

Itinerarios de cáncer de mama: relaciones de género en el ámbito biomédico de Ecuador

Breast cancer pathways: gender relations in the biomedical field of Ecuador

Estefania AGUAYO

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Ecuador

estefaniaguayozurita@gmail.com

BIBLID [ISSN 2174-6753, Vol.21(3): v2101]

Artículo ubicado en: encrucijadas.org

Fecha de recepción: 10 de mayo de 2020 || Fecha de aceptación: 13 de febrero de 2021

Resumen

Tras el diagnóstico de cáncer de mama las mujeres comúnmente inician una prolongada relación con el ámbito biomédico y se exponen a tratamientos que transforman sus cuerpos. El objetivo de este artículo es analizar los discursos, prácticas, relaciones e interacciones biomédicas alrededor del cáncer de mama, entre profesionales sanitarios y pacientes que han atravesado una mastectomía radical o una cuadrantectomía. Para alcanzar este objetivo se manejó un enfoque cualitativo y se realizaron veinte entrevistas episódico-narrativas con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, dieciséis entrevistas semi-estructuradas con profesionales sanitarios y doce observaciones participantes en el sector sanitario con ocho de las mujeres entrevistadas. La investigación se realizó en Quito-Ecuador y se concluyó que las relaciones biomédicas se basan en una jerarquización médico-paciente que subordina a las segundas en virtud de categorías como el género y la clase social.

Palabras clave: biomedicina, cáncer de mama, género, mastectomía, medicalización.

Abstract

After the diagnosis of breast cancer women commonly begin a long term relationship with the biomedical field and are exposed to treatments that transform their bodies. The objective of this article is to analyze the discourses, practices, relationships and biomedical interactions around breast cancer between health professionals and patients who have undergone a radical mastectomy or a quadrantectomy. To achieve this objective, a qualitative approach was used and twenty episodic-narrative interviews were conducted with women diagnosed with breast cancer, sixteen semi-structured interviews with health professionals and twelve participant observations in the health sector with eight of the interviewed women. The research was carried out in Quito-Ecuador and it was concluded that biomedical relationships are based on a doctor-patient hierarchy that subordinates the latter by virtue of categories such as gender and social class.

Keywords: biomedicine, breast cancer, gender, mastectomy, medicalization.

Destacados

- La histórica valoración de las mujeres en torno a sus cuerpos hace de la mastectomía una situación con potencial de perturbar la vida de muchas mujeres.
- La biomedicina, lejos de ser una ciencia objetiva como se autodenomina, reproduce los valores patriarcales de la sociedad de clases.
- En el sector privado, que opera bajo la lógica del mercado y la competencia, se observa una tutela más explícita que incentiva el consumo para la normativización de los cuerpos.
- Existe una constante autovigilancia alineada con los decretos biomédicos.
- La medicina hegemónica mantiene una relación simbiótica con el mercado.

Agradecimientos

La presente investigación fue financiada por FLACSO-Ecuador. Una versión preliminar de este artículo ganó el Premio Nuevas Direcciones de la Sección Estudios Ecuatorianos de la *Latin American Studies Association* (LASA) de mejor ensayo académico por un estudiante de posgrado.

La autora agradece a todas las mujeres y profesionales que participaron en esta investigación permitiéndole conocer cercanamente sus experiencias, percepciones y relaciones; a Cristina Vega Solís por su guía y apoyo para la realización de esta investigación; y a las evaluadoras del artículo por sus valiosas sugerencias.

A la memoria de Carolina, Q.E.P.D.

Cómo citar

Aguayo, Estefanía (2021). Itinerarios de cáncer de mama: relaciones de género en el ámbito biomédico de Ecuador. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 21(3): v2101.

1. Introducción

El constante incremento en las tasas de incidencia de cáncer de mama a nivel mundial ha provocado que este padecimiento empiece a obtener cada vez mayor atención tanto por medios de comunicación como por las instituciones sanitarias públicas y privadas de cada país. No obstante, en países como Ecuador, las campañas de prevención y control de la enfermedad, impulsadas por ONG e instituciones estatales, no han tenido el impacto deseado. El cáncer de mama continúa siendo uno de los cánceres más comunes entre la población femenina del país y gran parte llega en estadios avanzados (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2018) complejizando las aproximaciones sanitarias que podrían resultar curativas. Es así, cada año 30 de cada 100.000 personas son diagnosticadas con cáncer de seno en Ecuador (MSP, 2018), existiendo una tendencia creciente en el diagnóstico que se mantiene en el tiempo (Corral et al., 2018).

El sistema de salud ecuatoriano se escinde en sector público y privado. A la vez el sistema sanitario público, que es el que abarca a la mayor parte de la población nacional, hace una diferenciación entre ciudadanía civil y no civil¹ (Castillo, 2015), por lo que estos segundos cuentan con instituciones sanitarias propias y exclusivas. Esto implica que el sistema sanitario del país está fragmentado y que da lugar a desigualdades de diversa índole para la atención en salud de las personas. Por una parte, existe una atención diferenciada para la población no civil y, por otra, la división entre el sector sanitario público y el privado, que establece una distinción de clase entre habitantes del país y sus oportunidades en términos de acceso a los servicios sanitarios. De manera que son las personas de bajos y medianos ingresos las que acuden al sistema de salud público, mientras que las personas de más altos ingresos acceden al sistema de salud privado (Ruales y Checa, 2018).

El sistema sanitario del país exhibe barreras económicas, geográficas, de etnia, etc., en términos de acceso a la salud (López et al., 2014) como una situación de suma gravedad. Sin embargo, los diversos escaños de desigualdad que se reflejan al interior del sistema de salud ecuatoriano no ocurren de manera aislada. Las dinámicas de globalización económica contemporáneas, que han añadido a la salud dentro de la lógica mercantilista, han promovido principalmente en los países "tercermundistas", Programas de Ajuste Estructural (PAE) que inciden en el desarrollo de los ámbitos de la salud y la educación (Fort, 2006). Los PAE comúnmente dan lugar a recortes presupuestarios y/o privatizaciones que afectan a las estructuras públicas.

¹ La ciudadanía no civil comprende a las personas de la Policía Nacional del Ecuador y de las Fuerzas Armadas del Ecuador. Ambas instituciones cuentan con institutos de seguridad social específicos para su personal, el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA). Por otra parte, la ciudadanía civil puede acceder al sistema de salud pública a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), si es que se encuentran afiliados/as al mismo o por el Ministerio de Salud Pública (MSP), si es que no cuentan con la afiliación al primero.

Sumado a lo anterior, la disciplina médica hegemónica que opera en el interior del Sistema Nacional de Salud (SNS) favorece el desarrollo de discursos y prácticas que reproducen los valores capitalistas de la sociedad (machismo, clasismo, racismo, etc.) (Cuvi, 2012), estableciendo circunstancias de violencia, discriminación y abuso de poder, principalmente para las mujeres usuarias de los servicios sanitarios. La biomedicina constituye un poder atravesado por las categorías sociales que rigen la sociedad (género, clase, etc.) y es justificado por su supuesta racionalidad y objetividad (Bosch, 2014). Se fundamenta en la fragmentación mente-cuerpo centrándose en la biología (Baeta, 2015) y dejando de lado la realidad social que influye en los procesos de salud/enfermedad (Bosch, 2014).

Según Menéndez, algunas características de la biomedicina son: “[...] biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática [...]” (Menéndez, 2005: 12). Desde un enfoque de género, además es posible añadir el androcentrismo, que de acuerdo con Valls-Llobet (2009), históricamente ha constreñido específicamente las posibilidades de las mujeres al invisibilizarlas y patologizar sus procesos biológicos. Asimismo, ejerciendo directamente sobre sus cuerpos un poder-saber que propicia su sujeción y control (Fernández, 2004).

De esta manera, el poder biomédico se manifiesta por una parte, como un dispositivo de normalización que fomenta el crecimiento de varias industrias (farmacéutica, estética, etc.); mientras por otra, propicia el establecimiento de una relación médico-paciente jerárquica que subyuga a las segundas y anula su punto de vista. Legitimada por la ciencia, la biomedicina otorga el poder del conocimiento real y objetivo a sus representantes (médicos/as), y a través de este, las pacientes se vislumbran como seres ignorantes e incapaces de tomar decisiones apropiadas para su salud (Bosch, 2014). Esto se agrava de cara a la intersección de categorías sociales que atraviesa a cada mujer y la utilización de un lenguaje inaccesible (Arenas et al., 2010) que promueve la dependencia de la paciente y la vuelve sujeto propicio para la intervención médica y la medicalización.

De hecho, la medicalización es una de las formas más normalizadas y eficaces de la biomedicina para intervenir los cuerpos de las mujeres. A pesar de que no es exclusivo del género femenino, “la medicalización en exceso afecta más a las mujeres” (Valls-Llobet, 2009: 320) y se encuentra en constante expansión. La medicalización consiste en la integración de diversos procesos vitales a la óptica médica. La medicalización redefine procesos como la menstruación, la vejez, el parto, la tristeza, etc. como fenómenos médicos (Márquez y Meneu, 2007) sobre los que se puede intervenir para normalizar a los individuos. La medicalización se convierte así en una forma de control social que determina los parámetros de salud/enfermedad, regula comportamientos, plantea los tratamientos idóneos y desacredita cualquier otro tipo de saber curativo que no se alinee con la visión biomédica (Bosch, 2014).

Como dispositivo de normalización, la ciencia médica se establece desde sus inicios como un decretador de verdades corporales y sexuales que ha oprimido a las mujeres. Tal como señala Valls-Llobet, la biomedicina ha expuesto a las mujeres a las tres reglas del patriarcado: "naturalización de la diferencia sexual como inferioridad", "fragmentación del cuerpo y de la experiencia", y "objetualización de los sujetos" (Valls-Llobet, 2009:22-23). De hecho, actualmente sus continuos avances en la tecnociencia, han demostrado su alta capacidad para modificar y crear cuerpos a medida, sin falencias y encaminados al éxito, aspectos que reflejan la ideología de la modernidad capitalista. En virtud de la relación simbiótica que existe entre medicina y mercado, contemporáneamente las subjetividades culminan por definirse por las sustancias insertas en el cuerpo, mientras se ponen en marcha las dinámicas de la economía global (Preciado, 2008).

La remodelación del cuerpo humano de acuerdo a parámetros y gracias a la tecnología, deviene en un dispositivo de corporalización, es decir, en un conjunto de redes institucionales, de conocimientos y técnicas, que producen seres híbridos, efecto de la disolución de las fronteras entre racionalidad y técnica y racionalidad y estética [...] (Calquín, 2018:53).

Desde una óptica foucaultiana se podría situar al cuerpo como el elemento clave sobre el que se ejerce el poder-saber médico, resaltando además que se trata de una disciplina estrechamente vinculada a las estructuras sociales (Foucault, 1979). El poder biomédico es capaz de manifestarse e inscribirse en los cuerpos femeninos de distintas formas. Su perspectiva absolutista promueve la desacreditación del punto de vista de las pacientes y el reforzamiento de una identidad femenina normada bajo imposiciones genéricas (Fernández, 2004). A la vez, sus discursos empatan cabalmente con la ideología neoliberal en expansión que individualiza la enfermedad disponiendo la responsabilidad de la enfermedad y la cura en la persona (Bell, 2010) e invisibilizando las condiciones estructurales de desigualdad (sociales, de género, económicas, etc.) que pueden incidir tanto en el surgimiento del padecimiento, como en las oportunidades de sanar.

Tomando como base las entradas teórico-analíticas discutidas hasta aquí, este artículo aborda el cáncer de mama como un padecimiento ineludiblemente relacionado con las nociones de género, debido a su evidente impacto en los cuerpos de las mujeres que lo padecen. El objetivo central del mismo es analizar los discursos, prácticas, relaciones e interacciones biomédicas alrededor del cáncer de mama, entre profesionales sanitarios y pacientes que han atravesado una mastectomía radical² o una cuadrantectomía³, pues ambos procedimientos impactan de forma determinante en la imagen corporal. El cáncer de seno es un padecimiento escasamente abordado por las ciencias

² En este artículo se entiende la mastectomía radical o total como la extirpación absoluta de una o ambas mamas. No se toman en cuenta criterios médicos que establecen otras diferenciaciones.

³ La cuadrantectomía hace referencia a la extirpación de un cuadrante de la mama, es decir, no se retira la totalidad de la mama.

sociales y los estudios de género de la región. En tal sentido, esta investigación ofrece una aproximación singular que permite vislumbrar la enfermedad como un fenómeno social que da paso al ejercicio de la biomedicina como dispositivo de normalización, control y sujeción de las mujeres diagnosticadas con la enfermedad.

Este artículo se escinde en tres partes. La primera, abarca la metodología desarrollada para alcanzar el objetivo planteado. La segunda, configura un análisis teórico-metodológico dividido en dos secciones: tutelajes y microviolencias sanitarias; y riesgo, prevención y control biomédico. Finalmente, en la tercera parte se proponen algunas conclusiones y reflexiones en torno al tema que compete a este artículo.

2. Metodología

La investigación tuvo un enfoque mixto (cuantitativo-cualitativo) y el trabajo de campo fue desarrollado durante el primer cuatrimestre del 2019. En este artículo se tratan los aspectos correspondientes al enfoque cualitativo. Alrededor de dicho enfoque las técnicas de recolección de información configuraron dieciséis entrevistas semi-estructuradas con profesionales sanitarios del área oncológica, veinte entrevistas episódico-narrativas con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y doce observaciones participantes de procedimientos médicos (controles médicos, limpieza de catéter, quimioterapia, radioterapia, tatuaje de pezón, examen de sangre).

Todas las participantes fueron informadas acerca de los objetivos y pormenores de la investigación a través de una carta de consentimiento informado que fue firmada previo a las entrevistas. Las entrevistas se grabaron en formato de audio y tuvieron duraciones variadas dependiendo del contexto en el que fue posible llevarlas a cabo. Se realizó un compromiso de anonimato con todas las personas entrevistadas, en consecuencia, se utilizaron pseudónimos o siglas (estas últimas en caso de profesionales sanitarios) para hacer referencia a cada una de ellas. Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas para el análisis de contenido categorial.

Se utilizó el método no probabilístico de bola de nieve para constituir el universo de estudio de mujeres con cáncer de mama entrevistadas y se plantearon como criterios de inclusión el diagnóstico de cáncer de mama y el haber atravesado la mastectomía radical de uno o ambos senos, o una cuadrantectomía. Las edades de las mujeres al momento de la entrevista oscilaban entre los 31 y los 70 años, siendo la edad media de diagnóstico 47,8 años. La mayor parte de la muestra era residente en Quito, con excepción de cuatro mujeres que residían en provincias cercanas a esta ciudad. Respecto al nivel de instrucción, solo diez de las veinte mujeres entrevistadas tenían estudios de educación superior. Tres mujeres de la muestra atravesaron un proceso de reconstrucción mamaria en el sector privado y únicamente dos de estas tres mujeres iniciaron y completaron su tratamiento para el cáncer de seno en este sector.

Debido a que el cáncer de mama es un padecimiento que demanda una aproximación multidisciplinaria, la muestra de profesionales se compuso por personas que abordan el padecimiento desde diferentes ramas y especialidades, tanto en el sector sanitario público como en el privado. Para las entrevistas semi-estructuradas con profesionales se utilizó el mismo método de bola de nieve y se entrevistó a cuatro oncólogos clínicos, una médica administradora de un centro de apoyo integral para pacientes oncológicos, una psicooncóloga, una especialista en climaterio femenino, una internista especialista en terapia del dolor, tres enfermeras de oncología, dos cirujanos oncológicos, un cirujano plástico y reconstructivo, una especialista en radioterapia y un especialista en terapia intensiva. Adicionalmente, se entrevistó a una trabajadora social que ejercía sus labores en el centro de apoyo integral para pacientes oncológicos. En total se entrevistó a diez profesionales que brindan sus servicios en el sector público⁴ y seis en el sector privado.

Las observaciones participantes se ejecutaron como una técnica de complementación de las entrevistas con la intención de testificar e interactuar con las personas entrevistadas en el medio en el que confluyen (sistema sanitario). La observación concerniente al tatuaje de pezón tuvo lugar en un consultorio médico privado, el resto de observaciones se realizó en el sector de salud público porque las mujeres recibían sus tratamientos en esas instancias. De este modo, se acudió a tres de las principales instituciones de salud que brindan servicios oncológicos en Ecuador. Para documentar las observaciones participantes se desarrolló un diario de campo en el que constaron los aspectos más relevantes para el análisis.

3. Resultados

3.1. Tutelajes y microviolencias sanitarias

Desde que las mujeres ingresan al sistema de salud por motivos del cáncer, inician una relación prolongada y continua tanto con los médicos/as como con el mismo sistema sanitario. Los pensamientos y sentimientos que arriban con el diagnóstico, muchas veces dejan a las pacientes en una suerte de *shock* que no les permite la toma de decisiones rápida y consciente que demanda el abordaje de la enfermedad; y esto, reiterativamente favorece un relacionamiento médico-paciente jerárquico y tutelar, más evidente, pues si bien la estratificación entre profesional y paciente es característica del modelo biomédico, en casos de cáncer de mama es fácilmente distinguible. Como menciona Bosch, este paradigma médico favorece la jerarquía que subyuga a la pa-

⁴ Seis de estos diez profesionales brindan sus servicios a través de una institución privada sin fines de lucro especializada en cáncer. Esta institución pertenece a la Red Complementaria de Salud, es decir, vende sus servicios al Estado. De esta forma, la población oncológica del sector público (IESS, MSP), en algunos casos, accede a la atención que requiere a través de dicha institución. Debido a esto, las y los profesionales entrevistados que forman parte de esta red se han incluido entre los profesionales del sector público.

ciente favoreciendo su dependencia (Bosch, 2014). Sobre esta línea, el tutelaje al que haré referencia en este apartado se refiere a la autoridad biomédica que se ejerce en la toma de decisiones respecto al padecimiento de las mujeres (Aguayo, 2019).

Esto se expresa de múltiples formas en la trayectoria de la enfermedad, no obstante, aquí me centro en dos que considero de esencial análisis. La primera, se refiere al tutelaje médico vinculado a las concepciones de los profesionales sanitarios respecto a la extirpación de los pechos y la necesidad de las pacientes de recuperación del pecho perdido (a través de la reconstrucción mamaria)⁵. La segunda, se refiere a la forma en que las mujeres son dirigidas por el personal sanitario en el trayecto de la enfermedad, sin que sus aportes, ideas o percepciones, sean escuchados, valorados o atendidos. Algo que entrelazo con las microviolencias de la atención sanitaria, un término que Valls-Llobet (2009) utiliza para dar cuenta de las acciones u omisiones biomédicas que infravaloran la queja de las pacientes en correspondencia con la subvaloración de las mujeres en la tradición biomédica.

La histórica valoración de las mujeres en torno a sus cuerpos, la asociación que se mantiene de ellas con la belleza, perfección, delicadeza, maternidad, hace de la mastectomía una situación con potencial de perturbar la vida de muchas, si no todas las mujeres. Sin embargo, en esta investigación se identificó, en la mayoría de los casos, que no todas expresan la necesidad de recuperar el pecho perdido. De hecho, esta preocupación parece ser más vehemente para los profesionales sanitarios, quienes favorecen la normativización de los cuerpos de las mujeres. Tal como arguye Faith y Nygren (1995), parte del tratamiento se enfoca en restaurar el cuerpo de las mujeres enviando el mensaje de que sus cuerpos son ahora defectuosos y, por tanto, deben buscar alternativas cosméticas. En los siguientes extractos de entrevista se pueden apreciar las concepciones que manejan algunos profesionales sanitarios entrevistados (especialista en terapia intensiva y cirujano oncológico) respecto a la mastectomía.

TI13: [...] no creo que haya alguien, que diga, no quiere una reconstrucción mamaria. Más bien son mujeres exigentes que piden reconstrucción (Entrevista 25 de febrero de 2019).

CO12: [...] entonces estas mujeres eh aunque digan que no tienen impacto [por la mastectomía], inconscientemente sí. La mama en la mujer es su femineidad, es parte importante de ella. Pero por supuesto, eh yo por eso trato de guiar un poco para que si hay que hacer una mastectomía, porque mi prioridad es hacer cirugía conservadora, pero si hago una mastectomía tratar de hacer una reconstrucción inmediatamente para que la mujer no se sienta tan falta de su cuerpo (Entrevista 21 de febrero de 2019).

En esta parte se expone un fragmento de entrevista con el cirujano plástico y de reconstrucción (entrevistado el 12 de febrero de 2019).

⁵ Cabe enfatizar que el objeto de análisis no son las experiencias encarnadas de las mujeres respecto a la mastectomía o la reconstrucción mamaria, sino la relación tutelar que se desarrolla, en este caso, alrededor de estos procedimientos. Por tal motivo, se ha considerado imprescindible vincular el análisis con las nociones genéricas del "cuerpo femenino", ya que esto, entre otros, permite distinguir a la biomedicina como un dispositivo de normalización.

Entrevistadora: ¿Y en su experiencia le parece que las mujeres eh, si tendrían el deseo de hacerse una reconstrucción?

CP9: Todas ¿tú cuántas chichis tienes? Dos ¿no es cierto? ¿Tu mami cuántas chichis tiene? Tiene dos ¿no es cierto? ¿Tú crees que hay allá afuera una señora está feliz en tener una sola? La mastectomía es una cirugía que le amputa y la trastorna a la mujer. Le baja la autoestima, le quita su sentido de femineidad, cambia su vida sexual, social, laboral, social en todos los aspectos. Y les afecta psicológicamente de una manera, muy, muy importante.

Y muchas vienen y dicen yo sí estoy bien, pero yo si me quisiera reconstruir. Y después de la reconstrucción vienen y te dicen, yo creía que estaba bien, pero ahora sí estoy bien. Esto sí me cambió la vida.

Como se observa, los profesionales sanitarios aquí citados expresan concepciones de género coherentes con las significaciones sociales dispuestas sobre las mujeres y sus cuerpos (senos). En sus testimonios se evidencian los sesgos sociales de género que permean el quehacer biomédico. Estos profesionales atribuyen a las mujeres la necesidad de mantener una determinada apariencia corporal, a la vez que hablan de ellas como si desconociesen lo que en realidad desean. Es decir, se asume que desconocen que el mejor camino es la recuperación del pecho extirpado, como si ello fuese, no solo parte de recobrar la imagen corporal previa, sino también de superar el cáncer (Sandell, 2008). La idea de que exista una mujer capaz de adaptarse a vivir sin senos, tener una sexualidad óptima y desenvolverse en su vida como mujer plena, parece ser casi inconcebible para estos profesionales. Empero, Vianca y otras mujeres entrevistadas para esta investigación tienen otras formas de percibir la mastectomía.

Vianca: [...] el Dr. [apellido del doctor] me había dicho que él podría solo extirpar o sea la zona donde tenía yo localizado el tumor, o sea no quitar todo el seno, o sea solo operar en esa zona. Entonces yo le dije doctor, porque él decía que después hay secuelas en las mujeres, que después hay muchos problemas emocionales [...].

Entrevistadora: Cuando se extirpa todo.

Vianca: Todo. Entonces él decía solo vamos a retirar, y yo le dije, doctor yo ya estoy en una edad en donde para mí la estética es, no es prioridad ni, o sea yo quiero salud ahorita, no imagen ni. Entonces él dijo piénselo bien y me avisa y yo le dije quiero que me saque todo el seno. Si hubiera sabido hubiera inclusive, hubiera pedido que me los saquen los dos porque decían que hay riesgo [...] (Entrevista 28 de enero de 2019).

La resistencia de algunas mujeres a realizarse un proceso reconstructivo post mastectomía puede responder a múltiples razones. Varias no consideran el procedimiento necesario para sentir bienestar consigo mismas; otras manifiestan temor a someterse a una nueva intervención quirúrgica; algunas más, no cuentan con los medios económicos para llevarla a cabo o no han sido informadas sobre las posibilidades de atravesar el procedimiento, por tanto, desconocen si es que podrían acceder al mismo. En este estudio se evidenció que no existen contextos ni relatos únicos que permitan determinar que la reconstrucción mamaria es un deseo o una necesidad unívoca de las mujeres.

Ahora bien, siguiendo el hilo argumentativo de este apartado, los testimonios de profesionales y mujeres posibilitan entrever una de las formas en las que opera el tutelaje biomédico. En estos se observa que los profesionales sanitarios manejan "discursos

monovocales” (Sandell, 2008) que asumen la reconstrucción mamaria como una necesidad incuestionable de las mujeres y ello, atraviesa sus relaciones y prácticas biomédicas, demostrando que la biomedicina, lejos de ser una ciencia objetiva como se autodenomina, reproduce los valores patriarcales de la sociedad de clases. Sumado a ello, para el contexto del presente estudio resulta también necesario diferenciar cómo las nociones genéricas que se reproducen están permeadas y operan en el marco de otras categorías sociales, como la clase; y por tanto, se manifiestan de forma diferente en el sector de salud público y privado.

En Ecuador, principalmente las personas de bajos y medianos recursos acuden al sector sanitario público, mientras que las personas de más altos ingresos acceden al sistema de salud privado (Ruales y Checa, 2018). Las mujeres que reciben atención en el sector sanitario público no solo se enfrentan a los sesgos de género característicos de la tradición biomédica, sino también a los de clase, siendo que esto último incide igualmente, tanto en la manera en que son tratadas, como en sus posibilidades de acceso a la información, el tratamiento y otros procedimientos (por ejemplo, la reconstrucción mamaria)⁶. En tal sentido, los tratamientos que requieren estas mujeres (mastectomía, quimioterapia, radioterapia, etc.), muchas veces son suspendidos y postergados, con los riesgos y efectos que esto implica para un padecimiento como el cáncer. A la vez, la información sobre la reconstrucción mamaria, por ejemplo, es escasamente ofrecida por el personal sanitario, al igual que el mismo procedimiento.

Debido a esto, de las veinte mujeres que participaron en esta investigación únicamente una (Isabel) se encontraba en proceso de reconstrucción en el sector público y, para ello, tuvo que recurrir a un préstamo bancario que difícilmente le permitía cubrir parte del procedimiento. Esto debido a que la cirugía reconstructiva se iba a realizar a través de un hospital público, pero Isabel debía cubrir otros costos derivados, por ejemplo, la “bomba expansora” que llevaba al momento de la entrevista en su pecho. En sus palabras:

Isabel: Estoy tratando ¿no? [de cubrir los gastos derivados de la enfermedad] aunque es muy difícil porque a pesar de que te dé ayuda a nivel público hay muchas cosas que hay que comprar afuera. Mira ponte la reconstrucción, la bomba es muy cara.

Entrevistadora: ¿Cuánto cuesta más o menos?

Isabel: Está casi en seiscientos dólares, solo la bomba. Ha habido medicamentos que no tiene el hospital o justo yo he llegado a ese momento donde no ha habido, mi primera quimio no tuve, tuvieron que venir a comprar aquí en [nombre de la institución]. (Entrevista 13 de marzo de 2019).

A Paulina, otra de las mujeres entrevistadas, se le había negado la posibilidad de realizarse la reconstrucción mamaria.

⁶ Otros factores como, por ejemplo, la configuración del sistema de salud, inciden también en los problemas mencionados. No obstante, en este artículo se desarrollan los aspectos más relevantes para el objetivo planteado, sin intención de minimizar o desconocer la complejidad del tema.

Paulina: Yo sí he hablado en el [nombre del hospital] pero no me quieren [hacer la reconstrucción mamaria], me sacan el seno y sin preguntar y mi marido, él qué bestia cuando me sacaron el seno se volvió loco (Entrevista 13 de marzo de 2019).

Además menciona que no se le informó que en la cirugía se le extirparía todo el seno.

Entrevistadora: ¿O sea usted pensó que le iban a sacar solo el tumor y le sacaron todo [el seno]?

Paulina: Claro, y me sacan el seno. Yo a lo que ya me doy cuenta ya a lo que ya voy a la sala de espera ahí, como una está así ¿no? Y yo que me topo así [la parte donde estaba su seno] ¡qué pues! no yo casi me vuelvo loca yo, ya loca hubiese estado si no fuera por mi fuerza de carácter ¡qué bestia! o sea es de traumarnos ahí ¿Sí se da cuenta? (Entrevista 13 de marzo de 2019).

Los sesgos de género impregnados en el quehacer y tutelaje biomédico difieren en función del sistema de salud al que las personas tienen acceso. Existe una distinción de clase que prevalece en el accionar de los y las profesionales, pues en el sector público se evidencia una tutela que, en ciertos casos, puede limitar el acceso a la información y a la reconstrucción. Sobre esta línea, el cirujano plástico y reconstructivo⁷ entrevistado menciona:

CP9: En Canadá, por ejemplo, es prohibido que un cirujano oncólogo opere una paciente si la paciente no ha tenido al menos una consulta con el cirujano plástico para hablarle de la reconstrucción. Aquí eso no está reglamentado. La gran mayoría de mujeres no tienen siquiera chance de pedir reconstrucción. Entonces los sistemas de salud pública son pésimos. El seguro social es torpe y lento. Las opciones que les dan a las pacientes son malísimas (Entrevista 12 de febrero de 2019).

A continuación, se presenta también un fragmento de la entrevista con Briana, una de las mujeres de la muestra que recibió atención en el sector público.

Entrevistadora: ¿Después del procedimiento se hizo una reconstrucción mamaria?

Briana: No, si pudiera.

Entrevistadora: ¿Por qué?

Briana: Porque no, nadie, no sé cómo es eso y nadie me ha ayudado en esa forma. [...]

Entrevistadora: ¿Y no le han ofrecido en el hospital [la reconstrucción mamaria]?

Briana: No.

(Entrevista 13 de marzo de 2019).

Dentro de la muestra de mujeres que formaron parte de esta investigación, solo tres atravesaron la reconstrucción mamaria. Todas ellas se sometieron a estas cirugías en el sector privado, en el que se ha identificado, por una parte, que las pacientes acceden más fácilmente a este tipo de información y procedimiento, en tanto que cuentan con los recursos para acudir a este sector sanitario; por otra parte, un tutelaje médico que incentiva la decisión a favor de la reconstrucción. Perla y Alba, dos de las tres mujeres con reconstrucción mamaria mencionan lo siguiente respecto a sus procesos reconstructivos.

⁷ Al momento de la entrevista el cirujano plástico y reconstructivo ejercía su práctica en el sector privado, sin embargo, en años previos ejerció también en una institución sin fines de lucro que brinda sus servicios al Estado a través de la Red Complementaria de Salud.

Perla: Sabes que eh ¿cómo es? en ese momento prácticamente fue la decisión del médico [la reconstrucción mamaria], o sea no fue, porque uno se va tan, tan sin conocimiento digamos del asunto ¿no? O sea como que eso a mí me daba lo mismo, o me ponían o no me ponían, entonces si me decía el médico no le vamos a poner nada, yo capaz me quedaba sin nada y no pasaba nada para mí. Pero él dijo, él me dice, le vamos a operar le sacamos, le hacemos la mastectomía y todo, y le vamos a poner enseguida la prótesis [...] (Entrevista 21 de enero de 2019).

Alba: La reconstrucción digamos yo no pensé si me hago, no me hago, solamente hice lo que los doctores me recomendaron. Si hubiera tenido otros doctores de repente no lo hubiera hecho, o tal vez no me lo hubieran recomendado, o tal vez no me hubieran no sé, pedido sacarme los dos senos y reconstruir al mismo tiempo [...] (Entrevista 02 de mayo de 2019).

En el sector privado, que opera bajo la lógica del mercado y la competencia, se observa una tutela más explícita que incentiva el consumo para la normativización de los cuerpos. Esto no quiere decir que los profesionales sanitarios modifican las concepciones genéricas que los atraviesan en virtud del sector sanitario en el que ejercen sus labores⁸, sino que en su práctica se prepondera las limitaciones y oportunidades de estas mujeres en función de su clase social, sin que ello incida en sus nociones subjetivas respecto a la mastectomía y la necesidad de las mujeres de reconstruir el pecho extirpado. En suma, lo que intento argüir aquí es que el género no actúa de forma aislada y que las relaciones médico/paciente en el contexto del cáncer de mama, están permeadas por la intersección de distintos sistemas de opresión que determinan las dinámicas, tanto de la práctica biomédica como de las experiencias de las mujeres y sus interacciones.

Además de la tutela médica presente en las narraciones de las mujeres que atravesaron la reconstrucción mamaria, en esos fragmentos de entrevista se evidencia que el punto de vista de las pacientes y su participación en la toma de decisiones son opacados por el criterio médico. En su momento, ambas mujeres (Perla y Alba) se limitaron a seguir las indicaciones de los médicos, quienes aparentemente conocen el mejor camino, que en sus casos fue la reconstrucción mamaria. Pero la exclusión de las pacientes en sus procesos de salud/enfermedad, a la que identifico como una microviolencia, es todavía más evidente en otras ocasiones. Una de sus expresiones es el desconocimiento que muchas mujeres tienen sobre su propia enfermedad, bien por la barrera que delimita el uso del lenguaje científico que imposibilita su plena comprensión⁹ o bien porque no han sido informadas sobre los pormenores de la misma¹⁰. Arenas et al. (2010:165) sostienen que "la mayoría de los/as proveedores/as de salud tienen naturalizada la relación asimétrica respecto de los/as usuarios/as y construyen saberes estereotipados de las mismas [...]" desde su posición de género, clase, etc., por lo que la atención sanitaria implica una intervención discriminatoria. En la investigación

⁸ Valga como muestra de ello que los testimonios presentados son de profesionales que ejercen en el sector público y en el privado.

⁹ De acuerdo con Valls-Llobet, el lenguaje científico es un "método de separación y control" y se puede convertir en un elemento de inferiorización (Valls-Llobet, 2009: 363-364).

realizada, se evidenció en efecto que las mujeres en mayor desventaja social (socioeconómica, por edad, nivel de instrucción, etc.) relatan más frecuentemente un tutelaje médico que expone microviolencias como la que menciono aquí.

Yolanda: [...] acabé la cirugía, me dijeron vas a necesitar cuatro quimios, quizás necesites radios, y eso. Eso yo no pude digamos, yo decidir mi tratamiento sino que a base de los doctores, ya los doctores me dijeron y eso es lo que he seguido haciendo el proceso [...] (Entrevista 15 de marzo de 2019).

Francisca: O sea mire a mí me dan un listado ¿ya? me dan un listado por decir del [nombre del hospital], me dicen usted señora va a hacer esto, esto, va a recibir esto, esto, y entonces yo solamente acato lo que el médico me mandó a hacer, nada más, sí (Entrevista 07 de marzo de 2019).

Otra forma de microviolencia se vislumbra cuando el profesional sanitario directamente ignora la queja de la paciente. Tal ha sido el caso de Marta, con quien realicé una observación participante en una consulta con su oncóloga, además de la entrevista. Durante mi observación me llamó la atención la displicencia con que la doctora reataba a Marta por haber olvidado un examen e incluso la forma en que, en determinado momento, deja de dirigirse a ella y empieza a hablarme a mí como si Marta no estuviese presente. Así también, en la entrevista con Marta, ella relata cómo sus constantes dolores han sido ignorados por profesionales sanitarios.

Marta: [...] yo le dije a la doctora, a la oncóloga, que ¿Por qué me duelen tanto los huesos? Y ella me dijo, es que la quimioterapia te ha descalcificado los huesos y tienes osteoporosis. Me dijo así. Yo le dije, pero entonces mándeme algo, mándeme calcio, algo para los huesos, y ella me dijo, esa no es mi especialidad. Entonces no me dan nada de solución para el dolor de los huesos y el dolor de las rodillas a veces de noche es tan grande que no me deja dormir el dolor (Entrevista 05 de febrero de 2019).

Silenciar las preocupaciones de las mujeres opaca las poderosas fuerzas normalizadoras que subyacen en los supuestos sociales dominantes y que permean la biomedicina. Esto enmascara los sesgos médicos en la toma de decisiones respecto a los diagnósticos, los tipos de cirugía, los tratamientos, entre otros (traducción de la autora) (Porroche, 2014). El tutelaje médico y las microviolencias que tienen lugar al interior del sistema sanitario consolidan y evidencian la jerarquización existente entre profesionales y pacientes. Esta estratificación fomenta la dependencia de las pacientes, disminuye su autonomía y expone a las mujeres a la histórica infravaloración de la tradición biomédica de sus necesidades. Además, propicia la sujeción y control de sus cuerpos, en tanto que no son ellas mismas quienes toman decisiones informadas respecto a sus procesos de salud/enfermedad; y como observamos, las concepciones que los médicos/as manejan están atravesadas por significaciones sociales de género y clase que no siempre representan los deseos y/o necesidades de las pacientes.

¹⁰ Por ejemplo, la mayor parte de las mujeres de la muestra desconoce el tipo de cáncer de mama que padece.

3.2. Riesgo, prevención y control

Hasta la actualidad el cáncer de mama sigue siendo un padecimiento indescifrable para la biomedicina. Las preguntas respecto a sus causas particulares e incluso su cura continúan sin contar con respuestas certeras que posibiliten una prevención o tratamiento infalibles y eficaces. No obstante, la importante legitimación de la ciencia médica da lugar a la promulgación de múltiples aproximaciones preventivas y tratamientos que se introducen en la población con cáncer y general. La ciencia médica trasciende las paredes hospitalarias y consigue controlar y regular hábitos, comportamientos y hasta el consumo bajo la noción de riesgo y prevención. Tal como arguye Gilles Deleuze, en las sociedades de control tiene lugar una forma de medicina que “localiza enfermos potenciales y grupos de riesgo” (Deleuze, 1999:285). Así, los individuos son responsabilizados tanto por la prevención de las enfermedades como por su cura, pues se sitúa en ellos la capacidad de regular sus comportamientos, hábitos y estilos de vida, bajo parámetros biomédicos, en aras a mantener una buena salud.

En concreto, algunos factores de riesgo difundidos por la biomedicina para el cáncer de mama abarcan: el ser mujer (pues las mujeres son las que registran la mayor cantidad de casos), la nuliparidad, edad del primer embarazo (tardío), menarquia temprana, lactancia, antecedentes familiares de cáncer, sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol en grandes cantidades (Castaño, 2006; Wilkinson, 2008). En las entrevistas realizadas con profesionales sanitarios se evidenció que la mayoría manejan la misma retórica respecto a los factores de riesgo, sin embargo, se encontraron también algunas diferencias. Aun a pesar de las inconsistencias y diferencias de criterios, estos factores de riesgo calan en las poblaciones a nivel cognitivo incidiendo en el comportamiento social.

Así, el disciplinamiento, la regulación y control social no tiene lugar a través de métodos coercitivos, al contrario, los individuos la llevan a cabo por cuenta propia a través de una constante autovigilancia alineada con los decretos biomédicos, que no siempre resultan objetivos o imparciales. De hecho, la íntima relación que mantiene la medicina hegemónica con el mercado parece permear los criterios de este primero. De ahí que a pesar de la importante correlación existente entre el cáncer de mama y el consumo de anticonceptivos hormonales y de la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia, estos fármacos continúen comercializándose, a la par que los profesionales de la salud tiendan a minimizar sus riesgos (Valls-Llobet, 2009). En los siguientes fragmentos de entrevista se puede apreciar los criterios que algunos profesionales manejan al respecto.

ONC2: Las hormonas en anticonceptivos tenemos una mínima carga ¿ya? Al ser una mínima carga no vamos a tener mayores complicaciones, pero la que se usa uno, o la que usan las pacientes posmenopáusicas tienen una carga mayor entonces por ahí podríamos estar desencadenando cualquier patología (Entrevista 25 de enero de 2019).

ONC14: [...] existen otros factores de riesgo extrínsecos, como por ejemplo la nuliparidad, el no haber tenido hijos, como por ejemplo una eh, una menopausia muy tardía, como la obesidad son factores de riesgo extrínsecos que te pueden desarrollar un cáncer.

[...] la mujer a veces hace una anticoncepción irresponsable, el uso irresponsable de anticonceptivos, sin tener una valoración ginecóloga adecuada, sin tener una evaluación como pareja, esto también nos lleva a una sobre exposición a eh, hormonas en un determinado momento pueden ser un factor de riesgo (Entrevista 25 de febrero de 2019).

En estas declaraciones se puede observar, por un lado, la minimización del riesgo de utilizar determinados fármacos comúnmente recetados por los mismos médicos/as; por otro, la centralidad que continúa teniendo la nuliparidad como un factor de riesgo para el cáncer de mama, elemento que implícitamente promueve la maternidad; y finalmente, la responsabilidad atribuida a las mujeres respecto al uso inadecuado de fármacos anticonceptivos. En suma, la responsabilidad y la posibilidad de ocurrencia del cáncer de seno culmina por extrapolarse a las mujeres, normativizando sus vidas y subvalorando la evidencia existente respecto a otros aspectos y la incertidumbre biomédica que todavía rodea al padecimiento.

El estilo de vida configura otro elemento de relevancia alrededor de las nociones de riesgo y prevención del cáncer de mama. Contemporáneamente el estilo de vida es uno de los elementos fundamentales a tomar en cuenta para prevenir la enfermedad, pero también para culpabilizar a las mujeres (Giraldo, 2009). Varios de los factores concernientes a este engloban: mala alimentación (alta en grasa), consumo de tabaco y alcohol, no realizar actividad física, no cumplir un régimen de chequeos ginecológicos, entre otros. El estilo de vida estipulado por la biomedicina dictamina hábitos, prácticas, comportamientos, consumos específicos; sitúa la carga de la salud en los individuos y después los responsabiliza de la enfermedad. Este discurso se alinea acorde a la racionalidad neoliberal. "La racionalidad neoliberal enfatiza al individuo emprendedor a quien se le pide que entre en su propio autogobierno a través de procesos de "autoexamen interminable, autocuidado y superación personal", asumiendo la responsabilidad de protegerse del "riesgo" (traducción de la autora) (Petersen 1997 citado en Bell, 2010:350).

Porroche arguye, por ejemplo, que las campañas sobre el cáncer de mama se reducen a los estilos de vida de las mujeres y a la realización de exámenes médicos como las mamografías¹¹. La autora sostiene que el modelo de empoderamiento que se promulga en estas campañas, únicamente fomenta la docilidad para acatar las normas establecidas por la biomedicina, aun cuando todavía no existen certezas respecto a la prevención del padecimiento. De modo que las nociones de prevención y riesgo inmersas en el estilo de vida no cumplen una verdadera función informativa, sino que más bien ofrecen recetas concretas que reafirman la autoridad biomédica (Porroche, 2015), individualizando el padecimiento acorde con la racionalidad neoliberal.

¹¹ El estudio se realizó en España sobre la base de siete campañas y materiales divulgativos sobre cáncer de mama publicados entre el 2005 y el 2013.

Con todo, estos discursos atraviesan la cotidianidad de gran parte de las mujeres con cáncer de mama, pero no todas cuentan con los recursos (geográficos, económicos, sociales, etc.) para mantener tan específicos estilos de vida y la culpa de la enfermedad igualmente recae sobre ellas, invisibilizando otros factores (sociales, económicos, ambientales, etc.) que bien pueden repercutir en la incidencia y mortalidad de esta clase de enfermedades.

Raquel: [...] y empieza esa parte de uno ¿no? a preguntarse ¿por qué? si yo me venía cuidando ¿no? y entonces te sientes culpable [...]. Y tú te vienes haciendo tus mamografías anualmente, vienes haciéndote los exámenes que nos hacemos las mujeres regularmente, por vida, por salud, y de pronto ya no te sale bien tu examen [...] (Entrevista 24 de enero de 2019).

Vianca: [...] yo no sabría decirte a que obedeció el cáncer o sea si tuviéramos esa respuesta, pero sí debe ser qué sé yo mala alimentación, cuerpo muy, no estás cuidada bien qué sé yo (Entrevista 28 de enero de 2019).

Aquí se evidencia la autculpabilización que algunas mujeres cargan tras el diagnóstico de la enfermedad y que está vinculada con los mensajes de prevención y riesgo que individualizan el padecimiento a través del miedo y la culpa. La autovigilancia de las mamas, por ejemplo, carga de responsabilidad a las mujeres respecto al padecimiento produciendo que su ocurrencia genere sentimientos de culpa, vergüenza o inclusive fracaso personal. De acuerdo con Porroche:

[...] el uso, y el éxito, del miedo se basa en cuatro suposiciones que contradicen los principios básicos del empoderamiento: (1) la consideración esencialista de que las mujeres son cuidadoras principales; (2) la suposición de que los profesionales de la salud son la autoridad máxima y sus dictados son infalibles; (3) la creencia paternalista de que las mujeres son niñas a las que hay que indicarles lo que tienen que hacer; y (4) la suposición perversa de que el miedo al dolor, la muerte, la supervivencia, la pérdida de la feminidad y el atractivo sexual a raíz de la mastectomía son factores que movilizan a las mujeres a que actúen (Porroche, 2015:7).

Así como Raquel, muchas mujeres cumplen rigurosamente los regímenes de autocuidado biomédico para prevenir el padecimiento, pero aun así, no encuentran otra respuesta a su apareamiento sino sus mismos hábitos y patrones comportamentales. Esto promueve cambios en el estilo de vida de muchas mujeres después del diagnóstico, aunque las condiciones de desigualdad de género y económica incidan directamente en sus posibilidades de cumplir, por ejemplo, planes específicos de alimentación o ejercicio diario, o también el acceso a exámenes periódicos u otros requerimientos que no se ajusten a sus condiciones materiales de existencia¹².

¹² Para algunas mujeres que viven en zonas rurales podría ser más complejo el acceso a exámenes periódicos por el trayecto que deben recorrer para su realización y el transporte y alojamiento que podrían requerir para ello. Igualmente, la sobrecarga laboral de muchas mujeres, por el trabajo remunerado y no remunerado que realizan, impide que cuenten con tiempo suficiente para desarrollar rutinas de ejercicio. La carencia de recursos económicos podría incidir también en la posibilidad de consumir alimentos y/o productos específicos (suplementos vitamínicos, etc.).

Las estrategias que se utilizan para la prevención del cáncer de mama están atravesadas por sesgos de género que se reproducen y refuerzan a través de la autoridad biomédica. La tercera suposición a la que hace referencia Porroche (2015) mantiene relación con las ideas discutidas en el anterior apartado respecto al tutelaje de las mujeres. La creencia paternalista de que las mujeres son sujetos de tutela permea los mensajes que se transmiten también en torno al riesgo y la prevención y, sobre ello, es crucial distinguir que estos mensajes no fomentan ni posibilitan la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres, sino solo el seguimiento de prácticas, comportamientos, consumos, estilos de vida. De modo que las nociones de prevención y riesgo se configuran como mecanismos de control.

La medicina hegemónica mantiene una relación simbiótica con el mercado y el sistema político que promueve la reproducción de valores patriarcales, capitalistas y neoliberales que invisibilizan las condiciones de desigualdad estructurales. En términos de procesos de salud/enfermedad en general y de cáncer de mama en particular, mientras estas condiciones no sean visibilizadas y abordadas, ninguna aproximación médica alcanzará a cubrir las verdaderas necesidades sanitarias de las poblaciones. Asimismo, las personas continuarán siendo responsabilizadas y culpabilizadas superficialmente por sus enfermedades, en sociedades que impulsan el consumo desenfrenado de todo aquello que después se dictamina no consumir; mientras la incertidumbre, los sentimientos, las responsabilidades y la enfermedad, se individualizan.

4. Conclusiones

Retomando el objetivo central de analizar los discursos, prácticas, relaciones e interacciones biomédicas alrededor del cáncer de mama, entre profesionales sanitarios y pacientes que han atravesado una mastectomía radical o una cuadrantectomía, se concluye que existe una jerarquización entre profesionales sanitarios y pacientes que se proyecta en la subordinación explícita o implícita de estas segundas. Tanto los discursos como prácticas biomédicas evidencian mecanismos de inferiorización de las mujeres. El complejo entramado de relaciones e interacciones entre profesionales y pacientes con cáncer de mama se permea por condiciones sociales que determinan el estatus de las personas y la forma en que son apreciadas. De manera que la atención sanitaria implica en ocasiones, aproximaciones discriminatorias que pueden llegar inclusive a la desatención de la queja de las pacientes.

El cuerpo de varias mujeres con cáncer de mama se convierte en una entidad supeditada a los mandatos sociales de género transmitidos a través de los profesionales sanitarios. La biomedicina continúa en esta época actuando como contribuidor al "dispositivo de feminización" (Fernández, 2004). Esto, en conjunto con varias de sus prácticas y discursos, posibilita la construcción del sujeto paciente como un ser ignorante, dependiente e incapaz de tomar decisiones adecuadas sobre su propio proceso de

salud/enfermedad. Mientras, paralelamente, se refuerza la autoridad biomédica y se instituye la noción de prevención, riesgo y autovigilancia que fomenta el control y la obediencia, individualizando la enfermedad y culpabilizando a las mujeres de cara al diagnóstico. Los procesos de salud/enfermedad se vuelven así, responsabilidades individuales que invisibilizan condicionantes sociales y responsabilidades de otras partes.

La autoridad biomédica se ampara bajo el discurso de objetividad de la ciencia y, por tanto, difícilmente se cuestiona. Sin embargo, es preciso desarrollar investigación y análisis de diversa índole que permitan visibilizar y problematizar sus nociones y prácticas, de modo que se desentrañen los sesgos que la subyacen. Las dinámicas de poder en la relación médico/paciente son complejas y se fraguan a través de los cuerpos, los discursos, las prácticas de médicos y pacientes, los silencios y las resistencias. Estas dinámicas se ajustan a los contextos sociales, pues estos inciden en las prioridades, posibilidades y oportunidades de cada persona. En otras palabras, el contexto social y las desigualdades estructurales de diversa índole, inciden directamente en la conformación de las relaciones sanitarias, pero también en la forma en que los procesos de salud/enfermedad son experimentados y asumidos. Es por ello, que no hay lugar para un relato único.

5. Referencias bibliográficas

Aguayo, Estefanía (2019). "Identidad de género y sexualidad de mujeres intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama: una aproximación crítica a la biomedicina capitalista". Tesis de Maestría en Género y Desarrollo, FLACSO-Ecuador.

Arenas, Patricia; Cecilia Canevari y Rosa Isac (2010). Tutelaje y apropiación: experiencias de discriminación en el campo de la salud. *Cifra*, 5: 157-173.

Baeta, María F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y salud*, 13(2): 81-83.

Bell, Kirsten (2010). Cancer survivorship, mor(t)ality and lifestyle discourses on cancer prevention. *Sociology of Health & Illness*, 32(3): 349-364. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01198.x>

Bosch, Montserrat (2014). Las nuevas amazonas. Mujeres tras la mastectomía. En I. Castro y S. Morales (Coords.), *Cuerpos y diversidades* (pp.161-170). UNICACH.

Calquín, Claudia (2018). Cirugías plásticas y cosméticas: cyborgs e interfaces estéticas/tecnológicas de la construcción del cuerpo en el siglo XX. *Revista Punto Género*, 10: 41-59.

Castaño, Eduardo (2006). Estilo de vida para prevenir el cáncer de mama. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 11: 11-19.

Castillo, Silvia (2015). Desarrollo histórico del sistema sanitario de Ecuador. Tesis Doctoral. Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia.

- Coll-Planas, Gerard; Eva Alfama y Marta Cruells (2013). Se nos gener@ mujeres. La construcción discursiva del pecho femenino en el ámbito médico", *Athenea Digital*, 13(3): 121-135. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v13n3.1079>
- Coll-Planas, Gerard (2014). «Me quedaré con lo positivo»: Análisis de blogs de mujeres con cáncer de mama. *Aloma*, 32(1): 33-44.
- Corral, Fabián; Patricia Cueva, José Yépez y Wilmer Tarupi (2018). Tendencias en incidencia y mortalidad por cáncer durante tres décadas en Quito – Ecuador. *Colombia Médica*, 49(1): 35-41. <https://doi.org/10.25100/cm.v49i1.3785>
- Cuvi, Juan (2012). Influencia del modelo biomédico en la cultura política ecuatoriana. *Universitas. Revista de ciencias sociales y humanas*, 17: 131-155.
- De Lauretis, Teresa (1989). The Technology of Gender. En A. Bach y M. Roulet (Eds.), *Technologies of Gender. Essays on theory, film and fiction* (pp.1-30). Macmillan Press.
- Deleuze, Gilles (1999). *Conversaciones*. Pre-textos.
- Espinàs, Laura (2003). Análisis psicosocial de la interacción "profesional de la salud"/ "paciente"/ "familiar". Un ejemplo: el caso de los foros virtuales de autoayuda en cáncer. *Athenea Digital*, 4. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n4.112>.
- Faith, Jeanne y Annelie Nygren (1995). Breast cancer. A feminist view. *Off our backs*, 25(9): 6-7.
- Fernández, Inés (2004). Medicina y poder sobre los cuerpos. *Thémata. Revista de Filosofía*, (33): 191-198.
- Fort, Meredith (2006). Introducción. Globalización y salud. En M. Fort, M. Mercer y O. Gisch, *El negocio de la salud* (pp. 25-35). Paidós.
- Foucault, Michel (1979). *Microfísica del poder*. Ediciones de la Piqueta.
- Giraldo, Clara (2009). Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Revista de Salud Pública*, 11(4): 514-525. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642009000400003>
- López, Daniel; Chunhwei Chi y Fernando Ortega (2014). Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad. *Revista de Salud Pública*, 16(3): 346-359. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n3.34610>
- Márquez, Soledad. y Ricard Meneu (2007). "La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia. Revista de Filosofía*, 8: 65-86.
- Menéndez, Eduardo (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1): 9-32.
- Ministerio de Salud Pública - MSP (2018). El Ministerio de Salud comprometido en la lucha contra el cáncer de mama. 27 de octubre, ([enlace](#)).
- Porroche, Ana (2014). The 'invisible scars' of breast cancer treatments. *Anthropology Today*, 30(3): 18-21. <https://doi.org/10.1111/1467-8322.12111>
- Porroche, Ana (2015). Empoderamiento. El santo grial de las campañas de cáncer de mama. *Revista Internacional de Sociología*, 74(2): e031. <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2016.74.2.031>

Preciado, Paul B. (2008). *Testo Yonqui*. Espasa Calpe.

Ruales, José y Fernando Checa (2018). La atención del cáncer en el Ecuador: pasado, presente y futuro. *Facultad de Ciencias Médicas*, 43(1): 46-59. https://doi.org/10.29166/ciencias_medicas.v43i1.1456

Valls-Llobet, Carme (2009). *Mujer, salud y poder*. Cátedra.

Wilkinson, Sue (2008). Mujeres feministas en lucha contra el cáncer de mama: lo personal y lo político. *Anuario de psicología*, 39(1): 23-39.