proceso salud enfermedad, apoyada en la integración de distintos modelos teóricos a partir de los cuales se pretende encontrar las interacciones y dinámicas entre los distintos campos de estudio, con el objetivo de presentar una visión integral de la multicausalidad de los cambios poblacionales en un marco de componentes y co-determinantes de la salud, enfatizando los riesgos, compensaciones y microadaptaciones

(Peña, 2012:63), que privilegia estudios de metodología mixtos y su aplicación comunitaria y/o institucional (Peña, 2017).

La necesidad de realizar investigación en los espacios clínicos institucionales está en relación con la mirada de los antropólogos dirigida, en épocas recientes, a sus propias sociedades de origen. En particular, la antropología en salud, se ha orientado al análisis de procesos de salud – enfermedad – atención que no se enmarcan dentro de lo que se conoce como medicina tradicional o alternativa; ya no se trata sólo de investigar los espacios marginados donde se generan estrategias de atención a la salud, sino entender lo que ocurre en los contextos urbanos, occidentales e institucionales (Van Der Geest y Finkler, 2004; Long, Hunter y Van Der Geest, 2008). Salvo algunas excepciones, los primeros acercamientos de científicos sociales a espacios hospitalarios se centraban en los aspectos estructurales y organizacionales, los hospitales eran algo demasiado cercano y familiar para llamar la atención de los etnógrafos (Long, Hunter y Van Der Geest, 2008). Wallace (2011) señala que este interés surgió en la década de 1960, cuando la mirada antropológica respondió a tendencias sociales: primero, la necesidad de visibilizar las ventajas de la posición profesional en el contexto institucional; el segundo proceso fue la mayor importancia dada a las ciencias sociales en el currículum de formación médica.

El interés en aplicar el conocimiento antropológico a la clínica, surgió en la década de 1980 un subcampo de la antropología médica: antropología clínica aplicada; cuyo principal objetivo es traducir el mundo del paciente al profesional de la salud para brindarle un servicio más humanístico, holístico y culturalmente sensible; su unidad de análisis es la interacción entre médico – paciente, donde el antropólogo actúa como facilitador cultural. Este campo se distingue de la antropología médica crítica, cuyo interés se centra en entender cómo la economía política tiene efectos en la salud, para entender la distribución desigual de poder y riqueza y su efecto en el sistema médico, centrándose en el paciente, lo que ha generado que se aliene al médico en el análisis (Wallace, 2011). Sin embargo, se comparte entre ambos campos un elemento básico: los fenómenos de salud – enfermedad – atención son resultado de la interacción entre ecología, biología y cultura (Gómez, 2013).

Para ambas ha resultado útil hacer la distinción entre tres términos propuestos por Arthur Kleinman para el análisis de los procesos de salud-enfermedad: enfermedad (disease),

padecimiento (illness) y malestar (sickness). La enfermedad se refiere a la dimensión 'biológica' del padecimiento, es decir, el mal funcionamiento o la alteración de órganos y/o sistemas (Moreno-Altamirano, 2007), la enfermedad es la alteración fisiológica y su definición en gran medida proviene de la biomedicina occidental, por lo que se considera una medición más o menos “objetiva” de la salud que puede ser empleada en estudios transculturales (Wiley y Allen, 2013: 13); la enfermedad es lo que el médico “crea” o renombra a partir de lo que el enfermo expresa (Kleinman, 1988a y 1988b). El padecimiento integra la percepción y la experiencia de la enfermedad, por esta vía el sujeto enfermo percibe y expresa y contiene con la enfermedad (Moreno-Altamirano, 2007), esta esfera nos habla de la experiencia subjetiva de los síntomas y el sufrimiento, y es la que motiva el cambio en el comportamiento para aliviar el malestar; se construye cultural y socialmente, contextos que proveen al enfermo de formas de pensar y entender sus sentimientos, por lo que existen formas culturalmente apropiadas de “estar enfermo” (Wiley y Allen, 2013: 14); Finalmente, el malestar se refiere a la suma de la enfermedad y el padecimiento, enfatizando la dimensión social y cultural de este último, dimensión que requiere la participación del discurso médico profesional para su construcción (Moreno-Altamirano, 2007); al ser definido el rol del enfermo cultural y socialmente, la enfermedad debe ser reconocida y legitimada por el grupo social, proceso que en sociedades occidentales se apoya en el diagnóstico biomédico (Wiley y Allen, 2013).

Para Kleinman, el padecimiento se construye por la persona, su familia o su grupo de pares; implica procesos de percepción, atención, respuesta afectiva, procesos cognitivos y evaluación de enfermedad y sus manifestaciones; detona la búsqueda de atención y es a partir de él que los practicantes de la salud construyen la enfermedad (disease), dándose a la tarea de reconfigurar lo que el paciente y su familia expresa en términos técnicos que permitan la intervención médica (1988b:3); incluye cómo se explica y categoriza en términos accesibles la enfermedad además de los problemas prácticos que ésta representa. El padecimiento integra la vivencia y la percepción de la enfermedad, por esta vía la persona enferma contiene con la enfermedad; incluye las obligaciones, responsabilidades y comportamientos del ser enfermo, las cuales se determinan según contexto social y cultural, involucra también roles, normas, expectativas, creencias y valores en torno a la salud y la enfermedad. La relevancia de estudiar el padecimiento radica en que la relación entre la salud y la enfermedad, lo normal y lo

patológico, es generada socialmente y constituye un acceso al sistema global de interpretaciones, creencias y valores de una sociedad (Cohen y Rossi, 2011), además de referirse al diálogo que se genera en torno a éstos elementos al interior de una sociedad, en la que conviven multiplicidad de sistemas culturales con racionalidades distintas, complementarios o contrapuestas, que contribuyen a complejizar cómo se vive el proceso en su interior (Hamui, 2011).

Como propuesta de análisis, retomamos el concepto de sistemas de salud o médicos, el cual se refiere a la forma de organización humana articulada para integrar un cuerpo de explicaciones y acciones ordenadas y específicas para la atención a la salud (Osorio, 1994; Peña, 2013), los cuales “conjuntan representaciones (explicaciones) y prácticas (modos de acción) de los que parte cada grupo humano para interpretar el cuerpo, la persona, el espíritu, el medio natural y social, la salud, la enfermedad y la muerte” (Peña, 2013: 64). Sobre los sistemas de salud se han construido modelos teóricos que permitan acercarse a la complejidad de las dinámicas en el proceso salud-enfermedad, como la propuesta de Arthur Kleinman sobre los sistemas de atención a la salud o la de Eduardo Menéndez sobre los modelos médicos.

Tomando en cuenta que es una enfermedad definida por la biomedicina, se retoma la propuesta de Eduardo Menéndez (1983, 2003) sobre las relaciones de subalteridad-hegemonía entre los modelos de atención reconocidos, los cuales permiten entender los procesos de producción, funcionamiento y organización de saberes respecto al proceso salud-enfermedad-atención. Los modelos propuestos por Menéndez son:

- Modelo médico hegemónico (MMH), que engloba la medicina científica o biomedicina. Este modelo se refiere al conjunto de saberes generados por la medicina científica, caracterizado por su biologicismo, su ahistoricidad y su asociabilidad; así como la eficacia pragmática, inmediata y reconocida socialmente, lo que ha ayudado a que sea el modelo dominante sobre el subordinado y de auto-atención.
- Modelo médico alternativo subordinado (MAS), que integra las prácticas médicas llamadas 'tradicionales' y las que no están en la hegemonía ni la autoatención, como la herbolaria, la acupuntura o las prácticas espiritistas, que han sido estigmatizadas y no son evaluadas o reconocidas socialmente con el mismo poder que el MMH.
- Modelo de auto atención (AA), el cual “constituye una de las actividades básicas del proceso salud-enfermedad-atención” (Menéndez, 2003: 198). Este modelo se refiere a las representaciones y prácticas realizadas para diagnosticar, explicar, atender, controlar,

aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a la salud, a nivel del sujeto o grupo social, generalmente en el ámbito doméstico o cotidiano.

El modelo médico hegemónico aparece como fundamental en el análisis del VPH como problemática de salud, al ser definido en sus criterios diagnósticos y tratamientos por la biomedicina, además de ser esta disciplina la que se encarga de normar sobre los cuerpos a partir de la intervención en ellos mediante políticas de salud; sin embargo, no se descarta que en las trayectorias de atención de salud sexual de las mujeres diagnosticadas con VPH se pueda identificar la interacción entre los modelos alternativos y de auto atención, en tanto que las trayectorias se constituyen como procesos dinámicos, en los cuales la persona busca constantemente distintos recursos y estrategias para afrontar la enfermedad; sin embargo, una de las carencias identificadas por otros autores en este modelo es que no se toma en cuenta las prácticas terapéuticas que ocurren en espacios y contextos microsociales, por lo que autoras como Peña (2012) y Osorio (2001) se basan en Strauss (1984) para la generación de conceptos que permitan dar cuenta de estos elementos.

Finalmente, de las propuestas teóricas de la antropología médica se retoma el concepto de modelos explicativos (MES) de Arthur Kleinman, los cuales se refieren a las nociones sobre un episodio de enfermedad y su tratamiento, siendo central la interacción de los MES de los pacientes y los practicantes en el cuidado de la salud. El análisis de los MES se puede dividir en dos, por un lado, los generados por los practicantes nos hablan de cómo entienden y tratan las enfermedades; y por otro, aquellos de los pacientes y sus familias cómo le dan sentido al padecer y cómo eligen y evalúan el tratamiento a seguir. Los MES dan sentido a cinco grandes áreas: la etiología, el tiempo y aparición de los síntomas, la fisiopatología, el curso de la enfermedad y el tratamiento (Kleinman, 1980). La importancia de los MES radica en la posibilidad de recuperar las representaciones de las personas sobre la enfermedad y los tratamientos, las divergencias y convergencias con el proceso salud-enfermedad y su impacto en la experiencia personal. Indagar sobre los MES del personal de salud que atiende el VPH nos acerca no sólo a la definición biomédica de esta enfermedad, sino a las políticas públicas en torno a ella, su interiorización y su impacto en la práctica cotidiana; por otro lado, los MES de las mujeres diagnosticadas pueden ayudar a entender las divergencias entre las representaciones alrededor de los mecanismos de transmisión, diagnóstico y tratamiento y las

categorías biomédicas en torno a estos elementos; con el objetivo de identificar divergencias y convergencias entre las representaciones legas y profesionales. El fin último será fortalecer la atención y la efectividad del tratamiento, con una finalidad meramente terapéutica en el contexto institucional, donde las aproximaciones psicológicas son la base para la mejora de la interacción.

En la antropología médica se ha desarrollado la herramienta de sintetización y organización de la información sobre el proceso salud-enfermedad-atención nombrada trayectoria de atención. Anselm Strauss (1984) propone el concepto trayectoria de padecimiento como un elemento central en la investigación sobre la experiencia y los problemas de las enfermedades crónicas, tanto del paciente como de quienes intervienen en su cuidado. Strauss distingue el curso de la enfermedad, considerando como una categoría biomédica, del concepto de trayectoria del padecimiento, con el que se refiere al despliegue fisiológico de la enfermedad de una persona enferma, a la organización del trabajo hecho en el curso de ésta y el impacto que tiene para los involucrados en el trabajo y su organización (1984: 64); en este sentido, las trayectorias están íntimamente ligadas a las expectativas de la persona sobre la enfermedad, por lo que su definición y construcción varía constantemente. Osorio incluye dentro de la trayectoria del padecimiento al itinerario terapéutico, como la secuencia de recursos de atención, incluyendo la relación médico-paciente, de las terapéuticas utilizadas y una valoración que hace de su eficacia, ineficacia y/o iatrogenia (daño) asociadas, así como la adherencia a la prescripción médica (Otegui, 1998; en Osorio, 2008); y el itinerario diagnóstico, definido como la secuencia de interpretaciones profesionales o populares respecto de la identificación de la enfermedad que aqueja (Osorio, 2001). Es en estos modelos de atención que Orozco y Peña (2017) señalan que se insertan los mecanismos de atención, que se circunscriben al contexto sociocultural en el que la persona vive la enfermedad, definiéndose éstos como los recursos que pertenecen a múltiples sistemas de atención a la salud y que operan en los procesos de búsqueda de atención (Peña, 2012).

Consideramos que el concepto propuesto por Strauss es fundamental en la investigación antropológica sobre salud; y lo homologamos al concepto de trayectoria de atención. Este concepto se elabora a partir de la propuesta de Irving Goffman (1988) sobre la carrera moral del paciente, que en antropología médica se denomina carrera del enfermo y que se define de

manera similar a trayectorias del padecimiento, aunque este último ha sido ampliamente discutido y re-elaborado en el campo de la antropología médica, por lo que para fines de esta investigación será retomado. Sin embargo, creemos necesario formular una categoría teórica que nos permita integrar la experiencia de las mujeres en torno a la salud sexual y reproductiva en su historia de vida y que no necesariamente implica un padecimiento. Para ello partimos de la propuesta de Ray *et al* (2013) que considera dentro del concepto de salud sexual al sexo, la identidad, los roles de género, la orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción, para proponer el concepto de trayectorias de salud sexual.

La revisión bibliográfica explorada y los planteamientos realizados en el capítulo anterior, nos lleva a considerar una diferencia fundamental entre salud sexual y salud reproductiva; y aunque ambas entran en juego al existir el diagnóstico de VPH, hemos decidido para esta investigación centrar la reflexión sobre las trayectorias de salud sexual, de acuerdo a los objetivos que se plantean en el siguiente capítulo; ya que nos permite realizar la integración de los componentes diversos que las conforman y su sistematización temporal y práctica. De igual manera, el concepto de trayectorias de salud sexual lo referimos a las acciones que realizan las mujeres para atender uno o varios aspectos de sexualidad; que pueden ser del ámbito institucional o informal, y que incluye no sólo la asistencia a servicios médicos o la atención a padecimientos sexuales; sino también acciones de autocuidado como el uso de anticonceptivos, métodos de prevención de ITS, bienestar psicosocial asociado a la sexualidad, educación sexual formal e informal y prevención de violencia sexual. Las trayectorias de salud reproductiva entonces incluirían todos aquellos aspectos relacionados con elementos de la reproducción, y no sólo de embarazo, parto y puerperio, sino la integración de la atención a infertilidad, la interrupción del embarazo y la experiencia de la maternidad durante los primeros años de vida de la o él hijo desde la construcción biomédica institucionalizada, pero también desde la atención lega, inscrita en contextos culturales, sociales y económicos diferenciales.

A continuación, exploraremos el enfoque biocultural en antropología en salud, partiendo de reconocer que las propuestas teóricas previamente revisadas adolecían de una integración de los diversos ámbitos de la realidad personal que confluyen en el proceso salud–enfermedad–atención, en particular la dimensión biológica de la experiencia.

2.2 El enfoque biocultural en antropología en salud

La antropología médica y su campo de estudio han tendido a fragmentar las barreras disciplinares entre la antropología social y la física; la antropología y la medicina; y su meta ha sido permitir la comunicación efectiva entre ciencias sociales y de la salud. En este sentido, el enfoque biocultural ofrece la posibilidad de convertir esas barreras en puentes, mediante el desarrollo de teorías y métodos que permitan ligar variables sociales, culturales y biológicas. Dentro de la antropología en salud, el enfoque biocultural implica retomar teorías existentes y cuestionarlas a partir de nuevas problemáticas en salud, forjar nuevas metodologías de la investigación y moverse de manera flexible entre el ámbito social y biológico en el que se desenvuelve el ser humano (McElroy, 1990).

En los últimos años, el enfoque biocultural ha sido un paradigma fundamental en investigaciones antropofísicas; en particular en el área de la antropología médica ha jugado un papel fundamental en su desarrollo como disciplina científica, a partir del estudio de las interacciones entre biología y cultura desde las propuestas teóricas de la ecología médica (Alland, 1966, Moore *et al.* 1980, en McElroy, 1990). Las investigaciones desde el enfoque biocultural en antropología médica se centran en cómo los patrones de vivienda y comunidad afectan la nutrición, crecimiento, desarrollo, la fisiología y la enfermedad; toman en cuenta el impacto de la pobreza, la inequidad y las jerarquías económicas en los dimensión biológica de los seres humanos, en particular en los procesos de salud-enfermedad (McElroy y Townsed, 2009: 10); a ello agregamos investigaciones en México sobre alimentación-nutrición, proceso salud-enfermedad, trastornos de la alimentación, sexualidad, entre otras temáticas, que desde el enfoque biocultural se han producido (Peña 2007, 2009 y 2012; Peña y Hernández 2013, 2014; Gómez, 2015; Vargas y Casillas, 2007).

En antropología en salud, el enfoque biocultural se refiere a la manera en la que se engranan la biología y la cultura para generar la experiencia de la vida humana, partiendo del supuesto de que “cada individuo en su contexto ecológico es producto de la interacción entre biología, ambiente, aspectos psicosociales, sociales, culturales, e históricos que se condicionan e influyen recíprocamente” (Peña, 2012: 47). De acuerdo con Monsalve (2006), existen tres formas en las que lo biológico, lo social y lo cultural se concretan en el cuerpo de los sujetos:

1. Las formas y funciones biológicas permanecen con su significación fisiológica, aunque adquieren un sentido y significados socioculturales.
2. Lo biológico se transforma en social y pierde su significación fisiológica.
3. Lo social establece nuevas relaciones biológicas.

La autora destaca que, para la especie humana, las condiciones biológicas son maleables, que al ser transformadas forman parte de una nueva corporalidad para la cual los significados que se le otorgan son socioculturales; por lo que las investigaciones que se acerquen al cuerpo (o soma) deben tomar en cuenta la dimensión social, cultural y biológica de él. El interés del enfoque biocultural en el cuerpo se centra en su naturaleza biológica, cómo ha sido formado por la evolución y los estresores ambientales, además de cómo estos incluyen en el comportamiento de las personas (Wiley, 1992) y, en el caso particular de la antropología en salud, cómo estos elementos se interrelacionan en los procesos de enfermedad colectivos. Con ello en mente, es que Hayden (2006) propone visitar los problemas de investigación desde una perspectiva biocultural que, además de constituir una perspectiva más integral sobre ellos, permitirá un diálogo constructivo con la antropología clínica aplicada en miras de incidir en los procesos asociados a la búsqueda de servicios y atención a la salud.

En investigaciones en el campo de la antropología en salud, se puede tener una mirada comprensiva de los seres humanos como entidades biológicas, insertos en contextos sociales y culturales particulares que influyen en el proceso salud-enfermedad-atención; para el enfoque biocultural se consideran los aspectos socioculturales, psicológicos, biológicos y fenotípicos en relación con el ambiente (Khongsdier, 2007); en este caso aplicado a los problemas de salud y cómo estos interactúan en distintas poblaciones, es decir, “es un enfoque particularmente antropológico y holístico de la salud que incorpora distintas esferas de la experiencia humana” (Wiley y Allen, 2013: 8; traducción personal). El enfoque biocultural brinda los elementos teóricos y metodológicos para entender problemáticas de salud contemporáneas desde una postura que toma en cuenta la interacción de distintos factores y componentes que influyen en los estilos de vida, la concretización de ellos en el cuerpo como realidad biológica, la significación que se construye alrededor de ellos y la construcción social y cultural del padecimiento.

Para Peña (2012) el enfoque biocultural parte de un sustrato de análisis diferente al psicosocial o al sociocultural, que permite moverse entre temporalidades de estudio distintas,

como la evolutiva-adaptativa, socio-histórica grupal y ontogenética-individual, siendo las dos últimas en las que se centrará esta investigación; la socio-histórica grupal refiriéndose al contexto mexicano de políticas de salud e institucional en el que se inserta el VPH; y la ontogenética-individual centrándose en la dimensión personal de esta ITS. La autora hace mención que se pueden tomar como unidades de análisis la población contemporánea, la unidad doméstica o el individuo, siendo el último el caso de la investigación propuesta; aunque centrar la unidad de análisis en el individuo abre el panorama para tomar en cuenta el sistema de salud desde la experiencia individual lo que hace necesario la expansión del análisis a nivel meso y macro.

En el ámbito de la antropología en salud, el análisis biocultural permite relacionar prácticas y representaciones en torno a los procesos de salud-enfermedad de los sujetos enfatizando la interacción entre biología y cultura, tomando en cuenta sus componentes, co-determinantes, la temporalidad de análisis y el contexto en el que se realiza (Peña, 2012). Esto implica ubicar el problema de estudio dentro del proceso y las relaciones que lo condicionan, además de la interacción de ámbitos diversos en los que el ser humano se desarrolla y su cotidianeidad (Peña, 2007).

El enfoque biocultural tiene como objetivo encontrar las interacciones entre los distintos componentes del proceso salud-enfermedad bajo un marco de componentes y co-determinantes, parte de un proceso que requiere un abordaje multidisciplinario. Al ser pensada desde una perspectiva biocultural, la salud involucra distintos componentes que deben ser tomados en cuenta en su análisis (Peña, 2009, 2012, 2017):

- Ambiente y ecología (o también denominado espacio ecocultural): características ecológicas de la región de estudio, estructura de la población y microecología; espacios comunitarios y características contextuales en las que se desenvuelven los sujetos.
- Recursos para la salud: naturales, sociales y culturales, acceso a recursos y condiciones y calidad de vida de la población.
- Productos materiales de la cultura: sistemas de atención o curación, tecnología para la atención de los problemas de salud, productos curativos, mecanismos de atención, economía.
- Procesos ideológicos de la cultura o (representaciones y prácticas): sistema de creencias y valores simbólicos sobre salud, cuerpo, enfermedad; percepción del cuerpo, hábitos de salud e higiene, el papel de la salud y la enfermedad, prácticas sobre salud y vocabulario y sistema de comunicación sobre la salud.

- Biología humana y salud-enfermedad: efectos de la enfermedad en el cuerpo, susceptibilidad, resistencia, vulnerabilidad, riesgo, resiliencia, etcétera.

De la misma manera, se deben tomar en cuenta los co-determinantes, que deben ser entendidos en contextos y situaciones específicas, y que varían de acuerdo al problema de investigación, pero entre los que se incluyen los perfiles demográficos y epidemiológicos, el estado de nutrición, los modos y estilos de vida, los ciclos domésticos y las estrategias de sobrevivencia (Peña, 2012)²⁰.

El enfoque biocultural propone ver a la persona en forma extensa, como una entidad biológica activa, en la que se superponen atributos culturales que la afectan y se cruza con los ámbitos social y cultural, en particular en episodios de desequilibrio o enfermedad, afectando la toma de decisiones (Wiley, 1992: 221). Es central el uso de indicadores biológicos que permitan evaluar los efectos constrictores del ambiente en la salud, siendo el objetivo final mostrar como las personas y los grupos culturales responden y contienden al padecimiento en distintos ambientes (Wiley, 1992). Las relaciones sociales y su papel como factor en el origen de la enfermedad y el padecimiento también son relevantes, según McElroy y Townsed:

Primero, no hay causas singulares de enfermedad. El estímulo clínicamente detectable e inmediato de la enfermedad puede ser un virus, la deficiencia de vitaminas o un parásito intestinal, pero en última instancia, la enfermedad en sí se debe a una cadena de factores relacionados a desbalances en el ecosistema. Segundo, la salud y la enfermedad son parte de una serie de subsistemas físicos, biológicos y culturales que continuamente se afectan unos a los otros. El acercamiento holístico de la ecología médica (o, en este caso, del enfoque biocultural en antropología en salud) intenta dar cuenta de la mayor cantidad de variables como sea posible (1989, en Wiley 1992: 223; traducción personal).

En este sentido, el origen de la enfermedad puede encontrarse en los eventos de inestabilidad en el ambiente y las respuestas ante ellos son tan variables como los grupos humanos. La pregunta central para la antropología médica es cómo los individuos responden a las amenazas del ámbito biótico o social a su bienestar; y la respuesta es en los niveles conductual, fisiológico, genético, subjetivo, como individuos o colectividades (Wiley, 1992: 228-232).

Una particularidad del enfoque biocultural es trabajar a partir de modelos. Para Khongsdier (2007), los modelos generados desde este enfoque generan diferentes niveles y formas de

²⁰ Más adelante pondremos un modelo de componentes y co-determinantes para el estudio del VPH.

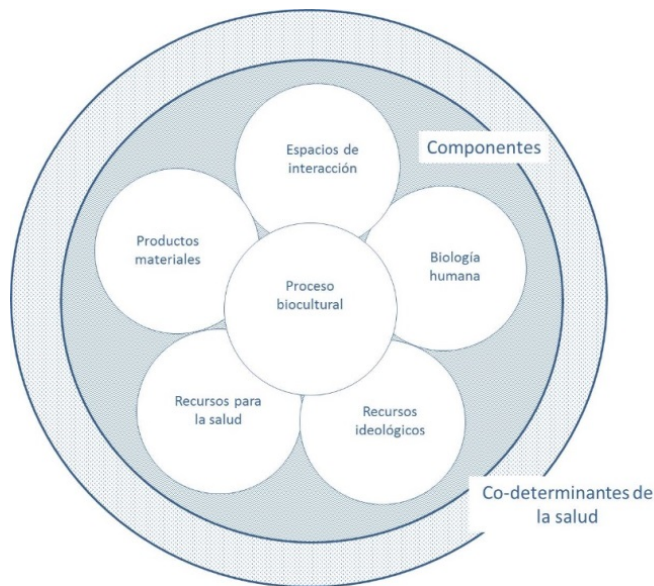
investigar; pero a partir de ellos se pueden generar preguntas socialmente relevantes en el campo de la salud. Para este autor, un modelo se define como:

Un ejemplar de un sistema desarrollado o modificado para entender un fenómeno de estudio que esta interrelacionado con diferentes aspectos del sistema. Es, entonces, una herramienta heurística para generar preguntas de investigación o probar hipótesis y enfoques para entender un fenómeno complejo (Khongsdier, 2007: 42; traducción personal).

Las construcciones de los modelos se basan en una serie de supuestos e interrelaciones que pueden modificarse con el tiempo; existen varias propuestas desde el enfoque biocultural: el modelo integrativo y el segmentado, propuestos por McElroy (1990) o los modelos general de adaptación y de estresores individuales (Khongsdier, 2007), que se modifica a la luz de nuevas preguntas de investigación; plantea que el fenómeno de estudio desde el enfoque biocultural es parte de un sistema completo y está ligado de manera directa o indirecta a la sobrevivencia y el bienestar de las poblaciones²¹. En este sentido, Peña (2012) señala que los modelos desde el enfoque biocultural en antropología en salud tienen como objetivo ayudar a encontrar las principales interacciones y dinámicas entre los distintos componentes del proceso salud-enfermedad, lo que permite revelar la visión multicausal de los cambios biológicos de las poblaciones bajo un marco de componentes y co-determinantes propios, según cada problema de investigación. Entender a la salud y la enfermedad como un proceso implica pensarlos no como extremos de un continuum, sino como una espiral que requiere un abordaje multidisciplinario, Así, la autora propone un modelo complejo y comprensivo para el análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención, enfatizando las interacciones entre los componentes ya mencionados y las co-determinantes que la circunscriben y tienden a reconfigurarse (ampliarse o cerrarse) según las necesidades de la investigación, del cual retomamos un fragmento para este planteamiento (figura 4):

²¹ En su trabajo, Khongsdier (2007) muestra cómo se complejizan los modelos al estudiar la desnutrición en la India; los modelos propuestos son particulares por ello aquí se enuncian sólo las generalidades que permitan entender la construcción de un modelo complejo para el estudio del VPH.

Figura 4. Modelo biocultural complejo



Fuente: Modificado de Peña, 2012: 109.

Este modelo es aplicable a tres temporalidades distintas: evolutiva-adaptativa, sociohistórico-grupal y ontogenético-individual, siendo las últimas dos las abordadas en el estudio de problemas de salud contemporáneos; como ya se señaló, en este trabajo se abordarán las dos últimas, considerando que éstas permiten comprender el contexto en el que se inserta la persona y que acotan las trayectorias de atención a la salud sexual a partir del diagnóstico de la iVPH, como iremos explorando en los siguientes capítulos; además de asumir que el cuerpo es producto de estas interacciones, al ser el espacio en el que se preserva la salud y aparece la enfermedad (Peña, 2018: 66 – 67).

De acuerdo con McElroy (1990) una mirada exclusivamente cultural sobre los procesos de salud y enfermedad impide reconocer los inhibidores fisiológicos o *buffers* contra ciertas exigencias biológicas y estímulos ambientales, ejemplificándolo en el caso del dolor de parto, se pregunta sobre cómo las asociaciones simbólicas, rituales e incluso los placebos afectan la fisiología humana. Está claro que ante un episodio de enfermedad, las personas toman decisiones y actúan de manera tal que afectan su status adaptativo y el de otros, de manera positiva o negativa; todas las personas luchan para mantener el control, controlando sus recursos; las estrategias ante la enfermedad no son universales, porque no solamente serían inefectivas sino poco recomendables; en un mundo en constante cambio, el comportamiento que puede ser adaptativo en un momento puede traducirse en una mala adaptación en el

siguiente, la adaptación no es estable porque el ambiente constantemente cambia y la toma de decisiones es contextual, tomando en cuenta la experiencia previa ante ciertos elementos estresores, por lo que el status adaptativo sólo puede evaluarse en términos concretos (Wiley, 1992). Así, la pregunta central para la antropología médica es cómo los individuos responden a las amenazas del ámbito biótico o social a su bienestar; y la respuesta es en los niveles conductual, fisiológico, genético, subjetivo, como individuos o colectividades (McElroy, 1990; Wiley, 1992).

Los enfoques bioculturales valoran el concepto de adaptación, que se vuelve fundamental en el entendimiento de la complejidad de medidas que los seres humanos toman para responder a los estresores del ambiente: “la adaptación es un proceso activo que permite a los individuos y los grupos luchar por su salud, además de ser un proceso de compromiso, no de perfección” (Wiley, 1992:216; traducción personal). Se refiere a la manera en la que los individuos contienden ante los retos de la existencia, sin limitarse a las respuestas fisiológicas, e incluyendo la esfera conductual y cultural (McElroy, 1990). Según McElroy y Townsend (1989, en McElroy, 1990: 249) existen cuatro tipos de mecanismos adaptativos en los seres humanos: 1) cambio genético; 2) ajustes fisiológicos y de desarrollo; 3) respuestas culturales y 4) afrontamiento individual; los dos primeros mecanismos son meramente biológicos, aunque no están exentos de las influencias de los dos segundos, que corresponden a la esfera sociocultural. Hablar del paradigma adaptativo en proceso salud-enfermedad constituye una herramienta conceptual que permite organizar los datos respecto a las respuestas humanas a los estresores del ambiente, los episodios de enfermedad, la discapacidad, la pérdida y la transición de la vida en general (McElroy, 1990).

Desde la antropología médica, la adaptación puede definirse como la respuesta individual o grupal a un estresor específico o un grupo de presiones, así como el apoderamiento de oportunidades del ambiente. El apoderamiento de estas oportunidades se define como adaptabilidad, que se circunscribe por los recursos materiales y biológicos disponibles; y las metas en común o la cultura influyen en la priorización de tensiones y la toma de decisiones (Wiley, 1992: 228). Todas las culturas y los grupos humanos tienen una historia, que funciona en sentido adaptativo, neutral o potencialmente mal adaptativo según las condiciones ambientales; las culturas no son fijas o estáticas por lo que las tradiciones influyen en la toma

de decisiones futuras en la lucha por la salud. Al igual que las culturas, los individuos contienden de manera activa ante las circunstancias ambientales siempre cambiantes, e incluso representan un reto para la fuente de dichos cambios; esto también puede considerarse adaptación: “uno se puede adaptar a algo de la misma manera en la que algo puede adaptarse a las propias necesidades” (Wiley, 1992: 230; traducción personal).

Peña (2012) propone distinguir del concepto de adaptabilidad y el de estrategias para diversos ámbitos: sobrevivencia; subsistencia y supervivencia, que se relacionan con el contexto y situaciones para la toma de decisiones en tres espacios: el individual, el doméstico y de reproducción social. La autora indica que esta aproximación abre un campo de interpretación entre vulnerabilidades y riesgos, así como compensaciones y resiliencias; elementos dialécticos que entran en juego y se hacen visibles en contextos, situaciones y comportamientos que predisponen a cierto tipo de enfermedades o padecimientos y se definen como: “mecanismos explicativos de las microadaptaciones del soma y su interacción con las estrategias que realizan los individuos y la sociedad para salir adelante en sus problemáticas de salud” (Peña, 2012: 80). El concepto de resiliencia nos remite a las potencialidades de la persona (Cabrera *et al*, 2012; Neufeld y Thisted, 2004), se trata de un enfoque que toma en cuenta “la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Amar *et al*, 2013: 129) que implica una combinación de factores que permiten al ser humano enfrentar las dificultades de la vida. Tomar en cuenta este concepto implica una construcción distinta de la salud, que considere el potencial humano, la esperanza y la responsabilidad colectiva (Cabrera *et al*, 2012; Amar *et al*, 2013; Neufeld y Thisted, 2004).

Así, el enfoque biocultural en antropología en salud busca identificar estas estrategias en diversos contextos ante episodios de enfermedad. Se habla en este sentido de estrategias adaptativas, las cuales se refieren a “las características fisiológicas, morfológicas y culturales que permiten la supervivencia” (McElroy, 1990: 249; traducción personal); que en el caso de los seres humanos se reflejan en respuestas culturales y conductuales que continuamente trascienden los límites biológicos; y en general se trata de estrategias colectivas ante los estresores del ambiente que no son necesariamente conscientes o resultado de ensayo y error. A las respuestas individuales ante los factores estresantes del estilo de vida se les conoce como

estrategias microadaptativas, se trata de una toma de decisiones que tiene que ver con la historia individual, el acceso a recursos, mediada por las co-determinantes a la salud (McElroy y Townsed, 1989; Gómez, 2015) y a la que “incorporamos nuestro pasado y lo convertimos en objeto de estudio para aprender de él” Wiley, 1992: 232; traducción personal).

Desde el enfoque biocultural, Moore *et al* (1980: 10, en Wiley, 1992: 223) han definido a la salud en términos bioculturales como “el reflejo de la habilidad individual para adaptarse al ambiente en términos biológicos o comportamentales”, considerando a la enfermedad como una incapacidad de adaptación; sin embargo, dicha definición parece terminante y poco comprensiva del fenómeno a estudiar: para ella, la salud está mediada por la capacidad de la persona de mantener su funcionamiento en parámetros homeostáticos en un ambiente, sin tomar en cuenta elementos que coarten esta capacidad; sin embargo, interesante es concebir desde esta postura a la enfermedad y la salud son pensadas como fenómenos continuos y no como categorías discretas. En este sentido, a partir de reflexionar sobre los elementos anteriores, retomamos un concepto de salud empleado en investigaciones previas:

{La salud es...} el estado de bienestar que los sujetos tienen cuando existe un equilibrio entre los componentes individuales y colectivos; el cual se alcanza cuando los co-determinantes de la salud conviven armónicamente para garantizar el desarrollo óptimo del individuo. El individuo no es sólo receptor de los elementos que se articulan en su salud, es un sujeto activo que toma acciones para mantenerla y prevenir la enfermedad; y cuando ésta se presenta, toma acciones respecto a ella, dependiendo de cómo conciba a la enfermedad y el grado de afectación que ésta pueda tener en su vida diaria (Gómez, 2015: 70).

De la misma manera, desde el enfoque biocultural se propone construir un concepto de salud sexual que no se limite a las funciones reproductivas y que contemple la dimensión social y cultural de los individuos.

2.3 Construir el VPH como proceso biocultural

Un concepto básico es la sexualidad para el análisis del proceso salud-enfermedad del VPH.

Para ello, partimos de la definición de sexualidad de Peña (2003):

Una categoría del comportamiento indispensable para la sobrevivencia de toda especie animal que se organiza socialmente (...) se significa culturalmente a través de una construcción vivencial y racional que los diferentes grupos humanos generan y que sus individuos integran a partir de sus experiencias de percepción e interacción desarrolladas en diferentes ámbitos: biológico (cuerpo, función y percepción), psicosocial (sentimientos,

personalidad y vinculaciones afectivas, entre otros) y sociocultural (identidad social, tradición y normas, etcétera) (Peña, 2003: 41).

La autora considera que algunos de los elementos básicos de la sexualidad son el cuerpo (la realidad biológica, base física perceptible), el género (diferencias en la socialización de los seres humanos de acuerdo al sexo biológico), el erotismo (necesidades y experiencias placenteras y displacenteras que permiten generar códigos culturales que pueden actuar como detonantes de estímulos sexuales), la vinculación afectiva (formas de tracción y apareamiento institucionalizadas o no, y las maneras de obtención de pareja) y la reproducción o reproductividad (biológica y/o social y cultural). Estas formas de interacción obedecen al ámbito de la significación cultural y la gestión y administración social en torno al cuerpo sexuado, la sexualidad y su medicalización (Peña, 2011); la sexualidad, al igual que otros ámbitos de la vida, responde a un esquema de valores, reglas, normas, leyes y significados compartidos de manera colectiva, de cuyos discursos internalizados o no, las personas interpretan su experiencia e interacción social (Peña y Hernández, 2013).

La sexualidad está sostenida en una materialidad corporal, pero su expresión rebasa el ámbito biológico, se manifiesta en prácticas, actividades y acciones individuales y colectivas sobre el cuerpo (Rivas, 2005: 139). Como señalan Peña y Hernández (2011), el cuerpo es el primer filtro de la experiencia y la comunicación; en particular el cuerpo sexuado, que en sociedades occidentales es objeto de regulación y vigilancia a partir de procesos de socialización y normalización que dictan de qué manera se debe ejercer la sexualidad y bajo qué parámetros; en este sentido, a la persona se le “sexualiza” a partir de enseñarle que tiene un cuerpo sexuado, que cobra conciencia dentro de los límites de las pautas sociales y culturales, proceso dinámico que se modifica a lo largo de la vida, “según la posición social, el contexto en que se desenvuelve la persona y los discursos sexualizantes que interiorice y se enaltezcan socialmente entre sí y los otros” (Peña y Hernández, 2011: 135).

Sobre la base del cuerpo sexuado que enunciamos, se propone una reflexión en torno al concepto de salud sexual. Para Reyes (2009), el desarrollo de la ginecología y la obstetricia implicaron que la salud sexual de la mujer se centrara en su capacidad reproductora, generando intervenciones del control del cuerpo operacionalizadas por los servicios de salud. Para esta autora, la práctica médica sobre la salud sexual y reproductiva se ha centrado en tres aspectos fundamentales de la salud pública: control de la natalidad; disminución de la morbilidad y

mortalidad de madres y niños; y control de las ITS; sin embargo, la visión reduccionista y homogeneizante con la que la biomedicina se acerca al cuerpo no es efectiva para resolver las problemáticas de salud sexual y reproductiva. Su propuesta es incluir el yo corporal dentro una sociedad y cultura que lo regula y moldea, con el objetivo de brindar herramientas teóricas para la salud sexual que contemplen de manera más integral la existencia humana (Reyes, 2009). En resumen, los procesos reproductivos femeninos se convirtieron en objeto de escrutinio médico, y las vidas reproductivas de las mujeres y sus procesos (menstruación, embarazo, parto, menopausia) fueron medicalizados (Wiley y Allen, 2013).

En este sentido, consideramos que el enfoque biocultural nos permite inscribir el cuerpo como realidad biológica, un hecho en sí mismo, suscrito a un contexto social y cultural particular, el que a su vez integra ideologías y discursos específicos sobre esa realidad material, en el que el comportamiento sexual se construye de acuerdo a distintos cánones que, de inicio, parten de la conceptualización social de lo femenino y lo masculino, es decir, se encuentran sujetos a un proceso de normalización a través de una lógica sexo-genérica que se reconstruyen alimentados de distintas fuentes como la socialización primaria, de pares, el deseo, el erotismo, la biomedicina, por mencionar algunas; sometido a políticas de salud sexual y reproductiva estatales que se operacionalizan de manera local de acuerdo a las condiciones particulares de cada contexto (Peña, 2015). Por otro lado, existe una valoración distinta de los géneros femeninos y masculinos, y las necesidades diferenciales de hombres y mujeres, para las instituciones de salud, brindando una educación para la salud que, en muchas ocasiones, refuerza los estereotipos de género (Hartigan, 2001). Sin embargo, entender el proceso biocultural sexo-sexualidad relacionado con el proceso salud-enfermedad nos conduce a trascender las particularidades biológicas del ser humano e involucrar en el análisis del VPH la dimensión social, cultural y estructural del sistema de salud y las demandantes de atención. Como señala Reyes (2009), para el análisis de las ITS, su prevención y tratamiento depende de que la biomedicina integre en sus intervenciones la noción de heterogeneidad biológica y cultural de los cuerpos. Otra discusión en torno al concepto de salud sexual es la propuesta por Ray *et al* (2013). Según Lerner y Szasz (2001) el empoderamiento de las mujeres es imprescindible para la búsqueda de la salud sexual y reproductiva; sin embargo, Ray *et al* (2013) señalan que las personas tienen problemas para apropiarse de este concepto porque encarna

uno de los aspectos más personales e íntimos de la vida humana. Finalmente, coincidimos con Rubí (2013) en que el cuerpo femenino se encuentra escindido entre el deber y el querer; y es en esta escisión en la vemos cómo operan la experiencia de la salud y la enfermedad.

La sexualidad se constituye por la participación de presupuestos sociales y culturales, prácticas e instituciones para las que cobra un sentido específico y desde los cuales se organiza y regula; se trata de:

Un entramado diverso y particular de prácticas, acciones, técnicas, placeres y deseos en los que interviene el cuerpo, pero también una serie de argumentaciones, discursos, premisas, significaciones que connotan las acciones de los individuos, califican sus deseos, orientan sus tendencias y restringen sus elecciones placenteras o amorosas (Rivas, 2005: 139-140).

En la construcción de la sexualidad existen experiencias racionalizadas a través de discursos sexualizantes y el esquema de conocimiento social regulatorio en los ámbitos biológicos, sociocultural y psicosocial; a partir de la construcción social se condiciona un imaginario colectivo e individual sobre los elementos básicos de la sexualidad, en el que la ideología judeocristina desempeña aun un papel relevante en la construcción moral, que sirvió de base en un inicio, para la regulación del comportamiento social y sobre lo genérico y sexual (Peña y Hernández, 2011). Así, para Córdova (2003), la sexualidad es a la vez un conjunto de experiencias eróticas y reproductivas posibles en contextos determinados, configurándose por relaciones sociales que van más allá de ella pero que a la vez se vuelven su referente.

En la investigación sobre sexualidad debe tomarse en cuenta el proceso de secularización (Amuchástegui, 2005) que ha enfrentado en relación con el discurso del sistema de salud mexicano, dominado por las políticas de planificación familiar, y su relación con el discurso católico; así, las prácticas sexuales son ahora también sancionadas por la psicología, la medicina y la sexología. Como señala Scheper-Hughes y Lock (1987), existe una estrecha relación entre el cuerpo *individual* y el *social*, que se pone de manifiesto cuando el orden social se ve amenazado, intensificando los mecanismos de control y desdibujando las fronteras entre ambos cuerpos, en general las sociedades reproducen y socializan los cuerpos que necesitan, y en el caso de las occidentales, el cuerpo “políticamente correcto” es el magro, fuerte, andrógino y en forma que encarna los valores de autonomía, tenacidad, competitividad, juventud y autocontrol que son exigidos.

Para Córdova (2003), la sexualidad además tiene que ver con lo que un grupo social valora como natural y pertinente para cada persona en función de la diferenciación basada en el cuerpo sexuado; a la vez que se relaciona con la designación de individuos como sujetos y objetos de deseo. En la investigación sobre sexualidad es importante tomar en cuenta los procesos de socialización y normalización; que en el caso de la sexualidad se denomina “sexualización”, a partir del cual se sanciona el deber ser y mediante el cual la persona aprende las normas, códigos y pautas culturales de comportamientos en un esquema de conciencia corporal que definen cómo ha de ejercerse la sexualidad (Peña y Hernández, 2013). En este sentido, los discursos sexualizantes corresponden a contextos socio-históricos particulares en los que la sexualidad se construye mediante la racionalización de experiencias a partir de esquemas de conocimiento y discursos que corresponden a los ámbitos sociocultural, biológico y psicosocial a partir de los cuales se normalizan las representaciones sobre el cuerpo, el sexo y la sexualidad. Los discursos sexualizantes son referentes ideológicos de cada cultura que inscriben el cuerpo, los roles y las experiencias relacionadas con la sexualidad, marcando patrones de simbolización, significación, representaciones y prácticas en torno al sujeto sexuado (Peña y Hernández, 2003a).

El ejercicio de la sexualidad está mediado por distintos aspectos, Szasz (1998) señala que en el caso de las mujeres el comportamiento sexual también puede asociarse a la afirmación de la identidad y legitimación social, siendo la violencia un elemento común de la vida sexual de las mexicanas. La autora propone que las prácticas sexuales de las mujeres y sus significados pueden constituir formas de adaptación o resistencia a valores culturales, a la vez que emergen como estrategias ante las condiciones materiales de vida y la citación social. Respecto a las experiencias sexuales, Szasz (2004) centra a las relaciones sociales y de poder como centro organizador, al influir de manera decisiva sobre las prácticas individuales; para la autora, la sanción social norma sobre la virginidad, la edad del primer coito, el tipo y número de parejas, así como la manera de relacionarse, el uso de anticonceptivos y métodos de protección contra ITS, el tipo y frecuencia de prácticas; todos estos elementos implican una autorización o negación de violencia familiar (y sexual, añadiríamos), abuso sexual o coerción en la toma de decisiones. Peña y Hernández (2013) señalan que el comportamiento sexual normalizado para la mujer implica monogamia, fidelidad, un comportamiento recatado, pasividad, no reconocer

o demostrar el deseo sexual, complacencia a la pareja, la maternidad como máxima expresión de feminidad; en síntesis el comportamiento sexual de la mujer es producto de lo que la sociedad considera adecuado y de lo que ella interioriza de acuerdo sus condiciones materiales, sociales y personales (Lamadrid, 1998; Herrera y Campero, 2002).

El ámbito de lo moral en la sexualidad brinda elementos importantes para el análisis del control social sobre los sujetos; la normatividad sexual se constituye entonces como un reflejo de la preocupación ética de las sociedades sobre el cuerpo, los placeres y el deseo, marcando fronteras, a veces difusas, “entre lo natural y antinatural, lo decente y lo indecente, al mismo tiempo que valora diferencialmente los comportamientos de hombres y mujeres” (Córdova, 2009: 96). La divergencia entre la moral sexual de hombres y mujeres representa un riesgo social y a la salud importante, las desigualdades entre los géneros se traducen en tendencias epidemiológicas diferenciales (Szasz, 1998; Ortale, 2008). La construcción desigualdad en los significados del ser hombre, asociado a la libertad sexual, y ser mujer, asociado a la castidad, implica “desigualdades valorativas que se traducen en desigualdades en la percepción de derechos sexuales y, por ende, de prácticas sexuales y reproductivas” (Tena, Torres y Hernández, 2004: 138-139).

De acuerdo con Szasz (1998), estas construcciones diferenciales impactan en la relación de la sexualidad con la salud, al considerarse que la expresión del deseo erótico y el placer sexual de las mujeres afectan el uso de anticonceptivos por la connotación negativa del deseo sexual de la mujer. Sin embargo, las diferencias no sólo se hacen evidentes entre los géneros, sino entre los estratos sociales también; así Rodríguez (2009) identifica un proceso de modernización desigual en las sexualidades que en los estratos sociales más bajos sigue fuertemente vinculado a las tradiciones; identificando que en los estratos más altos y en las mujeres mayores de 35 años, las divergencias con el comportamiento sexual masculino disminuyen y las opiniones en torno a la sexualidad de las mujeres se vuelven “más liberales”.

Como se ha señalado, existe una estrecha realidad biológica y sociocultural en la sexualidad; “la biología potencializa las capacidades sexuales y la sociedad construye y regula la sexualidad prohibiendo o prescribiendo espacios y tiempos, modos y maneras” (Guasch, 1993, en Peña y Hernández, 2003a: 39). El proceso sexo-sexualidad también implica pensar, en un primer momento, en términos de hominización (es decir, eventos evolutivos y biológicos)

que han dado lugar a la aparición de caracteres sexuales, la anatomía y fisiología particular, las funciones reproductivas y, a la par la humanización, el lenguaje, los significados y la organización social y gestión del cuerpo sexuado, convirtiendo la compleja relación sexo-sexualidad (cuerpo, género, vinculación afectiva, erotismo y reproductividad) en uno de los procesos bioculturales más problematizados, que requieren un enfoque multidisciplinario en la investigación (Peña y Hernández, 2003a).

Pensar a la sexualidad como proceso biocultural es pensar en la gran plasticidad biológica y comportamental en torno a ella, la problematización del cuerpo sexuado, la relación con esferas como lo político, ideológico y educativo, la construcción de símbolos, representaciones y discursos emanados de una estructura particular que descienden a los individuos desde distintas instituciones y en diferentes espacios de socialización; además de los discursos normativos construidos a su alrededor sobre el cuerpo y el comportamiento sexual dictados generalmente por la biomedicina al servicio de los Estados (Peña, 2011; Peña y Hernández, 2003b, Scheper-Hughes y Lock, 1987). Este proceso implica que las fronteras entre el cuerpo individual, social y político se desdibuje, y se regule no sólo a las personas, sino su sexualidad, género y reproducción, lo que Foucault denomina biopoder (Scheper-Hughes y Lock, 1987).

Otro elemento a tomar en cuenta es el ejercicio de la sexualidad a partir de la noción de riesgo posterior al diagnóstico de VPH; entendido el riesgo como los peligros que nos planteamos afrontar y evaluar activamente (Giddens, 1998, en Del Moral y Pita, 2002), pensando a futuro; como señala Beck el discurso de riesgo inicia en el fin de la confianza, delimitando un “estado intermedio entre seguridad y destrucción, donde la *percepción* de riesgos amenazantes determina pensamiento y acción” (2000: 9); en el que el pasado ya no determina el presente, sino el futuro, construyendo la acción de acuerdo a lo que *podría* pasar, un amplio abanico de amenazantes posibilidades en una sociedad basada en el conocimiento, la información y el riesgo (Beck, 2000).

El riesgo es característica de las sociedades modernas y capitalistas en las cuales las acciones se evalúan en términos de beneficios y pérdidas; como señalan Almeida, Castiel y Ayres (2009: 325) el riesgo “homogeneiza las contradicciones en el presente, estableciendo que sólo se puede administrar el riesgo (o el futuro) de modo racional, o sea, a través de la consideración criteriosa de la probabilidad de ganancias y pérdidas, según las decisiones

tomadas”. Según señalan Alfie y Méndez (2000), en la modernidad reflexiva²² existe un estado de duda permanente caracterizado por la angustia, la incertidumbre y la desigualdad, en el que los sujetos obtienen las certezas de la vida de fuentes institucionales, como la medicina en el caso del VPH, pero también de *mass media* e internet, elementos centrales en los nuevos procesos de individualización, en los que:

Se asumen los riesgos individuales de las decisiones tomadas, abriéndose un sinfín de posibilidades que pueden conducir a procesos en los que el individuo consciente, activo y comprometido con esta realidad permeada de incertidumbre e inseguridades globales, genere nuevas formas de organización, participación y respuesta social, en redes de acción que pueden conectar lo local y lo global, lo individual y lo colectivo (2000: 187).

Así, siguiendo las propuestas de Beck y Giddens, los autores consideran a identidad en las sociedades modernas se construye según la elección personal sobre el estilo de vida según distintos mecanismos entre los que destaca la falta de tradición²³.

En el caso de VPH, existen elementos asociados al cáncer, la muerte, la posibilidad de reproducción y el ejercicio de la sexualidad que generan un estado de incertidumbre a partir del cual las mujeres diagnosticadas construyen representaciones particulares y que condicionará sus prácticas futuras; como señala Rabinow (1996), la prevención se basa en minimizar el comportamiento de riesgo y maximizar el saludable²⁴. Sin embargo, la noción de

²² La modernidad reflexiva es una etapa particular del desarrollo capitalista que se define por la contingencia y el riesgo generado por los procesos de industrialización; el conocimiento mayor y la reflexión no garantiza una protección ante los peligros y efectos de estos procesos; en la modernidad reflexiva, los sujetos se ven enfrentados a los efectos de la sociedad de riesgo sin posibilidad de contenderlos institucionalmente (Alfie y Méndez, 2000).

²³ Lakoff (2008) identifica un proceso en la salud pública norteamericana, a raíz de la epidemia de gripe aviar, en el que el centro ya no es la prevención, sino la preparación a partir de plantear escenarios hipotéticos sobre problemas de salud que afecten a la población, creando una nueva forma de estructurar el pensamiento y el actuar ante los problemas de salud. Esto implica una forma de pensar en el riesgo de manera colectiva con el objetivo de anticipar respuestas adecuadas.

²⁴ Un fenómeno que vale la pena revisar desde esta noción de riesgo, relacionado con la salud sexual y reproductiva, es el desencadenado a partir de la noticia de la decisión de la conocida actriz norteamericana Angelina Jolie de realizarse una mastectomía preventiva y la extirpación de los ovarios, para disminuir el riesgo de contraer cáncer. La decisión de esta actriz ha desencadenado un proceso en Estados Unidos y Canadá de mayor demanda de estudios genéticos y este tipo de cirugías preventivas, que conducen a la reflexión sobre el acceso a recursos, la pertinencia de estudios genéticos y operaciones preventivas de este tipo; además de la construcción de nuevas corporalidades basadas en nociones de riesgo (Jolie, 2013; Nisker, 2013; Evans *et al*, 2014); identificamos este proceso fuertemente asociado al VPH dada su relación con la aparición de distintos tipos de cánceres; el estudio de los genomas y la prevención de enfermedades a partir de ellos refuerzan nociones de cuerpo, del yo, de la propiedad y del poder (Rabinow, 2003), que consolidan una racionalidad favorecida en un contexto donde la biomedicina sanciona ciertos estilos de vida y promueve la prevención. Sin embargo, aunque las apuestas médicas, éticas y económicas en la medicina genómica son altas, aún se desconoce si será capaz de generar las herramientas diagnósticas y terapéuticas que se esperan, esta medicina promete que traerá el “saber

riesgo en el caso del VPH no sólo se limita al ejercicio de la sexualidad; ante el diagnóstico, se tiene la posibilidad de realizar pruebas genéticas para identificar qué genotipo del virus es el que se encuentra presente y, con ello, saber si se trata de alto o bajo riesgo oncogénico para actuar en consecuencia del resultado, generando comportamientos de prevención sobre distintos tipos de cáncer; en este sentido, como señala Rabinow (2003: 28), los genomas (propios, de virus, de mascotas, etcétera) contienen información que nos hablan de quiénes somos “realmente” y qué podemos esperar en el futuro, estas “nuevas experiencias, nuevos experimentos, nuevos mercados, nuevos actores y nuevas reglas” implican nuevas dinámicas entre la investigación médica, el cuidado a la salud y el capital.

Este desarrollo tecnológico y las políticas asociadas a él han tornado “vivir” como problemático, llamando la atención de los antropólogos (Lakoff y Collier, 2004), los estudios genéticos brindan la posibilidad de revelar pasados y futuros individuales, a partir de ellos la farmacogenómica puede crear medicamentos personalizados a las necesidades individuales, y se pueden encontrar curas a enfermedades degenerativas que antes se pensaban incurables. En biomedicina, este proceso se denomina potencialidad y se centra principalmente en disminuir el “potencial negativo de vida”, implica hablar de lo que todavía *no es*, pero tiene posibilidad de *ser*, creando una brecha entre lo que es, lo que puede ser y lo que no puede ser, brecha en la cual la biomedicina y la tecnología pueden intervenir para direccionar las posibilidades (Tausig, Hoeyer y Helmreich, 2013). Esta potencialidad se relaciona con la noción de riesgo previamente explorada, y el biopoder ejercido por la biomedicina; en suma, como señalan Suárez, Beltrán y Sánchez (2006), los riesgos se construyen de acuerdo a los referentes sociales y como expresiones de intereses individuales, desde un proceso cognitivo complejo sobre lo que se denomina desde la biomedicina como prácticas de riesgo y lo que se traduce como tal en la intimidad.

Salcedo y García (2010) señalan que la confianza y el riesgo son fundamentales en la organización e institucionalización de saberes en la modernidad. El riesgo, a su vez, acerca a los individuos a los peligros que a los que, estadísticamente, se encuentran expuestos; para lo cual

hacer”, a partir de la transformación y la re-ingeniería del sí mismo para restaurar el cuerpo enfermo a la normatividad orgánica (Rabinow y Rose, 2006), pero ¿será capaz de ello?

se norman comportamientos, tareas, ideales, que constituyen estilos de vida²⁵; así, la racionalidad biomédica difunde sus saberes y promueve la adherencia a sus discursos y prácticas. En la sexualidad y la prevención de ITS, el comportamiento de riesgo es relacional y deben tomarse en cuenta las diferencias sexo-genéricas en la transmisión de mensajes preventivos; en este sentido, Tena, Torres y Hernández (2004) proponen tomar en cuenta la dimensión moral del comportamiento traducida en normas y códigos de conducta diferenciales para hombres y mujeres; es decir, tomar en cuenta que las prácticas sexuales son *valoradas*, sujetas a estrategias de prescripción y vigilancia. A partir de este supuesto, las autoras proponen identificar, analizar y reconstruir las normas morales que obstaculicen las prácticas saludables en torno a la sexualidad y la reproducción, propuesta por demás importante en el análisis del VPH que se propone esta investigación.

En relación al riesgo en el ejercicio de la sexualidad, mencionaremos la reflexión propuesta por Rossi (2008). De acuerdo con este antropólogo, la identidad se construye en función de la posesión de un cuerpo, “la materialidad operadora de los vínculos sociales”; y los episodios de enfermedad implican un cuestionamiento a la capacidad de la persona de construirse como sujeto, convirtiéndose en una ruptura biográfica, en tanto se pierde el control de lo que se era; al respecto, Herzlich (1973) menciona que las creencias sobre salud y enfermedad refleja no sólo al individuo, sino lo que la sociedad a la que pertenece construye sobre este proceso. Así, se genera un proceso de lo que se podría denominar *etiología subjetiva*, en el que la persona intenta reconstruir su propio proceso salud – enfermedad, a partir de indagar principalmente sobre la causalidad de éste, y se cuestiona sobre las razones del mismo: *¿por qué me enfermé de esto? y ¿por qué a mí?*; A partir del proceso reflexivo desencadenado a partir del diagnóstico de VPH, la persona puede generar prácticas preventivas que se convierten en “prácticas existenciales”, que nos hablan de la autonomía de actuar en función de la condición de salud, pero que además se expresan en sus formas de relacionarse con otros, pares y parejas, y que

²⁵ Lakoff y Collier proponen el análisis de *regimes of living* (régimenes de vida o estilos de vida) como configuraciones de elementos éticos (formas de prácticas, normas, modos de racionalización), configuraciones normativas, técnicas y de elementos políticos que se echan a andar ante situaciones problemáticas con el propósito de darle cierta estructura; son sistemáticos y regulares (como una dieta, una prescripción médica, etcétera) a la vez que flexibles y dinámicos dependiendo de la situación y sus condiciones cambiantes, concepto que será explorado a lo largo de la investigación a partir de la noción de riesgo y su impacto en las prácticas cotidianas, a las cuales se incorporan las prescripciones médicas y el cuidado requerido a partir del diagnóstico de VPH.

reconfiguran la identidad. Este proceso conduce a la reflexión sobre la trayectoria de salud sexual y la biográfica, las cuales a su vez nos remiten a construcciones socioculturales en torno a la sexualidad y a elementos estructurales de los servicios de salud; como señalan Radley y Billig, el estado de salud se construye “como parte de una identidad en curso, en relación como los demás y como fuerza vital en la vida cotidiana” (1996: 221), convirtiendo a lo público y lo privado como relativizaciones de la vida.

Como adición a esta reflexión, traemos a la discusión a Herrera y Campero (2002), quienes proponen una reflexión sobre las múltiples vulnerabilidades de la mujer. Retomando la noción de vulnerabilidad del área de derechos humanos, referida a los grupos o individuos que habían sido fragilizados jurídica o políticamente; pero aplicada al campo del SIDA (y que en el caso de esta investigación puede aplicarse al VPH y otras ITS) supera la noción de riesgo individual (trascendiendo la noción de grupos y comportamientos de riesgo) para convertirla en vulnerabilidad social; para hablar de “vidas que transcurren en riesgo” (Giffin, 1998, en Herrera y Campero, 2002: 556). Las autoras proponen cuatro tipos de vulnerabilidades asociadas al sexo y género femenino:

- Biológica: en relaciones sexuales heterosexuales, la mujer tiene una vulnerabilidad de 2 a 4 en comparación con el hombre por razones anatómicas (el área de exposición es mayor en la mujer); la carga viral del semen es mayor y hay otras ITS asociadas que son asintomáticas y no tratadas, que debilitan la mucosa vaginal.
- Epidemiológica: las mujeres establecen parejas con hombres de mayor edad, que se ubican en una franja en la que las ITS son más frecuentes; además de practicar sexo sin protección.
- Social: que se refiere al menor acceso a la educación ni empleo remunerado, aumentando su dependencia y la falta de acceso a recursos educativos o de salud.
- Cultural: las representaciones, valores y normas socialmente construidos en torno a los roles sexo-genéricos generan expectativas que obstaculizan la prevención de la transmisión de ITS.

Szasz (2004) señala que el concepto de vulnerabilidad es un aporte de las ciencias sociales al estudio de la sexualidad, en particular en relación al VIH y las ITS, concepto que nos obliga a situarnos contextualmente frente a comportamientos, prácticas y espacios que pueden ser riesgosos o no. Las dos primeras vulnerabilidades enunciadas se exploran en el primer apartado de este trabajo, por ser definidas por la biomedicina; mientras que las dos segundas pretenden ser objeto de estudio de esta investigación.

A partir de esta revisión, consideramos que la sexualidad es otra arena de la vida social en la que se norma y actúa desde un cuerpo biológico, social y cultural. En este sentido, Córdova menciona que:

... ante todo, la sexualidad se encuentra inmersa en las mismas relaciones de poder que rigen el ordenamiento jerárquico global de una sociedad, sustentado en condicionantes económicas y políticas que establecen quién tiene el derecho de hacer qué a quién, de acuerdo con el papel que cada uno juega en la estructura social. Así entendida, la sexualidad es una arena política donde se manifiestan las asimetrías de poder entre géneros y entre clases, donde se reproducen los esquemas generales de dominación y subordinación y, por añadidura, puede ser un espacio donde se ventilen las luchas y las resistencias contra los controles sociales (2003: 95).

Elementos que se relacionan con el concepto de biopoder de Foucault (1987a), que ha tenido un papel fundamental para la inserción de los cuerpos en el aparato productivo; siendo fundamental la sexualidad para ello, a partir de cuatro grandes estrategias: la descendencia, la salud colectiva, el control de los nacimientos y la psiquiatrización de las “perversiones”; los procesos de normalización en los cuerpos y las poblaciones a disciplinar, en los que la biomedicina la mejor herramienta para ello; desde la que se construye un discurso de biopolítica y biopoder sobre el cuerpo femenino, la reproducción, la sexualidad y el género, que sanciona prácticas particulares, si bien la biomedicina ha dado solución a problemas de salud milenarios, también ha traído a la discusión problemas y dilemas éticos (Tovar, 2004).

Para Salcedo y García (2010), la medicalización de la vida y del cuerpo femenino se manifiesta en la construcción de una identidad genérica en función de riesgos, y se expresa en regímenes corporales específicos (con el uso de anticonceptivos, métodos de barrera, pruebas diagnósticas) que se traducen en una proliferación de reglas, normas y ordenes sobre el cuerpo, sus funciones y sus sensaciones. De acuerdo con Córdova (2009: 96), los controles sobre la sexualidad ejercidos desde el eje de la salud implican que el cuerpo y su fisiología se encuentran sitiados por diversos peligros del exterior, pero es a la vez portador de “poderes incontrolados e involuntarios” (con potencial para causar enfermedad, añadiríamos); y la medicalización moderna del cuerpo a partir del poder-saber condiciona nuevos tipos de regulación y control. Este proceso implica que nombrar y significar la corporalidad, una acción antaño íntima, se convierta en un eje de prácticas públicas.

Como señala Brown, el campo de la sexualidad pareciera pertenecer al ámbito de lo íntimo y lo privado, sin embargo, el poder opera “en la producción de modos legítimos de disfrutar la

sexualidad y de reproducirse o no” (2009: 14), a lo cual agregaría que se inserta en el ámbito privado a partir de un progresivo proceso de medicalización del ejercicio de la sexualidad. Mediante un proceso de medicalización, las políticas sobre sexualidad se popularizan y, a través de la autoridad médica, el Estado controla los procesos asociados a la sexualidad, embarazo, parto, aborto, menarquia, anticoncepción, etcétera (Meza, 1997). Para Rabinow y Rose (2006), el concepto de biopoder implica un discurso sobre el carácter vital del ser humano y un conjunto de autoridades que tienen el poder de definirlo, estrategias de intervención colectiva en pos de la vida y la salud y modos de subjetivización a partir de los cuales los individuos intervienen en sí mismos en nombre de la salud colectiva o individual.

Salcedo y García (2010) proponen situar al VPH “como una entidad socialmente creada sobre la base de la experiencia biológica” (2010: 80), en una cultura del cuerpo orientada a prácticas colectivas; en particular desde la salud reproductiva que involucra condicionantes individuales y socioculturales de la sexualidad. A partir de los planteamientos anteriores, se construye la propuesta desde el enfoque biocultural del proceso salud-enfermedad y sexo-sexualidad sobre el VPH inserto en un marco de componentes y codeterminantes específicos, se trata de generar un modelo teórico metodológico desde la antropología en salud para acercarnos a problemáticas de la salud sexual y reproductiva que permita entender la relación entre el ejercicio de la sexualidad y el VPH como padecimiento. Para el análisis propuesto, se tomarán en cuenta los co-determinantes para la salud como los perfiles demográficos y epidemiológicos, los modos y estilos de vida, y las estrategias de sobrevivencia y adaptativas relacionadas con el comportamiento sexual. A continuación, se presentan los componentes del proceso proceso salud-enfermedad y sexo-sexualidad sobre el VPH y los elementos que lo conforman.

Tabla 4. Componentes y co-determinantes del proceso salud-enfermedad y sexo-sexualidad para el iVPH

Componente	Elementos que lo conforman
Ambiente y ecología (espacio y estructura poblacional)	Distribución epidemiológica de la iVPH en la pirámide poblacional Características sociodemográficas de la población de estudio Elementos estructurales: educación, habitación, empleo y acceso a servicios de salud
Recursos para la salud	Recursos institucionales nacionales y locales para la salud sexual Recursos materiales para la salud sexual Recursos humanos para la salud sexual Alternativas de diagnóstico y tratamiento de la iVPH Alternativas y métodos de prevención de transmisión VPH La clínica como espacio de atención/interacción

Productos materiales de la cultura (Desarrollados y aplicados)	Recursos sociales y culturales de atención a la salud sexual Métodos de prevención de transmisión de ITS
Procesos ideológicos de la cultura (Representaciones y prácticas)	Sistema de creencias, representaciones y prácticas sobre la sexualidad y la salud sexual Hábitos sexuales de la población de estudio
Biología humana	Dimensión biológica del VPH: signos, síntomas, consecuencias y susceptibilidad El VPH y su relación con el cáncer cervical

Fuente: elaboración propia, 2015; con base en Peña, 2012.

Este capítulo constituye una propuesta para la construcción de un acercamiento integral al fenómeno de estudio. Retomar los planteamientos clásicos de la antropología médica, además de constituir un acercamiento histórico a la construcción disciplinar, permite acotar el panorama desde el que se genera el enfoque biocultural en salud y entender a qué necesidades teóricas y prácticas responde. Por otro lado, la aproximación a la construcción de un fenómeno de salud-enfermedad-atención de la iVPH como proceso biocultural plantea la complejidad de este a la vez que establece la necesidad de acercamientos integrales y complejos, como el que en este documento se presenta. La propuesta teórica aquí presentada tiene además como objetivo sentar el precedente para la comprensión de la estrategia metodológica que se aborda en el siguiente capítulo, que parte de esta construcción teórica para aproximarnos con una metodología mixta al proceso de estudio, con el objetivo de dar cuenta de la multiplicidad de aristas de éste.

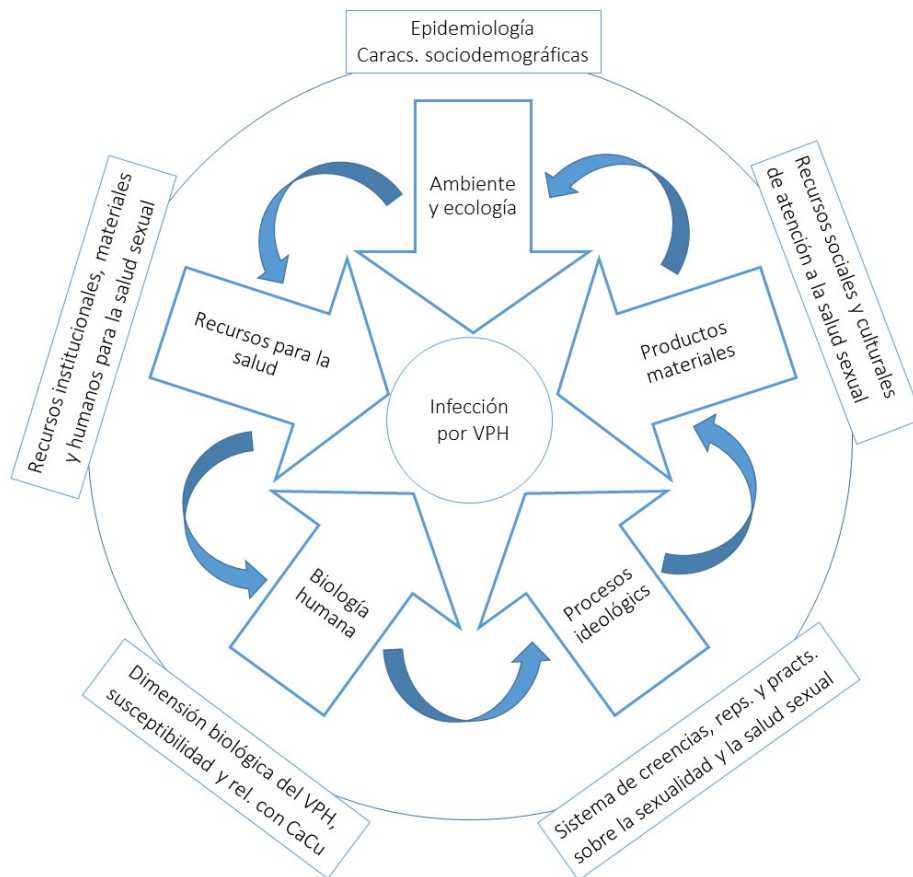
3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En este tercer capítulo nos centraremos en el marco metodológico que se construyó ex profeso para esta investigación. Por la propia naturaleza de la investigación y el contexto en el que se realizó, este apartado fue uno de los más retadores de este trabajo. Para dar cuenta de la realidad a la que nos aproximamos, era de gran relevancia tomar en cuenta distintas fuentes para recabar información diversa; por ello, en este apartado partiremos de problematizar la iVPH como relevante para el acercamiento científico desde la antropología en salud. Posteriormente, revisaremos los elementos centrales de cualquier trabajo de investigación doctoral: las preguntas de investigación, hipótesis y objetivos, que constituyen las bases de manera sintética de lo que se explorará en el análisis. Posteriormente, nos vamos a la construcción de una metodología en fases, que incluye aproximaciones cuanti y cualitativas a partir de una propuesta integral; para concluir con la reflexión ética y el impacto social, elementos que como científicos sociales debemos reflexionar en nuestros productos.

3.1 Plantear un problema desde el enfoque biocultural

Una vez expuesto el enfoque teórico que enmarca esta investigación en el capítulo anterior y centrándonos en el enfoque biocultural, el planteamiento procesual del problema debe incluir como mínimo los cinco componentes que hemos explorado con antelación; por ello, en el siguiente esquema se integra una propuesta gráfica para entender el acercamiento a la iVPH como proceso biocultural en el que se incluyen los componentes y las co-determinantes a relacionar:

Figura 5. La iVPH como proceso biocultural



Fuente: adaptado de Peña (2012) con datos propios, 2017.

A partir de problematizar el iVPH como proceso biocultural, pretendemos ofrecer una aproximación comprensiva a esta realidad. De ahí la relevancia de disgregar los elementos que conforman los componentes para el análisis de dicho proceso.

Comencemos con el ámbito de la *biología humana*, que integra las características biológicas del virus y la susceptibilidad que las mujeres tienen ante la presencia del VPH por sus características anatómicas y fisiológicas, siendo la principal las particularidades del epitelio del cuello uterino, que lo predisponen al desarrollo de infecciones; aunado a la propia historia de la enfermedad y su relación con el cáncer cervical, lo que configura una vulnerabilidad biológica específica que sitúa a las mujeres en un riesgo mayor a adquirir y desarrollar una infección asociada a la presencia de VPH (Herrera y Campero, 2002).

En cuanto al componente *ambiental y ecológico*, debemos considerar la estructura poblacional y la epidemiología sobre el VPH: en el primer capítulo se delineaban problemáticas asociadas a la recolección y construcción de datos, aunque uno de los elementos que se

afirman es que, si bien la prevalencia de VPH es incierta, se considera que la mayor parte de la población sexualmente activa ha tenido en algún momento de su vida una infección por VPH. El conocimiento limitado, no sólo de la distribución poblacional de la infección, sino también por sexo tiene que ver con problemas asociados al levantamiento de datos demográficos, a la vez que está relacionado con las problemáticas asociadas al diagnóstico oportuno y al subregistro. La estructura poblacional y la distribución de la iVPH en México, presenta como uno de los principales grupos a las mujeres jóvenes; aunque ya discutíamos previamente a qué elementos se puede deber esta distribución, es necesaria su problematización para su inclusión dentro de campañas y políticas de salud dirigidas específicamente a estos grupos.

En los elementos asociados a los *recursos para la salud*, es relevante señalar que las infecciones de transmisión sexual constituyen un problema de salud pública (Mendoza, 2013), asociado principalmente a la desinformación sobre las formas de transmisión, así como el desconocimiento y la no identificación de signos y síntomas de estas infecciones; ambos aspectos provocan que día a día aumente la frecuencia y la cronicidad de estos padecimientos, provocando mayores complicaciones en la salud de los individuos. Como se ha revisado, el VPH es una infección de transmisión sexual, cuyos factores de riesgo definidos por la biomedicina se asocian al estilo de vida, en particular al comportamiento sexual de las personas; con múltiples consecuencias, que pueden desencadenar cáncer e incluso llegar a la muerte. Existen diversos factores que intervienen en la detección oportuna y tratamiento, asociados por un lado al acceso a servicios de salud, calidad de los mismos, conocimiento sobre las ventajas de la detección oportuna, entre otras. La complejidad de esta ITS y su asociación con el cáncer cervical hacen que desde la biomedicina existan llamados para el análisis de esta problemática de salud con una perspectiva antropológica. (González-Losa, *et al*, 2002)

El componente denominado *productos materiales de la cultura*, refiere para este caso a todos los recursos sociales y culturales que tengan que ver con la atención a la salud sexual y reproductiva y la existencia de instituciones (generadoras de estrategias preventivas y de atención que parten de políticas públicas focalizadas) que se dirigen a la problemática de la iVPH. Entre ellas se encuentra el Hospital de la Mujer y sus mecanismos institucionales de atención; además de hacer referencia a la existencia de otras instancias que se involucraran en la atención a problemáticas de salud asociadas a la sexualidad (como otras instituciones

gubernamentales de salud, educativas y/o legales). Esto necesariamente se articula con el ámbito anterior, en tanto que los recursos de atención a la salud emergen, en gran medida, de estos productos materiales; podríamos hablar, por ejemplo, de métodos preventivos como recursos (como uso de condón) que se institucionalizan y transforman en políticas de salud (bastaría para ello hablar solamente de la extensiva promoción del uso de este profiláctico como anticonceptivo); de métodos diagnósticos, como la colposcopia, que emergen de políticas públicas nacionales (en este caso de detección oportuna) y que conforman campañas de salud sexual difundidas ampliamente; o, finalmente, de la vacuna contra el VPH, que también se conforma como un recurso profiláctico que es eje fundamental de una campaña de salud a nivel nacional, instituida desde 2012 en nuestro país.

En el componente denominado *procesos ideológicos de la cultura*, que engloba creencias, prácticas y representaciones, se encuentran los discursos construidos sobre el cuerpo, la sexualidad y el género, que pueden tener un impacto significativo en las acciones orientadas a atender la salud sexual y reproductiva, que exploraremos en los siguientes párrafos. Para Figueroa y Rivera (1992), la valoración sobre las relaciones sexuales depende del nivel de conocimientos de la mujer, ante un mayor conocimiento existe mayor responsabilidad pero también mayor poder de decisión sobre las prácticas sexuales, el uso de métodos anticonceptivos y la prevención de ITS. Sin embargo, esta afirmación necesariamente nos sitúa en una discusión sobre dos aspectos: por un lado, la vulnerabilidad de las mujeres que no tienen acceso a niveles medios o superiores de educación, quienes, de acuerdo a la afirmación anterior, no cuentan con la información necesaria para contender contra ciertas enfermedades y, en caso necesario, atenderlas de manera eficaz. Por el otro, es necesario cuestionar si dicho proceso ocurre efectivamente de esta manera, al ser la población universitaria una de las que presentan mayor prevalencia de este virus. De ahí que surjan las siguientes interrogantes: ¿Los mecanismos que brinda la educación sexual escolarizada y el empoderamiento asociado a mayores niveles educativos son suficientes para desarrollar la capacidad de negociar sobre su salud sexual y reproductiva? ¿Qué factores rodean la elección sobre el uso de métodos de prevención de ITS y de auto cuidado de la salud sexual? y ¿Cuál es el impacto de los procesos ideológicos en las prácticas en torno a la sexualidad y la salud sexual?

Como señalan Juárez y Gayet (2005), la salud sexual y reproductiva ha sido un tema prioritario de la agenda política, cuyas acciones se han focalizado en el objetivo de reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual, VIH/Sida y embarazo adolescente; sin embargo, las políticas públicas no han probado ser cien por ciento eficaces; según la autora, esto se debe a la manera de conceptualizar la sexualidad y las relaciones conflictivas entre el macro y el micro contexto que impactan en el ejercicio personal de la sexualidad. Estas relaciones conflictivas se generan a partir de la discordancia que existe entre lo que es significativo en el ámbito epidemiológico y lo que se construye como relevante desde la subjetividad; ya hemos mencionado que, si bien existen divergencias en los reportes epidemiológicos, se da primacía al registro de cáncer cervical, lo que implica que probablemente exista subregistro de otros tipos de displasias, además de problemáticas respecto a las intervenciones clínicas, las acciones de diagnóstico oportuno y tratamiento; mientras que, para la subjetividad, la primacía la tendría el ejercicio de la sexualidad y los efectos del diagnóstico en la vida cotidiana. Las relaciones desiguales entre los géneros, la decisión sobre el cuerpo femenino, los valores, normas y creencias sobre el género femenino, que afectan la demanda de atención de exámenes ginecológicos e impactan en el diagnóstico oportuno de VPH o cáncer cervical, por ser pensados como una intromisión en las partes más íntimas del cuerpo (Lamadrid, 1998). Otros autores también han mencionado las incomodidades propias de las pruebas ginecológicas como un factor para la desidia y la reticencia a realizárselas (Reartes, 2005).

En torno al diagnóstico de VPH hay varias problemáticas. Por un lado, la información sobre el virus disponible en medios públicos es insuficiente y, en muchas ocasiones, no tiene contexto o está rodeada de mitos; la realización de la prueba de Papanicolaou tiene en varios lugares falta de higiene, privacidad, profesionalismo o calidez que desalienta a la práctica de las mujeres, los profesionales no explican la evolución de VPH y su relación con el cáncer cervical, además de no brindar información sobre los exámenes clínicos subsecuentes (Luna-Blanco, M. y Sánchez-Ramírez, G., 2014; León-Maldonado, *et al* 2014); cuando las dudas que genera la prueba no son resueltas, las mujeres experimentan ansiedad, y ante el diagnóstico tienen sentimientos de culpa, angustia, confusión, incertidumbre, además de la experiencia de ser estigmatizadas (León-Maldonado, *et al* 2014). Por otro lado, el diagnóstico de VPH tiene un

impacto emocional que genera problemas físicos que pueden ser más dañinos que aquellos que son consecuencia directa del virus, la complicación psicológica afecta la esfera biopsicosocial de las mujeres diagnosticadas (Meza, M., 2008). Ambas problemáticas son ignoradas por el sistema de salud y no se brinda una atención comprensiva alrededor de esta infección de transmisión sexual; como señala Reartes, la investigación socioantropológica cualitativa “de los procesos salud-enfermedad pueden aportar sobre las condiciones en que las personas viven, enfrentan y tratan de solucionar el VPH así como contribuir a mejorar la atención médica” (2005: 351).

Debido a la estrecha relación con el cáncer cervical, la información sobre detección de VPH es dirigida primariamente a mujeres; pero no se le ha dado la suficiente importancia como infección de transmisión sexual (Agüero, B. *et al*, 2004) y el papel fundamental que tienen los hombres en esta dinámica. En la infección por VPH, los hombres son un importante vector de transmisión, aunque las secuelas de la infección son menos graves en ellos pueden desarrollar lesiones premalignas y malignas que evolucionan a cáncer de pene o región anogenital (Diestro, M. *et al*, 2007; Agüero, B. *et al*, 2004); de ahí la necesidad de promover campañas informativas dirigidas a la población joven con un enfoque de género que tome en cuenta las prácticas y representaciones en torno a la sexualidad, diferenciales por género. También se han identificado a los hombres como un componente central en la toma de decisiones en las relaciones sexuales, que tienen que ver con la adopción de métodos anticonceptivos y de prevención de transmisión de ITS (Rodríguez *et al*, 2012). De acuerdo a Levins (en Hartigan, 2001) las enfermedades infecciosas son sumamente complejas al existir factores sociales como el género, la raza y la clase, que determinan sus dinámicas; y como señala Hartigan (2001: V) “la construcción social del género afecta de forma diferente a hombres y mujeres, en términos de riesgos, atención y carga de enfermedades”. Estos últimos elementos nos refieren necesariamente al contexto social y cultural en el que las personas viven y enferman.

Estudios desde la antropología sobre el VPH (Vargas-Daza, E., 2014; Campero, L. *et al*, 2013; Da Silva, M. y Gimenez, M., 2005; Arellano, M. y Castro, M., 2013) han señalado la importancia de la vivencia del diagnóstico, que se experimenta centrada en los aspectos negativos para la vida cotidiana, el miedo a la muerte, la posibilidad de no procrear, el rechazo de la pareja o de la comunidad, la violencia, la infidelidad, preocupación por la salud, miedo a

relaciones sexuales futuras, la relación con el cáncer cervical; lo que provoca que el diagnóstico se viva como un estigma; como señala Hartigan (2001), la investigación sobre ITS se ha centrado en la función reproductiva de las mujeres, dejando de lado otros aspectos de la vida en los cuales estos padecimientos impactan. Todos estos elementos refuerzan la pasividad y abnegación femenina convirtiéndose en factor de riesgo. Además, están asociados a la monogamia, las expectativas del ser mujer, las sanciones sociales en torno al ejercicio de la sexualidad, el poder y conocimiento sobre el cuerpo, las valoraciones culturales de lo masculino y femenino, el significado del cuerpo, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social, los determinantes sociales sobre la sexualidad y una serie de co-determinantes bioculturales relacionados con el cuerpo, las prácticas sexuales y reproductivas, además de roles y estereotipos sexo-genéricos.

Al profundizar en otros elementos asociados a este componente, podríamos mencionar factores de riesgo, como la pobreza o el nivel educativo, del que ya se habló líneas arriba (Hernández, Padilla y Quintero, 2012), que nos remiten a elementos estructurales que vale la pena explorar. Si una ITS como el VPH se está asociando a estos dos elementos, la disminución en la transmisión no tiene que ver sólo con la educación sexual, sino con la necesidad de brindar oportunidades y servicios adecuados a los jóvenes en el país. Los efectos de las carencias estructurales entonces se individualizan y se expresan en la vulnerabilidad de las personas a ciertas enfermedades, volviéndose responsabilidad personal contender ante ellas, en lugar de ser responsabilidad del sistema de salud prevenirlas.

La violencia genera efectos en la sexualidad como disfunciones sexuales y abusos, pero también aumenta la probabilidad de contraer otras infecciones de transmisión sexual y VIH, e interfiere en el acceso a la información y los servicios de salud (Herrera y Molinar, 2013). La relación entre la violencia y las infecciones de transmisión sexual hace visible distintas problemáticas en torno a la sexualidad femenina, padecer una ITS aumenta el riesgo de violencia, abandono, marginación, estigmatización y la victimización en términos políticos, sociales y culturales (García y Salcedo, 2013). La violencia asociada a condiciones estructurales de desigualdad ha sido explorada en la transmisión de VIH y el cambio en la distribución de la prevalencia en México, que ha trascendido de ser más frecuente en hombres a serlo en mujeres, hacia lo que se llama “feminización de la pandemia” (Garibi, 2009: 85), lo que hace

necesario centrar la mirada en elementos estructurales de desigualdad de género. La misma autora identifica tres mecanismos de violencia de género que elevan la vulnerabilidad a la transmisión de VIH: el sexo coercitivo; la violencia como limitante para negociar comportamientos preventivos (como uso de condón) y el abuso sexual y/o físico durante la niñez; si bien estos tres mecanismos parecen ser individuales, la autora trae a la reflexión el papel del Estado como replicador de los sistemas genéricos en instituciones que reproducen la violencia y refuerzan estereotipos de género, al culpabilizar, victimizar o invisibilizar a las mujeres en sus políticas públicas de prevención. Se sintetiza que el diagnóstico de VPH, VIH, o cualquier otra ITS, coloca a las mujeres en una situación de susceptibilidad a la violencia de género y discriminación; a la vez que el escenario de violencia implica un factor de riesgo para contraer una infección de transmisión sexual; en resumen, se vuelve causa y consecuencia de estas enfermedades (Garibi, 2009).

El panorama mencionado impacta en la decisión sobre la socialización del diagnóstico y la adopción de comportamientos preventivos; las elecciones sobre tratamientos invasivos o no invasivos, el ejercicio futuro de la sexualidad construido alrededor de una noción de riesgo a partir del VPH; que llaman la atención de múltiples disciplinas para el entendimiento de esta problemática de salud compleja, revestida de significados culturales y con prácticas cotidianas específicas; estrechamente relacionada con políticas públicas de salud y su aplicación en micro contextos y que condicionan las prácticas individuales. Por ello se propone el análisis desde la antropología en salud, con el fin de describir y analizar las distintas dimensiones de articulación, macro, meso y micro, en torno a esta problemática de salud; así se parte de cuestionar ¿cómo enmarcar el VPH como una problemática de salud nacional y su impacto en el ejercicio de la sexualidad de las mujeres jóvenes de la Ciudad de México?

3.2 Preguntas de investigación

Para responder a los cuestionamientos planteados, se proponen tres grandes preguntas que corresponden a las dimensiones de articulación de la investigación:

1. ¿Cómo se constituye el VPH como una infección de transmisión sexual relevante para la salud pública internacional y nacional; y cómo se relaciona con las políticas públicas de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento a VPH en el contexto mexicano?
2. ¿Cómo operan los elementos previos en las trayectorias protocolarias de las mujeres

diagnosticadas con VPH en el servicio de colposcopia del Hospital de la Mujer, sus convergencias y discrepancias con respecto a la trayectoria de atención?

3. ¿Cuáles son los componentes y co-determinantes bioculturales que impactan el ejercicio individual de la sexualidad de mujeres jóvenes a partir del diagnóstico de iVPH y atendidas en el servicio de colposcopia Hospital de la Mujer?

3.3 Hipótesis

Para contestar a las preguntas de investigación, se plantean los siguientes ejes analíticos:

- 1 La prevalencia de VPH no constituye por sí misma un problema de salud pública, en el ámbito nacional e internacional, por considerarse la ITS más común; sin embargo, su asociación con el cáncer cervical y su posicionamiento como una de las principales causas de muerte de mujeres en el mundo, han vuelto indispensables las políticas de prevención y diagnóstico oportuno, por ser precursora de éste y otros cánceres emergentes en mujeres y hombres (como boca, pene, cabeza o cuello). Sin embargo, las estrategias propuestas por organismos internacionales no toman en cuenta las particularidades del contexto y el sistema de salud mexicano. En este sentido, el VPH y la infección asociada a él como ITS ha ocupado un lugar marginal dentro de los programas de prevención y diagnóstico; siendo desplazado en el sistema de salud por la mayor importancia que se da a la detección oportuna de lesiones precancerosas y las primeras etapas de cáncer cervical. Esto trae como consecuencia que las políticas en torno al VPH a nivel nacional y local se centren en el diagnóstico oportuno de displasias, su tratamiento y la prevención de cáncer, pero no en la prevención de la transmisión de VPH; generando una constante en la prevalencia del mismo y no su disminución.
- 2 Existen dos trayectorias asociadas a la atención de la salud sexual: la individual y la protocolaria institucional. La individual incluye todas las acciones de atención a la salud sexual que las mujeres realizan por cuenta propia, y puede involucrar elementos de atención biomédica, alternativa o tradicional. Mientras que la protocolaria se refiere a los lineamientos institucionales referentes a la atención de la iVPH, sobre las cuales además influyen elementos particulares de las consultas.

La primera trayectoria determina el inicio de la segunda, y tienen puntos de convergencia y divergencia que impactan la atención de los problemas de salud asociados a la sexualidad a la vez que el ejercicio de la misma. Por otro lado, los mecanismos públicos de atención a la salud sexual aparecen como insuficientes ante las necesidades de atención de las mujeres, volviéndose poco efectivos en la prevención de transmisión de VPH. Además de aparecer como inadecuados al trasladarse a los contextos particulares de las mujeres que forman parte de la población blanco de estas acciones.

- 3 La sexualidad se encuentra inscrita en un marco biocultural disgregado en componentes (biología humana, productos materiales de la cultura, procesos ideológicos, recursos para la salud y ambiente) y co-determinantes (acceso a educación sexual formal e informal, servicios de salud, métodos de prevención de transmisión de ITS, vulnerabilidad individual al VPH, sistema de representaciones y prácticas en torno a la sexualidad, recursos institucionales de atención a la salud sexual y reproductiva), que condicionan el ejercicio de la sexualidad entre mujeres jóvenes de la Ciudad de México. El cual depende de la noción de cuerpo, género y sexualidad; además del estrato socioeconómico y el nivel educativo de pertenencia. Sin embargo, estos elementos se modifican a partir del conocimiento adquirido en la trayectoria de atención al VPH; así la trayectoria de salud sexual y reproductiva toma un curso medicalizado en función de la detección de displasias futuras; existiendo un monitoreo constante de la actividad sexual y sus parejas sexuales actuales o subsiguientes. Posterior al diagnóstico de VPH, la sexualidad se ejercerá de acuerdo a este marco que se relacionaran con elementos de la atención recibida en la institución de salud y mediada por la noción de riesgo asociada a la transmisión a sus parejas sexuales y aparición de displasias futuras y su posible progresión a cáncer cervical, así como las estrategias que desarrollan y su carácter resiliente.

3.4 Objetivos generales

Los objetivos generales de la investigación son:

4. Identificar y analizar la construcción del VPH como una ITS relevante para la salud pública internacional y nacional; y su impacto en las políticas públicas de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento a VPH en el contexto mexicano.
5. Identificar, describir y analizar la trayectoria protocolaria de las mujeres diagnosticadas con VPH en el servicio de colposcopia del Hospital de la mujer y las convergencias y discrepancias con su trayectoria de atención a la salud sexual y reproductiva a partir del diagnóstico de VPH; a la luz de los elementos previos.
6. Identificar, describir y analizar los componentes y co-determinantes bioculturales involucrados en el ejercicio de la sexualidad a partir del diagnóstico de VPH en el ejercicio individual de la sexualidad de mujeres jóvenes atendidas en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México.

3.4.1 Objetivos específicos

A partir de los objetivos generales, se desprenden los siguientes objetivos específicos correspondientes a las tres dimensiones de articulación; con el fin de enmarcar el VPH como

un problema de salud pública e identificar sus coyunturas con el contexto local de la Ciudad de México y cómo impacta en el ejercicio de la sexualidad de las mujeres jóvenes.

Dimensión macrosocial o local

- Revisar, describir y analizar el lugar del VPH como infección de transmisión sexual en la política internacional sobre salud y su relación con la política nacional.
- Identificar el papel de la salud sexual en el sistema de salud mexicano.
- Examinar la información epidemiológica existente en torno al VPH y su relación con otras infecciones de transmisión sexual y tipos de cáncer.
- Analizar la información epidemiológica sobre VPH con una perspectiva sociodemográfica para identificar grupos etarios con mayor prevalencia.
- Identificar y analizar la transversalidad de la perspectiva de género en las políticas de salud, programas de prevención, diagnóstico y tratamiento al VPH.
- Inscribir, a partir de la información recabada, el VPH como un problema de salud pública en México.
- Realizar una revisión sobre los protocolos de atención en torno al VPH en el sistema de salud mexicano.
- Realizar una revisión sobre los programas de prevención y diagnóstico sobre VPH del sistema de salud mexicano.

Dimensión mesosocial o institucional

- Describir y analizar los recursos de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes en la Ciudad de México, en particular aquellos relacionados con VPH en el sistema de salud público (áreas involucradas, recursos, materiales, programas específicos y prestadores de servicios de atención a la salud).
- Identificar los centros de diagnóstico de VPH disponibles para la población de mujeres jóvenes de la Ciudad de México, las alternativas de tratamiento y su accesibilidad.
- Caracterizar el contexto del Hospital de la Mujer, los actores involucrados en el diagnóstico de VPH y los recursos institucionales con los que cuenta el servicio de colposcopia.
- Caracterizar a la población usuaria del servicio de displasias en el año previo a la investigación (2015) del Hospital de la Mujer, a partir de la recolección de información y análisis de los expedientes clínicos.
- Identificar las problemáticas de salud asociadas al VPH manifestadas por los prestadores de servicios.

Dimensión microsical o individual

- Analizar los componentes y co-determinantes bioculturales involucrados en el ejercicio de la sexualidad.

- Identificar y analizar los discursos asociados a las prácticas sexuales de las mujeres diagnosticadas con VPH.
- Identificar y analizar el sistema de creencias alrededor de las ITS y el VPH en particular.
- Indagar sobre la interiorización de la información disponible en torno a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual en el contexto y su traducción en prácticas concretas en la vida cotidiana de las mujeres.
- Identificar el uso de métodos anticonceptivos y de barrera para la prevención de ITS y su impacto en el ejercicio de la sexualidad.
- Identificar y describir los riesgos asociados al ejercicio de la sexualidad individual.
- Identificar y describir las estrategias que realizan las mujeres para disminuir su exposición a los riesgos asociados al ejercicio de la sexualidad.
- Identificar las prácticas reproductivas y sexuales de riesgo de las mujeres jóvenes participantes en la investigación y su inscripción en un contexto particular en el que la información y los medios para la prevención se encuentran disponibles.
- Identificar las representaciones alrededor de la salud sexual y reproductiva previas al diagnóstico de VPH.
- Identificar las representaciones sobre el VPH que existen entre las mujeres jóvenes y su impacto en las prácticas cotidianas en torno a su sexualidad.
- Conocer y describir la trayectoria de atención de la salud sexual y reproductiva previa al diagnóstico de VPH.
- Identificar la reacción ante el diagnóstico de VPH, su impacto en la socialización y las prácticas desencadenadas a partir de él.
- Identificar cambios a partir del diagnóstico de VPH en las prácticas sexuales y reproductivas de las mujeres diagnosticadas.
- Conocer y describir la trayectoria de atención de la salud sexual y reproductiva a partir del diagnóstico de VPH.
- Identificar qué riesgos asocian las mujeres jóvenes al ejercicio de su sexualidad a partir del diagnóstico de VPH.
- Identificar el riesgo asociado a las complicaciones generadas por el diagnóstico de VPH en la noción de cuerpo, reproducción, prácticas sexuales, cáncer cervical y muerte.
- Identificar las representaciones alrededor de la salud sexual y reproductiva posteriores al diagnóstico de VPH.
- Conocer las estrategias desarrolladas por las mujeres para enfrentar el VPH y otros problemas de salud emergentes.
- Identificar y analizar las características sociodemográficas de la población de mujeres atendidas en el servicio de colposcopia del Hospital de la Mujer.
- Identificar, describir y analizar la trayectoria protocolaria en el Hospital de la Mujer de las demandantes de atención en el servicio de colposcopia.
- Identificar los recursos materiales para la atención de la salud sexual y reproductiva a partir del diagnóstico de VPH de las mujeres diagnosticadas en el Hospital de la Mujer.

- Identificar los recursos institucionales para la atención de la salud sexual y reproductiva a partir del diagnóstico de VPH de las mujeres diagnosticadas.
- Analizar los hallazgos de las trayectorias individuales en el marco poblacional reconstruido a partir de la caracterización poblacional de las usuarias de displasias del año 2015 del Hospital de la Mujer.
- Realizar un análisis comparativo entre los discursos y las representaciones sobre la iVPH que los actores sociales involucrados (usuarias y prestadores de servicios) recrearon en las entrevistas.
- Realizar un análisis sobre la percepción de la calidad de los servicios, que permita profundizar sobre el contexto de la atención en el Hospital de la Mujer.
- Analizar, desde un modelo comprensible, la integración del VPH como proceso biocultural.
- Contribuir con evidencia científica para la consolidación del modelo teórico analítico biocultural sobre los procesos de atención a la salud sexual desde la antropología en salud.

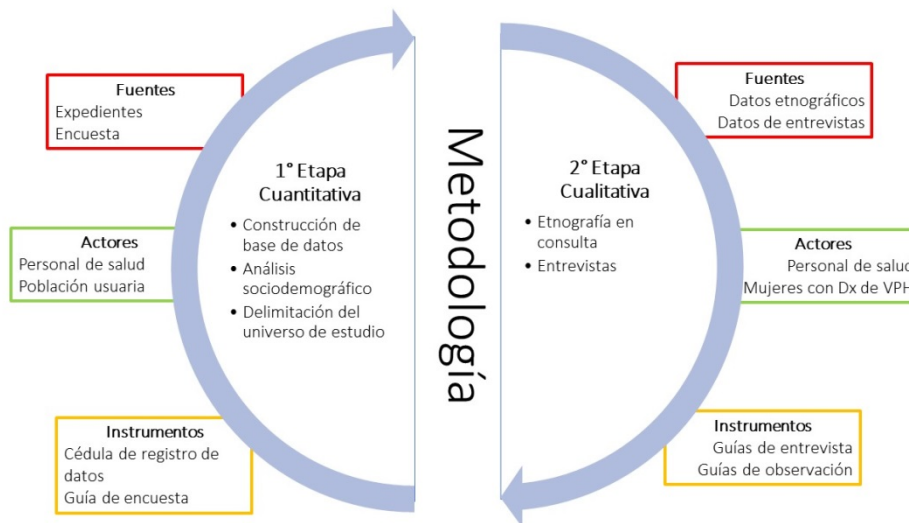
3.5 Construcción de la metodología

Esta investigación es de tipo descriptiva analítica, en tanto que uno de sus objetivos fundamentales es analizar la construcción del VPH como problema de salud pública a partir de la reconstrucción de las trayectorias protocolarias y la identificación de mecanismos de atención en torno a la salud sexual y reproductiva; para el análisis en conjunto de los elementos que conforman el proceso del VPH, tomando en cuenta las diferentes dimensiones de articulación en la salud sexual de las mujeres jóvenes en el país. Se trata de una investigación sincrónica en tanto que hace una revisión de la construcción histórica y política del VPH para su atención, además de centrarse en los procesos de atención a este padecimiento a partir del diagnóstico, considerando que este suceso desencadena un proceso subjetivo que se vive en un marco de componentes y codeterminantes a la salud.

La metodología empleada en la investigación fue mixta, cuanti y cualitativa, ya que para el enfoque biocultural, esta articulación permite integrar datos de la dimensión biológica, social, cultural e histórica, lo que potencializa el entendimiento y la relación entre las perspectivas *emic* y *etic*, que convergen y generan un potencial aplicativo (Peña, 2012), base que se retoma para el desarrollo de la presente investigación; es decir, conjugar la información epidemiológica con el contexto social en el que se inscribe; la triangulación de datos aportados por la biomedicina sobre la definición del VPH como infección de transmisión sexual y su impacto en

las prácticas cotidianas de las mujeres diagnosticadas que viven en un contexto particular con acceso a recursos para la salud de diversas instituciones. El empleo de esta metodología tiene como objetivo final identificar las contradicciones y transacciones entre las políticas públicas y los contextos medios, así como su impacto en el micro contexto y el ejercicio individual de la sexualidad. En la figura 3 se observa el modelo metodológico a emplear y que se irá describiendo.

Figura 6. Estrategia metodológica



Fuente: elaboración propia, 2017.

Conforme al enfoque biocultural retomado en esta investigación (Peña, 2012), se plantea la integración de distintos niveles para brindar una comprensión de los procesos de salud-enfermedad. Para atender a los objetivos, se planteó crear una estrategia metodológica que permitiera la integración de ellos, considerando los interlocutores, fuentes e instrumentos adecuados a cada uno, para permitir la comprensión de los diferentes elementos explorados para su análisis. En la tabla 5 se sintetiza esta estrategia metodológica.

Tabla 5. Estrategia metodológica

Dimensión	Macro	Meso	Micro
Contexto	Internacional y nacional.	Local e institucional.	Individual.
Estrategia	Revisión de la política nacional e internacional sobre salud sexual y reproductiva.	Indagación en documentos oficiales institucionales. Revisión de expedientes clínicos. Reconstrucción de trayectorias protocolarias.	Entrevistas.
Fuentes		Etnografía en el servicio de colposcopia del Hospital de la Mujer Datos contruidos a partir de la etnografía.	

	Documentos oficiales.	Documentos oficiales, como manuales y NOM. Archivo de expedientes clínicos Datos contruidos a partir de entrevistas a prestadores de salud. Datos contruidos a partir de encuesta de satisfacción.	Datos contruidos a partir de entrevistas a mujeres diagnosticadas con VPH.
Actores involucrados	Instancias y actores de salud internacionales y nacionales.	Personal de salud institucional médico y paramédico. Población usuaria.	Mujeres con diagnóstico de VPH.
Instrumento	-----	Cédula de registro sociodemográfico y epidemiológico (del expediente). Guías de entrevista a prestadores de servicios. Encuesta de satisfacción a usuarias.	Guías de entrevista a mujeres diagnosticadas.
		Diario de campo.	
		Guías de observación.	

Fuente: elaboración propia, 2017.²⁶

Para el nivel macro, el contexto referido es el internacional y nacional, la estrategia fue la revisión de fuentes documentales oficiales y periodísticas, generadas por y sobre instancias de salud nacionales e internacionales, sobre la construcción de políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en particular aquellos elementos relacionados con las ITS y el VPH. Esta revisión permitió contextualizar la información que se obtuvo de los dos niveles restantes, además de reconstruir los datos referidos a los protocolos de atención en el servicio y, a partir de la etnografía, identificar las modificaciones que en la práctica se realizan.

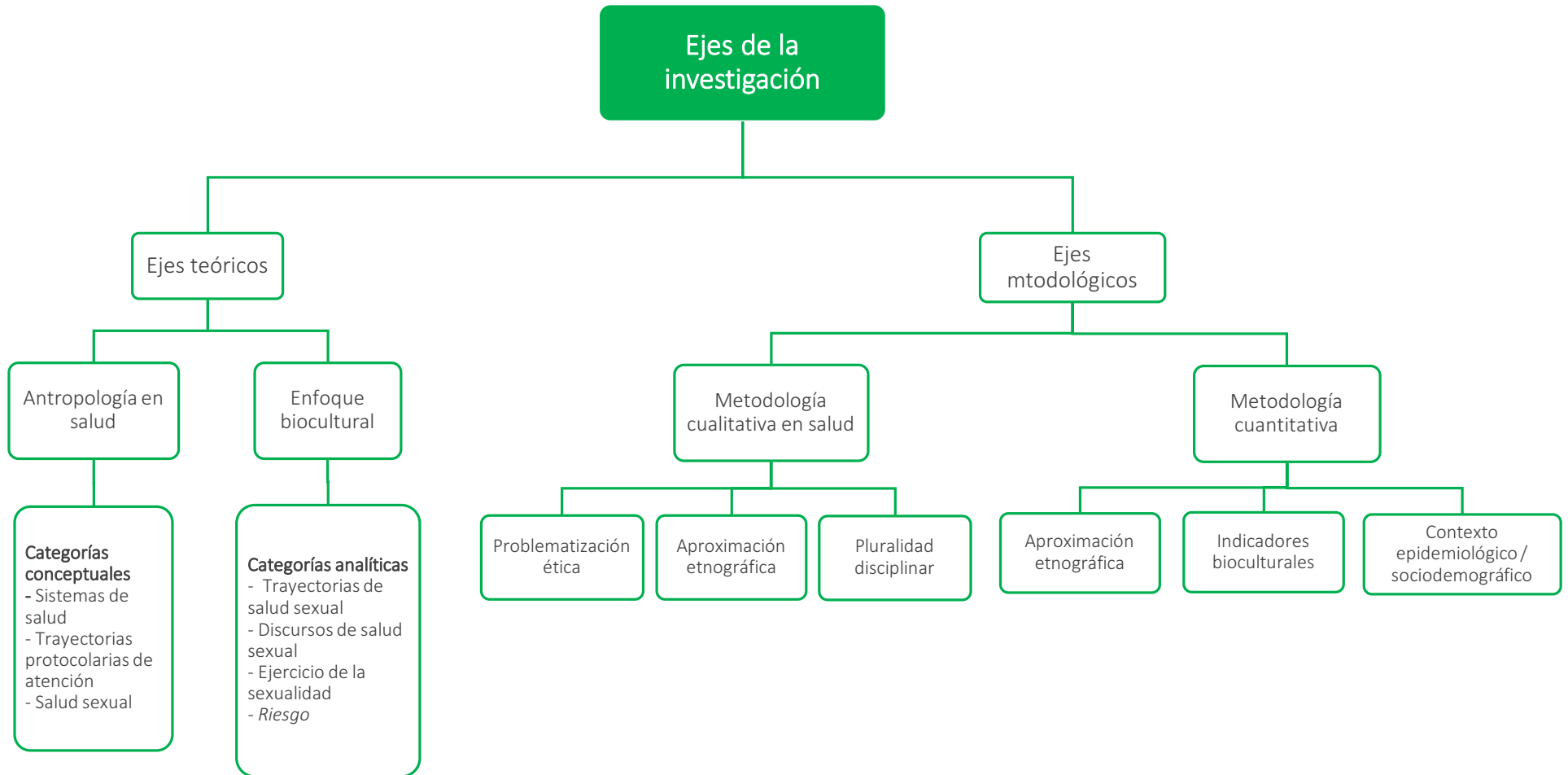
El contexto local e institucional responde al nivel meso, la estrategia es etnográfica, es decir a partir del *estar ahí*, se construyeron datos que dieran cuenta del funcionamiento protocolario institucional y las modificaciones que ocurren en la práctica. Para ello, se revisaron los documentos institucionales sobre los protocolos de atención para la reconstrucción de las trayectorias institucionalizadas de atención al VPH. Asimismo, la revisión de expedientes permitió caracterizar a la población usuaria de la institución, a partir del análisis de datos sociodemográficos. La observación en la consulta médica de displasias permitió reconstruir las trayectorias protocolarias y entender los mecanismos que actúan en la atención al VPH en la institución de la investigación. Las entrevistas con los prestadores de servicios de salud

²⁶ Los instrumentos se encuentran en documentos anexos.

permiten conocer la cultura institucional de atención y las divergencias y convergencias de las representaciones con las prácticas. Finalmente, se realizó una encuesta de satisfacción autollenada a 100 mujeres usuarias del servicio de Consulta Externa, la cual se aplicó aleatoriamente durante la primera etapa de trabajo de campo. El nivel micro se centra en el contexto individual del padecer VPH y a las mujeres diagnosticadas con esta ITS como las interlocutoras fundamentales. Las estrategias son las entrevistas a profundidad sobre los elementos asociados a las trayectorias y mecanismos de atención al VPH; además de considerar los datos construidos a partir de la etnografía como fundamentales.

En la investigación se ha reflexionado profundamente sobre las implicaciones del uso de diferentes metodologías, fuentes y actores para la investigación sobre esta temática. Una de las conclusiones metodológicas a las que llegamos fue considerar que, para las ciencias sociales que realizan acercamientos cualitativos a la realidad, es de radical importancia la llamada de las distintas fuentes de información etnográfica, que en este caso se constituyen por la etapa cuantitativa y cualitativa; y el contraste con las fuentes teóricas seleccionadas como referencia para la investigación, que contribuye a la construcción de un conocimiento científico novedoso sobre la temática. Al respecto, se realizó un proceso de triangulación metodológica (Kinchi *et al*, 1991; Hales, 2010, ambos autores retomando a Denzin, 1978) que ha quedado patente en los párrafos previos y cuyos ejes primordiales se presentan en la siguiente figura:

Figura 7. Ejes de la investigación



Fuente: elaboración propia, 2018

Como se muestra en la figura anterior, existieron dos ejes fundamentales para la investigación: el teórico y el metodológico. Para la investigación social, el primero suele primar sobre el segundo, al sentar las bases para la realización de la investigación; sin embargo, en el curso de ésta, el eje metodológico se convirtió en fundamental para el avance y reflexión sobre el proceso. Sobre el eje teórico nos hemos ocupado en los dos capítulos previos, y se refieren principalmente a las fuentes a partir de las cuales se construyen las categorías conceptuales que guían el análisis: la antropología en salud (que incluye sistemas de salud, trayectorias protocolarias de atención y salud sexual); y el enfoque biocultural (que incluye las trayectorias y discursos sobre salud sexual, ejercicio de la sexualidad y riesgos).

Los ejes metodológicos entonces son dos principalmente. El primero es la metodología cualitativa en salud, la cual consta de tres rubros fundamentales: el primero es la problematización ética que necesariamente acompaña a la investigación en procesos de salud enfermedad, en particular en este caso la exploraremos más adelante al reflexionar sobre las implicaciones de la etnografía en contextos hospitalarios; la aproximación etnográfica, que se detalla en el apartado siguiente y que tiene que ver con la generación de estrategias acordes a las necesidades de la investigación y con una perspectiva ética; y la pluralidad disciplinar, la cual se convoca necesariamente en el curso de la investigación, para el análisis multifocal de los fenómenos de salud.

El segundo eje metodológico es entonces la metodología cuantitativa, la cual incluye también una aproximación etnográfica, en tanto que las fuentes de información principales (los expedientes médicos) se encuentran inscritos en un espacio de interacción social relevante para la investigación; los indicadores bioculturales que se constituyen como las variables que permiten la sistematización de la información recabada y, finalmente, el contexto sociodemográfico y epidemiológico de la población de interés (en este caso, las mujeres usuarias del Hospital de la Mujer²⁷) que se construyen a partir de las fuentes cuantitativas.

3.5.1 Primera etapa: acercamiento cuantitativo

La primera fase de la investigación se planteó a partir de una aproximación cuantitativa que permitiera caracterizar a la población que demanda atención en el Hospital de la Mujer. Para

²⁷ El dictamen de aceptación para la realización de la investigación en el Hospital de la Mujer se encuentra disponible en el Anexo 1 de este documento.

ello, se generó una base de datos sociodemográficos de las mujeres usuarias de los servicios de salud de esta institución, que durante el año 2015²⁸ habían recibido atención en los consultorios enfocados en la atención de displasias. La información se registró en una cédula de datos sociodemográfico y epidemiológicos cuyo vaciado se realizó en el programa de análisis estadístico SPSS (Anexo 2. Cédula de registro sociodemográfico), que permitiera realizar un análisis a partir de las variables que se condensan en la siguiente tabla.

Tabla 6. Variables sociodemográficas y epidemiológicas del proceso salud-enfermedad del VPH29

Nombre	Tipo	Definición	Naturaleza	Rango	Interacción
Edad	Nom	Edad al momento de recibir atención en el HdM	Cuant.	0 – 100	Ind.
Nivel socioeconómico	Nom	Nivel socioeconómico asignado por Trabajo Social en el HdM	Cuant.	1 – 5	Ind.
Estado civil	Cat	Estado civil reportado	Cual.	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Viuda 5. Otro	Dep.
Ocupación	Cat	Ocupación reportada	Cual.	1. Empleada 2. Desempleada 3. Estudiante 4. Ama de casa 5. Otro	Dep.
Escolaridad	Cat	Escolaridad reportada	Cual.	1. Sin educación formal 2. Educación básica 3. Educación media superior 4. Educación superior 5. Posgrado 6. Otro	Dep.
Número de gestas	Nom	Número de gestas	Cuant.	0 – 100	Ind.
Número de hijos	Nom	Número de hijos	Cuant.	0 – 10	Ind.
Número de abortos	Nom	Número de abortos	Cuant.	0 – 10	Ind.
Institución de referencia	Cat	Institución que canalizó al HdM	Cual.	1. IMSS 2. ISSSTE 3. Seguro popular	Dep.

²⁸ El trabajo etnográfico en la institución de salud dio inicio formalmente en el año 2016, por lo que se decidió centrar la fase cuantitativa en el año previo.

²⁹ Abreviaturas empleadas en la tabla

Nom: Nominal

Cat: Categórica

Cuant.: Cuantitativa

Cual.: Cualitativa

Dep.: Dependiente

Ind.: Independiente

				4. Inst. Privada 5. Otro	
Edad Vid. Sex (IVS)	Nom	Edad de inicio de la vida sexual	Cuant.	0 – 100	Ind.
MPF	Nom	Método de planificación familiar	Cual.	1. Condón 2. Hormonales 3. Implante 4. OTB 5. SCB 6. DIU 7. Ritmo 8. Vasectomía 9. Abstinencia 10. Ninguno 11. Píldora de emergencia	Dep.
Diagnóstico de otras ITS	Cat	Diagnóstico de otras ITS realizado en el HdM o en otra institución	Cual.	1. Sífilis 2. Gonorrea 3. Herpes genital 4. Clamidiasis 5. Otra	Dep.
Diagnóstico	Cat.	Diagnóstico	Cual.	1. LIEBG 2. NIC I 3. NIC II 4. NIC III 5. NIC III c 6. Lesiones acuminadas 7. Verrugas genitales 8. Verrugas vulvares 9. Condilomas acuminados	Dep.
Edad de diagnóstico	Nom	Edad de diagnóstico	Cuant.	0 – 100	Ind.
Diagnóstico previo de VPH	Cat	Diagnóstico previo de displasias asociadas a VPH	Cual.	1. Sí 2. No	Dep.
Edad de Dx previo	Nom	Edad de diagnóstico previo de VPH	Cuant.	0 – 100	Ind.
Tratamiento	Cat	Tratamiento propuesto y/o aplicado	Cual.	1. Criocirugía 2. Electrocirugía 3. Laser terapia 4. Otro	Dep.
Seguimiento	Cat.	Seguimiento después de tratamiento	Cual		Dep.

Fuente: elaboración propia, 2016; basada en Peña, 2001.

La selección de estas variables tiene que ver con la utilidad para el análisis. Las primeras (edad, estatus socioeconómico, ocupación, escolaridad, estado civil, institución de referencia), permiten la reconstrucción de un perfil sociodemográfico de la población usuaria del Hospital de la Mujer. Las siguientes nos permiten acercarnos a las trayectorias de salud sexual y

reproductiva de ellas a partir de datos clave (IVS, MPF, gestas, abortos, hijos, historial de otras ITS); finalmente, las últimas variables (diagnóstico, edad de diagnóstico, tratamiento) tienen como objetivo conocer las particularidades de las trayectorias de atención a la iVPH en este contexto institucional. Con los datos obtenidos desde la generación de la base de datos, se construyó el cuarto capítulo de este documento, en el cual se incluyen algunas de las reflexiones que surgieron durante la realización del trabajo en archivo, además del análisis estadístico de las variables obtenidas a partir de la revisión de expedientes.

De la misma manera, como parte de la construcción de datos cuantitativos, se realizó la aplicación de una encuesta (Anexo 3. Encuesta de calidad del servicio)³⁰, orientada a recabar la percepción de la satisfacción con el servicio, incluyendo elementos sobre la relación médico-paciente y personal paramédico-paciente, tiempos de espera, abastecimiento de material y/o medicamentos según el caso, y solución al problema de salud, entre otros. La encuesta constó de 28 reactivos divididos en cuatro temáticas: tiempos de espera y espaciamiento entre citas, relación médico paciente, percepción del Hospital de la Mujer e información sobre VPH. Las últimas tres preguntas, se centraban en recuperar algunas de las representaciones de la población usuaria sobre la iVPH. La encuesta se aplicó aleatoriamente durante la primera etapa de trabajo de campo a 100 mujeres que aceptaron participar; la encuesta era autollenada excepto en los casos en los que la mujer solicitaba asistencia de la investigadora; existió una alta participación. En el capítulo 5 discutiremos algunos de los hallazgos realizados a partir de la aplicación de este instrumento.

3.5.2 Segunda etapa: aproximación cualitativa

Respecto a la metodología cualitativa, ésta se centró principalmente en la observación etnográfica en el contexto de la Clínica de displasias (empleando el Anexo 4. Guía de observación) y en la realización de entrevistas con el objetivo de recuperar las representaciones de las mujeres diagnosticadas con VPH y los prestadores de servicios de salud asociados a la atención que se les brinda (Anexo 5. Guía de entrevista a prestadores; y Anexo 6. Guía de

³⁰ Esta encuesta se realizó como respuesta a una petición informal de parte del Hospital de la Mujer para explorar sobre las perspectivas de las usuarias en torno a la calidad del servicio. Se realizó dicho instrumento considerando ítems relativos a esta temática, e incluyendo dos preguntas que, como se indica más arriba, contribuyeron a explorar el conocimiento sobre el tema de investigación entre la población del Hospital.

entrevista a usuarias), las cuales se realizaron posterior a la firma del consentimiento informado realizado *ex profeso* para el personal de salud (Anexo 7. Consentimiento informado para la realización de entrevista a personal de salud) además de la entrega de una carta compromiso de parte de la investigadora (Anexo 8. Carta compromiso a personal de salud) y el consentimiento elaborado de acuerdo al formato proporcionado por el Hospital de la Mujer para las usuarias (Anexo 9. Consentimiento informado para la realización de entrevista a usuarias), del cual se entregaba una copia a ellas, una se anexaba al expediente y la tercera se quedaba en resguardo de la investigadora.

Concluida la primera etapa de la investigación de trabajo de campo, se dio inicio a la etapa etnográfica en el espacio de los consultorios 1 y 2 del servicio de displasias de la consulta externa del Hospital de la Mujer, contando con la colaboración del personal médico, enfermeras y residentes. El trabajo de campo consistió en la observación no pasiva en el espacio de la consulta de displasias, donde se mantuvieron conversaciones informales con el personal para entender el funcionamiento de la consulta y conocer sus percepciones sobre el mismo.

De acuerdo con la aprobación del Comité de ética del Hospital de la Mujer se permitió la presencia de la investigadora en el espacio del consultorio para conocer la interacción médico-paciente, pero sin perder de vista que el elemento central de esta observación se enfocaría al diagnóstico, atención y tratamiento del VPH, es decir, reconstruir las trayectorias protocolarias a través de la observación en la consulta. El instrumento empleado durante esta etapa del trabajo de campo fueron la guía de observación (Anexo 4) que permitió registrar elementos asociados a el espacio físico, los recursos humanos y materiales, los protocolos, el lenguaje y los protocolos de atención; el diario de campo, que permitió no sólo llevar el registro de los elementos de la observación, sino de las propias usuarias del servicio, sus características; además de ser una fuente que se usaría posteriormente al realizar las entrevistas para indagar sobre elementos observados en este espacio.

La entrevista es el centro organizador del trabajo etnográfico, a partir de esta forma de comunicación interpersonal es posible acceder a información relacionada con un objetivo particular (Galindo, 1998). Como señala Rivas (2002), la investigación sobre sexualidad involucra la exploración de las significaciones e imaginarios sociales que intervienen en la

construcción de la subjetividad, lo que hace indispensable una aproximación metodológica cualitativa con enfoque interpretativo. Para ello, propone el uso de la entrevista a profundidad que permite recabar datos a la vez que la integración de distintos procesos a la temática abordada, a partir de una relación entre el entrevistador y el entrevistado en la que se establece un diálogo en el que el primer actor tiene que dar prioridad a la voz del segundo para poder construir datos y reconocer el significado de los mismos, comprometiéndolo de manera activa con el participante en la investigación.

Partiendo de estas propuestas, la técnica fundamental para la investigación fue la entrevista focalizada, centrada en temas particulares hacia los cuales se orienta la conversación con el objetivo de responder a cuestiones concretas (Saucedo, 2006). De esta manera, se realizaron dos guías de entrevista; la primera se aplicó al personal de salud involucrado en la prevención, diagnóstico y tratamiento de VPH, que en el caso de esta investigación fueron los dos médicos titulares y el personal de enfermería. Este instrumento incluía preguntas que permitían conocer el funcionamiento del servicio de displasias, pero también a recabar las percepciones que tiene el personal de salud sobre sus propias labores y las usuarias que solicitan atención médica. La segunda se enfocó a recuperar la experiencia de las mujeres diagnosticadas con iVPH, e incluyo los rubros de vida, salud y educación sexual, trayectorias de atención y trayectorias protocolarias, nociones sobre ITS y VPH, y nociones de riesgo.

Con el objetivo de realizar la sistematización y análisis de los datos obtenidos mediante las entrevistas, se construyen categorías teóricas siguiendo el enfoque biocultural; realizamos esta propuesta analítica partiendo de la comprensión de que la obtención de información pertinente y relevante sobre la temática de investigación debe estar guiada necesariamente por tópicos o categorías elaborados *a priori*, basados en el marco teórico de referencia, a la vez que debe tener flexibilidad para incluir en la recolección de información y construcción de datos categorías emergentes (Cisterna, 2005). Estas categorías se constituyen además como pauta para la elaboración de las guías de entrevista y la sistematización de la información recabada (Tabla 7).

Tabla 7. Categorías para el análisis cualitativo

Eje temático	Categorías
--------------	------------

Perfil de la participante	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Ocupación 3. Estado civil 4. Número de hijos 5. Escolaridad 6. Derechohabencia 7. Nivel socioeconómico 8. Ocupación
Productos materiales para la atención a la salud sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instituciones de atención a la SSR 2. Hábitos de prevención y diagnóstico de ITS 3. Uso de métodos anticonceptivos y de protección de ITS 4. Educación sexual formal e informal 5. Causas de búsqueda de atención a salud sexual
Procesos ideológicos asociados a la salud sexual y reproductiva (SSR)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimientos relacionados con la salud sexual 2. Representaciones sobre procesos asociados a la salud sexual 3. Ejercicio de la sexualidad 4. Subjetivación de la iVPH 5. Socialización de la iVPH y su respuesta
Recursos para la salud sexual y reproductiva (SSR)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Causas de búsqueda de atención a SSR 3. Trayectoria de atención a la iVPH 4. Representaciones sobre el proceso de salud sexual 5. Relación médico – paciente en la atención a la iVPH

Fuente: elaboración propia, 2015.

Los ejes temáticos presentados se corresponden con los componentes propuestos en el capítulo 2; y se convocan para el análisis de la información referida a la etapa cualitativa de la investigación. Así, el componente referido al ambiente y la ecología, se reconstruyó a partir del análisis contextual de la información de la etapa cuantitativa y se profundiza en él en el capítulo cuarto, referido al análisis del componente cuantitativo de la investigación; mientras que el resto de los ejes (recursos para la salud; procesos ideológicos de la cultura; productos materiales y biología humana) se analizarán a partir de la información cualitativa, y se exploran a profundidad en el capítulo tercero, enfocado a la etnografía, y el quinto, centrado en las trayectorias de las mujeres participantes en la investigación.

3.5.3 Delimitando el universo y los casos

Considerando que la mayor prevalencia de VPH se concentra en el grupo etario de 20 a 24 años (García, J. y Salcedo, A., 2010), se realizará el trabajo de investigación con mujeres con edades comprendidas en este rango, pero contemplando hasta los 30 años, por ser un límite que se encontró significativo a partir del análisis epidemiológico de la población usuaria del Hospital de la Mujer. En México, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015), en 2010 había 5 079 067 mujeres de 20 a 24 años en el país. Datos del Consejo

Nacional de Población, señalan que para 2014 existen 5,375,712 mujeres de 20 a 24 años; 362,724 de ellas habitantes de la Ciudad de México (CONAPO, 2015a). Del total de mujeres de 20 a 24 años, el 44.4% tiene una vida sexual activa; es decir, poco más de 160,000 mujeres (CONAPO, 2015b).

Según datos de la Dirección General de Epidemiología, en 2013, el VPH se encontraba entre las 20 principales causas de enfermedad en la Ciudad de México, mostrando una prevalencia significativamente mayor en el grupo de edad de 20 a 24 y de 25 a 44 años (DGE - SSA, 2015a). Igualmente, el VPH en esta entidad muestra la mayor incidencia nacional con un 84.50 por cada 100 mil habitantes, seguido de los estados de Chiapas y Quintana Roo (DGE - SSA, 2015b). Los servicios de la Secretaría de Salud son la principal fuente de notificación de VPH en mujeres de la Ciudad de México (DGE - SSA, 2015c). No se tienen datos más recientes de estadísticas sobre VPH en la Ciudad de México; sin embargo, se tomarán las cifras anteriores como referencia.

Considerando estas estadísticas, y a partir de la primera fase de la investigación en la que se profundiza en el siguiente capítulo, se construyó una base de datos sociodemográficos que permitiera hacer una caracterización de la población usuaria del servicio y seleccionar de ella los elementos de interés para la investigación. Sin embargo, para delimitar el universo de estudio, es de importancia señalar que se contaba con una base de datos de 666 expedientes de mujeres atendidas durante el año 2015 en el servicio de displasias, la cual se depuro para eliminar los datos repetidos, obteniendo un total de 588 expedientes. Se realizó la revisión en físico de los expedientes, para después hacer una segunda selección, dejando de lado los expedientes que no correspondían a este servicio y que por error de captura habían sido incluidos. Así, al final se revisaron 354 expedientes, cuyas edades iban de los 14 a los 80 años, agrupándose con mayor frecuencia entre los 20 y 30 años; la mayor frecuencia de estudios se ubicaba en los niveles medio superior (y para corresponder con los datos epidemiológicos, se incluyó a las mujeres de nivel superior y posgrado); y los diagnósticos más frecuentes fueron NIC I seguido de lesiones acuminadas o verrugas asociadas a VPH.

La unidad de análisis es la mujer con diagnóstico de VPH, diagnosticada con VPH en el Hospital de la Mujer. Sin embargo, se tomaron en cuenta también los actores involucrados con la atención al VPH entre el personal de salud de la institución, en particular los médicos titulares

y la enfermera. Así, los criterios empleados para seleccionar a los participantes en la investigación se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 8. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Criterio de eliminación
Diagnóstico de VPH en el Hospital de la Mujer (con y sin comorbilidades asociadas)	Diagnóstico distinto a VPH	Decisión de abandonar la investigación
Personal de salud relacionado con las pruebas de tamizaje y/o el diagnóstico de VPH	Personal de salud sin relación con las pruebas de tamizaje y/o diagnóstico de VPH	
Grupo de edad de 20 a 30 años	Fuera del rango de edad de interés	
Con educación medio-superior o superior	Fuera del grupo educativo de interés	
Participación voluntaria	Negación a participar	

Fuente: elaboración propia, 2016.

De acuerdo a estos criterios y según las consideraciones éticas que se plantean más adelante, se invitaron a 24 mujeres a participar en la investigación; de ellas, dos se negaron a colaborar en la investigación en el momento de la invitación (de 23 y 28 años respectivamente, ambas con diagnóstico de NIC I, habitantes del Estado de México y con estudio profesionales) por lo que no continuaron en el proceso. Una mujer (24 años, con licenciatura en psicología concluida y diagnóstico de iVPH, con sugerencia para la realización de una criocirugía) desertó del tratamiento y seguimiento en el servicio, aunque hubo aproximación a ella y obtención de sus datos de contacto, éstos fueron incorrectos, lo que hizo imposible que se continuara con su participación en la investigación. Otra de las mujeres (de 30 años, habitante de la Ciudad de México y estudiante de posgrado) acordó participar en la entrevista, aunque después de repetidas ocasiones en las que se modificó la cita, me solicitó no continuar con el contacto porque no estaba en condiciones emocionales de participar en la investigación. Una de las mujeres que aceptó participar en la investigación concedió una de las entrevistas, aunque para el seguimiento manifestó no tener interés en continuar por lo que se decidió no incluirla en este trabajo Finalmente, se decidió no continuar la búsqueda de otras seis mujeres que habían sido invitadas a participar y firmaron consentimiento informado, porque la relación se dio de manera intermitente y no fue posible acordar una cita para recabar la entrevista. En la Tabla 9 se pueden observar el número final de participantes en la investigación y algunas de sus características.

Tabla 9. Mujeres participantes en la investigación ³¹

Pseudónimo	Edad	Escolaridad	Zona	Diagnóstico	Tratamiento
Amanda	30	Licenciatura	EdoMex	NIC I	Criocirugía
Berta	27	Licenciatura	EdoMex	Verrugas-NICI	Electro/Criocirugía
Edna	30	Licenciatura	CdMx	NIC I	Criocirugía
Elvira	25	Licenciatura	CdMxx	NIC I	Electro/Criocirugía
Francisca	25	Licenciatura	CdMx	NICI I	Conocirugía
Karla	27	Licenciatura	CdMx	iVPH	Criocirugía
María	26	Licenciatura	CdMx	iVPH	Criocirugía
Xaviera	20	Licenciatura	EdoMex	NIC I	Criocirugía
Yadira	23	Licenciatura	CdMx	Verrugas	Electrofulguración

Fuente: trabajo de campo, 2016.

Si bien se invitaron inicialmente 24 mujeres, al continuar con el proceso de la investigación catorce de ellas no formaron parte del análisis, esta decisión se tomó respetando su autonomía, tomando en cuenta que las temáticas exploradas en la entrevista puedan ser consideradas por ellas como disruptivas e intrusivas; y que no se encontraran en un momento en el que la conversación sobre su vida, sexualidad y salud sexual sea de interés o productivo para sus propias vidas.

3.6 Consideraciones éticas

La investigación sobre los procesos de salud-enfermedad nos acerca a la experiencia del sufrimiento e incertidumbre humanos. Por ello, es que es indispensable una postura ética como investigadores del campo de la salud. Considerando que la investigación se realizó en una institución de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, la evaluación ética de la misma estuvo a cargo de las autoridades involucradas en la aprobación del protocolo (Anexo 1). Dictamen de aprobación del protocolo de investigación en el Hospital de la Mujer), aunque la reflexión ética se realizó desde los espacios académicos en compañía de los colegas antropólogos que en ellos interactuamos. En este sentido, se solicitó la presentación del protocolo de investigación a los comités de ética e investigación del Hospital de la Mujer; de acuerdo a los formatos indicados por las autoridades correspondientes. Así, el protocolo de investigación se ajustó a los requerimientos institucionales, que se centraron en la solicitud adecuada a los formatos del Hospital; la inclusión de un calendario de actividades y los formatos de recolección de datos (que en este caso correspondieron a las guías de observación y de

³¹ Los números al lado de las iniciales en el identificador indican el número sucesivo en el que se recabó el consentimiento informado.

entrevistas); junto con una carta compromiso firmada por la investigadora titular a la División de Enseñanza e Investigación del Hospital de la Mujer en noviembre de 2015; aprobada para realizarse en febrero de 2016, iniciando la investigación en marzo del mismo año.

La institucionalización de las evaluaciones éticas de los proyectos de investigación incluye la utilización de los criterios propios de las investigaciones biomédicas para la evaluación de las cualitativas (Mantilla y Alonso, 2012); lo cual se puede constituir en un obstáculo cuando el lenguaje no se homologa, la recolección de datos cualitativa no corresponde a los estándares cuantitativos, los instrumentos de la etnografía difieren en formato e intención de los clínicos; y, principalmente, cuando el consentimiento informado tiene que ser renegociado en términos inteligibles para todos los interesados (Anexos 7 y 9). Barber (2009) señala las dificultades de la observación participante en el ámbito hospitalario, ante las cuales quedan tres estrategias viables: unirse al personal médico y participar de su práctica de manera performativa; haciéndose pasar por paciente y actuar como “cámara oculta”, o presentándose como visitante. Estar presente durante el acto clínico y hacer lo que un etnógrafo en campo hace, observar y anotar, supone el reconocimiento de sí mismo como estudiante de algún campo médico, posición ante la cual no sólo los pacientes reaccionan, sino también los propios médicos, quienes se implican en la “enseñanza” de la clínica al etnógrafo (Blázquez, 2008). En nuestra opinión, esta es una posición privilegiada para adquirir el conocimiento médico sobre el padecimiento en cuestión, pero también para entender cómo funcionan las jerarquías en el interior de la consulta médica y cuál es la interacción esperada entre médicos-pacientes-personal de enfermería-antropólogo y demás actores involucrados, la perturbación sigue las líneas de fuerza que tienden a volver al orden perturbado, convirtiéndose en reveladoras del orden que interesa al etnógrafo (García, 2001).

Al respecto, es relevante ahondar sobre dos aspectos: por un lado, la institucionalización de la evaluación es ineludible al realizar investigación en contextos hospitalarios, dado que éstos responden a lógicas médicas a las cuales la antropología poco a poco se ha ido acercando y ante las cuales tiene que mantener una actitud receptiva, en tanto que son su objeto de análisis. Por el otro, la propia experiencia da cuenta de esta falta de lenguaje compartido³²; sin

³² En el caso de esta investigación, estas divergencias en el lenguaje se hicieron patentes en el llenado de los formatos, que hacían mención a “variables cualitativas”, que por su propia naturaleza no pueden ser consideradas variables. Sin embargo, este elemento no fue un obstáculo para llevar a buen término la presentación del

embargo, más que un obstáculo, consideramos esto una posibilidad de negociación y creación; un reto para los antropólogos que realizamos investigación en salud y una reafirmación de la necesidad del uso de enfoques integrales, como el biocultural, que nos permita comprender los términos biológicos de la enfermedad y comunicarnos efectivamente con los actores sociales biomédicos.

El requisito fundamental para dar inicio fue establecer el riesgo de la investigación. Este elemento es comprensible en tanto que es común en el contexto hospitalario se realice investigación farmacológica. Sin embargo, este no fue el caso de esta investigación, por lo que se asentó en el formato como “sin riesgo”, aunque es importante mencionar que cualquier tipo de indagatoria antropológica sobre los procesos de salud-enfermedad necesariamente conlleva un riesgo, al acercarse a uno de los aspectos más íntimos de la vida humana, el sufrimiento; y en particular a la sexualidad. Para minimizar este riesgo, y de acuerdo a los ejercicios reflexivos hechos en compañía de mi tutora y colegas antropólogas, se estableció una estrategia para el acercamiento a las mujeres, la cual consistió en invitar a participar en la investigación después de su cuarta cita en displasias, e incluso posterior. La razón de este proceder respondió al sentido común pero también estuvo guiada por los preceptos antropológicos de esta investigación: por lo general, la primera cita en el consultorio de displasias es un momento estresante, al ser el espacio donde se reconstruye la historia clínica pero también al ser un momento de incertidumbre sobre las pruebas y/o resultados a obtener; la segunda cita se centra en la entrega de resultados, que de ser positivos para iVPH, implican un momento altamente estresante y poco receptivo. La tercera cita se enfoca en el tratamiento que, si bien es un momento menos estresante que el anterior, conlleva molestias físicas que no hacen ético el acercamiento por la primacía que el bienestar de la posible participante debe tener ante la investigación. La cuarta cita, o las posteriores, es el momento ideal, porque en general esta es una cita de revisión en la que se da seguimiento a la cicatrización después del tratamiento, y al no existir lesiones, es un momento de certidumbre y receptividad adecuado para la invitación a participar en la investigación, recibiendo respuesta positiva a excepción de dos casos.

protocolo. Otro de los elementos que favorecieron la realización de la investigación fue la sensibilidad de las autoridades a la investigación cualitativa y la buena recepción de la investigadora en los espacios hospitalarios; temáticas sobre las que discutiremos en el siguiente capítulo.

El otro requisito mínimo necesario para la investigación con seres humanos, no sólo en la biomedicina sino en cualquier ciencia social, es el empleo del consentimiento informado. En este sentido, se siguió el formato destinado a ello y proporcionado por el Hospital de la Mujer, en el cual se incluyeron los mismos elementos que el protocolo, pero en un lenguaje sencillo y claro para su entendimiento (Anexo 9). En este documento, además de los objetivos y las actividades a realizar, se hacía énfasis en la ausencia de riesgo, compensaciones y tratamientos alternativos, al no ser el caso de la investigación; además de declarar de manera explícita la autonomía de las participantes al decidir participar o no, sin afectaciones a su atención a la institución; y la garantía de anonimato durante el curso de la investigación y en los productos finales.

El acercamiento y la invitación a participar seguía la lógica relatada en el párrafo anterior, momento en el que se les solicitaba unos minutos de su tiempo y se les conducía a una sala destinada al personal de enfermería, que en el horario de consultas se encontraba vacía, para explicarles detenidamente el consentimiento informado, enfatizando que no habría consecuencias para su atención si decidían no participar. Después de explicado el consentimiento, y como requisito establecido por la institución, se les solicitaba su firma en tres copias del mismo, una que se anexó al expediente, una para la participante y una para la investigadora. Finalmente, se le solicitaban sus datos de contacto y se indagaba sobre los posibles escenarios y momentos para realizar la entrevista, la cual se realizó en todas las ocasiones fuera de las instalaciones del Hospital de la Mujer, por dos motivos principalmente: para evitar un sesgo en la información brindada, que al generarse en el espacio institucional podría responder a la “normalidad” esperada por la biomedicina, dando oportunidad a la mujer de escoger el contexto donde se sintiera más segura y libre de conversar; y el segundo, para evitar su desplazamiento y tener la menor interrupción en su vida cotidiana.

Reconocemos el papel activo de los participantes en la investigación, considerándolos como interlocutores y no sólo informantes; a partir de pensar que en el trabajo etnográfico se establece un diálogo en una relación social en la cual el investigador interactúa con el *otro*, objeto de su estudio, lo que hace necesario situar al investigador como sujeto-activo de la investigación. Por ello, se favoreció el establecimiento de esta relación en condiciones de igualdad y respeto, en la que las participantes aceptar de manera voluntaria entrar a la

investigación y contar con la libertad para abandonar las actividades relacionadas a ella de manera libre, sin que se vea afectada la atención que recibe en la institución de salud. En los capítulos analíticos, ahondaremos sobre la reflexión ética conducida en el curso de esta investigación; aunque es de relevancia señalar que acordamos con Hayden (2006) que existe una preocupación latente respecto a dilemas éticos concernientes al trabajo del antropólogo en la clínica y la relación que se establece con los prestadores de servicios, y hemos aprendido, como señala el mismo autor, que los antropólogos médicos debemos encontrar ese “delicado balance entre ser cooptados por la biomedicina y romantizar a los pacientes” (2006: 286), equilibrio que más adelante veremos cómo fue desafiado constantemente.

3.7 Impacto social y justificación

El VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes, asociada íntimamente al comportamiento sexual de las personas, con múltiples consecuencias. Una de las problemáticas principales en torno a las ITS y el VPH es la desinformación sobre los mecanismos de transmisión, así como el desconocimiento de signos y síntomas de estas infecciones; esta investigación pretende ahondar en ambos aspectos para identificar los elementos asociados a estos procesos que impactan en el desconocimiento y el control posible de la transmisión de ITS; además de abordar problemáticas relacionadas con el uso de métodos de barrera y su impacto en las prácticas en torno a la sexualidad.

De acuerdo a los Programas específicos del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, la sexualidad femenina es una de las temáticas centrales en problemas de salud, al existir una estrecha relación del VPH y otras ITS con VIH-sida y cáncer en la mujer, además de estar vinculadas al embarazo adolescente. A partir de esta investigación, se pretende identificar los elementos que impiden que las políticas públicas en torno a estas problemáticas sean eficaces, identificando las relaciones conflictivas entre el macro y el micro contexto que impactan en el ejercicio personal de la sexualidad (Juárez y Gayet, 2005).

Se mencionaron distintas problemáticas en torno al diagnóstico oportuno de la iVPH, que en esta investigación se exploran tomando en cuenta la dimensión biomédica, emocional y personal en el ejercicio de la sexualidad, las representaciones en torno al VPH, sus consecuencias y tratamiento, y su relación con el cáncer cervical. A partir de ahondar en

problemáticas como la violencia, la discriminación, la construcción social de la fidelidad/infidelidad, el riesgo, las relaciones sexo-genéricas, la educación sexual, se pretende brindar una visión integrativa de los distintos elementos que se conjugan en el ejercicio individual de la sexualidad y que impactan en la salud de las personas, con el objetivo final de brindar a los prestadores de salud información de primera mano acerca de los usuarios de servicios relacionados con la salud sexual, que permitan optimizar la atención oportuna a ITS y VPH. La investigación tiene el propósito de contribuir al conocimiento del ejercicio de las prácticas sexuales y relacionadas con la salud en el marco de una sociedad de riesgo, en el que “todo es extirpable”, en función de la posibilidad de enfermar, es decir, un control preventivo sobre el cuerpo.

Una de las primeras intenciones al realizar este trabajo es plantear acercamientos desde enfoques teóricos novedosos, como el biocultural, a problemáticas de salud actuales. En este sentido, para la antropología esta investigación pretende sentar un precedente, junto con otras que se han producido en recientes años. En el caso del enfoque biocultural, la antropología puede re-pensar el complejo entramado que implican los fenómenos humanos y llamar al análisis a las diversas especialidades que forman esta disciplina: antropología física, social, paleoantropología, etcétera. Así, realizar investigaciones desde esta perspectiva nos permite trascender el análisis de los elementos que tradicionalmente eran objeto de estudio de la antropología médica (como las medicinas alternativas o los padecimientos de filiación cultural), hacia una propuesta que dirija su mirada a los contextos urbanos y a poblaciones que no habían sido tomadas en cuenta para la investigación, considerando que toda *otra* persona es digna de ser sujeto de investigación para la antropología.

Para la producción científica desde el campo de las ciencias sociomédicas, en particular la antropología en salud, es necesario explorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes por ser consideradas como un grupo en situación de vulnerabilidad (SSA, 2013). Las problemáticas de salud son complejas, y la sexualidad involucra la dimensión biomédica de los padecimientos, además de las representaciones en torno a ella que nos remiten a un sistema social y cultural particular que sanciona prácticas y representaciones compartidas relacionadas con el ejercicio de la sexualidad humana que impactan en la salud. El empleo de herramientas que desafíen los postulados tradicionales de la investigación antropomédica (como el uso de

expedientes como fuentes documentales, como se verá más adelante), en conjunto con las tradicionales como la etnografía y la entrevista, pretende provocar a los colegas de esta área a reflexionar y discutir sobre los límites y posibilidades de la investigación en salud.

Realizar investigación sobre VPH se centra en gran medida en las infecciones de transmisión sexual, sus mecanismos de transmisión y dificultades para la prevención y diagnóstico; permitiendo problematizar la educación sexual actual a la que los jóvenes mexicanos tienen acceso, su impacto en las prácticas individuales de la sexualidad y su papel en el estado de salud de los jóvenes en México. Además, nos acerca a problemáticas relacionadas con la diferencia sexo-genérica, la violencia, discriminación y acceso a servicios de salud diferencial entre hombres y mujeres; los programas de acción específicos centrados en la prevención primaria de cáncer cervical y no sólo enfocados en la prevención de ITS; en general nos hablan sobre las prioridades existentes en el sistema de salud.

Como antropóloga en la ciudad de México, la investigación sobre VPH conlleva la reflexión centrada en el acceso a la información sobre educación sexual y los procesos de interiorización de ella, además de los estereotipos en torno a la sexualidad femenina y su impacto en el ejercicio de la sexualidad y el cuidado de la salud sexual y reproductiva de manera individual y colectiva. Estos aspectos necesariamente conducen explorar sobre el ejercicio de la sexualidad de las mujeres jóvenes y las problemáticas de salud vigentes en dicha población; además de indagar sobre las políticas institucionales de atención a partir de una revisión del estado del sistema de salud enfocado a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, el acceso a recursos e información oportuna en torno a las ITS y particularmente el VPH.

Finalmente, siguiendo el referente de la antropología aplicada, la investigación sobre VPH desde el enfoque biocultural de antropología en salud es pertinente para los prestadores de servicios en salud sexual y reproductiva para la identificación de las fortalezas y debilidades de los programas de educación sexual y prevención y detección oportuna de cáncer cervical; identificar comportamientos y contextos de riesgo, las representaciones en torno a las pruebas de tamizaje y su demanda; las representaciones que se construyen sobre la detección de lesiones precancerosas y su impacto en las prácticas terapéuticas futuras y el ejercicio de la sexualidad a partir de la vivencia de una ITS. La relevancia de realizar investigaciones antropológicas sobre procesos de salud enfermedad que se inscriben en contextos urbanos,

cercanos a la propia producción del conocimiento, que permiten brindar voz no sólo a las usuarias de servicios de salud y personas que viven con VPH, sino reivindicar el papel de diversos actores en torno a su atención, identificar no sólo debilidades y actuar como medio de denuncia, sino señalar las fortalezas de los sistemas de salud y ser un medio de comunicación entre los actores que forman parte fundamental de los procesos.

4. COMPONENTE CONTEXTUAL - ETNOGRÁFICO: EL HOSPITAL DE LA MUJER COMO ESPACIO DE INTERACCIÓN

En este capítulo hemos decidido centrarnos en un ámbito del componente cualitativo: la etnografía en el Hospital de la Mujer. Aquí, pretendemos partir de una descripción del espacio donde se realizó la investigación, partiendo de la historia de la institución, para después

enmarcar el trabajo en el servicio especializado en displasias y analizar las condiciones en las que opera y su impacto en la atención a la iVPH. Finalmente, incluimos una reflexión de las implicaciones del trabajo de corte etnográfico en las instituciones de salud y los diálogos intersubjetivos que se generan en la interacción con el personal de salud y las usuarias.

4.1 La conformación del Hospital de la Mujer como unidad de atención ginecológica

El actual Hospital de la Mujer tiene sus antecedentes en el *Hospital de la Epifanía y Nuestra Señora de los Desamparados*, iniciado por Pedro López, el primer médico de la Real y Pontificia Universidad de México, el cual se enfocada en la atención de la población de negros, mestizos y mulatos, además de ser la primera casa de cuna de la Nueva España. En esta primera época, el mantenimiento del hospital se encontraba a cargo de su fundador y se sostenía a partir de limosna que él mismo recababa; el hospital se mantuvo a cargo de los herederos del doctor Pedro López, hasta que en 1599 el rey Felipe II adoptó su patronato y lo mantuvo hasta 1604 (Muriel, 1990).

A partir de 1604, el hospital pasó a estar en manos de las órdenes juaninas, cambiando de nombre por el *Hospital de San Juan de Dios* y convirtiéndose en uno de los hospitales más importantes de la Nueva España, gracias a que existieron mejoras sustanciales a raíz del apoyo económico de un sector privilegiado de la población y a la demanda creciente de atención de parte de los sectores más desfavorecidos durante la Colonia (Muriel, 1991). A partir de la Promulgación de la Constitución de Cádiz, los hospitales pasaron a depender de los Ayuntamientos; y desde 1820 hasta 1844, el Hospital de San Juan de Dios pasó a ser regido por las Hermanas de la Caridad (Zárate, s/f).

La reglamentación de la prostitución en el gobierno de Maximiliano de Habsburgo le dio un nuevo giro a la institución, dedicándose exclusivamente a la atención de mujeres con enfermedades venéreas y sifilíticas (sic) (SSA, 1974); constituyéndose para 1868 como el *Hospital para Prostitutas y la Inspección de Sanidad*, incluyendo un 'reformatorio' para las mujeres que habían ejercido la prostitución en la ciudad y un albergue para aquellas que no pudieran costear tratamientos privados (Franco, 1972). Durante la administración de las hermanas de la Caridad, el hospital desapareció los tratamientos empíricos y optó por un curso científico, incorporando métodos terapéuticos importados, a la par que ingresaban poco a poco

a laborar en él miembros de la Facultad de Medicina de México (Rodiles, 1933). Las hermanas de la Caridad permanecieron hasta 1874, año en el que se instauró nuevamente la República y el hospital cambió el nombre a *Hospital Morelos* y pasó a manos del Ayuntamiento (Franco, 1972).

Durante el Porfiriato, existieron importantes avances en la ciencia y tecnología en México. Uno de ellos fue la profesionalización de la medicina y la modernización de los hospitales, transformando al Hospital Morelos en un espacio de avanzada científica, donde se aplicaron los adelantos en el área de la ginecología desde finales del siglo XIX. En esta institución se introdujeron por primera vez al sistema de atención diversos mecanismos importados de Europa, orientados a mejorar la atención a través de la higiene, como la asepsia con el lavado de manos, el uso de guantes, yodo y de ropa estéril; además de darle impulso a la cirugía ginecológica abdominal y vaginal desde 1900 (Rodiles, 1933; Román, 2005).

Años más tarde, en 1914 a partir de una iniciativa propuesta por el diputado Querido Moreno, se solicitó que se retirara el presupuesto al hospital por considerar que las pacientes ‘indignas’; y la institución pasó entonces a manos de la Junta de Damas Católicas que convirtió el edificio en un hospicio y, en la época de la Revolución, en un Hospital de Sangre. Entre 1914 y 1930 se impulsó la cirugía vaginal en sus instalaciones; se instituyeron las enfermeras tituladas; se generalizó la anestesia raquídea como método anestésico y se fundó la sala de maternidad, trayendo remodelaciones en el edificio que se alargaron hasta 1940. En este año, la ley de reglamentación de la prostitución se deroga y el hospital deja de ser un hospital para prostitutas y se convierte en un hospital para enfermedades venéreas mixto. A decir de Carrillo (2010), el Hospital Morelos, bajo la dirección del Dr. Manuel Macías, acogió a las enfermas de cáncer en cualquier estado de la enfermedad, convirtiéndose en “el embrión del primer centro anticanceroso de México, por el año 1900” (Vilella, 1939: 428; en Carrillo, 2010); siendo para 1922 junto con el Hospital Ulises Valdés, el Hospital Juárez y el Centro Médico Nacional del IMSS, uno de las primeras instituciones en contar con un centro especializado de atención al cáncer (Carrillo, 2010). Carrillo (2014) señala que, durante las setenta décadas de existencia del Hospital Morelos, no hubo en la Ciudad una institución que equiparara sus funciones de atención a ‘enfermedades venéreas’ a los hombres, a pesar de ser actores importantes en su transmisión.

El diagnóstico oportuno de cáncer como política de salud inició a finales de la década de 1940, cuando en el Hospital de la Mujer se establecieron clínicas de detección para todas las pacientes que asistieran a él, como parte de la Campaña Nacional contra el Cáncer (Carrillo, 2010). A partir de 1947, el hospital fue dotado con el equipo necesario para convertirse en un centro de detección oportuna de cáncer cervical y de mama. En 1949 se inauguró el servicio de cancerología y desde ese año funciona además como centro de detección de neoplasias ginecológicas y mamarias; respondiendo a las directrices de la Campaña de Detección Oportuna de Cáncer, contando con un área de citología como laboratorio. Desde 1957, se convirtió en un centro tico ginecológico que imparte atención médica en diferentes especialidades; y a partir de las renovaciones realizadas entre 1958 y 1960 en las instalaciones del Hospital se incluyeron dentro de sus actividades fundamentales ginecología, obstetricia y cancerología ginecológica. Para 1949, se habían atendido en este hospital 75,855 casos de cáncer cervical (García, 1970; en Carrillo, 2010).

En 1966 se clausuró el antiguo Hospital de la Mujer, que se encontraba en Avenida Hidalgo No. 42 y el personal se fusionó con el actual nosocomio. Desde finales de la década de los sesenta se ha instaurado paulatinamente clínicas de especialidad y se han vuelto eje de la atención. En este sentido, la clínica de displasias fue establecida en la década de los noventa para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervical. El actual Hospital de la Mujer “Dr. Jesús Alemán Pérez” tomó el nombre en 1957 del vigésimo segundo director del Hospital Morelos en la década de 1940; reconociendo su destacada labor como cirujano ginecológico.

El Hospital de la Mujer tiene, desde su fundación, un carácter social que se ha enfocado a la atención, en sus inicios, de población de bajos recursos, para diversificarse en la actualidad y atender a cualquier mujer que lo solicite y no sea derechohabiente de otro servicio de salud. El principal propósito del Hospital de la Mujer es la atención de usuarias en las especialidades de ginecología, obstetricia, oncología ginecológica y atención neonatal de los recién nacidos en el hospital (Hospital de la Mujer, s/f).

El Hospital de la Mujer es un Hospital Federal de Referencia (HFR), es decir, una unidad de salud centralizada que depende de la Dirección General de Coordinación y Desarrollo de Hospitales Federales de Referencia, la que a su vez depende de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (SSA, 2012). Los HFR son

unidades hospitalarias cuya área de influencia es la Ciudad de México y los estados conurbados, aunque operan como espacios de concentración para todo el país. Su objetivo principal es prestar servicios de atención médica general y especializada a la población usuaria (CCINSHAE, s/f).

Además del Hospital de la Mujer, los HFR son: Hospital General de México, Hospital Juárez de México, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Hospital Nacional Homeopático y Hospital Juárez del Centro. Estas instancias forman parte del sector público del sistema mexicano de salud, en específico de la Secretaría de Salud (SSA), cuya población usuaria se caracteriza por ser población no asalariada o que pertenecen al sector informal de la economía (Gómez *et al*, 2011), aunque cualquier mexicano puede demandar atención a sus necesidades de salud en estos espacios. El financiamiento de este servicio de salud proviene de recursos federales y, en menor medida, del pago de cuotas que las usuarias hacen por los servicios, los cuales son determinados de acuerdo al nivel socioeconómico asignado por el departamento de Trabajo Social del Hospital de la Mujer.

Figura 8. Fachada del Hospital de la Mujer



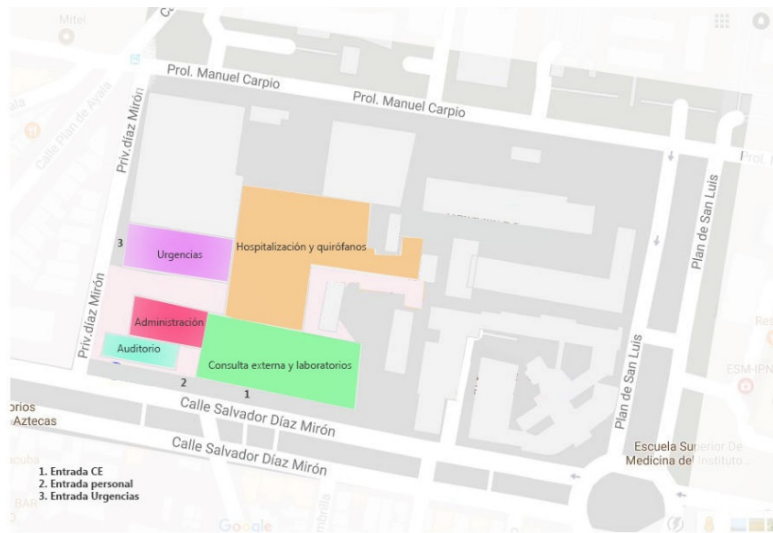
Fuente: www.hdelamujer.salud.gob.mx (2018).

Actualmente, el Hospital de la Mujer se encuentra localizado en Prolongación Salvador Díaz Mirón No. 374, Colonia Santo Tomás, código postal 11340, en la Ciudad de México. Respecto a la accesibilidad, se encuentra localizado a 10 minutos a pie de la estación del Metro L2 Colegio Militar y a 15 minutos a pie de la estación del Metro L2 Normal, siendo esta línea del Metro la que conecta al sur con el noreste de la Ciudad de México. Su ubicación, detrás de la Calzada México-Tacuba, una vialidad donde transitan diversas unidades de transporte público hacia el centro de la Ciudad y la parte noreste; se encuentra cercano al Circuito Interior, donde las rutas

de transporte colectivo conectan con el noreste y suroeste de la Ciudad de México. Además, frente a las instalaciones del Hospital transita una ruta de transporte público que conecta con la estación del Tren Suburbano Buenavista, la cual es un importante espacio de transbordo para usuarias que vienen del Estado de México.

El Hospital de la Mujer ofrece atención especializada en ginecología obstetricia y oncología ginecológica. Al año ofrece aproximadamente 75 mil consultas, entre usuarias de primera vez y seguimiento, siendo el servicio más demandado el área de urgencias (Ureña, 2016). El hospital de la mujer ofrece servicios de consulta externa, con las especialidades de ginecología y obstetricia, colposcopia, climaterio, embarazo de alto riesgo (EAR), esterilidad e infertilidad, genética y oncología ginecológica; urgencias, donde se atiende embarazo y puerperio complicado, partos, hemorragias genitales, complicaciones ginecológicas y tumores ginecológicos; además de interconsultas de oftalmología y urología.

Figura 9. Localización y distribución de servicios en el Hospital de la Mujer



Fuente: elaboración propia, 2017.

En la figura 6 se observa la distribución de las principales áreas del Hospital de la mujer: urgencias, enseñanza, consulta externa y hospitalización.

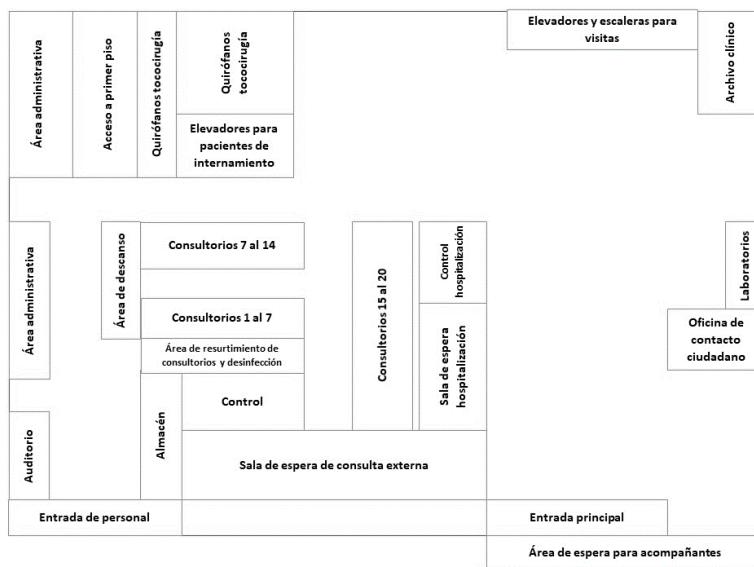
4.2 El servicio de consulta externa del Hospital de la Mujer

El trabajo etnográfico realizado se centró en el servicio de consulta externa, por ser el área del Hospital de la Mujer a la que se adscribe la especialidad de colposcopia (véase figura 7 para conocer la distribución del servicio). La consulta externa se encuentra en el primer piso de la

institución, abarcándolo casi en su totalidad, dejando espacio para la sala de espera de hospitalización y el acceso al resto de los espacios del Hospital.

Este servicio ha sufrido modificaciones a lo largo de los años con el objetivo de dar atención efectiva a las demandas de las usuarias del mismo, pasando de contar con sólo 5 consultorios en 1960, ampliarse a 13 en 1974; además se contaba con la atención de usuarias en dos horarios: matutino de 8:00 a 12:00 horas, y vespertino, de 12:00 a 17:00 horas, siendo éste enfocado a la consulta de ginecología, a cargo de residentes de tercer año. Existían en los últimos años de la década de 1990 y las primeras del 2000 los servicios de gineco-obstetricia, oncología, medicina interna, cardiología, psicología, proctología, genética, cirugía general, clínica de displasias, infertilidad, EAR, clínica de trofoblasto, amenorrea, tumores de ovario, andrológica, climaterio y medicina preventiva; servicio de vasectomía sin bisturí una vez a la semana por parte del programa de Planificación Familiar³³.

Figura 10. Hospital de la Mujer (primer piso): consulta externa



Fuente: elaboración propia, 2017.

Actualmente, el servicio de Consulta externa se conforma por 20 consultorios. Catorce de ellos se enfocan en las especialidades de displasias, ginecología, oncología, obstetricia, cardiología (valoración pre-quirúrgica), anestesia, medicina interna, fertilidad y esterilidad, genética y medicina preventiva (enfocada aplicación de vacunas para recién nacidos). El resto de consultorios son para somatometría de usuarias de 1º vez, dos para preconsulta (donde se

³³ Fuente: Manual del Servicio de Consulta Externa del Hospital de la Mujer. Consultado *in situ*.

reciben a las usuarias de primera vez y se derivan al servicio correspondiente), uno para trabajo social y uno a planificación familiar³⁴. El servicio de consulta externa cuenta con el personal de 18 médicos gineco-obstetras, seis médicos generales, dos perinatólogos, un genetista, cuatro odontólogos, tres oncólogos, un médico internista, dos anesthesiólogos, un cardiólogo, siete médicos residentes, una enfermera especialista, once enfermeras generales, un auxiliar de enfermería. También se cuenta con dos administrativos, dos archivistas, un intendente, un pasante de enfermería, además del personal que rote por el servicio por cuestiones extraordinarias³⁵.

El acceso a consulta externa es por la entrada principal al Hospital de la Mujer; entrando por la segunda puerta a la izquierda al pasillo que conduce al control y a la sala de espera. En la sala de espera principal se encuentran 12 bancas con 4 lugares cada una, en la anexa ocho bancas y en la última ocho más; en total, se cuenta con espacio para que esperen más de 100 personas entre usuarias y acompañantes, aunque la entrada de acompañantes sólo está permitida en ocasiones excepcionales, en caso de realizar algún procedimiento quirúrgico a las mujeres o, por lo general, a usuarias del área de oncología. La sala de espera anexa se encuentra entre los consultorios de pre-consulta, medicina preventiva (infantil) y el espacio de enfermería destinado para la antropometría de las usuarias; mientras que en la sala de espera del fondo se encuentra el control donde las trabajadoras sociales reciben a las usuarias citadas o asignan horarios a quienes lo solicitan.

El servicio de consulta externa está programado para funcionar lunes a viernes de 7:00 a 15:00 horas. La atención matutina inicia a las 7:00, aunque se solicita a las usuarias de primera vez que lleguen desde las 6:30 para que puedan formarse en la parte exterior y tener acceso a una ficha para recibir atención. Las mujeres acceden a los servicios de especialidad después de recibir atención en la pre-consulta, donde se decide el servicio adecuado para atender su padecimiento y se canalizan a él. Más adelante se explicará cuáles son los mecanismos para acceder a los servicios del Hospital de la Mujer y los actores que intervienen en ellos.

³⁴ A decir del personal de Consulta externa, el servicio de Planificación Familiar dejó de existir hace aproximadamente cinco años, y aun con el último cambio en la administración del Hospital, no existen esfuerzos administrativos para instaurarlo nuevamente; por ello es que en ningún consultorio de este servicio se brindan métodos anticonceptivos o la aplicación de DIU (de cobre), Mirena o implantes subdérmicos, aunque se ofertan estos métodos a las mujeres que se encuentran en hospitalización posparto y los insumos se encuentran disponibles en algunos de los consultorios.

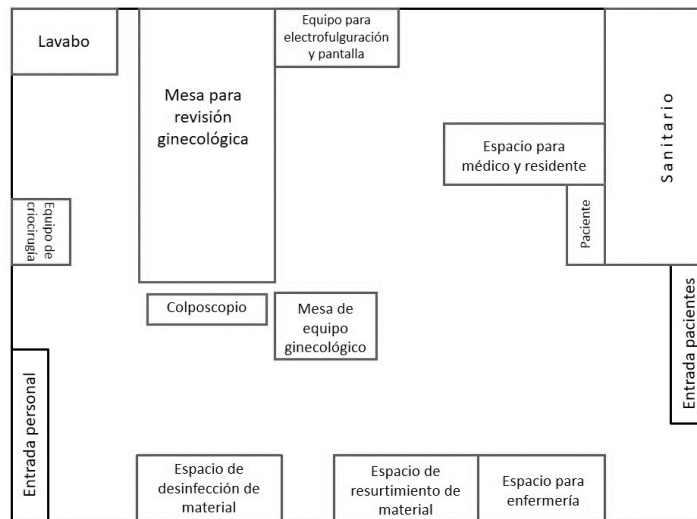
³⁵ Fuente: Manual del Servicio de Consulta Externa del Hospital de la Mujer, s/f. Consultado *in situ*.

4.2.1 La consulta de displasias en el Hospital de la Mujer

En este apartado, se encontrará la descripción pormenorizada de la cotidianidad del área de displasias del Hospital de la Mujer, conformada por dos consultorios³⁶, en el cual se centró casi por completo el trabajo etnográfico. Al igual que los siete consultorios ubicados a cada lado del pasillo para usuarias, éstos se encuentran conectados por una puerta frontal y otra trasera. El espacio de circulación de las usuarias, el lado frontal, permanece todo el tiempo con la puerta cerrada y ésta sólo se abre para el ingreso de las mujeres al servicio o para el ingreso del personal de las farmacéuticas que llevan medicamentos o productos promocionales para los médicos, además de ser el lugar por el que ingresan los expedientes de las usuarias del día. La circulación de personal es por la cara trasera, donde la puerta todo el tiempo permanece abierta, incluso mientras se hace la revisión ginecológica, y es el espacio por el que ingresa el personal médico y administrativo, además de ser la conexión con el área de reabastecimiento y desinfección de material. Ambos consultorios cuentan con la misma distribución y material, en la siguiente figura se observan.

Figura 11. Distribución del interior de los consultorios de displasias

³⁶ Hasta épocas recientes, displasias se conformaba un servicio independiente de consulta externa, contando con un médico jefe y dos más titulares del servicio, y organizado por ellos mismos. Los tres médicos rotaban en los dos consultorios disponibles, dando atención no sólo a las usuarias que así lo solicitaban, sino también en ocasiones a las parejas de ellas, generalmente hombres, reservando dos días para dicha tarea. Además, se realizaban actividades de investigación dirigidas por los titulares; y el servicio de displasias impartía un Diplomado a ginecólogos para formarlos como colposcopistas, y los ingresos generados por la cuota cobrada a los estudiantes del diplomado permitían sostener los costos del servicio y mantener el consultorio debidamente abastecido de material. Con la jubilación de uno de los médicos titulares y el cambio administrativo del Hospital de la Mujer en 2015, se dio fin al diplomado y el servicio de displasias se fusionó con la consulta externa, convirtiéndose en una especialidad de la misma. En opinión del personal médico, la falta del ingreso generado por el Diplomado no generó mayor problema de abastecimiento, en tanto que la administración del Hospital se encarga de ello, aunque sí llegan a existir comentarios por la gestión incorrecta y la falta de conocimiento del personal administrativo de las necesidades de este servicio, como mantenimiento de equipos o compra de nitrógeno líquido para las crioterapias.



Fuente: elaboración propia, 2017.

El consultorio tiene una dimensión aproximada de diez metros cuadrados; al entrar, del lado derecho, se encuentra un sanitario donde las mujeres cambian su ropa por la bata que usarán durante la consulta y la revisión ginecológica. Del lado izquierdo, se encuentra un pequeño escritorio con una silla, espacio en el que se realiza el registro de los signos vitales y datos generales de las usuarias en la bitácora diaria del personal de enfermería, además de ser el espacio donde se coloca la agenda diaria y los expedientes para la consulta. En la parte baja de esta mesa se encuentra un equipo de impresión, que originalmente estaba destinado para la impresión de las imágenes obtenidas con la colposcopia para ser anexadas al expediente y ahora se encuentra obsoleto³⁷.

Junto a este espacio, se encuentra un pequeño armario con 15 espejos vaginales estándares y dos infantiles, material de curación (gasas, torundas de algodón, cintas adhesivas y de tipo microporo), agua destilada, jeringas, *citobrush*, laminillas para PAP, alcohol jeringas y agujas de diferentes calibres para la aplicación de lidocaína y otros anestésicos, *itospray* (para la fijación de la muestra del PAP) batas y mantas para el uso diario, además del lugol³⁸ y ácido acético preparado, éstos últimos compartidos entre ambos consultorios, junto con las pinzas para biopsias. Además, se cuentan con volantes para las usuarias, que explican la importancia de la prevención y detección temprana de la iVPH, y los servicios del Hospital de la Mujer para

³⁷ Este equipo sólo funcionó por unos meses, recién comprado, dejó de ser usado por el personal debido a la falta de insumos, como papel y tinta, para la impresión de las imágenes, aunque sigue almacenado en el consultorio.

³⁸ Solución acuosa de yodo y yodo potásico, empleado para realizar la colposcopia cuando la inspección visual posterior a la aplicación de ácido acético no es concluyente para la detección de lesiones.

dichas acciones. En la parte inferior del armario, se encuentran varios frascos con formol, donde se colocan las muestras de tejidos que se toman cuando se realiza una biopsia.

Junto a este armario hay una mesa con una bandeja llena de líquido desinfectante (compuesto de cloro al 90%), donde después de cada consulta, se colocan los espejos vaginales, pinzas y demás instrumental reusable usado en una bandeja de líquido desinfectante que se encuentra dentro de cada consultorio. Al finalizar las labores del día, el personal de enfermería saca los espejos de esta bandeja y los coloca en otra, para su lavado en el área de desinfección de la consulta externa. Después, se llevan a desinfectar a otra área para que puedan ser reutilizados al día siguiente. Junto a esta bandeja, se encuentra colocado el bote para RPBI, como agujas usadas para anestesia, gasas con sangre o cualquier otro insumo que haya sido usado por el médico y que fuera contaminado por residuos biológicos.

Frente al espacio destinado a enfermería, se encuentra el escritorio empleado por el médico para sus labores. En él está organizada la papelería del servicio, que incluye formatos de consentimiento informado de la consulta externa y de los tratamientos; de toma de Papanicolau; de biopsias; de interconsultas; de solicitud de exámenes clínicos; de hojas de contrarreferencia; de historia clínica y recetas médicas; además de los formatos para el conteo diario de usuarias de primera ocasión y subsecuentes, que son llenados por el médico o el residente y entregados al final de la consulta con la agenda. Cuenta con una máquina de escribir mecánica que es usada diariamente por el médico³⁹, y una bitácora que donde se registran los procedimientos de crioterapia y conoirugía, consignando el número de expediente, nombre de la usuaria, diagnóstico y técnica empleada. Este escritorio tiene tres sillas, una para el médico, otra para el residente y una extra, que solía ocupar durante mis observaciones.

A la derecha del escritorio del médico se encuentra una pequeña mesa donde está colocado el equipo para electrofulguración y conoirugías. Sobre esta mesa, anclada al techo, hay una cortina destinada a separar el área de interrogatorio del área de revisión, pero ésta nunca se corre; y al lado de la cortina se encuentra la pantalla del colposcopio, que es empleada por los médicos para explicar a las mujeres lo que observan en el cuello del útero durante el examen. Junto a la mesa mencionada, se encuentra otra de revisión ginecológica, siempre

³⁹ En cada consultorio existe también una computadora para el uso de los médicos; sin embargo, estos equipos nunca han sido empleados por el personal porque no existen los programas de cómputo adecuados para el servicio de las consultas, además de no tener acceso al expediente digitalizado por falta de internet.

cubierta por una sábana blanca, que sólo se cambia después de que se realiza un tratamiento de electrofulguración de molusco contagioso o verrugas asociadas a iVPH, y no después de cada usuaria; y sobre ella, en el extremo inferior donde se encuentran los estribos, se coloca un trozo rectangular de papel estraza que sirve para que las usuarias se apoyen durante la revisión, el cual se cambia después de cada usuaria.

Frente a la mesa de exploración se encuentra un banco para que el personal médico durante la revisión ginecológica; a su lado está el colposcopio y un contenedor para desechos comunes (guantes, torundas, gasas). Junto al colposcopio se encuentra colocada otra mesa con un campo quirúrgico para la colocación del material que será empleado en el día: torundas con agua y alcohol, jeringas, citobrush, guantes de látex, laminillas para PAP y citospray; además de ser el espacio donde se coloca el campo quirúrgico del espejo vaginal y donde se realizan las maniobras correspondientes a la toma de PAP y biopsias.

Al lado de la mesa de exploración, se encuentra el área de lavado de manos para el personal médico, donde además de los productos de higiene habituales se encuentra un frasco con cloro donde se colocan las puntas y asas empleadas durante la electrofulguración de lesiones o la conócirugía para su desinfección, dejándolas en el líquido después de ser usadas y hasta el día siguiente. Finalmente, al lado de la puerta de personal se encuentra el tanque de nitrógeno líquido que se emplea para las crioterapias, al que se conecta la pistola por medio de una sonda. Esta última no se esteriliza después de cada tratamiento, ya que, a decir del personal médico, “el frío es esterilizante”, y después de ser empleada se cubre con un guante de látex que se cambia cuando se rompe.

Sobre el funcionamiento del área de displasias, podría decirse que éste corresponde al funcionamiento del resto de los consultorios de consulta externa, aunque si bien existen horarios establecidos, éstos también dependen de la dinámica interna de cada consultorio. Así, aunque el servicio de consulta externa tiene un horario de servicio de 7:00 a 14:00 horas, las citas del área de colposcopia se agendan de la siguiente manera (Ver figura 9):

- De 7:15 a 8:30 am. Citas de primera vez, se registran por el personal administrativo de control en la agenda, después de que el filtro ha revisado los papeles de la usuaria y deciden que éste es el servicio que atenderá su padecimiento.
- De 8:30 a 10:00 am. Citas de seguimiento, son dadas en el espacio de cada consultorio por el personal de enfermería. Por lo general, estas citas se dan a las personas para que

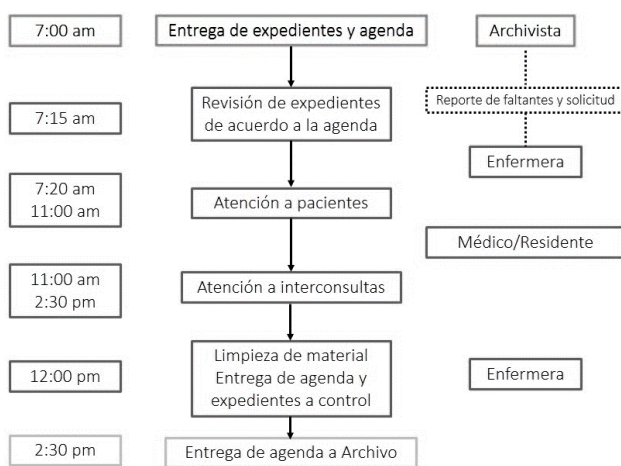
recojan los resultados de los exámenes clínicos, o cuando se les da seguimiento post-tratamiento o vigilancia de lesiones.

- De 10:00 a 11:30 am. Citas para tratamientos, se agendan en el consultorio correspondiente, después de que se han obtenido los resultados de laboratorio y se decide cuál es el tratamiento indicado para la usuaria. Estas son las últimas citas que se programan porque se toma en consideración el tiempo de recuperación de cada usuaria después del procedimiento.

Aunque en el consultorio el personal médico sabe qué horarios se dedican a cada tipo de usuaria, por regla general se agendan en el mismo horario y se atienden por orden de llegada, es decir, si existen cinco usuarias de primera vez, en el carnet de todas se consignará el horario de las 7:15 y pasará la primera que haya llegado y así sucesivamente; lo mismo ocurre para las citas de seguimiento. Caso contrario son las citas para tratamientos, la cual se agenda sólo una diaria, es decir, sólo se realiza un procedimiento (crioterapia o conócirugía) al día; aunque la electrofulguración de verrugas o de pequeñas lesiones en el cuello del útero también se realiza en el espacio de la consulta, no se agenda espacio específico para ello.

Respecto al funcionamiento general, aun con algunas diferencias entre consultorios que se mencionaron previamente, hay cierta regularidad en los horarios que se manejan al interior de ellos.

Figura 12. Distribución de actividades por jornada



Fuente: elaboración propia, 2016.

La primera actividad es la entrega de la agenda diaria y los expedientes correspondientes a las usuarias que tienen cita en ese día, de parte del personal de archivo al personal de enfermería de los consultorios, quienes proceden a verificar que los expedientes coincidan con los números

de expedientes registrados en la agenda y, aquellos que falten, sean solicitados nuevamente. Aunque se reserva este momento para esa revisión, en ocasiones ocurre que cuando se inician las actividades médicas, se den cuenta de la falta de algún expediente, por lo que debe solicitarse en el momento, lo que provoca que la espera de la usuaria en cuestión aumente, porque si no se encuentra de inmediato, se da atención a la siguiente usuaria. Aproximadamente de 7:20 a 11:00 horas se da atención a las usuarias.

La jornada laboral del personal de salud continúa hasta las 14:00 horas, por lo general se termina de atender a las usuarias agendadas alrededor del mediodía, y el resto del tiempo los médicos lo dedican a realizar cirugías programadas, interconsultas de otros servicios o de internamiento, atención a urgencias o a rondas postquirúrgicas; aunque las particularidades de cada uno de ellos también incluyen labores de enseñanza o de atención en otros espacios clínicos. Al finalizar las actividades en el consultorio, se hace entrega de la agenda al personal de control y los médicos revisan que los formatos de registro de usuarias hayan sido llenados de manera adecuada durante el día. El personal de enfermería se dedica a labores de desinfección de material y entrega de sus propias bitácoras.

Durante los primeros meses del trabajo de campo, existían tres médicos que rotaban por ambos consultorios (en el primer turno se encontraba la una de mayor antigüedad y otra de reciente incorporación al servicio y en el segundo uno permanentemente); sin embargo, se dio un cambio repentino⁴⁰ en el último mes de las labores etnográficas, durante el cual se sustituyó a las dos médicas del primer consultorio por una sola⁴¹, transferida del servicio de puerperio complicado, pero que había laborado previamente en el servicio. Además de los médicos titulares, cada mes rotan dos residentes por el área con intercambio semanal de consultorios, aunque no siempre existió un residente en cada consultorio y hubo ocasiones en las que había más de tres al mismo tiempo. Existe una enfermera titular que alterna sus labores entre los dos consultorios y un/a enfermero/a pasante que permanece un mes en el área, alternando entre

⁴⁰ Las modificaciones que se fueron generando en el servicio coincidieron con la última etapa del trabajo de campo. Este cambio en particular se dio en un momento en el que la permanencia en el área de displasias se estaba espaciando por razones que se detallarán más adelante, y la transferencia repentina de las médicas anteriores a otros servicios hizo imposible que se les incluyera como interlocutoras en la investigación.

⁴¹ Esta médica había formado parte de la etapa anterior de displasias, cuando estaba constituido como servicio independiente, y estuvo fuera de él por cinco años, por lo que los nuevos procedimientos eran consultados constantemente con el único médico que ha permanecido por más de 20 años en el área.

ambos consultorios según lo indicara la enfermera, aunque al igual que los residentes, no siempre se contó con este personal.

Respecto al personal médico sus actividades consisten en elaborar la historia clínica a partir del interrogatorio a las usuarias; realizar la revisión ginecológica que al ser de primera vez incluye la exploración física de las mamas, la toma de PAP y la colposcopia, y en usuarias subsecuentes se limita a la colposcopia y la toma de PAP en caso necesario; tomar la biopsia cuando se detectan lesiones de gran extensión en el cuello del útero; aplicar el tratamiento adecuado para cada una de las usuarias e informar las indicaciones posteriores a él; comunicar los resultados de las biopsias, PAP y colposcopia a las usuarias; cumplir con actividades de enseñanza a los médicos residentes, como guiarlos respecto a los procesos de diagnóstico y tratamiento; llenar los formatos administrativos correspondientes⁴². En el caso del personal rotativo, además de estas acciones se agrega el atender a las indicaciones del médico titular sobre los procedimientos a realizar en el consultorio y asistirlo en el llenado de formatos.

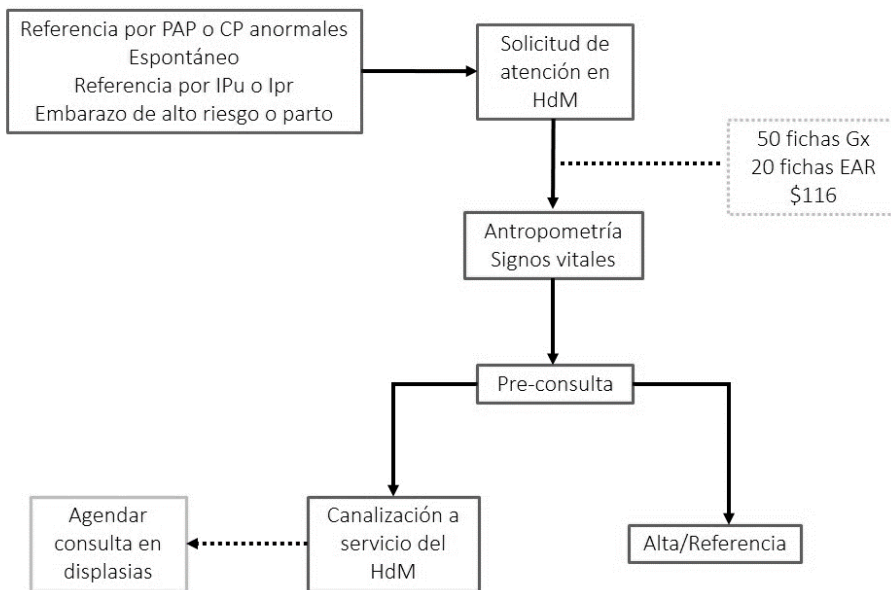
Entre las labores del personal de enfermería se incluyen verificar que los expedientes entregados por el personal de archivo correspondan a aquellos de las usuarias citadas en el día y, en caso de ser necesario, solicitar aquellos que no fueron entregados de manera oportuna; tomar los signos vitales de las usuarias; indicar a las mujeres dónde y cómo se deben colocar para la revisión ginecológica; llevar una bitácora diaria, que se entrega al final del día a la jefatura de enfermería, con los números de expediente, nombre, signos vitales y causa de demanda de atención; cambiar el material empleado para la revisión ginecológica (papel, espejos, pinzas) entre usuarias; asistir al médico en la toma de PAP, etiquetando la laminilla correspondiente, en la revisión colposcópica, y en la toma de biopsias, etiquetando los frascos que contienen los tejidos biológicos y entregándolos al área correspondiente; programar las citas de las usuarias de acuerdo a lo indicado por el médico y enseñar los procedimientos pertinentes al pasante de enfermería. Respecto a este último, además de las acciones previas, le corresponde atender las indicaciones dadas por el personal de enfermería.

⁴² En el caso de consultas de primera vez, se trata de la historia clínica y el consentimiento informado de consulta externa; los formatos de solicitud de PAP; las bitácoras diarias; la solicitud de exámenes clínicos; las recetas médicas, etcétera.

4.3 Las trayectorias protocolarias de atención a la iVPH en el Hospital de la Mujer

Como hemos mencionado previamente, la presencia en la consulta tenía como propósito reconstruir las trayectorias protocolarias que siguen las usuarias para recibir atención a sus problemas de salud asociados a la iVPH. Así, es como se reconstruyeron diferentes representaciones gráficas de los procesos que se siguen en el Hospital en la consulta externa del Hospital de la Mujer para ello. El primer esquema (Figura 10), hace referencia al proceso por el cual las usuarias son canalizadas al servicio que atenderá su padecimiento.

Figura 13. Proceso de solicitud de atención en el Hospital de la Mujer



Fuente: elaboración propia, 2016.

Para recibir atención en el Hospital de la Mujer, las usuarias que así lo soliciten deben formarse en el exterior de él, en la entrada a la consulta externa, para las citas que se otorgan desde las 7:00 horas. Los encargados de mantener el orden de la fila son los miembros del personal de seguridad del Hospital, es decir, elementos hombres de seguridad pública, quienes además de indicar el orden de ingreso de las usuarias, hacen una revisión de los documentos que ellas llevan para asegurar que cuenten con los requisitos para la consulta, los cuales consisten básicamente en la entrega de estudios de laboratorio previos o, en el caso de las mujeres embarazadas, hojas de referencia del centro de salud donde hayan sido monitoreadas para la atención previa al parto, identificación oficial y comprobante de domicilio.

Se otorgan 70 fichas para consultas de primera vez, 50 para la atención ginecológica y 20 para la atención de embarazo de alto riesgo o programación para el parto⁴³. Una vez que se ha verificado que cuentan con los documentos necesarios, y que se ha contabilizado el número de mujeres para que no sobrepasen el número de las fichas que se dan, se permite el paso a la sala de consulta, donde se sientan en orden de entrada, para que una de las médicas de la pre-consulta les haga entrega de la ficha de cartón numerada. Una vez entregadas las fichas, el personal de enfermería hace pasar a las usuarias, nombrándolas por el número de ficha, para tomar sus signos vitales, peso y talla, anotando estos datos en un pedazo de papel que después las mujeres entregarán al médico de la pre-consulta. Posteriormente, las mujeres son llamadas a la pre-consulta, que es el espacio donde se realiza el filtro para canalizar a las usuarias al servicio que los médicos consideran que puede dar respuesta a sus necesidades de salud. Está compuesta por dos consultorios contiguos, ubicados en la misma habitación y separados por una media pared entre sí; en ellos atienden tres médicos: uno de ellos ocupa un consultorio, mientras que las otras dos se rotan diariamente el segundo. El mobiliario de estos espacios es mínimo, se trata sólo del escritorio, una silla para usuaria y una para el médico, un pequeño archivero y un lavabo para las manos compartido por ambos médicos. Además, los médicos cuentan con los formatos específicos para la canalización de las usuarias, el cual consta de una hoja de evaluación física, en la que se debe consignar signos vitales y apariencia de los órganos externos y antropometría, se escriben los datos enviados por la enfermera del filtro, además de motivo de consulta de acuerdo a lo que las usuarias manifiestan y a los exámenes clínicos que muestran. El segundo formato es la orden de apertura para el expediente clínico, que incluye los datos generales de la usuaria (nombre completo, dirección, teléfono), la cual debe entregarse en el archivo clínico para la apertura del expediente y la asignación de número y carnet, con lo cual se solicitará una cita en la consulta externa.

La atención en este espacio es de alrededor de 10 minutos, tiempo en el que se revisan los documentos que las usuarias llevan para solicitar atención médica, que pueden catalogarse en dos grupos: aquellas que tienen referencia de algún centro de salud y aquellas que llegan de manera espontánea con estudios de laboratorio en otros espacios privados; sin embargo,

⁴³ A decir de una de las médicas de la pre-consulta, existen ocasiones en las que no se reparten ni la mitad de las fichas diarias. En la experiencia etnográfica, pudimos constatar que al día sobran una o dos fichas de primera vez, no más.

también existen algunas usuarias derivadas del servicio de Urgencias, que al no considerarse la causa de demanda de atención como tal, son enviadas a la consulta externa para la atención de su padecimiento⁴⁴. Una vez que se han revisado los documentos y se ha preguntado a la usuaria cuál es la causa de solicitud de atención⁴⁵, los médicos llenan los formatos correspondientes y los entregan a ellas junto con la orden para la apertura del expediente clínico, indicándoles que vayan al archivo para el siguiente paso.

En el archivo clínico, las usuarias abren su expediente en una ventanilla dedicada a ello, haciendo entrega de los documentos que en la pre-consulta se le dieron (hoja de exploración física y la orden de apertura del expediente); además de una copia de todos los análisis clínicos que lleve consigo para ser anexados a él. Se le solicita además un número de teléfono para contacto, se anota en el frente del expediente el servicio al que se le envía y se le da un número de expediente, que se otorga indistintamente de acuerdo al orden de llegada, siguiendo la lógica de la numeración que será relatada en el siguiente capítulo. Una vez que se ha asignado un número de expediente y se ha dado el carnet, las usuarias se dirigen al control de la consulta externa, donde el personal de este espacio les otorgará una cita de acuerdo al espacio en la agenda del servicio al que hayan sido canalizadas. El espaciamiento de las citas varía según el servicio y la demanda de éste, pero en general para displasias, éste toma alrededor de una a dos semanas.

Respecto al funcionamiento de los consultorios de displasias, éste dependía del médico que se encontrara frente a él. En el consultorio 1, observé dos dinámicas distintas. La primera, tenía que ver con el período de rotación de dos médicas en ese espacio, cuyos horarios dependían de sus actividades previas: la médica más recientemente incorporada, iniciaba su práctica alrededor de las 7:00 horas, por seguir la directiva marcada por el médico del segundo consultorio que, aunque es de manera implícita, daba a entender que existe cierto rigor con el

⁴⁴ Las usuarias derivadas de urgencias son menos en comparación con las referidas o espontáneas, en tanto que las que llegan a ese espacio generalmente son atendidas por hemorragias o parto y la atención debe ser expedita. Por otro lado, el porcentaje de mujeres que no son atendidas en el Hospital de la Mujer al pasar por este filtro también es mínimo; por un lado, porque los requisitos para ello son pocos y porque en general las usuarias conocen que esta institución da atención ginecológica y eso es lo que solicitan.

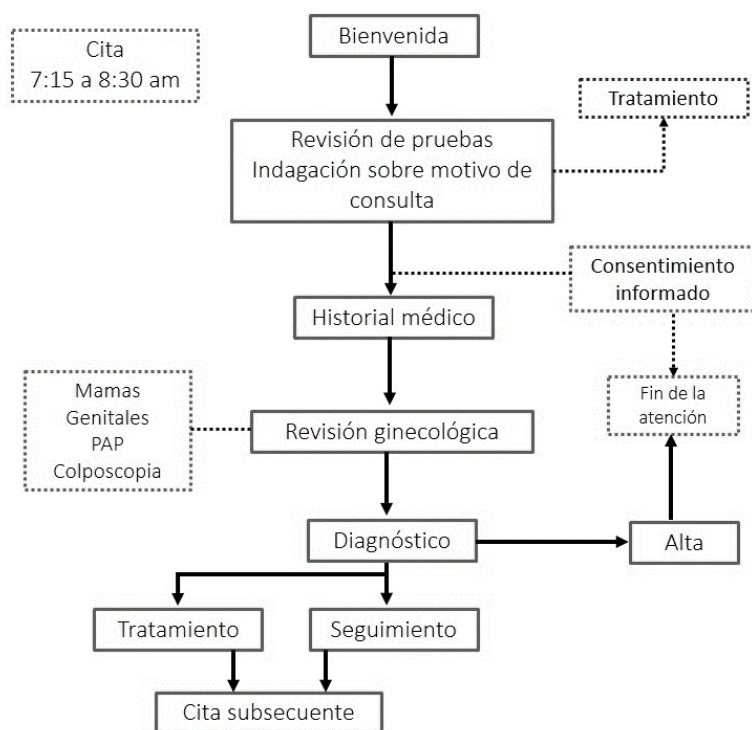
⁴⁵ Respecto al personal en este espacio, se trata de dos médicos generales y una epidemióloga, que a consideración de otro personal de la consulta externa, se encuentra en este espacio por un castigo administrativo, aunque se reconoce su labor de cercanía y empatía con las usuarias, se menciona que es un “desperdicio” su presencia en este espacio.

horario de inicio. Con la segunda médica, de mayor experiencia y quien a decir del resto del personal se encontraba en desacuerdo con la presencia de su colega más joven y del funcionamiento en general del área, la jornada daba inicio alrededor de las 8:00 horas, en tanto que el tiempo previo se dedicaba a realizar actividades personales o educativas, lo que alarga el tiempo de espera de las usuarias; terminando las actividades alrededor de mediodía. La rotación del personal médico en este espacio implicaba también que las usuarias asignadas al consultorio 1 no siempre recibían atención de la misma médica, lo que en términos de relación médico-usuaria interfiere en el establecimiento de una alianza terapéutica y, por lo tanto, puede impactar en el apego al tratamiento. Sin embargo, la rotación de las médicas también tuvo un impacto en la realización de la etnografía, en tanto que la segunda médica indagó sobre mi presencia, pero mantuvo una actitud hostil hacia mí en el curso del trabajo etnográfico, y debido a los cambios en la asignación de personal, fue imposible contactarla para la realización de la entrevista.

La segunda dinámica, tuvo que ver con la reincorporación de una médica al servicio de displasias (más adelante relataré cómo los cambios en el servicio ocurrieron hacia el fin de mi presencia en el sitio), y el horario de inicio era alrededor de las 8:00 horas, debido a retrasos asociados a las otras actividades laborales de la médica titular o a actividades personales. Con el médico del consultorio 2, las actividades daban inicio a las 7:15 horas, o en cuanto llegara la primera usuaria, y la jornada llegaba a su fin alrededor de mediodía o después de brindar atención a todas las usuarias citadas en el día.

A continuación, hablaremos de los protocolos que se siguen al interior de la consulta de colposcopia para la atención a las usuarias. Después de la canalización de la pre-consulta a este espacio, da inicio el protocolo de atención para las citas de primera vez cuyo desarrollo se observa en la siguiente figura.

Figura 14. Consulta de primera vez en displasias



Fuente: elaboración propia, 2016.

Las usuarias que solicitan atención en este espacio llegan generalmente por dos vías:

Referidas de algún centro de salud o feria de salud, con resultados de PAP anormales.

1. De manera espontánea, después de realizarse un PAP o colposcopia en el ámbito privado y que éste mostrara resultados anormales.

Sin embargo, existen usuarias que llegan al servicio derivadas de otros espacios de la Consulta Externa; a partir de que su médico tratante identificaba algún signo asociado con iVPH, o como parte de los análisis preoperatorios. El envío de otras especialidades representaba un conflicto en tanto que, a decir de uno de los especialistas, los otros médicos no identificaban adecuadamente la presencia de lesiones o no habían realizado toma de PAP antes de la interconsulta; este hecho generaba molestia de parte de los médicos de displasias al asociar estas referencias con pereza o falta de capacidad técnica y/o conocimiento sobre la pertinencia de realizar las pruebas, en particular de los residentes, que en palabras de los médicos no contaban ni con las pericias ni con la guía para identificar de manera efectiva las lesiones asociadas a la iVPH, convirtiéndose en una expresión común dentro del consultorio 2: *acuérdate que no todo lo que brilla es oro y no todo lo que se pinta es lesión*, al hacer referencia

al cambio de coloración del epitelio en presencia de iVPH que se adquiere ante la aplicación de ácido acético o lugol.

Cuando ingresan al consultorio, la enfermera y el médico le dan la bienvenida, presentándose y preguntando su nombre. El médico indaga sobre la causa que la ha llevado a solicitar atención en ese servicio, a lo que las mujeres generalmente responden haciendo referencia a los exámenes de laboratorio con los que cuentan o a alguna molestia física que las haya llevado a solicitar atención en el Hospital. Mientras que las mujeres relatan el motivo de solicitud de servicio, el médico revisa los documentos anexos al expediente para conocer cuáles fueron los resultados de los exámenes realizados previamente, y en el caso de exámenes de laboratorios privados, cuestiona *¿por qué te hiciste estas pruebas, ya te tocaban o te sentías mal?*, a lo que las respuestas de las usuarias suelen dividirse en tres rubros: los resultados corresponden a una prueba rutinaria, es decir, existe un hábito de detección oportuna y autocuidado en lo referente a las lesiones cervicales; existía algún síntoma visible en los genitales que la condujeron a realizarse esta prueba⁴⁶; la segunda razón es que existían algunas molestias ginecológicas, como sangrados menstruales anormales o cólicos atípicos; o la tercera, en la que reportan molestias asociadas a infecciones en vías urinarias, como ardor al orinar, siendo ésta una respuesta frecuente entre las usuarias, aunque no haya evidencia de asociación entre el VPH y las infecciones de este tipo; este fue un elemento que llamó particularmente mi atención, y al entrevistar al personal médico al respecto, señalan que *no hay asociación, pero sí ese malestar sirve para que se hagan la prueba y detecten algo, pues que lo hagan* (diario de campo, 2016).

Después de este primer interrogatorio, el médico le explica que le hará varias preguntas y posteriormente una revisión ginecológica. Como parte de los protocolos de las consultas de este servicio, existen dos consentimientos informados, uno de ellos empleado en la primera consulta y el segundo durante el tratamiento. Más adelante describiremos con amplitud los mecanismos que operan en el segundo; para detenernos un momento en el que de acuerdo a las normas del hospital debe solicitarse en la primera consulta⁴⁷, previa información sobre los

⁴⁶ Por lo general, estas evidencias son condilomas y la realización de la prueba se debe a la asociación que en el conocimiento popular se hace con el virus de papiloma humano, aunque las diferencias entre los tipos de virus y sus consecuencias no formen parte de este conocimiento.

⁴⁷ Aunque de acuerdo a los protocolos institucionales, el consentimiento debe firmarse en cada consulta de primera vez, tampoco existe homogeneidad sobre éste. Al inicio del trabajo de campo, no existía la firma de este

procesos y las pruebas que se realizarán en ella, las cuales además de la revisión visual de los genitales y las mamas, incluye la ginecológica. Sin embargo, el mecanismo que opera es distinto a lo esperado: después de la bienvenida y una breve indagatoria sobre los motivos de solicitud de consulta, se menciona que se harán *unas cuantas preguntas* y se le revisará (sin explicitar qué o cómo), los médicos acercan el formato de consentimiento informado exclamando *necesito que me firmes este papel, donde dice que lo que ya te expliqué⁴⁸ lo que te voy a hacer*. Es en contadas ocasiones en las que la usuaria hace preguntas sobre la supuesta explicación dada, y ante ello sólo se le recuerda sobre las preguntas y la revisión de manera genérica, o se le coacciona para dar el consentimiento, expresando *si no lo firmas, no te puedo atender y así te vas*, y ante la perspectiva de no solucionar su problema de salud, las mujeres deciden firmar el documento. Es decir, el consentimiento informado se vuelve un mero requisito burocrático en lugar de ser un mecanismo que permita brindar información sobre las intervenciones que se realizarán sobre el cuerpo y la comprensión de ellas, para la toma de decisiones asertivas respecto a la propia salud y bienestar.

Posteriormente, se da inicio al interrogatorio para la construcción de la historia clínica, que incluye datos sociodemográficos, como edad, ocupación, estado civil, nacionalidad, dirección y teléfono. Antecedentes heredo familiares, como patologías congénitas, endocrinológicas, cardiovasculares, neurológicas, inmunológicas, psiquiátricas, etcétera; antecedentes personales no patológicos, referentes a la casa habitación y los hábitos de alimentación, descanso, actividad física y tiempo libre. Antecedentes personales patológicos, como alergias, traumas, cirugías, transfusiones, antecedentes de otras enfermedades. Antecedentes gineco-obstétricos, como edad de la menarquia, inicio de la vida sexual activa, número de parejas sexuales, gestas, abortos, etcétera. El formato también contempla una evaluación nutricional, que no se realiza en el sitio, y una inspección física general, la cual se llena de acuerdo a las impresiones generales que el médico tiene al realizar la exploración visual de la usuaria durante el interrogatorio.

documento, aunque el formato se encontraba disponible para ello, y cuando empezó a implementarse, interrogué a los médicos al respecto y la respuesta que recibí fue *siempre lo hemos hecho*, situación que contrasta con lo observado en la consulta. Así, en ocasiones esta práctica era discrecional y se reservaba a algunas usuarias de primera vez, algunas menores de edad y a mujeres adultas mayores o con alguna discapacidad intelectual.

⁴⁸ Se refiere a la explicación sobre el proceso, la cual no se da a menos que la usuaria la pida de manera explícita.

La indagatoria para la construcción de la historia clínica es un elemento problemático. De acuerdo a la norma del hospital, los expedientes clínicos deben contener, entre otros elementos indispensables para la atención: los hábitos de uso de métodos de planificación familiar⁴⁹, la historia ginecológica y obstétrica completa de la mujer, la cual se consigna en el formato que cada expediente tiene anexo para dicho propósito. Situándonos desde una perspectiva antropológica, este momento de la consulta médica sería el ideal para la entrevista clínica y la recuperación de relatos que permitan enmarcar las trayectorias de salud sexual y reproductiva en términos útiles para la atención. Sin embargo, la realidad es otra, en parte por el tiempo limitado a quince o veinte minutos por usuaria, que debe distribuirse entre el interrogatorio, la revisión y las indicaciones, implicando que éste es escaso y no es posible la recuperación de la información que permita la obtención de datos para la construcción de las trayectorias.

Posterior a la reconstrucción de estos antecedentes, se le indica a la usuaria *pasa al baño, retírate toda tu ropa, excepto zapatos y colócate la bata con la apertura hacia atrás, si quieres que te revise los senos te quitas el brasier* (diario de campo, 2016). Una vez que ha cumplido con esta indicación, se le pide que se coloque en la mesa de exploración en posición ginecológica, momento conflictivo de la consulta por la dificultad de adoptar esta posición en el primer intento, en particular si la experiencia con los servicios ginecológicos es poca o por las molestias que esta posición causa. Una vez que la usuaria se encuentra recostada, se le indica que como es la primera vez en el servicio, se le puede hacer una inspección de mamas, a lo que generalmente todas aceptan, se le retira la parte superior de la bata y se hace la inspección visual y manual de las mamas y en caso de encontrar alguna anormalidad, enviar a la usuaria a que se realice estudios a profundidad para descartar cáncer de seno. Después de este momento, es cuando la enfermera se acerca y le toma la presión arterial, para asentarla en su bitácora de usuarias diaria.

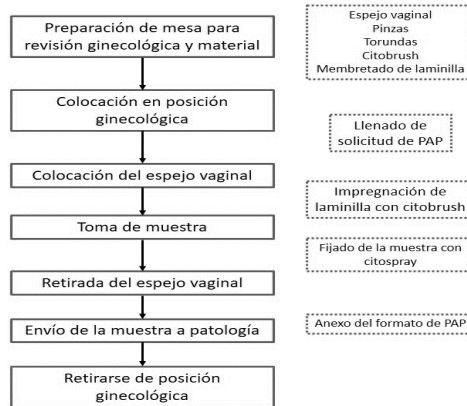
⁴⁹ Aunque esta información es relevante en la atención, es de destacar que en la indagatoria clínica no se averigua explícitamente sobre el uso de métodos de barrera, ya sea el profiláctico, las sábanas de látex (o barreras bucales), los guantes de látex o poliuretano, o cualquier otro recurso que la mujer podría estar empleando al tener relaciones sexuales para prevenir la transmisión/adquisición de ITS. En este sentido, otro de los problemas asociados a esto es que la relevancia epidemiológica de otras enfermedades asociadas a la transmisión de VPH, como el cáncer de boca o faringe, no es tal como para que exista, por un lado, una campaña que favorezca el uso de estos métodos y el fácil acceso a ellos; y por otro, el reconocimiento de prácticas sexuales de riesgo distintas a la penetración vaginal sin condón.

Al finalizar esta primera inspección, el médico procede a realizar una evaluación visual de los genitales externos, prestando particular atención a si las usuarias han manifestado la existencia de *granitos* o verrugas, para identificar la zona en la que se encuentran y tratarlas posteriormente. Después, le indica que tocará sus genitales y le pide que abra las piernas para la colocación del espejo vaginal. Este es el segundo momento altamente estresante en la consulta para las usuarias, por la incomodidad que este instrumento implica, y por las múltiples indicaciones que reciben en él, de parte de la enfermera y el médico, que la orientan para facilitar la entrada del instrumento y realizar la inspección interna.

Durante el interrogatorio para la construcción de la historia clínica, el residente hace el llenado del formato para solicitud de PAP, donde se incluyen datos sobre los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres, factores de riesgo y elementos de la inspección visual que brinden guía a los patólogos para la indagatoria. Cuando no había residente en el consultorio en cuestión, el llenado del formato se me solicitaba *para que no tengas malos pensamientos*, como una manera de retribuir con trabajo mi presencia en el consultorio. El llenado de los formatos me permitió no sólo conocer este documento, sino entender la lógica de él y la importancia para el diagnóstico adecuado, además de ser una estrategia de acercamiento con el personal, a partir de la cual se fue estableciendo cierta confianza y se generó una sensación de cotidianidad que me permitió formar parte de la rutina diaria de las consultas.

La primera prueba que se realiza en este momento es el Papanicolaou (Figura 12), que consiste en la toma de células y mucosa del cuello uterino para su análisis; como mencionamos previamente, el PAP se toma como un examen de rutina en la primera consulta y, de ser necesario, en las subsecuentes. Una vez que la usuaria se encuentra en posición ginecológica, se toma la muestra del exterior e interior del cuello del útero con el *citobrush* y se coloca en la laminilla, sostenida por la enfermera y previamente marcada con los datos de la usuaria.

Figura 15. Toma de PAP

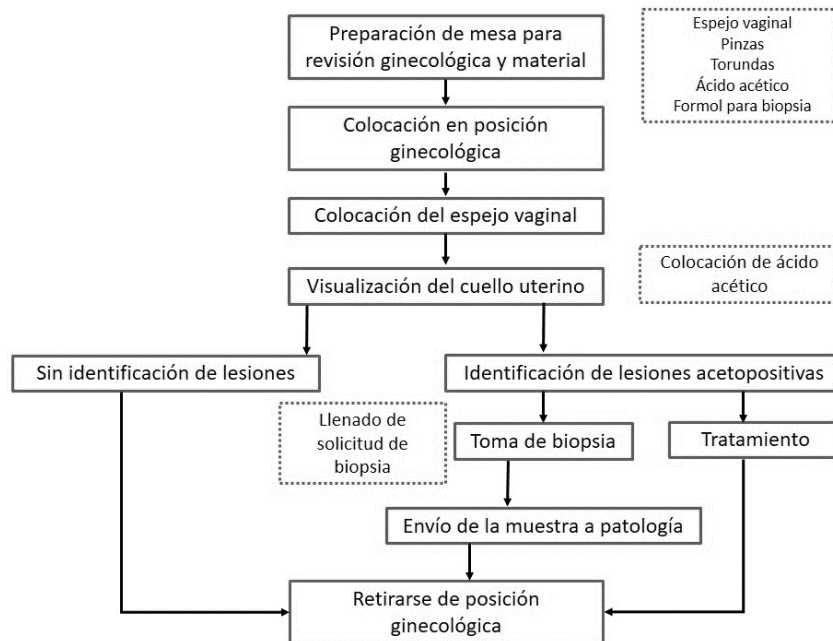


Fuente: elaboración propia, 2016.

Después de que se ha colocado la muestra sobre la laminilla, se rocía con *citospray*, que es un aerosol que forma una capa de fijación para las células. Esta tarea es también propia del personal de enfermería, sin embargo, cuando ésta no se encontraba presente en el consultorio por estar en labores del otro consultorio, la tarea recaía en mí, a solicitud del médico. Una vez que se ha fijado la muestra a la laminilla, se coloca en una charola con el formato de solicitud de PAP, que la enfermera llevará al servicio de patología al terminar las citas agendadas. En consonancia con los otros procedimientos, se cita a la usuaria dos semanas después para saber si existe presencia de VPH en el epitelio y, si existe confirmación colposcópica, realizar el tratamiento correspondiente.

Después de la toma de PAP, se realiza la colposcopia, que permite visualizar la presencia de lesiones en el cuello del útero al aplicar ácido acético o lugol (Figura 13). Conservando la posición ginecológica, se aplican los líquidos de contraste en el cuello del útero y el médico observa con el colposcopio el cambio de coloración del cuello.

Figura 16. Colposcopia



Fuente: elaboración propia, 2016.

La revisión colposcópica puede tener como resultado la identificación o no de lesiones. En el caso de que no se identifiquen lesiones en el cuello del útero, después de la primera cita se agenda una segunda para dar los resultados del PAP, sólo como confirmación de la ausencia o presencia de VPH. Si el resultado del PAP es negativo, se da de alta a la usuaria y se le recomienda que se realice el seguimiento anual en el centro de salud o en el laboratorio privado de preferencia, recordándole que su expediente permanece abierto por cinco años, en caso de requerir nuevamente atención en el servicio. Si el resultado del PAP es positivo, pero no existe visualización de lesiones, se pueden seguir dos caminos: uno, es el monitoreo trimestral, donde se realizan colposcopias en cada cita para verificar que no aparezcan lesiones, y al año dar de alta a la usuaria. El otro, en el caso de que no exista correlación entre los resultados, es la criocirugía como una medida de conservación y prevención de aparición de lesiones.

En el caso de que la colposcopia permita la visualización de lesiones, existen nuevamente dos caminos. Por un lado, si la lesión es extensa, se toma una biopsia de donde se localiza; el líquido se conserva en formol y se adjunta un formato de solicitud, que se envía a patología⁵⁰.

⁵⁰ Un fenómeno que a decir del personal médico es común, es el *efecto terapéutico* de las biopsias. Esto ocurre cuando al cortar el tejido, se retira toda la lesión o, al diseminarse las células infectadas, el sistema inmunológico las ataca, por lo que en las citas subsiguientes, ya no habrá evidencia de lesión, y los médicos felicitarán a la usuaria, diciéndole *suertudota, o mira, ya ni te estresas, ya te curaste*.

De los resultados de patología dependerá el tratamiento que se sigue: si se trata de una NIC I, se realiza la criocirugía; si se trata de NIC II, se realiza la conocirugía; para estas dos situaciones, se agenda una cita para tratamiento, la cual dependerá del espacio que haya en la agenda, pero que no sobrepasa las dos semanas. En el caso de NIC III, se hacen estudios a profundidad para determinar si existe carcinoma *in situ* o invasor y dar el tratamiento adecuado. En ocasiones, las lesiones son pequeñas y delimitadas, cuando éste es el caso, se oferta en el momento el tratamiento por electrofulguración de lesiones, en tanto que el instrumento empleado es adecuado para el pequeño tamaño de ellas; en caso de aceptar, se hace de manera inmediata y sin la aplicación de anestesia, dado que es un procedimiento ambulatorio relativamente sencillo.

Después de realizados las pruebas descritas, las usuarias son citadas en promedio dos o tres semanas después. Como ya mencionábamos, el tratamiento dependerá del tipo de lesión que se haya diagnosticado, aunque el tratamiento más común es la electrocirugía (Véase figura 15).

Figura 17. Tratamientos a la iVPH



Fuente: elaboración propia, 2016.

La electrocirugía o electrofulguración de lesiones se realiza en el momento en el que se detectan lesiones acuminadas (o verrugas) en el área genital o, como mencionamos previamente, en el caso de algunas lesiones cervicales. Se trata de un procedimiento ambulatorio que consiste en la aplicación de anestesia (lidocaína®), en el caso de intervenciones externas, y la fulguración con electrocauterio⁵¹. Después de la fulguración, se

⁵¹ Este tratamiento es muy común en los consultorios, y aún más en la atención a molusco contagioso, otra ITS de origen viral (Cabral, *et al*, s/f).

coloca Argentafil® (sulfadiazina de plata) en donde se realizó el procedimiento y se indica a la usuaria que continúe con la aplicación tópica de la pomada para favorecer la cicatrización en el área. Cuando las lesiones acuminadas son numerosas, el médico me indicó que el tratamiento recomendado es la criocirugía, aunque este procedimiento no se realiza comúnmente en este espacio por las incomodidades físicas que congelar un área amplia de la dermis puede provocar en las mujeres, en particular en los genitales. La electrocirugía se realiza en el momento mismo de la detección de las lesiones, excepto el caso de algunas mujeres embarazadas cuyo diagnóstico generalmente se hace en el marco de las consultas prenatales, quienes pueden no aceptar este tratamiento por el temor a que el procedimiento afecte el desarrollo del embarazo y la decisión de los médicos respeta usualmente esta decisión, en tanto que *las lesiones desaparecen después del embarazo, las citamos y cuando regresan ya no tienen nada* (diario de campo, 2016), al recuperar el estatus previo en tanto que el embarazo implica una baja en el sistema inmunológico y vuelve común la expresión de las verrugas en este momento (López *et al*, 2006).

Como parte de una política nacional de salud pública⁵², las pruebas diagnósticas de las clínicas de displasias y colposcopia en el sector público son gratuitas, y en el caso del Hospital de la Mujer, los costos extras se generan por la realización de pruebas diagnósticas específicas, como biopsias, o los tratamientos. En el caso de tratamiento de lesiones externas, o verrugas, el tratamiento es gratuito aunque, de acuerdo a lo reportado por el personal de enfermería, si hay un costo asignado por el área de recursos económicos del Hospital, pero a decir de los médicos del servicio *mandarlas a trabajo social es perder hasta dos semanas, porque en lo que van y les vuelven a dar cita, ya pasó bastante tiempo* (diario de campo, 2016), por lo que la oferta del tratamiento se da en el contexto de la primera consulta y el cobro que se hace a éste es en especie, en forma de un antimicrobiano tópico conocido genéricamente como Argentafil® (sulfadiazina de plata) cuyo costo ronda los \$30 pesos mexicanos. La indicación posterior al tratamiento es que se adquieran dos tubos de Argentafil®, uno para uso propio y otro que es

⁵² La NOM014-SSA2-1994 establece que la detección, contemplada como parte de la prevención, se realizará por medio de la citología cervical que será gratuita en todas las unidades médicas del sector público. Sin embargo, si la prueba realizada en el primer nivel de atención es positiva, se debe canalizar a una clínica de displasias o centro oncológico, donde, de acuerdo a la misma norma, se exentará de pago a las mujeres de bajos recursos. La norma es un tanto ambigua en este sentido, porque aún las mujeres a las que se les asigna el nivel socioeconómico más bajo deben cubrir un costo por los tratamientos o las biopsias.

donado al consultorio en la siguiente visita, para ser usado con otras usuarias. Estas acciones, aunque no están normadas institucionalmente, tienen el objetivo de agilizar la solución del problema de salud de las usuarias sin retrasarlas por los requerimientos burocráticos que implicaría cobrar el tratamiento (que se dé una orden médica, se realice el pago en cajas y concertar una nueva cita para realizarlo), además de ser una estrategia para mantener abastecidos los consultorios de este material. A decir de uno de los médicos, también se trata de un costo simbólico que tiene como objetivo que las mujeres sientan un compromiso con su salud al existir un costo económico; aunque se trata de una práctica informal y a partir de una noción personal, se ha adoptado en los consultorios de displasias y se realiza de manera cotidiana⁵³.

En el caso de NIC I o NIC II, el tratamiento que se ofrece es la criocirugía. El tratamiento se oferta posterior al diagnóstico colposcópico, aunque no existe realmente una negociación sobre los pasos a seguir para resolver el problema de salud. Inmediatamente después de la identificación de las lesiones en el cuello del útero, y aun cuando las usuarias siguen colocadas en posición ginecológica, el médico le explica qué es lo que se observa en las pantallas y menciona que *por no tener hijos y ser jovencita, necesitas un tratamiento que sea altamente efectivo y conservador*. Una vez que la mujer pasa al sanitario a colocarse nuevamente su ropa, y vuelve a tomar el asiento designado para ella, el médico enfatiza la necesidad de aplicar un tratamiento que sea efectivo, mencionando que se trata de congelar la parte dañada del cuello del útero, que será un procedimiento ambulatorio y que el único requisito es que acuda a la siguiente cita acompañada de un adulto que se haga cargo de ella.

En el momento del diagnóstico, se enfatiza la importancia de la detección temprana, haciendo una relación de ésta con la capacidad reproductiva de las usuarias; observando durante la etnografía que la totalidad de las mujeres diagnosticadas aceptaban la intervención:

Después de la revisión, si se vislumbraban lesiones en el cuello del útero, el médico les decía que eso que se veía en la pantalla (las coloraciones en el cuello del útero observadas en la colposcopia) correspondía a una lesión y les señalaba “por ser jovencita y no tener hijos, necesitas un tratamiento altamente efectivo y conservador, estás en un momento

⁵³ Al respecto, uno de los médicos del servicio hacía constante referencia a una anécdota personal de su época de formación médica, donde uno de sus profesores, hacía un cobro simbólico a las personas que atendía para que sintieran que existía una retribución y por lo tanto se estableciera un compromiso con el tratamiento. Si bien es una práctica individual, se ha replicado en ambos consultorios del servicio y forma parte de los procedimientos cotidianos en la atención a las usuarias.

muy adecuado”, que se trataría de un procedimiento ambulatorio y que el único requisito es que acudieran a la siguiente cita en falda, sin estar menstruando y sin tener relaciones sexuales dos días antes, habiendo tomado un desayuno abundante y acompañada de un adulto que se haga cargo de ella después del procedimiento. El día de la cita para realizarse el tratamiento, se les da a las mujeres un consentimiento informado, exclamando “como ya se te informó, necesitas un tratamiento efectivo y para ello necesito que me firmes aquí”, haciéndoles entrega del consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos y solicitando al acompañante que firme de enterado. Sólo en contadas ocasiones las usuarias se detienen a leer el contenido del documento, y cuando ello ocurría un ambiente de ansiedad se formaba en el consultorio (diario de campo, 2016).

La constante relación que existía entre el diagnóstico, tratamiento y consecuencias asociadas a la fertilidad⁵⁴ lleva necesariamente a las mujeres a preguntar si efectivamente éste procedimiento tendrá algún efecto en la posibilidad de reproducirse en un futuro, lo cual genera molestia de parte del personal médico, que contesta con el mismo discurso que ya han formulado: agendando la cita para dos semanas después del diagnóstico, no estar menstruando, no haber tenido relaciones sexuales como mínimo dos días antes, ir acompañada por un adulto y haber desayunado.

Este episodio se repetía constantemente en las labores de atención a las usuarias con diagnóstico de iVPH. Como se describe, la explicación en torno a los procedimientos que se realizarían estaba ausente e invariablemente se señalaba a las usuarias *necesito que me firmes este papel, donde dice que lo que ya te expliqué lo que te voy a hacer* (diario de campo, 2016), y en caso de ser solicitada nuevamente la explicación, se le regañaba por no poner atención, señalándole que *si no lo firmas –el consentimiento-, no te puedo atender y así te vas* (diario de campo, 2016), perspectiva ante la cual las mujeres siempre elegían firmar, ante la posibilidad de no solucionar su problema de salud. Es decir, el consentimiento informado se vuelve un mero requisito burocrático en lugar de ser un mecanismo que permita brindar información sobre las intervenciones que se realizarán sobre el cuerpo y la comprensión de ellas, para la toma de decisiones asertivas respecto a la propia salud y bienestar.

⁵⁴ Un gran porcentaje de las mujeres que reciben este diagnóstico y, por ende, este tratamiento, se ubican entre los 20 y 30 años, como se vio en el capítulo anterior. Como veremos en el siguiente capítulo, la distribución entre la población usuaria del Hospital de la Mujer de diagnósticos de iVPH es similar, por lo que el discurso asociado a la fertilidad era homogéneo; sin embargo, no existía indagatoria sobre el deseo de ser madre y se daba por entendido en el momento de la consulta.

Las citas para realizar este tratamiento son las últimas que se agendan diariamente. Así, a la usuaria se le solicita que llegue alrededor de las 10:00 horas, y cuando se le llama al consultorio, se pide que pasen acompañadas por un familiar o acompañante mayor de edad, para que firmen el consentimiento informado y se mantengan pendientes por cualquier eventualidad (presión baja o mareos, que se pueda presentar durante o después del procedimiento). Así, se les vuelve a mencionar que *necesitas un tratamiento altamente efectivo y poco agresivo, porque estás joven. Como ya se te explicó en otras ocasiones, necesito que me firmes aquí* (diario de campo, 2016) haciéndoles entrega del consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos y solicitando al acompañante que firme de enterado. Sólo en contadas ocasiones las usuarias se detienen a leer el contenido del documento, y cuando ello ocurre un ambiente de ansiedad se forma en el consultorio, dando a entender que es innecesario que lo haga. Después de la firma del documento, se le indica al acompañante que espere en la sala mientras se realiza el procedimiento y se le solicita a la mujer que pase al sanitario a retirarse su ropa y colocarse la bata.

Respecto a los efectos que tendrá el tratamiento, sólo se menciona que es posible que sientan un cólico y un poco de calor e inmediatamente después, se les pide que se coloquen en posición ginecológica y se introduce nuevamente el espejo vaginal, se coloca el líquido de contraste para la identificación de lesiones⁵⁵ y, una vez que han sido visualizadas, se coloca dentro de la vagina, apoyada sobre el cuello del útero, la criosonda, que conducirá el nitrógeno a la zona para su congelamiento⁵⁶. Mientras pasan los cinco minutos de descongelamiento, el médico toma asiento en su escritorio y escribe la receta, la cual invariablemente incluye óvulos vaginales cicatrizantes, que se colocarán por una semana, analgésicos, a tomar sólo en caso de dolor, y cápsulas de vitamina A, cuya toma semanal recomiendan de por vida después del tratamiento y suspender sólo en caso de embarazo. Una vez que han pasado los cinco minutos, el médico vuelve a colocar la criosonda y se da un segundo período de congelamiento, después del cual se retira el espéculo.

⁵⁵ A decir de los médicos, algunas de las lesiones pueden revertirse espontáneamente. En el caso de esta investigación, sólo pude observar que en una ocasión ocurría esto, y la usuaria en cuestión manifestó un gran alivio por no tener que someterse al procedimiento, además de ser felicitada por los médicos por *portarse bien*.

⁵⁶ La técnica empleada es la conocida como 3-5-3, que consiste en tres minutos de congelación, cinco minutos de descanso y otra ronda de tres minutos de congelación.

Una vez pasado este momento, el médico acude con la usuaria, quien se encuentra en reposo en la mesa de exploración, y le da las indicaciones farmacológicas y de cuidados, que incluyen que no se realice actividad física intensa, cargar cosas pesadas nadar o usar tampones por dos meses, no tener actividad sexual por tres semanas, indicando que cualquier desobediencia a estas indicaciones puede provocar *un sangrado que ni en urgencias te van a poder controlar*, haciéndole entrega de la receta en este mismo momento. Después de ello, la enfermera le pide que se siente en la mesa y si no se encuentra mareada, acuda a ponerse su ropa nuevamente, mientras que llaman nuevamente al acompañante para que la asista en esta tarea. Una vez que se han cambiado, la enfermera les pide que se sienten en la sala de espera por 15 minutos, a decir de ella *por si se marean o hay algún problema, luego, luego las atendemos*, indicación que siguen las usuarias, para después regresar al consultorio pasado el tiempo y recibir la indicación de retirarse.

El último procedimiento que se realiza en consultorio es la conociquirugía; el cual tiene los mismos principios que el de la criocirurgía. Después de la colocación en posición ginecológica y la visualización de las lesiones, se aplica la anestesia en el cuello del útero, en cuatro puntos circundantes para realizar el corte del tejido. Pasados de unos minutos, se realiza el corte del tejido con un asa diatérmica, que retira alrededor de 0.5 centímetros de profundidad del cuello del útero, llevándose la lesión observada. El tejido se coloca en formol y se le adjunta un formato de solicitud de análisis patológico, cuyos resultados estarán después de dos semanas para lo que se cita a las usuarias, y en el caso de que se identificara cáncer invasivo, informar a la usuaria y recomendar la realización de una histerectomía. Después de hecho el corte, se coloca un tampón hecho de gasa y se le indica a la mujer que lo retire por la tarde, con cuidado, porque éste absorberá cualquier líquido o sangre que resulte de la intervención. Las indicaciones de cuidado y sobre los medicamentos son las mismas que se dan para la criocirurgía.

El tratamiento tiene un costo que se asigna de acuerdo al nivel socioeconómico, el costo mínimo es de \$126 pesos, correspondiente al 1° nivel socioeconómico; el siguiente, es de \$253 pesos y muy pocas mujeres pagan el siguiente, de \$379 pesos, porque como señalamos en el capítulo anterior, la gran mayoría de las usuarias se ubican entre los niveles socioeconómicos 1 y 2. En el caso de la conociquirugía, además del costo del procedimiento, se tiene que cubrir el

costo de los estudios patológicos, que oscilan entre los \$50 y los \$250 pesos. Respecto a los medicamentos, éstos son comprados por las usuarias en la farmacia de preferencia, aunque los costos oscilan entre los \$500 y los \$1000 pesos, que deben ser cubiertos por ellas para cumplir con el tratamiento indicado.

Una vez realizados ambos tratamientos, se da una cita a las dos o tres semanas para vigilar la evolución de la cicatrización y, en caso de observar persistencia de lesiones, agendar un nuevo tratamiento. Después de la primera cita, se vuelve a solicitar su presencia cada tres meses por dos años, para dar vigilancia a la cicatrización y, en caso de ser necesario, dar nuevamente tratamiento a lesiones que reaparezcan en el cuello del útero, situación que se detectó como poco frecuente durante la presencia en el consultorio. Vale la pena mencionar en este momento, que los protocolos de seguimiento a usuarias que fueron diagnosticadas con lesiones de bajo grado “se han guiado más en experiencias, algunas veces anecdóticas o consensos de médicos especialistas, que no siempre están basados en la historia natural de la enfermedad” (Madrigal *et al*, 2005: 645), lo cual puede traducirse en una sobreutilización del servicio de colposcopia de la institución; pero que también es un indicador sustantivo del apego al tratamiento y a los seguimientos que se realizan en el Hospital de la Mujer, por lo que un análisis del funcionamiento del servicio y de los procesos es fundamental para la optimización de las intervenciones en salud desde este sitio.

4.4 Diálogos intersubjetivos: el personal, las usuarias y la etnógrafa en el contexto de atención a la iVPH

En este último apartado busca problematizar el trabajo etnográfico *in situ*, a partir de discutir sobre las implicaciones que tiene la presencia de la antropóloga en el espacio y profundizar en las reflexiones que se generaron a partir de la realización del trabajo de campo. Como ya hemos mencionado en los párrafos anteriores, se realizó trabajo de campo etnográfico dentro del Hospital de la Mujer en el curso de un año; cuya primera etapa estuvo enfocada en el levantamiento de información de corte cuantitativo, realizado de manera directa en el del archivo del Hospital. La dinámica al interior de él inició a partir de que se otorgó la autorización del jefe del archivo para consultar expedientes *in situ*, los cuales deberían solicitarse con un día de antelación, solicitando sólo 22 expedientes diarios, cantidad que correspondía a las cédulas

de petición de expedientes. Sin embargo, se indagó con el personal del archivo si era posible que se obtuvieran los materiales sin su intervención, para agilizar la revisión, a lo cual se explicó el sistema de ordenado e indicó el espacio donde colocar los expedientes revisados (al fondo de la primera habitación, ordenados por color), lo cual facilitó la revisión de expedientes a un ritmo más rápido del contemplado inicialmente, aunque no por ello disminuyó la dificultad de registrar los datos que, en numerosas ocasiones, se encontraban incompletos.

Esto permitió que se generara una dinámica en la que “el investigador debe interactuar con los actores que son los que en efecto permitirán, o no, realizar el trabajo de documentación del modo previsto, esto es, los empleados de esas oficinas vinculadas con estos acervos documentales” (Gil, 2010: 261); la cual permitió ir resolviendo dudas sobre el funcionamiento del archivo y su relación con los otros servicios del Hospital de la Mujer. Sin embargo, una vez que el trabajo etnográfico se descentró del archivo y se trasladó a la consulta, se hicieron evidentes las tensiones que existen entre las dos áreas involucradas en la atención a las usuarias, a manera de ejemplo, incluyo el siguiente episodio registrado en el diario de campo (2016):

Pedí al médico que solicitara un expediente para complementar los datos faltantes (en la base de datos) pero el jefe del archivo se negaba a enviarlo al consultorio, diciendo que era trabajo de las enfermeras tener la agenda al día. Al señalar al médico que no era imperativa la consulta del documento (y así evitar más tensiones con el archivo), la enfermera y el doctor me contestaron que eso no se quedaba así, solicitando la intervención del jefe de consulta externa, porque el titular del archivo no tenía ninguna razón para retener expedientes, la enfermera me dijo “imagínate que se tratara de una paciente, ¿lo vamos a tener que esperar a que se le dé la gana?”. Después de más de una hora de solicitado, el expediente fue enviado al consultorio (Diario de campo, 2016).

Así, una actividad asociada meramente a la investigación realizada, dejó entrever lo que durante la etnografía se fue constatando: las tensiones entre los servicios impactan en la calidad de la atención que se brinda; traduciéndose en un aumento en los tiempos de espera de las usuarias. El error o la omisión en el envío de expedientes a los consultorios para la atención, la falta de hojas dentro de ellos, la negación a entregar expedientes que no se encontraran agendados, entre otras situaciones, daban cuenta de las relaciones de poder que se establecen en la clínica y que sin la etnografía no habrían podido ser identificadas. A partir del trabajo en archivo y la etnografía, fue posible indagar sobre el sistema social y la articulación

de las voluntades personales en la atención a las usuarias, cuyos efectos impactan en la agilidad de la atención que se brinda en esta institución.

Durante la etnografía, se permitió la reconstrucción de las rutas críticas y las interacciones que se construyen en la consulta, que se han expuesto en el apartado anterior; para ello, fue necesario que la Jefatura de Enseñanza e Investigación tramitara una carta de presentación para el servicio de consulta externa; con la cual, en compañía del Jefe de Enseñanza en turno, acudí directamente al área de colposcopia para mi presentación formal. Este momento se dedicó a la interacción con el personal de salud y las usuarias en el espacio de los consultorios 1 y 2 de la consulta externa de esta institución, enfocados a la atención de las displasias cervicales, contando con la colaboración de los médicos titulares, el personal de enfermería y los residentes que rotaron en el espacio en el período de permanencia en el servicio.

En el primer acercamiento, el titular del consultorio 2 me indicó que el único requisito para estar dentro del consultorio era que portara la bata blanca del personal médico. Así, unos días después empecé a asistir como me fue solicitado, portando ropa “de calle” y bata blanca, lo cual me distinguía de los residentes, quienes portan su uniforme médico, por lo que la reacción de su parte a mi presencia fue asignarme el papel de médica titular; mientras que de parte de los médicos, la reacción fue de bienvenida al espacio, aunque existía cierta falta de conocimiento de las labores que realizaría en el espacio, situación que fue solventándose con el paso de los meses, a partir de mi presencia cotidiana y la explicación de mis labores en el sitio.

La rutina que seguí en el espacio de la consulta médica era la misma que la del personal médico: asistir diariamente antes de las 7:00 de la mañana, en ocasiones antes de la llegada de los médicos y enfermeras; esperar a que el personal de archivo hiciera entrega de la agenda con los expedientes del día para el inicio de las consultas; e interactuar con el personal en el proceso de las consultas, como se relató en el apartado anterior. El tiempo previo al arribo de las usuarias al servicio, servía para compartir con los médicos y las enfermeras un diálogo que en un inicio era de curiosidad hacia mi presencia en este espacio, y posteriormente se convirtió en uno orientado a responder mis preguntas sobre el funcionamiento del consultorio y contrastar la información que obtenía de las conversaciones con las observaciones e incluso

con lo recabado durante la revisión de expedientes; además de acercarme a entender los fundamentos biomédicos detrás del diagnóstico y los tratamientos.

Dichas conversaciones se convirtieron en fundamentales durante la etnografía, porque además de nutrir el conocimiento sobre la clínica, permitieron el establecimiento de alianzas con el personal de salud que favorecieron mi libre circulación en el área, además de facilitar la invitación a participar en la investigación. A partir del *estar ahí* es posible insertarse en la cotidianidad del ámbito institucional, conocer los protocolos para la atención, el tipo de población que asiste, las problemáticas de salud que manifiesta, los recursos humanos, materiales, inmuebles, sociales y culturales con los que cuentan para atender a la población; las carencias y abundancias; las debilidades y fortalezas de la organización hospitalaria; en suma, el enfoque etnográfico es una herramienta analítica que permite descentrar el análisis de los elementos normativos institucionales para centrarse en las prácticas y relaciones cotidianas (García, 2013). Ya hemos mencionado la tendencia de la antropología en salud de volver su mirada hacia el análisis de procesos salud-enfermedad-atención que se enmarcan en contextos urbanos, occidentales e institucionales (Van Der Geest y Finkler, 2004; Long, Hunter y Van Der Geest, 2008); en tanto que “permite integrar las múltiples manifestaciones de la vida institucional en una configuración que la distingue por su especificidad y la vincula a proyectos socioculturales más amplios” (Crivos, 1988: s/p) a partir de acercarnos a la experiencia cotidiana en la atención y prestación del servicio; en el curso de la investigación se hizo patente que la reflexión sobre las implicaciones éticas, jurídicas y metodológicas no ha ido a la par del interés colectivo por estos espacios, por lo que ésta fue una constante en el curso de estos años de investigación.

Durante mi estancia en el consultorio, estuve presente en numerosos tratamientos. Aunque las primeras ocasiones me causaban incertidumbre y cierto temor, principalmente por la reacción que las usuarias podrían tener ante mi presencia y por la ansiedad que ellas mismas manifestaban, poco a poco fui tomando una postura activa, acercándome a la parte de la mesa donde se encontraba su cabeza y colocando mi mano en su hombro, con el objetivo de dar una sensación de seguridad que podía imaginar que en ese momento era necesaria. No pocas veces ellas dirigían su mirada hacia mí, preguntándome *¿me va a doler?*, a lo que respondía *sólo sentirás una pequeña molestia, como un cólico, no te preocupes*, replicando el discurso que yo

misma había escuchado cuando el personal médico se dirigía a las usuarias. Este contacto me pareció fundamental en el trabajo de campo, porque por una parte me daba la sensación de retribuir una parte de la valiosa información que estaba obteniendo; y por la otra, de disminuir un poco la carga emocional que las mujeres tenían en este momento altamente estresante, al mostrar empatía y contacto físico, distinto al que existía de parte del personal médico.

La reflexión fundamental que hemos trabajado en este apartado tiene que ver con la presencia del etnógrafo en el contexto clínico; partiendo de que es fundamental entender y siempre mantener visible que es el etnógrafo el que está entrando a un campo de interacción ajeno (Peña, Gómez y Hernández, en prensa). Blázquez señala que la observación etnográfica es una novedad para el ambiente médico; y su deber es des-normalizar los procedimientos de este espacio, se trata de hacer una antropología en casa con el suficiente extrañamiento para registrar los elementos significativos, superar la primera tensión sobre el control biomédico en el espacio y considerar que el espacio de negociación está en los protocolos, al plantear a utilidad de la metodología cualitativa en el hospital o la consulta médica (2008). Como señala Mantilla, en el trabajo de campo en instituciones pareciera ocurrir un dualismo: aquello que está controlado por una realidad abstracta; y aquello que ocurre en lo cotidiano y que constituye la dimensión concreta de los fenómenos. Aunque esta diferenciación existe, la propuesta es trascender este dualismo e integrar ambos espacios al análisis; sin dejar de lado que el mundo en el que el etnógrafo se inserta se constituye por experiencias múltiples que se entrecruzan en torno al proceso salud-enfermedad-atención.

Es imperativo tener en mente una preocupación que se mantuvo en el trabajo de campo, y que resolvimos desde la consideración de la *observación no pasiva* en la etnografía, al no construirse como la denominación tradicional de observación participante, por ser fundamental la distinción entre el acto clínico y la competencia profesional del antropólogo, pero que se constituye por acciones que no intervengan en la práctica observada, como en este caso la clínica, pero si contribuyan a su mejor desarrollo, en particular en beneficio de quienes se convierten en interlocutores en el curso de la investigación. Así, nos convertimos en parte del paisaje clínico, al menos para las usuarias, pero intentando marcar la distancia con las intervenciones médicas para distinguirnos como *otras* aun en este espacio.

5. ACERCAMIENTO CUANTI-CUALITATIVO A LAS TRAYECTORIAS DE SALUD SEXUAL

En este capítulo revisaremos los resultados de la aproximación cuantitativa al fenómeno de estudio, a partir de reconocer la importancia de los datos epidemiológicos que enmarquen el trabajo etnográfico que predomina en esta investigación. En este capítulo, abordaremos tres apartados: el primero da cuenta del trabajo de investigación realizado en el archivo de la institución de salud; en el segundo hacemos un análisis descriptivo de los principales datos sociodemográficos y epidemiológicos de una muestra de mujeres atendidas por iVPH; y en el tercero, reflexionamos sobre la utilidad de las diversas fuentes de información para la investigación antropológica en salud.

5.1 Etnografía en el archivo del Hospital de la Mujer

La importancia de la utilidad de los archivos médicos para la investigación antropológica sobre procesos de salud-enfermedad, radica en:

... un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo (DOF, 2012).

Más adelante, volveremos sobre la reflexión acerca de la importancia de la exploración de los expedientes clínicos para la investigación antropológica en salud; la cual se funda en parte en la primacía que la información que éstos contienen para la práctica clínica y en las dinámicas que se generan en la clínica sobre su construcción (de las cuales ya hablamos en el capítulo anterior), y en los siguientes apartados detallaremos el proceso de acceso al archivo de la institución donde se realizó el trabajo de campo y los resultados que se obtuvieron.

La construcción de los archivos clínicos responde a elementos meramente biomédicos, con una utilidad práctica para la atención de los usuarios respecto a su propia seguridad, la del médico, como una fuente de información y una evidencia de las prácticas médicas (Lupa *et al*, 2015). De ahí que es una herramienta indispensable y por norma se debe de realizar en las

instancias de salud. En el caso del hospital de la mujer, la norma se indica en la parte trasera de cada expediente, los formatos y demás datos que deben de tomarse en cuenta son:

1. Hoja frontal de ingreso y egreso
2. Historia clínica ginecológica u obstétrica completa
3. Hoja de referencia, cuando exista el envío
4. Hoja de ingreso a hospitalización
5. Notas de evolución en forma cronológica ascendente
6. Notas pre y post anestesia
7. Resúmenes clínicos en forma cronológica ascendente
8. Informes de laboratorio y gabinete
9. Hoja de enfermería en el orden cronológico ascendente
10. Gráficas
11. Estudio social médico
12. Hoja de trabajo social
13. Orden de ingreso o del servicio de admisión y urgencias
14. Consentimientos informados
15. Hoja de transferencia o traslados
16. Otros

En algunas ocasiones el orden de los documentos contenido se invierte, suponemos que esto se debe a cuestiones prácticas, mientras que las ausencias de las notas médica pueden ser adjudicado al error humano. Este hecho es significativo en tanto que el expediente funciona como eje rector de la atención en las consultas; aunque al inicio de cada una de las subsecuentes se le pregunta a la usuaria sobre los procedimientos y/o resultados de la ocasión anterior, esta práctica aparenta ser una estrategia para ganar tiempo mientras se revisan las notas de los médicos que la hayan atendido previamente, e incluso del mismo, para verificar la etapa en la que se encuentra la usuaria⁵⁷.

Los expedientes en el Hospital de la Mujer se codifican con un número de seis dígitos (cuya numeración generalmente empieza con 29) y un color, que corresponde al último dígito del código: café para 1; anaranjado para 2, verde para 3, azul celeste para 4, amarillo para 5, morado para 6, rojo para 7, gris para 8, rosa para 9 y azul rey para 0. Los expedientes se encuentran agrupados por color y ordenados de manera descendente (por ejemplo, el color

⁵⁷ El expediente clínico electrónico se encuentra dentro de los planes de la Secretaría de Salud para convertirse en un repositorio digital de la información relativa a las intervenciones realizadas a los usuarios (Fuente: Lozano, s/f). Desde 2010, este expediente se encuentra normado por la NOM 024, sin embargo, su operación no ha sido escalada a las instituciones de salud; en el caso del Hospital de la Mujer, si bien se cuentan con equipos de cómputo para digitalizar la información de las usuarias, éstas no operan en la cotidianidad por falta de práctica, y se mantiene el uso del expediente físico en papel.

café se encuentra al inicio de la primera habitación, agrupados 305411, 305421, 305431, consecutivamente). Los expedientes se almacenan desde hace muchos años, aunque no hay certeza sobre la fecha, se mantienen aquellos de las usuarias que tienen status activos desde aproximadamente 1990 y, después de cinco años de inactividad, el expediente se da de baja y se envía a archivo muerto, el cual se almacena en la misma institución.

El expediente se encuentra disponible para la consulta de los prestadores de servicios, cuyo proceso de solicitud y entrega se describió en el capítulo anterior; además, el archivo puede ser consultado por cualquier investigador interesado en las temáticas que éste contiene, previa autorización del Comité de Ética e Investigación del Hospital de la Mujer.

Como señala Gil (2010), los archivos se han excluido tradicionalmente de la investigación antropológica por considerar que sus narrativas son limitadas, haciéndolos pobres en términos etnográficos, además del carácter oficial que tienen y la supuesta artificialidad en su construcción. El archivo de la institución de salud se localiza en la planta baja, frente a la entrada principal del edificio donde se encuentran los consultorios, esto para facilitar la apertura de los expedientes nuevos (Véase Figura 7 del capítulo anterior). Se encuentra en un espacio que se divide en tres habitaciones continuas, la primera tiene un acceso lateral, a un lado del mostrador donde las pacientes solicitan la apertura de su expediente y donde los médicos y/o enfermeras solicitan los expedientes de las pacientes que ese día recibirán consulta. En esta primera habitación hay diez archiveros en línea y cinco más contra la pared, además de un mueble al fondo que cumple con la función de archivero. De frente, hay un pequeño pasillo donde se encuentran tres archivadores de un lado y cuatro del otro, del lado izquierdo hay un pequeño cuarto con una fotocopidora y dos archiveros más y cruzando el pasillo se encuentra una última habitación, con cinco filas de tres archiveros cada una, además de tener las paredes recubiertas por los mismos muebles.

Ente este espacio en el que laboran cuatro personas en el turno matutino: el jefe de archivo, y tres archivistas que reparten sus actividades entre ordenar los expedientes consultados en el día, hacer la entrega a la consulta externa y hospitalización, y realizar las tareas correspondientes a la apertura de expedientes para las nuevas usuarias. La rutina para la consulta externa consiste en revisar la agenda diaria y separar los expedientes que serán requeridos en la consulta externa, los cuales se reparten alrededor de las 7:00 horas a cada

consultorio. En consulta externa, además, permanece siempre uno de los archivistas, para responder a la solicitud de otros expedientes en el servicio.

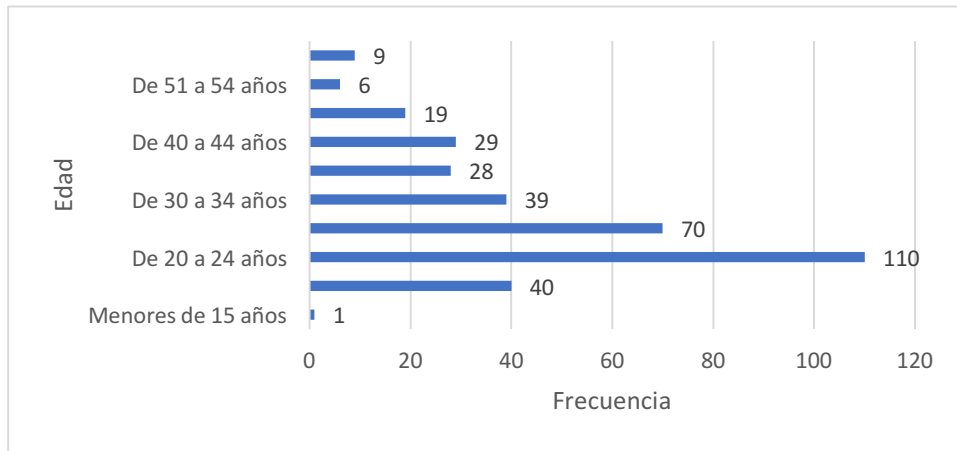
5.2 Análisis cuantitativo de las trayectorias de atención

El acceso a los documentos del expediente se contempló en la aprobación realizada por el comité de ética e investigación del Hospital de la Mujer, y para conocer el volumen y las características de los expedientes a revisar se contó con la información brindada por el servicio de Epidemiología, quien facilitó una base de datos de 666 expedientes de mujeres diagnosticadas con VPH en el servicio de colposcopia durante el año 2015; base de datos que fue depurada para eliminar los casos repetidos, obteniendo al final un total de 588 expedientes.

Con el apoyo del personal del archivo clínico, se realizó la revisión de los 588 expedientes, dando lugar a una segunda depuración que no correspondían al servicio de colposcopia y que asumimos, estaban capturados erróneamente en la base de datos. La información se vació en el programa de análisis estadístico SPSS V.13 para construir una base de datos propia con los campos recabados en la cédula sociodemográfica planeada *ex profeso* (Ver anexo 2) para dicho fin, incluyendo posteriormente la captura de algunas variables que en la planeación no se contemplaron pero que se consideraron relevantes. Se consignaron sólo los datos de las pacientes que habían sido diagnosticadas con VPH durante el año 2015, correspondientes a 354 casos; en tanto que el objetivo de la revisión de expedientes fue caracterizar socio-demográficamente a las usuarias del servicio con diagnóstico de iVPH. Los elementos en los que se centró el interés son la historia clínica, para reconstruir las trayectorias de salud sexual y reproductiva; las notas médicas de colposcopia, que brindaron la información sobre el diagnóstico y tratamiento; y los reportes de trabajo social, para la recuperación de los datos sociodemográficos de las usuarias. A continuación, se presentarán los resultados preliminares obtenidos de la aproximación cuantitativa a la población usuaria del Hospital de la Mujer.

En la gráfica 1 se observa el registro de las edades que se habían consignado en el momento de la apertura del expediente, para conocer la distribución de ellas entre la población usuaria del servicio.

Gráfica 1. Edad de las usuarias



Fuente: elaboración propia, 2017.

Las edades de las usuarias se distribuyen desde los 14 hasta los 80 años. Vale la pena señalar que los años de apertura de los expedientes van desde 2010 hasta 2015; por lo que las edades al momento del levantamiento de los datos pueden haber variado en algunos casos. También es importante señalar que la gran mayoría se ubican entre los 16 a 32 años, dato que más adelante se correlacionará con los diagnósticos obtenidos, pero que nos hablan del grueso de población usuaria de edades jóvenes que recibe atención en colposcopia.

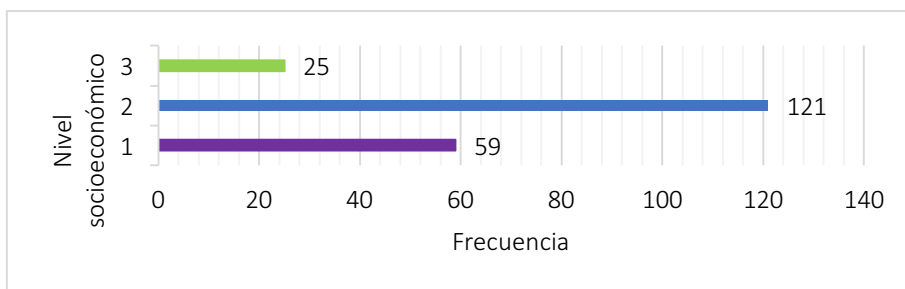
Respecto a la existencia de usuarias menores de edad, debemos referir en particular el caso de la exploración física de acuerdo a la NOM-047-SSA2-2015, la cual señala que además del personal médico y de salud, se debe contar con la presencia del padre, la madre, el tutor o quien lo represente legalmente en caso de que la atención ginecológica sea para un menor de edad. Mientras que la consejería en temas de salud sexual y reproductiva puede otorgarse sin la presencia de este personaje previa firma del consentimiento informado. Al respecto, ocurren dos situaciones; la primera, es común que se emitan comentarios y juicios de valor sobre las prácticas sexuales de las jóvenes: *pues si ya iniciaron la vida sexual y no estaba la mamá, ahora sí la quieren, o ahí viene la virgen X y hoy nos toca la virgen X* en tono de burla; o incluso la sanción sobre el inicio de la vida sexual:

La residente nos comenta (al médico y a mí) de una paciente que estaba esperando una consulta y le dijo que tenía que entrar su mamá porque era menor de edad. Le preguntó a qué venía y le contestó que a tratamiento de verrugas; la residente me dice “pues si ya iniciaron la vida sexual, ahí si no estaba la mamá, pero ahora sí la quieren”. Dice el doctor que esta paciente es una de sus vírgenes Marías, la residente le preguntó, en tono de burla “¿pues a poco si no han tenido relaciones se contagian?”, y el doctor respondió “dicen que en el baño, pero a menos que estuviera ocupado”, y ambos se ríen (Diario de campo, 2016).

La segunda es la atención a estas usuarias recurriendo a otras estrategias, como el uso de los instrumentos ginecológicos adecuados para el estado de maduración, realizando sólo una revisión visual o permitiendo la presencia de cualquier otra persona mayor de edad, diferente a los padres o tutores, que la usuaria decida y que firme el consentimiento informado en calidad de responsable. En resumen, se trata de modificar la práctica médica protocolaria para dar una atención efectiva a cualquier mujer que lo solicite, independientemente de su edad, para ofrecer solución a sus problemas de salud, a decir del personal médico *si no las atiendo yo, las atiende cualquier charlatán allá afuera y les cobra lo que quiera*.

El nivel socioeconómico se asigna de acuerdo a los datos que se recaban en un cuestionario elaborado por Trabajo Social para dicho fin. Mientras que el cuestionario contempla elementos de la casa habitación, ingresos familiares, gastos en transportes, alimentación y salud, dependientes económicos y otros elementos; a los cuales se les asigna un puntaje que después se promedia, distribuyéndose en 6 niveles socioeconómicos, siendo 1 el más bajo y 6 el más alto. La distribución de los niveles socioeconómicos se incluye en la siguiente gráfica:

Gráfica 2. Nivel socioeconómico



Fuente: elaboración propia, 2017.

Respecto a los datos del nivel socioeconómico, sólo se cuenta con información del 58% de los expedientes. De ellos, el 59%, es decir, 121 mujeres, fueron ubicadas en el nivel socioeconómico 2; 28.8% en el nivel 1 y el resto en el nivel 3. La ausencia de este dato en el expediente se puede deber a que las usuarias no son canalizadas a trabajo social sino hasta que van a recibir tratamiento, como criocirugía o conocirugía; y en tanto que las consultas de este servicio son gratuitas, no es necesario realizar el estudio socioeconómico. La importancia de éste radica en que de él depende el costo que se asignará al estudio patológico de biopsias y tejidos; además del costo que tendrá el tratamiento.

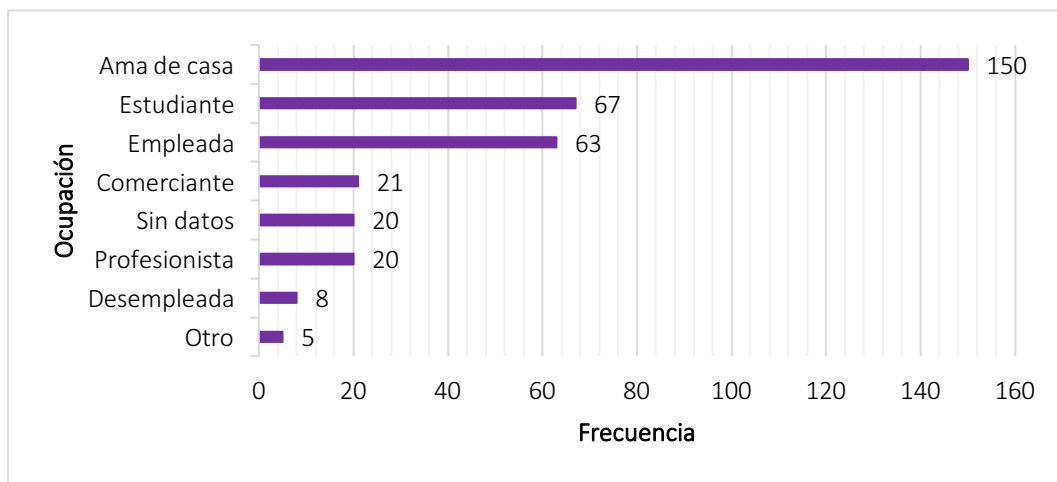
Respecto a esta ausencia, podemos señalar lo siguiente: como parte de una política nacional de salud pública⁵⁸, las pruebas diagnósticas de las clínicas de displasias y colposcopia en el sector público son gratuitas, y en el caso del Hospital de la Mujer, los costos extras se generan por la realización de pruebas diagnósticas específicas, como biopsias, o los tratamientos. En el caso de tratamiento de lesiones externas, o verrugas, el tratamiento es gratuito aunque, de acuerdo a lo reportado por el personal de enfermería, si hay un costo asignado por el área de recursos económicos del Hospital, pero a decir de los médicos del servicio *mandarlas a trabajo social es perder hasta dos semanas, porque en lo que van y les vuelven a dar cita, ya pasó bastante tiempo* (diario de campo, 2016), por lo que la oferta del tratamiento se da en el contexto de la primera consulta y el cobro que se hace a éste es en especie, en forma de un antimicrobiano tópico conocido genéricamente como Argentafil® (sulfadiazina de plata) cuyo costo ronda los \$30 pesos mexicanos. La indicación posterior al tratamiento es que se adquieran dos tubos de Argentafil®, uno para uso propio y otro que es donado al consultorio en la siguiente visita, para ser usado con otras usuarias. Estas acciones, aunque no están normadas institucionalmente, tienen el objetivo de agilizar la solución del problema de salud de las usuarias sin retrasarlas por los requerimientos burocráticos que implicaría cobrar el tratamiento (que se dé una orden médica, se realice el pago en cajas y concertar una nueva cita para realizarlo), además de ser una estrategia para mantener abastecidos los consultorios de este material. A decir de uno de los médicos, también se trata de un costo simbólico que tiene como objetivo que las mujeres sientan un compromiso con su salud al existir un costo económico; aunque se trata de una práctica informal y a partir de una noción personal, se ha adoptado en los consultorios de displasias y se realiza de manera cotidiana⁵⁹.

⁵⁸ La NOM014-SSA2-1994 establece que la detección, contemplada como parte de la prevención, se realizará por medio de la citología cervical que será gratuita en todas las unidades médicas del sector público. Sin embargo, si la prueba realizada en el primer nivel de atención es positiva, se debe canalizar a una clínica de displasias o centro oncológico, donde, de acuerdo a la misma norma, se exentará de pago a las mujeres de bajos recursos. La norma es un tanto ambigua en este sentido, porque aún las mujeres a las que se les asigna el nivel socioeconómico más bajo deben cubrir un costo por los tratamientos o las biopsias.

⁵⁹ Al respecto, uno de los médicos del servicio hacía constante referencia a una anécdota personal de su época de formación médica, donde uno de sus profesores hacía un cobro simbólico a las personas que atendía para que sintieran que existía una retribución y por lo tanto se estableciera un compromiso con el tratamiento. Si bien es una práctica individual, se ha replicado en ambos consultorios del servicio y forma parte de los procedimientos cotidianos en la atención a las usuarias.

En la gráfica 3 se observa la distribución de la ocupación de las usuarias es otro de los datos fundamentales. Poco más del 40% reportaron dedicarse a labores del hogar, es decir, trabajo no remunerado; 19% señalan ser estudiantes, entre preparatoria, licenciatura y a nivel posgrado. El 18% señalan ser empleadas, aunque en los expedientes pocas veces se hacía alusión a qué tipo de empleo, con la observación se puede concluir que se hace referencia al empleo formal, en particular en el área administrativa. Un dato que llama la atención es el 6% que se agrupo en el rubro de profesionistas y que en los expedientes se señalan como biólogas, comunicólogas, ingenieras, abogadas, etcétera; se agruparon así porque, de acuerdo a lo observado en la consulta, los médicos asientan en el expediente lo que les reportan las usuarias.

Gráfica 3. Ocupación

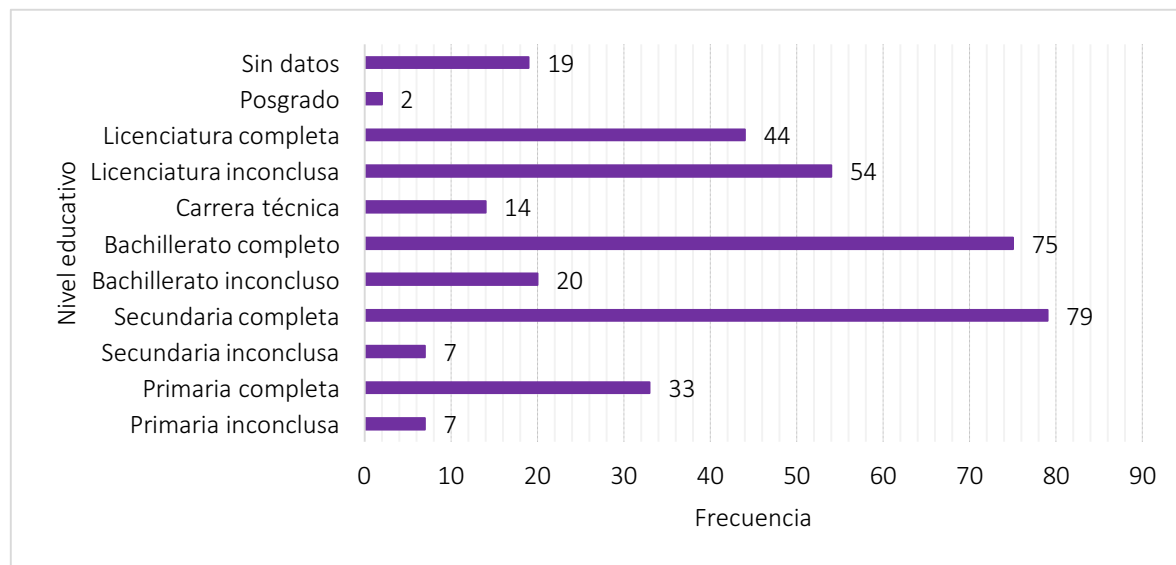


Fuente: elaboración propia, 2017.

La ocupación es importante en tanto que nos puede dar alguna luz sobre el tipo de derechohabencia con el que cuentan las mujeres, dado que el empleo formal puede hacerlas acreedoras a un tipo de seguro como IMSS o ISSSTE; el ser estudiantes las hace beneficiarias de algún otro sistema de salud como el IMSS o al que sean derechohabientes por sus padres. Mientras que el informal nos habla de una población que no cuenta con otro recurso más que el Seguro Popular. Esta hipótesis se sostiene en la observación etnográfica; aunque no puede ser sustentada por los datos sociodemográficos en tanto que no se consignaba en el expediente ni se indaga por el personal médico.

Otro de los elementos que se reportan como significativos para la epidemiología de la iVPH, es la escolaridad de las mujeres que se puede apreciar en la siguiente gráfica.

Gráfica 4. Escolaridad



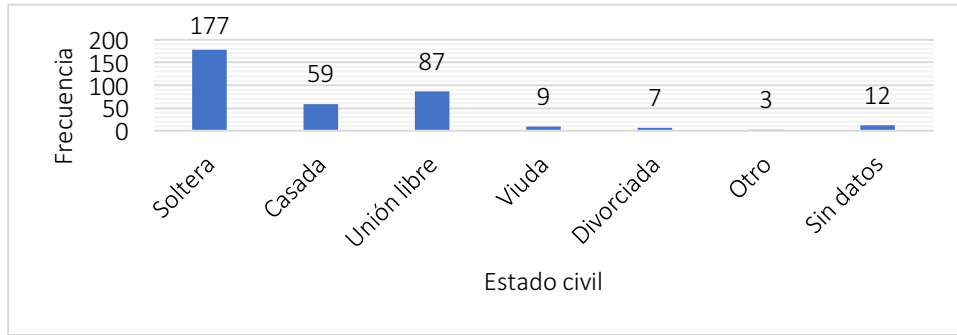
Fuente: elaboración propia, 2017.

El 59% de las usuarias reportan estar en los niveles medio superior y superior de estudios, lo cual concuerda con los datos epidemiológicos que señalan que la mayor prevalencia de iVPH se encuentra entre mujeres de niveles educativos superiores (Sánchez-Alemán, 2002). En el nivel básico, se reporta el 35% de las mujeres usuarias; aunque la mayor parte de la población se encuentra en el nivel de escolaridad correspondiente a la secundaria.

El nivel de escolaridad es un elemento, que al igual que el empleo, nos permite vislumbrar de manera tangencial las condiciones de acceso a ciertos servicios y elementos; en este caso, a la educación sexual que en el sistema escolarizado se inicia desde nivel básico. Esto hablaría no sólo del conocimiento sobre los mecanismos de transmisión y prevención de ITS; sino también sobre el conocimiento del funcionamiento del VPH y las implicaciones para la salud que éste tiene. Sin embargo, por lo reportado en las entrevistas y que se explorará más adelante, este elemento es percibido como carente o inexistente por las mujeres, lo que aumenta la sensación de incertidumbre ante el diagnóstico y el tratamiento.

En la gráfica 5 se observa el estado civil de las mujeres el cual nos acerca a conocer a la población usuaria del Hospital de la Mujer, aunque no se han encontrado reportes que establezcan una relación significativa entre éste y la iVPH, consideramos que podría reflexionarse sobre él en términos de las prácticas sexuales de riesgo.

Gráfica 5. Estado civil

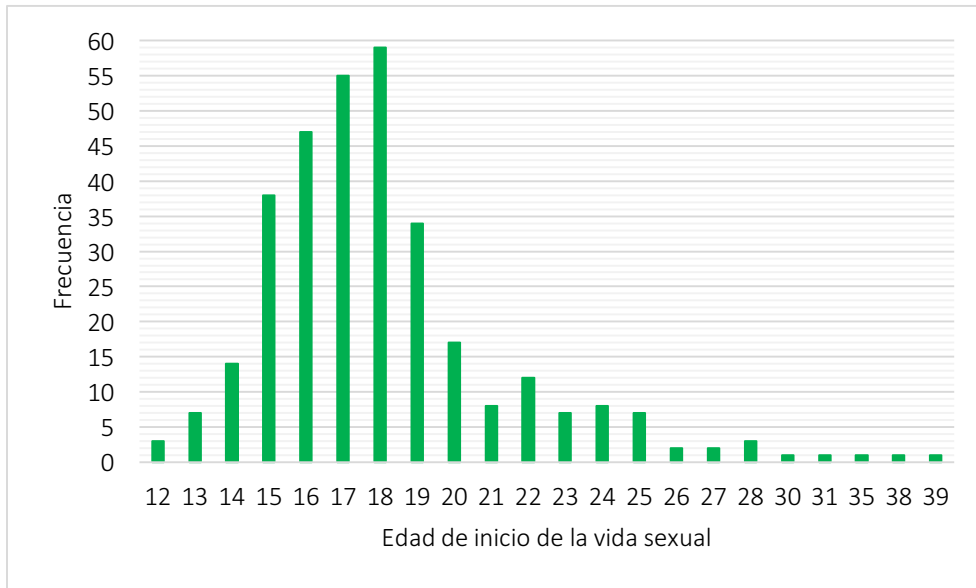


Fuente: elaboración propia, 2017.

Como mencionábamos, el estado civil puede brindar algunos acercamientos a entender las prácticas sexuales de las mujeres y el riesgo que ellas pueden implicar, como se ha reportado en otros trabajos (centrados en la investigación sobre VIH, como Garibi, 2009; Herrera y Campero, 2002) las prácticas sexuales dentro del matrimonio o en una relación monógama no tienen una significancia subjetiva ante la posible adquisición de una ITS o VIH, aunque se haya señalado que éstas implican un riesgo mayor de adquisición de ellas (Garibi, 2009). El estado civil también se convierte en un elemento conflictivo posterior al diagnóstico, como se ha mencionado en el capítulo previo, al generar incertidumbre sobre las prácticas sexuales de la pareja y, por ende, sobre la relación conyugal en sí misma.

Respecto a la edad de inicio de la vida sexual, de acuerdo a datos de la ENADID, ésta se ubica como media general en mujeres en el país a los 19 años (INEGI, 2014). El caso de la población usuaria del Hospital de la Mujer se ejemplifica en la gráfica 5. La edad de inicio de la vida sexual se concentra entre los 12 y 39 años, siendo más frecuente iniciarla entre los 12 y 25 años, con más del 90% de las mujeres. Por otro lado, respecto a los factores de riesgo asociados a la iVPH se encuentra el inicio de la vida sexual antes de los 18 años de edad, momento en el que se ubica el 62% de las usuarias, lo que las situaría dentro del grupo de población vulnerable para la adquisición de esta ITS. Por otro lado, que los 18 años sean una edad constantemente mencionada, puede reflejar la realidad de sus hábitos sexuales, pero también podría estar relacionado con la carga moral en torno a las relaciones sexuales y la capacidad de decidir libremente sobre ellas al cumplir la mayoría de edad.

Gráfica 6. Inicio de la vida sexual

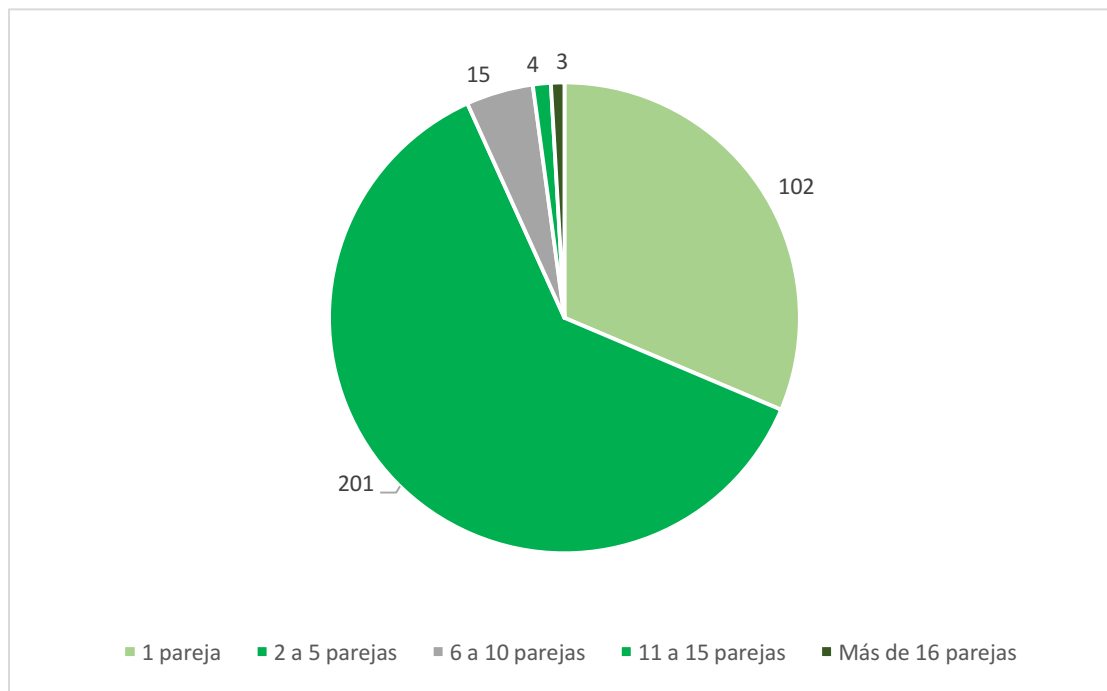


Fuente: elaboración propia, 2017.

En el siguiente capítulo ahondaremos más a profundidad sobre las implicaciones que tiene la edad de inicio de la vida sexual; aunque es importante mencionar que éste se considera un factor de riesgo por dos elementos fundamentales: el primero, tiene que ver que las características de los tejidos celulares del útero y la vagina lo hacen más susceptibles a la adquisición de infecciones y el desarrollo de enfermedades, en particular en la etapa de juventud, en la que la presencia de cambios continuos y de renovación epitelial que aumentan la posibilidad de desarrollar la iVPH (Ball, 1999; López, 2008).

El dato anterior se ha relacionado con el número de parejas sexuales, por ser considerado factor de riesgo para la literatura biomédica, en tanto que en la NOM-014-SSA2-1994 se señala únicamente el riesgo asociado a múltiples parejas sexuales, sin especificar número, y otros datos señalan que más de 8 parejas implican un valor significativo (Ver gráfica 6). En particular en el Hospital de la Mujer, más de tres parejas sexuales ya es considerado como un factor que hay que tomar en cuenta como tal, y así se consigna en las órdenes de laboratorio para la realización de Papanicolaou, indicación a la que los médicos y técnicos prestan particular atención para la búsqueda de cambios celulares asociados a la presencia de VPH.

Gráfica 7. Número de parejas sexuales



Fuente: elaboración propia, 2016.

Respecto a las parejas sexuales a lo largo de la vida, observamos que más del 30% de la población reporta haber tenido hasta el momento de la atención una pareja sexual; y un gran porcentaje de las mujeres señala haber tenido menos de 5 parejas sexuales a lo largo de su vida. En este sentido, poco menos del 3% señala haber tenido más de 10 parejas sexuales. Esto es significativo por dos situaciones: primero, no existen datos a nivel nacional o local que permitan la comparación de éste y segundo, se encuentra el problema del subregistro del número de las parejas sexuales, el cual puede deberse a la falta de confianza de la usuaria al reportar el número de parejas sexuales o a la falta de pericia de parte del personal médico al indagar sobre este aspecto. Sobre ello, el siguiente testimonio nos permite ahondar en la dinámica al interior de la consulta: *“Eran como 10 (parejas sexuales) pero al doctor nada más le dije que eran como cuatro, me daba pena que me fuera a decir algo, por eso sólo le dije de los que no había usado condón”* (Yadira, 2017). El testimonio anterior refuerza además algunos elementos que en la consulta se pudieron explorar y que detallamos en el capítulo anterior, referidos a los métodos para el interrogatorio y la relevancia que se le da a éste. A partir de la etnografía fue posible constatar que el interrogatorio que se realiza al respecto se inscribe dentro de la historia clínica, siendo el momento de diálogo es mínimo, limitado a la realización

de preguntas y respuestas; además de que en la práctica médica existe la constante referencia a la monogamia actual (*¿y tu pareja tiene lesiones? o ¿ya revisó al viejo/marido?*) esperada o supuesta de las usuarias, por lo que el diálogo en torno a la cantidad, frecuencia y concurrencia de parejas sexuales se encuentra fuera de la discusión en ese momento.

En la tabla 10 se integran los antecedentes obstétricos (gestas, abortos e hijos), datos asociados a la salud sexual y reproductiva.

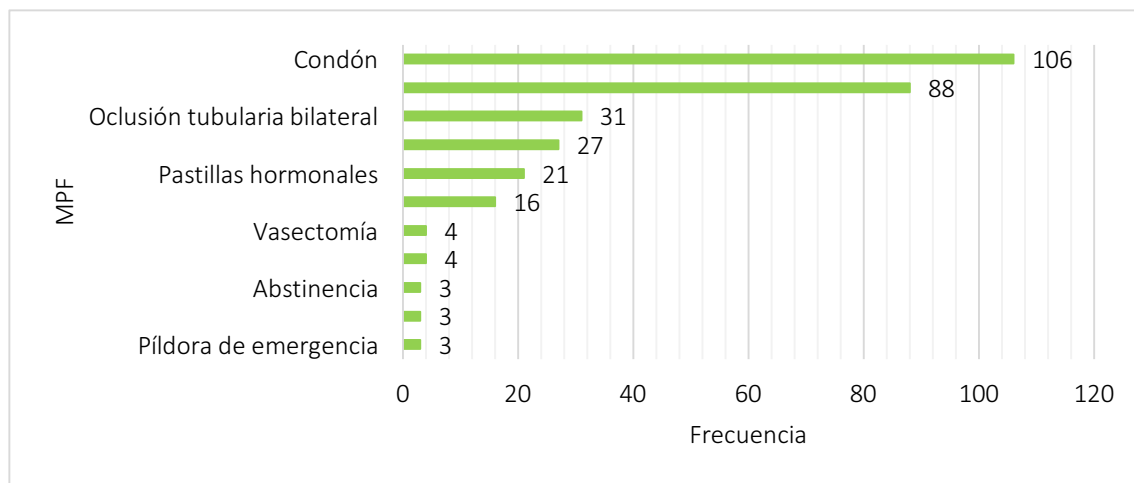
Tabla 10. Antecedentes de salud reproductiva (gestas, abortos e hijos) por frecuencia

	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Cantidad	Gestas		Abortos		Hijos	
0	115	32.5	249	70.3	158	44.6
1	89	25.1	68	19.2	65	18.4
2	63	17.8	15	4.2	66	18.6
3	43	12.1	3	0.8	29	8.2
De 4 a 10	29	8.2	2	0.6	18	5.1
Más de 11	3	0.8	0	0	1	0.8

Fuente: elaboración propia, 2017.

Al respecto, mencionábamos en el capítulo anterior que no existe indagatoria sobre la utilización de métodos o hábitos de prevención de transmisión de ITS; y la historia clínica contempla sólo recabar la información relativa a métodos de planificación familiar (MPF) que se integran en el siguiente gráfico.

Gráfica 8. Métodos de planificación familiar



Fuente: elaboración propia, 2016.

Esta información es escasa y presenta vacíos en el expediente por lo que sólo se logró recuperar información de 219 casos. Destaca que el 30% de las mujeres reporta el uso de condón como MPF; de acuerdo a la Encuesta Mundial sobre Sexo (2016), sólo el 43% de los jóvenes utilizan condón (Revista *Cómo ves*, 2016), el principal método de barrera para la prevención de

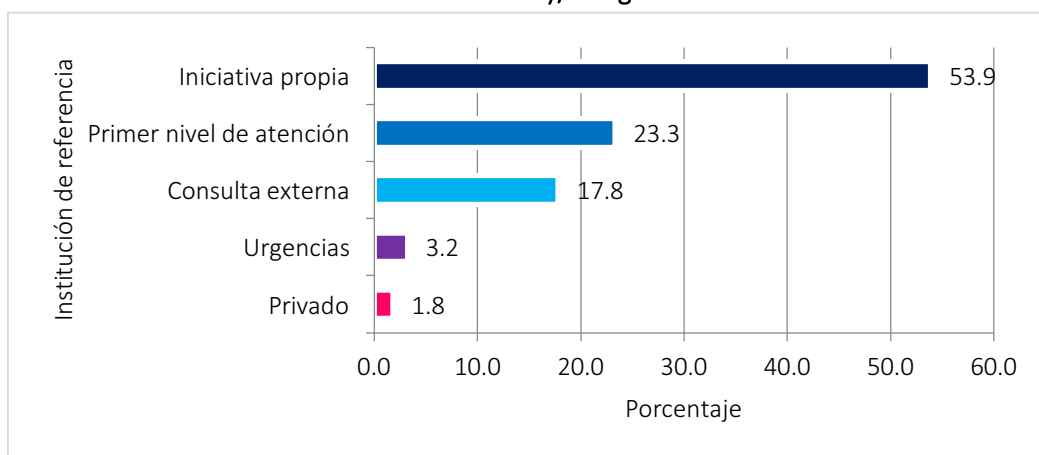
embarazos no deseados y transmisión de ITS; sobre el mismo MPF, el Consejo Nacional de Población indica que el uso del condón es poco mayor al 10% para 2014 (CONAPO, 2014); lo que nos situaría en una población atípica en términos de los datos a nivel nacional con los que se cuenta. Sin embargo, vale la pena hacer una reflexión más profunda. También, existe la posibilidad de que las respuestas que se brindan en el interrogatorio médico sean dirigidas hacia la “normalidad” y el “deber ser” y esto interfiera y dirija las respuestas que se obtienen. Las encuestas mencionadas sobre prácticas sexuales se ubican en población joven, es decir, hasta los 21 años en la primera y hasta los 50 años en la segunda, dejando fuera amplios sectores de la población y la indagación sobre sus prácticas sexuales.

El hecho de que menos de la mitad de las mujeres empleen el condón y al mismo tiempo que el 25% haya reportado que no emplean ningún MPF, nos lleva a pensar que además de no existir la prevención de embarazos no deseados, existe una situación de vulnerabilidad ante las ITS, que puede asociarse a diferentes aspectos, como la incapacidad de negociar el uso del condón con la pareja o la elección activa de no hacerlo. También existe una carencia en la indagatoria durante el interrogatorio médico para averiguar sobre el uso de otros métodos de barrera y prevención de transmisión de ITS.

Aunque no es un porcentaje significativo estadísticamente, poco menos del 2% de las mujeres señala emplear la pastilla de emergencia o del día siguiente como método anticonceptivo, la cual en teoría debe ser reservada para situaciones excepcionales por la alta carga hormonal que éstas contienen. A partir de la etnografía se pudo constatar la sanción médica que existe ante el uso de este MPF, exclamando: *tú no puedes tomar eso, estás muy chiquita* (a una usuaria) o *se les hace fácil, como ya la encuentran en todos lados, tomársela a cada rato* (dirigiéndose a mí en consulta), lo que fue reportado como habitual por al menos dos usuarias, una de ellas de 16 años y otra de 18 años, que si bien tiene consecuencias para la salud de mujeres jóvenes, si el consumo es habitual por la alta carga hormonal, pero, su uso y frecuencia es decisión personal.

Finalmente, en la gráfica 9 se observa la institución de referencia, sin embargo, en el vaciado de la información nos encontramos con una ausencia del mismo en 135 casos de mujeres atendidas por el Hospital de la mujer.

Gráfica 9. Referencia y/o llegada al HdM



Fuente: elaboración propia, 2017.

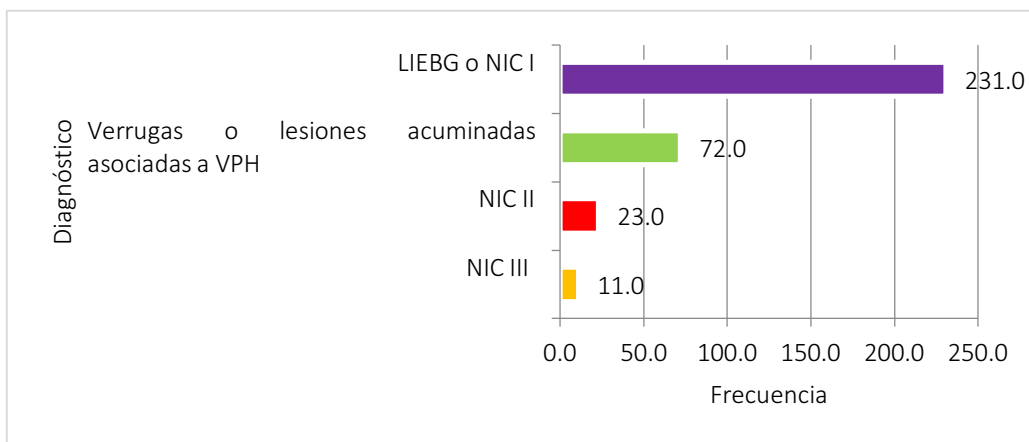
De las usuarias de las que sí se contaba con información, la gran mayoría llegaron por iniciativa propia, es decir, mujeres que se habían realizado de manera espontánea o por chequeo anual pruebas de tamizaje y que, al encontrar alguna anomalía en los resultados, llegaron al Hospital de la Mujer en búsqueda de atención para su padecimiento. El 23% provenían del primer nivel de atención, se trata de mujeres que en sus Centros de Salud o en Ferias de salud se realizaron las pruebas y fueron referidas al Hospital de la Mujer.

Respecto a las usuarias que se reportan como referidas de la consulta externa, 18% fueron derivadas de otros servicios, sea porque se identificaron anomalías en la revisión ginecológica correspondiente, como parte de estudios preoperatorios o como parte del protocolo de atención a esterilidad. Los porcentajes más bajos se ubican en usuarias derivadas del ámbito privado, quienes en general habían estado recibiendo atención en otras instituciones y los altos costos las hacen recurrir al sector público; y usuarias derivadas de urgencias, que probablemente fueron tratadas en una interconsulta o enviadas de ese servicio al no ser su padecimiento considerado como tal.

En la gráfica 10 se muestra la distribución de los diagnósticos entre las mujeres usuarias. Al respecto, la mayor cantidad de diagnósticos de NIC I, que son casi en su totalidad efectivamente tratados en el consultorio, podría dar indicios de que existe una cultura de la detección oportuna que se ven reflejada en una aparente disminución de NIC III o cáncer invasor en edades más avanzadas, aunque en otros trabajos se ha reportado que es más común el fenómeno inverso, es decir, que el diagnóstico tardío condiciona para la lenta progresión hacia NIC III o cáncer invasor (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2014). En este

sentido, no se cuentan con datos de la distribución del tipo de lesiones cervicales en población mexicana, aunque la epidemiología de iVPH señala que esta infección es más común entre mujeres de 20 a 24 años (García, J. y Salcedo, A., 2010), mientras que, en mujeres de más de 50 años, la prevalencia de cáncer cervical aumenta.

Gráfica 10. Diagnóstico



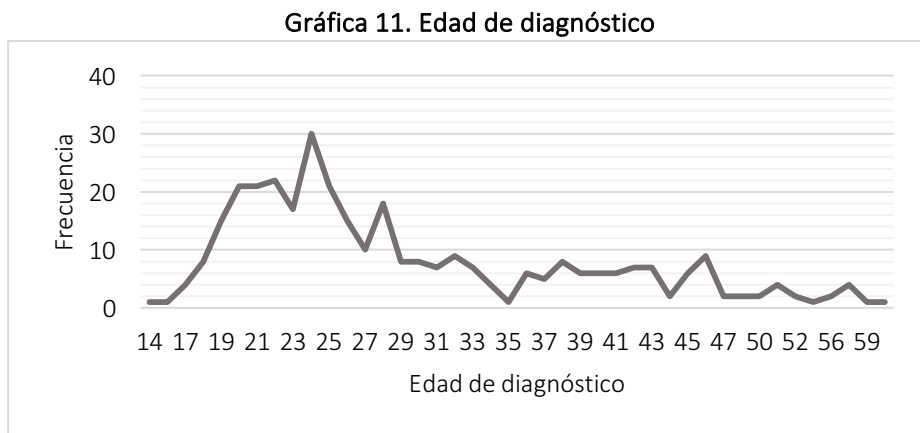
Fuente: elaboración propia, 2017.

Es importante decir que se hicieron agrupaciones de acuerdo a lo observado en el expediente y a partir de la etnografía y las conversaciones sostenidas con el personal médico. En un primer momento de acercamiento a los expedientes, se observaba una gran variabilidad en la manera en la que se reporta el diagnóstico, lo que llevaron a emitir una crítica en torno a la falta de rigor que, aunque no estaba totalmente infundada, no era certera. En la gráfica 7 se agrupan los diagnósticos encontrados en el expediente, sin embargo, es importante señalar que en el rubro “Verrugas o lesiones acuminadas asociadas a VPH”, se agrupan los datos correspondientes a lo que en el expediente se reportaba como condilomas, condilomas o verrugas vulvares o perianales, lesiones acuminadas, condilomatosis; por ser consideradas sinónimos. Lo mismo ocurrió con el rubro LIEBG o NIC I, que agrupa lesiones exocervicales, lesiones de bajo grado, LIEBG o NIC I; y con el rubro NIC II, que contempla esa displasia y la LIAG.

El último elemento a discutir sobre la gráfica 10, es cómo se registra el diagnóstico; el cual de acuerdo a la NOM-014-SSA2-1994 se realiza de acuerdo al Sistema de Clasificación Bethesda, que al reportar lesiones intraepiteliales de bajo grado se denomina NIC I o displasia leve, y de alto grado displasia moderada, severa, carcinoma, NIC II o NIC III; aunque existe el reporte de LIABG (lesión intraepitelial de alto grado) o LIEBG (lesión intraepitelial de bajo grado)

en los expedientes, esta clasificación no es incorrecta, pero se opta por la Bethesda con el objetivo de homologar el lenguaje en este campo; a decir de los médicos de este servicio, el reporte heterogéneo no tiene gran significancia para la práctica clínica, en tanto que el especialista en colposcopia debe tener el conocimiento sobre las diferentes maneras de reportar las displasias cervicales y, con ello, la capacidad de realizar la lectura efectiva de los expedientes.

En consonancia con el diagnóstico, se encuentra la edad del mismo. En la gráfica 11, se muestra la distribución de los diagnósticos entre la población usuaria del Hospital de la Mujer.



Fuente: elaboración propia, 2017.

Uno de los elementos que ya se alcanzaban a vislumbrar, es la distribución de las edades de las usuarias que reciben atención en este espacio. En la tabla 11 se observa la distribución por edades de diagnóstico y tipo de lesiones, que en su mayoría se agrupan entre los 14 y los 35 años.

Tabla 11. Distribución de diagnóstico por grupo de edad

	LIEBG o NIC I	NIC II	NIC III o carcinoma in situ	Verrugas o lesiones asociadas a VPH	Total
14 a 18 años	7	1	1	5	14
19 a 25 años	105	7	0	34	146
26 a 33 años	47	3	2	13	65
34 a 41 años	41	5	3	9	58
42 a 50 años	22	3	4	7	36
+ 50 años	8	3	1	3	15
Total	230	22	11	71	334

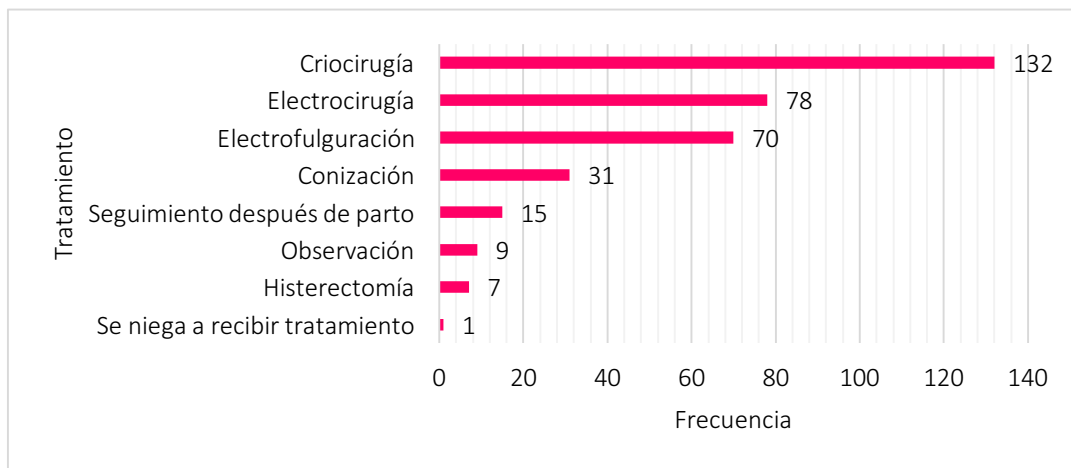
Fuente: elaboración propia, 2017.

La distribución por edad en la población usuaria muestra lo que la propia epidemiología de la iVPH y el cáncer cervical a nivel nacional señala; la mayor prevalencia de NIC I se presenta en

el grupo de edad de 18 a 25 años; y ésta decrece conforme la edad aumenta. Con las lesiones acuminadas, opera el mismo proceso, al respecto también hay que señalar la importancia de los procesos biológicos propios del desarrollo en relación con la aparición de ciertas infecciones. En este sentido, algunas ITS como la iVPH pueden estar relacionadas no sólo con los cambios físicos, emocionales y psicosociales de las mujeres jóvenes que, de acuerdo a la literatura, están relacionados con conductas de alto riesgo para la salud; pero también pueden ser atribuidos a la vulnerabilidad biológica, como la inmadurez del sistema inmunológico, la gran frecuencia de eversión glandular, la producción de moco cervical específica de esta etapa, etcétera (Sam, *et al*, 2011).

En la gráfica 12, se indica la variabilidad de los tratamientos ofertados en el Hospital de la Mujer. En un inicio se había contemplado la posibilidad de que existieran otros tratamientos, como aquellos que incluyen láser o fármacos, pero la realidad del espacio nos llevó a constatar que sólo se realizan aquellos que requieren de insumos ya existentes. El tipo de tratamientos está en relación con los diagnósticos, y hay cierta regularidad en la selección de uno y otro por el médico, aunque como exploramos en el capítulo anterior, la capacidad de decisión sobre el mismo no recae en las mujeres.

Gráfica 12. Tratamiento



Fuente: elaboración propia, 2016.

Es significativo que sólo en una de las ocasiones, una usuaria se negó a recibir el tratamiento; se trataba de una mujer de 24 años con estudios superiores, cuyo diagnóstico correspondía a NIC I. Su decisión se consignó en el expediente y se anexaron al menos tres documentos de parte del Hospital de la Mujer, que liberaran a la Institución de toda responsabilidad que

podiera surgir a raíz de la negativa de la usuaria. Este elemento es importante porque nos da indicios sobre la primacía de los conocimientos biomédicos y la autoridad que este conlleva cuando se trata de intervenir sobre el cuerpo, tal que prácticamente la totalidad de las mujeres acepta recibir el tratamiento propuesto; además de la posibilidad de ejercer la autonomía sobre la propia salud, elemento que se vislumbra en el momento de la firma del consentimiento informado, pero que como se explora más adelante, se convierte en un mero requerimiento burocrático y no en un medio efectivo para la decisión asertiva sobre la salud.

Existen casos en el que el curso seguido fue la observación de la evolución de las lesiones y su monitoreo, para atenderlas cuando se considere pertinente; sin embargo, aunque se reportan al menos 9 en el año 2015; durante la etnografía se pudo constatar que ésta no es una práctica común dentro del servicio, observando sólo un caso de este tipo. En el caso de histerectomía, coincide con el tratamiento ofertado para las usuarias que tengan diagnóstico de NIC III, los dos casos faltantes no tenían datos, lo cual puede deberse a abandono del tratamiento, que a decir del personal médico es común, *por el miedo al diagnóstico, ya no vuelven ni se tratan, o andan buscando dónde les digan que no* (tienen cáncer).

El seguimiento después del parto, en relación con algunos de los elementos observados durante la etnografía, tiene que ver con que el diagnóstico se realiza en el marco de consultas prenatales o de embarazo de alto riesgo, que también se caracteriza por ser el primer acercamiento a servicios de salud sexual; en el caso de lesiones acuminadas, se ofrece la electrofulguración de lesiones, aunque no siempre es aceptada por la usuaria y existe cierta autonomía al respecto, por el temor que tienen las usuarias de que el procedimiento afecte el desarrollo del embarazo, y la decisión de los médicos toma en cuenta esta autonomía de no optar por el tratamiento, en tanto que las lesiones pueden desaparecer una vez que el cuerpo recupere su status previo, dado que el embarazo implica una baja en el sistema inmune y vuelve común la expresión de las verrugas en este momento. En este caso, se sabe que la condilomatosis es un trastorno relativamente frecuente durante el embarazo, y la atención se enfoca a la atención de aquellas lesiones que impiden la movilidad y bienestar de la mujer o dificultarían el parto (López *et al*, 2006).

Además, puede existir la identificación de displasias cervicales durante el embarazo, más frecuentemente en los primeros meses por la inmunosupresión característica de esta etapa y

pueden desaparecer avanzado el embarazo o después del parto (López *et al*, 2006). En este caso, se espera a que nazca el producto, y aunque a decir del personal médico no existe riesgo al realizar criocirugía, es preferible no hacerlo por si existiera pérdida del producto (por otras razones), en tanto que la pérdida se adjudicaría al procedimiento y ello implicaría un procedimiento legal contra el médico, y *en México se hace medicina a la defensiva, te tienes que cuidar para que no te demanden*.

La electrofulguración de lesiones, elemento en el que se profundizó en el capítulo anterior, es uno de los procedimientos más comunes en el consultorio, por la relativa facilidad al realizarlo, y porque la oferta de este tratamiento se hace en el mismo momento del diagnóstico, además que su aplicación es condicionada por el personal médico: *si quieres, de una vez te las quito (las verrugas), o te vas así y luego te vuelvo a revisar*, perspectiva ante la cual casi la totalidad de las usuarias opta por realizarse el tratamiento. En consonancia con este elemento, se encuentra la electrocirugía, que se realiza cuando se identifican lesiones de diámetro pequeño que pueden ser solucionadas en el momento del diagnóstico, por lo que opera el mismo mecanismo de aceptación que recién mencionamos.

La criocirugía y la conización (o conocirugía) son procedimientos que se enfocan a las displasias cervicales leves o moderadas. En el caso de la criocirugía, se elige por el médico como tratamiento para la NIC I, mientras que la conocirugía se selecciona para el tratamiento de NIC II, como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 12. Distribución de tratamiento por diagnóstico

	LIEBG o NIC I	NIC II	NIC III o carcinoma in situ	Verrugas o lesiones asociadas a VPH	Total
Criocirugía	123	8	0	0	131
Conización	13	12	6	0	31
Electrocirugía / electrofulguración	78	0	0	68	146
Seguimiento después de parto	8	1	0	3	12
Observación	5	1	0	1	7
Histerectomía	1	1	5	0	7
Sin tratamiento	1	0	0	0	1
Total	229	23	11	72	335

Fuente: elaboración propia, 2017.

La revisión de los expedientes y la etnografía permitieron observar cierta regularidad sobre la elección de estos elementos; sin embargo, desde la revisión de expedientes y aun antes de realizar el trabajo de campo etnográfico, esta supuesta falta de congruencia condujo a emitir

conclusiones sobre la carencia de acuerdos en el ámbito biomédico para la atención. A partir de la etnografía, se entendió la lógica detrás de los tratamientos de acuerdo a la lesión identificada. El tratamiento para la NIC I es por excelencia la criocirugía; aunque existen casos en los que se realiza la conización, en particular cuando no hay correlación entre los datos obtenidos a partir de la colposcopia y el PAP, privando la importancia de éstos últimos, por ser los que se toman como concluyentes para determinar el tratamiento⁶⁰ o cuando la lesión se inserta en el cuello del útero. En el capítulo anterior comentábamos que la electrocirugía se emplea en el caso de lesiones pequeñas que pueden ser tratadas en el momento de la detección, y que generalmente son la solución al padecimiento siendo los resultados del PAP sólo una confirmación de lo que la colposcopia ya permitía ver.

El caso de histerectomía relacionado a NIC I es atípico, en tanto que la transformación celular no hace necesaria esta intervención; pero el mismo criterio sobre la primacía del PAP es el que debió haber privado en ese caso, por lo que se optó por un procedimiento agresivo para erradicar las células alteradas. Al respecto, se observaron durante la etnografía dos casos de usuarias de 30 años, cuyos resultados de PAP no eran concluyentes y, por lo tanto, el tratamiento recomendado era la histerectomía, ante el cual solían aceptar en función del temor de que se desarrolle cáncer invasor, aunque las consecuencias que genera esta intervención se vuelven conflictivas y afectan la vida cotidiana de manera radical⁶¹.

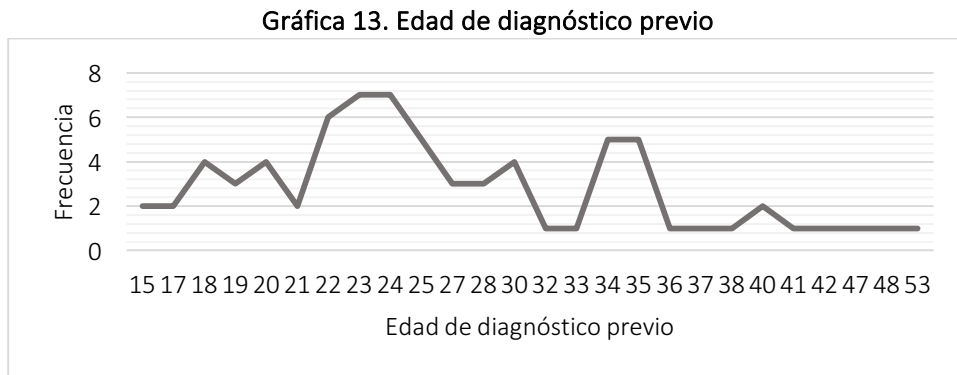
En el caso de las conizaciones realizadas a usuarias con diagnóstico de NIC III, éstas responden a casos en los que se opta por un tratamiento conservador y el tejido se manda a patología, si el resultado de ese examen arroja cambios celulares asociados a cáncer, se opta por la histerectomía, por lo que éstos expedientes quizá correspondían a mujeres que se encontraban en medio del proceso para resolver su problema de salud. En general, se puede ver la concordancia entre los diagnósticos y los tratamientos; misma que se observó en el

⁶⁰ Es decir, cuando el PAP tiene como resultado alteraciones celulares correspondientes a NIC II, se toma este resultado para optar por la conización.

⁶¹ En particular está el caso de una usuaria, de 30 años, que acudía revisión posterior a una histerectomía, cuyo semblante mostraba un gran cansancio y preocupación; ante lo que el médico le explicó que no estaba en riesgo de padecer cáncer, pero ella le manifestó que su preocupación es que siempre tenía sueño y siempre tenía ganas de llorar, estaba subiendo de peso y ya no tenía deseo sexual, lo cual estaba afectando su vida de pareja, a lo que el médico respondió recetando estrógenos y recomendando que realizara ejercicio, que se enfocara en su hijo para salir adelante y no se preocupara más por el VPH. Es decir, si bien se podría valorar como exitosa la intervención biomédica, la usuaria no se encontraba en un estado de bienestar psicosocial pero esto no parece relevante cuando el peligro más inmediato (es decir, desarrollar cáncer cervical) se había evadido.

consultorio durante la etnografía, espacio en el que se expresaron las dudas que se habían generado a partir de la revisión de expedientes.

Existe un gran porcentaje de la población usuaria del Hospital de la Mujer que no han experimentado diagnósticos previos de iVPH o recurrencia de lesiones asociadas a VPH (los datos mostraron que menos del 25% de las usuarias habían tenido diagnóstico de iVPH *identificado* en el Hospital de la Mujer); sin embargo, entre las 89 usuarias que sí tienen diagnóstico previo, las edades se distribuyen de la siguiente manera:



Fuente: elaboración propia, 2017.

Esta recurrencia es identificada por dos medios: uno puede ser en el marco de las consultas de seguimiento que se realizan por dos años posteriores a los tratamientos; o el otro puede realizarse cuando la usuaria vuelve a solicitar al servicio por el resultado de pruebas de tamizaje alterado en otra institución, ya sea del sector público o privado. Aunque no es un porcentaje alto (26%), es cierto que la noticia de la aparición de lesiones es recibida con ansiedad igual que en la primera ocasión, por la asociación que se hace de este fenómeno con la progresión que podría existir hacia cáncer. Además de que no existe una información efectiva sobre la posibilidad de que esto ocurra, las causas y el curso de acción que en ese caso podría tomarse.

En este análisis sólo se registró la recurrencia de lesiones (independientemente si se trataba de displasias cervicales o condilomas) a partir de la revisión de notas médicas, operan varios mecanismos para que éste fenómeno ocurra. Esto puede deberse a que las lesiones que se identificaron en un primer momento no sean las mismas reportadas en el segundo, es decir, podrían existir condilomas o displasias cervicales y en el siguiente el otro tipo de lesiones. Además de que la recurrencia de lesiones en usuarias que tienen el sistema inmunológico deprimido por otras razones y que hacen que constantemente aparezcan, principalmente los condilomas; situación que en la etnografía se observó en los casos de mujeres embarazadas,

con enfermedades autoinmunes o en otros en los que quizá existía alguna condición biológica que condicionaba a que se presentara esta situación pero que no incluía una exploración a profundidad de las condiciones alrededor de este fenómeno.

Respecto a esta recurrencia, existía cierta hostilidad de parte del personal médico ante algunas de las usuarias que la padecen. Durante la etnografía, se observaron este tipo de actitudes, que se manifestaban a partir de solicitar la prueba de VIH sin el pleno conocimiento y consentimiento de las mujeres; pero también con la asociación de la transmisión por fómites, que se mencionó en el primer capítulo, pero del cual no existe evidencia científica, siendo una indicación constante el cuidado para no transmitir a otros el virus:

La mujer a la que atendió la doctora es joven, dice que es empleada en una tienda de ropa, y que ahí se le complica lo del aseo. Le fulguró las verrugas que tiene, pero la citan cada dos semanas porque siguen apareciendo. Después de cambiarse, salió al consultorio y la doctora le recordó:

- *Es importante que laves tu ropa interior por separado, tus sábanas, el baño después de que vayas, lo laves con cloro cada vez.*
- *Sí, eso lo hago*
- *No se te olvide, es por higiene y protección tuya y de los demás* (Diario de campo, 24 de agosto de 2016).

Además, existía también la asociación de esta recurrencia con el consumo de drogas inhalantes, que contrario a las inyectables, no es considerado un factor de riesgo para la transmisión del VPH, aunque sí tendría una asociación con la depresión del sistema inmunológico.

El último elemento explorado fue la frecuencia de otras ITS (Véase tabla 13) entre las usuarias diagnosticadas con iVPH. Este elemento se explora en el interrogatorio clínico, aunque en ocasiones se identifica a partir de la evidencia encontrada en la exploración física.

Tabla 12. Frecuencia de otras ITS

ITS	Frecuencia	Porcentaje
Gonorrea	31	8.7
Herpes genital	1	0.3
Clamidia	1	0.3
Ninguna	321	90.7

Fuente: elaboración propia, 2017.

Es importante hacer visible que un gran porcentaje de las mujeres no muestran otras ITS asociadas a la presencia de la iVPH, y en las mujeres en las que sí se manifiesta esta presencia, se debe a gonorrea. La baja asociación puede atribuirse a que la infección no necesariamente

está relacionada con factores asociados que predisponen a otras ITS, como el número de parejas sexuales o comportamientos de riesgo.

5.3 La utilidad etnográfica de los archivos para la antropología en salud

Además de ser una caracterización de la población del Hospital de la Mujer, este capítulo tiene el objetivo de enfatizar el uso etnográfico de los archivos. Zavala (2012) propone su revisión como un medio para vislumbrar elementos que sean de interés durante la etnografía, como fue el caso de la elección de tratamientos o el diagnóstico. En consonancia con el enfoque teórico que guía esta investigación, la recuperación de datos construidos desde la Institución de salud como un recurso para la salud, por lo que entender la lógica interna de él es fundamental; es decir, como hemos explorado, algunos de los elementos nos acercan a una reconstrucción de las trayectorias de salud sexual de las usuarias del Hospital de la Mujer, y nos permite conocer quiénes son y de dónde vienen; en tanto que de acuerdo con Tyler (citado en Trias, 2005), los archivos de componen de información susceptible de ser manipulada por el investigador y puesta en uso para los objetivos del trabajo realizado, transformándose en contexto; es decir: “el archivo es el espacio que resguarda la producción, organización y conservación de objetos (en la mayoría de los casos papeles manuscritos o impresos) que dejan constancia, documentan o ilustran las acciones de individuos, familias, organizaciones o dependencias del Estado” (Da Silva, 2002: 384).

Los archivos tienen una utilidad antropológica y biosocial cuyo contenido puede dar cuenta de las trayectorias históricas, sociales, económicas, políticas, epidemiológicas, normativas y de organización de las instituciones que los gestionan, además de hablarnos de contextos articulares construidos de acuerdo a objetivos específicos y a necesidades centradas en la disponibilidad de información documental para el funcionamiento y la memoria de los contextos mencionados. Dan cuenta de las conductas, prácticas e intereses específicos de quien registra la información, a partir de brindar la posibilidad de reconfigurar la información, cuantitativa o cualitativa, en función del presente (Da Silva, 2002; Gomes, 2004, Zavala, 2012; Gómez y Peña, 2016).

Respecto al trabajo en archivo, Gil (2010) menciona los vericuetos administrativos que deben seguirse para su consulta. En este sentido, dos mecanismos operan: por un lado, los

procesos institucionales, que en el caso de esta investigación incluyeron la revisión del protocolo por un comité de ética que dio su aprobación para recabar datos de los expedientes; aunque una vez aprobado el acceso, “el investigador debe interactuar con los actores que son los que en efecto permitirán, o no, realizar el trabajo de documentación del modo previsto, esto es, los empleados de esas oficinas vinculadas con estos acervos documentales” (2010: 261); aunque el autor citado menciona grandes dificultades creadas por el personal, la falta de espacio o la desconfianza al trabajo antropológico sobre los documentos revisados, afortunadamente ése no fue el caso de este trabajo, en todo momento se contó con la disposición del personal del archivo para colaborar con las tareas realizadas.

Si bien existen restricciones sobre el número de expedientes a consultar en el archivo, éstas se orientan a minimizar la cantidad de trabajo de los archivadores al reordenar los materiales consultados al día, considerando que son varios los servicios que demandan su presencia para la atención a las pacientes. En este sentido, al inicio del trabajo se contó con la restricción de consultar sólo 22 expedientes diariamente, lo cual correspondía las cédulas de petición de expedientes, que se llenaban un día previo para que los archivadores pudieran proporcionarme el material. Sin embargo, al tercer día de trabajo, pregunté al Jefe del archivo si era posible que obtuviera yo directamente los materiales, me explicó el sistema de ordenado y me indicó el espacio donde colocar los expedientes revisados (al fondo de la primera habitación, ordenados por color), lo cual facilitó la revisión de expedientes a un ritmo más rápido del contemplado inicialmente, aunque no por ello disminuyó la dificultad de registrar los datos que, en numerosas ocasiones, se encontraban incompletos. Así, se generó en el archivo una dinámica como la que menciona Gil (2010), y el personal del archivo resolvió varias de las dudas que se generaron durante la revisión, orientaron la búsqueda y facilitaron la tarea a realizar.

También se encuentran las restricciones para el acceso correspondientes a la normatividad en materia del acceso a información de expedientes. Uno de los elementos que se tenían previos al inicio del trabajo, es que el acceso a los expedientes dependía de la Ley de Protección de Datos Personales⁶², en tanto que los archivos de los Hospitales que dependen

⁶² De acuerdo con las Normas Oficiales Mexicanas NOM-168 y NOM-024. Fuente: <http://www.caip.org.mx/articulos/2011/0207srr.html>

del Estado son públicos, pero la información contenida en ellos es privada; lo que consideramos que implicaría una gran dificultad para el acceso a ellos. En el caso de este trabajo, este proceso fue realizado por el comité de ética, que emitió un dictamen favorable para la revisión. Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer. Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

De acuerdo con Gomes (2004), la investigación de archivo parecía hasta muy recientemente como la antítesis de la investigación de campo, aunque la transformación en datos etnográficos es una actividad que aún es vista con escepticismo no es imposible. A partir de ello, consideramos a los expedientes clínicos como fuentes documentales que permiten no sólo triangular la información recabada con otras técnicas o caracterizar a la población de interés, sino también tienen un uso etnográfico, que en el caso de esta investigación nos permite vislumbrar algunas de las temáticas de interés para el análisis de los datos que se generan desde la realización del trabajo de campo; a partir de funcionar como un detonante de preguntas a realizar y elementos a observar durante la consulta, como los tratamientos, diagnósticos, la relación entre médico y paciente, la transmisión de información, las reservas en la construcción de las historias clínicas que se traduce en vacíos en la información, etcétera; e indagar sobre la lógica interna detrás de su construcción. Consideramos que los archivos de salud son materiales viables para la aproximación etnográfica y no sólo estadística; son relevantes como fuente de información contextual y se convierten en complementos importantes para la etnografía, en tanto que se transforman en fuente de inquietudes antropológicas que pueden guiar el trabajo de campo etnográfico (Gómez y Peña, 2018).

A partir de esta revisión no sólo obtuvimos las características relevantes para continuar con el trabajo etnográfico, sino también se obtuvieron algunos datos que nos permitieran ahondar sobre las trayectorias de salud sexual y reproductiva en fuentes bibliográficas, al mismo tiempo que en la realización de las entrevistas. Uno de estos elementos que podríamos

destacar es el uso de métodos prevención de ITS. De acuerdo a la norma del hospital, los expedientes clínicos deben contener (entre otros elementos indispensables para la atención) la historia ginecológica y obstétrica completa de la mujer en cuestión. Situándonos desde una perspectiva antropológica, este momento de la consulta médica sería el ideal para la entrevista clínica y la recuperación de relatos que permitan enmarcar las trayectorias de salud sexual y reproductiva en términos útiles para la atención; tanto para el personal de salud como, en este caso, para la antropóloga presente en el espacio.

Sin embargo, la realidad es otra: entendemos que el tiempo dentro de la consulta clínica, en particular en la institución en la que realizamos la investigación, es limitado a quince o veinte minutos por paciente y ello se ve reflejado en el tiempo dedicado a recuperar algún posible relato que permita entender de manera integral la trayectoria de salud sexual y reproductiva; sin embargo, consideramos que una de las omisiones principales en este espacio y que es fundamental para la construcción de las trayectorias el padecer y la recuperación de los mecanismos de atención es indagar sobre las prácticas sexuales de las mujeres usuarias del servicio. Preguntas orientadas a conocer las prácticas sexuales de riesgo o no, la preferencia sexo-erótica (en particular la homosexual, al implicar relaciones sexuales sin penetración o con penetración de aditamentos⁶³), o las posibilidades de negociación ante la pareja en el uso de métodos de barrera o prácticas de prevención y diagnóstico oportuno de ITS, se encuentran totalmente ausentes de la consulta.

Los expedientes clínicos son fundamentales en el acto médico al ser la principal fuente de información para el profesionalista de la salud sobre los diagnósticos y las intervenciones realizadas sobre las pacientes. Con esto hacemos referencia a varias ocasiones en las que los médicos inician la consulta clínica con la pregunta *¿qué te hicimos la última vez?*, respuesta que no comúnmente corresponde a la que ellos desean, en general porque, a partir de lo observado, constatamos que la transmisión de la información del médico a la paciente no es el centro de la consulta y, por ello, las mujeres ignoran lo que ha ocurrido o lo re-interpretan en

⁶³ Se considera que informar o no al médico sobre este aspecto es una decisión individual, las revisiones ginecológicas pueden ser mejor adaptadas de acuerdo a las prácticas sexuales que se tienen. Lo que es cierto en este sentido es que, desde la biomedicina, al menos la practicada en este espacio institucional, esto no se considera información necesaria, al tener una práctica estandarizada independientemente de las mujeres a las que atiendan, únicamente distinciones entre mujeres núbiles (principalmente por cuestiones legales), o aquellas que por alguna condición anatómica requieran el uso de utensilios ginecológicos especiales.

sus propios términos para después transmitir dicha interpretación al médico. El médico accede a dos fuentes de información de manera directa, al expediente y al relato de la mujer; sin embargo, preguntar a la mujer es además una estrategia para ganar tiempo, mientras ella responde él revisa el expediente en busca de las notas médicas anteriores, y cuando la respuesta obtenida es disímil de lo consignado por escrito, la primacía la tiene la fuente documental, además de traducirse en regaño a la paciente, ya sea por *distráida* o por alguna omisión, propia del personal médico, al escribir la nota médica previa y cuya responsabilidad se finca a la mujer *por no enterarse de lo que le hicieron*. Este tipo de trabajo en archivo brinda la posibilidad de incluir la parte documental de la cultura (Trias, 2005), en este caso, la institucional, fundamental para la indagatoria antropológica.

Es también relevante dejar constancia del aspecto ético en torno a la inclusión de estas fuentes de información en la investigación antropológica en salud. El uso de estos documentos representa una oportunidad para el desarrollo de metodologías mixtas en el marco de las ciencias sociales; sin embargo, es necesario considerar que ésta representa a la vez un reto en tanto que debe desarrollarse una reflexión en torno al acceso y protección de datos personales. Los archivos de los hospitales que dependen del Estado mexicano son públicos, sin embargo, se encuentran sometidos a la Ley de Protección de Datos Personales (INAI, 2017; Tena y Ramírez, 2006; NOM-168; NOM-024-SSA3), por lo que acceder a ellos implica un proceso de autorización institucional que, en el caso de este trabajo, tuvo que ver con la revisión del protocolo y posterior dictamen positivo por el comité de ética y el de investigación. Sin embargo, a decir de Hernández y Torre (2017), el acceso a los expedientes clínicos para su manejo en la investigación representa un problema en tanto que la definición de la propiedad por parte de la institución y el contenido, obtenido a partir de datos sensibles brindados por el usuario, complejizan los acercamientos al ser fundamental una perspectiva ética y legal para ello. Como solución al dilema que implica la inclusión de los datos personales de expedientes clínicos en investigación es mantener el anonimato, aunque sea práctica común debe garantizarse y hacerse explícita por los investigadores, además de la necesidad imperiosa de normar este acceso para cualquier científico interesado en el análisis de los datos que contengan, y cuyos resultados deben orientarse necesariamente a la mejora del sistema de salud en beneficio de los usuarios (Hernández y Torre, 2017).

Enfatizamos la importancia del enfoque biocultural en esta investigación, el cual parte de proponer un abordaje multidisciplinario que recurra a diversas fuentes para la comprensión de los procesos de salud enfermedad; además de las dinámicas que se generan a su alrededor y, que en el caso de la infección por VPH trascienden los efectos meramente orgánicos y nos acerca a conocer las relaciones existentes entre los datos biomédicos con la realidad corporal, social y cultural de la persona y su enfermedad (Gómez, 2014). Así, el análisis sobre el VPH nos permite conocer dinámicas tan complejas como aquellas dadas en el contexto de la atención sanitaria, problemáticas asociadas a las relaciones sexo-genéricas; además de aspectos de la cotidianidad, como el establecimiento de vínculos afectivos en relaciones de pareja o la socialización de diagnósticos con el grupo familiar y social cercano, que se encuentran inscritos en marcos meso y macro estructural que condiciona decisiones individuales. Para esta investigación, los expedientes clínicos permitieron realizar un seguimiento y reconstrucción de la trayectoria de atención protocolaria al relatar una historia construida por intervenciones médicas (análisis clínicos, revisiones médicas, diagnósticos, tratamientos y seguimientos), espacios (laboratorios, consultorios, servicios) y sujetos de interacción (personal médico – médicos y residentes-, paramédico –enfermeras, trabajadores sociales y asistentes- y administrativo –repcionistas-); además de las condiciones generales de salud (comorbilidades, pronósticos) enmarcadas en un marco histórico y relacional que incluye el historial de la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Todos ellos, delimitan los derechos de las usuarias, además de las expectativas médicas de los actores involucrados, y nos habla de la posibilidad incluso de la emergencia de un empoderamiento y la construcción de una conciencia política para ambos ya que esta realidad se internaliza en su cotidianidad diferenciada (Gómez y Peña, 2018).

6. COMPONENTES SOCIOCULTURALES DE LAS TRAYECTORIAS DE SALUD SEXUAL

Los capítulos previos han sentado las bases para el análisis de las trayectorias de salud sexual y reproductiva de las participantes en la investigación sobre las cuales profundizaremos a continuación. Los datos generales de las mujeres participantes se encuentran en el capítulo metodológico, y a continuación profundizaremos en algunos elementos narrativos para caracterizarlas y adentrarnos en el análisis.

Como mencionamos, el acercamiento con las nueve usuarias se realizó en el marco de la consulta de revisión post tratamiento, ya fuera la de dos semanas posteriores o alguna de las visitas trimestrales de seguimiento. Al terminar la consulta, les solicitaba hablar en privado por un momento, se llevaban al área de descanso, se les explicaba sobre la investigación e invitaba a participar; si deseaban seguir la conversación, se les daba el consentimiento informado, profundizando en los elementos de la investigación, y se tomaban sus datos de contacto y el lugar de preferencia para realizar las entrevistas. Posteriormente, se llamaba para agendar una cita, y si se iba tornando complicado por sus horarios, se me mantenía en contacto para asegurar que aún deseaban participar en la investigación.

Por ello, en este apartado, se presenta la información que surgió a partir de las entrevistas realizadas a las nueve mujeres usuarias del servicio de colposcopia del Hospital de la Mujer, quienes fueron contactadas de acuerdo a los criterios que se plantearon en el apartado de estrategias metodológicas; y los datos que analizaremos se obtuvieron a partir de la aproximación etnográfica a las participantes, tanto en la consulta como a través de una guía de entrevista (Anexo 3), que fue construida *ex profeso*, para indagar sobre sus características sociodemográficas, las trayectorias protocolarias en la institución, vida y salud sexual, vida y salud reproductiva, nociones sobre VPH previas y posteriores, el diagnóstico, tratamiento y consecuencias de la iVPH y sobre la relación entre prestadores de servicios de salud y usuaria.

Otra de las fuentes retomadas para el análisis es la información recabada en el diario de campo, donde se concentra la información relativa a la etnografía realizada en el servicio de displasias y que permitió enmarcar las interacciones observadas y que aquí se relatan. Finalmente, se consideraron los testimonios del personal de salud (médicos tratantes y enfermera) que aceptaron colaborar en el proceso y que contribuyen a profundizar sobre algunos elementos que exploraremos a continuación.

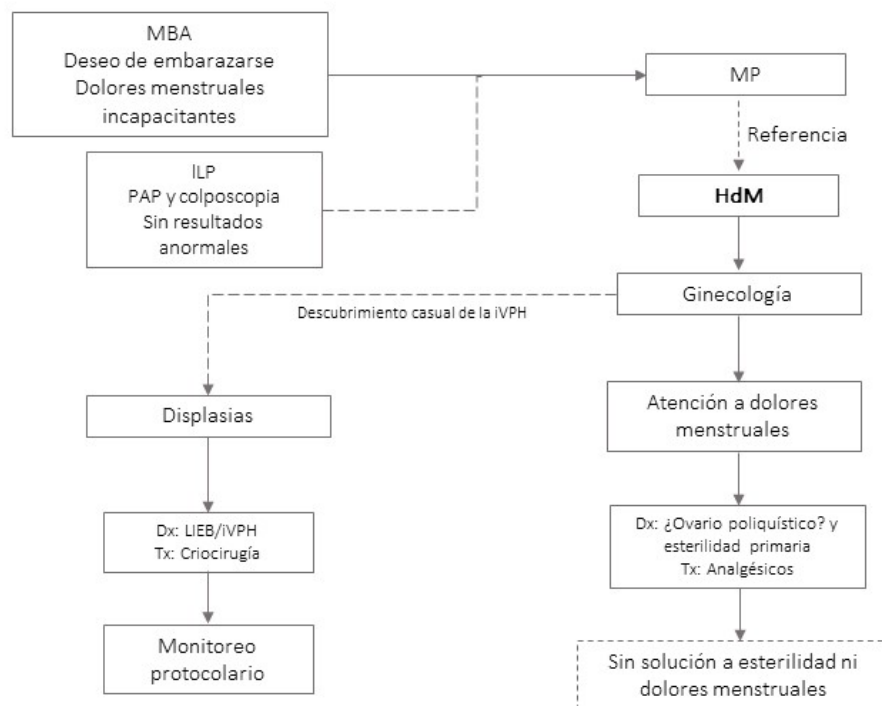
6.1 Las participantes en la investigación y sus trayectorias de atención

En este apartado, presentaremos brevemente a las mujeres participantes de la investigación, caracterizando los elementos principales de las trayectorias de salud sexual y reproductiva⁶⁴, sus biografías y trayectorias se detallan a continuación⁶⁵.

Amanda

Amanda es una mujer de 30 años, la octava y más pequeña hija de una familia de diez personas; ingeniera industrial originaria y residente del Estado de México; actualmente desempleada, con una pareja estable desde hace varios años, quien además ha sido su única pareja sexual.

Trayectoria 1. Amanda



Fuente: elaboración propia, 2020.

Amanda llegó al Hospital de la Mujer en 2015 por referencia de su médica familiar y motivada por su deseo de quedar embarazada, el cual no había concretado a pesar de buscarlo por cinco años; además de padecer de dolores menstruales incapacitantes. Amanda ingresó a la

⁶⁴ Los datos sociodemográficos, de diagnóstico y tratamiento básicos se pueden consultar en el capítulo 3, tabla 9.

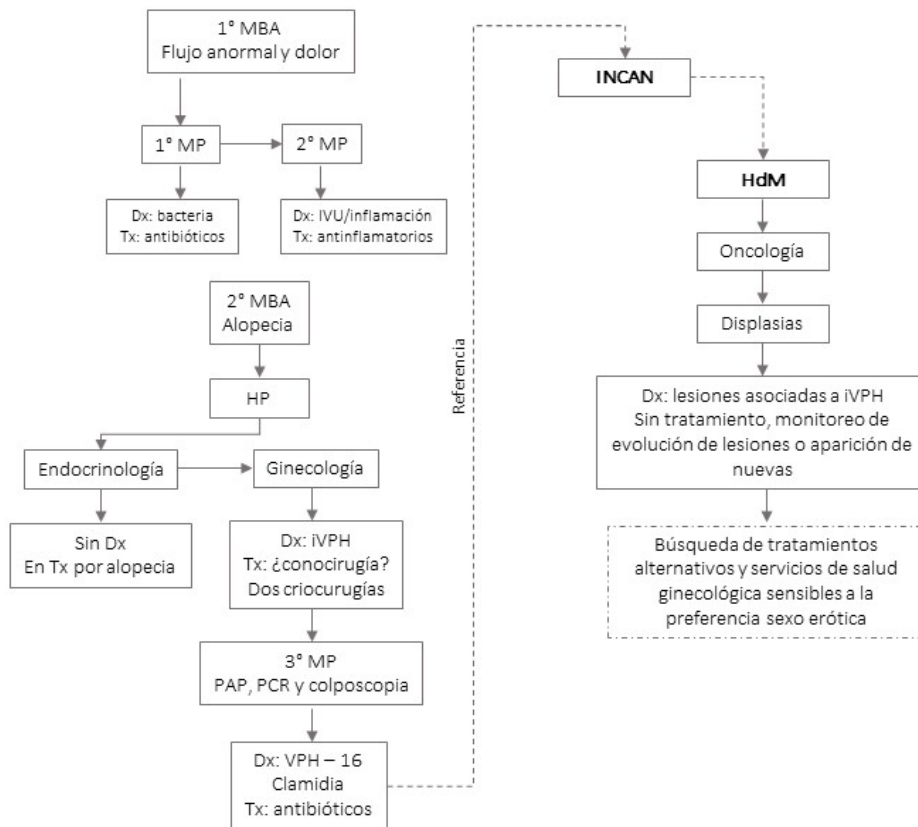
⁶⁵ En las trayectorias se encontrarán las siguientes abreviaturas: MBA: motivo de búsqueda de atención; MP: médico/hospital privado; LP: laboratorio privado; HP: clínica/hospital público; Dx: diagnóstico; Tx: tratamiento; IVS: inicio de vida sexual, HdM: Hospital de la Mujer.

preconsulta desde donde fue enviada al servicio de ginecología, en tanto que le médica del filtro consideró primordial atender los dolores menstruales, recibió el diagnóstico inicial de ovario poliquístico y en el curso de las citas para atender dicho padecimiento, fue diagnosticada con NIC I y el tratamiento indicado fue una criocirugía. Al momento de contactarla, Amanda estaba en su tercer seguimiento trimestral posterior al tratamiento y aún no había sido reenviada al servicio que la refirió a displasias.

Berta

Berta es originaria del Estado de México, tiene 27 años, es soltera, tiene estudios superiores en ingeniería, fotografía y música, y trabaja en el negocio familiar como dependiente de una tienda.

Trayectoria 2. Berta



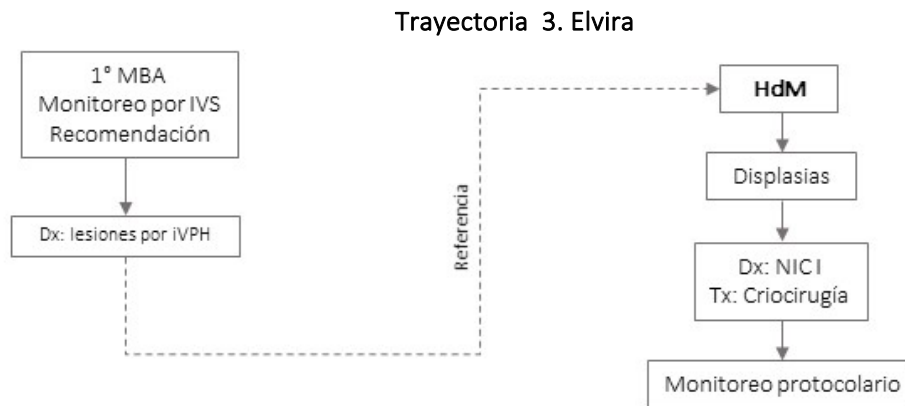
Fuente: elaboración propia, 2020.

Llegó al Hospital de la Mujer referida por su ginecóloga particular, para atender lo que le diagnosticó como VPH, aunque al mismo tiempo la canalizó al Instituto Nacional de Cancerología, lo cual marcó su trayectoria por la posibilidad de padecer cáncer. La trayectoria de atención de Berta ha sido guiada por varios episodios asociados a la presencia de ITS; su

trayectoria incluye además un diagnóstico incierto de posible iVPH en el marco de la atención a un padecimiento endocrinológico, además de estar enmarcada por la búsqueda de atención en diversos servicios públicos y privados, lo cual generó además una relación médica-paciente complicada en el Hospital de la Mujer. Berta se identifica como lesbiana, aunque en el marco de la atención que recibe ha preferido no comunicar su preferencia sexo afectiva, porque percibe que existen prejuicios que afectarían la atención que recibe.

Elvira

Elvira tiene 25 años, vive en el Estado de México con su mamá y su hermana gemela, estudió diseño gráfico y es artista.



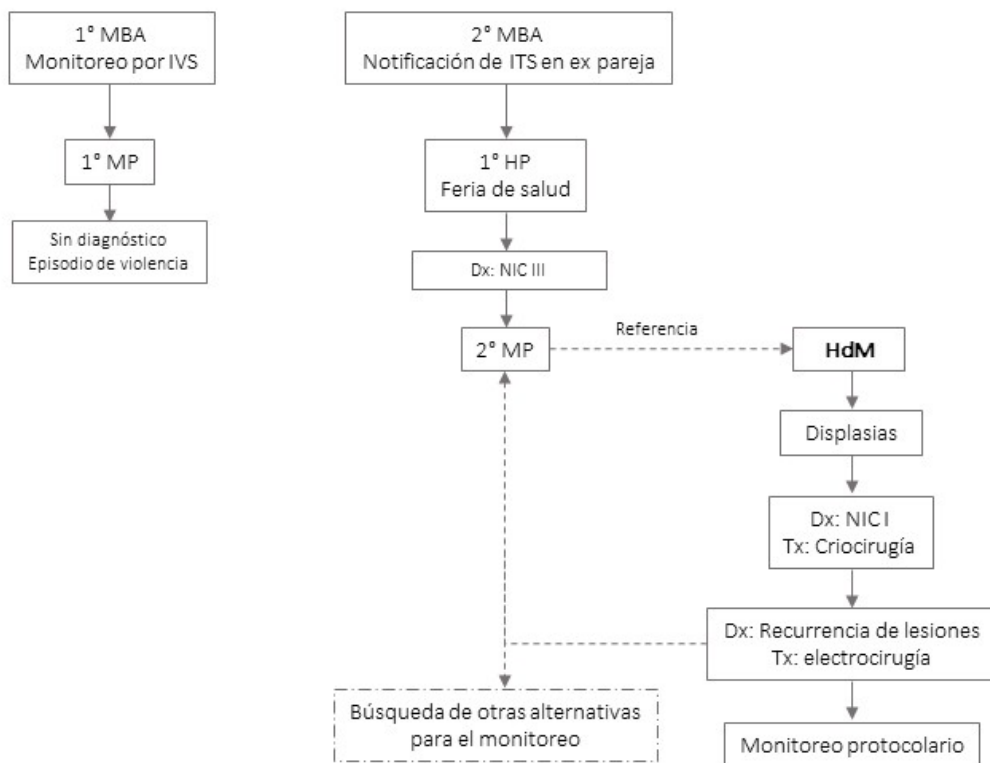
Fuente: elaboración propia, 2020.

Su búsqueda de atención inició motivada por su hermana, quien le recomendó que se realizara un Papanicolaou al ser ella misma diagnosticada con VPH. Buscó alternativas privadas para atender su padecimiento, pero finalmente se decidió acudir al Hospital de la Mujer por la gratuidad y la recomendación de personas cercanas a ella. Inició su atención en 2015 en esta institución, donde fue diagnosticada con NIC I y recibió como tratamiento una criocirugía. Elvira ha vivido como conflictivo el diagnóstico por las respuestas que ha tenido a la socialización; aunque para ella el acompañamiento de su hermana y sus pares ha sido primordial; y una de las principales modificaciones a raíz del diagnóstico y el tratamiento fue adoptar el uso de condón de manera rutinaria, para evitar *contagiárselo a alguien*.

Edna

Edna tiene 30 años, es psicóloga y ejerce su profesión en un centro de atención a mujeres que han vivido con violencia. Reside en el Estado de México, con su familia nuclear.

Trayectoria 4. Edna



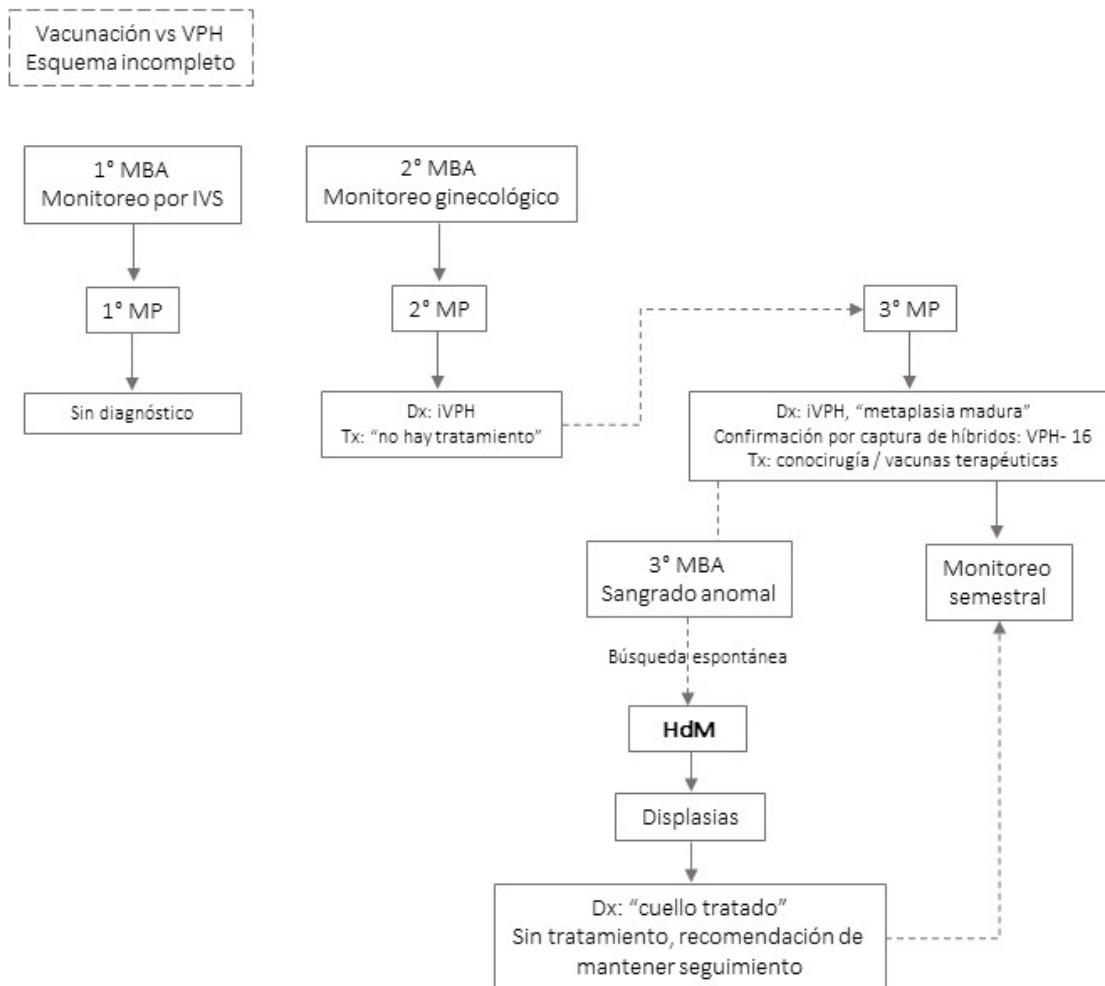
Fuente: elaboración propia, 2020.

Su llegada al Hospital de la Mujer fue a través de su mamá, que es enfermera de esta institución, y la detección de VPH se realizó en el marco de la campaña de detección oportuna de cáncer (cervical y de mama) anual que se realiza en octubre en la institución, y la búsqueda de atención además fue motivada por el reporte de su ex pareja sobre la posibilidad de tener una ITS. Edna fue diagnosticada con NIC I, aunque también recibió reportes de que las displasias correspondían al grado III; ha buscado atención a su padecimiento en el ámbito público y privado, aunque ha preferido el primero por los costos de atención que tiene la práctica particular. Además, la trayectoria de Edna ha estado marcada por episodios de violencia en la atención médica, lo que se ha sumado a su sensación de culpabilidad y enojo que han marcado el curso de la atención a su padecimiento de salud. En el momento del contacto, Edna se encontraba en monitoreo protocolario después de una criocirugía; además de estar buscando otras alternativas biomédicas para el seguimiento.

Francisca

Francisca vive en el Estado de México, tiene 24 años y se dedica a labores administrativas; desde hace tres años vive con su pareja en la casa familiar de él. Desde que inició su vida sexual activa, adoptó el hábito de realizarse monitoreos periódicos; en el marco de uno de ellos, fue diagnosticada con VPH.

Trayectoria 5. Francisca



Fuente: elaboración propia, 2020.

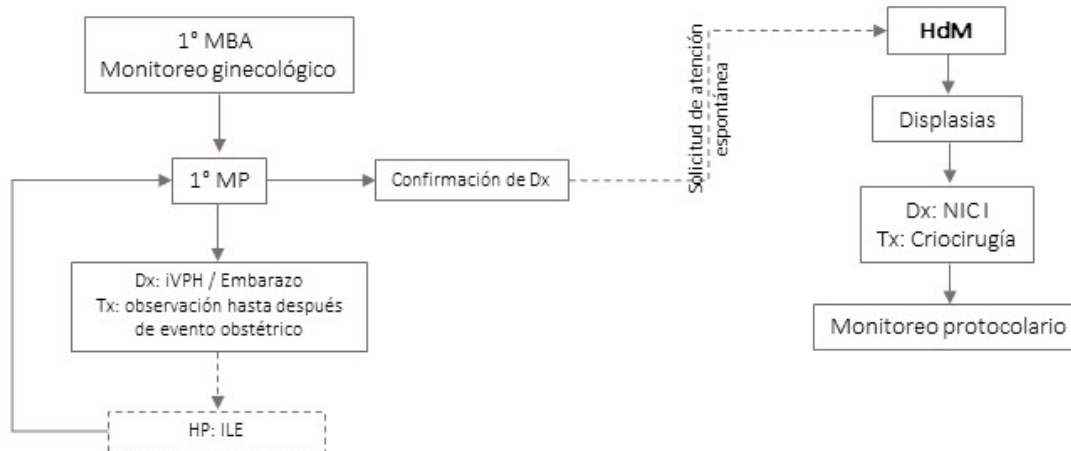
La trayectoria de atención de Francisca se ha enmarcado casi en su totalidad en el ámbito privado, donde fue diagnosticada, además de que le realizaron estudios genéticos para determinar el tipo de VPH que tenía y adoptar un curso de tratamiento acorde a él, el cual consistió en la realización de una intervención quirúrgica (donde fue anestesiada de manera general) de la cual desconocía detalles y la aplicación de vacunas para ella y su pareja actual,

aunque ella había iniciado el esquema de vacunación contra VPH cuando era niña pero sólo obtuvo una dosis. El costo del seguimiento clínico era elevado y, posterior a la cirugía, el seguimiento brindado por su médica era vía digital (por correo electrónico), lo cual le hizo buscar atención en el Hospital de la Mujer, a donde accedió por medio de un canal informal por la red de conocidos de su suegra. En el Hospital de la Mujer le realizaron una colposcopia, en la que se confirmó que el procedimiento realizado fue una conocirugía y se encontraba en una etapa de cicatrización exitosa.

Karla

Karla tiene 27 años, vive en el Estado de México, se dedica a ser maestra en nivel primario y además estudia una segunda carrera en diseño gráfico.

Trayectoria 6. Karla

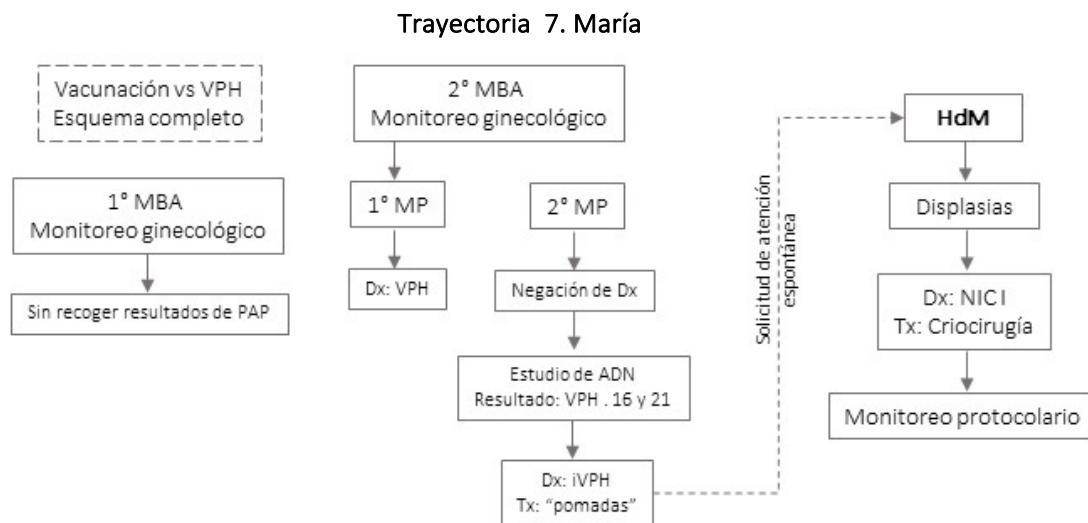


Fuente: elaboración propia, 2020.

La detección de VPH le fue realizada en el marco de su primer Papanicolaou, donde además recibió la noticia de que estaba embarazada. Karla decidió interrumpir dicho embarazo y, al realizarse estudios posteriores, confirmó el diagnóstico de VPH, por lo que acudió al Hospital de la Mujer en búsqueda de tratamiento. En la institución le realizaron una criocirugía, y al momento de la investigación se encontraba en el seguimiento semestral posterior a la intervención. Para ella el proceso vivido ha sido de aprendizaje, y se ha enmarcado en un ambiente de confianza en el que ha podido recibir la atención a su padecimiento de manera oportuna y gratuita, por lo que su relación con el Hospital de la Mujer es de confianza.

María

María tiene 27 años, vive en el Estado de México, con su papá médico y su hermana, y es estudiante de filosofía.



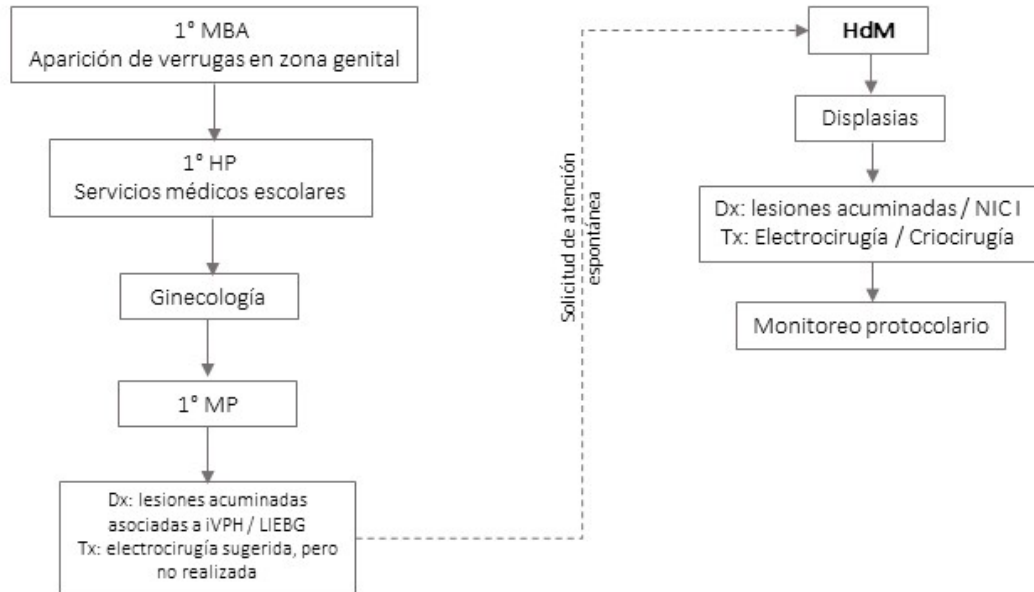
Fuente: elaboración propia, 2020.

Fue vacunada en su infancia con el esquema completo contra VPH, y al informar sobre esto al ginecólogo con quien se realizó su segundo Papanicolaou, descartó la posibilidad de la presencia de VPH, lo que para ella implicó que existiera un retraso en el diagnóstico oportuno. María llegó al Hospital de la Mujer después del diagnóstico de VPH en otra institución de salud privada, donde además de darle el diagnóstico de VPH, le realizaron estudios genéticos, los cuales determinaron que tenía tres tipos de papiloma, y el médico le recomendó un tratamiento que consistía en la aplicación de pomadas en la vulva. Sin embargo, la atención en el ámbito privado le generó ansiedad por la incapacidad de cubrir el costo, además de que investigó sobre el tema y dudó de la efectividad del tratamiento propuesto, por lo que decidió comunicar el diagnóstico a su papá, quien la canalizó al Hospital de la Mujer. Ha tenido reacciones hostiles a partir de socializar su diagnóstico, pero para María es importante compartirlo con su grupo de pares y contribuir a desmitificar la presencia de esta ITS, además de colaborar a que sus amigas conozcan la institución donde ella recibió tratamiento y sean tratadas oportunamente y a bajo costo.

Yadira

Yadira tiene 23 años vive al norte de la Ciudad de México con sus dos hermanos menores, su abuela y sus papás.

Trayectoria 8. Yadira

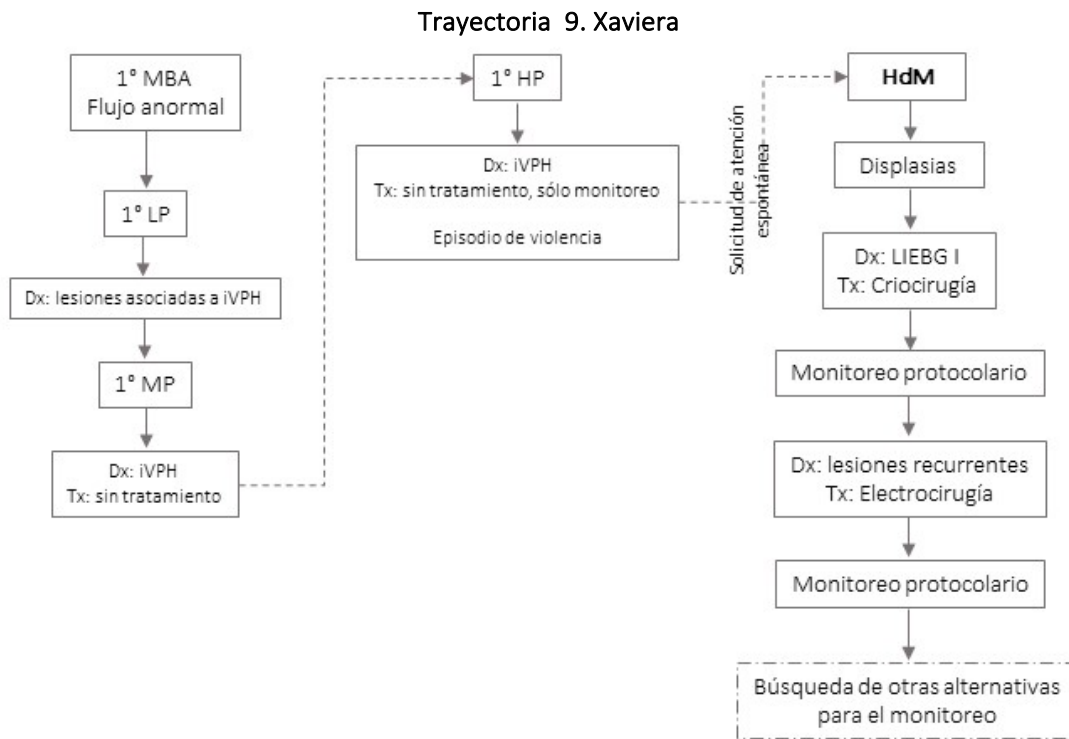


Fuente: elaboración propia, 2020.

Su trayectoria inició cuando decidió buscar atención médica por la presencia de verrugas en la zona de la vulva, por lo cual acudió al servicio médico de su escuela y, posteriormente, a una fundación ubicada en la Ciudad de México especializada en displasias. En esta institución fue diagnosticada con infección por VPH; sin embargo, las alternativas de tratamiento eran demasiado costosas y los tiempos de espera largos, por lo que decidió buscar atención en el Hospital de la Mujer. En este sitio, le dieron diagnóstico de NIC I y recibió una criocirugía, además se realizaron sesiones de electrofulguración de las verrugas que tenía. Para Yadira el proceso de atención a su salud sexual ha sido sumamente estresante y se ha encontrado enmarcado por las nociones y los prejuicios de su familia, a quienes les notificó el diagnóstico que recibió, además del temor que tiene al rechazo que podría enfrentar si decidiera comunicar a sus parejas sexuales actuales el diagnóstico y la imposibilidad de tener una pareja estable en el futuro por la misma razón.

Xaviera

Xaviera vive en el Estado de México con su mamá y su hermano, tiene 20 años, es estudiante de licenciatura en comunicación.



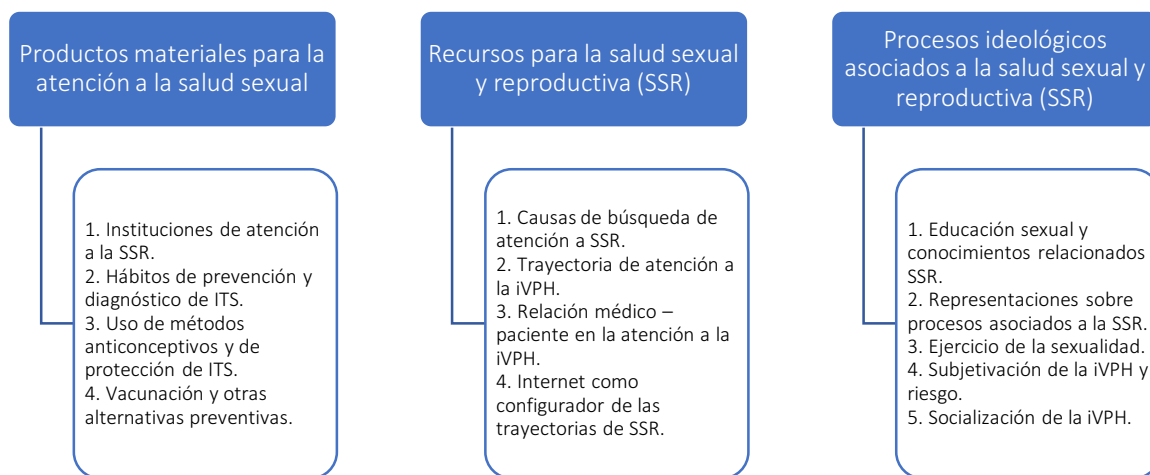
Fuente: elaboración propia, 2020.

Xaviera acudió a institución pública donde está asegurada, donde le dijeron que tenía VPH, sin embargo, decidió no continuar con la atención en dicho lugar porque vivió episodios de violencia y, al momento de querer quejarse por ello, no encontró los canales adecuados para realizarlo. En la búsqueda de atención, se realizó estudios en laboratorios privados y, al obtener confirmación del diagnóstico, acudió a un médico privado quien no le ofreció alternativas para el tratamiento; por ello, decidió buscar en internet donde encontró que el Hospital de la Mujer era una opción viable para recibir atención. En esta institución le confirmaron el diagnóstico de NIC I y recibió una criocirugía, actualmente se encuentra en el año de seguimiento, sin embargo, han detectado nuevamente lesiones en el cuello del útero, por lo que permanece en vigilancia médica para evaluar la posibilidad de realizar un nuevo tratamiento o esperar a la remisión espontánea de las displasias.

6.2 Aproximación analítica desde el enfoque biocultural

Una vez asentados los perfiles generales de las participantes, el análisis se presentará de acuerdo a los ejes temáticos definidos previamente, los cuales parten del enfoque biocultural que orienta esta investigación. Las entrevistas fueron transcritas y sistematizadas a partir de una serie de categorías que se alinean a focos (homólogos a los componentes propuestos desde el enfoque biocultural). Para realizar dicho el análisis, como punto de partida representamos el desglose de los componentes en la siguiente figura:

Figura 18. Análisis biocultural de la experiencia de la iVPH



Fuente: elaboración propia, 2019.

A partir de estos ejes temáticos, desarrollaremos el análisis partiendo de los testimonios recabados durante las entrevistas a las mujeres y el personal de salud participante en esta investigación. Sin embargo, antes de continuar, es importante señalar que los elementos que esta división corresponde a una construcción meramente analítica, en tanto que en la vivencia de los procesos de salud – enfermedad - atención, los elementos que a continuación exploraremos son transversales y se construyen como red intrincada de relaciones que se determinan mutuamente.

6.2.1 Productos materiales para la atención a la salud sexual

Este eje se refiere a los recursos sociales y culturales que tienen que ver con la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En este sentido, el Hospital de la Mujer se configura como el eje rector de las trayectorias reconstruidas entre las mujeres participantes, por ser el sitio de contacto e invitación a participar, aunque la búsqueda por atención no inicia o culmina

en este sitio en todos los casos. Además, es necesario hacer referencia a la existencia de otras instancias que se involucran en la atención a problemáticas de salud asociadas a la sexualidad (como otras instituciones gubernamentales de salud, educativas y/o legales) y que las mujeres convocan en su búsqueda de recursos y se convierten en escenarios de estos procesos.

Sabemos que el Hospital de la Mujer pertenece a la Secretaría de Salud a nivel federal, por lo que la población usuaria de la institución es de diversos estratos socioeconómicos, aunque se favorece la atención a las mujeres que no cuentan con seguridad social. Entre las participantes de la investigación sólo dos no contaban con ésta, mientras que el resto eran afiliadas a algún régimen por su trabajo o escuela. Es de relevancia señalar que ninguna de las mujeres participantes recibió el diagnóstico inicial de infección por VPH en el Hospital de la Mujer, y que acudieron a este por ser referente en la atención a ésta entre sus conocidos o por aparecer como una alternativa en sus búsquedas de información en internet.

El acceso a servicios ginecológicos privados fue una constante entre todas las mujeres, sin embargo, los altos costos de las consultas, los tratamientos, los medicamentos y el seguimiento las hicieron tornar hacia el Hospital de la Mujer al presentarse como una alternativa más barata y cercana para atender sus necesidades:

Me hicieron la prueba en un laboratorio privado y nada más me dijeron “tal día vienes por el resultado”. Y ya, el mío decía que tenía una lesión pequeña de bajo riesgo, y no sabíamos qué hacer, y fuimos a un ginecólogo carísimo, por el susto y lo inmediato dijimos “pues aquí”, pero nada más sacó sus libros y nos empezó a decir “este es el papiloma y se desarrolla así”, lo exageró tanto que me asusté mucho, me dijo que me podía dar cáncer y yo dije “me voy a morir”, algo exagerado, pero la consulta fue muy cara, nos sacó como ochocientos pesos y nada más por hablar, ni siquiera me checó ni nada. Xaviera.

Mi primera consulta costó novecientos y me dijeron que tenía VPH, pero que sólo había un tratamiento de óvulos. No me quedé convencida con lo que me decían y compré una membresía de servicios médicos, encontré otra ginecóloga y me dijo que tenía metaplasia y que me iba a operar. Con ella, me cobrara quinientos el Papanicolaou, la colposcopia y la consulta, de cada uno fueron \$1,500 por todo, después me hizo una captura de híbridos, me salió en más de \$1,500, y me diagnosticó con una metaplasia madura. Luego me dijo que me tenía que operar, me hicieron preoperatorios y eso los pagué, no recuerdo cuánto, luego la cirugía... me costó doce mil pesos, y después me dijo que tenía que ponerme unas vacunas, de esas fueron siete mil pesos por las tres dosis para los dos (su novio y ella). Francisca.

Como los testimonios indican, los costos de la atención ginecológica de las mujeres se elevan en el momento de ser diagnosticadas con iVPH. En varios de los casos recopilados, las mujeres

optaban por el monitoreo en el ámbito privado, pero al presentarse el episodio de enfermedad, acudían al Hospital de la Mujer en el que los costos de las consultas van desde los tres hasta los cincuenta y dos pesos, además de que los tratamientos para la iVPH ambulatorios (electrocirugía, criocirugía o conocirugía) no rebasan los \$300 pesos.

La experiencia en el Hospital de la Mujer genera una percepción positiva de la atención que se recibe y ello se ve reflejado en el apego que se observa en las mujeres a los tratamientos y seguimientos que reciben en este sitio:

Me dijo “va bien tu lesión, está cicatrizando”, que ya podía tener sexo pero me tenía que cuidar, que “debido a tus defensas bajas puede ser que haya incrementado que tuvieras el virus”, me dijo que yo no era una persona que iba a contagiar a todo mundo, lo que me calmó mucho, me dijo que no era portadora, que ya no tenía nada y la lesión había desaparecido, que tuviera una vida saludable, me calmó mucho, me dijo que continuara yendo y que después me harían otra vez el Papanicolaou y que me seguirían viendo. María.

Yo creo que es buena (la atención). El doctor siempre me dice que le pregunte, y le pregunto y me va explicando cuando me revisa... yo si lo recomendaría a otras, diría “hay un hospital que te ayuda y no cobra caro, puedes llevar tus estudios y te dicen que tienes esto y te ayudan, son muy buenos”. Yadira.

Estar en el Hospital de la Mujer me ayuda, aunque sea tardado el monitoreo, te lo pueden llevar de por vida. Aunque es un hospital popular es muy bueno el trato, he sentido que se han portado súper amables y comprensivos, en ningún momento me han discriminado ni prejuizado. Elvira.

Al finalizar la consulta, se produjo el siguiente diálogo entre Xaviera y el médico que la atiente:

Xaviera: Tengo muchas preguntas (sacó una hojita de papel y leyó) a mi novio le dijo que se fuera a checar, según me dijo a él no le da esa infección, pero no es cierto ¿o sí?

Médico: No, si no tiene lesiones no debe tratarse (el doctor le explica cómo funciona el virus en los hombres).

X: Es que yo siempre le ando checando y no le he visto nada.

M: Está bien que lo cheques, pero tú siempre vas a tener esto.

X: ¿Tengo que aprender a vivir con esto?

M: Sí, ya sólo hay que vigilar.

X: ¿Y aun así voy a tener hijos?

M: Sí, el 80 o 90% de las personas lo hemos tenido alguna vez, pero no pasa nada, ahora ya lo sabes, pero no pasa nada.

X: Es que mi prima lo tiene y le dije que viniera ¿puede venir?

M: Sí, pero se tiene que hacer estudios y que venga.

X: Ok, entonces lo que yo tengo es de bajo grado.

M: Sí (vuelve a explicarle la lesión que encontró).

Es curioso que Xaviera haga tantas preguntas, porque no es común entre las usuarias, pero más aún, que el médico se las responda amablemente. Diario de campo.

En las trayectorias de las mujeres, era evidente que había poco abandono de los seguimientos sugeridos en la institución o de los tratamientos indicados; lo cual pone de manifiesto que existe un funcionamiento adecuado de los servicios, aunque también se presentan episodios de violencia discursiva o en la atención ginecológica que más adelante exploraremos. Sin embargo, vale la pena pensar en la exploración sobre los elementos que contribuyen a la construcción de una percepción favorable sobre la calidad de los servicios: responder a las preguntas realizadas por las usuarias, brindar solución a los problemas de salud y tener un costo mínimo son algunos de éstos. Vale la pena mencionar la encuesta que se realizó entre una muestra de usuarias de la institución, a quienes se les preguntó *¿Recomendaría usted el Hospital de la Mujer a sus familiares o conocidas?*, el 97% de las mujeres encuestadas respondió que sí, y el principal motivo para recomendarlo es por la calidad en la atención.

El uso de métodos anticonceptivos o de barrera para el cuidado de la salud sexual es un eje importante relativo a los productos materiales, al constituirse como el principal recurso para la prevenir la adquisición de ITS. En el caso de las mujeres participantes, este elemento tenía que ver principalmente con el uso de condón. En el capítulo anterior, mencionamos que el 30% de las mujeres de la muestra de expedientes seleccionados indicaban el uso de condón como método de planificación familiar (dato que contrasta con los reportados por CONAPO a nivel nacional); al respecto, las participantes en esta investigación nos aproximan a los elementos que tienen que ver con el uso de este método:

El primero (de sus parejas sexuales) no usó condón... pero en los primeros años, yo le decía a él (a su actual pareja) que así no, sin condón no, la primera vez sí usamos, pero luego él decía "es que se siente más rico", ya sabes, como son los hombres, y yo le decía "no, yo no quiero tener un hijo y no sé si tengas algo", pero me insistió y me convenció pero yo le dije "tantito, la puntita" nada más y fue algo que empezó a pasar así, dejó de usar condón. Xaviera.

Él me insistía mucho y luego fue como que ayudándome a que tuviéramos relaciones, porque yo no quería, y no usaba nada (condón), él no quería y lo único que hacía es que a veces él no se venía en mí. Como vi que no quedaba embarazada pues no usábamos nada. Amanda.

Estos testimonios deja entrever un fenómeno que se ha reportado ampliamente en la literatura y que se hizo patente durante el trabajo de campo, es decir, la incapacidad para negociar el uso del condón en las relaciones de pareja, y en particular en aquellas interacciones en las que existe una marcada desigualdad en términos de edad y experiencia en el ejercicio de la sexualidad; este elemento se configura también como problemático en las trayectorias del padecimiento que configuran las mujeres a partir del diagnóstico, las cuales se construyen desde la culpabilización por una decisión que, en un marco de igualdad, debería tomarse de manera mutua con la pareja. Más adelante exploraremos elementos relativos a la violencia que se ejerce en las relaciones de pareja y cómo ésta se exagera ante la presencia del diagnóstico. Sin embargo, es necesario considerar que no usar condón es una decisión que se toma de manera autónoma y que tiene que ver con la construcción de confianza en la pareja y la búsqueda de placer con la ausencia de este método:

Siempre usaba condón. Excepto dos veces, con dos novios que tuve. Pero no pasaba nada, si era necesario me tomaba la pastilla del día siguiente. Después del aborto, me puse el implante porque no me quiero embarazar. Karla.

A veces lo usaba. Pero calculaba cuándo en mi período podía no usarlo y no usábamos condón, sólo para no embarazarme. Berta.

Ahora ya lo uso (el condón), pero con mi pareja anterior no. Sólo usábamos el coito interrumpido, nada más era para no embarazarme. Edna.

Con mi pareja de ahora al principio la verdad nos valió y no utilizábamos. Antes de él igual llegué a tener dos parejas con las que no usé condón, pero ni eran mis parejas, era algo casual, la verdad me valió madres y lo hice sin condón. Elvira.

La noción de los métodos de barrera como preventivos para la adquisición de ITS no se encontraba presente en los discursos y las prácticas reportadas de las mujeres participantes, y el cuidado durante las relaciones sexuales se centraba en evitar embarazos no deseados.

En el capítulo anterior mencionamos además la posibilidad de que las respuestas dadas a los médicos difieran de aquellas que se recabaron durante las entrevistas, en tanto que las primeras en general se orientan hacia el *deber ser*, mientras que las conversaciones a profundidad permitieron explorar un poco más sobre esta temática. Sin lugar a dudas una de las principales omisiones en el espacio de la consulta clínica es la indagatoria sobre el uso de métodos de barrera en el pasado en contraste con el momento actual o las posibilidades de

negociación con la pareja sobre su uso, además de otras prácticas de prevención de ITS, siendo la única otra alternativa el uso de barreras bucales para practicar sexo oral que permiten que no exista contacto entre el epitelio genital y el bucal, aunque esta alternativa es poco conocida y representa un costo mayor que el de los condones, por lo que está prácticamente ausente en la discusión sobre la prevención. Más adelante ahondaremos un poco más sobre este elemento al explorar sobre los cambios en el comportamiento asociados al riesgo percibido por las mujeres participantes.

Relacionadas con el tema de los recursos materiales, se encuentran las vacunas para prevenir la adquisición del VPH que forman parte del esquema básico disponible en el sector salud público en México, cuyas condiciones de operación exploramos en el primer capítulo, centrándonos a continuación en cómo se conceptualiza esta alternativa entre las participantes de la investigación, retomando tres miradas que se recuperaron sobre ellas. La primera es de María, quien fue vacunada por su papá en la adolescencia, quien a su vez accedió a la compra de éstas por su posición como trabajador de la salud:

Mi papá las compró, costaron como mil pesos cada una. No me preguntó, solamente fue de “te voy a poner estas vacunas, son contra el VPH y ya”, yo no sabía en ese momento que era el VPH, pero nos vacunó a mi hermana y a mí. Yo no recuerdo que tuvieran un efecto, pero debajo de la ceja tenía verruguitas, y cuando me las pusieron (las vacunas) se me acabaron, pero como siempre mi piel ha sido súper delicada igual me hacían crioterapia, me las quemaban y me volvían a salir. María.

En su trayectoria terapéutica, María buscó diversas opiniones médicas, recibiendo comentarios de que como ella contaba con las vacunas, era poco probable que su malestar se debiera a VPH. Después de pagar estudios especializados, fue diagnosticada con tres tipos de cepas de VPH; después de esta experiencia para ella las vacunas:

Son un control, existen experimentos, pienso que pueden ser así, si lo vemos oscuramente; pero también es medicina que cura, así nos lo hacen ver, pero no sé qué pensar, no sé si son... si tienen algo positivo o negativo, me quedaría con algo neutral que podría decir que ayudan pero no sé, en mi caso sí ayudaron, erradicaron una parte de mi cuerpo que tenía visiblemente, pero no fueron un escudo ante el VPH. María.

Paralela a su experiencia, la pareja de María buscó atención médica y en el marco de ésta fue vacunado: le dijo al médico “mi pareja tiene VPH y vengo a ver”, lo revisaron, le dijeron que visualmente no tenía nada, pero que se tenía que hacer el estudio y para prevenir le pusieron las vacunas.

La otra mirada es la de Francisca, quien en la infancia inició el esquema de vacunación, pero no concluyó con él; y en el momento del diagnóstico *la doctora me explicó que si yo hubiera terminado el tratamiento no tenía por qué haberlo adquirido*. Posterior al diagnóstico, le fue realizada una conócirugía y fue vacunada, junto con su pareja, como parte de éste en un servicio médico privado en el que las vacunas tuvieron un costo de \$7,000 pesos por tres dosis para cada uno. Si bien se ha planteado el uso terapéutico de las vacunas, su efectividad en este sentido no ha sido comprobada; y el esquema de tratamiento tampoco está estandarizado, por lo que aún queda incierta la efectividad de este recurso y su aplicación tiene implicaciones éticas que quedan pendientes por resolver antes de recurrir a esta estrategia (Berumen y Valdespino, 2006).

La última perspectiva proviene desde los prestadores de servicios en la institución. Durante el curso del trabajo de campo etnográfico se presentaron al menos dos episodios en los que el personal de enfermería (principalmente mujeres) se transmitía información sobre los sitios donde vacunaban: *la enfermera estaba muy atareada enviando mensajes y diciéndole a las que pasaban que fueran a vacunar a sus hijas al Estado de México. Al preguntarle porqué, me contestó que la vacuna era escasa en la Ciudad y que ella tenía una amiga que le informaba dónde la estaban poniendo, por eso les avisaba a sus compañeras*. Para uno de los médicos entrevistados:

Son vacunas carísimas, se han invertido muchos millones de dólares y lo que se quiere es recuperar la inversión. La realidad clínica para nosotros es que ya no viéramos más pacientes que tengan infección por virus de papiloma humano, pero incluso muchas pacientes reclaman eso, que pagaron una vacuna, en forma particular, y por qué ahora tienen lesiones. Algunas otras que han acudido a los sistemas de salud del país, pues lo mismo, que si tienen vacuna por qué es que tienen una lesión. Yo creo que la mejor vacuna en este momento es la revisión, no hay forma de poderla relevar con otro método. La vacuna yo creo que es más mito que realidad... en los privados, se las ponen pero es una mera vacilada, es un desperdicio, desgraciadamente ahí ya entran cuestiones no éticas, es una vacilada que se apliquen una vacuna que no sirve para nada. Dr. Eduardo

Estas tres miradas sobre la vacunación resumen las tensiones que mencionamos en el primer capítulo en torno a esta alternativa preventiva: la falta de estrategias psico-educativas que acompañen a la estrategia de vacunación y que refuercen mensajes para la prevención de adquisición de ITS entre las niñas que son vacunadas; así como la falta de poder de decisión ante la vacunación, lo cual implica una violación a la autonomía, la cual ya era problematizada

en otros trabajos científicos (Berumen y Valdespino, 2006; Nazal y Cuello, 2014; Luna-Blanco, y Sánchez-Ramírez, 2014; CAE-PVCVPHM, 2009); finalmente, el conflicto que se asocia al considerarse “protegidas” por la vacunación y desarrollar una infección asociada a VPH, lo cual puede contribuir a reducir la percepción del riesgo y conducir a cambios comportamentales, como la disminución o abandono del uso del condón y de actividades de detección rutinarias (Prieto *et al*, 2008; Laurell, 2009b; Odell, 2014). Los efectos de las campañas de vacunación y el alcance de esta acción preventiva no podrán conocerse hasta pasadas varias décadas, en las que se pueda asociar un posible descenso en la prevalencia de lesiones asociadas a VPH y/o cáncer cervical a éstas.

El siguiente elemento explorado fue la existencia y uso de espacios/medios/canales alternativos para la atención a los procesos de salud-enfermedad asociados a la sexualidad. Para nutrir la reflexión, recordemos que al inicio de este apartado veíamos cómo el ámbito privado se constituye como una de las primeras alternativas para la búsqueda de atención; y en relación a ello, el capítulo anterior mencionábamos que más del 50% de las mujeres que recibieron atención en el servicio acudieron por iniciativa propia, es decir, tenía estudios de laboratorio previos que indicaban la presencia de iVPH y ello les había impulsado en la búsqueda de atención. Estos dos elementos nos indican un fenómeno que se encontró además presente durante las entrevistas y la etnografía: la búsqueda de atención en diversos ámbitos para la solución de los problemas de salud sexual; aunque en el siguiente apartado profundizaremos en las trayectorias de las mujeres y los mecanismos de atención, es importante mencionar en este sitio las alternativas disponibles y reportadas por las participantes. Al respecto, el siguiente episodio es de relevancia:

La doctora notó, mientras revisaba el expediente antes de la consulta, que Berta tiene estudios de varios laboratorios. Dirigiéndose a mí, me dijo “esto es lo que pasa, no les gusta lo que le dicen en uno y van a otro y otro y a otro (médico)”. Yo misma revisé el expediente antes de que entrara Berta, en uno de los estudios señala que hace menos de un año le realizaron una PCR y el resultado es que tiene VPH-16, en un médico privado le diagnosticaron lesiones en el útero, y después los documentos del Hospital señalan que la biopsia que le tomaron indicaba una lesión de bajo grado y el PAP señala que hay lesión, después de eso, han pasado dos meses para volver a hacer una revisión. Además, le han diagnosticado candidiasis y clamidia, y la doctora le dijo que puede ser que el VPH se confunda con otras ITS.

Berta ingresó a la consulta, y al revisarla, la doctora le dijo que ya le han realizado procedimientos en el cuello del útero, Berta le dijo que sí pero no sabía de qué tipo y la

doctora mencionó que se trataba de un cono cervical, por la cicatriz que se había formado en su cuello, después le indico que tenía que estar informada de los procedimientos que le realizaron antes y la doctora le dijo “ya no te pueden seguir tratando ese cuello, porque ya está muy corto y no vas a poder tener hijos”.

La doctora siguió con la revisión y localizó una lesión exocervical que le fulguró en el momento. Después le dijo que parecía ser candidata a factor de transferencia, para que elevara su sistema inmune, pero después de decirle que ese tipo de tratamiento no se da aquí, no le dio más información de dónde obtenerlo.

Al salir Berta de la consulta, la doctora me insistió a mí y al residente sobre cómo algunas mujeres andan buscando alternativas por todos lados, pero que nada más las tratan en otros hospitales sin saber qué les hicieron, como en el caso de Berta, que al final las afecta más (diario de campo, 2016).

Paralela a la existencia de otros recursos institucionales biomédicos, entre las mujeres participantes en la investigación, existe una necesidad manifiesta por la existencia de espacios alternativos de atención a los procesos de salud-enfermedad, como los grupos autogestivos que se posicionan como lugares de encuentro donde las mujeres generan estrategias colectivas para la resolución de problemas. Al respecto, existen dos testimonios que valen la pena respecto a los procesos de las mujeres en torno a la atención a su salud sexual que a continuación describiremos:

Durante la consulta de Zafiro⁶⁶, se estableció una relación hostil con el médico. Esto porque, al realizar la revisión ginecológica, el médico detectó que existía fulguración de lesiones en el área pélvica y al preguntar a la usuaria sobre ésta, ella indicó que nunca se había sometido a ningún tratamiento y no sabía qué tenía. Esta negación, llevó al médico a regañarla y señalarle que no era adecuado cambiar constantemente de médicos, porque no se realizaba continuidad sobre su tratamiento.

Posterior al diagnóstico, el médico le dio las indicaciones terapéuticas y fue agendada una consulta para la realización del tratamiento. Al salir del consultorio, me acerqué ella y la invité a participar en la investigación; sin embargo, ella se puso a llorar mientras me señalaba que no le gustaba que la trataran con tanta agresión, y que sí había hecho algo con las lesiones que identificó en la vulva: “en un grupo feminista al que acudo conté la situación y me dijeron que me untara ajo, que eso ayudaría, sí me ayudó, porque desaparecieron las lesiones, pero no le dije al doctor porque me iba a regañar más”.

Cuando regresé al consultorio, el médico seguía enojado y me volvió a decir que ese es el problema con las mujeres que van a distintos médicos, no se quedan conformes con nada.

Diario de campo.

⁶⁶ A Zafiro se le invitó a participar en la investigación, pero fue imposible establecer contacto con ella para la realización de la entrevista, por lo cual no formó parte de los resultados vertidos en este documento.

Yo me acerqué al Closet de Sor Juana⁶⁷ en Facebook, les pregunté si me podían dar información para llevar una vida sexual sana entre mujeres, cómo hacer para ayudarse, les platicué mi caso y les dije qué puedo hacer para evitar riesgos de contagio y no ser un foco infeccioso. Me dieron un tríptico de información y me dijeron sobre la raíz de chilcagüe para las lesiones y me recomendaron una ginecóloga que tienen sensibilidad con las personas de la comunidad LGBT. Berta.

Aunque, de acuerdo a los datos cuantitativos mostrados en el capítulo previo, existe una alta aceptación/adherencia al tratamiento y los seguimientos, existe una percepción de que el diagnóstico es problemático y ello genera que las mujeres *van de doctor en doctor, por el miedo al diagnóstico, ya no vuelven aquí ni se tratan, o andan buscando dónde les digan que no* (tienen cáncer) (Dr. Eduardo). Para los profesionales de la salud, esta aparente falta de compromiso o decisión en el tratamiento aparecen como problemáticos, lo cual puede relacionarse con la necesidad del establecimiento de la confianza para la organización e institucionalización de saberes en la modernidad, que en el caso de la racionalidad biomédica se centra en la promoción a la adherencia a sus prácticas institucionales (Salcedo y García, 2010).

También se encontraron testimonios como el de Berta, que deja entrever la ausencia de reconocimiento de prácticas sexuales diversas diferentes a la heterosexual y, con ello, la presencia de necesidades irresolutas respecto a la salud sexual que conducen a quienes así lo requieren a espacios autogestivos donde exista reconocimiento de sus prácticas y oferta de servicios amigables para atender los procesos de salud sexual, el cual abordaremos más adelante.

6.2.2 Recursos para la salud sexual y reproductiva

En este apartado temático, nos centraremos en todos aquellos elementos que detonan los procesos de búsqueda y atención a las problemáticas de salud sexual, los recursos que las mujeres emplean y los mecanismos que se echan a andar ante los eventos de enfermedad. Respecto a las trayectorias de atención a la iVPH, es de relevancia señalar que cada una de ellas presentan particularidades de acuerdo a los medios de notificación del diagnóstico, los recursos

⁶⁷ El Clóset de Sor Juana es una asociación civil que se identifica como lésbico-feminista, donde se fomenta la reflexión y acción en favor del ejercicio pleno de derechos de las mujeres lesbianas. Fuente: <http://www.elclosetdesorjuana.org.mx/>

sociales y económicos de cada una de las participantes; pero también de la diversidad de recursos en la búsqueda de salud.

El primero tiene que ver con las causas de búsqueda de atención; en tanto que da inicio al proceso que hemos investigado. Ya adelantábamos en el capítulo anterior que el problema o síntoma percibido por las mujeres en ocasiones no coincide con la presencia del VPH; y en muchas de las consultas presenciadas, la búsqueda de salud se iniciaba a partir de la presencia de síntomas diversos que las mujeres asociaban a enfermedades de orden ginecológico, y no necesariamente sexual. En el caso de las mujeres participantes en esta investigación, el diagnóstico de VPH se realizó de manera casual en varios de los casos, siendo la búsqueda de atención otro padecimiento o necesidad de salud sexual: a Karla se le detectó VPH en el marco de una consulta ginecológica periódica a la que asistió por sospecha de embarazo; a Berta, se le detectó en el transcurso de exámenes clínicos sobre el probable trastorno endocrinológico que padece (que a la fecha de su participación seguía sin ser diagnosticado); a Amanda la detección se realizó en el marco de consultas médicas asociadas a la infertilidad con la que fue diagnosticada en la institución.

Hubo otros casos, en los que la detección de la infección se realizó en el marco de seguimientos rutinarios a la atención ginecológica: Edna recibió el diagnóstico al acudir a una campaña de detección oportuna de cáncer cervical en el Hospital de la Mujer; Elvira lo recibió a partir de un Papanicolaou que se realizó en una feria de salud, el cual se realizó a sugerencia de su hermana a la vez que por su deseo de monitorear su salud; Francisca inició su vida sexual y, con ello, decidió dar comienzo al monitoreo de su salud con visitas periódicas al ginecólogo, donde recibió el diagnóstico en la primera consulta; caso parecido es el de María, quien al cambiar de pareja sexual decidió monitorear su estado de salud. Finalmente, los casos de Yadira y Xaviera fueron detonados a partir de molestias que ellas asociaban a una infección de transmisión sexual (verrugas y flujo vaginal anormal), cuya sospecha fue confirmada en el marco del diagnóstico.

Sobre el diagnóstico, podremos decir que existen dos vertientes en su vivencia: por un lado, el efecto que tiene para las mujeres y por el otro, como éste se configura como un elemento empoderador sobre la salud sexual y desencadena los procesos que hemos detallado aquí. Nos detendremos primero en la constante, que es una vivencia adversa del diagnóstico:

Me da coraje, lloraba con mi mamá y le decía 'si yo me cuido, que soy así, me pasa algo así'. Ximena.

Pensaba que no se me iba a quitar y que me iba a dar cáncer; dije a temprana edad y ya tengo esto. Yadira.

Cuando yo me enteré que tengo papiloma, me espanté demasiado, lloraba y no sabía qué hacer, aparte porque con ese ginecólogo iba a ser muy caro el tratamiento; no tenía el dinero para sustentar esos gastos ni la pareja con la que estaba, fue una etapa muy complicada. María

Fue un shock para mí, porque más que nada no sabía si mi pareja me lo había contagiado o lo había adquirido anteriormente, me puse a llorar, por que cómo y toda la vida voy a vivir con esto, te causa shock porque es una enfermedad de transmisión sexual, es casi como si tuvieras SIDA o algo así. Elvira.

Tenía mucho susto, la manera en que la doctora lo enfatizó y me lo pintó fue de alarma, de mandarme directamente al INCAN, casi casi tienes cáncer... Berta.

Sentí enojo y molestia, y eso de la culpa, pude haber evitado estas situaciones si me hubiera protegido, estaba muy enojada conmigo misma, al ver a todas las pacientes, mujeres, es como... muchas pudimos haber evitado este tipo de situaciones si nos hubiéramos protegido. Edna.

Los testimonios de las mujeres nos dan luz sobre varios elementos, que permiten observar que la perspectiva relacional desaparece y la vivencia de la certidumbre sobre la iVPH se convierte en un fenómeno enteramente individual, circunscrito por la ansiedad, el miedo y la culpa; emociones que en el marco de las consultas médicas no son atendidas y se configuran como los lentes desde los que se mira la experiencia de las mujeres en el curso de la atención. La búsqueda de distintos profesionales e instituciones; alternativas curativas distintas a la biomédica y espacios de acompañamiento, son indicativos de un proceso problemático y que se configura como parteaguas en la vida de las mujeres y su ejercicio sexual. El diagnóstico es entonces este evento acotado en el tiempo cuyos efectos trascienden aun después de recuperar la salud (a dicho de los médicos) y que impactan en la socialización, la vida de pareja, la gestión del riesgo, la autoestima y el goce de la sexualidad; elementos todos que no son discutidos en el marco de la atención ginecológica. Más adelante exploraremos cómo se construye socialmente el diagnóstico y los procesos que se asocian a él desde la subjetividad; basta decir en este apartado que este proceso es fundamental en la búsqueda de atención a la

salud, en tanto que desencadena una serie de pasos que configuran las trayectorias de atención de cada una de las mujeres participantes.

Los hábitos de diagnóstico y atención son temáticas valiosas para el entendimiento de los procesos de salud-enfermedad. En el caso de las mujeres, se sugiere que las visitas ginecológicas inicien paralelas a la vida sexual, en tanto se asume que ejercicio implica riesgos para la salud de las mujeres, en forma de ITS, además de coadyuvar a generar el uso de métodos anticonceptivos o de barrera. De acuerdo con la NOM-014-SSA2-1994, las citologías deben realizarse de manera anual después de los 25 años; y en caso de aparición de alguna lesión, esta vigilancia debe realizarse en períodos más cortos hasta solucionar el evento de enfermedad por medio del tratamiento; aunque mencionábamos que en el caso de mujeres con diagnósticos de iVPH existe el riesgo de sobreutilización del servicio (Madrigal *et al*, 2005), lo cierto es que la adopción de comportamientos de diagnóstico también fueron una constante entre las participantes. En el caso de las mujeres participantes en la investigación, podemos señalar que el hábito de asistencia atención ginecológica sin la presencia de malestares no es una excepción, presentándose en los casos de Edna, Elvira, Francisca y Karla; sin embargo, no existía una necesidad de monitoreo médico ginecológico y esas primeras visitas respondieron a sugerencias de otras mujeres cercanas que les recomendaron asistir a los servicios de salud.

Otro de los elementos sustanciales para esta investigación fue indagar sobre la construcción de la relación médico-paciente y cómo ésta impactaba en la atención a los procesos de salud. Al respecto, primero ahondaremos en cómo se configura lo relevante para la atención en las trayectorias de atención a la iVPH, nos referimos en particular a las necesidades en salud manifestadas por las mujeres y lo que se constituye relevante para la atención. Al respecto, dos testimonios nos hablan de este fenómeno:

Cuando llegué al Hospital de la Mujer, la hoja decía "esterilidad primaria", pero la que me atendió me dijo "vamos hacer un lado lo del embarazo y vamos a mandarte por lo del dolor, creo que es más importante", entonces me canalizó a Ginecología y esa doctora me empezó a tratar lo del dolor menstrual, me dio paracetamol para tomar 4 días antes de que me bajara, pero estar tomando tanto medicamento a lo mejor me puede ayudar en algo pero en el futuro me puede afectar otra cosa... dijeron que no tenía ovario poliquístico, luego en una revisión me encontraron presencia de ese virus... El dolor sigue, y realmente no sé si soy estéril o no, a mí nunca me han dicho "sabes qué, tienes esto, el diagnóstico es este y para eso es esto". No puedo tener hijos, y además tengo el virus, la próxima vez voy a ir para decirles "sabes qué, me sigue doliendo, o sabes qué, ya de plano si no voy a poder tener hijos, ya que la quiten (la matriz), para que siga sufriendo". Amanda

La doctora el hospital fue lo que me dijo “si quieres tener un hijo...”, y le dije que no, me dijo entonces “a mí más que preocuparme por el VPH, me preocupa la clamidia, porque ésa sí te puede generar daño en la fertilidad”, le dije que a mí no me interesa, le dije “a mí me interesa sanar esa parte del virus, la estabilidad de mi salud, lo que dicen del cáncer”. Y otra vez, en las citas me vuelve a preguntar, siempre hace énfasis en cuestionar esa decisión, como si fuera lo más radical del mundo. Berta

En relación a este último testimonio, se encuentra otro que se recuperó durante el trabajo de campo, relativo a la salud sexual de Berta:

- *Me preocupa más que sea una clamidia, porque causa infertilidad, hasta la matriz puedes perder.*
- *A mí me preocupa más el VPH.*
- *Pues fijate que no, el VPH es de bajo grado, no te va a dar cáncer ni nada.* Diario de campo, 2017.

Las problemáticas de salud se construyen de acuerdo a los intereses de los actores involucrados; y el fin último es alcanzar el estado de salud y equilibrio deseable para el desarrollo adecuado de la vida cotidiana. Sin embargo, como los testimonios permiten ver, complementan lo que hemos abordado sobre el diagnóstico, en términos de la falta de atención integral a las necesidades de salud de las mujeres: en el caso de Amanda, hasta el momento de realización de las entrevistas, todavía no recibía una respuesta que le resultara satisfactoria a la esterilidad primaria que se le había detectado, y permanecía su deseo de ser madre. Berta, como señalamos previamente, encontró solución al problema inmediato de salud, pero ha realizado la búsqueda de otros espacios que le brinden una experiencia integral para su atención y cuidado. Acordamos con Madrigal *et al* (2005) en que la percepción del problema de salud y la necesidad de atención detonan el proceso de demanda de servicios; en este caso, puede existir una divergencia entre la necesidad percibida por la usuaria y aquella atendida por el personal de salud, efecto que en última instancia escapa del control de ambos personajes en tanto que la resolución de las necesidades tendría que inscribirse en un servicio de atención a la salud sexual integral y no por evento.

Hablando de estas divergencias que potencialmente se constituyen como obstáculos en el proceso de atención a la salud, es de relevancia traer a colación el papel fundamental de la comunicación y el lenguaje en el contexto asistencial. El uso de eufemismos, de parte de las usuarias, es una constante: referirse a los órganos genitales como *mi parte, ahí abajo, en la*

vagina (al hacer referencia a la vulva), o *tengo un granito* (expresión que puede significar a la aparición de verrugas o de lesiones asociadas a molusco contagioso) es un lenguaje común, que pueden atribuirse a un saber general, aunque no específico, de las partes del aparato sexual y reproductor. Al respecto dos situaciones, no excluyentes pueden estar ocurriendo: por un lado, el desconocimiento de la propia anatomía, que se enmarca en un contexto social y cultural cuyo discurso sobre la educación y salud sexual y reproductiva es sumamente conservador y eufemístico; y por el otro, es la incapacidad de expresarse en términos certeros sobre el propio cuerpo por pudor, el cual es desafiado constantemente por los médicos, al exigir una explicación certera sobre a qué se refieren las mujeres o las llamadas de atención por la falta de autoconocimiento. Al respecto, se encuentran las expresiones del mismo personal de salud, que indaga a las usuarias sobre su salud cuando ellas no son capaces de realizar una exploración comprensiva de sus órganos sexuales como la que los médicos están entrenados a hacer, preguntando de manera cotidiana en las consultas *¿te has revisado tu parte?*, replicando el mismo lenguaje que considerarían un obstáculo para la atención.

Existen expresiones como *todo limpio, doctor* (cuando los residentes reportan los resultados de la colposcopia al médico); *¿te has portado bien?* (cuando los médicos indagan sobre las prácticas sexuales de las mujeres, aunque sin hacer explícita la norma, la expresión implica que existe una manera de portarse bien y otra mal en términos de sexualidad); *todo está limpio, no te preocupes* (de los médicos a las usuarias, al reportar y explicar lo que se puede observar en el examen colposcópico), *me dijeron que tengo una úlcera* (cuando las mujeres comentan su diagnóstico previo a los médicos; en este sentido, puede ser que en otros espacios clínicos efectivamente se refieran a las lesiones en el cuello del útero o a la reinterpretación del lenguaje médico en términos inteligibles); las cuales constituyen obstáculos para la comunicación clara y efectiva, y dejan entrever una carga moral sustantiva sobre las prácticas sexuales de las mujeres y de la enfermedad como suciedad. Al mismo tiempo, las mujeres al no ser actoras activas de sus propios procesos de salud-enfermedad y exigir la información adecuada para su atención, dejan en manos de los médicos decisiones fundamentales sobre su salud sexual y reproductiva.

Otro de los obstáculos que dificultan la interacción entre médico y usuaria al interior de la consulta son las problemáticas asociadas a la falta de explicación de los procesos. Sobre ello,

desde el ingreso de las mujeres a la consulta se da por sentado que las mujeres al acudir a la consulta saben cuáles serán los procedimientos, por ello es que después del interrogatorio se les indica que pasen a la camilla *para revisarlas*, para lo cual se les pide que vayan al sanitario, retiren la ropa que traigan en el segmento inferior del cuerpo⁶⁸ y se coloquen la bata con la abertura hacia atrás. Una vez que las usuarias han realizado lo anterior, se les pide que se recuesten en la camilla, indicación que la gran mayoría de las mujeres acatan, lo cual genera exasperación de los médicos porque no se adoptó la postura adecuada. La enfermera entonces suele intervenir, para indicar dónde se deben colocar las nalgas y las piernas para la revisión, y una vez que se encuentran en la “posición correcta”, con los pies apoyados en los estribos y las piernas abiertas, la instrucción de médicos y enfermeras es *deja caer las rodillas*, indicación un tanto ambigua que, al no seguirse como se *debe*, genera molestia y la respuesta cotidiana de los médicos es *si no te colocas no te puedo revisar y no hago nada*, lo cual no disminuye la ansiedad de las usuarias que la revisión genera y entorpece la propia práctica médica, al requerir ser explicada constantemente.

La ineficacia en la comunicación también se presenta en el momento de notificación del diagnóstico y el tratamiento a seguir. El diagnóstico se da regularmente mientras la mujer sigue en posición ginecológica y el colposcopio proyecta las imágenes de su útero en la pantalla, en este momento el médico/a explica a la mujer cuáles son los signos de la presencia de la iVPH en el útero y cómo se va a atender (crio o electrocirugía), además de ser necesario se toma la muestra para el envío a biopsia; para después indicar a la mujer que se coloque nuevamente su vestimenta y regrese a tomar asiento para recibir las indicaciones para la siguiente cita. Este momento dura poco más de diez minutos, en los que los efectos de la confirmación del diagnóstico no se exploran y se espera que la mujer mantenga una actitud receptiva al volver a estar frente al médico; sin embargo, ocurre que es este momento en el que las mujeres aprovechan para externar sus dudas y/o angustias, ante lo cual reciben una reprimenda en la que se les recuerda que ya se les dio información y deben permanecer atentas porque se trata de su salud. Esta interacción constituye un problema sustancial, en tanto que la comunicación

⁶⁸ Uno de los requisitos para la consulta externa, que se manifiesta en cartulinas pegadas en el control de citas, es acudir con falda. A decir de los médicos, esto facilita el momento en el que las usuarias cambian su ropa por la bata y ahorra tiempo, aunque en términos reales y de acuerdo a lo observado en la consulta, no es significativo este ahorro por lo que la indicación no tiene un sustento práctico sólido.

del diagnóstico y el proceso emocional que se vive ante él pueden construirse como obstáculos para el apego al tratamiento o al servicio (Madrigal *et al*, 2007).

Sobre la violencia en el marco de la consulta ginecológica, es importante traer a colación una de las expresiones de la violencia discursiva más evidentes que se pudieron registrar en el curso de la investigación. Una de las principales omisiones en este espacio y que es fundamental, es la indagatoria las prácticas sexuales de las mujeres usuarias. Preguntas orientadas a conocer las prácticas sexuales de riesgo o no, la preferencia sexo-erótica (en particular la homosexual, al implicar relaciones sexuales sin penetración o con penetración de aditamentos⁶⁹), las posibilidades de negociación con la pareja sobre el uso de métodos de barrera o prácticas de prevención y diagnóstico oportuno de ITS, o la indagatoria sobre múltiples parejas sexuales en el momento de solicitud de la atención⁷⁰, se encuentran totalmente ausentes de la consulta:

La doctora nunca me ha preguntado mi preferencia sexual, y yo nunca se lo he dicho. Creo que todavía tiene prejuicios sobre nosotras y es más importante si quiero tener hijos; para ellos es más relevante el ser madre que tener una orientación sexual diferente. Sí creo que es necesario que pregunten, que sepan cómo nos relacionamos sexualmente nosotras o qué debemos hacer, si hay riesgo de infección o no. Berta.

Ya hemos detallado un poco de la interacción entre Berta y la médica que la atendía en el Hospital de la Mujer, y si bien en esta investigación se recupera sólo un testimonio de una mujer participante que se identifica como lesbiana, es de relevancia detenernos a reflexionar sobre las implicaciones de las prácticas sexuales diversas en la atención a la salud sexual. Como Alfarache (2000, en Navarro-Corona, et al, 2016) señala, en el marco de las consultas médicas, las mujeres que tienen prácticas sexuales distintas a la heterosexual, se enfrentan a procesos de discriminación y violencia; en tanto que existe un desconocimiento e invisibilización de su existencia y experiencias, en la medida en la que no existen estadísticas que den cuenta de las

⁶⁹ Se considera que informar o no al médico sobre este aspecto es una decisión individual, las revisiones ginecológicas pueden ser mejor adaptadas de acuerdo a las prácticas sexuales que se tienen. Lo que es cierto en este sentido es que, desde la biomedicina, al menos la practicada en este espacio institucional, esto no se considera información necesaria, al tener una práctica estandarizada independientemente de las mujeres a las que atiendan, únicamente distinciones entre mujeres núbiles (principalmente por cuestiones legales), o aquellas que por alguna condición anatómica requieran el uso de utensilios ginecológicos especiales.

⁷⁰ En el interrogatorio se indaga sobre el número de parejas sexuales, pero al hablar del momento actual, no se da oportunidad a mencionar la existencia de dos o más y sólo se indaga sobre la pareja que se presupone es estable y única, normando las prácticas sexuales de las mujeres a partir de preguntarles “¿y el marido, a él lo ha revisado?”

problemáticas de salud específicas de las mujeres lesbianas y, en general, una ausencia sustantiva de información (Navarro-Corona, et al, 2016).

Al respecto, Marrazzo (2000) señala que las prevalencias de infecciones de transmisión sexual entre mujeres que tienen sexo con otras mujeres no han sido lo suficientemente visibilizadas y, por ende, atendidas; hecho que en la consulta es patente; pero más aún en la ausencia de información de orden epidemiológico en México sobre las necesidades en salud de esta población. Sin embargo, existen también iniciativas que buscan dar atención a las necesidades específicas de las mujeres lesbianas en los servicios de salud, que, si bien son iniciativas aun seminales, son pasos sustantivos hacia el reconocimiento y atención integral de esta población (SSA – InMujeres - Balance, s/f); y más recientemente un protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica a personas que pertenecen a poblaciones diversas sexualmente (SSA, 2019).

Por ello es de relevancia mencionar también dos episodios de violencia ginecológica experimentados por dos de las participantes en la investigación:

Ese primer médico se me hizo muy caro, y además pasó una situación que me incomodó mucho... mientras me estaba revisando me dijo que tenía una vena mal, y que eso se debía a pérdida de masa y fuerza muscular, y me dijo que íbamos a hacer unos ejercicios. Me preguntó si yo llegaba al orgasmo y le dije "en ocasiones no llego a liberar mi orgasmo", y me dijo "entonces vamos a hacer esos ejercicios y te van a ayudar". Entonces, me empezó a hacer ejercicios que para que yo llegara al orgasmo, que ejercicios Kegel, pero mientras me iba haciendo el ejercicio por dentro me iba rozando la piel, tocando el pelo, y eso ya se me hizo demasiado, y le dije "sabe qué, esto me está incomodando y no puedo", porque su intención era... no sé. Pero desde entonces, prefiero que me vean mujeres. Edna

Cuando llegué me preguntó la doctora que tenía, y le dije que papiloma, me revisó y me dijo "ah sí, es eso". Pero todo me tenía incómoda, me habían regañado porque faltaba un dato en mi carnet, el consultorio estaba súper oscuro, y el día que entré había tres estudiantes. Para revisarme, la doctora me dijo que me desnudara y yo no quería, total que cuando me empezó a revisar les iba diciendo "esto es esto, esto es tal", yo pensaba "no soy pizarrón para que me anden viendo", pero no le dije nada... después me regañó muy feo, que estaba muy chica, y les dijo a ellos (los alumnos) "es que los niños no se cuidan, por eso ustedes sí cuidense, ya ven para que no les pase esto" Para mí todo eso fue muy feo, ese día salí llorando, me deprimí mucho, hasta contarlo ahora me duele, me volvieron a citar, pero ya no regresé, esa experiencia para mí fue horrible. Después me quise quejar, pero no sabía ni el nombre, cambiaban siempre de consultorio, cuando fui a preguntar su nombre, ella ya no estaba. Xaviera

Ambos episodios relatados tuvieron lugar en otros espacios de atención ginecológica ajenos al Hospital de la Mujer, pero cobran relevancia para comprender cómo la vivencia del maltrato se vuelve parte de la trayectoria y configura los pasos que se darán más adelante para atender los episodios de enfermedad.

Merece especial mención un elemento identificado durante las consultas y que tiene que ver con la sospecha de la presencia de VIH. En algunas de las consultas, los médicos residentes o el titular indican a la usuaria que es necesario que se realice *un estudio de sangre*, dándoles un pase para laboratorio para la realización de la prueba de VIH, notificándoles que, si para la siguiente consulta no tienen los resultados, no podrán ser atendidas. Al indagar respecto a este aspecto del protocolo de atención, que no es homogéneo para todas las usuarias, el personal de salud indicó que a todas las usuarias que presenten condilomas se les debe realizar la prueba de VIH⁷¹; y aunque el criterio médico tiene que ver con que la expresión de la infección puede asociarse a un sistema inmunológico comprometido; o por la existencia de otros factores de riesgo asociados⁷². Durante la etnografía se constató que el envío de esta prueba se hace de manera discrecional y de acuerdo a lo que Infante *et al* (2006) denominan como la noción de “grupos de riesgo” entre el personal de salud, que se definen por características comportamentales, particularmente aquellas que se desvían de la norma social, físicas o como en este caso pudimos identificar, sociales⁷³. Difícil es identificar o señalar a qué usuarias se les debe solicitar este requisito porque al cuestionar a los médicos sobre esta práctica, la respuesta obtenida fue que *todas las pacientes que se atienden aquí deben tener este examen*, y el no

⁷¹ De acuerdo a la NOM-010-SSA2-1993, la prueba de VIH “debe regirse por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad, es decir, que quien se somete a análisis debe hacerlo con conocimiento suficiente, en forma voluntaria, con firma de autorización o, en su caso, huella dactilar y seguro de que se respetará su derecho a la privacidad y a la confidencialidad del expediente”. Dicho estándar no se cumple en este contexto, de acuerdo a la observación realizada.

⁷² Para la oferta de la prueba, de acuerdo a la NOM-010-SSA2-1993, se debe considerar a los grupos con mayor probabilidad de adquirir el VIH, como prácticas sexuales de alto riesgo, usuarios de drogas intravenosas y personas sometidas a situaciones de alto riesgo; aunque también se considera el historial de haber padecido otras ITS. Sin embargo, aunque se cuenta con la información de la historia clínica, antes de enviar la orden para la prueba no se indaga en ella sobre los elementos mencionados. A pesar de estos elementos, una porción de la decisión de enviar la prueba se basa en criterios médicos: la aparición de condilomas sí puede estar asociada a una depresión en el sistema inmune, que sea generada por alguna otra causa, como podría ser el VIH; aunque, de ser así, todas las usuarias con condilomas deberían realizarse la prueba, situación que no ocurre.

⁷³ Sin embargo, la observación permite indicar que en general las usuarias a las que se les solicitaba este examen eran jóvenes, de nivel socioeconómico bajo, con más de tres parejas sexuales y, lo que, a discreción del médico, se consideraba como riesgo o no.

reconocimiento de la práctica diferencial conlleva nuevas tensiones en la atención. Ejemplo de ello es la experiencia reportada por una de las mujeres participantes en la investigación:

Yo considero que a lo mejor por mi número de parejas sexuales me mandaron a hacer esa prueba, yo percibí eso, el doctor me dijo “antes que yo te haga la crio(cirugía) necesito que te hagas este examen, que es el examen de ELISA, porque necesitamos saber si puede coagular tu sangre, y ver qué pasa”, me dio un papel y me pidió que lo firmara, no me dijo que era la prueba de VIH, me explicó otra cosa. Para mí fue raro, porque tengo una amiga que se atendió aquí y no le mandaron a hacer ese examen. Ese día (de la prueba) yo iba con mucho miedo, iba preocupada porque ya me habían detectado lo del VPH y yo iba con mucho miedo de que a lo mejor pueda tener otra cosa. Luego regresé a las dos semanas, y nada más me dieron los resultados en un sobre, sólo me dijeron “aquí tienes”, vi la hoja y no me explicaron nada. Vi el resultado, y no entendí nada, estaba escrito a mano, y no entendía la letra, yo sólo vi que decía “positivo”, entonces en ese momento fue para mí muy fuerte, entonces dije “yo a lo mejor estoy malinterpretando resultados”, se lo di a mi mamá, que me acompañó y tampoco entendió, pensó que era positivo y le digo “dame el resultado” y me voy al laboratorio para que me expliquen y me dicen que el resultado salía “no reactivo”, pero cuando sale positivo sale “reactivo”, y te dan una plástica. Me espanté mucho, muchísimo, no me explicaron nada y tenía siempre la duda de por qué me habían hecho ese examen. Edna.

Al indagar en los protocolos existentes en el Manual de la Consulta Externa, este requerimiento no existe como tal para brindar atención; y al preguntar sobre porqué se solicita este examen o qué pasaría si alguien no lo hiciera, una de las residentes respondió *si ellas no se quieren hacer el examen es su derecho, pero también es el mío negarme a darle consulta o tratamiento*, acción que constituiría una práctica discriminatoria en términos de la NOM-010-SSA2-1993, que señala que la detección de VIH no se debe solicitar como requisito para el acceso a servicios, entre los que se incluye la atención médica; aunque esta situación no se observó durante la etnografía, por un lado porque en general todas las mujeres usuarias cumplen con este requisito cuando se los piden, por el otro porque cuando no llevaban los resultados del examen de un laboratorio externo o éstos no se encontraban anexos al expediente, el médico volvía a insistir sobre la necesidad de realizárselos para recibir atención, sin negarla en ese momento pero enfatizando su importancia. Sin embargo, sí existieron episodios como el que se relata a continuación:

Entró una joven de 17 años a la consulta. En cuanto ingresó, la doctora le pidió que entrara al baño y se cambiara, sin antes saludarla o preguntarle sobre su estado de salud. Una vez que salió, le indicó que se colocara en la camilla, mientras tanto la doctora checaba su celular. Una vez que la joven se colocó, la doctora la empezó a revisar y a señalarle que seguía con muchas lesiones en sus genitales, me comentó a mí que tenía verrugas

recurrentes que probablemente se debían a falta de higiene y le preguntó a ella si ya se había hecho el examen de VIH, a lo que contestó que sí. La doctora fulguró varias lesiones, el procedimiento tomó más de lo común con otras usuarias por la cantidad de lesiones presentes, y después le indicó a la joven que fuera a cambiarse. Una vez que ella salió del baño, la doctora le pidió sentarse y le dijo que para la siguiente cita le mandarían nuevamente a hacerse la prueba de VIH (al revisar posteriormente su expediente, noté que la prueba anterior tenía aproximadamente seis meses de haber sido realizada); le indicó que a donde fuera al baño debía de limpiar con toallas desinfectantes o con cloro “para cuidar a otros, estés en el trabajo o en tu casa”; le dijo que debía lavar su ropa interior separada de su otra ropa y de preferencia ponerla en agua hirviendo y ser muy cuidadosa de su higiene. Al final, le dio unas muestras de jabón vaginal que, a su vez, a ella le regaló un representante médico. Durante toda la interacción, la joven sólo asintió, no externó pregunta alguna y la doctora dio por finalizada la consulta. Cuando salió, le pregunté por qué le enviaba la prueba de VIH, me dijo que porque no era normal que las verrugas no desistieran. Diario de campo.

Como la narración permite ver, existe un ejercicio de poder de parte del personal médico, que se expresa en una práctica discrecional y en una interacción marcada por la transmisión de conocimiento sin bases científicas, al asumir que la transmisión de virus puede darse por contacto con fomites o ropa; además de que la presencia de VIH es una sospecha continua, y queda sin explorarse la posibilidad de otras morbilidades que pueden generar la persistencia de lesiones. Este elemento presenta la problemática sustancial asociada a la forma de ofertar la prueba de VIH, la cual debe hacerse de manera explícita y clara, explicando a la persona qué se hará y para qué, elemento ausente en esta dinámica; además de vulnerar la autonomía de la persona, que en este aspecto en particular es fundamental, por la necesidad de receptividad al examen y el resultado, que, en caso de ser positivo, favorecería la toma de decisiones asertivas sobre la salud. Como señalan Infante *et al* (2006), la coexistencia de información médica científica con mitos y creencias vinculados a la presencia de VIH se traduce en prácticas estigmatizadoras y discriminatorias que representan obstáculos sustanciales en la utilización de servicios de salud y acceso de información para la prevención.

Para finalizar este breve apartado, es de relevancia mencionar el trabajo de Fernández y Rizo (2018) documentaron múltiples quejas médicas en los servicios de ginecología y obstetricia en México que llegaron a la CONAMED de 2001 a 2015; que se dividen en varios rubros, siendo un 22.2% de las relativas a la relación médico paciente; que se expresan en información errónea o incompleta (40.7% de los casos); falta de información (36.8%) y maltrato del personal médico (22.5%). Este estudio puede marcar una pauta para la indagatoria sobre la práctica médica y

los motivos de queja en el Hospital de la Mujer, que a su vez coadyuve a la generación de protocolos de atención a las problemáticas generadas en de la clínica y, en última instancia, a una mejora de la práctica clínica que se vea reflejada en una mayor satisfacción de las usuarias. Erviti (2010), pone de manifiesto que las actitudes y opiniones de los médicos respecto a la sexualidad femenina son elementos importantes para su práctica, la cual a su vez se genera desde los filtros morales con los que evalúan a las mujeres usuarias; y realizar investigación centrada en el personal médico y su práctica clínica nos puede conducir a problematizarla para mejorarla, y aumentar la confianza con las usuarias, la cual se manifiesta como fundamental en la atención y el interrogatorio para la historia clínica:

A mí me dio mucha pena decirle al médico que fumaba marihuana, no me acuerdo si me preguntó de mis parejas pero igual le hubiera mentado, porque qué pena. Elvira

En el momento en el que me preguntó por mis parejas sexuales le mentí, le dije menos de lo que eran, y creo que nos da mucho miedo eso, porque con mi otra amiga lo platicaba, nos da un montón de miedo decir que somos mujeres sexualmente activas, y más cuántas parejas has tenido, me dio mucho miedo que al decirle me dijera “ah pues es que por eso tienes esto”. María

Yo no le dije cuántas parejas había tenido. Le dije que muchas menos de las que he tenido, nada más le conté de aquellos con los que no había usado condón, porque me daba mucha pena y miedo lo que me fuera a decir. Yadira

Si bien el número de parejas sexuales es un elemento relevante como factor de riesgo, es decisión propia informar al médico estos datos; en el que la modificación de este dato acerca a comprender el nivel de desconfianza que puede tenerse con el servicio de salud y a problematizar las implicaciones que éste tendría para la atención de las usuarias, al final, se trata de valorar los efectos de la relación médico – paciente y la actuación de los primeros en torno a los sentimientos de angustia y temor a partir de brindar información oportuna y veraz sobre la condición de salud de las mujeres (Castro-Vázquez y Arellano-Gálvez, 2010; León-Maldonado *et al*, 2014).

Ahondaremos ahora sobre el último elemento de relevancia para comprender los procesos de salud - enfermedad y cómo se configuran actualmente, para ello traeremos a colación el tema del internet como espacio de búsqueda, consulta e interacción. Existen varios trabajos que se han centrado en el papel que tiene el uso de internet y redes sociales en los procesos de salud – enfermedad y sexualidad, tanto para la prevención, la difusión de información, el

seguimiento y/o acompañamiento, entre otros comportamientos (Ziebland y Wyke, 2012; Evers et al, 2013; Griffiths et al, 2015; Stephens y Thomas, 2014; Fernández – Luque y Bau, 2015; Veale et al, 2015; Zhang et al, 2015; Gutiérrez, 2016, por nombrar solo algunos); a partir de diferentes aristas que consideran este espacio digital de interacción como constructor de conocimiento, foro de discusión, configurador de grupos de ayuda mutua, espacio para la polémica, empoderamiento y activismo sobre el derecho a la salud; en resumen, la vida social y las interacciones que se producen actualmente en gran medida están mediadas por los espacios digitales; y la experiencia de los procesos de salud - enfermedad no es la excepción.

En el caso de esta investigación, la búsqueda de información médica en internet ante la sospecha de infección o la confirmación del diagnóstico es una práctica que reportaron todas las mujeres participantes: la respuesta constante ante el diagnóstico fue “*busqué en internet*”; y esta búsqueda contribuía a satisfacer su necesidad de información; pero en ocasiones aumentaba la angustia que se vivía sobre la incertidumbre acerca del propio proceso:

- *Empecé a investigar un poco en internet sobre qué es el VPH y cómo se puede atender incluso, si mi pareja lo tuviera, cómo se le podía atender. Siento que hay información, pero no es bastante y viene de clínicas privadas, no es una información que digas que el gobierno te la da, como en el caso del cáncer de mama, encontré más información del cáncer de mama que del VPH, considero que hay más campañas de cáncer de mama, pero el VPH es aún más riesgoso porque es un virus que ni se siente, ni se palpa, ni nada... ahí no hay tanta difusión.*
- *¿Cómo buscaste en internet, qué salió?*
- *Pues le puse “virus del papiloma humano”, y de repente veía páginas y blogs, decían cuáles eran los síntomas, por ejemplo, pues me decía ahí que por ejemplo los hombres sí pueden desarrollar verrugas, que en las mujeres sí ya está muy avanzado el virus está el tratamiento... y también encontré videos, pero los videos en YouTube eran muy alarmistas.*
- *¿Y cómo recuerdas que esa información te hizo sentir?*
- *Más que nada me sentí espantada, no me sentí tranquila con lo que vi en internet, sí me sugestioné porque dije “no puede ser”. El hecho de que el virus se desarrolle en un cáncer, yo he tenido familia con cáncer, o sea mi abuelita tenía cáncer de mama, una novia de mi papá murió de cáncer de estómago... entonces me dio mucho miedo porque decía “te salen verrugas y tu aparato femenino empieza a tener problemas”, a mí sí me dio miedo. Elvira, 2017.*

Investigué en internet, pero eso a veces te causa más ansiedad de lo que realmente es, pues hay mucha información, alguna es como ‘sí te vas a morir’, y otra es ‘tienes que ir al ginecólogo, no pasa nada’. Es un mar de posibilidades en internet, que no sabes por dónde ir, y creo que lo haces como para tranquilizarte, pero realmente no, es te pones más intranquila y con mucha ansiedad. María, 2017.

Yo lo busqué en internet, sabía que es una enfermedad de transmisión sexual, que no se quita y se pasa por contacto... pero de lo que encontré en internet, ¡las imágenes! Yo decía “no quiero tener eso, por favor”, se me va a quedar eso para siempre, yo decía “nunca más voy a estar con nadie, no quiero que me vean así”, eso se me quedó muy grabado, de la información no me acuerdo, pero ¡las imágenes! Yadira, 2017.

Dos elementos son centrales en estos testimonios. El primero, es la asociación con el cáncer cervical, en otros espacios ya hemos debatido de cómo esta relación es una fuente sustantiva de angustia para las mujeres (Gómez, 2017), en las que las búsquedas en por internet contribuyen en gran medida a multiplicar el temor; y a modificar los comportamientos en torno a la posibilidad de cáncer tomando dos vías: la primera refiera a búsqueda de diagnósticos alternos, que nieguen el diagnóstico preliminar o negación de la situación de salud y, con ello, a la pasividad en la búsqueda de alternativas. Ambos escenarios conllevarían un retraso en la atención y en el caso de la iVPH este retraso además puede representar un riesgo mayor.

El segundo, es la disponibilidad de imágenes por internet relacionadas con las consecuencias de la iVPH. Durante el trabajo de campo fue frecuente observar la preocupación de las mujeres sobre la aparición de verrugas asociadas a la iVPH y las imágenes más socorridas eran aquellas que tienen que ver con los efectos más severos asociados con cepas del virus sumamente virulentas que generan la proliferación de lesiones y que, en última instancia, se traducían en la angustia por la imposibilidad de ejercer una sexualidad plena si esa situación se les presentara; como señala (Ziebland y Wyke, 2012), algunas enfermedades son particularmente visuales y las imágenes, al igual que las palabras, tienen consecuencias positivas o negativas y contribuyen a la toma de decisiones. El miedo que generan puede obstaculizar la adopción de comportamientos saludables o la búsqueda de atención; además de contribuir a la desinformación y el efecto principal es la generación de una erotofobia, lo cual podría apuntar a la falta de planeación de encuentros sexuales (y con ello una menor preparación ante ellos, en términos de comportamientos preventivos) o una negación a hablar de sexualidad (PAHO, 2000).

La información que se encuentra disponible en internet proviene de una multiplicidad de fuentes y, como señala Broom (2005), el efecto que pueda tener en la experiencia de la enfermedad es complejo, en tanto que el procesamiento de esta información no tiene que ver sólo con los orígenes, el tipo de información y la motivación para su difusión; sino que está mediado por factores asociados a la persona, como la edad, el nivel de estudios, el status

socioeconómico, entre muchos otros, que intervienen en la forma de procesar y traducir la información. En el caso que nos atañe, elementos adicionales como el género, la socialización de la información con los pares, las experiencias previas con ITS y/o cáncer, el tipo de lesiones o diagnóstico, las experiencias con servicios de salud públicos o privados, también se integraban en la comprensión de la información, la traducción de la misma a la experiencia personal, la toma de decisiones y, en suma, el efecto final en la configuración de las trayectorias.

La búsqueda en internet como primera reacción no sólo se halló en las entrevistas, durante la etnografía también fue frecuente observar la interacción entre los médicos y las usuarias, quienes en ocasiones indagaban sobre su propio proceso: *“leí que esto puede llegar a ser cáncer”, “vi en internet que ya no podré tener hijos”, “¿puedo saber si el tipo que tengo yo es malo”*, entre otras expresiones que hacían patente, de manera implícita o explícita, que habían buscado en internet información y querían investigar sobre las dudas que ésta les generaba ante los médicos. Sin embargo, esta acción generaba resistencia y enojo de parte de los médicos, como señaló uno de ellos: *“llegan aquí y ya todo lo saben, o llegan con muchas preguntas y mentiras, mitos que han leído”* (Médico, 2017); y la actitud oscilaba entre indicarles que dejaran de buscar en internet, ignorar sus preguntas y, en un ínfimo porcentaje, contestar a algunas de las interrogantes que las usuarias les planteaban. Sin embargo, ante estos nuevos actores (como el internet, las redes sociales y los interlocutores que en ellas se encuentran), es fundamental que la práctica médica se prepare para responder de manera adecuada a este nuevo usuario informado, por lo que coincidimos con Broom (2005), cuando señala que el internet está inextricablemente ligado a la relación médico - paciente; y en particular en la caracterización de éste último como e-paciente (Fuentes, 2013), caracterizado por sus conocimientos adquiridos en línea, empoderamiento, cuestionamiento sobre la práctica médica, entre otros elementos asociados a su adquisición de conocimiento en línea.

El uso del internet y las redes sociales para la comunicación en salud no es una discusión nueva, y se construye constantemente a partir de las necesidades sentidas y expresadas de los usuarios, la información especializada y el diálogo que se puede establecer en estos ámbitos; por ello es que el internet representa una gran potencialidad para la difusión de comunicación que, en particular, sea dirigida a los jóvenes y les brinde las herramientas para prevenir e

informarse (Evers *et al*, 2013); sin embargo, se hace necesaria una problematización sobre la información, el acceso diferenciado, las fuentes y los interlocutores ‘adecuados’ que se encuentra aún en una fase temprana, además de las consideraciones necesarias para realizar investigación en el ámbito digital, que se encuentran en discusiones aun tempranas (Bárceñas y Preza, 2019).

A continuación, exploraremos brevemente otros dos elementos que relacionan tangencialmente las trayectorias de atención con el internet. Uno tiene que ver con la socialización del diagnóstico, el siguiente testimonio da cuenta de la experiencia sobre la difusión en redes sociales:

- *¿Le comunicaste a alguna de tus parejas sobre el diagnóstico que tenías?*
- *No... porque creo que no saben manejar ese tipo de información... lo utilizan más en contra. O sea, si yo lo digo es para prevenir que sigan infectando alguien más ¿no?, pero en realidad no lo toman así. Ha habido chicas que salen balconeadas en Facebook... o sea, es pintarte de la peor manera cuando pues lo que quieres es solo ayudar y prevenir.*
- *¿Te ha tocado ver esos casos?*
- *Sí, de una amiga. Le dijo a su pareja que tenía el VPH y él dijo “pues con quién te estás metiendo”, cuando era su segunda pareja sexual, y era con quien más había durado, ella dijo “no, más bien tú con quién te andas metiendo porque yo estaba bien”, ella sí iba recurrentemente a atención ginecológica y no le habían detectado el virus, hasta que estuvo con él, pero él dijo “no, no y no, ya tú lo traías y yo estoy bien y no me importa”. Entonces la expuso en redes, en Facebook, puso algo como “Esta zorra tiene (VPH) está infectada, ¡cuidado!, no se la cojan”, el peor lenguaje, misógino, ofensivo. Nosotras tumbamos esa publicación, creo que pocas personas lo vieron, pero a ella le dolió bastante, al tipo lo vetamos con las amigas. Berta, 2017.*

El testimonio de Berta se complementa con una búsqueda alterna en Facebook, basta colocar en esta red social las palabras ‘papiloma’ para obtener una serie de publicaciones que se dividen entre información relativa a difusión y prevención sobre este virus, pero también para que aparezcan otro conjunto de posts públicos realizados desde perfiles personales relativos a la ‘denuncia’ sobre personas con virus de papiloma humano, en su mayoría mujeres (de quienes, en ocasiones, se publica nombre completo y fotografía, que permiten la identificación de la persona en su ámbito privado), y en gran medida orientados a la descalificación, la sanción sobre el ejercicio de su sexualidad o la advertencia a otros sobre su condición y el riesgo que supondría establecer relaciones con ellas.

En el caso que mencionamos, se vulnera a la persona y su privacidad, violentar su autonomía respecto al medio, manera y sujetos a quienes comparte su salud sexual, lo cual

constituye acoso cibernético⁷⁴; el cual es una forma de interacción que desde hace unos años genera interés para la investigación antropológica y sociológica. Este fenómeno puede afectar potencialmente a todas las personas que usan las redes sociales; sin embargo, la población joven, y en particular las mujeres, son más susceptibles a este tipo de conductas (INEGI, 2019). Sin embargo, sobre este tipo particular de acoso en el que se comparten detalles de la vida y salud sexual de las personas sin su consentimiento no hemos encontrado producción científica que dé cuenta de los efectos que pudiera tener este ejercicio de violencia (a excepción del trabajo de Byron, Advury y Evers, 2013); aunque existen trabajos interesantes respecto a la construcción, socialización, violencia simbólica y sanción social sobre la sexualidad en redes sociales que podrían sentar las bases para este tipo de investigación (entre ellos los trabajos de Pérez, 2019; Flores y Browne, 2017).

Las redes sociales contribuyen también a la construcción de grupos de ayuda mutua que permiten compartir información sobre alternativas a la biomedicina que permitan recuperar el estado de salud previo:

A mí me gustaría explorar la ginecología más natural, hacia la herbolaria, una amiga me dijo y busqué el extracto (de chilcague), vi la información en una página de Facebook. Es el extracto de una planta, que viene en un líquido que te introduces con la copa menstrual para sanar por dentro. Berta 2017.

Los espacios autogestivos se vuelven fundamentales en el cuidado a la salud al representar alternativas o complementos para la biomedicina; a la par, la información vertida en redes sociales y la interacción entre los actores permite compartir experiencias en común con personas que, quizá en otros contextos, no se coincidiría. Estas interacciones parten de búsquedas individuales que se pueden constituir como comunidades 'saludables' y, en alguna medida, podrían incidir en la mejora en el cuidado a la salud (Griffiths et al, 2015), en particular en intervenciones dirigidas a los segmentos más jóvenes de la población adecuando los

⁷⁴ El acoso cibernético es un acto agresivo e intencionado que se conduce sobre una víctima, de parte de un individuo o un grupo, durante un período y de manera constante. Incluye tipos como los insultos electrónicos, hostigamiento, denigración, suplantación, sonsacamiento, exclusión o persecución. Se define así el acto en el que una persona es molestada, amenazada, acosada, humillada, avergonzada, a través de Internet o cualquier medio de comunicación a distancia. Además, en 2019, se reformó la Ley General de acceso a las mujeres a una vida sin violencia (también conocida como Ley Olimpia), para avanzar en la inclusión de este delito en el Código Penal Federal (SEGOB, 2019).

mensajes a sus necesidades para maximizar el impacto que éstos podrían tener en los comportamientos preventivos (Byron, Advury y Evers, 2013; Martínez, 2018).

Al respecto, realizamos una búsqueda de información en internet sobre tratamientos alternativos con la copa menstrual para el VPH, donde se hace evidente una gran variabilidad de extractos, tés, pomadas y otros elementos de origen ‘natural’ que se ofertan en línea. En particular, sobre el producto que Berta menciona, contactamos a la página de Facebook *La Crecida. Ecofeminismo y menstruación consciente*. A continuación, se transcribe la información que recibimos:

La sustancia activa del chilcuague, la afinina, estimula el sistema inmunológico contra el virus del VPH y es cicatrizante, por eso combate las verrugas y elimina las lesiones cervicales, para ese uso en particular se recomienda el de bajo concentrado. Con el aerosol, se puede rociar la vulva por fuera y para llegar al cérvix, se puede rociar la copa menstrual por dentro y por fuera e introducirla en las noches. Si se rocía la vulva, se siente un poco de ardor y hormigueo, pero por dentro de la vagina no se siente nada. ¿Sabes qué sepa (sic) tienes? ¿O sólo te detectaron lesiones? Porque el hecho de detectar lesiones en el cérvix no es sinónimo de diagnóstico de VPH, aunque eso digan lxs ginecólogxs (sic), en la mayoría de los casos desaparecen solas, lo más importante es fortalecer el sistema inmunológico y el chilcuague lo levanta súper bien. Pero recuerda que si no te hicieron el análisis de la sepa (sic) no pueden determinar que es VPH y lo más seguro es que digan que es por probable VPH. También es eficaz si te lo rocías en la boca, produce endorfinas, salivación, ayuda a la digestión y mantiene una buena salud bucal. Si te rocías diario, el atomizador te dura más o menos un mes. Chat con página de Facebook La Crecida, 2017.

El nombre científico de la raíz conocida como chilcuague, chilcán, chilcague, cuicagüe, pelitre o raíz de oro, es *Heliopsis longipes*. Esta planta es endémica de la sierra que comparten los estados de San Luis Potosí, Guanajuato y Querétaro; su sabor pungente y la sensación ácida que deja en la boca hacen que su principal uso sea alimentario, principalmente combinado con platillos picantes o como sustitución del chile. Como recurso curativo tradicional, se emplea por su capacidad adormecedora para el dolor de muelas (mordiéndola con el diente afectado), dolores musculares (macerada en alcohol) o desparasitante (masticada en ayunas) (Cilia *et al*, 2008; Ruiz, 2018). Sin embargo, no se encontraron referencias de documentos académicos o de otro tipo que hicieran alusión al uso tradicional o la incorporación de esta raíz (o su sustancia activa) como tratamiento para alguna lesión asociada a la iVPH o su efecto sobre el sistema inmunológico.

Lo anterior busca ser una problematización de una de las características primordiales de la interacción en línea: en muchas ocasiones, no hay conocimiento personal del interlocutor o verificación de su identidad, en tanto que el mantenimiento del anonimato es una de las características fundamentales de este tipo de interacciones (Korp, 2006). Esto es patente en esta interacción, en la que la persona que brindó la información no se presentó, si bien el acercamiento se realizó a partir del perfil personal (lo que implica ya una relación desigual, en tanto que esa persona sí tiene acceso a mi información de identificación), la respuesta fue obtenida desde una página colectiva en la que no hay forma de verificar quién responde. Otra consideración es la falta de alusión a otras fuentes de información que permitiera corroborar las propiedades para la salud sexual que se asocian a esta raíz; y en la comunicación no existió reconocimiento sobre el riesgo potencial que el uso de cualquier sustancia (y en particular en el área vaginal) sin supervisión adecuada representa, ya sea biomédica o de algún especialista en herbolaria o medicina tradicional; así, si bien la información difundida entre pares puede ser útil, también es necesario reconocer que puede ser inadecuada, ineficaz e incluso dañina (Ancker *et al*, 2013).

En la etnografía se exploró este elemento, al presentarse situaciones en las que las mujeres refirieron hacer uso de recursos alternativos para atender los síntomas de la infección, sin embargo, no existe aceptación de parte de los médicos, y en el mejor de los casos, existe escepticismo hacia la efectividad de estos recursos: *“hay gente que recurre a la herbolaria, porque les dicen que les van a destruir el virus o van a levantar el nivel, inclusive hay gente que opta por terapias alternativas... yo no tengo experiencia y no podría medir si es efectivo o no, pero pues no, más bien es que no aceptan que tienen el virus y andan buscando donde no”* (Médica, 2017). Un pendiente para futuras investigaciones es la exploración sobre la utilización de recursos de medicina alternativa, doméstica y herbolaria en procesos de salud - enfermedad asociados a la sexualidad; su efectividad y su papel en la configuración de las trayectorias de salud de las mujeres.

6.2.3 Procesos ideológicos asociados a la salud sexual y reproductiva

Este último componente es de suma relevancia al analizar el contexto que enmarca procesos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en tanto que engloba las

creencias, percepciones y representaciones que derivan de discursos sobre el cuerpo, la sexualidad y el género. Este eje de procesos ideológicos tiene un impacto significativo en las acciones de búsqueda de atención a la salud sexual y reproductiva, y a continuación exploraremos en qué vertientes y cómo se expresan ellos en las trayectorias de las mujeres.

El primer elemento de este apartado tiene que ver con los conocimientos que en torno a la salud sexual y reproductiva tienen las mujeres participantes en la investigación; y cómo éstos se configuran como centrales en los procesos de búsqueda de atención. En general, todas las mujeres afirmaban saber qué era el VPH y haber obtenido dicha información en la escuela; sin embargo, permanecían entre sus conocimientos nociones relacionadas con la transmisión del VPH que se consideran erróneas, en particular si se debe al uso de baños, prendas u otros objetos que pudieran tener presencia del virus. Al respecto, entre los resultados de la encuesta aplicada a una muestra de mujeres usuarias del Hospital de la Mujer, el 62% manifestó saber qué es el VPH, y de este total, el 33% señalaba que es una ITS, mientras que el 12% señalaba que es una infección de los órganos genitales que desencadena en cáncer. El principal medio de información sobre salud sexual es el personal de salud, seguido por internet y los medios de comunicación. Es de gran relevancia explorar las nociones existentes entre la población abierta respecto al VPH y los procesos que se pueden desencadenar a partir de su presencia en el cuerpo, como señalan León-Maldonado *et al* (2016), la confusión sobre el virus, las consecuencias, los métodos de detección, prevención y atención, generan miedo entre las mujeres y pueden impactar de manera negativa en los hábitos de salud sexual.

En el caso de las mujeres entrevistadas, todas ellas indicaron tener conocimientos previos sobre el VPH, algunas habían obtenido dicha información en la escuela o en ámbitos formales y, como vimos en el apartado anterior, habían fortalecido su conocimiento con búsquedas realizadas en internet. Es así que la educación de las mujeres participantes, al igual de aquellas personas que estuvieron a su cuidado, impacta de manera relevante en los procesos de salud, al respecto, los testimonios de Amanda y Berta, sus experiencias nos ayudan a comprender la magnitud de éste fenómeno:

Yo le decía a mi mamá 'vamos a ver al ginecólogo', y no me llevaba porque ella no es de esa idea, de ir al ginecólogo, es de que te veas tú, te cuides tú y ya, aunque me doliera cuando me bajaba, me tenía que aguantar el dolor. En la escuela sí me daban talleres... en esos días yo no iba a la clase, o sí iba me entraba por aquí y me salía por acá. Hasta

que yo empecé a ganar dinero me pagué mi doctor, y luego en el seguro, pero antes no.
Amanda

En general las familias mexicanas son prejuiciosas, del lugar del que vengo, que todavía es pueblo, mis papás están en sus 60, 65 años, pues son personas grandes, su ideología es muy cerrada y el hecho de tan solo decirles que fui con la ginecóloga a simple revisión les espantó, les dije del tratamiento por una úlcera y que tenía que ir a revisarme, a partir de eso se generaron problemas y no me sentía cómoda de llevar a mi mamá, menos a mi papá al Hospital. Berta

En estos casos, sus experiencias no se construían sólo desde el conocimiento adquirido en los ámbitos institucionales, sino desde el de sus padres y sus nociones en torno a la salud sexual, las que impactan de diversas formas en cómo se atienden y viven los procesos asociados a ésta; como señalan León-Maldonado *et al* (2016), el miedo y la vergüenza a las pruebas de detección impactan de manera sustantiva en los comportamientos preventivos de las mujeres; además, como veremos más adelante, la resistencia a la adopción de prácticas de detección temprana y visitas ginecológicas, está también asociada a nociones morales en torno al comportamiento sexual de las mujeres y modelan sus trayectorias en un marco caracterizado por la sanción social. Al contrario, se presenta el testimonio de Xaviera:

Mi mamá me dice “tenme la confianza, cuando tengas relaciones, para saber si usamos un método para ti, llevarte al ginecólogo, las enfermedades están muy al día”, también a mi hermano le dice “si tienes una bolita o algo te pasa enséñame para que te llevemos al médico”. Cuando yo empecé mis relaciones le dije, que si me llevan a algún lugar, y ella siempre me pregunta “¿te cuidaste?, ¿qué pasó?, ah muy bien hija” Cuando le dije lo que tenía se sorprendió, pero me dijo “vamos a buscar donde atenderte”. Xaviera

Así, concordamos con Szasz (1998, 2004) en que las relaciones sociales y de poder son centros organizadores e influyen de manera sustantiva sobre las prácticas individuales, desde cómo se expresa el comportamiento sexual, hasta cómo se atiende a la salud. En estos procesos se puede vislumbrar cómo la educación sexual recibida en casa y las nociones de las madres, configuran el comportamiento en torno a la salud, el uso de recursos biomédicos para su atención y que, en última instancia, marcan cómo se vivirán los procesos de enfermedad en función de la respuesta del círculo social más íntimo, como exploraremos más adelante.

Existe un elemento fundamental en el ejercicio de la sexualidad que, si bien no fue el objeto de esta investigación, es central para a la discusión y tiene que ver con la libertad de vivir y disfrutar la sexualidad en un marco libre de violencia. Una de las formas sutiles de ejercer esta

se encuentra en la coerción sexual, sin embargo, no existe una forma fácil de definir este comportamiento (Marston, 2005) y se presenta en un gradiente tan amplio que es difícil de discernir y atender, pero podemos adoptar en este espacio una definición de coerción sexual como todos aquellos comportamientos para presionar y disuadir a otra persona, que incluyen presión verbal o emocional, amenaza o uso de fuerza física y circunstancias contextuales, que llevan a la persona depositaria de ellos a mantener actividades de orden sexual aparentemente consentidas, como caricias, masturbación o coito (construida desde Marston, 2005; Welti, 2005; Saldívar y Romero, 2009). Al respecto, los testimonios de las mujeres participantes en la investigación dejan patente que es un comportamiento común entre sus parejas sexuales:

Yo no quería, él me convenció, y dije 'bueno, pero tantito', lo típico, yo no me cuidaba, ni pastillita. Yo estaba más niña, para mí era algo nuevo. Yo no quería, todo fue porque me convenció, pero además fue muy mala onda, cuando acabó me dijo "tú no eres virgen", pero porque a mí se me había roto el himen antes... esa primera vez fue muy dramática, cuando entró me dolió, yo no sabía la diferencia entre con y sin condón, al final vi todo roto (el condón) pero no sé si lo usó, si estaba roto, o viejo o caducado. Yo siento que fue él, y dije no manches, fue mi primera relación y ya quedé con algo así, todo porque él no usó condón. A veces me siento culpable, sé que fue esa persona (que me transmitió el VPH), era súper promiscuo, andaba con varias... yo no sabía cómo se sentía con o sin (condón), cuando entró sentí feo, me dolió... por eso yo dije "seguro fue ese cabrón".
Ximena

Yo soy muy acomplejada, yo no quería. Él fue ayudándome, a que tuviéramos relaciones, porque yo no quería, pero me insistía mucho, mucho, me fue convenciendo pero yo no quería, hasta que pasó... Amanda

Al igual que lo señalado por Marston (2005) y Welti (2005), la descripción de los episodios anteriores deja entrever que existía consenso entre la pareja para mantener la relación sexual, por ello es que explorar el tema de coerción sexual es difícil en tanto que la construcción subjetiva del episodio por quienes lo vivieron es fundamental, aunque es innegable que existe una relación desigual que al final impacta en el estado de salud de las mujeres, desde los elementos más evidentes que dejan huella en nuestros cuerpos hasta aquellos que son más difíciles de asir, pero no menos relevantes, entre ellos se encuentra la capacidad de negociación de uso de condón y, con ello, la prevención de ITS y embarazos no deseados. La misma OMS define que la salud sexual incluye la posibilidad de tener experiencias sexuales satisfactorias y *libres de coerción*, sin embargo, en un contexto como México, este se presenta como un problema sustantivo en el que no existen datos sobre este tipo de comportamiento, siendo

excepcionales los reportados por Saldívar y Romero (2009), quienes encontraron a partir de la realización de encuestas a 320 estudiantes universitarios que se identifican como heterosexuales, que un 56.1% de mujeres reportaron haber experimentado coerción sexual, aumentando a 54.7% en un estudio más amplio conducido en 2014 (Saldívar *et al*, 2014). La alternativa ante este fenómeno es, como señala Pérez (2016) es reflexionar sobre la noción de consentimiento y deconstruirla para quitarle su naturalidad y problematizar las circunstancias que llevan al inicio de la vida sexual y su impacto en el desarrollo psicosexual de las mujeres.

Otro de los temas a explorar en torno al ejercicio de la sexualidad es el placer; categoría del comportamiento de utilidad para abordar los procesos anclados en el ejercicio de la sexualidad y, sin embargo, éste se mantiene ausentes de la conversación. Prueba de ello es esta investigación, aunque existieron menciones del disfrute sexual durante la realización del trabajo de los que dan cuenta los siguientes testimonios:

Por todas las ideas que te meten en la cabeza. En ocasiones, créeme, estaba ahí (teniendo relaciones sexuales) y yo estaba pensando 'mi mamá esto, mi mamá aquello'. Por curiosidad veía una revista o leía, pero pues con mi mamá como que no me daban ganas de hablar, ella sólo decía "es malo"... hasta que pasó (mi primera experiencia sexual) entonces empecé a buscar, que a lo mejor que un libro, él me decía "oye y qué tal esta posición" y así de "qué", o sea porque no sabía, hasta los 29 o 30 dejé de sufrir de esa forma al tener sexo, y quizá empecé a disfrutar. Amanda

Mi mamá siempre ha sido quien nos ha educado, ella llevó la batuta de ser padre y madre, yo sabía lo que nos decían en la escuela del aparato sexual, y desde que era niña llegué a sentir placer y la necesidad... pero era muy ignorante, no sabía más, desde chica como que intuía, y llegué a masturbarme, pero cambió, porque no es lo mismo que tú te toques a estar con alguien, mi primera relación sexual obviamente no me gustó, no fue tan chido, él era más grande y todo... ya con mi segunda pareja, pues teníamos la misma edad, experimentábamos, ya sabía que obtenía más placer, hasta cierto punto era más adulto, pero yo soy una persona muy vulnerable y sensible, me gusta sublimar la experiencia, en ese momento yo no era tan promiscua, pero de un tiempo para acá tenía la necesidad de tener relaciones, cuando yo no tenía pareja, salía con muchos chicos, mínimo tres parejas al año, entonces para mí era como no poder estar sin tener relaciones sexuales, aunque no fueran mis novios a huevo quería, pensaba "necesito estar con alguien, necesito tener sexo", yo le adjudico que conforme pasó el tiempo me volví más adicta a eso, pero conforme fui creciendo fui conociendo más mi cuerpo, qué me gustaba y qué no. Elvira

En nuestra construcción de mujer, a veces nos hacen pensar que tener sexo es algo prohibido, que la mujer no lo debe hacer, pero creo que el sexo es placer, inclusive libera del estrés... necesitamos manejarlo y saber de él, no importa cuántas parejas tengas, pero cuídate, el sexo es algo que te beneficia como persona, si lo comprendes y lo sabes llevar

de manera saludable... no importa la cantidad sino la calidad de tus relaciones sexuales, y eso implica que tú como mujer quedes satisfecha, que sea beneficio para tu salud, creo que nos hace falta información... creo que el sexo es placer, tanto de la mujer como el hombre, pero actualmente sólo siente placer el hombre y la mujer no sabe si puede tener un orgasmo o eyaculación. María

El tema del placer es una de las grandes ausencias en la investigación antropológica sobre la salud; así como en las intervenciones biomédicas que atienden los procesos de salud - enfermedad sexual. En el caso de esta investigación, surgió de manera espontánea en la conversación con las mujeres y cómo la presencia de la iVPH se convierte en un factor adicional que media la vivencia de una sexualidad plena. También para la agenda pública ha estado ausente este tema, y se ha perdido la oportunidad de usar el potencial del placer en las intervenciones en salud para favorecer comportamientos preventivos o prácticas de disminución del riesgo, la cual se ha basado casi exclusivamente en el uso de condón (Higgins y Hirsch, 2008).

El siguiente elemento a explorar tiene que ver con la subjetivación de la iVPH y la reconstrucción de la experiencia de este proceso de salud-enfermedad. Como hemos venido desarrollando en este apartado, ésta tiene que ver con las nociones en torno a sexualidad, salud sexual, erotismo y experiencias en torno a la salud y enfermedad de las mujeres y sus allegados. Así, todos estos entran en juego al construir y conceptualizar la infección en la propia vida:

Sentí enojo y molestia, y eso de sentir la culpa, pude haber evitado estas situaciones si me hubiera protegido, estaba muy enojada conmigo misma, al ver a todas las pacientes en el Hospital, todas mujeres, muchas pudimos haber evitado este tipo de situaciones si nos hubiéramos protegido. Edna

Se me hace más feo, porque teniendo toda la educación, sabiendo qué es una ITS, que es un problema, que se puede hacer más grave, si teniendo en mi casa esa información pues pasó ¿no? Yo soy muy cuidadosa, y lloraba con mi mamá, le decía "mamá, así como yo me cuido porqué me pasa algo así". Xaviera

El día que me confirmaron el diagnóstico estaba muy molesta, estaba triste, había ido solita al Hospital y no había nadie conmigo... me acordé de la persona que ya no estaba conmigo, de mi familia que me decían que eso me pasaba por andar de puta, me dolió mucho, estaba muy triste por todo. Yadira

Coincidimos con Arellano y Castro (2013) cuando señalan que las mujeres que han sido diagnosticadas con iVPH se saben poseedoras de un atributo desacreditador y que este

conocimiento guía la experiencia de la enfermedad. Además de la sanción social evidente sobre el comportamiento sexual y la presencia de una ITS, existe una internalización sustantiva de los discursos que, como mencionábamos previamente, conlleva una escisión entre el deber y el querer que opera en la experiencia de la salud y la enfermedad (Rubí, 2013); y que conducen a vivir el diagnóstico desde la culpa y la angustia; como señala Rossi (2008), el diagnóstico se vuelve una ruptura biográfica que pone en entredicho quien sé es, volviéndose un evento traumático acotado en el tiempo y el espacio, pero que no necesariamente impide que las mujeres atiendan a sus actividades e inicien el proceso de búsqueda de atención.

Una constante entre las mujeres participantes de la investigación, y que corresponde con la información epidemiológica relativa a la prevalencia de la iVPH entre la población de mujeres en México, es el conocimiento de alguien cercano que había padecido ya la presencia de alguna lesión asociada a ésta: la madre, las hermanas, las primas o amigas cercanas que han vivido el mismo proceso salud-enfermedad contribuyen con sus propias historias a la configuración de las experiencias:

Mi hermana me comentó que ella tenía VPH. Su médico le dijo que no había sido por un contacto sexual, justificó a su esposo y le dijo que eso le había pasado por una infección vaginal que se había desarrollado en VPH. Ella sabe que el médico le mintió, pero así está.
Edna

A mi hermana también le diagnosticaron el VPH, entonces ella me dijo “házte lo (el Papanicolaou) porque es muy probable que tú también lo tengas”, o sea, por nuestra vida sexual, que hemos tenido distintas parejas, en parte fue por influencia de mi hermana... cuando a mí me dijeron, fue un shock, lloraba y pensaba “toda la vida voy a vivir con esto”, pero mi hermana me dijo “te atiendes y te cuidas, sigues lo que ellos te digan y puedes vivir tu vida perfectamente normal, sí fue responsabilidad tuya, pero no pasa nada”, ella me ayudó a tranquilizarme. Elvira

Yo tengo una amiga que es más grande que yo, ya tiene sus hijos... en algunas pláticas me contó que ella tenía VPH, pero que su tratamiento había sido muy agresivo, estuvo varios meses, y que su doctor le dijo que siempre iba a vivir con eso, que el virus se podía activar otra vez cuando sus defensas estuvieran bajas y que tenía que hacerse su chequeo. Cuando me comentaba lo que tenía yo le dije “es que nunca me he hecho ese examen” y ella me dijo “debes hacértelo, yo conozco una clínica”, y me llevó ahí donde me diagnosticaron.
Karla

Tenía una amiga que me dijo que le habían diagnosticado, Y otra compañera, que le habían diagnosticado VPH en una asociación de la mujer, me dijo que esporádicamente le quemaban las verrugas... otra amiga de los círculos de feminismo a los que iba, convivíamos

y un día me dijo “tengo unas quemaditas en la pierna, es que estoy en tratamiento y al tipo se le cayó y me quemó”, luego me dijo “es que yo tengo VPH”. Cuando a mí me dijeron pensé que no era la única, que es algo súper común, pensé en ellas y me sentí aliviada de saber que no era la única, sientes alivio de que otra persona lo tenga igual que tú y que compartan esas experiencias. María

Las referencias a personas cercanas a las mujeres, que tuvieron en algún momento de sus vidas un diagnóstico de iVPH, contribuyen a disminuir la ansiedad en torno al propio proceso, además de volverse una fuente relevante de conocimiento para actuar frente al evento de enfermedad.

Mientras que las parejas permanecen ausentes de la conversación en torno al diagnóstico, excepto cuando se piensa en el origen de la infección, y en pocas ocasiones se involucran en los procesos de atención a la salud de las mujeres. La socialización con las parejas es uno de los momentos clave en las trayectorias de las mujeres, en este sentido, tres testimonios nos dejan patente que las respuestas de las parejas al informarles:

Cuando yo supe me sentía mal, estaba en shock, no sabía si mi pareja me lo había contagiado o lo había adquirido anteriormente, yo pensé que si le decía iba a decir que ando de loca, con muchos a la vez. Cuando hablé con él y le dije “es que tengo VPH”, al principio lo tomo de manera muy grosera, me dijo “por qué tienes algo así, ya no vamos a volver a tener relaciones”, y yo le decía “es que no sabes si fuiste tú o alguien más que me lo paso, hay un 50% de probabilidad de que fuiste tú y un cincuenta de que yo pude adquirirlo antes”. Al final, su mamá habló con él, ella le dijo “tú debes apoyarla, ella es tu pareja, tenga o no tenga”, después lo comprendió, me apoyó y él es el que me acompañaba a las consultas. Elvira

Cuando le conté a él se puso a llorar, pero no sabía si lloraba por lo que le estaba diciendo yo, o si sentía, por lo que le contaba yo o por lo que le podía pasar a él. Él nunca me acompañó a mis citas ni nada, no supe si se revisó, ya no me dijo más. Amanda

Mi pareja sabe de esto. Yo tengo tres años con él, estuvo desde que me diagnosticaron, me acompañó desde que buscamos el Hospital, fue conmigo a la primera cita. Cuando le dije me dijo que lo más importante era que ya sabíamos, pero le dio la incertidumbre, me dijo “si tú tienes, puedo tener yo”, él fue al médico, no me dijo nada pero yo le compraba medicamento, me dijo que tenía un padecimiento de índole sexual pero no qué era, y que tenía una alergia a la tela. Karla

Los tres testimonios anteriores corresponden a mujeres que se encontraban en una relación monógama al momento del diagnóstico, quienes reportaron sentir obligación de informar a sus parejas por las implicaciones que el diagnóstico y el tratamiento podrían tener para su relación. Por otro lado, existieron testimonios de mujeres que optaron por no comunicar el diagnóstico:

Yo no les he dicho a mis parejas porque creo que no saben manejar ese tipo de información, lo utilizan más en contra tuya. Si yo lo digo es para prevenir que sigan infectando a alguien más, pero en realidad lo toman por otro lado. A una amiga la balconearon en Facebook, ella le dijo a su pareja que tenía VPH y él le pregunto 'pues con quién te estás metiendo'... y en Facebook 'esta zorra está infectada, cuidado, no se la cojan'. Nosotras tumbamos la publicación, pocas personas la vieron, pero aun así... Berta

Yo no le he dicho a ninguno. Si ellos quieren hacerse una prueba, pues ya es de ellos. Sólo la doctora me preguntó si tenía pareja, le dije que no y me contestó "entonces no tienes porqué andarte justificando, no tienes que rendirle cuentas a nadie". Edna

Yo no le he dicho a nadie, a ninguna de mis parejas... se oye feo, pero la gente no sabe qué es este virus, sólo piensan que eres una loca. Si le cuento a alguno de mis parejas, siento que se van a ir, me van a decir "qué asco" y me van a dejar. Yadira

Contrario a los casos anteriores, quienes decidieron no informar a sus parejas sexuales son mujeres que en el momento del diagnóstico y la entrevista no sostenían ninguna relación formal o monógama, y más bien corresponde con aquellas que tienen múltiples parejas sexuales, con quienes mantenían el mismo comportamiento preventivo de uso del condón que habían sostenido.

Lo que es cierto es todas las mujeres coincidían en sospechar que habían sido sus parejas hombres quienes les habían transmitido el virus, y ello implica que se manifieste un conflicto sustancial al interior de la pareja, cuyos efectos exploraremos un poco más adelante. Si bien los hombres son actores sustanciales en el ejercicio de la sexualidad, es importante introducirlos en la conversación en torno a los procesos de salud-enfermedad asociados a ella, porque como señalan Oldertrøen *et al* (2019) de no hacerlos, reproduciríamos el estereotipo de sus conductas desde la ciencia, al respecto, hablaremos un poco más en el siguiente capítulo; pero acordamos con Hanlon (2012, en Oldertrøen *et al*, 2019), que es necesario deconstruir los valores sociales en torno a ser hombre para integrarlos en la conversación de manera efectiva. Por otro lado, es interesante traer a colación la propuesta de Oliffe *et al* (2013) quienes señalan la necesidad de incluir a los hombres en la conversación sobre salud sexual para, además, problematizar la noción de cuidadora de la mujer en una relación heterosexual y empoderar a sus parejas en torno a su autocuidado; aunque discernimos en la propuesta de intervenciones en pareja, por la noción implícita de que existe sólo una pareja, y optamos por una conversación

pública e intervenciones dirigidas a los hombres como sujetos blanco de las políticas públicas en salud.

Como ya mencionamos para la construcción de la experiencia es fundamental la respuesta de otros ante el episodio de enfermedad. En este momento, rescatamos lo señalado por Hamui (2011: 16), quien al igual que otros investigadores, ha explorado el papel de la construcción social de la enfermedad en las trayectorias de atención; para la autora “las respuestas de los otros son tan importantes en la experiencia de la enfermedad como en la interpretación de quien está enfermo. La enfermedad no sólo es una experiencia personal, sino familiar, comunitaria y social”. En referencia a lo anterior se cuenta con el testimonio de Amanda, quien tenía un hermano que vivía con VIH, evento que moldeó su experiencia con respecto a las ITS:

Tengo un hermano que murió de SIDA, cuando nos hablaban de virus de papiloma, de SIDA, de todo eso, yo me espantaba, porque mi mamá era de ‘no lo agarres, no lo toques, la saliva, ¡la sangre!’. Cuando nos hablaban de SIDA, mi cabeza iba a mi hermano, yo siento que eso también nos afectaba de cierta forma, porque te cuidas más, porque ya sabes que tienes un enfermo en tu casa y tienes que tener ciertos cuidados. Sí tomábamos conciencia de las enfermedades, ya teníamos un hermano con SIDA, entonces yo siento que te cuidas más y te preocupas. Amanda

Como hemos visto, tanto las nociones que existen en el ámbito más cercano respecto a la salud sexual configuran la experiencia con la iVPH y se potencializa su cualidad de estresante. Al respecto, los procesos de socialización del diagnóstico son fundamentales al contribuir a esta construcción, y las respuestas hacia la comunicación en el ámbito familiar son primordiales:

Cuando le dije a mis papás, mi papá me dijo ‘qué tipo de persona eres, no te cuidas, eres una prostituta’, me sentí mal, yo ya lo veía venir, pero les tenía que comunicar porque necesitaba su apoyo. Berta

Cuando mi hermana le dijo a mi mamá, ella lo tomó muy mal, nos dijo “ustedes son universitarias, son gente que tiene educación, yo les di preparación, como es posible que tengan estas enfermedades”. Como yo vi esa reacción con mi hermana, yo decidí no comentarle nada a mi mamá que estoy enferma de esto, hasta la fecha, cuando voy al Hospital, le digo que voy a CU al psicólogo, por eso además yo busqué una alternativa más económica para el tratamiento y fue en el de la Mujer, para no pedirle dinero para la cirugía. Elvira

Mi papá me preguntó cuántas parejas había tenido. Obviamente yo le mentí, tuve miedo de decirle la realidad y sólo le dije que tres, él me dijo que era una promiscua. Es esa idea súper machista de que la mujer tiene la culpa, me sentí muy atacada, entendí su postura de papá que tiene que defender a sus hijas, después de eso me dijo “ve al Hospital de la

Mujer, tranquila, no pasa nada". No fue una agresión tan profunda, pero sí hubo... mi hermana se asustó mucho, pensó que ella tenía porque compartimos la toalla del baño, pensaba en los tabús y mitos, pero se hizo la prueba y ella no tiene nada. María

Yo le conté a mi mamá, le tuve que decir por lo que me iban a hacer en el Hospital, necesitaba el dinero y estaba muy espantada... cuando vio mis resultados me dijo "es que tienes un buen (de lesiones), dónde te metiste, seguro te metiste con un buen de hombres, eso te pasa por andar de fiesta y en la calle", me dijo que la había defraudado y que era una puta, porque me había metido con tantos hombres y no me había cuidado. Mi papá también se enteró y se enojó, también me dijo "es que andas en la calle y no entiendes, nosotros ya te perdimos la confianza", ellos piensan que salir de noche es porque voy a tener sexo siempre... luego también mi abuela se enteró, y una carga extra, porque me dijo que era una loca y que seguro andaba teniendo sexo con cualquier... Cuando mis papás me dieron el dinero para la crio me dijeron "pero tú nos vas a pagar todo ese dinero cuando trabajes" Yadira

Sobre el ámbito del comportamiento social, varios autores han enunciado el gran poder que el deber ser tiene sobre las prácticas de las mujeres (Szasz, 1998; Ortale, 2008; Córdova, 2009; Ray *et al*, 2013; León-Maldonado, 2016); como los testimonios mostrados permiten ver, esta sanción social se expresa en distintos hábitos de la sexualidad, desde el número de parejas sexuales hasta las prácticas de las mujeres y sus eventos de salud sexual y acordamos con Salcedo y García (2010) al señalar en cómo el orden simbólico y normativo sobre las prácticas individuales impacta de manera sustantiva en la vida personal. Así, como señalan Tena, Torres y Hernández (2004), es fundamental identificar, analizar y reconstruir las normas morales que median las prácticas en torno a la sexualidad, para comprender cómo es que las prácticas sexuales son valoradas, sujetas a estrategias de prescripción y vigilancia; y como esto impacta en última instancia en la vivencia de los procesos de salud - enfermedad asociados a estas prácticas; al final, observamos que en el caso del ámbito más cercano a las mujeres, la sanción social sobre la sexualidad individual construye a la iVPH como un castigo asociado a la promiscuidad y, como señalan Castro-Vázquez y Arellano-Gálvez (2010), y Castro y Arellano (2014), limita la búsqueda de apoyo en las redes sociales familiares.

Paralelo a este proceso, existe una constante entre las respuestas a la socialización del diagnóstico entre el grupo de pares, y es la comprensión del proceso y el acompañamiento en la búsqueda de solución al evento:

Cuando fui a la clínica me acompañó mi mejor amiga, cuando salí de la clínica le dije a mi amiga y empecé a llorar, porque no entendía qué estaba pasando, si había sido yo o mi

pareja de ese momento, estaba muy angustiada, confundida. Fue la primera a la que le dije, luego le dije a otras amigas, fue para cuidarnos entre nosotras mismas, otra amiga nunca se ha hecho un Papanicolaou y le dije para que se cuide. A veces sólo... esta enfermedad nos ataca en lo emocional, creo que es más eso que lo que realmente es, y necesitas alguien que te escuche, te entienda y no te juzgue. María

Tengo muchas amigas que estaban en la misma situación, ni siquiera se han hecho nunca un Papanicolaou, desde ese momento les decía a mis amigas, "háganselo porque pues no sabes si en una de esas si tengas el virus". Le dije a mis amigos también, uno que lleva mucho tiempo con su pareja, no sé si se protejan, pero les dije, ellos fueron muy comprensivos, nadie me juzgó, me dijeron que me cuidara, que viera lo de mi tratamiento. Elvira

Como mencionábamos anteriormente, la socialización entre el grupo de pares tiene importantes efectos en cómo se configura la experiencia de la enfermedad. En diversos ámbitos se reconoce el papel de esta dimensión de la vida social para los procesos de prevención y atención en torno a problemáticas con la salud sexual, por su potencialidad para compartir inquietudes en torno al ejercicio de la sexualidad en un marco de igualdad donde existe menor sanción social hacia las prácticas individuales (SSA, 2016).

El riesgo es una de las nociones más problemáticas y que aparece como constante en las entrevistas en relación con la posibilidad de la existencia de cáncer o el potencial de desarrollar esta enfermedad en el futuro. En el proceso de las mujeres participantes en la investigación, existe una manifestación de lo que Salcedo y García (2010) denominan como la medicalización de la vida y del cuerpo femenino, que se expresa en regímenes corporales 'saludables', como el uso de anticonceptivos, métodos de barrera, pruebas diagnósticas, etcétera.

Me preocupaba tener cáncer, hoy en la actualidad no puedo llegar con mi mamá y decirle 'oye mamá tengo virus de papiloma', yo no le diría a mi mamá, dejaría que la enfermedad avanzara... creo que sería por miedo, o pena, porque realmente no sé cómo afrontar esta enfermedad... pero mi problema es el cáncer... siempre me ha dado miedo que sea otra cosa mayor que no se quite con un tratamiento, con unas pastillas, que sea algo más y cómo decirle a tu familia 'tengo esto'. Amanda

En el Hospital no me revisaron la boca, y a mí me daba pena decir que yo practicaba sexo oral, para mí eso fue angustiante, en MEXFAM pedí que me revisaran y me dijeron que no tenía nada. Después de todo esto, yo ya uso el condón o las plaquitas para el sexo oral, pero si están caras, cuestan 80 pesos y sólo es una. Por eso no las compro siempre, sólo con quien yo decido hacerlo. Y después de todo, yo ya no dejo que nadie me haga sexo oral. Edna

Después de todo esto, ha cambiado mi perspectiva, creo que debe ser una sexualidad responsable, porque la que yo llevé irresponsablemente, tiene consecuencias como la del VPH o el SIDA. Creo que es muy importante después de esta experiencia cuidarme, yo ahorita nunca volveré a tener una relación sin condón, en algún momento por ignorancia o porque me valió madres no lo hice, quizá porque era muy joven. Ahora creo que aunque sea placer debo cuidarme, no debo hacerlo con cualquiera y sin condón. Elvira

No tenía esa cultura de ir cada año al ginecólogo. Desde que me detectaron que era virus de papiloma me hago el Papanicolaou y la colposcopia cada año, por curiosidad o necesidad me las hago Amanda

Una de las hipótesis de esta investigación se centraba en considerar que, posterior al diagnóstico, las mujeres modificarían sus hábitos de prevención y la percepción de riesgo se reconstruiría en función de la nueva condición de salud. Sin embargo, encontramos que este elemento se presenta como constante en la experiencia de las mujeres en el tema de la vigilancia al estado de salud sexual, más no en las prácticas sexuales que se ejercen posteriores al diagnóstico. En este sentido, acordamos con cuando señalan Suárez, Beltrán y Sánchez (2006) que la noción de riesgo para la política pública en salud se traduce en el ámbito de lo individual en prácticas producto de la reconstrucción del concepto de riesgo a partir de los referentes sociales y culturales, pero también de los intereses individuales de las mujeres.

Construirse desde el riesgo involucra no sólo la posibilidad de enfermar, sino de empeorar, y pone en entredicho diferentes aristas de la vida personal, como la capacidad de reproducción o la posibilidad de vivir una vida sexual plena; en este sentido, acordamos con Reartes (2005) que una de las preocupaciones presentes es la vida reproductiva futura; aunque en el caso de las participantes de esta investigación, la problematización más evidente fue sobre el establecimiento de relaciones de pareja posteriores al diagnóstico::

Ahorita, con la pareja que tengo, he tenido varios problemas y situaciones... yo no he buscado a alguien más, me dicen 'cambia de novio', tampoco voy por la vida buscando novio, pero la vida te lo tiene preparado, pero me daría miedo decirle 'oye qué crees, yo no puedo tener hijos y aparte tengo el virus', cómo le digo eso a esa persona que va a llegar a mi vida, ese ha sido mi miedo, porque él ya lo sabe (mi pareja actual), ya tiene hijos, qué le preocupa. Me da miedo, si lo dejo a él y encuentro a alguien más y le digo, se aleja y me quedo sola, por eso no he cambiado de pareja. Amanda

Llegó un momento de que estaba tan preocupada que hasta me afectó en la relación, yo era muy fría con mi novio y le decía que no quería tener relaciones sexuales porque me iba a poner peor o se iba a hacer más grande la lesión... sentía disgusto, ya no quería ni me gustaba, se me quitaron las ganas, me sentía enferma. Y mi novio seguía apoyándome,

pero yo le di la espalda. Cuando insistía mucho, teníamos relaciones, pero yo sentía como que me rozaba, le decía entonces que ya no tuviéramos relaciones, yo quedaba muy irritada y adolorida. Xaviera

Me da miedo, sólo sabe mi novio con el que estuve... con la última persona con la que yo tuve relaciones no lo sabe, incluso cuando supe que era una posibilidad estar con él porque nos gustábamos me daba mucho miedo no poder tener sexo con él, no poder decirle o que se enterara y me dijera que no, me daba mucho miedo y mucha ansiedad de no comunicarlo, tenía miedo de que me rechazara. María

Ahorita yo no me quiero involucrar sexualmente con alguien... tengo miedo de ser foco de infección, me he abstenido de todas esas situaciones desde que pasó y no he tenido relaciones sexuales. Berta

Así, construir la experiencia desde los aspectos orgánicos y fisiológicos, hasta los posibles contextos de violencia y vulnerabilidad en los que se encuentren las mujeres; así como la noción del ejercicio libre de la sexualidad a pesar del riesgo; para las mujeres diagnosticadas vivir se torna entonces en una evaluación constante de la vida sexual y reproductiva, las intervenciones biomédicas sobre el cuerpo, las relaciones de pareja, los contextos sociales, el acceso a la información, los recursos económicos y, fundamentalmente, una constante re-elaboración de la propia experiencia. Este proceso implica que, nombrar y significar la corporalidad, una acción antaño íntima, se convierta en un eje de prácticas públicas.

Resulta relevante cerrar este apartado haciendo énfasis en la construcción de las trayectorias de enfermedad desde la proyección a futuro; ya que las trayectorias son procesos inacabados, en algunos casos circulares por la reaparición de lesiones, y la vigilancia sobre la salud se mantiene como una constante y se pueden distinguir en los siguientes testimonios:

A mí cuando me dijeron no me puse triste ni mucho menos, porque lejos de ponerte triste tienes que ver la forma de salir adelante, porque hay vida y esperanza, no me deprimí, pero si me dio la decepción, de 'ay no por favor', pero tenía que ver cómo salir adelante. Amanda

Después de esto empecé a tomar más conciencia de lo que puede pasar, cómo hay que prevenir, creo que tenemos la información pero no la usamos. Yo se lo dije a quien más confianza le tengo, pero hice una campaña de sensibilización con mis amigas, algún compa, con mi familia y mis hermanas, les dije 'soy portadora del virus', principalmente por mi sobrina, le dije a mi hermana que la oriente bien, que no la juzgue, que sepa qué tiene que hacer para prevenir un embarazo, una infección, a dónde tiene que ir... mis amigas se empezaron a cuestionar con quién habían estado, cuántas veces no se habían cuidado, platicábamos entre nosotras de esas situaciones de riesgo que hemos vivido. Berta

Ahora quiero procurarme más a mí, quiero conocerme más, a la hora de querer explicarlo no sé qué pasó en mi cuerpo, para mí es importante cuidarme más, enfocarme en mí y procurar mi persona y mi salud, cuidarme en mis relaciones sexo-afectivas, mi alimentación, ya no llevar una vida tan acelerada, cuidarme yo y cuidar a los otros, pero ante todo estoy yo primero. Berta

Yo creo que no existe un cuidado entre nosotras, no importa si tienes 20 o 30 parejas sexuales, creo que el problema es el cuidado, te tienes que cuidar, nuestro cuerpo, no importan las parejas, tienes que usar condón, hacerte los Papanicolaou cada seis meses, comer bien, dormir, tener una salud y un compromiso contigo misma y la mayoría no lo tenemos, nos hace falta cuidar nos a nosotras mismas. María

Al principio me asusté mucho, todo fue muy rápido y muy nuevo para mí, nunca me había hecho un estudio y no sabía que era, cuando me explicó el doctor que no era tan grave, que pasaba muy común y que era poquito lo que yo tenía me sentí muy tranquila, cuando me hicieron el tratamiento no fue doloroso, es incómodo, me sentí un poco mal ese día pero ya, le dije a mi amiga "si este es el precio que tengo que pagar por no cuidarme bien, por no atenderme a tiempo, por no ir al ginecólogo, pues es muy barato". Karla

Si bien la noción de estigma se encuentra presente en la experiencia de estas mujeres, ésta no es un obstáculo para la búsqueda de atención, sino que se vuelve en una fuente de ímpetu para recobrar la salud y un elemento empoderador sobre la salud sexual y el autocuidado; al confrontar a las mujeres con sus relaciones sexuales y los esquemas desde los cuales interactuaban con sus parejas, modificando sus propias nociones sobre el cuerpo y la sexualidad y adquiriendo un papel activo para su salud.

REFLEXIONES FINALES

En este apartado buscamos hacer un ejercicio analítico final, que sintetice los aprendizajes adquiridos y reflexione sobre el proceso de la investigación; por ello, vamos a dividir estas conclusiones en dos grandes apartados. En el primero, queremos revisar la construcción de la tesis a partir del enfoque biocultural en antropología en salud; por ello, los seis capítulos anteriores están estructurados para dar cuenta de cada uno de los componentes. En el segundo, queremos detenernos sobre las implicaciones metodológicas de la investigación, para realizar la propuesta de acercamiento desde la antropología en salud a los espacios clínicos.

El enfoque biocultural ha sido un marco para el análisis, nos sitúa a comprender desde dónde miramos y construimos los problemas de investigación, cómo los abordamos y cómo los analizamos; y éste ha enmarcado toda la investigación. Sobre él, sabemos que existen cinco componentes que circunscriben los procesos de salud – enfermedad. Así, el primer apartado de esta tesis, pretende dar cuenta del elemento que sienta las bases para la vivencia y construcción del proceso: la biología humana; a partir de presentar el panorama sobre la construcción biomédica de la iVPH para dejar en evidencia que es el cuerpo biológico en el cual se ancla la experiencia. Por otro lado, también tiene el objetivo de evidenciar una manera de hacer investigación desde la antropología en salud a partir del diálogo interdisciplinario con la medicina, ámbito que tradicionalmente se ha encargado de definir y atender estos procesos, para adoptar sus planteamientos, definiciones y lenguaje como una herramienta para la comprensión del fenómeno a estudiar.

Para hablar del segundo componente, ambiente y ecología, la reconstrucción planteada en los capítulos cuatro y cinco dan cuenta del contexto en el que se inscribe la investigación, a partir de comprender el contexto meso y micro donde se producen los procesos de salud - enfermedad. Para contextualizar el sitio donde se realizó la investigación fue relevante comprender su origen y cómo se configura como una institución asistencial en la actualidad y a qué población se enfoca. Éste representó además lo que consideramos el primer filtro para la selección de participantes, al acotarnos a la población usuaria; sin embargo, las trayectorias de las mujeres nos permitieron contrastar diversos sitios de atención a la salud sexual a la vez que son evidencia de la multiplicidad de recursos que entran en acción al iniciar el proceso de atención.

Caracterizar a la población a partir del acercamiento cuantitativo nos permite brindar una reconstrucción de la estructura poblacional, para comprender cómo se insertan nuestras interlocutoras en este espacio, pero también delimitar el tipo de población y las necesidades en salud que las caracteriza. Reconstruir este segundo componente además detonó una reflexión metodológica que consideramos valiosa en el marco de la antropología en salud como disciplina en construcción, en tanto que esta relativa juventud del campo nos permitió tener libertad al pensar en cómo integrar diversas fuentes a la comprensión de los procesos enmarcados en una institución; sin embargo, consideramos que este trabajo aun presenta limitaciones en torno al análisis integral de los datos de múltiples fuentes, pero es un espacio de oportunidad para generar planteamientos que permitan integrar fuentes cuantitativas y cualitativas, y cuyos resultados impacten en la atención y en la toma de decisiones de salud pública.

En el capítulo final de esta tesis hemos intentado hacer una integración del análisis de los tres últimos componentes, a saber, recursos para la salud, productos materiales de la cultura y procesos ideológicos. Consideramos estos elementos de gran relevancia al conformarse como las evidencias más sustantivas de cómo operan los componentes previos en las trayectorias de las mujeres. Así, existe una relación indivisible que hemos pretendido dar cuenta al hacer una división teórica, aunque mantenemos en mente la noción de que esto corresponde a una construcción para comprender una realidad que se presenta inextricable.

A partir de explorar las trayectorias de las mujeres, reflejadas en sus testimonios, hemos pretendido dar cuenta cómo el acceso a los recursos para la salud está mediado no sólo por las condiciones económicas y políticas en las que se inscribe la vivencia, sino también por el capital social y cultural que circunscribe a los procesos de salud – enfermedad. Los productos materiales de la cultura emergen de los anteriores, y contribuyen a atender y contender los eventos adversos que en el curso de vida se encuentran. Finalmente, los procesos ideológicos enmarcan y condicionan cómo se vive y atiende la enfermedad, además de ser las evidencias más claras de cómo la construcción socio cultural del deber ser y el ejercicio de la sexualidad impactan de manera sustancial en la vivencia individual, en ocasiones de manera perjudicial, y median la búsqueda de atención.

Al final, poner a operar los componentes para el análisis de la realidad se traduce en la comprensión de que los procesos de salud – enfermedad en los cinco ámbitos que consideramos dan cuenta de la complejidad de interacciones que se producen ante los eventos de enfermedad y detonan las trayectorias. Esta organización del trabajo es de gran relevancia, porque que permite partir de comprender cómo los componentes – biología humana, ambiente y ecología, recursos para la salud, productos materiales y procesos ideológicos – se interrelacionan e influyen mutuamente; y deja en evidencia lo que hemos venido señalando en este trabajo, es decir, que los procesos de salud – enfermedad son complejos, y la investigación sociomédica sobre ellos debe contemplar las múltiples interacciones que se producen a su alrededor.

En el curso de la investigación, hemos intentado responder las preguntas que se incluyen en la metodología, y en este momento, discutiremos sobre las hipótesis planteadas como respuestas a éstas. En un primer momento, nos preguntábamos cómo es que la presencia de VPH es una problemática de salud relevante para la política pública en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento. Como respuesta, sugeríamos que la prevalencia de esta ITS no es por sí misma un problema de salud pública, pero al pensar en las consecuencias más adversas, como la presencia de cáncer cervical, podríamos acercarnos a comprender la necesidad de atender de manera oportuna la presencia de esta ITS; considerando que el lugar marginal de la presencia de VPH frente a él, implicaba una focalización sobre la detección oportuna y no sobre la prevención primaria. Esta consideración que se hizo patente en la revisión de la literatura: al final, concluimos que la presencia de VPH no se dimensiona en sus efectos para la sexualidad de la mujer que es diagnosticada, sino que el foco se pone sobre la prevención de cáncer, lo que provoca que exista una constante en la prevalencia, pero no en su disminución. Al respecto, será necesario explorar en un futuro cómo han impactado las vacunas en estos índices y qué tan efectivas han sido para la disminución de la presencia de esta ITS.

La segunda pregunta tenía que ver con cómo opera esta jerarquización en las trayectorias de atención, partiendo de plantear que existen dos, la institucional y la personal. En el capítulo etnográfico presentamos cómo se construye la atención de manera protocolaria en el Hospital de la Mujer, la cual corresponde enteramente con los planteamientos normativos para la operación de los servicios de displasias. Sin embargo, en el curso de la investigación se ha hecho

más que patente que existe una trayectoria de salud sexual individual que, en algún momento, se inscribe en la institución, pero que la trasciende en la búsqueda de solución para los problemas de salud. En el caso de este trabajo, las trayectorias rara vez incluyen el uso de recursos alternativos para solucionar el problema de salud, más bien se constituyen como una serie de pasos y visitas a diversos profesionales y espacios clínicos biomédicos, en la búsqueda de certidumbre sobre la salud, al ponerse en entredicho con la iVPH uno de los elementos más íntimos de la existencia, a saber, la sexualidad. Al final, existe un punto de convergencia que se da en la llegada al Hospital de la Mujer, que por sus características en la atención (en términos de costos, pero de calidad y eficacia también) provoca que las trayectorias se encuentren y se anclen a este espacio clínico hasta que se solucione el problema de salud sexual. Sin embargo, no se trata de procesos finalizados, si bien las trayectorias encuentran un punto de inflexión al ser resuelto el episodio de enfermedad, pueden constituirse en un continuo de atención a la salud sexual a partir de la adopción de medidas de diagnóstico cotidianas.

La última pregunta tenía por objeto indagar sobre los componentes y co-determinantes que enmarcan el ejercicio de la sexualidad y la atención a los problemas de salud de las mujeres participantes. Concluimos que el ejercicio de la sexualidad se encuentra inscrita en un marco de componentes que lo condicionan, pero que más aun, se trasladan a cómo se vive la enfermedad y se emprenden las trayectorias para su atención. En el curso de este proceso, las experiencias que las mujeres viven y el conocimiento que adquieren modifica sus nociones sobre salud, enfermedad, sexualidad, lo cual impacta en cómo se relacionan con otros, además de cómo atienden los eventos de enfermedad posteriores al diagnóstico. Al final, es de destacar el carácter resiliente de las participantes, entre quienes surge posterior al proceso de atención y resolución del evento, una noción de autocuidado que modifica sus prácticas futuras.

En resumen, podemos indicar que los procesos macroestructurales que tienen que ver con el contexto que enmarca la experiencia del proceso salud – enfermedad – atención conducen a que la experiencia de tener una ITS, y los relatos que las mujeres elaboran a partir de ella, se inscriban dentro de contextos institucionales, sociales y culturales que sancionan y regulan el comportamiento individual, partiendo de la propia experiencia de la vida sexual, las trayectorias de atención a la salud sexual y reproductiva, pero también de las relaciones que las mujeres consideran significativas para este proceso. Para ejemplificar este proceso, tomemos como

punto de partida el diagnóstico, que en primera instancia reinterpreta para el servidor de salud las experiencias sexuales y el cuidado asociado a ellas; y posteriormente las intervenciones médicas se reinterpretan en términos inteligibles, poniendo en duda a la persona *¿por qué a mí?*, sus relaciones de pareja *¿quién fue?*, el futuro de su salud sexual y reproductiva *¿tendré cáncer? ¿podré tener hijos?*, y la socialización de su condición *¿es contagioso, le tengo que decir a mi familia, a mis amigos?* Siguiendo con el ejemplo, hemos visto que socializar el diagnóstico con la pareja, con el grupo de pares o la familia implica obtener respuestas que enjuician uno de los aspectos más íntimos de la experiencia personal; si estos procesos los inscribimos en espacios institucionales, como el hospital, en los que la atención se ve atravesada no sólo por un sistema biomédico institucional sino por voluntades personales, la experiencia de las ITS entonces se constituye como un proceso recursivo altamente estresante, en el que la atención de quien lo padece oscila entre su salud, la sanción social y la intervención médica.

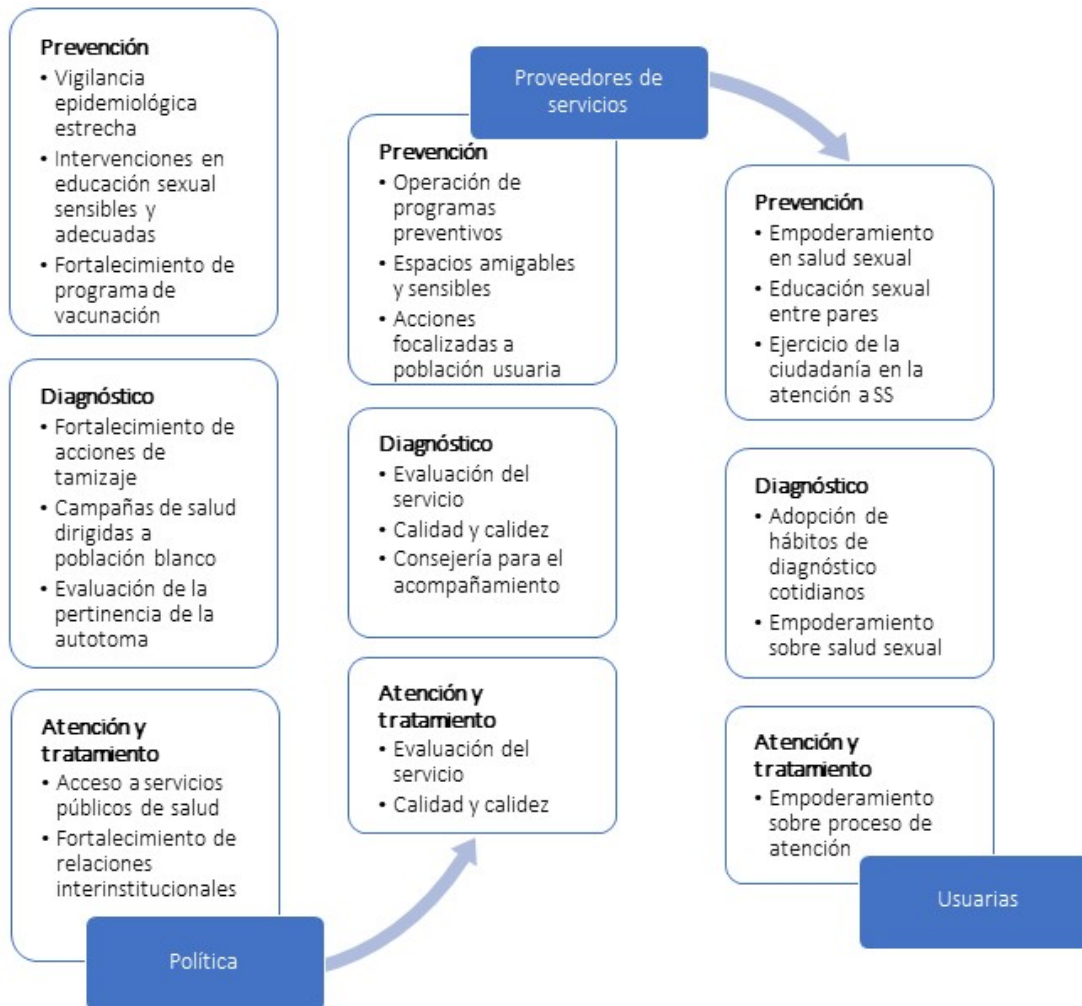
Una noción aparece como central en esta interacción en línea asociada al proceso de enfermedad – atención que nos ha ocupado: el riesgo. Como característica de las sociedades modernas, esta noción permite pensar sobre una administración del riesgo (Ayres, 2009) a partir del conocimiento y la búsqueda constante de información, respuesta ‘natural’ ante el estado de angustia e incertidumbre que el diagnóstico de una ITS desencadena, ante el cual ocurre una elección personal sobre la posible organización y/o participación en redes de acción colectivas que conectan *“lo local y lo global, lo individual y lo colectivo”* (Alfie y Méndez, 2000: 187). En el caso de VPH, existen elementos asociados al cáncer, la muerte, la posibilidad de reproducción y el ejercicio de la sexualidad de manera libre, segura y satisfactoria que alimentan este estado de ansiedad, el cual busca cauce en las interacciones digitales que, como fin último, se encuentra normado en comportamientos, nociones, pensamientos, guiados por una racionalidad biomédica, que mantiene la primacía en la difusión de saberes y promueve la adherencia a sus prácticas.

Este proceso tiene efectos en la manera de dar sentido y voz a las trayectorias de atención, al relatar la cotidianidad de las consecuencias de la infección que se generan en su cuerpo y las relaciones de pareja a sujetos inscritos en el contexto institucional donde se produce el control biomédico de la enfermedad, los convierte en los operadores de la vigilancia de su condición de salud, vida sexual y reproductiva; generando que cotidianamente se signifiquen las

consecuencias de la infección que se viven en el propio cuerpo. Así, construir este proceso desde una noción de riesgo implica una evaluación en la que la mejoría, pero sobre todo la posibilidad de empeorar, es transversal, así es necesario pensar sobre la temporalidad, la evaluación del pasado, el resultado en el presente y las posibilidades futuras ante las cuales se actúan, que se expresan en vacunarse, hacerse pruebas genéticas, maximizar comportamientos “saludables” como el uso de pruebas de tamizaje con más frecuencia de la indicada, el uso de profilácticos posteriores al diagnóstico, la búsqueda de alternativas dentro y fuera de la biomedicina, como sería recurrir a té, ajo, factor de transferencia, y otras prácticas, que se insertan en la cotidianidad y se convierten en parte de la experiencia actual. Un discurso construido sobre *hubiera y no volverá a pasar*, desde una postura que asume la culpa de la enfermedad y sus consecuencias de acuerdo a lo que el discurso médico (por no prevenir o diagnosticar a tiempo), que modifica la vivencia de la sexualidad y sus perspectivas a futuro.

Partiendo de lo anterior y siguiendo la propuesta de Torres *et al* (2014), planteamos el siguiente esquema que sugiere las recomendaciones a tomar en cuenta para los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de displasias cervicales asociadas al VPH; con el objetivo de brindar información puntal y oportuna, y detectar los casos que pudieran progresar a tiempo a partir de intervenciones en salud que sean culturalmente sensibles y adecuadas a los contextos de las mujeres que forman parte de la población blanco. Pensamos que debe considerarse la acción en tres ámbitos, que se corresponden con el contexto de la investigación: macro (o a nivel político), meso (a nivel institucional, con involucramiento de los proveedores de servicios) y micro (considerando a las usuarias y sus interrelaciones como centrales).

Figura 19. Necesidades y recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la iVPH



Fuente: elaboración propia con base en Torres, *et al* (2014: 16).

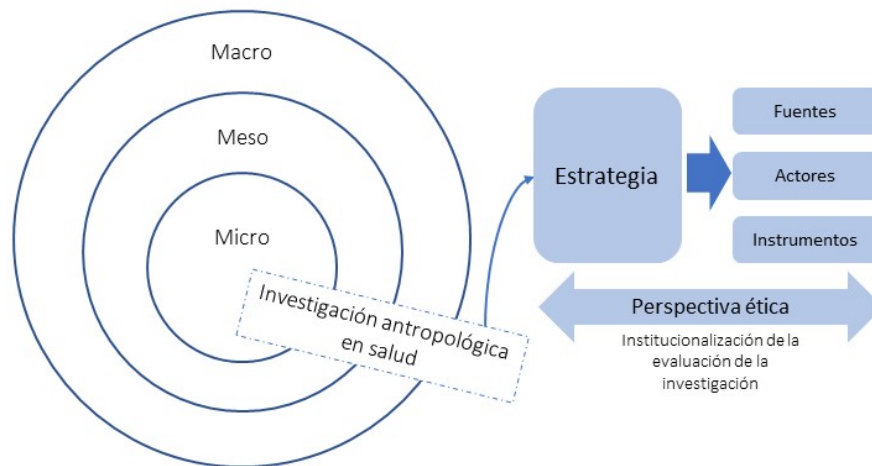
En el esquema, planteamos recomendaciones en tres ejes principales: prevención, diagnóstico y atención/tratamiento; para los tres actores involucrados en la atención a la iVPH, es decir, el ámbito de la política pública, de proveedores de servicios y de las usuarias. La propuesta va en torno a tomar como base las políticas existentes para el diagnóstico oportuno de cáncer para la detección de la presencia de iVPH, pero incluyendo acciones que respondan a las necesidades en salud de las usuarias, como contemplar la posibilidad de la auto-toma de muestras como un elemento que aumente las actividades de detección, generar mecanismos para la evaluación de la calidad de los servicios y su adecuación, además de incluir un componente de consejería que acompañe los procesos de atención y disminuya los efectos negativos que el diagnóstico puede tener en la salud mental y emocional de las mujeres. En suma, esto supondría una re-estructuración de la atención en torno a la salud sexual, de

manera tal que contemple los distintos contextos de aplicación y que, como fin último, se traduzca en una atención integral a las necesidades de las mujeres usuarias y aquellas vulnerables a adquirir el virus y desarrollar lesiones como consecuencia.

En este segundo momento, hablaremos de las reflexiones metodológicas que surgieron a partir de la realización de la investigación. La aproximación desde el enfoque biocultural permite analizar a profundidad los problemas de salud definidos por la biomedicina, las dinámicas que se generan a su alrededor y los procesos macro, meso y micro asociados a ellos, trascender los efectos meramente orgánicos y las interpretaciones netamente socioculturales y acercarnos a conocer las relaciones existentes entre la biomedicina con la realidad corporal, social y cultural de la persona y su enfermedad (Gómez, 2014). Así, consideramos que la investigación sobre el VPH nos ha permitido conocer dinámicas institucionales complejas, que se generan en el contexto de la atención sanitaria; además de explorar aspectos de la cotidianidad más íntima, como el establecimiento de vínculos afectivos en relaciones de pareja, la socialización del diagnóstico y las propias prácticas sexuales individuales en espacios complejos.

A partir de estas reflexiones, es necesario plantear un esquema metodológico que permita la generación de acercamientos sistemáticos, desde la antropología en salud, a los contextos institucionales de atención a la salud, que nos permitan comprender las dinámicas que en ellos se generan y enmarcar los procesos de salud-enfermedad-atención desde una metodología mixta. Para ello, proponemos la consideración de una metodología mixta y que parta del reconocimiento de diversas consideraciones para la investigación:

Figura 20. Propuesta para la investigación antropología en salud



Fuente: elaboración propia, 2018.

En función de la estrategia metodológica planteada en el capítulo tres, hacemos esta propuesta para la investigación antropológica a partir de considerar el contexto, como espacio de acción que es de interés para el trabajo y éste dependerá del alcance que la misma tenga, entonces puede realizarse en tres ámbitos de interacción: macro, meso, micro. En el caso de esta investigación, éste contempló desde un contexto nacional en el que encuentra inserta una política de atención a la salud; el ámbito meso, que se refiere a la institución y las interacciones intersubjetivas entre las usuarias y el personal de salud de los espacios institucionales; y el micro, anclado en la experiencia de las usuarias participantes. Por estrategia, nos referimos a los acercamientos cuanti y cualitativos que se darán a los diversos tipos de fuentes (documentos, audios, archivos, etcétera) que nos permitan dar cuenta de la realidad que es motivo de nuestra investigación. Los actores involucrados entonces se constituyen como aquellos sujetos que son de relevancia para la investigación, y con quienes la interlocución es fundamental para la construcción de datos fidedignos, a quienes nos acercaremos con instrumentos pertinentes que permitan el levantamiento de información puntual y de calidad sobre la temática de interés. Esta propuesta se ha trasladado a diversos paneles y espacios de discusión académicos locales e internacionales; con el objetivo de favorecer la discusión que el tipo de investigación que realizamos nos ha obligado a fortalecer; pero también con la intención de crear lazos con una comunidad académica interesada en la investigación en instituciones de salud y fortalecer los planteamientos teóricos y metodológicos con los cuales nos acercamos a dichos espacios.

Sobre la perspectiva ética, es necesario considerar las dimensiones que se presentan en el encuentro etnográfico en los espacios clínicos, en los que nuestra inserción profesional implica un elemento que modifica la interacción entre los actores. Si bien un paso primordial es la institucionalización de la evaluación de las investigaciones, ésta puede representar algunas desventajas, por lo que creemos que es un gran pendiente para la antropología en salud enfocada en la investigación en los espacios clínicos reflexionar sobre los efectos y riesgos asociados a la etnografía. Entre aquellos a los que el antropólogo se expone, podríamos mencionar los asociados al contacto con material infecto-contagioso sin el conocimiento o la capacidad técnica para su manejo; encontrarse en situaciones de crisis donde su presencia sea malinterpretada y su intervención solicitada; o exponerse a acciones jurídicas relacionadas con

su presencia en el hospital sin contar con el amparo legal para contender ante ellas. Los riesgos a los que el personal de salud puede exponerse corresponden a los posibles efectos en el ámbito laboral podría tener su participación en la investigación, entre otros. Finalmente, y no menos importante, los riesgos a los que las usuarias se pueden enfrentar deben ser una de las principales preocupaciones; y es necesario reflexionar sobre varios aspectos: ¿mi presencia en la consulta médica/hospital impacta la atención que recibe el paciente, y de qué manera?, ¿las preguntas que se realizan sobre su padecimiento impactan en su atención o apego al tratamiento?, ¿mi interés de investigación sobre la persona la señala ante otros y puede contribuir a construir un estigma sobre ella por el padecimiento que es de mi interés?, entre otras.

La posibilidad de realizar investigación cualitativa sobre estos procesos, ingresando a los espacios clínicos en calidad de antropólogas implica una reflexión ética como científicos sociales que nos debe conducir a una postura en la que un papel proactivo en favor de las mujeres usuarias de los servicios de salud es fundamental, sin caer en los vicios de la investigación antropológica, como la exotización, la victimización o la culpabilización de uno u otros actores. Así, nuestro compromiso ético trasciende el campo (en el más amplio sentido de la palabra), y se convierte en un estandarte ante nuestros interlocutores, asumiendo nuestro deber de dar voz de manera fiel a quienes colaboran en este proceso; es decir, asumir nuestro papel como actores secundarios ante el relato de quien padece la enfermedad, y de nuestras interpretaciones de segundo orden, al construirse sobre lo que la propia persona ha reflexionado de su proceso.

En conclusión, la antropología en salud nos permite inscribir el cuerpo como realidad biológica, suscrito a un contexto social y cultural particular, en el que el comportamiento sexual se sanciona de acuerdo a los ideales de femenino y masculino; sometido políticas de salud sexual y reproductiva estatales que se operacionalizan de manera local de acuerdo a las condiciones particulares de cada contexto. El comportamiento sexual de la mujer puede construir formas de adaptación o resistencia, formar parte de la afirmación de la identidad o la legitimación social; en síntesis, el comportamiento sexual de la mujer es producto de lo que la sociedad considera adecuado y de lo que ella interioriza de acuerdo sus condiciones materiales, sociales y personales; y los procesos de salud – enfermedad – atención no escapan a esta

sanción social. A futuro, las enseñanzas adquiridas durante este proceso se han visto reflejadas en nuestro quehacer profesional, en particular al operar los planteamientos metodológicos en la investigación de procesos asociados a la enfermedad, además de considerar la integración de otras aristas, como la prevención, como uno de los elementos relevantes en la comprensión de la salud sexual; quedando como un pendiente sustantivo de esta investigación la reflexión sobre la aplicabilidad de la información recabada y su traducción en una mejora sustantiva de las condiciones de los servicios de salud.

Colofón

Este apartado será escrito en primera persona, en un intento de expresar desde mi voz lo que ha implicado el proceso formativo del doctorado y mi fortalecimiento como investigadora, fruto de éste, en forma de un balance final enteramente personal, y como un breve ejercicio reflexivo que, a mi parecer, debemos incluir en nuestros trabajos científicos.

Entre las enseñanzas, se encuentra desde luego la formación teórica y metodológica adquirida en el curso de cuatro años que conforman este programa educativo, pero también la reflexión, aún en construcción, sobre la trascendencia de la investigación antropológica en instituciones de salud, la cual necesariamente implica el reconocimiento del papel de las ciencias sociales en la evaluación y monitoreo de servicios; además de generar evidencia para la mejora en la provisión de los mismos. Este es un reto sustantivo que escapa de las competencias personales, pero que se mantiene como un compromiso ético que sostendré en mi ejercicio profesional a futuro, asumiendo mi papel como científica social enfocada en los procesos de salud – enfermedad en México.

Sirva también este texto como evidencia de las necesidades de quienes nos encontramos en formación, para fortalecer los programas de posgrado en colaboración con los docentes, y así fomentar la discusión colectiva para la construcción del conocimiento, pues uno de los retos que supone pertenecer a este posgrado, ha sido la ausencia de espacios de reflexión colectiva institucionales. Sin embargo, esto no representó un obstáculo para nuestra formación, en tanto que nos obligó a crear espacios autogestionados e informales para discutir sobre nuestras investigaciones desde distintas perspectivas; además de participar en un proceso de acompañamiento en otros procesos formativos, lo cual fortaleció mi propio aprendizaje y me

obliga a pensar en la trascendencia de mi paso por el posgrado. Por ello, reitero mi agradecimiento a las colegas antropólogas con las que tuve el placer de compartir estos cuatro años de formación.

También creo necesario señalar que mis propias inquietudes me llevaron a ser de las primeras alumnas del programa de posgrado del cual egreso en pensar en otros campos de acción e inserción, así como a proponer nuevas formas de reflexión sobre lo que es la antropología médica y cómo hacerla. Por ello, es un imperativo realizar una re-estructura de la formación tradicional en la antropología médica y conducirnos hacia una antropología en salud, que permita el reconocimiento y respeto a la propuesta de contextos, enfoques y metodologías novedosas. Estoy segura que junto a mis otros colegas egresados del posgrado podremos sumar a esta discusión y conformarnos como un frente de investigadores jóvenes que impulsemos nuevas formas de hacer y pensar los procesos de salud – enfermedad.

Desde 2015, esta investigación ha partido de esa creencia, lo cual a su vez se ha traducido en la inclusión de mis propios planteamientos en otras investigaciones. Sin duda no ha sido un camino fácil, pero he tenido la oportunidad de convivir con antropólogos de generaciones más recientes, y tengo la firme convicción que haber contribuido a abrir la puerta a este diálogo ha abonado en sus formaciones, lo cual me da esperanza de que podremos discutir y construir conocimiento en colectivo desde la igualdad, reciprocidad y respeto en un futuro cercano. Además, ahora pugno por evidenciar el arduo trabajo que hacemos los estudiantes por exigir mejores espacios académicos, que nos permitan gestar debates, además de brindarnos de herramientas innovadoras para documentar y reflexionar sobre la realidad social. Por ello, es fundamental que exista un reconocimiento de la construcción colectiva del conocimiento, el respeto a las autorías y el impulso por un verdadero trabajo en conjunto en pos de la ciencia que nos lleven a consolidar espacios propios de nuestro campo donde podamos evidenciar el trabajo que realizamos desde la Facultad de Medicina de la máxima casa de estudios en México, y con ello comprender los procesos de salud -enfermedad – atención en su dimensión social y cultural.

Como un reto sustantivo para quienes nos dedicamos a hacer antropología en salud en México, nos queda el establecimiento y/o fortalecimiento de alianzas interinstitucionales con los espacios de atención a la salud para la realización de investigaciones cualitativas; pero

también para el ejercicio profesional en forma de intervenciones adecuadas para alcanzar el fin último de fortalecer el trabajo que se realiza en los espacios clínicos y contribuir de manera tangible a una mejoría en los servicios de salud. Organizarnos en colegios es además una tarea fundamental, la cual responde a la necesidad de reconocernos como colegas dentro de un mismo campo, de posicionar la relevancia de nuestro quehacer disciplinar, además de servir como evidencia de este campo aun en construcción, dentro del cual existimos investigadores jóvenes que tenemos la intención y capacidad de usar nuestro potencial como antropólogos en salud para contribuir con evidencia científica en la toma de decisiones y, como objetivo final, sumar a un cambio que mejore la calidad de vida de la población.

Durante la última etapa en la realización y revisión de esta tesis nos encontramos en una crisis que nos vulnera constantemente como mujeres: en México, no hay una mujer que no haya vivido acoso o violencia, no falta un día donde no sepamos de mujeres desaparecidas, violentadas, asesinadas. En 2020, la violencia machista ha alcanzado máximos históricos; además, nos encontramos inmersas en un contexto de sobre información que contribuye a aumentar el estado de alerta constante en el que transcurren nuestras vidas. Todas las mujeres que prestaron su voz para este trabajo, y yo misma, hemos sido depositarias de discursos y actos violentos, que nos califica severamente por vivir nuestra vida sexual desde el marco en el que fuimos criadas y en el que nos relacionamos sexo-afectivamente con otros; y es precisamente este contexto el que detona gran parte del conflicto personal que supone vivir el VPH. Esta tesis se acerca muy tangencialmente a los efectos que el sistema patriarcal en el que vivimos tiene en nuestras vidas y nuestra salud, y aunque no fue el centro de la reflexión, no quiero concluir este documento sin mencionar la importancia de seguir aproximándonos como investigadoras a los problemas que nos atañen como mujeres, de seguir documentando estos procesos y contribuir con evidencia científica para impulsar un cambio social que parta del respeto a nuestros derechos.

He tenido la gran fortuna de desempeñarme como antropóloga en salud en distintos lugares y contextos., Mi experiencia más reciente ha sido en un espacio institucional de salud, el cual si bien me ha permitido aplicar mis conocimientos obtenidos durante mi formación profesional, al mismo tiempo me ha enseñado mis potencialidades; no obstante, el camino para llegar a esta oportunidad no fue sencillo, aunque sé que esta situación ha sido excepcional

porque la ciencia en México tiene importantes retos y vicios muy arraigados que se potencian cuando se trata de ser una investigadora joven en este país. Las nuevas generaciones, en ciertos momentos, nos vemos insertos en espacios laborales donde se vulnera nuestra condición de trabajadores y, al mismo tiempo, las perspectivas a futuro que nos permitan crecer y nos garanticen un retiro digno son escasas; cualquier estudiante y recién egresado puede dar cuenta de ello. La intención de dejarlo de manifiesto en este espacio es invitarnos a relacionarnos como pares en la academia y la ciencia desde una postura más amable y menos voraz, que promueva un crecimiento como colectivo y genere espacios adecuados para el desarrollo de nuestro trabajo científico, que pugne por un reconocimiento del valor social de la ciencia que se vea reflejado en nuestro desempeño como científicos para crecer y contribuir a la formación de nuevas generaciones bajo esta postura.

Pertenecer a la academia implica adquirir un compromiso ético con quienes contribuyen a sustentar nuestra formación: maestros, colegas y el personal administrativo que nos acompaña en este proceso, pero no puedo cerrar esta breve reflexión sin antes mencionar las experiencias accidentadas que sufrí casi al final de este camino hacia la obtención del grado. Sin bien no es el caso relatar aquí todos los sinsabores que acontecieron en esta última etapa del proceso, sí lo considero la evidencia de una manifestación del valor que tenemos los estudiantes al denunciar dichas faltas, pues somos merecedores de respeto y de un trato digno. Los programas de posgrado funcionan y se mantienen gracias a nuestras inquietudes científicas, los alumnos somos el insumo primario para nutrir la producción del conocimiento en las instituciones académicas, y por ello, debemos empoderarnos y ejercer agencia para el reconocimiento de los derechos como estudiantes y el respeto a nuestro papel en la construcción del conocimiento y la ciencia en México.

Finalmente, escribir este último apartado de la tesis ha respondido a mi propia necesidad de dejar evidencia sobre lo que este proceso ha significado para mi formación profesional, pero también como una manera de invitarnos a incluir en nuestras investigaciones este tipo de reflexiones a manera de balance final de nuestras experiencias y retomar nuestra propia voz como sujetos que hacemos ciencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüero, B. et al (2004) "Virus del papiloma humano. Lo que saben los estudiantes masculinos de licenciatura", en *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Vol. 42, No. 4, México, D.F.
2. Aldaco, K. (2010) *Conocimiento acerca del virus del papiloma humano en mujeres de una zona rural*. Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Minatitlán, Veracruz.
3. Alfie, M. y Méndez, L. (2000) "La sociedad de riesgo: amenaza y promesa", en *Sociológica*, Año. 15, No. 43, Mayo-Agosto, México, D.F. pp. 173 – 201
4. Almeida, N., Castiel, L. y Ayres, J. (2009) "Riesgo: concepto básico en epidemiología", en *Salud Colectiva*, Vol. 5, No. 3, Septiembre-Diciembre, Buenos Aires. pp. 323-344.
5. Almonte, M. et al (2010) "Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control de cáncer de cuello uterino en América Latina", en *Salud Pública de México*, Vol. 52, No. 6, México, D.F. pp. 544 - 559
6. Almonte, M. y Muñoz, N. (2007) "Carga de cánceres asociados al virus de papiloma humano en América Latina", en *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 53, No. 2, Abril-Junio, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, pp. 93-97.
7. Amáchustegui, A. (2005) "Saber o no saber sobre sexo: los dilemas de la actividad sexual femenina para jóvenes mexicanos"; en Szasz, I. y Lerner, S. (comp.) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, El Colegio de México, México, D.F.
8. Amar, J. et al. (2013) "Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia", en *Salud Uninorte*, Universidad de Barranquilla, Vol. 29, No. 1, pp. 124 – 133
9. Animal Político (2019) *Aborto*, Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2019/08/corte-aborto-violacion-sin-denuncia/> Fecha de consulta: 6 de agosto de 2019.
10. Aranda, P. (2010) *Los motivos de la desidia: estudio sociocultural de los saberes legos sobre el Papanicolaou y el cáncer cervical*, El Colegio de Sonora, Hermosillo, Sonora.
11. Aranda, P. y Castro, M. (2008) "Para una epidemiología sociocultural en el estudio de cáncer cervical: experiencias de investigación", en *Región y sociedad*, Vol. XX, No. especial 2, pp. 93-126.
12. Arellano, M. y Castro, M. (2013) "El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervico-uterino en Hermosillo, Sonora", en *Estudios Sociales*, No. 42, México, DF.
13. Ball, E. (1998) "Virus del papiloma humano. Biología molecular, genética y mecanismo oncogénico. Parte I", en *Dermatología venezolana*, Vol. 36, No. 4, pp. 136-141
14. Barber, N. (2009) "¿Dilemas? Metodológicos y éticos en la investigación antropológica en servicios de salud", en *Avá*. No. 15. Julio. pp. 259 – 270
15. Bárcenas, K. y Preza, N. (2019) "Desafíos de la etnografía digital en el trabajo de campo onlife", en *Virtualis*, Vol. 10 No. 18, pp. 134 – 151.
16. Beck, U. (2000) "Retorno a la teoría de la 'sociedad de riesgo'", en *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, No. 30, Madrid, España.
17. Benuto, R. y Berumen, J. (2009) "Virus oncogénicos: el paradigma del virus del papiloma humano", en *Revista Mexicana de Dermatología*, Vol. 53 No. 5. pp. 234 – 242.
18. Berumen, J. (2003) "Nuevos virus de papiloma humano descubiertos en México: su asociación a alta incidencia de cáncer del cérvix", en *Gaceta Médica de México*, Vol. 139. Suplemento 4. Noviembre – Diciembre. pp. S3-S10.
19. Berumen, J. y Valdespino, V. (2006) "Vacunas preventivas y terapéuticas contra el cáncer de cuello uterino", en *Gaceta Mexicana de Oncología*. Vol. 5 No. 4. pp. 106 – 108.
20. Blázquez, M. (2008) "Una etnografía en la atención sanitaria", en Romaní, O. Larrea, C. Fernández, J. (coords.) *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*. pp. 17 – 30
21. Brown, L. (2009) "Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad", en *Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana*, No. 2, Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos

Humanos, Sao Paolo, Brasil, pp. 10 – 28

22. Cabral, *et al* (s/f) *Atlas de ITS. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento*. Fuente: http://www2.paho.org/mex/dmdocuments/pub_atlasits.pdf

23. Cabrera, E. *et al.* (2012) “Una propuesta antropológica para la comprensión de la resiliencia en los niños: las virtudes humanas”, en *Persona y bioética*, Vol. 16, No. 2, pp.149 – 164

24. Calderón, M. (2013) “Cáncer cervical y sexualidad. Un enfoque desde la narrativa de las mujeres enfermas”, en *Estudios de Antropología Sexual*, Vol. 1, No. 4, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.

25. Calleja, I. *et al* (2004) “Genomic diversity of human papillomavirus 16, 18, 31 and 35 isolates in a Mexican population and relationship to European, African and Native American variants”, en *Virology*. No. 319. pp. 315 – 323.

26. Campero, L. *et al*, (2013) “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas”, en *Gaceta médica de México*, No. 149; México, D.F.

27. Carrillo, A. (2014) “Entre dentro y fuera: el hospital Morelos para prostitutas enfermas”, en Gonzalbo, P. (ed.) *Espacios en la historia: invención y transformación de los espacios sociales*. Colegio de México.

28. Castañeda, G. *et al* (2011) “La doctora Julieta Calderón de Laguna y la citología exfoliativa en México”, en *Anales de Medicina*, Vol. 56 No. 3, pp. 162 – 168.

29. Castellanos, R. (2003) “Cáncer cervico-uterino y el VPH. Opciones de detección”, en *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol. 46, No. 2, México, D.F.

30. Castro-Vásquez, M. y Arellano-Gálvez, M. (2010) “Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ”; en *Salud Pública de México*, Vol. 52, No. 3, México, D.F.

31. Castro, E. (2004) *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*, Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.

32. Castro, M y Arellano, M. (2014) “Redes sociales de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervical”, en *Revista de Estudios de Género. La ventana*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, pp. 208-240.

33. Centro de Control de Enfermedades (2015), “Cómo entender los resultados de su prueba de Papanicolaou y VPH”. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/spanish/vph/hpvppasp.Htm> . Fecha de consulta: 29 de enero de 2015.

34. Cisterna, F. (2005) “Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa”, en *Theoria*. Vol. 14. No. 1. Universidad del Bío-Bío. Chile.

35. Cohen, L. y Rossi, I. (2011) “Le pluralisme thérapeutique en mouvement”, en *Anthropologie & Santé* No. 2. Disponible en: <http://anthropologiesante.revues.org/606>

36. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (s/f), *Hospitales Federales de Referencia*. <http://www.ccinshae.gob.mx/2012/hfr.html> Fecha de consulta: 29 de agosto de 2017.

37. Comité Asesor Externo para la Definición de la Política de Vacunación contra el Virus del Papiloma en México (2009), “Recomendaciones para la definición de la política de vacunación contra el virus del papiloma en México”, en *Salud Pública de México*, Vol. 51, No. 4, Julio-Agosto, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, pp. 336-341

38. Consejo Nacional de Población (2014), *Indicadores de salud sexual y reproductiva 2014*. Consejo Nacional de Población. Fuente: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Salud_Sexual_y_reproductiva Fecha de consulta: 28 de julio de 2016.

39. Consejo Nacional de Población (2015), *Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana*. Consejo Nacional de Población. Fuente: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/salud_reproductiva/2000/1Republica.pdf

Consultado el 18 de marzo de 2015.

40. Consejo Nacional de Población (2015a) *Indicadores sociodemográficos*. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_sociodemograficos Fecha de consulta: 1 de febrero de 2015.
41. Consejo Nacional de Población (2015b) *Indicadores sociodemográficos de jóvenes*. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_sociodemograficos Fecha de consulta: 1 de febrero de 2015.
42. Córdova, R. (2009) “Los peligros del cuerpo o el ejercicio de la sexualidad femenina como estrategia de subsistencia”, en *Alteridades*, Vol. 13, No. 25, México, D.F. pp. 93 - 102
43. Cortés, C. (2013) “Cáncer de cuello uterino: una enfermedad de mujeres con perspectiva de género. Reflexiones para el trabajo en salud pública”, en *Congreso Fazendo genero 10. Desafios atuais dos feminismos*, Santa Catarina, Brasil, 16 a 20 de septiembre de 2013.
44. Crivos, M. (1988) “Estudio antropológico de una sala de hospital”, en *Medicina y Sociedad*, Vol. 11. No. 5 – 6. Septiembre – Diciembre
45. Chaturvedi, A. (2011), en Vacuna del VPH podría prevenir también el cáncer de orofaringe. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en:
46. Chen, Z. *et al* (2018) “Niche adaptation and viral transmisión of human papillomaviruses from archaic hominins to modern humans”, *PLoS Pathog*, Vol. 14, No. 11, pp. 1 – 32.
47. Da Silva, L. (2002) “El mundo de los archivos”, en Da Silva, L. y E. Jelin (comps.), *Los archivos de la represión: los documentos, memoria y verdad*. Buenos Aires, Siglo XXI: pp. 195-221.
48. Da Silva, M. y Gimenez, M. (2005), “Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras de VPH”, en *Ginecología y obstetricia de México*, Vol. 73, No. 10, México, D.F.
49. De la Fuente-Villarreal, D. *et al*, (2010) “Biología del virus del papiloma humano y técnicas de diagnóstico”, en *Medicina Universitaria*, Vol. 12, No. 49, pp. 231-238.
50. Del Moral, L y Pita, M. (2002) “El papel de los riesgos en las sociedades contemporáneas”, en Ayala-Carcedo, F. y Olcina, J. (coords.) *Riesgos naturales*, Barcelona, Ed. Ariel, pp. 75-88.
51. Diario Oficial de la Federación (2013) *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. 20 de mayo de 2013. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013 Fecha de consulta: 10 de marzo de 2015
52. Diario Oficial de la Federación (2018a), *Ley para prevenir y eliminar la discriminación*. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262_210618.pdf
53. Diario Oficial de la Federación (2018b), *Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf
54. Diestro, M. *et al* (2007) “Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano”, en *Oncología*, Vol. 30, No. 2, Madrid, España.
55. Dirección General de Epidemiología - Secretaría de Salud (2015a) *Veinte principales causas de enfermedad por grupo de edad en Distrito Federal. Anuarios de Morbilidad*. Fuente: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> Fecha de consulta: 11 de marzo de 2015.
56. Dirección General de Epidemiología - Secretaría de Salud (2015b) *Incidencia de VPH por grupos de edad. Anuarios de Morbilidad*. Fuente: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> Fecha de consulta: 11 de marzo de 2015.
57. Dirección General de Epidemiología - Secretaría de Salud (2015c) *Veinte principales causas de enfermedad por fuente de notificación en Distrito Federal Anuarios de Morbilidad*. Fuente: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> Fecha de consulta: 11 de marzo de 2015.
58. Evans, D. *et al* (2014) “The Angelina Jolie effect: how high celebrity profile can have a major impact on provision of cancer related services”, en *Breast Cancer Research*, No. 16, United Kingdom.
59. Evers, C. *et al* (2013) “Young people, social media, social network sites and sexual health

communication in Australia: "This is funny, you should watch it", en *International Journal of Communication*, Vol. 7, pp. 263 – 280

60. Fernández, S. y Rizo, J. (2018) "La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México 2001 – 2015", en *Revista CONAMED*, Vo. 23, No. 1, pp. 33 – 42.

61. Fernández-Luque, L. y Bau, T. (2015) "Health and Social Media: perfect storm of information", en *Healthcare Informatics Research*, Vol. 21, No. 2, pp. 67 – 73.

62. Figueroa, J. y Rivera, G. (1992) "Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina", en *Nueva antropología*, Vol. XII, No. 41, Marzo, pp. 101-121.

63. Foucault, M. (1987a) *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*, Siglo XXI Editores, México, D.F.

64. Foucault, M. (1987b) *Historia de la sexualidad 3. La inquietud de sí*, Siglo XXI Editores, México, D.F.

65. Franco, R. (1972) "El régimen jurídico de la prostitución en México", en *Revista de la Facultad de Derecho de México*. No. 85 – 86. Enero – junio. pp. 85 – 134.

66. Franco, R. y García, J. (2013) "Cáncer cervico-uterino y vacunación anti virus del papiloma humano", en *Revista Médica UV*, Enero-Junio, pp.13-16.

67. Galindo, J. (1998) *Sabor a ti. Metodología cualitativa en investigación social*, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz.

68. García, J. y Salcedo, A. (2010) "El virus del papiloma humano y sus consecuencias en la salud sexual y reproductiva", en *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, Vol. 1, No. 2, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.

69. García, J. y Salcedo, A. (2013) "Hablemos de las ETS, VPH y VIH-SIDA en la población femenina como causas de violencia", en Peña, E. y Hernández, L. *Discriminación y violencia. Sexualidad y situación de vulnerabilidad*. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.

70. García, M. (2001) "La clínica y la etnografía como métodos de investigación", en *Sykhé*. Vol. 10 No. 2 pp. 77 – 86

71. Garibi, C. (2009) "La compleja relación violencia de género-SIDA. Un acercamiento a la violencia institucional como factor de vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH", en *Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana*, No. 3, Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, Sao Paulo, Brasil, pp. 82 – 105

72. Gil, G. (2010) "Etnografía, archivos y expertos. Apuntes para un estudio antropológico del pasado reciente", en *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 46, No. 2, Julio – Diciembre, pp. 249 – 278.

73. Goffman, I. (1988) *Internados*, Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.

74. Gomes, O. (2004) "Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo", en *Revista Mana*, Vol. 10, No. 2, pp. 287 – 322.

75. Gómez, D. (2014) "Anorexia y sexualidad: trayectoria de una mujer diagnosticada con anorexia nerviosa en el Distrito Federal", en *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, Vol. 1, No. 5, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F., pp. pp. 67 – 82.

76. Gómez, D. (2015) *Trayectorias del padecimiento de cuatro mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa en el Distrito Federal*, Tesis de Maestría en Ciencias Sociomédicas, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina – UNAM, México, D.F.

77. Gómez, D. y Peña, E. (2016), "El uso etnográfico de los archivos. Experiencias de investigación en salud desde la perspectiva antropológica", en *Memoria Académica V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales*, Mendoza, Argentina. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8457/ev.8457.pdf

78. Gómez, D. y Peña, Y. (2018) "Los estudios etnográficos y su complemento archivístico. Utilidad de los expedientes clínicos para la investigación bioantropológica en salud", en *Espacio Abierto: cuaderno venezolano de sociología*, Vo. 27 No. 2, pp. 85 – 104.

79. Gómez, O. (2011) "Sistema de salud de México", en *Salud Pública de México*, Vol. 53. Suplemento 2. pp. 5220 – 5232.

80. González-Losa, *et al*, (2002) “Factores asociados al papilomavirus humano en mujeres mexicanas”, en *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 53, No. 3, pp. 255-262.
81. González, G. y Núñez, J. (2015) “Tratamiento de las verrugas genitales: una actualización”, en *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Vol. 80 No. 1. pp. 76 – 83.
82. Griffiths, F. *et al* (2015) “The impact of online social networks on health sytems: a scoping review and case studies”, en *Policy and Internet*, Vol. 7 No. 4, pp. 473 – 496.
83. Gutiérrez-Delgado, C. *et al*. (2008) “Relación costo-efectividad de las intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicanas”, en *Salud Pública de México*; Vol. 50, No. 2, Marzo-Abril. México, D.F.
84. Gutiérrez, A. (2016) “Etnografía móvil: una posibilidad metodológica para el análisis de las identidades de género en Facebook”, en *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, Año 2, Vol. 4. pp. 26 – 45.
85. Hales, D. (2010) *An introduction to triangulation*, UNAIDS, Ginebra, Suiza.
86. Hamui, L. (2011) *Trastornos genéticos, narrativas y entorno sociocultural: los judíos de la Ciudad de México*, Universidad Nacional Autónoma de México, D. F.
87. Hartigan, P. (2001) *Enfermedades transmisibles, género y equidad en salud*, OPS-Harvard Center for Population and Development Studies, Boston, EEUU.
88. Hayden, L. (2006) “The parallel lives of biocultural synthesis and clinically applied medical anthropology”, en *Nexus*, Vol.19, pp. 75 – 101.
89. Hernández-Girón, C. *et al* (2005) “Prevalencia de infección por virus de papiloma humano de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos”, en *Salud Pública de México*; Vol. 47, No. 6, Noviembre-Diciembre. México, D.F.
90. Hernández, D., Apresa, T. y Patlán, R. “Panorama epidemiológico del cáncer cervical”, en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Vol. 52 Supl. 2: pp. 154 – 161.
91. Hernández, L., Padilla, S. y Quintero, M. (2012) “Factores de riesgo en adolescentes para contraer el Virus de Papiloma Humano”, en *Revista Digital Universitaria*, Vol. 13, No. 9, Septiembre, México, D.F. Fuente: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/index.html> Fecha de consulta: 4 de julio de 2015
92. Herrera, C. y Campero, L. (2002) “La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema”, en *Salud Pública de México*, Vol. 44, No. 6, Noviembre – Diciembre, pp. 554 - 564
93. Herrera, M. y Molinar, P. (2013) “La violencia contra la pareja y sus consecuencias”, en Peña, E. y Hernández, L. *Discriminación y violencia. Sexualidad y situación de vulnerabilidad*. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.
94. Herrera, Y. y Piña-Sánchez, P. (2015) “Historia de la evolución de las pruebas de tamizaje en el cáncer cervical”, en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Vol. 53 No. 6, pp. 670 – 677.
95. Herzlich, C. (1973) *Health and Illness: A Social Psychological Analysis*. (Trans. Douglas Graham), London: Academic Press.
96. Hidalgo-Martínez, A. (2006) “El cáncer cervico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna”, en *Revista biomédica*, Vol. 17, No. 1, México, D.F.
97. Higgins, J. y Hirsch, J. (2008) “Pleasure, power and inequality: incorporating sexuality into research on contraceptive use”, en *American Journal of Public Health*, Vol. 98 No. 10, pp. 1803 - 1813
98. Ho, L. (1993) “The genetic drift of human papillomavirus type 16 is a means of reconstructing prehistoric viral spread and the movement of ancient human populations”, en *Journal of Virology*, pp. 6413 - 6423.
99. Hospital de la Mujer (2017) *Acerca del Hospital de la Mujer*, Disponible en: http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/Acerca_de.html Fecha de consulta: 29 de agosto de 2017.

100. Hospital de la Mujer (s/f) *Manual del Servicio de Consulta Externa del Hospital de la Mujer*, Consultado *in situ*.
101. Hospital de la Mujer (s/f), *Acerca del Hospital de la Mujer*. http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/Acerca_de.html Fecha de consulta: 29 de agosto de 2017.
102. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11124%3Aincreasing-rates-hpv-related-oral-cancer-&Itemid=1926&lang=es Fecha de consulta: 5 de noviembre de 2015.
103. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8887%3A2013-hpv-vaccine-could-also-prevent-oropharyngeal-cancer-iarc&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es Fecha de consulta: 5 de noviembre de 2015.
104. Hurtado, M. y Olvera, J. (2012) "Infecciones de transmisión sexual en la población femenina de estudiantes universitarias", en *Revista Electrónica de Psicología UNAM*, Vol. 15 No. 3, Facultad de Estudios Superiores Iztacala-Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
105. Infante, C. *et al* (2006) "El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud e México", en *Salud Pública de México*, Vol. 48, No. 2, pp. 141 – 150.
106. Instituto Nacional de Acceso a la Información (2017) *La titularidad d elos datos personales contenidos en expediente clínico es del paciente y no de los hospitales o médicos*. Fuente: http://www.salud.gob.mx/cdi/archivo/C-INAI-317-17-EXPEDIENTE_CLINICO.pdf Fecha de consulta: 19 de mayo de 2018.
107. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014) *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. Disponible en http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf Fecha de consulta: 13 de agosto de 2017.
108. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015) *Estadísticas con enfoque de género* Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=21702> Fecha de consulta: 1 de febrero de 2015.
109. Instituto Nacional de las Mujeres – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Sureste (2011), *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud*, INMUJERES-CIESAS Sureste, México, D.F.
110. Instituto Nacional de las Mujeres, (2012) *Diagnóstico sobre el contagio del virus de papiloma humano en las mujeres del municipio de Chimalhuacán, Estado de México*.
111. Instituto Politécnico Nacional (2016) "Elimina IPN el cien por ciento del VPH". Fuente: <https://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/25758/1/c-031-papiloma.pdf> Fecha de consulta: 19 de agosto de 2016
112. Jaim, G (2009) "Premio Nobel en Fisiología o Medicina 2008. Los virus, el cáncer y el sida", en *Medicina*. Vol. 69 No. 1-2. pp. 193 - 196.
113. Janzen, D. (1980) *Evolution*, No. 34, pp. 611-617.
114. Jolie, A. (2013) "My medical choice", en *The New York Times*, 14 de mayo de 2013. Fuente: http://www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html?_r=0 Fecha de consulta: 13 de abril de 2014.
115. Juárez, F. y Gayet, C. (2005) "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas", en *Papeles de población*, Vol. 11, No. 45, Julio Septiembre, México, D.F.
116. Khongsdier, R (2007) "Biocultural approach: the essence of anthropological study in the 21st century", en *Anthropologist. Special Issue: Anthropology today: trends, scope and applications*, No. 3, pp. 39 - 50
117. Kimchi, J. *et al* (1991) "Triangulation: operational definitions", en *Nursing Research*, Vol. 40, No. 6,

pp. 364 - 366

118. Kleinman, A. (1980) *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley, Ca, EEUU.

119. [Kleinman, A. \(1988a\)](#) *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.

120. Kleinman, A. (1988b) *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. USA: Basic Books.

121. Lakoff, A. (2008) "The generic biothreat, or, how we became unprepared", en *Cultural Anthropology*, Vol. 23 No. 3, pp. 399-428.

122. Lakoff, A. y Collier, S. (2004) "Ethics and the anthropology of modern reason", en *Anthropological theory*, Vol. 4, No. 4, pp. 419-434.

123. Lamadrid, S. (1998) "Aspectos socioculturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cervico-uterino", en *Cuadernos de Saúde Pública*, Vol. 14, Supl. 1, pp. 33-40.

124. Laurell, C. (2009a) "La vacuna contra VPH: el conflicto de interés. Carta", en *Salud Colectiva*, Vol. 5, No. 1, pp. 127-128.

125. Laurell, C. (2009b) "Transparencia y ética. La vacuna del VPH", en *La Jornada*, Viernes 17 de abril de 2009, Fuente: <http://www.jornada.unam.mx/2009/04/17/opinion/a03a1cie> Fecha de consulta: 17 de abril de 2015.

126. Lazcano, E. y Yunes, E. (2006) "Evolución de las pruebas de tamizaje para la detección oportuna de cáncer", en *Gaceta Mexicana de Oncología*. Vol. 5 No. 4. pp. 92 – 93.

127. León-Maldonado, L. (2016) "Perceptions and experiences of Human Papillomavirus (HPV) infection and testing among low-income mexican women", en *PLOS One*. Vol. 11 No. 5. s/p

128. León-Maldonado, L., Allen-Leigh, B. y Lazcano-Ponce, D. (2014) "Consejería en la detección de VPH como prueba de detección de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidades de mujeres en Michoacán, México", en *Salud Pública de México*, Vol. 56, No. 5, México, D.F., pp. 519 – 527

129. León, G. y De Jesús, O. (2005) "Infección por el virus de papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino", en *Revista Cubana de obstetricia y ginecología*, La Habana, Cuba.

130. Lerner, S. y Szasz, I. (2001) "La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias", en *El Cotidiano*, Vol. 17, No. 7, Mayo – Junio, UAM-A, México, D.F. pp. 53 - 65

131. Lizano-Soberón, M., Carrillo-García, A. y Contreras-Paredes, A. (2009) "Infección por virus de papiloma humano: epidemiología, historia natural y carcinogénesis", en *Cancerología*, Vol. 4, México, D.F. pp. 205-216

132. López, A. y Lizano, M. (2006) "Cáncer cervical y el virus del papiloma humano: la historia que no termina", en *Cancerología*, No. 1. México, D.F.

133. López, G. (2008) "Infección por virus de papiloma humano", en *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*. Vol. 51, No. 6. Noviembre – Diciembre. pp. 243 – 244.

134. López, J. et al (2006) "Situaciones especiales", en *Gaceta Mexicana de Oncología*. Vol. 5 No. 4. pp. 135 – 137.

135. Lozano, J. (s/f) "Situación general del expediente clínico electrónico" Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/4rnis-ece-01.pdf>

136. Luna-Blanco, M. y Sánchez-Ramírez, G. (2014) "Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus de papiloma humano y de cáncer cervico-uterino en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México", en *LiminaR. Estudios sociales y humanísticos*, Vol. XII, No. 2, Centro de Estudios Superiores de México y Centro América, México, D.F.

137. Luna-Blanco, M., Fajardo, H. y Sánchez, G (2013) "Cáncer cervical, ¿enfermedad femenina o feminización de la enfermedad?" en Flores, A. y Espejel, A. (coords.), *Género y desarrollo. Problemas de la población I*. México, Universidad Autónoma de Tlaxcala/El Colegio de la Frontera Sur/Colegio de Posgraduados en Ciencias Agrícolas/Universidad Autónoma de Nuevo León, pp. 89-114.

138. Lupa, N. *et al* (2015) “La relevancia del expediente clínico para el quehacer médico”, en *Revista de Anales Médicos*, Vol. 60 No. 3. pp. 237 -240.
139. Madrigal, M. *et al* (2005) “Sobreutilización del servicio de colposcopia en México”, en *Ginecología y Obstetricia de México*, Vol. 73, pp. 637 – 647.
140. Mantilla, J. y Alonso, J. (2012) “Aportes socio-antropológicos de las etnografías en hospitales psiquiátricos. Revisión de la bibliografía anglosajona y latinoamericana”, en *Culturas Psi*, Vol. 0.
141. Marrazzo, C. (2000) “Sexually transmitted infections in women who have sex with women: who cares?”, en *Sexually Transmitted Infections*, Vol. 36, pp. 229 – 334.
142. Marston, C. (2005) “What is heterosexual coercion? Interpreting narratives from young people in Mexico City”, en *Sociology of health and illness*, Vol. 27 No. 1, pp. 68 – 91
143. Martínez, A. (2011) “La copia de los hechos. La biomedicina, el poder y sus encubrimientos”, en *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, Vol. 27, pp. 45 - 64
144. McElroy, A. (1990) “Biocultural models in studies of human health and adaptation”, en *Medical Anthropology Quarterly*; Vol. 4 No. 3.
145. Mendoza, D. (2013) “Salud sexual y reproductiva de mujeres que tienen sexo con otras mujeres”, en Peña, E. y Hernández, L. (coords.) *Diversidad sexual, religión y salud*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.
146. Menéndez, E. (2003) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Ciencia & Saúde Colectiva*. Vol. 8 No. 1. Río de Janeiro, Brasil.
147. Menéndez, E. (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*; Casa Chata – CIESAS; México, D.F.
148. Merriam-Webster (2017), *Fomite*, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/fomite> . Fecha de consulta: 7 de octubre de 2017.
149. Meza G. (1997) “Sexualidad y medicalización en la prohibición del aborto”, en *Revista de Estudios de Género. La ventana*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, pp. 190-200.
150. Meza, M. *et al*. (2008) “Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano”, en *Perinatología y reproducción humana*; Vol. 22, No. 3. Julio-Septiembre, México, D.F.
151. Milenio (2019) *Hospital de la mujer suspende atención en urgencias*, Disponible en: <https://www.milenio.com/politica/hospital-mujer-suspenden-atencion-urgencias-terapia-intensiva-falta-insumos> Fecha de consulta: 06 de agosto de 2019
152. Moreno-Altamirano, L. “Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica”, en *Salud Pública de México*. Vol. 49 No. 001. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.
153. Muriel, J. (1990) *Hospitales de la Nueva España. Tomo I. Fundaciones del siglo XVI*. Universidad Nacional Autónoma de México – Instituto de Investigaciones Históricas – Cruz Roja Mexicana. Distrito Federal.
154. Muriel, J. (1991) *Hospitales de la Nueva España. Tomo II. Fundaciones del siglo XVI*. Universidad Nacional Autónoma de México – Instituto de Investigaciones Históricas – Cruz Roja Mexicana. Distrito Federal.
155. Navarro-Corona, C. *et al* (2016) “Mujeres diversas: experiencias de opresión y resistencia en el ámbito de la salud sexual”, en *Psicología Iberoamericana*, Vol. 24, No. 2, julio-diciembre, pp. 44-52 Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, México.
156. Nazal, O. y Cuello, M. (2014) “Evolución histórica de las vacunas contra el Virus de Papiloma Humano”, en *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 79 No. 6, pp. 455 – 458.
157. Neufeld, M. y Thisted, J. (2004) “‘Vino Viejo en odres nuevos’ acerca de educabilidad y resiliencia”, en *Cuadernos de Antropología Social*, No. 19, pp. 83 - 94
158. Nisker, J. (2013) “A public health initiative for women with a history of breast/ovarian cancer: why did it take Angelina Jolie?”, en *Journal of obstetrics and gynaecology of Canada*, Vol. 35, No. 8, Agosto,

pp. 689-691.

159. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervical. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa294.pdf> Fecha de consulta: 1 de marzo de 2015.

160. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud, Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012 Fecha de consulta: 25 de junio de 2018.

161. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html> Fecha de consulta: 1 de marzo de 2015.

162. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html> Fecha de consulta: 16 de marzo de 2017.

163. Ochoa, F. (2014) "Virus de papiloma humano. Desde su descubrimiento hasta el desarrollo de una vacuna", en *Gaceta Mexicana de Oncología*, Vol. 13. No. 5. pp. 305 – 318.

164. Odell, M. (2014) "Methods and approaches", en Nolan, R. (ed.) *A handbook of practicing anthropology*, John Wiley and Sons, USA.

165. Oldertrøen, S. *et al* (2019) "Male partners' experiences of caregiving for women with cervical cancer – a qualitative study", en *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 28, pp. 987 – 996

166. Oliffe, J. *et al* (2013) "Women on men's sexual health and sexually transmitted infection testig: a gender relations analysis", en *Sociology of Health and Illness*, vol. 35 No. 1, pp. 1 – 16.

167. Olivares, K. y Alonso, P. (2006) "Citología cervical", en *Gaceta Mexicana de Oncología*. Vol. 5 No. 4. pp. 94 – 98.

168. OPS-OMS. (2013) *Prevención y control integrales del cáncer cervical: un futuro más saludable para niñas y mujeres*; World Health Organization, Washington, D.C.

169. Organización de las Naciones Unidas (2017), *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> Fecha de consulta: 19 de noviembre de 2017

170. Organización Mundial de la Salud (2003), *Salud reproductiva*, Proyecto de estrategia. Disponible en: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf Fecha de consulta: 8 de mayo de 2020.

171. Organización Mundial de la Salud (2004) *WHA 57.12. Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo*. Disponible en:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R12-sp.pdf Fecha de consulta: 15 de octubre de 2018.

172. Organización Mundial de la Salud (2005), *WHA 58.22. Prevención y control del cáncer*. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21323es/s21323es.pdf> . Fecha de consulta: 15 de octubre de 2018.

173. Organización Mundial de la Salud (2006), *Salud*, Fuente: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> Fecha de consulta: 30 de marzo de 2015.

174. Organización Mundial de la Salud (2015), *Definiendo la salud sexual. Conceptos*, Fuente:

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ o http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

Fecha de consulta: 1 de marzo de 2015.

175. Organización Mundial de la Salud (2018), *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*, Ginebra, Suiza. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
176. Orozco, E. y Peña, E. (2017) "Mecanismos de atención materno infantiles en dos contextos comparativos: México – Beijing", en *Antropología Portuguesa*, Vol. 34, pp. 67 – 89.
177. Ortale, M. (2008) "Aportes de la antropología médica a la reflexión sobre las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a las madres adolescentes en la Argentina", en *XI Congreso de Antropología: retos teóricos y nuevas prácticas*, Donostia, San Sebastián, 10 al 13 de septiembre de 2008.
178. PAHO (2015a), "Expertos buscan respuestas al aumento de las tasas de cáncer bucal asociado a VPH. Organización Panamericana de la Salud", Disponible en:
179. PAHO (2015b), "Vacuna del VPH podría prevenir también el cáncer de orofaringe. Organización Panamericana de la Salud", Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8887%3A2013-hpv-vaccine-could-also-prevent-oropharyngeal-cancer-iarc&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es Fecha de consulta: 5 de noviembre de 2015.
180. Peña, E. (2003) *Los entornos y las sexualidades de las personas con discapacidad*, México, D.F., EDUFAM Ediciones.
181. Peña, E. (2007) "Del principio descriptivo-comparativo a la investigación biocultural en antropología física", en *Estudios de Antropología Biológica*, Vol XIII. México, D.F.
182. Peña, E. (2009) "El proceso biocultural salud-enfermedad", en *Diario de campo*, No. 105, Julio-Septiembre, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.
183. Peña, E. (2011) "Antropología sexual: bases teóricas y metodológicas", en Barragán, Anabella y Lauro, González, *La complejidad de la antropología física. Tomo II*, Instituto Nacional de Antropología e Historia – Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.; pp. 289 – 314.
184. Peña, E. (2012) *Enfoque biocultural en Antropología. Alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya, Hidalgo*. México, D. F.; Instituto Nacional de Antropología e Historia.
185. Peña, E. y Hernández, L. (2003a) "Entre los entornos discursivos y la materialidad del cuerpo sexuado: la discapacidad y la sexualidad", en *Suplemento Diario de campo. Dossier de diversidad sexual*, Agosto de 2003, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F. pp. 39 - 44
186. Peña, E. y Hernández, L. (2003b) "Breve panorama sobre la Antropología de la sexualidad" en *Suplemento Diario de campo. Dossier de diversidad sexual*, Agosto de 2003, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F. pp. 67 – 72
187. Peña, E. y Hernández, L. (2011) "¿Normalización sexual?", en Peña, E. y Hernández, L. (coords.) *Iguals pero diferentes: diversidad sexual en contexto Memorias de la VII Semana Cultural de la Diversidad Sexual*, CONACULTA-INAH. México, D.F., pp. 131-158.
188. Peña, E. y Hernández, L. (2013) "La "alternación" de la sexualidad en personas con discapacidad", en Peña, E. y Hernández, L. (coords.) *Discriminación y violencia. Sexualidad de grupos en situación de vulnerabilidad*, CONACULTA-INAH. México, D.F., pp. 211-240.
189. Peña, Y. y Hernández, L. (2018) "Patrimonio biocultural y patrimonio culinario", en *Biodiversidad, patrimonio y cocina. Procesos bioculturales sobre alimentación – nutrición*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, D. F.
190. Pérez-Palacios, G. y Gálvez-Garza, R. (2003), "El modelo universitario de salud sexual y reproductiva: ¿Quo vadis México?", en *Gaceta Médica de México*, Vol. 139, No. 4, pp. 27-31.
191. Pérez, Y. "Consentimiento sexual: un análisis con perspectiva de género", en *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 78 No. 4. Disponible en: <http://mexicanadesociologia.unam.mx/index.php/v78n4/172-v78n4-a7>
192. Picón, M. (2009) "Conocimientos, Percepciones, y Prácticas de Mujeres Jóvenes Acerca del

- Papiloma Virus Humano", en *Independent Study Project (ISP) Collection*, Fuente: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/732 Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2015
193. Prieto, A. *et al* (2008) "Implicaciones éticas y sociales en la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano en México: reflexiones sobre una propuesta de intervención", en *Acta Bioethica*, Vol. 14, No. 2, pp. 157-165.
194. Rabinow, P. (1996) *Essays on the anthropology of reason*, Paperback, Princeton University Press.
195. Rabinow, P. (2003) "En medio de los problemas de la antropología" (Traducción de Hidalgo, C. y Stagnaro, A.), en *Cuadernos de Antropología Social*, No. 18, Septiembre-Diciembre, Buenos Aires, Argentina, pp. 15-34.
196. Rabinow, P. y Rose, N. (2006) "Biopower today", en *BioSocieties*, Vol. 1, London School of Economic and Political Science, pp. 195-217.
197. Radley, A. y Billig, M. "Accounts of health and illness: dilemmas and representations", en *Sociology of Health & Illness*, Vol. 18, No. 2, pp. 220 -240.
198. Rangel, A. (2007) *Cáncer cervical y entuertos. La perspectiva de las usuarias de los servicios de detección oportuna de CaCu. El caso de la Secretaría de Salud de Jalisco*, Tesis de doctorado en Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Occidente, Guadalajara, Jalisco.
199. Ray, S. *et al* (2013) "Biocultural perspective of reproductive and sexual health with special reference to adolescent male", en *The Asian man*, Vol. 7, No. 1 y 2, Enero – Diciembre, pp. 14 - 28
200. Reartes, D. (2005) *La infección por VPH: conflictividades, miedos y ambivalencias. Un estudio con médicos y parejas en un hospital del 3° nivel de atención de la Ciudad de México*, Tesis de Doctorado en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, D.F.
201. Reartes, D. (2007) "Características y dificultades en la atención de varones infectados por el virus del papiloma humano (VPH). La experiencia de un servicio de salud en la Ciudad de México", en Civera, M. y Herrera, M. (coords.) *Estudios de Antropología biológica*; Universidad Nacional Autónoma de México – Instituto de Investigaciones Antropológicas – Instituto Nacional de Antropología e Historia– Asociación Mexicana de Antropología Biológica; México, D.F.
202. Revista *Cómo ves* (2016), *México en la Encuesta Mundial sobre Sexo*, Fuente: http://www.comoves.unam.mx/assets/revista/13/ojodemosca_13.pdf Fecha de consulta: 28 de julio de 2016.
203. Reyes, G. (2009) "Cuerpo como unidad biológica y social: una premisa para la salud sexual y reproductiva", en *Revista colombiana de antropología*, Vol. 45 No. 1, Enero-Junio, Instituto Colombiano de Antropología e Historia.
204. Rivas, M. (2002) "La entrevista a profundidad: un abordaje en el campo de la sexualidad", en Szasz, I. y Lerner, S. *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México, México, D. F.
205. Rivas, M. (2005) "Valores, creencias y significaciones de la sexualidad femenina. Una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales", en Szasz, I. y Lerner, S. (comp.) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, El Colegio de México, México, D.F.
206. Rocha, L. (2014) "Infecciones de transmisión sexual. Papiloma", Departamento de microbiología y parasitología, Facultad de Medicina. Fuente: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/infecciones-transmision-sexual.html> Fecha de consulta: 15 de marzo de 2015.
207. Rocha, L. (2014) "Infecciones de transmisión sexual. Papiloma", Departamento de microbiología y parasitología, Facultad de Medicina. Fuente: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/infecciones-transmision-sexual.html> Fecha de consulta: 15 de marzo de 2015.

208. Rodiles, A. (1933) *Breve historia del Hospital Morelos*. Departamento de Salubridad de la Ciudad de México.
209. Rodríguez, G. (2009) “Introducción”, en Lerner, S. y Szasz, I. (coords.) *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Colegio de México – Afluentes, México, D.F., pp. 3 - 20
210. Rodríguez, R. et al (2005) “Prevalencia del VPH en sexoservidoras de Durango, México”, en *Salud Pública de México*; Vol. 47, No. 5, Septiembre-Octubre. México, D.F.
211. Rodríguez, V. et al (2012) “Necesidad del abordaje de los estudios de la salud sexual y reproductiva en el hombre”, en *Memorias de la Convención Internacional de Salud Pública*, La Habana, Cuba; 3 – 7 de diciembre.
212. Román, M. (2005) *Hacia la institucionalización de la medicalización femenina en un hospital ñpúblico de la Ciudad de México. El hospital de la mujer 1955-1965*. Tesis de licenciatura en Historia. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM.
213. Rossi, I. (2008) “Les interfaces entre santé et spiritualité. Ou les voies masquées du corps en souffrance”, en Gisel, P. (ed) *Le corps, lieu de ce qui nous arrive. Approches anthropologiques, philosophiques, théologiques*, Labor et Fides. Bruselas, Bélgica
214. Rubí, L. (2013) “Interrupción legal del embarazo en la ciudad de México. Una oportunidad para pensar el cuerpo desde la antropología física”, en *Estudios de Antropología Biológica*, Instituto de Investigaciones Antropológicas – UNAM, D. F. pp. 589 – 606.
215. Salazar, A. (2009) “Género, salud y sexualidad: una reflexión sobre las enfermedades de transmisión sexual”, en *El sujeto sexuado: entre estereotipos y derechos. Memorias de la III Semana Cultural de la Diversidad Sexual*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.
216. Salcedo, A. y García, J. (2010) “Virus del papiloma humano: fenómeno emergente de la transición”, en *Cuerpo, salud y sexualidad. Memorias de la V Semana Cultural de la Diversidad Sexual*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.
217. Saldívar, G. et al (2014) “La coerción sexual asociada con los mitos de violación y las actitudes sexuales en estudiantes universitarios”, en *Salud Mental*, Vol. 38 No. 1, pp. 27 – 32.
218. Saldívar, G. y Romero, M. (2009) “Reconocimiento y uso de tácticas de coerción sexual en hombres y mujeres en el contexto de relaciones heterosexuales. Un estudio en estudiantes universitarios”, en *Salud Mental*, Vol. 32 No. 6, sin página.
219. Sam, I. et al (2011) “Virus de papiloma humano y adolescencia”, en *Revista de Ginecología y Obstetricia Mexicana*, Vol. 79, No. 4. pp. 214- 224.
220. Sánchez-Alemán, M. et al. (2002) “La infección por el virus de papiloma humano, un posible marcador biológico del comportamiento sexual en estudiantes universitarios”, en *Salud Pública de México*; Vol. 44, No. 5, Septiembre-Octubre. México, D.F.
221. Sánchez, J. et al, (2005) “Infección por VPH y cáncer cervico-uterino”, en *Revista mexicana de patología clínica*, Vol. 52, No. 4. México, D.F.
222. Saucedo, G. (2006) “Metodología cualitativa”, en Méndez-Sánchez, N., Villa, A. y Uribe, M. (eds.), *Métodos clínicos y epidemiológicos de investigación médica*; ELSEVIER, México, D.F.
223. Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987) “The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology”, en *Medical Anthropology Quaterly*, Vol. 1, No. 1, Marzo.
224. Secretaria de Gobernación (2019), *Iniciativa de reforma a los artículos 282 y 283 del Código Penal Federal*. Disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/02/asun_3809382_20190207_154394371_2.pdf Fecha de consulta: 23 de noviembre de 2020
225. Secretaria de Salubridad y Asistencia (1974) *Hospital de la Mujer*. México, D.F.
226. Secretaria de Salud (2011), *Reglamento interior de la Secretaria de Salud*. Disponible en: www.diputados.gob.mx/reglamentos/RegInt%20ssa.doc
227. Secretaria de Salud (2012) Manual de Organización General de la Secretaria de Salud. Diario Oficial de la Federación. Viernes 17 de agosto de 2012.

228. Secretaría de Salud (2013a) *Programa Sectorial de Salud*. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013 Fecha de consulta: 10 de marzo de 2015
229. Secretaría de Salud (2013b) Programa de Acción específico para la prevención y control del cáncer en la mujer. Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldelCancerdeLaMujer_2013_2018.pdf Fecha de consulta: 10 de marzo de 2015
230. Secretaría de Salud (2013c) Programa de Acción Específico. Respuesta al VIH, SIDA e ITS 2013 – 2018 Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldelCancerdeLaMujer_2013_2018.pdf Fecha de consulta: 10 de marzo de 2015.
231. Secretaria de Salud (2015a) *Veinte principales causas de enfermedad por grupo de edad en Distrito Federal. Anuarios de Morbilidad*, Dirección General de epidemiología. Secretaría de Salud. Fuente: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> Fecha de consulta: 11 de marzo de 2015.
232. Secretaria de Salud (2015b) *Incidencia de VPH por grupos de edad. Anuarios de Morbilidad*, Dirección General de epidemiología. Secretaría de Salud. Fuente: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> Fecha de consulta: 11 de marzo de 2015.
233. Secretaria de Salud (2015c) *Veinte principales causas de enfermedad por fuente de notificación en Distrito Federal Anuarios de Morbilidad*, Dirección General de epidemiología. Secretaría de Salud. Fuente: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html> Fecha de consulta: 11 de marzo de 2015.
234. Secretaria de Salud (2015d) *Programa de Acción Específico. Prevención y control de Cáncer en la mujer. Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html> Fecha de consulta: 1 de marzo de 2015.
235. Secretaria de Salud (2016) *Modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes*, SSA – CNEGSR, Ciudad de México.
236. Secretaria de Salud (2017) *Hospitales Federales de Referencia*, Disponible en: <http://www.ccinshae.gob.mx/2012/hfr.html> Fecha de consulta: 29 de agosto de 2017.
237. *Secretaría de Salud (2018) Ley General de Salud. Disponible en: www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo11037.doc*
238. Secretaria de Salud (2019), *Estadísticas de cáncer de mama y cáncer cervical*. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica> Fecha de consulta: 8 de agosto de 2019.
239. Secretaria de Salud (s/f) *Hospital de la mujer. Folleto*. Consultado *in situ*.
240. Sierra, F. (1998) “Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social”, en Galindo, L. *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*, Pearson Educación, México, D.F.
241. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2005) “Los virus del papiloma humano y el cáncer”, en *Epidemiología*, Vol. 22, No. 15, Abril. México, D.F.
242. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2014) “Desarrollo, evolución y estadística del virus de papiloma humano”, en *Boletín epidemiológico*, Vol. 31, No. 16, Abril. México, D.F.
243. SSA – InMujeres – Balance AC (s/f), *Protocolo de atención: lesbianas y mujeres bisexuales*, Ciudad de México. Documento electrónico. Disponible en: <https://www.balancemx.org/sites/default/files/recursos/Protocolo%20de%20atencion%CC%81n%0lesbianas%20y%20mujeres%20bisexuales.%20pdf.pdf>
244. SSA (2019) *Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención*

Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas, Ciudad de México.

245. Stephens, D. y Thomas, T. (2014) "Social networks influence hispanic college women's HPV vaccine uptake decision-making processes", en *Womens Reproductive Health*, Vol 1, No. 2, pp. 120 – 137.

246. Strauss, A. (1984) *et al. Chronic illness and the quality of life*. CV Mosby Company. Missouri, USA.

247. Suárez, R. Beltrán, E. Sánchez, T. (2006) "El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles", en *Antípoda*, No. 3, Julio – Diciembre, pp. 123 – 154.

248. Subsecretaría de la Función Pública – Unidad de Políticas de Mejora de la Gestión Pública, *Guía para emitir documentos normativos*, Distrito Federal, 2011.

249. Szasz, I. (1998), "Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México", en *Debate Feminista*, Vol. 18, Año 9, Octubre, México, D.F.

250. Szasz, I. (2004) "El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades", en Cáceres, C. *et al* (eds.) *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, pp. 65 - 76

251. Tausig, K., Hoeyer, K., y Helmreich, S. (2013) "The anthropology of potentiality in biomedicine", en *Current Anthropology*, Vol. 54, No. 57, pp.S3-S14.

252. Tena, C. y Ramírez, A. (2006) "Regulación jurídica de los datos clínicos en México", en *Revista CONAMED*, Vol. 11, No. 6, abril – junio.

253. Tena, O., Torres X. y Hernández, V. (2004) "Prescripción y vigilancia familiar de normatividades sexuales: Su correspondencia con las prácticas de mujeres y varones universitarios", en *Revista de Estudios de Género. La ventana*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, pp. 137-156.

254. Tirado-Gómez, L. *et al.* (2005) "Factores de riesgo de cáncer cervico-uterino invasor en mujeres mexicanas", en *Salud Pública de México*; Vol. 47, No. 5, Septiembre-Octubre. México, D.F.

255. Torres, G. *et al* (2013) "Patrones de utilización de programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer", en *Salud Pública de México*, Vol. 55, Supl. 3, pp. 241 - 248

256. Torres, K. *et al* (2014) "Epidemiología del cáncer cervical", en *Gaceta Mexicana de Oncología*, Vol. 13, Supl. 4, pp. 4 - 17

257. Tovar, P. (2004) "El cuerpo subordinado y politizado: reflexión crítica sobre género y antropología médica", en *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 40, Enero-Diciembre, pp. 253-282.

258. Trias, S. (2005) "Historia y antropología de archivo", en *Memòries de la Reial Acadèmia Mallorquina d'Estudis Genealògics, Heràldics i Històrics*, No. 15: pp. 75-88; 2005.

259. Ureña, J. (2016) "Hospital de la Mujer: una larga historia por la salud". Disponible en: <http://conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/7565-salud-mujer-hospital-embarazo-prevencion>

Fecha de consulta: 6 de septiembre de 2017

260. Valdivia-Ibarra R. *et al* (eds.) (2013), *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, D.F.

261. Vargas-Daza, E. *et al*, (2014) "Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con virus del papiloma humano", en *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Vol. 22, No. 1; México, D.F.

262. Vargas, L. y Casillas, L. (2007) "Aportaciones de la antropología física para la comprensión de algunos problemas de salud", en Civera, M. y Herrera, M. (coords.) *Estudios de Antropología biológica*; Universidad Nacional Autónoma de México – Instituto de Investigaciones Antropológicas – Instituto Nacional de Antropología e Historia– Asociación Mexicana de Antropología Biológica; México, D.F.

263. Vargas, V. y Acosta, G. (2007) "Vacunas para virus de papiloma humano", en *Enfermedades del tracto genital inferior*, Vol. 1, No. 1, Julio-Septiembre, pp. 36-44.

264. Veale, H. *et al*, (2015) "The use of social networking platforms for sexual health promotion: identifying key strategies for successful user engagement", en *BMC Public Health*, Vol. 15.

265. Welti, C. (2005) "Inicio de la vida sexual y reproductiva de mujeres mexicanas: una imagen

- reciente”, en *Papeles de población*, Vol. 11 No. 45, pp. 143 – 176
266. Wiley, A. y Allen, J. (2013) *Medical Anthropology. A biocultural approach*, Oxford University Press, New York, EEUU.
267. World Health Organization (2006) *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva*. Génova, Suiza.
268. Zaldívar, G. et al (2012) “Cáncer cervical y virus de papilloma humano”, en *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 77 No. 4. pp. 315 – 321.
269. Zárate, A. (s/f) *Historia del Hospital de la Mujer*. Disponible en: <http://asocmedicoshospmujer.eninfinitum.mx/> Fecha de consulta: 22 de agosto de 2017.
270. Zavala, M. (2012) “Hacer estudios etnográficos: en archivos sobre hechos sociales del pasado. La reconstrucción de la trayectoria académica y religiosa de Monseñor Pablo Cabrera a través de archivos de la Ciudad de Córdoba”, en *Revista Tabula rasa*, Bogotá, Colombia. No. 16, enero-junio, pp. 265-282.
271. Zhang, N. et al (2015) “Facebook for Health Promotion: female college students’ perspectives on sharing HPV Vaccine information through Facebook” en *Hawai Journal of Medicine and Public Health*, Vol. 74, No. 4, pp. 136 – 140.
272. Ziebland, S. y Wyke, S. (2012) “Health and Illness in a connected world: how might sharing experiences on the Internet affect people’s health?”, en *The Milbank Quaterly*, Vol. 90. No. 2, pp. 219 – 249.

ANEXOS

Anexo 1. Dictamen aprobatorio para la realización de la investigación



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

COMISIÓN COORDINADORA DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LOS HOSPITALES FEDERALES DE REFERENCIA

HOSPITAL DE LA MUJER
Comité de Ética en Investigación



Hospital de la Mujer
Lic. Sanitaria. 10AM09016027
CONBIOÉTICA 09CEI07420141127

DICTAMEN DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN / TESIS

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL DE LA MUJER (CEI-HM)

C. MTRA. DIANA SOCORRO GÓMEZ LÓPEZ
E investigadores del protocolo HM-INV/ 2015:023.
PRESENTE

HM-INV/005
Página 1/2.

México, D. F. a 16 de febrero de 2016.

Asunto: Resultado de dictamen de evaluación.

Por este medio me permito hacer de su conocimiento el resultado de la Evaluación del Protocolo de Investigación presentado por usted y sus colaboradores al CEI-HM:

III. DATOS DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN / TESIS.

TÍTULO:	"Virus del Papiloma Humano en mujeres jóvenes en instituciones de salud de la ciudad de México. Análisis desde el enfoque bicultural en antropología de la salud".
INVESTIGADORES PARTICIPANTES:	Mtra. Diana Socorro Gómez López

IV. DATOS DE LA EVALUACIÓN.

FOLIO DE REGISTRO:	HM-INV/2015:023
TIPO DE EVALUACIÓN:	<input type="checkbox"/> Ordinaria
	<input checked="" type="checkbox"/> Extraordinaria
	<input type="checkbox"/> Plenaria
	<input checked="" type="checkbox"/> Expedita
FECHA:	15/02/2015
DICTAMEN:	APROBADO
CALENDARIZACIÓN:	16/02/2016 – 31/12/2016

Hospital de la Mujer. Comité de Ética en Investigación. Prolongación Salvador Díaz Mirón N°. 374. Col. Santo Tomás. Delegación Miguel Hidalgo. México, D.F. C.P. 11340. Teléfono: 53411100, extensión 1210 y 1203. Teléfono directo: 53411909.



HM-INV/005
Página 2/2.

OBSERVACIONES:	<ul style="list-style-type: none"> • Deberá de elaborar el consentimiento informado por triplicado: una copia para el paciente, otra para el expediente del investigador y la última deberá ingresarse al expediente clínico. • Deberá informarse a la Jefatura de Investigación acerca de los avances al menos de modo trimestral. Una vez concluida la investigación, deberá entregarse una copia del producto final de la investigación (artículo, tesis, tesina o publicación electrónica) a la Jefatura de Investigación para su integración al expediente. • Es indispensable corregir en el CONSENTIMIENTO INFORMADO en el apartado de "Fundamentos legales de este consentimiento" la leyenda "se consideró como riesgo mínimo o mayor..." Por " se consideró como sin riesgo de acuerdo en el artículo 17...."
ÁREAS DE INTERÉS PARA EL DESARROLLO DEL PROTOCOLO:	Clínica de displasias (colposcopia).

Por lo anterior nos ponemos a su disposición para cualquier duda o eventualidad en el desarrollo metodológico de su protocolo. Del mismo modo, le recordamos que en el planteamiento del mismo, deberá sujetarse a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, así como a la normativa internacional y nacional en materia de investigación con seres humanos.

Atentamente

Mtro. Nilson Agustín Contreras Carreto
Presidente CEI-HM

Dra. Marthé Morales Morales
Secretaria Técnica CEI-HM

Ccp.

- Mtra. Denisse Ortega García. Jefe de División de Enseñanza e Investigación.
- Dr. Arturo Cébulo Vázquez. Jefe de Investigación.
- Expediente.

Anexo 2. Cédula de registro de datos sociodemográficos y epidemiológicos

No. de expediente		No. de registro	
Servicio		Fecha	
Edad		Nivel socioeconómico	
Edo. Civil		Ocupación	
Escolaridad		Institución de referencia	
Edad de IVS		Gestas/Hijos/Abortos	
MPF		Otras ITS	
Diagnóstico		Edad de diagnóstico	
Diagnóstico previo		Diagnóstico de otras ITS	
Tratamiento		Seguimiento	
Comentarios			

Anexo 3. Encuesta de evaluación de la calidad del servicio

México, D.F. a ____ de _____ de 2016.

La siguiente encuesta forma parte del protocolo de tesis registrado ante el Hospital de la Mujer bajo el número HM-INV/2015:023; coordinado por la Mtra. Diana Socorro Gómez López Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM. La información aquí recabada se utilizará con fines de investigación, será anónima y no afectará de manera alguna su trabajo en esta institución.

Edad:	Escolaridad:
Nivel socioeconómico asignado:	Servicio:
Motivo de consulta:	

1. ¿Es la primera vez que acude a este Hospital?
a. Sí
b. No. ¿Cuántas veces ha acudido anteriormente?
2. La consulta que recibió fue asignada por:
a. Ficha
b. Orden de llegada
c. Cita previa
d. Otro. Cuál
3. Usted fue atendida por:
a. Médico hombre
b. Médico mujer
4. El tiempo de espera desde que usted ingresó al Hospital hasta que fue atendida fue de:
a. 0 – 10 minutos
b. 11 a 20 minutos
c. 21 a 30 minutos
d. Más de 30 y hasta 60 minutos
e. Más de 60 minutos
5. Considera que el tiempo de espera para recibir atención es:
a. Poco
b. Suficiente
c. Excesivo
6. El tiempo al interior de la consulta fue de:
a. 0 – 10 minutos
b. 11 a 20 minutos
c. 21 a 30 minutos
d. Más de 30 minutos
7. Considera que el tiempo de duración de la consulta es:
a. Poco
b. Suficiente
c. Excesivo
8. ¿Cuánto tiempo pasa entre una cita y la siguiente en el servicio donde recibe atención?
a. Una semana o menos
b. Entre una y dos semanas
c. De dos semanas a un mes
d. Más de un mes
9. Considera que el tiempo de espaciamiento entre las consultas que recibe es:
a. Poco
b. Suficiente
c. Excesivo
8. El médico que la atendió, era:
a. Mujer (pasar a la pregunta 11)
b. Hombre (pasar a la pregunta 9)
9. De ser hombre el médico que la atendió, ¿había una mujer, enfermera o trabajadora social presente en el momento del interrogatorio?
a. Sí
b. No
10. De ser hombre el médico que la atendió, ¿había una mujer, enfermera o trabajadora social presente en el momento de la exploración?
a. Sí
b. No

11. Prefiere usted ser atendida por un médico:

- a. Hombre
¿Por qué?
- b. Mujer

12. Si el médico que la atiende es hombre, ¿Considera usted necesaria la presencia de una mujer?

- a. Sí
¿Por qué?
- b. No

13. Antes de iniciar la exploración, ¿el médico solicitó su consentimiento?

- a. Sí (pasar a la pregunta 14)
- b. No (pasar a la pregunta 15)

14. El consentimiento que el médico le solicitó fue:

- a. Escrito
- b. Verbal
- c. Otro tipo. ¿Cuál?

15. Antes de iniciar la exploración, ¿El médico le explicó en qué consistiría ésta?

- a. Sí
- b. No

16. ¿Le permitieron entrar acompañada a la consulta?

- a. Sí. ¿Quién la acompañó?
- b. No

17. Además de su padecimiento actual o el motivo de consulta, ¿Tiene usted otro diagnóstico?

Diagnóstico	Tiempo con el padecimiento	Tratamiento

18. Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones (marque con una X):

	Siempre	Frecuente mente	Ocasional mente	Nunca
El médico le permitió hablar sobre su estado de salud				
El médico le explicó su estado de salud				
El médico le explicó el tratamiento a seguir				
El médico le explicó los cuidados que debe seguir				
La información del médico fue clara				
El personal de salud preguntó sobre si estaba de acuerdo con las acciones a seguir				
Resolvieron su problema de salud				
Se ajustó la atención que recibió a las expectativas que tenía				

19. Considera que el tratamiento que recibió fue adecuado para su padecimiento

- a. Sí
¿Por qué?
- b. No

20. Considera que su problema de salud fue debidamente atendido

- a. Sí
¿Por qué?
- b. No

21. Dentro de su tratamiento, ¿Se incluyen medicamentos?

- a. Sí
- b. No

22. ¿Los medicamentos son otorgados por el Hospital de la Mujer?

a. Sí (pasar a la pregunta 23)

b. No (pasar a la pregunta 24)

23. En caso de ser otorgados por el Hospital de la Mujer, ¿Siempre hay disponibilidad de medicamentos?

a. Sí

b. No

24. En caso de no ser otorgados por el Hospital de la Mujer, ¿Cuánto gasta en medicamentos?

25. Considera que las instalaciones del Hospital de la Mujer son adecuadas

a. Sí

b. No

¿Por qué?

26. Considera que es sencillo ubicar los espacios dentro del Hospital de la Mujer

a. Sí

b. No

¿Por qué?

27. ¿Considera que ha recibido algún tipo de trato discriminatorio por parte del personal del Hospital de la Mujer?

a. Sí ¿Quién o quiénes? (Pase a la pregunta 28)

b. No

28. Si contestó que sí a la respuesta anterior, describa el episodio

29. ¿Recomendaría a otras mujeres que se atendieran en el Hospital de la Mujer?

a. Sí

b. No

¿Por qué?

Anexo 4. Guía de observación

Información general

1. Localización del Hospital de la Mujer
2. Dirección y localización en el mapa
3. Vías de llegada
4. Sondeo del espacio alrededor del hospital
5. Croquis de las instalaciones
6. Localización de los servicios (en el croquis)
7. Localización y descripción del área de consulta externa
8. Localización y descripción del área de información general
9. Localización y descripción de los laboratorios
10. Descripción de la accesibilidad a los servicios (señalamientos, escaleras, rampas, carteles)
11. Descripción de la recepción
12. Descripción de la sala de espera
13. Actores clave para la solicitud de atención
14. Descripción del sistema de seguridad y acceso al Hospital de la Mujer

Servicio de consulta externa

15. Horario y días de atención en consulta externa
16. Flujograma de atención en consulta externa
17. Identificación de actores clave en consulta externa
18. Proceso para la solicitud de atención en consulta externa
19. Número de médicos en consulta externa
20. Número de consultorios en consulta externa
21. Promedio de usuarias que se atienden diario
22. Proceso de estudio socioeconómico
23. Proceso de derivación a displasias

Información sobre el servicio de displasias

24. Localización de displasias en el Hospital de la Mujer
25. Horarios y días de funcionamiento
26. Número de médicos disponibles en displasias
27. Número de consultorios para displasias
28. Promedio de usuarias que se atienden diario
29. Descripción del espacio físico de displasias
30. Servicios involucrados en la atención a las pacientes con VPH
31. Descripción de los flujogramas de ingreso a la clínica de displasias
32. Proceso de solicitud de atención en displasias
33. Flujograma de atención en la clínica de displasias
34. Flujograma para la realización de exámenes clínicos laboratoriales
35. Actores sociales clave de displasias
36. Tiempo de espera para la atención
37. Tiempo de consulta
38. Descripción de la consulta
39. Tiempo y movimientos dentro del servicio
40. Descripción del espacio físico

Usuarias

41. Descripción de las mujeres que esperan ser atendidas (número, edad aproximada, tiempo de espera, viene acompañada o sola).
42. Descripción de acompañantes a usuarias.
43. Descripción de actividades durante la espera.
44. Descripción de lenguaje durante la espera.

45. Descripción de lenguaje en consulta.

Anexo 5. Guía de entrevista a prestadores de servicios

La siguiente entrevista forma parte del protocolo de tesis registrado ante el Hospital de la Mujer bajo el número HM-INV/2015:023; coordinado por la Mtra. Diana Socorro Gómez López Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM. La información aquí recabada se utilizará con fines de investigación, será anónima y no afectará de manera alguna su trabajo en esta institución. La entrevista se grabará para posteriormente realizar la transcripción.

Datos generales

Nombre:	
Edad:	Especialidad:
Servicio:	Antigüedad:

Datos generales sobre el servicio de colposcopia

1. ¿Cómo está organizado el servicio de colposcopia?
2. ¿Quiénes integran el servicio de colposcopia?
3. ¿En qué horarios brinda atención el servicio de colposcopia?
4. ¿Cuántas mujeres en promedio atienden diariamente?
5. ¿Cuánto dura la consulta a cada mujer?
6. ¿Cuáles son sus funciones asociadas a las pruebas de tamizaje?
7. ¿Se realizan estudios socioeconómicos a las mujeres que solicitan atención en este servicio? ¿Quién lo realiza?
8. La atención que se brinda en el servicio de colposcopia, ¿tiene algún costo? ¿Cuánto? ¿Quién lo cobra?

Sobre la trayectoria protocolaria de las mujeres que demandan atención en el servicio de colposcopia

9. ¿Cuál es el proceso que siguen las mujeres para ser atendidas en el Hospital de la Mujer?
10. ¿Cuánto tiempo pasa entre que solicitan atención y reciben atención en el Hospital de la Mujer?
11. ¿Cuál es el proceso que siguen las mujeres para ser atendidas en el servicio de colposcopia?
12. ¿Cuánto tiempo pasa entre que solicitan atención y reciben atención en el servicio de colposcopia?
13. ¿Quién canaliza a las mujeres al servicio de colposcopia?
14. ¿Cuál es la trayectoria que siguen las mujeres una vez que son recibidas por el servicio de colposcopia?
15. En el servicio de colposcopia, ¿se hace alguna indagatoria sobre los hábitos de prevención de ITS a las mujeres que solicitan el servicio? ¿Quién la realiza? ¿Por qué?
16. Si no se realiza esta indagatoria en el servicio de colposcopia, ¿sabe si la realizan en otro espacio del Hospital de la Mujer? ¿Quién la realiza? ¿Por qué?
17. En el servicio de colposcopia, ¿se hace alguna indagatoria sobre los hábitos de diagnóstico de ITS a las mujeres que solicitan el servicio? ¿Quién la realiza? ¿Por qué?
18. Si no se realiza esta indagatoria en el servicio de colposcopia, ¿sabe si la realizan en otro espacio del Hospital de la Mujer? ¿Quién la realiza? ¿Por qué?

Sobre las pruebas de tamizaje

19. Antes de realizar la prueba de tamizaje a las mujeres, ¿se les explica qué y cómo se va a realizar? ¿Por qué?
20. ¿Qué pruebas se realizan en este servicio para detectar VPH?
21. ¿Podría realizar una descripción minuciosa de las pruebas de VPH que realizan en este servicio?
22. ¿Cuál es su papel en estas pruebas?
23. Si son varios tipos de pruebas, ¿cómo se decide cuál se realizará a cada mujer? ¿Por qué?

24. ¿Qué solicitan a las mujeres que se realizan pruebas de tamizaje en este servicio de colposcopia? (requisitos para realizar la prueba)
25. Antes de realizar las pruebas de tamizaje, ¿se realiza algún cuestionario a las mujeres? ¿Cuál es el objetivo de éste?
26. ¿Hay alguien que acompañe a las mujeres mientras se realiza la prueba de tamizaje? ¿Quién y por qué?
27. ¿Quién realiza la prueba de tamizaje a las mujeres que solicitan atención en el servicio de colposcopia? ¿Por qué?
28. ¿Cómo categorizan ustedes los resultados obtenidos de la prueba?
29. Si el resultado de la prueba es negativo, ¿quién y cómo lo notifican a las mujeres?
30. Si el resultado de la prueba es negativo, ¿qué seguimiento se da a las mujeres?
31. Si el resultado de la prueba es positivo, ¿quién y cómo lo notifican a las mujeres?
32. Si el resultado de la prueba es positivo, ¿qué seguimiento se da a las mujeres?
33. Si el resultado de la prueba es positivo, ¿ustedes notifican a la pareja de las mujeres?
34. Si el resultado de la prueba es positivo, ¿solicitan a las mujeres que notifiquen a su(s) pareja(s)?
35. Si el resultado de la prueba es positivo, ¿se realiza alguna prueba adicional para identificar el tipo de VPH que generó la infección?
36. Si se realiza alguna otra prueba, ¿cuál es el objetivo de ésta?
37. Ante el diagnóstico de VPH, ¿realizan alguna prueba para determinar si se trata de bajo o algo riesgo oncogénico?
38. Si se determina que se trata de bajo riesgo oncogénico, ¿qué seguimiento se da a las mujeres?
39. Si se determina que se trata de alto riesgo oncogénico, ¿qué seguimiento se da a las mujeres?
40. Posterior a la realización de la prueba de VPH, ¿se da algún tipo de consejería a las mujeres respecto a VPH o ITS? ¿Quién la da? ¿Por qué? ¿En qué consiste?

Sobre el tratamiento

41. ¿Qué tratamiento se da al VPH en el Hospital de la Mujer? ¿Por qué?
42. ¿Quién da tratamiento a las mujeres diagnosticadas con VPH?
43. ¿Se incluye a la pareja en la atención que se da a las mujeres? ¿Por qué?
44. ¿Cree que debería incluirse a las parejas de las mujeres diagnosticadas con VPH? ¿Por qué?
45. Cuando se da el tratamiento a las mujeres, ¿qué se les solicita? (requisitos para el tratamiento)
46. ¿Hay alguien que acompañe a las mujeres mientras se realiza el tratamiento? ¿Quién y por qué?
47. Después de dar tratamiento a las mujeres, ¿se quedan internadas en el Hospital de la Mujer? ¿Por qué?
48. Una vez que se ha dado tratamiento a las mujeres diagnosticadas con VPH, ¿qué recomendaciones para su auto cuidado se les da?
49. Una vez que se ha dado tratamiento a las mujeres diagnosticadas con VPH, ¿qué seguimiento se les da?
50. ¿Hay diferencias entre el tratamiento que se da a las mujeres? ¿Por qué?
51. Si se detectan lesiones de bajo riesgo oncogénico, ¿qué tratamiento se da a las mujeres?
52. Si se detectan lesiones de alto riesgo oncogénico, ¿qué tratamiento se da a las mujeres?
53. Si se detectan lesiones de alto riesgo oncogénico, ¿se canaliza a las mujeres a otra institución o servicio? ¿Cuál? ¿Por qué?

Sobre la relación prestador de salud-paciente

54. ¿Qué prestadores de servicio están en contacto con las mujeres que demandan atención en este servicio? ¿Por qué? ¿Qué funciones realizan éstos?
55. ¿Qué relación establece con las mujeres que demandan atención en el servicio de colposcopia?
56. ¿Hay diferencias en la forma de tratar a las mujeres que demandan la atención? ¿Cuáles? ¿Por qué?
57. Considera que las pacientes que acuden a este servicio, ¿son reflexivas y receptivas a la información que les brindan?

Sobre las percepciones alrededor de las pruebas de tamizaje

- 58. ¿Considera que son suficientes las pruebas de tamizaje para detectar VPH?
- 59. ¿Qué alcances cree que tienen las pruebas de tamizaje?
- 60. ¿Qué limitaciones cree que tienen las pruebas de tamizaje?
- 61. ¿Qué dificultades tiene para realizar su trabajo en esta institución?
- 62. ¿Qué recomendaciones haría usted para las pruebas de tamizaje?

Sobre las percepciones alrededor de VPH

- 63. ¿Sabe usted cómo y por qué se contrae VPH?
- 64. ¿Sabe quién o quiénes están en riesgo de contraer VPH?
- 65. ¿Conoce los factores de riesgo asociados a VPH? ¿Cuáles son?
- 66. ¿Cree que es importante el diagnóstico oportuno de VPH? ¿Por qué?
- 67. ¿Considera que es importante que se dé tratamiento oportuno a las lesiones generadas por VPH? ¿Por qué?
- 68. ¿En qué población piensa usted que es más frecuente el VPH? ¿Por qué?
- 69. ¿Por qué cree que las mujeres que acuden a este servicio desarrollan una infección por VPH? ¿Por qué?

Sobre las percepciones sobre las mujeres que demandan atención en el servicio de colposcopia

- 70. ¿Quién piensa usted que presenta más diagnósticos de VPH, ¿hombres o mujeres?
- 71. De las mujeres, ¿de qué edad cree que presentan más diagnósticos de VPH? ¿Por qué cree que sea así?
- 72. ¿Por qué cree que las mujeres que solicitan atención en este servicio contraen VPH?
- 73. ¿Sabe si en esta institución se atienden a hombres con VPH? ¿Qué tipo de atención se les da?
- 74. ¿Podría describir a las mujeres que se acercan al servicio de colposcopia?
- 75. ¿Qué diferencias puede identificar entre estas mujeres? ¿Qué similitudes?
- 76. En sus años de experiencia, ¿cree que la prevalencia de VPH ha aumentado o disminuido? ¿Por qué?
- 77. ¿Considera que las mujeres que demandan atención conocen sobre ITS? ¿Por qué cree que sea así?
- 78. ¿Considera que las mujeres que demandan atención conocen sobre VPH? ¿Por qué cree que sea así?
- 79. ¿Cuál cree que es la principal causa para que demanden atención?
- 80. ¿Cree que existe una cultura de la prevención de VPH? ¿Por qué?
- 81. ¿Qué recomendaría usted para prevenir el contagio de VPH? ¿Por qué?
- 82. ¿Cree que existe una cultura de la detección oportuna de VPH? ¿Por qué?
- 83. ¿Qué recomendaría usted para aumentar las detecciones oportunas de VPH? ¿Por qué?

Anexo 6. Guía de entrevista a usuarias

La siguiente entrevista forma parte del protocolo de tesis registrado ante el Hospital de la Mujer bajo el número HM-INV/2015:023; coordinado por la Mtra. Diana Socorro Gómez López Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM. La información aquí recabada se utilizará con fines de investigación, será anónima y no afectará de manera alguna la atención que recibe en esta institución. La entrevista se grabará para posteriormente realizar la transcripción.

Datos sociodemográficos (expediente)

No. de expediente		Nivel socioeconómico	
Edad		Edo. Civil	
Escolaridad		Ocupación	
Inicio vida sexual		Parejas sexuales	MPF
Gestas		Hijos	Abortos
Inst. de referencia		Otras ITS	
Tratamiento		Dx previo/Edad	
Comentarios			

Datos generales

1. ¿Cuál es tu edad?
2. ¿Cuál es tu ocupación?
3. ¿Hasta qué nivel escolar estudiaste?
4. ¿Tienes algún tipo de seguridad social?
5. ¿Cuál?
6. ¿Dónde vives?
7. ¿Cuánto tiempo tardas en trasladarte desde tu casa/empleo a esta institución?
8. El servicio que recibes en esta institución, ¿tiene algún costo? ¿Cuánto?
9. Los medicamentos que recibes o te recetan en esta institución, ¿tienen algún costo? ¿Cuánto?

Trayectoria protocolaria en la institución

10. ¿Qué médico te canalizó a esta institución?
11. ¿Por qué te atiendes en esta institución?
12. ¿Desde cuándo recibes atención en esta institución?
13. ¿Cuál fue el motivo por el que buscaste atención en esta institución?
14. Cuando llegaste a solicitar atención en esta institución, ¿Te hicieron un estudio socioeconómico? ¿Quién? ¿Qué nivel te dieron? ¿Te explicaron la utilidad de este estudio?
15. Relátame como fue tu primer día en esta institución (a qué servicio pasaste, qué médico te atendió, qué exámenes te hicieron, qué diagnóstico te dieron, a qué servicio te canalizaron).
16. Cuando ingresaste a esta institución, ¿Te preguntaron sobre tus hábitos de prevención de ITS? ¿Quién? ¿Qué respondiste?
17. Cuando ingresaste a esta institución, ¿Te preguntaron sobre tus hábitos de diagnóstico de ITS? ¿Quién? ¿Qué respondiste?
18. Después de la primera consulta, ¿Cuánto tiempo paso para que te dieran la siguiente?
19. ¿Qué tipo de pruebas te realizaron cuando empezaste a recibir atención en esta institución?
20. ¿Cómo llegaste a recibir atención en este servicio?
21. ¿Qué médico te canalizó a este servicio?
22. Cuando fuiste enviada a este servicio, ¿Te explicaron por qué y para qué servía?

23. ¿Qué pruebas te han realizado en este servicio?
24. En este servicio, ¿Te han preguntado sobre tus hábitos de prevención de ITS? ¿Quién? ¿Qué respondiste?
25. ¿Cada cuándo te dan cita en este servicio? ¿Es poco, suficiente, excesivo?
26. ¿Cuánto dura la consulta? ¿Es poco, suficiente, excesivo?
27. ¿Cuánto te cobran por cada consulta? ¿Es poco, suficiente, excesivo?
28. Además del costo de la consulta, ¿Cubres alguna otra cuota en esta institución? ¿Por qué concepto? ¿Cuánto?

Vida y salud sexual

29. ¿Cuándo fue tu primera visita al ginecólogo?
30. ¿Cuál fue el motivo de esa visita?
31. ¿Cada cuánto tiempo acostumbras ir al ginecólogo?
32. Tu ginecólogo ¿Se encuentra en una institución pública, privada, consultorio, es de este hospital?
33. ¿Por qué vas al ginecólogo?
34. ¿Qué pruebas te realizan en el servicio de ginecología?
35. ¿A qué edad iniciaste tu vida sexual activa?
36. ¿Con quién iniciaste tu vida sexual?
37. La decisión de iniciar tu vida sexual, ¿fue tuya o de alguien más?
38. ¿Qué es la sexualidad para ti?
39. ¿Qué aspectos incluyen a la sexualidad?
40. Antes de iniciar tu vida sexual, ¿Qué sabías sobre sexualidad?
41. Después de iniciar tu vida sexual, ¿Qué cambió sobre lo que sabías acerca de la sexualidad?
42. En la escuela, ¿Recibiste educación sexual?
43. Si la respuesta es positiva, ¿Qué información sobre sexualidad te dieron?
44. En tu casa, ¿Recibiste educación sexual?
45. Si la respuesta es positiva, ¿Qué información sobre sexualidad te dieron?
46. ¿En qué otro lugar obtienes o has obtenido información sobre la sexualidad?
47. ¿Qué ITS conoces?
48. ¿Cuándo y por qué las conoces?
49. ¿Qué consecuencias pueden generar en el cuerpo?
50. ¿Te has realizado alguna otra prueba para detectar ITS? ¿Cuál? ¿Cuándo? ¿Por qué?
51. ¿Ha padecido alguna ITS? ¿Cuál? ¿Cuándo?
52. ¿Qué métodos de prevención de contagio de ITS utilizas?
53. ¿Qué métodos de prevención de contagio de ITS conoces?
54. ¿Sabes si alguna de tus parejas sexuales tiene o tuvo VPH? ¿Qué piensas sobre eso?
55. Actualmente, ¿Tienes pareja o parejas sexuales?
56. ¿Conocen el diagnóstico que te dieron aquí? ¿Por qué?

Vida y salud reproductiva

57. ¿Alguna vez has estado embarazada?
58. ¿Alguna vez has usado algún método para interrumpir un embarazo?
59. ¿Alguna vez has usado el servicio de ILE? ¿Cuándo? ¿Dónde? Descripción de la experiencia
60. ¿Tienes hijos? ¿Cuántos? ¿A qué edades? ¿Con qué pareja?
61. ¿Qué métodos anticonceptivos has usado?
62. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?
63. Actualmente, ¿usas algún método anticonceptivo?

Nociones sobre VPH

64. ¿Qué sabes sobre el VPH?
65. ¿Cuándo y por qué supiste eso sobre VPH?
66. ¿Sabes cómo y por qué se contrae VPH?
67. ¿Quiénes crees que son más comunes de tener VPH? ¿Por qué?
68. ¿Sabes quién o quiénes están en riesgo de contraer VPH?
69. ¿Sabes cómo se transmite el VPH?
70. ¿Cómo crees que tú adquiriste el VPH?
71. ¿Conoces los factores de riesgo alrededor de VPH? ¿Cuáles son?
72. ¿Crees que alguno se ajusta a tus circunstancias? ¿Cuál y por qué?
73. ¿Crees que es importante el diagnóstico oportuno de VPH? ¿Por qué?
74. ¿Consideras que es importante que se dé tratamiento oportuno a las lesiones generadas por VPH? ¿Por qué?
75. ¿Sabes qué consecuencias tiene el VPH en tu cuerpo?
76. ¿Has experimentado alguna de estas consecuencias? ¿Cuáles?
77. Antes de que te diagnosticaran con VPH, ¿Tú tenías algún síntoma que asociaras a algún problema de salud sexual? ¿Cuál?
78. ¿A qué creías que se debía?
79. ¿Qué acciones seguiste ante ese síntoma?

Sobre las pruebas asociadas a VPH

80. ¿Qué sabes sobre el Papanicolau?
81. ¿Sabes para qué está hecha esta prueba?
82. ¿Sabes qué resultados se pueden obtener de la prueba?
83. ¿Qué sabes sobre la colposcopia?
84. ¿Sabes para qué está hecha esta prueba?
85. ¿Sabes qué resultados se pueden obtener de la prueba?
86. ¿Dónde obtuviste esa información?
87. ¿Te has realizado el Papanicolau?
88. ¿Cuántas veces? ¿Dónde? ¿Por qué motivos?
89. Antes de realizarte la prueba, ¿Algún médico/enfermera/otro te explicó qué haría y por qué?
90. ¿Qué resultados obtuviste en las ocasiones que te realizaste la prueba?
91. Después de realizada, ¿Algún médico/enfermera/otro del lugar donde te realizaste la prueba te explicó tus resultados? ¿Qué te dijo?
92. ¿Sabes con qué frecuencia se tiene que hacer esta prueba?
93. ¿Por qué con esa frecuencia?
94. ¿Te has realizado una colposcopia?
95. ¿Cuántas veces? ¿Dónde? ¿Por qué motivos?
96. Antes de realizarte la prueba, ¿Algún médico/enfermera/otro te explicó qué haría y por qué?
97. ¿Qué resultados obtuviste en las ocasiones que te realizaste la prueba?
98. Después de realizada, ¿Algún médico/enfermera/otro del lugar donde te realizaste la prueba te explicó tus resultados? ¿Qué te dijo?
99. ¿Sabes con qué frecuencia se tiene que hacer esta prueba?
100. ¿Por qué con esa frecuencia?
101. En esta institución, ¿Qué pruebas te han realizado? ¿Quién las hizo?
102. Antes de realizarte la prueba, ¿Algún médico/enfermera/otro te explicó qué haría y por qué?

Sobre el diagnóstico de VPH

103. Antes de ser diagnosticada en el HdM, ¿Te habían diagnosticado con VPH en algún otro lugar?
104. Si la respuesta es positiva:

- ¿Dónde?
 - ¿Qué médico?
 - ¿Qué te explicaron sobre tu diagnóstico? (Tipo de lesión, progresividad, etcétera)
 - ¿Seguiste algún tratamiento?
 - ¿Cuál?
 - Después de completado el tratamiento, ¿Qué información te dieron?
 - ¿Le contaste a alguien sobre tu diagnóstico? ¿A quién y por qué? ¿Cuál fue su respuesta?
105. ¿Qué piensas sobre tu diagnóstico actual?
 106. ¿El médico te explicó el diagnóstico? ¿Qué te dijo?
 107. ¿Crees que la información que recibiste es clara?
 108. ¿Qué pensaste sobre lo que te dijo el médico?
 109. ¿Qué sentiste cuando el médico te dio el diagnóstico?
 110. ¿A quién le comentaste sobre tu diagnóstico? ¿Por qué? ¿Cuál fue su reacción?
 111. ¿En algún momento alguien del personal de salud te sugirió que informaras a tu(s) pareja(s) sobre el diagnóstico que te habían dado? ¿Quién? ¿Qué te dijeron?
 112. ¿En algún momento alguien del personal de salud te sugirió que no informaras a tu(s) pareja(s) sobre el diagnóstico que te habían dado? ¿Quién? ¿Qué te dijeron?
 113. ¿Te explicaron si tus parejas debían someterse a alguna prueba para detectar VPH? ¿Quién te lo dijo?
 114. ¿Crees que es necesario que tu(s) pareja(s) se realice alguna prueba para detectar para VPH? ¿Por qué?
 115. ¿Sugeriste a tu(s) pareja(s) que se realizaran alguna prueba para detectar para VPH? ¿Por qué? ¿Qué te dijeron?

Nociones sobre las consecuencias del VPH

116. ¿Sabe qué puede causar el VPH en su cuerpo?
117. ¿Ha vivido o sentido alguna de esas consecuencias?
118. ¿Sabe qué puede causar el VPH en su sexualidad?
119. ¿Ha vivido o sentido alguna de esas consecuencias?
120. Desde que te diagnosticaron con VPH, ¿Ha cambiado de alguna manera tu sexualidad?

Sobre el tratamiento

121. Después de que te dieron el diagnóstico de VPH, ¿Qué opciones de tratamiento te ofrecieron?
122. ¿Seguiste algún tratamiento para el VPH?
123. Si sólo le ofrecieron una opción de tratamiento, ¿La seguiste?
124. Si te ofrecieron varias opciones de tratamiento, ¿Cómo seleccionaste cuál seguir?
125. Antes de realizarte el tratamiento, ¿Te explicaron si éste tenía algún riesgo o consecuencia?
126. ¿Qué pensaste sobre estos riesgos y/o consecuencias?
127. Antes de realizarte el tratamiento, ¿Te explicaron en qué consistía?
128. Antes de realizarte el tratamiento, ¿Qué requisitos te pidieron?
129. Antes de realizarte el tratamiento, ¿Te pidieron que firmaras algún papel? ¿Qué decía? ¿Te explicaron su contenido?
130. El día que te realizaste el tratamiento, ¿Te acompañó alguien? ¿Quién? ¿Por qué?
131. Explícame en qué consistió el tratamiento
132. ¿Qué pensaste sobre el procedimiento?
133. Después de realizarte el tratamiento, ¿Te dejaron internada en el HdM? ¿Por qué?
134. ¿Qué costo tuvo el tratamiento? ¿Crees que es poco, suficiente, excesivo?
135. Después de darte el tratamiento, ¿Qué indicaciones te dio el médico? ¿Las seguiste? ¿Por qué?
136. Después del tratamiento, ¿Qué hiciste para cuidarte? ¿Por qué? ¿De dónde obtuviste esa información?
137. Después del tratamiento, ¿Cuánto tiempo pasó para tu siguiente cita?

138. ¿En algún momento te sugirieron que informaras a tu(s) pareja(s) sobre el tratamiento que te habían dado? ¿Quién? ¿Qué te dijeron?
139. ¿En algún momento te sugirieron que no informaras a tu(s) pareja(s) sobre el tratamiento que te habían dado? ¿Quién? ¿Qué te dijeron?
140. ¿Te explicaron si tus parejas debían someterse a algún tratamiento para VPH? ¿Quién te lo dijo?
141. ¿Crees que es necesario que tu(s) pareja(s) lleve algún tratamiento para VPH? ¿Por qué?

Sobre la relación prestador de salud-paciente

142. ¿Con qué personal estuviste en contacto mientras recibías/recibes atención en el servicio de displasias?
143. ¿Cuál fue el trato de las enfermeras hacia ti?
144. ¿Cuál fue el trato de los médicos hacia ti?
145. ¿Cuál fue el trato de las trabajadoras sociales hacia ti?
146. ¿Crees que la atención que has recibido es buena o mala? ¿Por qué?
147. ¿Qué recomendarías para que mejorara la atención?

Anexo 7. Consentimiento informado para prestadores de servicios

Ciudad de México, a _____ de _____ de 20____.

Por medio de la presente hago constar que conozco el proyecto de Doctorado de la **Mtra. Diana Socorro Gómez López**, Doctorante en Ciencias Sociomédicas, especialidad en Antropología en Salud del Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, titulado **“Virus de Papiloma Humano en mujeres jóvenes en instituciones de salud de la Ciudad de México. Análisis desde el enfoque biocultural en antropología en salud”**, registrado con el número HM-INV/2015:023 en el Hospital de la Mujer.

Asimismo, hago constar que se me ha informado que:

- La información que se proporcionará será con fines estrictamente de investigación.
- Se mantendrá mi anonimato y en el escrito final se eliminará cualquier dato que pudiera identificarme.
- Cualquier inconformidad con las preguntas y/o actividades que se realicen relacionadas con el proyecto arriba mencionado será externada y, si es mi deseo, suprimida del mismo.
- El trabajo a realizar constará de entrevistas conducidas por la Mtra. Diana, en sesiones programadas de acuerdo a mi disponibilidad de horario y en espacios por mí seleccionados.
- Mi participación en esta investigación no afectará de ninguna manera mi labor profesional en la institución mencionada.

Nombre

Firma

Teléfono

Correo electrónico

Mtra. Diana Socorro Gómez López

Doctorado en Ciencias Sociomédicas. Especialidad
en Antropología en Salud
Facultad de Medicina

Anexo 8. Carta compromiso a prestadores de servicios de salud

Ciudad de México, a _____ de _____ de 20_____.

Sr (____). _____

PRESENTE

Por medio de la presente me comprometo a emplear la información que se obtenga del trabajo de campo (cuestionarios, entrevistas, seguimientos, observaciones) realizado como parte del proyecto titulado **“Virus de Papiloma Humano en mujeres jóvenes en instituciones de salud de la Ciudad de México. Análisis desde el enfoque biocultural en antropología en salud”**, registrado con el número HM-INV/2015:023 en el Hospital de la Mujer sólo con fines de investigación; así mismo, me comprometo a mantener su anonimato, trabajar de acuerdo a los horarios que le sean más convenientes e informarle de cualquier cambio en el proyecto mencionado.

Sin más por el momento, quedo de usted.

Mtra. Diana Socorro Gómez López
Doctorado en Ciencias Sociomédicas.
Especialidad en Antropología en Salud
Facultad de Medicina

Anexo 9. Consentimiento informado para usuarias

México, DF; a _____ de _____ de 20_____.

Título del protocolo:	“Virus de Papiloma Humano en mujeres jóvenes en instituciones de salud de la Ciudad de México. Análisis desde el enfoque biocultural en antropología en salud”
Lugar de realización:	Servicio de Colposcopia. Hospital de la Mujer.
Investigador principal:	Diana Socorro Gómez López
Datos de contacto:	Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Dirección completa: Edificio de la Unidad de Posgrado, Edificio A Primer piso. Circuito de Posgrados S/N. Ciudad Universitaria. Del. Coyoacán. CP. 04510. México, D.F. Teléfono de contacto: 044-55-51-73-47-23 Correo electrónico: dianasogl@hotmail.com
Fundamentos legales de este consentimiento informado:	Principios de la Declaración de Helsinki y Ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I. Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. En esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados en el Artículo 21.

C. _____

(Anotar el nombre completo de la persona invitada a participar en el estudio)

Con base a los fundamentos legales antes descritos, se le invita a usted a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. Justificación del estudio

La perspectiva antropológica aplicada a los problemas de salud-enfermedad permite conocer los factores sociales y culturales asociados a ellos; así como identificar las fortalezas y debilidades de los sistemas de atención a la salud con el objetivo de mejorar el servicio. En el caso particular de esta investigación ayudará a identificar elementos sociales y culturales que se involucran en la

atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres que se atienden en el Hospital de la Mujer, así como problematizarlos y generar acciones que permitan el diagnóstico oportuno de VPH.

2. Objetivos del estudio

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos analizar el VPH como un problema de salud pública nacional; así como identificar, describir y analizar la trayectoria de atención a la salud sexual y reproductiva a partir del diagnóstico de VPH y su impacto en el ejercicio individual de la sexualidad de mujeres jóvenes de la Ciudad de México.

3. Procedimientos del estudio

Se le explicará en que consiste el estudio y cuáles son los objetivos del mismo; enfatizando que la información obtenida será empleada con fines de investigación y se resguardará en todo momento su anonimato, usando pseudónimos y omitiendo cualquier dato de identificación en los escritos producto de la investigación.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas entrevistas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, la educación sexual que recibió en la escuela y otros espacios, sus hábitos de prevención de infecciones de transmisión sexual, su conocimiento sobre VPH y su vivencia con el diagnóstico de VPH.

La duración promedio de las entrevistas será de una hora, su participación consistirá en responder a las preguntas que la investigadora le realice y que serán grabadas en audio, previa autorización, para su posterior transcripción.

Al igual que a usted, se invitarán a participar a otras mujeres que accedan a compartir su experiencia con la investigadora, con el objetivo de recopilar experiencias variadas que puedan brindar información sobre los aspectos de la entrevista.

4. Beneficios del estudio

Compartir su experiencia con la investigadora ayudará a identificar las fortalezas y debilidades en la atención a las mujeres diagnosticadas con VPH con el objetivo de mejorar la atención que se brinda en este servicio. Por otro lado, al conocer cuáles son los motivos que la trajeron a solicitar una prueba de tamizaje y diagnosticar VPH, podemos orientar a más mujeres a que se realicen la prueba de manera oportuna. En estudios realizados anteriormente por otros investigadores en instituciones de salud del Distrito Federal y México se ha observado que es necesario tomar en cuenta la experiencia de las mujeres diagnosticadas con VPH para brindar información oportuna sobre el VPH, además de fortalecer los servicios de salud para brindar atención de calidad a las pacientes; por otro lado, se han identificado procesos de empoderamiento que llevan a las mujeres diagnosticadas con VPH a volverse agentes activas en su salud y el ejercicio de su sexualidad, que se relacionan con un mejor conocimiento de su anatomía y los problemas de salud que puede estar asociados a ella. Finalmente, se ha hecho visible la necesidad de incluir a los hombres en las investigaciones sobre salud sexual y en la atención que se da a las mujeres.

5. Riesgos asociados con el estudio

No aplica

6. Opciones de tratamiento alternativas

No aplica

7. Compensaciones

Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante su participación en este estudio; de la misma manera, no recibirá ninguna remuneración por ella.

8. Aclaraciones pertinentes

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
 - En el estudio, no se vulnerarán en ningún caso sus derechos constitucionales, humanos, como paciente, ni sus derechos sexuales y reproductivos.
 - No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en cuanto a la calidad, calidez y seguridad de la atención que usted merece, en caso de no aceptar la invitación o retirarse de dicho estudio.
 - Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, para revocar su participación en el estudio bastará con informar verbalmente al investigador.
 - En el transcurso del estudio o al finalizar el mismo, usted podrá solicitar que le sea entregada copia toda la información que se haya recabado acerca de usted, con motivo de su participación en el presente estudio.
 - En el caso de que alguna indemnización sea aplicable, por esta y otras causas derivadas del estudio, será responsabilidad única y exclusivamente el investigador principal del estudio y no del Hospital de la Mujer.
 - La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
 - Usted también puede someter sus quejas e inconformidades con el actuar de los investigadores ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital de la Mujer (CEI-HM) con el Mtro. Nilson Agustín Contreras Carreto, Presidente del CEI-HM al 53411100 Extensión 1215 y 1202.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar esta Carta de Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera completa, clara y satisfactoria. He sido informada(o) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Acepto que (*que la participante especifique la modalidad que autoriza*):

() La información, pruebas diagnósticas, terapéuticas y/o muestras / tejidos biológicos recabadas sean utilizadas únicamente para este estudio.

() La información, pruebas diagnósticas, terapéuticas y/o muestras / tejidos biológicos recabadas sean utilizadas para este y otros estudios.

() La información, pruebas diagnósticas, terapéuticas y/o muestras / tejidos biológicos recabadas sean utilizadas para este y otros estudios; además de la preservación de muestras y tejidos biológicos obtenidos con fines de investigaciones futuras, en cuyo caso, entiendo que el procedimiento de conservación será responsabilidad directa del investigador principal y la institución que representa y no del Hospital de la Mujer.

Una vez especificado lo anterior, convengo en participar en este estudio de investigación. Recibo también una copia de este documento.

Firma de aceptación de los compromisos derivados de este documento:

Nombre completo y firma del participante

Nombre completo y firma del testigo 1

Nombre completo y firma del testigo

Mtra. Diana Socorro Gómez López

Ccp.

- Participante.
- Investigador.
- Integrar una 3ª copia al expediente de la paciente en el Hospital de la Mujer.

