

CÁNCER DE MAMA: ANÁLISIS DESDE PERSPECTIVAS TRANSDISCIPLINAR, PSICOSOCIAL Y DE GÉNERO EN CHILE Y CATALUÑA

BREAST CANCER: ANALYSIS FROM TRANSDISCIPLINARY, PSYCHOSOCIAL AND GENDER PERSPECTIVES IN CHILE AND CATALONIA

RESUMEN

Fundamentos: El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer a nivel mundial. Nuestro objetivo fue comparar las políticas públicas sanitarias de cáncer de mama en Chile y Cataluña, bajo las perspectivas transdisciplinar, psicosocial y de género.

Material y Métodos: Estudio cualitativo descriptivo que utilizó como método y técnica el análisis comparativo entre políticas públicas sobre cáncer de mama en Chile y Cataluña desde el año 2005 al 2016.

Resultados: Ninguna región considera la perspectiva transdisciplinar, y ambos sitios sólo trabajan desde un abordaje multidisciplinar. Por su parte, la perspectiva psicosocial fue descrita como relevante en el ciclo de la enfermedad; no obstante, se reduce a lo disciplinar en ambos contextos. Con respecto a la perspectiva de género, Chile señala su incorporación en las estrategias, pero no es consistente, mientras Cataluña menciona pequeños elementos sin explicitar el enfoque. Entre las categorías emergentes, se incluyen la perspectiva política/epidemiológica, con ambos espacios priorizando la elaboración y ejecución de las políticas públicas para la patología, y la perspectiva del empoderamiento de las usuarias, la cual ambas regiones identifican como eje fundamental en la toma de decisiones médicas.

Conclusiones: Existe un estado incipiente al abordar las perspectivas analizadas, sin embargo, no conciben con las demandas sociales ni el avance epistemológico sanitario. En lo comparativo, existen mayores similitudes que diferencias, ambos manifiestan una precaria articulación de los planteamientos analizados. Por ahora, es importante comenzar transformando la comprensión sobre el cáncer de mama, tarea pendiente será su materialización en protocolos y guías sanitarias.

Palabras clave: cáncer de mama, enfoque transdisciplinar, enfoque psicosocial, perspectiva de género.

PÍA RODRÍGUEZ

MSC Facultad de Farmacia, Universidad de Barcelona, España
pia_rg26@hotmail.com

JUAN PINO

PHD Facultad de Sociología, Universidad Autónoma de Barcelona, España

MARIAN MARCH

PHD Facultad de Farmacia, Universidad de Barcelona, España

Artículo recibido el 18/12/2017

Aceptado el 21/08/2018

Este trabajo Declaración de conflicto de intereses:

No existen conflictos de interés, sin embargo, se contó con el financiamiento de la Comisión Nacional Científica y Tecnológica de Chile (CONICYT) por otorgar los fondos para emprender esta investigación, folio: 73170700-2016, en el marco de Becas Chile para Magister en el extranjero.

ABSTRACT

Background: Breast cancer is the leading cause of cancer death in women worldwide. Our objective was to compare the public health policies of breast cancer in Chile and Catalonia, under transdisciplinary, psychosocial and gender perspectives.

Material and Methods: Qualitative descriptive study, which used the method of comparative analysis to compare public policies on breast cancer in Chile and Catalonia between 2005 and 2016.

Results: The transdisciplinary perspective was not considered, with both regions only taking a multidisciplinary approach. For its part, the psychosocial perspective was described as relevant in the disease cycle, but in practice both sites showed limited application of this perspective. With respect to the gender perspective, Chile has incorporated it into strategies, though not consistently manner, while Catalonia mentions small elements, without being explicit about the approach. The identified emergent categories include a political/epidemiological perspective, with both locations prioritizing the development and execution of public policies to address the pathology, as well as a perspective of user empowerment, which both Chile and Catalonia identify as a fundamental aspect of medical decision making.

Conclusions: The analyzed perspectives are in early stages of development; however, they are not yet in line with social demands nor current health epistemology. In terms of the comparison, there are greater similarities than differences between the two sites, and both are just starting to articulate the analyzed approaches. For now, it is important that both sites start transforming their understanding of breast cancer, and a pending task will be to materialize that new approach into health protocols and guides.

Keywords: breast cancer, transdisciplinary approach, psychosocial approach, gender perspective.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es considerado uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, el más frecuente en la mujer en países desarrollados y en vías de desarrollo, duplicando en los últimos 25 años el número de casos nuevos anuales observados.¹

Se estima que el número de cáncer de mama en mujeres diagnosticadas en España durante el año 2014 fue de 26.354 lo que representa una tasa ajustada a la población estándar mundial de 63,0 por 100.000 y a la población estándar europea de 85,0 por 100.000 mujeres. Representa casi el 30% de todos los tumores femeninos del país.²

En América Latina se observan 114.000 nuevos casos y 37.000 muertes por año, siendo la neoplasia más frecuente.^{3,4} En Chile, la tasa observada de defunciones durante el año 2012 fue de 15,6 por 100.000 habitantes.⁵ Estimándose que la tasa de mortalidad por esta

causa comienza a aumentar desde los 45 años concentrando el 90,6% de las defunciones en mujeres.^{6,7}

En materia de política sanitaria, se crea en Chile en 1986 la Comisión Nacional del Cáncer, con ello se implementó el programa de cáncer de mama en 1995, la subcomisión asesora de éste en el año 1999 y los primeros Registros Poblacionales de Cáncer en 1998.⁸ En el año 2004 se promulga la ley 19.966 que establece un Régimen General de Garantías en Salud, dentro de esta modificación se incluyen también las Garantías Explícitas en Salud (GES) relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgada las prestaciones sanitarias asociadas a un conjunto de enfermedades o condiciones de salud, incluyéndose dentro de la canasta de prestaciones, la patología del cáncer de mama en personas mayores de 15 años.^{7,9}

En el caso de España, el primer programa de

cribado se implementó en 1990 en la Comunidad Autónoma de Navarra, y actualmente todas las comunidades autónomas otorgan este tipo de programas con una cobertura superior al 90% de la población objetivo, considerando una tasa de participación en los programas para el año 2011 superior al 73%.^{10,11} En Cataluña, se cuenta con el Registro de cáncer de Tarragona desde 1980 y con el de Girona desde 1994, considerándose desde entonces el cáncer de mama como la primera causa de cáncer entre las mujeres, el número estimado de nuevos casos que aparecen anualmente es de 2.550, ello supone que 1 de cada 19 mujeres catalanas desarrollará un cáncer de mama antes de los 74 años.¹²

Considerando los antecedentes históricos, epidemiológicos y sociales del cáncer de mama, identificamos la magnitud y complejidad del problema, los cuales superan ampliamente las respuestas y estrategias desde el sector sanitario actual, por ello, se hace necesario avanzar en materia de política y de derecho basado en las determinantes sociales en salud, incorporando nuevas perspectivas socioculturales en el diseño de políticas públicas tanto en Chile como en España.^{10,13} A pesar de las dificultades que conlleva su aplicación, sumado a la falta de evidencia de otros contextos geográficos, se está trabajando en ambos Estados en el desarrollo de estrategias sanitarias que van adecuándose a las transformaciones tanto en los procesos de salud/enfermedad, como en las necesidades de las personas y sus contextos. Este escenario, posibilita una apertura para profundizar en la incorporación de perspectivas transdisciplinar, psicosocial y de género, propuestas complementarias y fundamentales para avanzar en políticas sanitarias que progresen hacia un modelo de mayor equidad. Con el entronque de estas perspectivas se puede superar la mirada biomédica y abordar de manera holística la realidad de las mujeres que permitan satisfacer sus reales problemáticas, democratizando los saberes científicos, sociales, psicológicos y culturales.

Es por ello que el objetivo de este estudio fue comparar las políticas públicas sanitarias del cáncer de mama en Chile y Cataluña, bajo

perspectivas transdisciplinar, psicosocial y de género.

MATERIAL Y MÉTODO

El marco metodológico de la presente investigación, se define bajo parámetros de una investigación cualitativa descriptiva, que destaca la comprensión de la complejidad de los fenómenos sociales a partir de los significados que se le conceden al objeto de estudio.¹⁴ Se utilizó como método y técnica el análisis comparativo, el cual se define “como la descripción y la explicación de las condiciones y los resultados semejantes y diferentes (usualmente estos últimos), entre unidades sociales grandes, naciones, sociedad y culturas, también como el análisis sistemático de observaciones extraídas de dos o más entidades macrosociales para analizar sus semejanzas y diferencias e indagar sus causas”.¹⁵ Para la aproximación a la muestra, se concretaron dos entrevistas semi estructuradas a profesionales a cargo de Unidades de Patología Mamaria del Hospital General de Cataluña y del Instituto Catalán de Oncología, junto a información obtenida por profesionales a cargo de Unidades Oncológicas de Mama de las siguientes instituciones: Hospital de San Pau, Hospital Clinic, Hospital Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Instituto de Oncología y el Hospital Parc de Salut Mar, todos ubicados en Cataluña. En el caso de Chile, se obtuvo información mediante antecedentes aportados por matronas de la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Regional de Concepción y la matrona encargada de convenios de la Dirección de Salud Municipal de Chiguayante.

Lo anterior fue necesario para recopilar los documentos utilizados para el desarrollo de la práctica clínica en la patología, ello bajo el criterio muestral intencional, acumulativo y flexible. El tamaño muestral se definió a partir de la pertinencia y la suficiencia de la muestra, incorporando sólo documentos atingentes al cáncer de mama y en los espacios geográficos indicados previamente. Como criterio de inclusión, se analizaron documentos institucionales y políticos sobre cáncer de mama en Chile y Cataluña desde el año 2005 al 2016. Ver detalles en tabla 1.

Tabla 1

Lugar geográfico	Documentos analizados
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> - Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (ley 16/2003, Real Decreto 1030/2006 modificado el 15 de septiembre, apartado 3.3.2.1 del anexo I). - Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. - El Cáncer a Catalunya, monográfico, 2016. - OncoGuía SEGO, 2011. - OncoGuía Mama, Plan Director, 2008. - ICO Praxis, 3ªed. 2016.
Chile	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 19.966 Régimen General de Garantías en Salud (Decreto N°44, 2007, art. 1, págs.16-17). - Estrategia Nacional del Cáncer, 2016. - Guía Clínica Cáncer de Mama Chile, 2015.

A partir de las dimensiones que se deseaban investigar, se consideró para la descripción, análisis y comparación, el abordaje del cáncer de mama bajo las perspectivas transdisciplinar, psicosocial y de género. Una vez revisados los documentos, se procedió a filtrar manualmente los que apuntaban a las directrices señaladas, posterior a ello, se realizó la primera matriz codificadora, la cual consistió en destacar mediante códigos los extractos de los documentos que cumplían con las perspectivas de análisis, luego, con ese contenido, se realizó la segunda

matriz codificadora, en la cual emergieron dos categorías no contempladas, pero que sin embargo, eran un insumo enriquecedor para el posterior análisis, estas fueron la perspectiva política-epidemiológica y el empoderamiento de las usuarias. Finalmente, como se indica en los procedimientos metodológicos para realizar un análisis comparativo¹⁶, se procedió a realizar la última matriz codificadora, jerarquizando la información mediante una nueva codificación de cara a las directrices estipuladas. Dicha información se evidencia en los resultados.

RESULTADOS

Tabla 2

Perspectiva Transdisciplinar	
Chile	Cataluña
El enfoque a través de equipos multidisciplinares mejora considerablemente la calidad del tratamiento (Estrategia Nacional de Cáncer, 2016. p.18)	Consolidar el modelo de atención multidisciplinar como eje del modelo asistencial del cáncer en Cataluña (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.5 y 18)
El objetivo fundamental de la reorganización es lograr una red integrada de atención del cáncer (Estrategia Nacional de Cáncer, 2016. p.14)	Potenciar la evaluación multidisciplinar que incluya los aspectos oncogeriátricos (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.36)
...cada caso debe ser evaluado por un comité oncológico constituido por equipos multidisciplinarios (Estrategia Nacional de Cáncer, 2016. p.15)	Todos los pacientes, al terminar el tratamiento, deberán recibir un plan personalizado recomendado por el equipo multidisciplinar (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.6)
Asegurar capacidad y especialización del recurso humano oncológico, funcionando en equipos multidisciplinarios (Estrategia Nacional de Cáncer, 2016. p.51)	La atención multidisciplinar en la decisión terapéutica y el seguimiento de los resultados (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.28)
La rehabilitación entregada por equipos multidisciplinarios antes y durante el tratamiento del cáncer (Estrategia Nacional de Cáncer, 2016. p.56)	Como en otros tumores, el tratamiento es multidisciplinar (OncoGuía Mama, Plan Director, 2008. p.58)

La perspectiva transdisciplinar no se aborda, sin embargo, comprenden que la presencia de equipos multidisciplinares mejora el tratamiento oncológico y disminuye las inequidades en el acceso. Chile manifiesta la

importancia de una red integrada del cáncer y la especialización del recurso humano oncológico multidisciplinar. Cataluña propone como eje del modelo asistencial del cáncer la atención multidisciplinar.

Tabla 3

Perspectiva Psicosocial	
Chile	Cataluña
Desarrollar la red de servicios de apoyo social y psicológico. Entre ellos destacan las casas de acogida para personas que viven alejadas de los centros de atención (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.51)	Desde el inicio del primer Plan director de oncología ha sido el apoyo a la implantación de la atención psicooncológica (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.36)
Mejorar la asistencia integral al paciente y a su entorno por un equipo multiprofesional incluida la asistencia psicosocial y espiritual (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.50)	El apoyo a la implantación de la atención psicooncológica, que ha sido promovida tanto con la disponibilidad de profesionales como con el despliegue de un modelo de trabajo (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.36)
Es necesario contar con una instancia que coordine y supervise la atención del paciente oncológico durante y después del tratamiento. Esto incluye también los servicios de apoyo social y psicológico para el paciente y su familia (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.15)	Desarrollar una estrategia de atención psicooncológica e implantar el cribado del distrés psicológico (con barómetro), realizado periódicamente por los profesionales sanitarios (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.36)
La calidad de vida es percibida como una estructura multidimensional: estado y funcionamiento a nivel físico; enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento; funcionamiento psicológico y funcionamiento social. A estos factores se añaden aspectos espirituales o existenciales (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.54)	Un aspecto clave para los próximos años es la definición de qué grado de apoyo terapéutico y qué profesional es el más adecuado para facilitararlo (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.36)
No existe una estrategia destinada específicamente a mejorar la calidad de vida durante el tratamiento, es necesario diseñar una “canasta de recuperación” que se haga cargo de circunstancias sociales, necesidades de salud mental y co-morbilidades (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.55)	En general el ritmo de la vida cotidiana se ve alterado durante los periodos de tratamiento. Durante este tiempo es necesario tener más cuidado de una misma y atender las necesidades que vayan surgiendo, adaptando el ritmo diario a las nuevas situaciones (OncoGuía Mama, Plan Director, 2008. p.69)

Chile contempla los componentes de raza, etnia, género y espiritualidad, con ello, enfatiza en el desarrollo y mejora de la asistencia integral, sin embargo, describe la falta de una estrategia que aborde por completo las circunstancias

sociales de la usuaria. Cataluña menciona la elaboración de una prestación psicooncológica y la creación de un instrumento que mida el distrés psicológico.

Tabla 4

Perspectiva de Género	
Chile	Cataluña
Debe incorporar los enfoques de género e interculturalidad de manera de incluir estrategias que aborden las diferentes necesidades y visiones del mundo de la población chilena (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.12)	La terapia de sustitución hormonal como causa de cáncer o la prevención del cáncer de mama mediante la lactancia materna (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.9)
Al igual que todos los pacientes con cáncer, las necesidades de las personas mayores varían según el tipo de cáncer, el género y etnia (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.51)	El cáncer de mama es la neoplasia más común entre las mujeres y representa casi el 30% de todos los cánceres que se diagnostican en la población femenina (ICO Praxis, 3ªedición, 2016. p.2)
Será necesario incluir como parte del tratamiento de los cánceres los implantes mamarios bilaterales en cánceres unilaterales como parte de cirugía reconstructiva integral... (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.56)	En las mujeres, cada componente es diferente, un 9% es atribuible al envejecimiento; un 8%, al crecimiento demográfico, y un 8%, a los factores de riesgo (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.12)
Según género y edad, el cáncer de mama afecta preferentemente a mujeres mayores de 15 años (Guía Clínica Cáncer de Mama Chile, 2015. p.10)	Los principales factores de riesgo descritos están relacionados con factores hormonales y reproductivos (OncoGuía Mama, Plan Director, 2008. p.14)

Chile explicita el vínculo entre la salud oncológica y el componente de género. Cataluña señala que los factores de riesgo para desarrollar

cáncer de mama provienen en su mayor proporción de modificaciones hormonales y/o hereditarias propias del género.

Tabla 5

Perspectiva Política-Epidemiológica	
Chile	Cataluña
El primer lugar como causa de muerte en las mujeres, es el cáncer de mama (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.6)	En las mujeres, el cáncer de mama es el tumor más frecuente (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.11)
Los cánceres que causan mayor carga de enfermedad están contemplados en las patologías GES (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.45), (Ley 19.966)	En Cataluña, tanto el cribado de cáncer de colon y recto como el de mama se plantean desde el primer momento como una estrategia poblacional (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.24), (Ley 16/2003)
Se recomienda realizar tamizaje cada 2 años con mamografía en mujeres de 50-74 años, asociado o no a Examen físico de mamas (Guía Clínica Cáncer de Mama, 2015.p.6)	Hay que valorar la posibilidad de alargar el cribado hasta los 74 años (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.24)
La continuidad del ciclo de atención no se encuentra totalmente asegurada, ya que frecuentemente los pacientes se atienden en distintos establecimientos, donde se entregan diferentes prestaciones (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.13)	Hace falta reforzar periódicamente los criterios de sospecha en la atención primaria y mejorar el circuito de acceso, de una forma continuada (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.29)
Para la vigilancia de factores de riesgo y tamizaje de cáncer, se cuenta con registros, mediciones y con encuestas poblacionales periódicas (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.58)	Establecer un sistema de información específico para registrar los casos de cáncer de mama y colorectal para evaluar el impacto del cribado de cáncer, con la información sanitaria disponible en el CatSalut (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.41)

Chile y Cataluña refieren como prioridad sanitaria gubernamental el trabajo sobre cáncer de mama. Chile, incorpora la patología dentro de las Garantías Explícitas en Salud desde su creación, dicha política considera las 80 patologías prioritarias para el país. Cataluña, incorpora desde el inicio de los cribados el cáncer de mama dentro de las estrategias

poblacionales. Los esfuerzos dispuestos en disminuir las cifras de mortandad consideran la creación de cribados, tamizajes, desarrollo de normativas, y en general, concientización de la comunidad frente a la patología, así lo describe la Estrategia contra el cáncer en Chile y el Plan contra el cáncer en Cataluña.

Tabla 6

Perspectiva Empoderamiento de la usuaria	
Chile	Cataluña
Empoderar a las personas con cáncer para que participen activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento, a través de la entrega de información oportuna y de calidad (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.11)	Reforzar el papel del paciente y potenciar su implicación en la decisión terapéutica, teniendo en cuenta sus preferencias (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.6)
...el involucramiento del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.12)	Mejorar y homogeneizar la información ofrecida a la mujer invitada sobre los beneficios y riesgos del cribado para que pueda tomar una decisión informada sobre su participación en el Programa (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.25)
...se debe garantizar la participación del paciente en todas aquellas decisiones sobre su tratamiento, asegurando su derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.13)	...hay que promover un modelo de relación médico-paciente basado en una comunicación franca y comprensible (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.28)
Para asegurar la continuidad de la atención e incluir la mirada desde el paciente, estas redes deben estar interrelacionados entre sí por sistemas de coordinación explícitos y formales (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.14)	El papel del paciente tiene que estar previsto en todos los pasos del plan, desde su desarrollo hasta la evaluación (Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020. p.40)
...la entrega de información oportuna y suficiente que permita empoderarlo en la toma de decisiones y conocer la ruta que debe seguir de acuerdo a las etapas de su enfermedad ("ruta del cuidado"), con un trato amable y personalizado (Estrategia Nacional Cáncer, 2016. p.51)	Las Guías Prácticas Clínicas constituyen asimismo un elemento fundamental para una discusión terapéutica con el paciente que permita llegar a una toma de decisiones compartida (ICO Praxis, 3ªedición, 2016. p.2)

Chile y Cataluña mencionan la incorporación del empoderamiento de la usuaria, aludiendo a la toma de conciencia de la paciente en todo el ciclo de la enfermedad, considerando su

opinión y decisión en un dialogo constante con el equipo médico asociado a la entrega de información oportuna por el mismo.

DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos podemos afirmar la difícil tarea de incorporar las perspectivas mencionadas en una política pública y ponerlas en ejecución.

Es así como la perspectiva transdisciplinar no se explicita en las políticas, más bien, se utiliza lo "multidisciplinar". Fidel Martínez¹⁷ en "Hacia una Epistemología de la Transdisciplinariedad", explica que ha existido desde décadas teorías que intentan comprender la génesis y el desarrollo del conocimiento, lo cual ha generado una fragmentación y aislamiento disciplinario de las comprensiones, dando cabida a la existencia de enumeradas disciplinas que no necesariamente dialogan entre sí. Por tanto, el enfoque multidisciplinar replica esta dificultad en los diálogos, expresada en la relación hegemónica del saber biomédico donde el oncólogo cobra una superioridad y jerarquía por sobre el equipo profesional y la usuaria. Por el contrario, la transdisciplinariedad comparte un mirada democrática y colectiva sobre cómo abordar los problemas y situaciones. Este enfoque permite una comprensión más compleja entre los diferentes posicionamientos, donde cada uno tiene una relevancia que permite construir aprendizajes colaborativos entre el equipo y la usuaria.

La dimensión psicosocial en ambos lugares se describe como relevante. Alexander Alvis¹⁸ en "Aproximación teórica a la Intervención Psicosocial", describe la importancia del entorno en el abordaje de la mujer con cáncer de mama, lo cual concuerda con las propuestas descritas en esta investigación, donde se adjudica una relevancia al entorno familiar, social y laboral de la usuaria y cómo éste influye en el proceso de salud/enfermedad. Así también se muestra en los documentos analizados, la importancia de tener un equipo capacitado en materia psicosocial, comprendiendo esto último no sólo desde una mirada binaria entre los ámbitos psicológicos y sociales, sino más bien, como la necesidad de conocer cómo se constituyen las representaciones sociales sobre la propia singularidad de vivir con cáncer de mama. Acá lo psicosocial se complementa con la transdisciplinariedad en la importancia de las

relaciones sociales, en la conformación de los vínculos, los sentidos de pertenencia y bienestar.

El enfoque de género es una de las grandes deudas dentro del cáncer de mama. Natalia Tumas¹⁹ en "Feminismo y cáncer de mama, una estrecha relación" lo describe como "una metodología para capturar las realidades de la vida de las mujeres, desde el punto de vista de las mismas mujeres que las viven, y en el contexto social en el cual esas vidas son construidas"¹⁹. Esa omisión en el abordaje no permite una fluidez en la atención y una cercanía hacia las usuarias. De ahí la importancia de relevar que el cáncer de mama es una condición que está atravesada por el género, afectando todas las dimensiones cotidianas. Con ello se puede comprender las dificultades asociadas a los estereotipos de género que tienen las mujeres con cáncer de mama, por ejemplo, replantearse bajo la lógica de ser cuidadas y no desde su rol de cuidadoras. Así también, en el ámbito sexual, los roles asociados a la feminidad se ven atravesados por la baja autoestima y/o discapacidad que genera el diagnóstico y tratamiento de la patología.²⁰

Dentro de las categorías analizadas emergió la dimensión política- epidemiológica. Cataluña ha dispuesto mayores recursos para desarrollar la investigación oncológica y políticas comparadas a nivel europeo, así también el abordaje del cáncer de mama en España, tiene una especificidad para cada comunidad autónoma que según el tipo de institución genera la duplicidad de información, esto debido a la ausencia de articulación en el cribado, tratamiento y seguimiento de la patología. Situación que en Chile se controla de mejor forma, ya que existe una unificación nacional en los criterios y protocolos utilizados en la materia.

En la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Yakarta²⁰, se identificó como prioridades para encaminar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, empoderar a los individuos. Es a partir de ese encuentro que la OMS explicita la necesidad de los procesos de empoderamiento para la práctica de la promoción de la salud. Sin embargo, la transición de la usuaria como sujeto activo es una tarea pendiente, ya que aun persiste en la cultura institucional conductas que adoctrinan y limitan a las mujeres en sus procesos autónomos.

CONCLUSIÓN

Con lo anterior, podemos concluir que el abordaje del cáncer de mama bajo perspectivas transdisciplinar, psicosocial y de género en Chile y Cataluña, se encuentran en un incipiente estado, lo cual no condice con las demandas de la ciudadanía, ni con los acuerdos establecidos a nivel internacional en salud, ni tampoco con el avance de las perspectivas teóricas sanitarias. A su vez, podemos concluir que existen mayores similitudes que diferencias desde el análisis comparativo, ya que ambos manifiestan una precaria articulación y la coherencia interna de los planteamientos analizados en sus políticas públicas de cáncer de mama, lo cual evidencia una hegemonía de las perspectivas biomédicas en ambos territorios, ello se traduce en conductas jerárquicas que impiden visualizar el real protagonismo de las usuarias, perpetuando el asistencialismo.

Con lo anterior, la incipiente apertura hacia comprensiones transdisciplinarias, psicosociales y de género, devela la poca profundidad y una instrumentalizada comprensión en la materialización de las guías y protocolos profesionales, quedando finalmente coaptado el potencial transformador que supondrían las dimensiones. De ahí la necesidad de problematizar y potenciar este triple enfoque que permite comprender con mayor complementariedad la realidad de las mujeres que se enfrentan al cáncer de mama.

Desde estas perspectivas se puede vislumbrar como el campo de relaciones sociales, configura y constituye lo psicológico individual, entendido para este caso, como lo psicosocial. Cómo

estas relaciones intersubjetivas psicosociales desarrollan las identificaciones de género, a su vez, cómo las relaciones psicosociales horizontales de los equipos profesionales permiten una apertura epistemológica para respetar los conocimientos que propone la transdisciplinariedad, así romper la hegemonía y jerarquía del poder biomédico, el cual establece una linealidad sobre el abordaje del cáncer de mama, quedando supeditado el saber científico por sobre el epistémico de la mujer.

El sector sanitario esta tensionado a esta apertura epistemológica, por ello proponemos, que en la medida que exista un dialogo y articulación entre los diferentes actores y sectores involucrados, permitirá una materialización en los posicionamientos políticos y técnicos que se demandan en la actualidad por las mujeres y la ciudadanía. Por ahora, es importante comenzar transformando la comprensión sobre el cáncer de mama, tarea pendiente será su materialización en protocolos y guías sanitarias.

Agradecimientos:

A la Enfermera encargada de la Unidad Funcional de Patología Mamaria del Instituto Catalán de Oncología (España), señora Ana Rodríguez, a la Enfermera encargada de la Unidad de Patología Mamaria del Hospital General de Cataluña (España), señora Montse Santos, a la Matrona encargada de convenios de la Dirección de Salud Municipal de Chiguayante (Chile), señora Fabiola Yáñez. Y finalmente, a la Matrona encargada de la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Regional de Concepción (Chile), señorita Denisse Pando.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serra I, Martínez R, Mimica X. Cáncer de Mama en Chile: Un aporte clínico y epidemiológico según un registro poblacional metropolitano. *Rev. Chilena Cirugía*. 2009; 61(6):505-514.
2. García M, Martínez F. Cáncer de mama. *Rev. Med Univ Navarra*. 2008; 52(1):3.
3. Justo N, Wilking N. A review of breast cancer care and outcomes in Latin America. *Oncologist*. 2013;18(3):248-56.
4. Lozano R, Gómez H. Tendencias del Cáncer de mama en América Latina y El Caribe. *Salud Pública México*. 2009; 51 Suppl2: S147-S156.

5. Chile. Ministerio de Salud. *Mortalidad observada y ajustada por tumores malignos según regiones y sexo* [en línea]. Chile: Departamento de estadísticas e información de salud; 2010 [consultado 01.03.2017]. Disponible en: <http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-mortalidad>.
6. Prieto M. Epidemiología del Cáncer de mama en Chile. *Rev Med Clin Condes*. 2011; 22(4): 428-435.
7. Chile. Ministerio de Salud. *Guía Clínica Cáncer de mama*. 2º ed. Santiago: MINSAL; 2010. p. 2-69.
8. Chile. Ministerio de Salud. *Estrategia Nacional de Cáncer*. Chile: MINSAL; 2016.
9. Bastías G, Valdivia G. Reforma de salud en Chile; el plan Auge o Régimen de garantías explícitas en salud. Su origen y evolución. *Boletín Esc. Med. PUC*. 2007; 32(2):51-58.
10. Ministerio de Sanidad y Política Social, Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. España: MSPS; 2009. 119 p.
11. cribadocancer.es [en línea]. España: *Red de Programas de Cribado de Cáncer España*; [consultado el 13.12.2017]. Disponible en: <http://www.cribadocancer.es/index.php/cancer-de-mama>.
12. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. *Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020*. Cataluña: Gencat; 2015. 49 p.
13. Olavarría M, Navarrete B, Figueroa V. ¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile?. *Rev. Polít. Gob. México*. 2011; 18(1):109-154.
14. Vázquez M, Silva M, Mogollón A, Fernández-Sanmamed M, Delgado M. E. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. 1a ed. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
15. Ariza M, Gandini L. El análisis comparativo cualitativo como estrategia metodológica. En: Ariza M, Velazco L, coordinadoras. *Métodos cualitativos y su aplicación empírica: por los caminos de la investigación sobre migración internacional*. México: UNAM; 2012. p. 498-500.
16. Gibbs G. *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. 1a ed. Madrid: Ediciones Morata; 2012.
17. Martínez F, Hernández E, González A. Hacia una epistemología de la transdisciplinariedad. *Rev Hum Med*. 2007; 7(2):10-24.
18. Alvis A. Aproximación Teórica a la Intervención Psicosocial. *Rev. Electrónica de Psicología Social*. 2009; 17:1-6.
19. Tumas N, Díaz M. D. P, Carbonetti A. Feminismo y cáncer de mama, una estrecha relación [en línea] La Plata: *III Jornadas CINIG de Estudios de Género y Feminismos*; 2013 [consultado 01.03.2017]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/41888/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Rodríguez P, Pino J. Cáncer de mama y sexualidad: ¿una discapacidad emergente?. *Rev Chil Salud Pública*. 2016; 20(2):122-130.
21. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. En: *Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*; 1997; Indonesia.