

# Desigualdad de género y cáncer de mama: aportes para un abordaje integral



5600 MUJERES  
AL AÑO PIERDEN  
LA VIDA POR



## Resumen ejecutivo

En Argentina, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumores en mujeres y representa un tercio de los tumores detectados en el país. Anualmente, se diagnostican 21.000 casos nuevos y mueren alrededor de 6.100 mujeres. Sin embargo, no es un cáncer necesariamente mortal. Si se diagnostica temprano, existe un 90% de probabilidades de curación. Por este motivo, el acceso al diagnóstico temprano y la posibilidad de adherir efectivamente a los tratamientos es central para prevenir la muerte de mujeres a causa de este tumor. ¿Por qué hay mujeres que no tienen estas posibilidades? Porque existe una desigualdad de género estructural que impone condiciones desfavorecedoras sobre las mujeres y dificulta -o impide- que ellas tengan el tiempo y los recursos necesarios para poder cuidar de su salud mamaria de forma oportuna y adecuada.

Este white paper analiza las barreras estructurales, financieras, socioculturales y personales que condicionan la posibilidad de que más mujeres puedan recibir un diagnóstico temprano y/o adherir a su tratamiento de cáncer de mama de forma oportuna y con atención de calidad. Su objetivo es conectar la desigualdad de género con el cáncer de mama para visibilizar el vínculo entre ambas problemáticas y servir como insumo para el diseño de estrategias de política pública integrales que contribuyan a reducir estas barreras.

Para ello, se aborda la inserción desigual de las mujeres en el mercado laboral, su impacto en el ingreso económico y la cobertura de salud que reciben, y el peso de la agenda de cuidados en la disponibilidad de su tiempo. Los argumentos esbozados dejan entrever que son las mujeres más pobres las que, producto de una mayor carga de trabajo doméstico, una inserción laboral más precaria, el acceso a un sistema de salud de menor calidad y en general, una menor fortaleza financiera, tienen mayores riesgos de detección tardía. Finalmente, se recolectan buenas prácticas a nivel provincial que pueden servir como referencia para otras jurisdicciones a la hora de reducir estas barreras y se emiten una serie de recomendaciones a ser tenidas en cuenta por parte de las y los tomadores de decisiones para abordar el cáncer de mama de forma integral y con perspectiva de género.

## Introducción

En los últimos años, la agenda de género se ha impuesto como prioridad en las políticas gubernamentales, en las acciones de las organizaciones del tercer sector y en las actividades comunitarias. A nivel global, se dirigieron esfuerzos –plasmados en proyectos, normativas, directrices y convenciones, entre otras– para reducir la desigualdad de género y mitigar sus efectos negativos en la vida de las mujeres. Argentina no quedó atrás en esta tendencia y concretó políticas a nivel nacional, provincial y municipal para investigar y atacar las distintas aristas de dicha desigualdad.

El fenómeno contempla diversos impactos, que van desde la mayor deserción escolar en madres adolescentes hasta la dispar carga de trabajo doméstico y de cuidados –no remunerados– que recae en mayor medida sobre este segmento de la población. **Las estadísticas reflejan obstáculos al pleno desempeño en el mercado de trabajo productivo, demuestran la dispar participación política y dan cuenta de una brecha salarial que supera el 25%. Las mujeres se encuentran sobrerrepresentadas en la informalidad y en los deciles más bajos de ingresos, mientras dedican tres veces más tiempo a tareas como cocinar, lavar, planchar o cuidar niños.** La reproducción de estereotipos de género desde la infancia hasta la vida adulta tiene consecuencias palpables y medibles, aunque la complejidad de los mecanismos a través de los cuales operan implican necesariamente una visión transversal a múltiples aspectos de la cotidianidad. **El control, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama es uno de estos aspectos, relacionado con el acceso a la salud, que se ve fuertemente influenciado por estas desigualdades y que es preciso abordar desde una mirada integral con perspectiva de género.**

El cáncer de mama puede presentarse en hombres y mujeres, aunque **tiene una probabilidad de aparición significativamente mayor en estas últimas.** En Argentina, es el tumor de mayor incidencia en mujeres: representa uno de cada tres tumores detectados, aproximadamente 21.000 casos nuevos al año (ISALUD, 2020). Si bien no es una enfermedad necesariamente mortal, se constituye como una de las **principales causas de muerte en mujeres en el país: anualmente se registran 6.100 fallecimientos.** Producto de mejores equipos de diagnóstico y avances terapéuticos, en muchas partes del mundo disminuyó notoriamente la mortalidad por cáncer de mama. Sin embargo, en Argentina, dicha reducción fue de las menos significativas en comparación con otros países de América Latina. Los datos muestran que la supervivencia a 5 años en Estadios Tempranos es del 85%, mientras que en Estadios Avanzados se reduce a 25%. Es decir,

**la posibilidad de supervivencia aumenta en las detecciones tempranas, lo cual convierte al diagnóstico en etapa temprana del tumor en un eje crucial al momento de reducir la mortalidad del cáncer de mama.**

En línea con lo anterior, resulta pertinente analizar las **barreras existentes al diagnóstico y tratamiento oportuno** de esta enfermedad. Según la revisión bibliográfica realizada por ISALUD (2020), se pueden identificar **barreras estructurales, financieras, socioculturales y personales**, que a su vez están estrechamente ligados entre sí. En el caso de los obstáculos de naturaleza estructural, éstos se intensifican al considerar las diferencias entre los servicios públicos de salud y sus análogos prestados por el sector privado. Los datos muestran que es más probable atender estadios avanzados en centros públicos, a lo que se le suman los cortes en el suministro de drogas, la falta de mamógrafos y la rigidez en el otorgamiento de turnos para consultas. Si se considera que, por razones que se abordarán en las distintas secciones del trabajo, muchas mujeres sólo cuentan con cobertura pública de salud, **todas las barreras anteriormente mencionadas se traducen en un mayor riesgo de mortalidad en casos de detección de la enfermedad.**

En suma, las brechas de género se reflejan en innumerables aspectos de la vida social, económica y política de las mujeres en Argentina, afectando las decisiones que se toman desde un nivel micro y que tienen impacto en los procesos sociales más amplios. En particular, **el vínculo existente en los procesos que se derivan de la desigualdad de género y la prevención y tratamiento del cáncer de mama en Argentina convoca a pensar políticas activas y concretas que contribuyan a revertir urgentemente los preocupantes indicadores.**

## Mercado laboral y desigualdad de género

Las mujeres son quienes sufren mayores niveles de desempleo y precarización laboral. La falta de registro de la relación laboral asalariada es una problemática que tiene mayor incidencia en las trabajadoras, en donde 2 de cada 5 mujeres no percibe descuento jubilatorio ni otros derechos laborales. **Es necesario visibilizar que las dificultades que tienen las mujeres para insertarse en el mercado laboral en una jornada completa y de manera formal, junto con su impacto en el ingreso económico y el acceso a servicios de salud de calidad, contribuyen a aumentar las barreras al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama.**

Si se mira el comportamiento agregado de la población en términos de composición del mercado laboral, hay ciertos indicadores que nos permiten rápidamente tener una aproximación a las diferencias entre varones y mujeres<sup>1</sup>. Los mismos son la **tasa de actividad y la de empleo** por un lado, que refieren a la población total, cuántas personas están participando de alguna forma en el mercado de trabajo y cuántas específicamente tienen un empleo. Por otro lado, la **tasa de desocupación y la de subocupación** analizan qué parte de las personas activas no consiguen empleo y qué parte trabaja menos de 35 horas semanales, respectivamente. En primer lugar, se mostrará la situación actual de dichas tasas que evidencian cómo las mujeres, como segmento poblacional, encuentran mayores dificultades para desenvolverse en el mercado laboral, para luego analizar las particularidades que aparecen cuando se las mira por otras variables, especialmente la informalidad.

La tasa de actividad distingue qué parte de la población total está participando del mercado laboral, ya sea trabajando o buscando trabajo. Esta tasa es estructuralmente menor para las mujeres, una diferencia de casi 20 puntos porcentuales: **mientras el 70% de los varones están activos, sólo un 50% de las mujeres lo están** (Moure; Serpa & Shokida, 2019). Un punto importante a resaltar es que por detrás de este indicador está lo que se entiende como “actividad” e “inactividad”. Las personas que se encuentran cocinando y limpiando en su hogar o acompañando a sus infantes con la tarea, ¿no están siendo productivas también? No se las cuenta dentro de la categoría de “actividad” porque hay una delimitación de aquello que se considera productivo que deja fuera estas tareas domésticas, realizadas en el ámbito privado. Por otro lado, la tasa de empleo considera únicamente a personas empleadas, separándolas de desocupadas

que estaban incluidas en “actividad”. Nuevamente allí la brecha persiste: las mujeres son un 43% y los varones, alrededor de un 63%. Una posible explicación a esta discrepancia es que una importante porción de las mujeres en edad laboral dedican su tiempo a realizar tareas domésticas no remuneradas, en lugar de tener una actividad en el mercado de trabajo. Otra razón podría ser el hecho de que las mujeres tienden, en promedio, a educarse más que sus pares varones. De cualquier manera, las causas son múltiples y tienen una raíz en la socialización diferenciada por género.

Otro par de indicadores alarmantes señalan que las mujeres tendrían más dificultades para conseguir trabajo y/o para trabajar una jornada completa. La **desocupación** las afecta en mayor medida, en tanto dentro de la población económicamente activa, las que no poseen un salario son entre el 11% y el 13%<sup>2</sup>. En paralelo, la **subocupación** ya no se fija solamente si trabajan o no, sino cuántas horas dedican al mercado productivo. Se calcula tomando a las personas que se encuentran trabajando menos de una jornada completa y dividiéndolas por la cantidad de personas activas por grupo. **Es más común que las mujeres tomen empleos de medio tiempo debido a que cargan con responsabilidades de cuidado y trabajo doméstico que significan una segunda jornada laboral.** Así, esta tasa muestra que las mujeres tienen mayores complicaciones al momento de conseguir un trabajo de tiempo completo. Con este panorama, cabe preguntarse: ¿todas las personas disfrutan de la misma manera el mismo derecho al descanso y al autocuidado tras una larga jornada laboral?

## El modo de inserción laboral importa: disparidades entre el sector formal e informal

Habiendo dado cuenta de las disparidades agregadas, se pondrá el foco en la persistencia e incremento de la desigualdad acontecida si se desagrega según se desempeñen: el sector informal o el sector formal de trabajo. Para comenzar, entre quienes perciben un salario, las mujeres que no cuentan con los derechos laborales conquistados hace décadas -como la cobertura obligatoria de salud- son aproximadamente un 38%, mientras que los varones un 32%. Si bien es un fenómeno presente en el mercado de trabajo argentino que afecta a toda la población, las diferencias por sexo son innegables. Esto puede deberse a que las mujeres se insertan en ramas de la ocupación peor pagas (las

1. Las estadísticas que se abordarán a continuación se basan en datos provistos por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) que realiza trimestralmente el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y que releva información sociodemográfica de 31 aglomerados urbanos. No incluye zonas rurales ni pueblos originarios, y al registrar de forma binaria el género de las personas, no se contempla la realidad de otros colectivos como el travesti-trans.

2. Los números de la pandemia muestran un crecimiento de más de 2 puntos porcentuales para el desempleo femenino.

## Brecha de horas trabajadas.

**Tabla 01.** Brecha de horas trabajadas. Total de aglomerados urbanos. 1º trimestre 2019

| Población                       | Horas semanales (media) |         |        |
|---------------------------------|-------------------------|---------|--------|
|                                 | Mujeres                 | Varones | Brecha |
| Ocupadas/os                     | 31.9                    | 41.5    | 23.0%  |
| Asalariadas/os                  | 31.2                    | 42.5    | 26.5%  |
| Asalariadas/os sin desc. jubil. | 25.1                    | 39.0    | 35.7%  |

Fuente: Economía Femini(s)ta en base a EPH-INDEC

más feminizadas son el servicio doméstico, servicios sociales y de salud y enseñanza) relacionadas con las actividades más desvalorizadas por su sesgo femenino, o bien que las responsabilidades domésticas no les permiten disponer de más horas para llevar al mercado productivo. Este último argumento puede evidenciarse al mirar la brecha horaria entre varones y mujeres teniendo en cuenta si perciben jubilación o no.

Cuando una persona se inserta de manera informal, condiciona la cobertura de salud y otros derechos, como la flexibilidad al momento de tomarse el día para una realizar estudios o la posibilidad de reinsertarse sin dificultades luego de superar enfermedades.

Otro indicador de desigualdad se evidencia en la brecha salarial, típicamente ubicada en un 16% en caso de formalidad, asciende a 36% para situaciones de informalidad laboral. Todas estas implicancias se relacionan con la discriminación existente en el mercado laboral y distintos fenómenos nos ayudan a entenderlo, como son:

- **La segregación horizontal o “paredes de cristal”:** refiere a las asimetrías en la distribución de mujeres y varones entre ramas de la ocupación. Los datos muestran que hay trabajos “de mujeres” y trabajos “de varones”. Las mujeres se encuentran sobrerrepresentadas en aquellos sectores vinculados al cuidado y las tareas de reproducción, mientras que sectores como construcción, transporte y la industria manufacturera se encuentran masculinizadas. Un dato no menor es que el servicio doméstico, una ocupación popular entre mujeres, es la rama con la peor remuneración por hora trabajada y la más informal de la economía.

- **La segregación vertical o “techos de cristal”:** remite a los obstáculos que perciben las mujeres para acceder a

cargos jerárquicos y puestos de decisión. La imagen del techo de cristal demuestra que todos los impedimentos no son visibles, sino que parten de estereotipos, trabajo doméstico no remunerado e invisibilizado y otros factores presentes en nuestra sociedad que dificultan el acceso a dichos puestos. Esto es un problema en términos de ingreso, porque los puestos de mayor jerarquía cobran más, y también es un problema en términos de participación en espacios de poder donde se toman decisiones que afectan a toda la estructura, donde faltan mujeres, tanto en el ámbito público como en el privado.

- **Los “pisos pegajosos”:** cuando las condiciones laborales y el contexto económico atentan constantemente contra la estabilidad del empleo, crecer profesionalmente se torna dificultoso. Hay muchas mujeres que no cuentan con la seguridad, las redes de protección ni los derechos suficientes para avanzar sostenidamente hacia un crecimiento profesional, por lo que su participación laboral es volátil y se enfrentan con la dificultad para conciliar el empleo con el trabajo doméstico y de cuidados. De esta forma, sus ingresos son inestables, vulnerables y perjudican el pleno ejercicio de sus derechos y deseos personales y profesionales.

- **Las “escaleras rotas”:** hacen referencia al proceso mediante el cual las mujeres se estancan en los segmentos de menor calificación, peores remunerados. Ante la imposibilidad de participar plenamente en el mercado, los empleos que les permiten conciliar las obligaciones del hogar con la obtención de un ingreso se caracterizan por ser de medio tiempo, a menudo informales y con salarios bajos. Las mujeres que suelen “pegotarse” tienen características socioeconómicas y educativas específicas: la mayor parte proviene de entornos de bajos ingresos, no cuentan con una

amplia trayectoria educativa y su participación laboral es limitada y significativamente menor que la de los varones.

## **I Cobertura de salud**

**Las posibilidades de prevención y tratamiento del cáncer de mama están condicionadas por la calidad de la cobertura de salud que poseen las mujeres.** Una gran proporción de ellas sólo tienen acceso al sistema público de salud, deteriorado y con grandes diferencias en términos de calidad respecto al sistema privado. Aunque el Plan Médico Obligatorio (PMO) exige que todos los tratamientos relacionados con el cáncer se proporcionen sin costo a los pacientes que cuentan con seguro privado u obra social, quienes dependen enteramente del sistema público se encuentran con dificultades de distinta naturaleza para recibir atención médica, tratamientos y medicamentos.

Mejorar la eficiencia, la eficacia y asegurar la igualdad de derechos en el sistema de salud es uno de los principales retos que tiene la Argentina actualmente. La falta de equidad y eficiencia se derivan tanto de la insuficiencia de recursos fiscales –que igualmente representan un gasto público elevado que alcanza el 2,7% del PBI– sino también de la fragmentación de los sistemas de salud, relacionados con la modalidad de financiamiento ([Cetrángolo, 2014](#); [de la Puente, de los Reyes, 2019](#)). Es así como el acceso a cobertura de salud no depende de la necesidad de atención de cada individuo, sino que pasa a estar sujeta a sus ingresos, inserción en el mercado laboral, género, entre otros condicionantes.

¿Por qué ocurre esto? ¿Es posible emitir juicios normativos? En primer lugar, **cuidar nuestra salud, realizar controles, asistir a los centros médicos, costear tratamientos, son acciones que demandan una gran cantidad de recursos financieros y de tiempo para llevarse a cabo, no siempre accesibles para las poblaciones con mayores carencias.** Además, la ciudadanía está fragmentada a partir de su desempeño en el mercado laboral. Como se reflejó en el apartado anterior, **las mujeres están sobrerrepresentadas en el sector informal de la economía, sector que no suele contar con seguro de salud o licencias remuneradas,** entre otros derechos laborales. Por último, existen discrepancias regionales de cobertura, acordes a las condiciones socioeconómicas de cada jurisdicción. Es decir, la fragmentación de los servicios de salud, la heterogénea inserción en el mercado laboral entre individuos y la disparidad geográfica en términos de acceso a la salud impactan negativamente en el acceso y

cuidado de la salud mamaria para las mujeres. Por estos motivos resulta necesario que quienes ocupan puestos de toma de decisión contemplen dichas variables al momento de diseñar políticas y emitir normativas que guarden relación con el fenómeno en cuestión.

Al momento de analizar de qué forma opera este vínculo estrecho entre el modo de inserción en el mercado de trabajo de la población y sus condiciones de acceso al sistema de salud, cabe mencionar que **existen arreglos al interior de la unidad familiar que posibilitan el acceso a una cobertura.** De existir, la participación de las mujeres en el mercado laboral es muchas veces precaria y mal remunerada, casos en los cuales su acceso al sistema de salud puede encontrarse sujeta a las condiciones laborales de otros miembros del hogar que pueden, por el nivel de ingresos o la relación formal, extender su cobertura al resto de las personas en su unidad familiar, una situación que aplica también para las mujeres inactivas. **Esto acrecienta la dependencia de las mujeres en detrimento de su autonomía y su poder de negociación,** tema que será abordado en la última sección de este apartado.

Quienes gozan de una inserción laboral protegida pueden acceder a servicios privados y/o seguridad social, mientras que quienes no tienen este derecho garantizado resuelven esta necesidad en el sistema público. Un punto importante a tener en cuenta es la divergencia de recursos asignados a sistemas públicos y privados que genera disparidades en la calidad de los servicios ofrecidos por cada subsistema, manifestado en la disponibilidad de turnos y equipamiento, la cantidad de profesionales por paciente, entre otros. Según estimaciones realizadas para 2017, **la inversión en salud que realiza Argentina es significativa, alcanzando casi el 10% de su PBI. Sin embargo, el reparto de dicho gasto no es el mismo para los tres segmentos:** 3,9% del PBI se destina a obras sociales, contra un 2,7% y 2,8% que financian el servicio público y privado, respectivamente. El gasto per cápita para el sector privado más que triplica el gasto per cápita para el sector público, lo que da cuenta tanto de la heterogeneidad y la inequidad de los servicios prestados, como del **deterioro del sistema de salud público al cual acceden las personas más empobrecidas, en su mayoría mujeres.**

Observando algunos datos específicos sobre las discrepancias entre sistemas de salud y cáncer de mama, es posible dar cuenta de la desventaja que significa contar únicamente con cobertura pública. Por ejemplo, a partir de consultas con expertos **se encontró que de las pacientes atendidas en centros privados, un 14% ingresa en estadio IV (la etapa más avanzada), un porcentaje que asciende a 31% para el**

**caso de atención en centros públicos.** A las demoras se le suman los cortes en el suministro de drogas, la falta de mamógrafos y la rigidez en el otorgamiento de turnos para consultas, entre otros. De acuerdo a un estudio del RITA (Registro Institucional de Tumores de Argentina) para el período 2012-2017, **en un hospital público, un 41% de las pacientes recibieron su diagnóstico en los estadios III y IV, mientras que este número fue del 22% para un centro privado.** Estas diferencias en los estadios clínicos de diagnóstico pueden explicarse por los tiempos de demora observados en los hospitales públicos entre la aparición del primer síntoma, la primera consulta, el diagnóstico y el tratamiento. El estudio observó una demora promedio de 11,7 meses entre la aparición del primer síntoma y el diagnóstico, sumando una espera adicional promedio de 2,8 meses para recibir el tratamiento. Recuperando el concepto de feminización de la pobreza y la influencia que la inserción laboral informal tiene sobre la cobertura de salud, las mujeres con mayores carencias y las más vulnerables son las que acceden a un diagnóstico tardío con mayor probabilidad. Si estructuralmente contaban con menos tiempo para dedicar a su salud, la mala calidad de los sistemas públicos no hace más que acentuar la problemática.

Retomando, **las mujeres tienen mayor tendencia a insertarse en los sectores más informales y peor pagos de la economía, están sobrerrepresentadas**

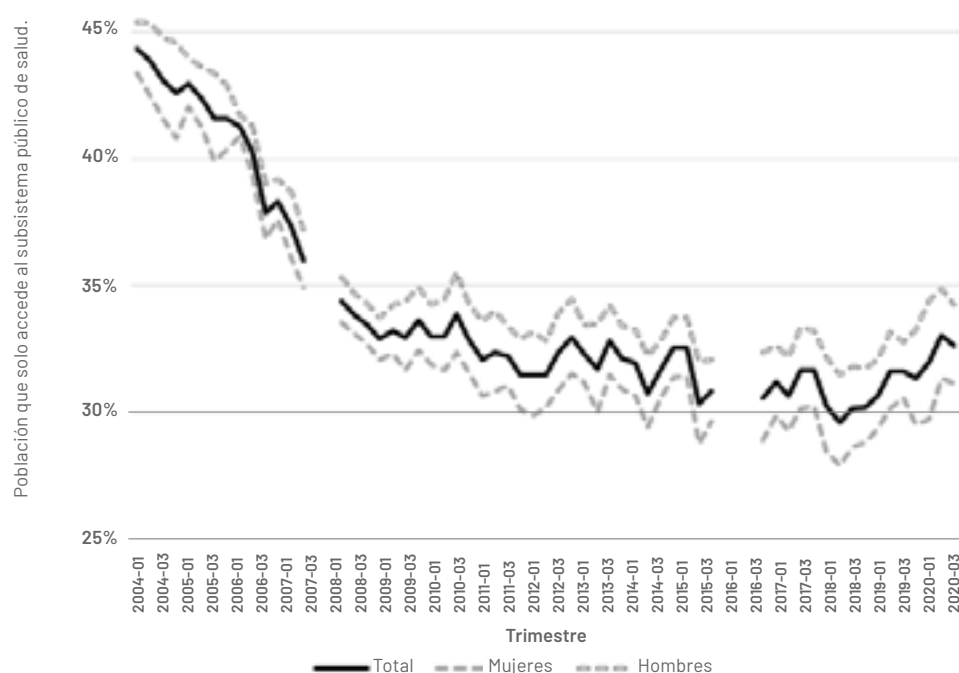
**en los deciles más bajos de ingresos y encuentran dificultades al momento de acceder a la seguridad social a través de su empleo.**

Según tendencias observadas a partir del período 2011-2012, la fracción de la población sin seguro de salud oscila estructuralmente en un valor cercano al 30%. Si se lo descompone, los varones oscilan en valores menores al promedio, mientras que las mujeres se encuentran entre el 33% y el 35% ([Pradier, 2021](#)).

Ahora bien, ese 30% esconde una realidad que amerita visibilizar. De las personas que se insertan de forma precaria, un 60% de ellas accede únicamente al sistema público, mientras que para quienes poseen protección en ningún momento ese porcentaje supera un 5% (Pradier, 2021). Nuevamente, las mujeres suelen insertarse en mayor medida en la informalidad por lo que, si su cobertura sanitaria depende exclusivamente de su empleo propio, tienen mayor probabilidad de resolver su cobertura en un sistema de peor calidad. Si bien la informalidad es una problemática que afecta a ambos segmentos de la población, se reconocen impactos diferenciales. Las repercusiones negativas en la vida de las mujeres se evidencian en múltiples aspectos, siendo el cuidado mamario uno de ellos.

Para finalizar, recuperando lo esbozado en la sección de mercado de trabajo, **casi un 50% de las mujeres**

**Gráfico 01.** Proporción de la población que solo accede al subsistema público de salud. Población total según sexo. 31 aglomerados. 1º trimestre 2004. 1º trimestre 2020. En porcentaje.



Fuente: Pradier, 2021

**se clasifica como inactiva.** Habiendo analizado qué ocurre con las trabajadoras precarizadas, es pertinente preguntarse qué tipo de cobertura de salud poseen las mujeres inactivas y si hay diferencias al interior de este grupo, para evaluar qué otros factores son determinantes de la cobertura. El primer dato interesante es que **el 45% de las mujeres inactivas sólo acceden a un sistema público**, 15 puntos porcentuales (p.p.) por encima del promedio del 30% de la población total y 15 p.p. por debajo del promedio para las trabajadoras informales. Cuando la inserción de otros miembros del hogar es formal, aumenta la posibilidad de acceso al sistema privado de las personas con una inserción laboral precaria. Para el caso de las mujeres, es mayor que para los varones en igual situación. Como se mencionó al comienzo, esta realidad que a priori podría considerarse positiva (dado que más mujeres podrían acceder a una cobertura de salud diferente de la que tendrían por sí mismas) configura una situación de dependencia, determinada por la peor inserción laboral que suelen tener (menor participación en términos cuantitativos y menos derechos en términos cualitativos).

En suma, se puede afirmar que la inserción laboral de las mujeres condiciona su acceso a una cobertura de salud de calidad. Las desigualdades presentes en el mercado laboral derivan en una gran proporción de mujeres dentro del grupo que sólo accede al sistema público de salud, sistema que se ha deteriorado y muestra grandes diferencias en términos de calidad respecto al sistema privado. Incluso cuando pueden acceder a una mejor cobertura aprovechando las ventajas laborales de otro miembro del hogar, esto las coloca en una situación de dependencia. Todo lo anterior actúa como condicionante de muchos aspectos de la vida de las mujeres, incluidas sus posibilidades de cuidar de su salud mamaria.

## I La brecha salarial

Como se mencionó previamente, existen distintas barreras "invisibles" que impiden que las mujeres puedan acceder al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno por cáncer de mama. Las barreras financieras, que incluyen el gasto de bolsillo, los costos de transporte y los ingresos perdidos, son una de ellas. Estos factores impactan negativamente en la decisión de solicitar atención; es decir, es más probable que se realicen consultas médicas si una mujer cuenta con seguro de enfermedad o suficientes recursos económicos propios para afrontar los costos que dicha consulta implica. Si se entiende a los ingresos como

**una medida de la riqueza de las personas, las mujeres son, en promedio, un 27% menos ricas que los varones.** Cuando se piensa en cómo se distribuye el ingreso a nivel individual, para toda la población, **los estratos de menores ingresos están feminizados, al tiempo que los estratos de mayores ingresos se encuentran masculinizados.** Por lo tanto, la brecha de ingresos retroalimenta las barreras al acceso a un tratamiento oportuno del cáncer de mama y aumenta el riesgo de acudir a los centros de salud con un tumor en estadio avanzado.

La **feminización de la pobreza** es un fenómeno que recupera y analiza los mecanismos a partir de los cuales las mujeres tienen más probabilidades de ser pobres y, efectivamente, lo son. ¿El impacto es homogéneo para todas las mujeres? ¿Cómo se analizan estos factores a la luz de la discriminación en el mercado laboral? ¿Hay relación entre la violencia económica de género y las dificultades en el acceso al cuidado de la salud? A continuación, se procura responder estos interrogantes para concluir que el Estado juega un rol central al momento de atenuar las consecuencias negativas que la reproducción de los estereotipos de género tiene sobre el acceso a la prevención y tratamiento del cáncer de mama.

Las personas perciben ingresos de distintas fuentes: en forma de salario, rentas, asignaciones sociales, subsidios e ingresos previsionales, entre otros. Para englobarlos, pueden dividirse entre laborales y no laborales. Pueden observarse, a su vez, por características particulares de las personas, como el nivel educativo, la edad, el puesto que desempeñan e incluso el tipo de relación laboral que poseen (formal o informal). En particular, un recurso útil para desagregar las diferencias entre los ingresos percibidos entre varones y mujeres es el concepto de "brecha": la misma se calcula tomando el promedio de ingresos percibidos por los varones, se le resta el de las mujeres y se lo divide por el más alto de ellos. La diferencia que se calcula entre todo tipo de ingresos se llamará **"brecha de ingresos"**, mientras que a la que refiere al ingreso laboral se denominará **"brecha salarial"**.

La brecha de ingresos y la brecha salarial suele ubicarse en torno al 27%. Ahora bien, si el foco está en la esfera laboral, las diferencias varían dependiendo si son personas que se desempeñan en la informalidad o en una relación laboral registrada. Como es de esperarse, en personas asalariadas informales, la brecha de ingresos mensuales por la ocupación principal asciende a 36%: **se amplía en quienes tienen peores condiciones de trabajo.** Por último, también puede medirse la **brecha en las jubilaciones que perciben las mujeres con**

respecto al promedio de los varones, que se ubica en un 16%.

Con el fin de derribar mitos en torno a la inexistencia de la brecha salarial, es pertinente mostrar cómo la misma opera cuando es analizada sobre el nivel educativo o el nivel de calificación ocupacional en la que se desempeñan las y los trabajadores. Recuperando datos previos al impacto del COVID-19, **la brecha de ingresos mensuales se mantiene incluso a iguales niveles de calificación del puesto de trabajo.** En 2019, los varones que trabajaban en **ocupaciones profesionales** tenían un ingreso medio de \$47.300. Mientras tanto, las mujeres ocupadas en ese mismo segmento percibían un ingreso medio de \$32.900, es decir, **un 30.4% menos que los varones.** En los puestos no calificados, los varones ganaban \$13.000 en promedio, al tiempo que las mujeres ganaban alrededor de \$8.400. Esta brecha es del 35.6%. En cuanto a las diferencias sobre el nivel educativo, el primer dato que llama la atención remite a la composición por sexo del nivel superior, y su relación con la brecha salarial: **el porcentaje de personas que cuentan con un nivel educativo superior es notablemente mayor entre las ocupadas mujeres, en comparación a los ocupados varones.** Sin embargo, a igual nivel educativo, los ingresos laborales de las mujeres trabajadoras son inferiores a los de los varones. Esta diferencia de ingresos es del 32.6% para las de nivel universitario/superior, y del 45.9% para las que cuentan con nivel primario.

Las mujeres trabajan, en promedio, 31 horas semanales, mientras que los varones suman 41 horas. Esta desigualdad se acentúa, nuevamente, para quienes trabajan en relación de informalidad, debido a que este tipo de empleos son los que suelen admitir una jornada más limitada. **Las diferencias en la cantidad de tiempo destinado al mercado productivo tienen su raíz en las responsabilidades de cuidado** y el costo de oportunidad de trabajar más horas, que muchas veces es materialmente imposible de conciliar. Los efectos concretos se ven a nivel agregado en las brechas salariales y de ingresos analizadas anteriormente, por lo que es preciso observar qué sucede si se analiza la brecha horaria (la diferencia del pago por hora). Entonces, si en lugar de comparar ingresos mensuales se toma en consideración el ingreso por hora trabajada que perciben las personas, la historia es un poco diferente. En este caso, la brecha disminuye considerablemente. Esto constituye un argumento a favor de que las mujeres venden en el mercado de trabajo, por lo general, menos horas que los varones. La brecha disminuye a 1,5%, es decir, que incluso tomando cada hora trabajada, la discriminación por género persiste.

**En un contexto de insuficiencia del gasto público en**

**servicios sociales (guarderías, salud, educación, entre otros) y su consecuente deterioro, no tener los medios financieros para resolver necesidades en el mercado implica dependencia, vulnerabilidad y violencia.** Por ende, la situación de desigualdad de ingresos por género se convierte en un eje de análisis y un factor explicativo al momento de analizar otras desigualdades. En particular, la creciente carga de trabajo doméstico y de cuidados que debe resolverse a través de la familia significa mayor peso para las mujeres, por ser a quienes se les atribuye esta responsabilidad. Esta carga se vio especialmente acentuada y visibilizada en el contexto de la pandemia COVID-19, en donde se manifestó una esfera que había estado, hasta ahora, prácticamente oculta para la agenda pública. Como se trata de un trabajo realizado entre vínculos cercanos, no se reconoce como tal y por ende, no se remunera. La falta de valoración social de dicha cantidad de tiempo destinado a actividades como cocinar, lavar, limpiar, cuidar de quienes lo necesitan y organizar agendas de cuidado en general, provoca efectos claros en la determinación de los ingresos de los que disponen las mujeres.

## La agenda de cuidados y su peso en las mujeres

### • Disponibilidad del tiempo y su impacto en las posibilidades de acceso a la salud

¿Qué efectos tienen las responsabilidades de cuidado sobre la prevención, el diagnóstico temprano y el acceso a los tratamientos y su sostenibilidad? La cultura de no-cuidado de su salud y la postergación de la atención por cuestiones familiares son algunos de las causas que identifican las propias pacientes encontradas con estadíos avanzados. **La feminización de las tareas de cuidado penaliza a las mujeres imponiendo una fuerte restricción temporal y afectando el acceso al mercado de trabajo, al cuidado de su propia salud y al ocio,** entre otras. En Argentina, las mujeres **dedican el triple de horas que los varones** a estas actividades y del total de personas que realizan tareas domésticas, un 73% son mujeres.

Todo ser humano, desde su infancia hasta su vejez, precisa cuidados personales y una gran mayoría cuida a otras personas en algún momento de sus vidas. Se definen a los **“cuidados” como la provisión de bienestar físico, emocional y afectivo hacia una persona a lo largo de toda su vida.** Es un concepto multidimensional que incluye las actividades necesarias para resolver la alimentación, la vestimenta, la sanitización, la

educación y el esparcimiento de las personas, por mencionar algunas. Si bien estos requerimientos tienden a ser menos intensos en la juventud y en la adultez, absolutamente nadie puede sobrevivir sin ser cuidado, lo cual convierte a estas actividades en centrales para el bienestar y del desarrollo humano.

La realización de labores domésticas y de cuidados requieren esfuerzo físico y mental de parte de quienes los proveen. **El papel de cuidadoras/os está desigualmente distribuido en términos de género: en todo el mundo son las mujeres y las niñas quienes asumen la mayor parte de este trabajo invisibilizado.** Históricamente, la división sexual del trabajo asignó roles basados en estereotipos de género - relacionados con habilidades “naturales”- que colocó a los hombres como proveedores y a las mujeres como cuidadoras. Dado que los cuidados se despliegan en el ámbito privado y en el ámbito público, es necesario remarcar que los roles no son homogéneos en cada esfera. En particular, muchas mujeres realizan trabajo doméstico en sus hogares de forma no remunerada, mientras que en el mercado laboral también pueden desempeñarse en trabajos de cuidados, aunque de forma remunerada. En Argentina, el servicio doméstico está compuesto en un 98% por mujeres, siendo a la vez el peor pago de la economía y el que percibe las mayores tasas de informalidad laboral.

Ahora bien, ¿es inevitable que la carga de trabajo doméstico y de cuidados sea tan pesada para las mujeres? ¿Es posible pensar en mecanismos de redistribución de estas tareas que resulte en un mayor tiempo disponible para las mujeres? Se llama **organización social del cuidado** a la forma en la que una sociedad organiza la extensa y diversa provisión de cuidados. Para analizarla, es útil definir a los actores intervinientes por un lado, y a la intensidad del trabajo que asumen, por el otro. De forma concisa, se identifican 4 actores que pueden resolver necesidades de cuidado: las familias, las comunidades, el Estado y el mercado. Hoy en día, producto de la mercantilización de la vida y la desfinanciación de servicios sociales, la mayor parte de este peso suele recaer en las familias y, dados los roles de género, cuando se dice familias se hace referencia a las mujeres. A la vez, existen diferencias entre aquellas personas con mayores recursos que pueden resolver estas necesidades contratando servicios en el mercado y las que deben solucionarlas con trabajo desplegado en el ámbito privado. Es decir, la ausencia y/o corrimiento del Estado genera que las mujeres que no pueden acceder a estos servicios en el mercado deban destinar más tiempo a realizar estas tareas. **La inversión en política social y sanitaria constituye un eje primordial al momento de pensar la provisión pública de cuidados, materializada en más y mejores centros de**

**cuidado, de salud, educación, entre otros.**

La atención de la salud es uno de los ejes a tener en cuenta cuando se piensa en el autocuidado y en el cuidado de las personas. Para comprender de qué forma se entrelazan las responsabilidades de cuidado sobre la prevención, diagnóstico temprano y acceso a los tratamientos del cáncer de mama se ilustrará un **doble efecto**. Por un lado, se argumenta que el esfuerzo que implica llevar adelante el cuidado de otras personas extrae recursos mentales, físicos y de tiempo que las mujeres podrían destinar al autocuidado. Por el otro, el deterioro de la política sanitaria genera obstáculos tangibles para que se emprendan controles y tratamientos de calidad en materia de cáncer de mama. En ese sentido, las deficiencias en los sistemas de salud también se traducen en grandes pérdidas de tiempo para las mujeres que se hacen cargo de la salud de otros familiares, lo cual retroalimenta el efecto primeramente mencionado.

El primer efecto se comprende a partir de lo esgrimido en los párrafos anteriores. La **pobreza de tiempo** busca ilustrar las condiciones a partir de las cuales las mujeres carecen de tiempo para el esparcimiento, el cuidado de su salud y cualquier otra actividad que deseen hacer. En particular, **los impactos que tiene la carencia de tiempo personal sobre la salud mamaria se manifiestan al momento de priorizar otras actividades por sobre el autocuidado.** Para dar un ejemplo concreto: una mujer jefa de hogar a cargo de 3 infantes que debe buscar un momento en su semana para sacar un turno para realizarse una mamografía. Si los horarios disponibles se superponen con las actividades de cuidado - como el horario de salida escolar - seguramente el mismo sea relegado y pospuesto, aumentando el riesgo de mortalidad en caso de tener la enfermedad. Si se tiene en cuenta el efecto de la pandemia, esta situación empeora significativamente. El aislamiento y la ausencia de escolaridad presencial limitan aún más las posibilidades de las mujeres a dejar sus hogares para acudir al centro de salud.

El segundo efecto remite a los efectos que los roles de género tienen sobre el tipo de trabajo y la cantidad de tiempo que las mujeres destinan al mercado de trabajo productivo, y cómo los mismos repercuten sobre el patrón de acceso a la salud. Además, se comprende mejor atendiendo a los diferenciales de calidad entre el sistema público y el privado y su relación con la cobertura de salud y la inserción laboral. En otras palabras, **las responsabilidades de cuidado subyacen a la desigualdad de género en el mercado laboral, determinante, como se mostró, de la cobertura de salud.**

Como se mencionó en los apartados anteriores, los costos de cuidar son invisibles y muchas veces entendidos como una renuncia y sacrificio atados a una naturaleza femenina. Lo importante de entender es que, como construcción social, pueden modificarse para avanzar hacia una organización social del cuidado más equitativa y con menores costos para las mujeres, en dónde el Estado reconozca estas tareas y emprenda un rol activo en la inversión en servicios sociales de mejor calidad, contribuyendo a aumentar la infraestructura de cuidados.

#### • El costo económico del cáncer de mama

En los estudios epidemiológicos, **las condiciones socioeconómicas están relacionadas con el riesgo de detectar el tumor en estadios avanzados**. Realizar los controles pertinentes, acceder a un diagnóstico temprano, darle continuidad a los tratamientos, tener cobertura para los medicamentos y en última instancia, sobrevivir a la enfermedad, son acciones que requieren incursión en costos económicos que pueden afectar su realización.

Si se concibe a la demora en la detección y el estadio clínico como los factores críticos para la supervivencia de pacientes con cáncer de mama, **definir, analizar y eliminar las barreras que aumentan el tiempo de la confirmación diagnóstica y el inicio de tratamiento resulta indispensable**. En este apartado, se analizan las barreras económicas para concluir que la movilización de recursos necesarios para el control y tratamiento del cáncer de mama es un factor afectado por la desigualdad económica de género.

Es pertinente aclarar que la multicausalidad de los impedimentos y retrasos en el diagnóstico y tratamiento no implica tratarlos aisladamente. Por ejemplo, las obligaciones familiares y laborales (barrera personal) son determinantes de los ingresos individuales (barrera sociocultural) y de las barreras financieras, lo cual genera desigualdad, en última instancia, en el acceso a los servicios. Estudiar dichas interconexiones en profundidad conduciría a más y mejores políticas públicas que incorporen los motivos concretos de una detección tardía en el diseño e implementación.

Retomando el objetivo de esta sección, se procederá a analizar efectos concretos de la brecha salarial y de ingresos sobre el acceso a los recursos financieros necesarios para afrontar esta enfermedad. En primer lugar, **la falta de recursos económicos para acceder**

**a los controles y tratamientos** es una de las causas que las pacientes con estadios avanzados identifican como motivo de retrasos ([ISALUD, 2019](#)). Otra causa identificada está relacionada con las dificultades para llegar al centro de salud, por la distancia que hay entre el mismo y el domicilio de la paciente. El porcentaje de movilización es alto tanto para hospitales públicos como para privados, lo cual pone el foco en los **costos de transporte y estadía** asociados al traslado hacia otras jurisdicciones para las consultas y tratamientos. En el caso del público, las carencias de infraestructura asistencial y saturación del servicio generan una mayor probabilidad de derivaciones hacia otros centros, lo cual significa que las mujeres, generalmente más vulnerables, que son las que acceden únicamente al servicio público, también sean las que deben incurrir en mayores costos de transporte. Las pacientes con falta de dinero para el transporte interurbano (de tarifas más elevadas) les impide asistir a todos los controles médicos y cumplir el tratamiento (Ramos et al., 2018).

La movilidad aparece también cuando se considera el **traslado hacia otras zonas en búsqueda de información**. De la misma forma que la ausencia de tiempo provocado por las responsabilidades de cuidado afecta la asistencia a una reunión informativa sobre el cáncer de mama, la ausencia de campañas activas en muchas localidades es un problema en lo que respecta a la concientización: la imposibilidad de trasladarse hacia ellos por la falta de recursos económicos aumenta el desconocimiento sobre cuidados, autoexámenes, y otras informaciones cruciales sobre la temática.

Por último y debido a que no existe una política clara de cobertura de medicamentos oncológicos en Argentina, **acceder a los medicamentos incluidos para el tratamiento dependen de cada persona particular y su disponibilidad de recursos**<sup>3</sup>. El suministro de drogas es una variable, entre otras, determinante de la continuidad del tratamiento, por lo que desvíos en el mismo afectan los resultados de la salud. Según datos de ISALUD, más del 70% de pacientes en el sector público indicó haber tenido interrupciones de suministro de drogas por más de 3 semanas, en comparación con el 11% en el sector privado. La demora en la entrega de los medicamentos y las dificultades en el proceso de autorización del servicio público generan severas complicaciones para las mujeres que no cuentan con los recursos para afrontar el gasto que implicaría salirse del circuito de provisión pública.

Si a todo lo anterior se le suma que las erogaciones realizadas en los estadios tempranos del cáncer de mama son menores comparados con los avanzados

3. Para más información sobre la situación particular de cada provincia, consultar Informe "Situación actual del diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en Argentina".2.

(ISALUD, 2019), la detección tardía significa -además de una menor posibilidad de sobrevivir- mayores costos económicos para las mujeres. A raíz de lo expuesto, se da cuenta de las diferentes formas en las cuales la brecha de ingresos afecta el acceso a un control y tratamiento oportuno del cáncer de mama. **Son las mujeres más pobres las que, producto de una mayor carga de trabajo doméstico, una inserción laboral más precaria, el acceso a un sistema de salud de menor calidad y en general, una menor fortaleza financiera, tienen mayores riesgos de detección tardía.**

## I Ejemplos de buenas prácticas

Las buenas prácticas son un conjunto de acciones coherentes, coordinadas y oportunas que logran buenos resultados en el contexto de una problemática particular. Con lo expuesto a lo largo del trabajo se buscó dar cuenta de las consecuencias negativas que tiene la desigualdad de género sobre el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama, así como explicitar los mecanismos a partir de los cuales se puede prevenir una detección tardía si se disminuyen o, preferentemente, si se eliminan las condiciones estructurales que dan lugar a dicha desigualdad.

A continuación y a modo de ejemplo, se detallan dos casos de buenas prácticas compartidos desde la experiencia de Fundación Amazonas de Córdoba y Fundavita de Mendoza, organizaciones provinciales que acompañan a pacientes oncológicos.

Si bien ninguna de estas prácticas constituye una solución definitiva y comprensiva de las problemáticas abordadas en este documento, sí dan cuenta de posibles acciones que pueden ser emprendidas desde el Estado, en sus distintos niveles de gobierno, para ayudar a que más mujeres accedan al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno por cáncer de mama.

### • Foro Provincial de Concientización del Cáncer de Mama (Córdoba)

En la provincia de Córdoba se han identificado dos buenas prácticas que recuperan la importancia de la articulación con las organizaciones de la sociedad civil (OSC) y la presencia del Estado al momento de garantizar políticas públicas sobre cáncer de mama con perspectiva de género. La primera se trata del **Foro Provincial de Concientización del Cáncer de Mama**. Creado en 2017 a través de la Ley Provincial

10503- que instituyó el programa Córdoba Rosa- está constituido por autoridades de reparticiones del Gobierno provincial e integrantes de organizaciones de la sociedad civil. Su propósito es la elaboración de un cronograma de actividades a desarrollarse durante el mes de octubre de cada año. Sin embargo, en la práctica, constituye un ámbito de articulación de demandas liderado por el Consejo Provincial de las Mujeres. Es un espacio de diálogo que permite canalizar solicitudes concretas y facilitar la comunicación entre las OSC y el Estado, lo cual fomenta la permeabilidad del mismo a las necesidades de las mujeres.

Es dentro de este Foro que surge la segunda buena práctica que se busca socializar. Ante un pedido concreto de las OSC de pacientes, se logró dar respuesta a los costos económicos en los que incurren las mujeres que deben trasladarse a la capital de la provincia para realizar sus estudios y/o tratamientos. El Ministerio de la Mujer de Córdoba firmó un convenio con hoteles cercanos al Polo de la Mujer en Córdoba Capital para poder alojar, de forma gratuita, a aquellas mujeres miembro de las OSC que conforman el Foro que no pueden costear su estadía mientras se realizan los tratamientos y estudios necesarios. Si bien es una práctica perfectible -actualmente, ciertos requisitos burocráticos dificultan el goce del beneficio-, la existencia del Foro permitió que se pudieran comunicar y dar respuesta a estas complicaciones, lo que derivó en cambios concretos para evitar la exclusión de la población objetivo. Como se abordó en el resto del trabajo, los costos de transporte y estadía representan una barrera financiera que se acentúa en los casos de mujeres más pobres que no cuentan con los recursos para garantizar los estudios y el tratamiento.

### • Gratuidad en pasajes de transporte público terrestre (Mendoza)

El caso de la provincia de Mendoza es útil para mostrar otra alternativa a la subvención de los costos indirectos como ejemplo para potenciales acciones para abordar desde el Estado. Se trata de garantizar la **gratuidad de pasajes en transporte público terrestre para pacientes oncológicos, los cuales se vuelven un costo que, de no poder afrontarlo, es motivo de discontinuidad en los controles y tratamiento**. Fundavita, una organización de pacientes con cáncer, firmó un acuerdo con Fundación Autam mediante el cual ésta última le transfiere mensualmente un monto de dinero que se utiliza para cargar la tarjeta SUBE de pacientes oncológicos para poder cubrir los gastos de traslados desde y hacia los centros de salud. Si bien no nace como una iniciativa

del Estado, sí sirve como una experiencia valiosa para compartir, replicar y mostrar lo que podría hacerse con fondos públicos.

## Conclusiones

A lo largo del trabajo se buscó evidenciar la relación que existe entre la desigualdad de género y el acceso a los controles y tratamientos oportunos del cáncer de mama con el propósito de demostrar la necesidad de que las cuestiones de género sean tomadas en cuenta por parte de los y las tomadores de decisiones a la hora de diseñar e implementar políticas públicas en materia de cáncer de mama.

El cáncer de mama es pasible de diagnóstico precoz y es curable en la mayoría de los casos. Las tasas de curación son inversamente proporcionales al tamaño del tumor, dentro de los cuales los más pequeños son los que requieren tratamientos menos agresivos, algo que contribuye a reducir el impacto en otras esferas de la vida de las mujeres. La falta de diagnóstico temprano, la detección de cáncer en una fase avanzada y la carencia de tratamiento adecuado son problemas frecuentes en los sistemas de salud. Por lo tanto, identificar las barreras que impiden el cuidado oportuno y adecuado y reducir las disparidades en el acceso es esencial para producir reducir la mortalidad del cáncer de mama en Argentina.

Se distinguieron 3 ejes principales e interconectados que permiten abordar el impacto que la desigualdad de género tiene en la situación nacional sobre el cáncer de mama. En primer lugar, se abordó la desigualdad presente en el mercado de trabajo, resaltando que 1 de cada 2 mujeres está inactiva y de las asalariadas, el 33% se inserta de manera informal, situación que condiciona la cobertura de salud y otros derechos, como la flexibilidad al momento de tomarse el día para una realizar estudios o la posibilidad de reinsertarse sin dificultades luego de superar la enfermedad. Luego, se resaltaron los efectos que el trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, realizado típicamente por mujeres, tienen sobre la disponibilidad de tiempo de esta población, estableciendo otras prioridades por sobre el cuidado de su salud y condicionando, a la vez, el tipo de inserción laboral que poseen. Por último, se desarrollaron los conceptos y realidades de la brecha de ingresos y la feminización de la pobreza -consecuencias directas de todos los fenómenos anteriores - para dar cuenta de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran muchas mujeres al atravesar barreras financieras para acceder a controles y tratamientos del

cáncer de mama.

El apoyo y acompañamiento de las OSC que trabajan con pacientes oncológicos resulta indispensable para las mujeres, quienes no sólo deben enfrentarse al tumor, sino también a estas barreras “invisibles”. Sin embargo, es necesario un complemento estatal. Considerando los problemas estructurales que subyacen a esta problemática, **no es posible prescindir de la intervención estatal para resolver disparidades y contribuir a una mejora sustancial de la situación del cáncer de mama en Argentina.** A continuación, se resaltan algunas recomendaciones para los y las tomadores de decisiones tanto del nivel local como nacional.

## Recomendaciones

El Estado debe centrarse en investigar y diseñar políticas que actúen sobre los factores que aumentan las probabilidades de encontrar cáncer de mama en estadios avanzados o que impiden la correcta adhesión al tratamiento. Más allá de todo lo relacionado con la concientización del tumor y su prevención, es necesario que el Estado lleve adelante acciones que den respuesta a las barreras mencionadas, como por ejemplo igualar las posibilidades de cribado en toda su extensión geográfica, facilitar la atención a partir de la gestión de recursos económicos para afrontar costos, invertir en infraestructura sanitaria pública que pueda cubrir la demanda, entre otros. Debido a las características del sistema político y sanitario argentino, es necesario que estas medidas sean garantizadas en todas las jurisdicciones. A raíz de las experiencias locales previamente descritas, se puede afirmar que comenzar por el nivel municipal/provincial puede contribuir a institucionalizar buenas prácticas y escalarlas para lograr un mayor alcance a toda la población femenina del país.

Algunas de las recomendaciones que se desprenden de las reflexiones de este white paper son:

- Impulsar espacios de diálogo con actores de la sociedad civil involucrados en la temática, para articular demandas y coordinar acciones.
- Considerar el rol del Estado en la provisión de cuidados. Cuanto menos se invierta en servicios sociales y de salud, mayores complicaciones tendrán las mujeres para liberar tiempo y cuidar de su salud mamaria.
- Invertir en infraestructura sanitaria para disminuir la

brecha de calidad existente entre servicios públicos y privados/seguridad social.

- Insistir en la difusión de las campañas y la importancia del chequeo, sin olvidar que, dadas las restricciones abordadas en este trabajo, la responsabilidad no es únicamente individual.

- Establecer políticas que faciliten la realización de controles a partir de los obstáculos laborales existentes. Por ejemplo, el establecimiento de una licencia remunerada para empleadas públicas de un día laboral a fin de someterse a exámenes de Colposcopia, Papanicolau y Mamografía.

- Encontrar alternativas para proveer facilidades y subsidios económicos a las pacientes. Por ejemplo, resolver las barreras financieras a partir de la reducción de los costos de transporte y estadía. Convenios con hoteles, gratuidad del transporte público terrestre para pacientes oncológicos, convenios con empresas de transporte de larga distancia, entre otras.

- Abordar de manera integral la multicausalidad de la detección tardía: una política puede tener distintas aristas que generen un sostén más amplio y completo para las mujeres que deben realizarse controles y acceder a tratamientos.

- Cuantificar, a partir de un análisis presupuestario a nivel municipal o provincial, el porcentaje que se está invirtiendo directa e indirectamente en la prevención y acompañamiento de mujeres con cáncer de mama. Avanzar en alternativas para aumentar el gasto, hacerlo más eficaz y eficiente.

Ecofeminita. (Noviembre de 2020). Los números de la pandemia. Obtenido de <https://economiafeminita.com/los-numeros-de-la-pandemia/>

ISALUD. (2019). Situación actual del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en Argentina.

De la Puente & De los Reyes (2019). ¿Cuánto gasta Argentina en salud? Ministerio de Salud.

Moure, J., Serpa, D., & Shokida, N. (enero de 2019). La desigualdad de género se puede medir. Obtenido de EcoFeminita: [https://ecofeminita.github.io/EcoFemiData/informe\\_desigualdad\\_genero/trim\\_2019\\_01/informe.nb.html](https://ecofeminita.github.io/EcoFemiData/informe_desigualdad_genero/trim_2019_01/informe.nb.html)

Palacios A, R.-R. C. (2021). Direct Medical Costs, Productivity Loss Costs and Out-Of-Pocket Expenditures in Women with Breast Cancer in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics*, 485-502.

Pradier, C. (2021). Mercado de trabajo y acceso al sistema de salud en el periodo 2004-2020. ASET.

## **Bibliografía**

(ICCI-LA), I. I. (2020). *Cómo enfrentar la creciente carga del cáncer en Argentina: Desafíos y oportunidades*. Obtenido de [https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/UICC-ICCILA\\_Report\\_FA\\_Spanish.pdf](https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/UICC-ICCILA_Report_FA_Spanish.pdf)

American Society of Clinical Oncology. (2011). *Manejo del Costo de la Atención al Cáncer*. Obtenido de [https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/vignette/Cost\\_of\\_Care\\_Booklet\\_Spanish.pdf](https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/vignette/Cost_of_Care_Booklet_Spanish.pdf)

Cetrángolo, O. (2014). *Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino*. *Revista de economía política de Buenos Aires*, 145-183.



**Directorio Legislativo** es una organización apartidaria e independiente que desde hace 10 años promueve el fortalecimiento de los poderes legislativos y la consolidación de los sistemas democráticos de América Latina a través de la transparencia, el acceso a la información pública y el diálogo con actores del sector público, privado, académico y de la sociedad civil.

#### **Buenos Aires**

Av. Entre Ríos 258 3E  
(1079), Argentina  
Tel. + (5411) 5218 4647

#### **Washington DC**

1110 Vermont Ave, NW, Suite  
500, DC 20005, USA.  
Tel. +1 (786) 828 0675

**Ecofeminista** es una organización fundada para dar visibilidad a las distintas formas que toman las desigualdades de género a través de la difusión de datos, estadísticas, contenidos académicos y producciones originales. Como activistas feministas, apostamos a la democratización de la información y el conocimiento para fomentar la participación ciudadana y su incidencia en las políticas públicas. Nuestra convicción es que la producción de conocimiento crítico y feminista debe estar orientada a transformar las vidas de las mujeres y su comunidad, a través de acciones concretas, en lugar de permanecer en un espacio reducido de discusión abstracta. Aportamos a generar propuestas que apunten a provocar cambios estructurales en usos y costumbres arraigados a nuestra sociedad, que tienen efectos particularmente adversos sobre las mujeres.