

“Hacia otra lucha por la vida y la equidad: cáncer cérvico uterino en México”¹

Rosamaría Castañeda Castillo

¿ Por qué se habla tanto del problema del cáncer cérvico uterino en México? ¿cuál es la situación de la mujer ante esta enfermedad?

Una epidemia puede entenderse como aquella enfermedad que por una temporada aflige a una comunidad o a un pueblo, afectando a un gran número de personas simultáneamente. El cáncer cérvico uterino se ha convertido en una epidemia en México porque está afectando a un gran número de mujeres a nivel federal.

Ciertamente las cifras y estadísticas nos dan posibilidades de conocer el problema, sin embargo aquí expondré otros factores del orden cualitativo que pueden ser útiles para hacernos de un panorama más integral. Al interior de la Comisión de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino, de la *Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal*, nos hemos abocado a la tarea de ver el asunto que nos atañe desde la mirada de las mujeres, considerando que tiene una dimensión social, económica, política y cultural.

Revisando datos de 1997, podemos observar que en orden descendente las enfermedades del cora-



Rotmi Enciso

zón, los tumores malignos, la diabetes mellitus y los accidentes, ocuparon los primeros cuatro lugares dentro de las principales causas de mortalidad general en nuestro país.

<i>PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. 1997</i>		
LUGAR	CAUSAS	DECESOS
-	General	440,437
Primero	Enfermedades del corazón	68,040
Segundo	Tumores malignos	51,254
Tercero	Diabetes Mellitus	36,027
Cuarto	Accidentes	35,876

En cuanto a la segunda causa de muerte, esto es, dentro del rubro de los tumores malignos, los cánceres de tráquea, bronquios y pulmón, estómago, cuello del útero, próstata y mama, son los que tienen mayor número de incidencias.

El total de muertes por tumores malignos fue de 51,254. De este total, cerca del 55 por ciento recayeron en la población de mujeres, en donde el cáncer cérvico uterino ocupó el primer lugar con 4,534 decesos.²

Robles³, las tendencias a principios de la década de los 90 indicaban que México, Costa Rica, Chile y Venezuela encabezaban la lista.

El comportamiento a nivel nacional es similar. La incidencia por cérvico-uterino se presenta claramente en las entidades con menor desarrollo económico. En 1995, Nayarit, Colima, Yucatán, Morelos, Michoacán y Veracruz, fueron los estados menos favorecidos⁴. Es posible que estados como Oaxaca, Hidalgo y Puebla no aparecieran en esta lista debido, entre

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. 1997**

LUGAR	CAUSAS	DECESOS	DECESOS EN MUJERES
Total	Tumores malignos en general	51,254	
Primero	Tráquea, bronquios y pulmón	6,385	2,057
Segundo	Estómago	4,799	2,181
Tercero	Cuello del útero	4,534	4,534
Cuarto	Próstata	3,421	-
Quinto	Mama de la Mujer	3,220	3,220
Sexto	Leucemia	3,011	1,352

Versiones oficiales mantienen que la mortalidad registrada hasta 1990 por cáncer cérvico uterino, había tenido una tendencia ascendente desde hacía 25 años, y que a partir de dicho año se mantuvo estable y hasta con una ligera baja en las tasas de mortalidad. Aún no se tienen oficialmente las cifras de 1998 hasta la fecha, sin embargo podemos asegurar que de ese año en adelante se registrará un incremento en los índices de morbilidad, esto es, de nuevos casos de mujeres con la enfermedad, si es que verdaderamente están resultando los programas de amplia detección a grupos poblacionales de riesgo que nunca se habían hecho las pruebas.

En el ámbito mundial, los países con menos recursos económicos y mayores índices de pobreza somos quienes concentramos las tasas más altas por cáncer cérvico uterino, mientras que por el contrario, son los países desarrollados quienes tienen en su mayoría altos índices de cáncer mamario.

América Latina está entre los primeros lugares en el mundo por problemas de cáncer cérvico uterino. Según datos de la Dra. Silvia

otros, a su bajo nivel de detección en esos años.

Es evidente que las cifras son una condición básica para realizar análisis, para fundamentar conclusiones y en su caso, para elaborar propuestas. En nuestro país aún es difícil el acceso a cifras oficiales actualizadas. Sin embargo, para tener una visión general del problema hacen falta más que números. Desde la perspectiva de las mujeres, se requieren análisis concienzudos que consideren por qué se dan esas cifras, qué las provocan, qué condiciones económicas, culturales, sociales e incluso políticas existen para que la epidemia del cáncer en cuello uterino haya adquirido esa magnitud entre la población mexicana.

**2. FACTORES DE RIESGO.
HACIA OTRAS PERCEPCIONES DEL
PROBLEMA**

Uno de los elementos que se han atribuido a la proliferación de los cánceres, es el incremento

en la esperanza de vida de la población en general, que si bien era de 42 años hace medio siglo, a principios del nuevo milenio está arriba de los 75.

“El cáncer en el cuello del útero o cérvico uterino, es un tumor maligno que aparece en esta zona. Son células anormales que crecen en forma desordenada”. El mayor número de casos de este cáncer se concentra en el grupo de mujeres que tienen entre 30 y 69 años de edad; justo cuando las mujeres estamos en la etapa más productiva de nuestras vidas. Los programas gubernamentales se han basado en este argumento para orientar los programas de prevención, detección, tratamiento, control y vigilancia hacia ese grupo de edad, dando prioridad al subgrupo de los 45 en adelante. Este modelo se importó de países muy avanzados como Finlandia, y aunque allí las medidas resultaron efectivas, el contexto demográfico, el nivel de educación, los valores sociales atribuidos tanto a mujeres como a varones, la percepción de la sexualidad, la infraestructura en salud y los recursos presupuestales, son elementos francamente alejados de nuestro contexto.

Si bien es fundamental la atención a grupos en donde los procesos de enfermedad se presentan de manera más avanzada y agresiva, también es cierto que las terapias correctivas y

los esfuerzos por aumentar la sobrevivencia en cánceres invasores, no detienen la morbilidad (enfermedad) y la mortalidad a mediano y largo plazo de las que ahora son jóvenes.

Entre los factores de riesgo para contraer cáncer cérvico uterino se encuentran: 1) ser mujer mayor de 35 años, 2) antecedentes personales o familiares de cáncer de cuello del útero, 3) no haberse hecho alguna vez un estudio citológico (muestra de células del cuello uterino), 4) antecedentes de infección por virus del papiloma humano (VPH), 5) ser pobre o tener bajo nivel de escolaridad, 6) ser múltipara, 7) inicio temprano de la vida sexual, 8) tener varias parejas sexuales (no sólo la mujer, también su pareja varón), 9) tabaquismo.

Los factores enlistados son efectivamente los más relevantes en la situación del cáncer cérvico uterino. En el 98 por ciento de los casos positivos de cáncer, o con algún grado de displasia (degeneración celular que aún no es cáncer), se ha encontrado como antecedente una infección de transmisión sexual: el Virus de Papiloma Humano de los tipos 16 y 18.

La conformación genética de este virus contiene proteínas altamente oncogénicas o cancerosas (E6 y E7), las cuales al alterarse pueden llevar a un fuerte deterioro celular en el cuello del útero. La mala nutrición y un deficiente funcionamiento del sistema inmunológico, hacen que se acelere este o cualquier otro proceso infeccioso.

La pobreza como antecedente de desnutrición, de dificultad para el acceso oportuno a los servicios de salud, y de desconocimiento sobre la importancia del cuidado de la salud, implica un grave impedimento para que las mujeres acudan al médico a hacerse un estudio de papanicolaou, por ejemplo.

Entre la población no sólo de mujeres sino también de varones, hay una falta de información y de conciencia sobre las consecuencias de prácticas sexuales no protegidas o riesgosas. Esto hace que no se reconozca a la sexualidad como un asunto también de salud y que no se asuman cuidados y responsabilidades.

La falta de conocimiento del cuerpo y la prevalencia de algunos valores sociales tales como el pudor



Procura.
Saber pedir
para poder dar

- ¿Conoces los requisitos para obtener la deducibilidad para tu organización?
- ¿Sabes lo que es un SWAP Social y como aprovechar esta gran oportunidad otorgada por el el gobierno para las ONG's?
- ¿Sabes cómo llenar y presentar tu declaración?
- ¿Cómo construir un fideicomiso?
- ¿Cuáles son los beneficios de constitución como IAP ó AC?

Aprovecha al máximo todos los beneficios en materia fiscal y legal para tu organización. PROCURA y The Fund Raising School de la Universidad de Indiana (TFRS), te ofrecen el curso:

ASPECTOS LEGALES Y FISCALES DE LAS ORGANIZACIONES NO LUCRATIVAS

Dirigido a:

Consejeros, directores, voluntarios e integrantes de organizaciones no lucrativas y a toda persona interesada en el tema:

Temario:

- Aspectos legales, fiscales y contables de ONG's
- Instituciones de Asistencia Privada y Asociaciones Civiles: Pros y Contras
- Importación de Mercancías donadas
- Fideicomisos
- Swap Social

Este curso forma parte del Diplomado en Fortalecimiento Institucional y Procuración de Fondos

Fecha: 11 al 13 de Octubre del 2000

Horario: 8:30-15:00 horas

Lugar: Hotel Camino Real, Ciudad de México

Incluye constancia, material didáctico y servicio de café
Reserva tu lugar con un depósito de \$ 1,000
Cupo limitado

POR SER UN TEMA TAN ESPECÍFICO INVITA A TU CONTADOR Y ESTE PAGA SÓLO EL 50% DEL CURSO

¡YA PUEDES HACER TU PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO!

Para mayores informes favor de comunicarse con el Sr. Ernesto Peña a los Tels.:
56 81 05 55
56 81 05 95
55 95 25 41

y la misoginia, hacen que se vea al malestar o al dolor como un padecimiento "normal" que "debemos sufrir todas las mujeres". Aunque el tema es amplio y tiene muchas aristas, sólo quiero apuntar que los valores sobre el cuerpo y la posibilidad de autoexplorarlo, sobre los roles de la decisión sobre el manejo de nuestra propia sexualidad, no ayudan a la prevención. Estos valores reproducidos y reforzados en los servicios de salud seguirán provocando que las mujeres no acudamos oportunamente al servicio médico, o que vayamos con miedo predisuestas a que nos regañen y que nos culpen "por desidiosas", "por habernos dejado tanto tiempo", o "por no pensar en nuestros hijos".

Además de los factores de riesgo "oficiales" enlistados con anterioridad, debieran aparecer otros de igual importancia como son la existencia de una cultura desfavorable a las mujeres y una calidad de la atención carente de perspectiva de género.

Es necesario que se impulsen acciones preventivas y puntuales no sólo dirigidas a las mujeres, sino también a varones y a la población en general. Una propuesta es que se haga sensibilización desde la educación primaria o secundaria, y que se conscientice a la población masculina desde los medios masivos de comunicación y desde los espacios laborales, sindicales y de salud.

3. DE LOS COMPROMISOS INSTITUCIONALES HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE ALTERNATIVAS POR PARTE DE LAS CIUDADANAS

A partir de estudios de población y de la identificación de los factores de riesgo que favorecen la incidencia del cáncer en nuestro país, entre 1997 y 98 se dieron grandes polémicas sobre los criterios a considerar, las medidas a tomar y las iniciativas a impulsar para abatir el crecimiento del problema que nos ocupa.

- En primera instancia se tomó la decisión de separar la normatividad que regía la atención del cáncer cérvico uterino de aquella que regía la de mama, porque ambas eran parte de un mismo documento (sobra decir que cada una tiene sus grandes especificidades). A partir del 6 de marzo de 1998, se publicó la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Con-

trol y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Hoy existe una disposición para este caso, pero aún está pendiente la normatividad para el de mama que aún se rige con la norma original.

- Para la prevención del cáncer cérvico uterino, se había decidido cambiar la periodicidad en la realización de la prueba del papanicolaou de uno a tres años. Mucho tuvimos que ver las organizaciones no gubernamentales y de mujeres para que esa iniciativa no se llevara a cabo indiscriminadamente. La propuesta fue que el plazo a tres años se llevara a cabo siempre y cuando una mujer se hubiera hecho dos papanicolaous previos, cuyos resultados hubieran salido negativos a cáncer, a problema de displasia, o a infección por virus del papiloma humano. El logro parece cobrar cada día más importancia en la medida en que no se ha logrado mejorar la calidad de la toma y de la lectura de laminillas. Hubiera persistido el riesgo de haber tenido como resultado un falso negativo (el estudio dice que no hay problema pero en realidad si lo hay) y de tener que esperar hasta otros tres años para que entonces se pudiera detectar el problema con las consecuencias que ello implicaría en el avance de la enfermedad.
- El sector gubernamental se propuso elevar la cantidad de papanicolaous en la población de mujeres con perfil de riesgo y que nunca se habían hecho un estudio. También decidió mejorar la calidad de las muestras y su lectura, formando, capacitando y actualizando al personal necesario. Esto porque se encontró alrededor de un 50 por ciento de margen de error en la interpretación de las laminillas (placas de vidrio donde se depositan las muestras de tejido cervical). Asimismo, se empezó a trabajar en formatos homogéneos para recoger la información y así dar coherencia a los datos obtenidos. Sobra decir que apenas se comienza con una organización al respecto. Por otro lado, ante el gran número de laminillas que se tienen en el sector salud producto de una exitosa promoción de la prueba del papanicolaou, existía hasta hace poco un considerable rezago de lecturas no hechas y evidentemente un tremendo retraso en la entrega de resultados. No se preparó con tiempo al personal necesario para cubrir la demanda de lecturas y es prácticamente la misma cantidad de gente la que lo sigue ha-

ciendo. Existen sobrecargas de trabajo, por lo que es necesario facilitar los trámites y requisitos para formar nuevo personal capacitado.

- Se hizo el compromiso de impulsar la creación de clínicas de displasias en las que se daría tratamiento ambulatorio y conservador para lesiones precancerosas, dejando a los grandes centros oncológicos los casos más avanzados. A la fecha, ha sido muy lenta su consolidación. En el Distrito Federal se han hecho grandes esfuerzos para implementar estas clínicas en donde se hace colposcopia (revisión del cuello uterino con una cámara que tiene lente de aumento) y tratamiento conservador; sin embargo, aún siguen siendo insuficientes. Poco antes de la apertura de estas clínicas, los problemas seguían siendo la falta de materiales incluyendo algunos colposcopios, así como de personal capacitado.
- Las instancias gubernamentales se han comprometido a hacer una amplia difusión de los métodos preventivos, sobre todo del papanicolaou, garantizando mejoras en la calidad de la atención en los servicios de salud e incorporando la perspectiva de género en la práctica cotidiana. Desde los grupos de mujeres consideramos que esto último deja mucho que desear. Si bien el personal de salud está recibiendo capacitación sobre género, lo cierto es que estos temas están siendo considerados por algunos proveedores de servicios como un requisito solo para cubrir currícula. Son necesarias la sensibilización y concientización de dichos proveedores. Asimismo es importante la incorporación de prácticas institucionales horizontales que permitan la participación amplia y comprometida, tanto de personal de salud como de usuarias, en el diseño, la planeación, el seguimiento y la evaluación de los programas y políticas sanitarias.

Para concluir, sólo me resta destacar la trascendencia que el personal de salud tiene en el empoderamiento de las usuarias de los servicios. Particularmente, **¡Error! Marcador no definido. ¡Error! Marcador no definido y ¡Error! Marcador no definido. ¡Error! Marcador no definido**, son quienes tienen el contacto más directo con las mujeres. Son quienes tienen mayores posibilidades de fortalecer su autoestima y autocuidado, de acercarlas a los servicios de salud y de darle continuidad a las

acciones emprendidas.

Trabajar por un modelo de atención más horizontal, por un modelo en el que las decisiones no se impongan verticalmente, sino que impliquen un proceso de discusión y de reconocimiento mutuo de los saberes, representa la contribución a procesos democráticos.

La sexualidad ocupa un lugar medular en la vida de las personas, la información sobre su naturaleza, su práctica y sus atribuciones culturales no puede negársele a nadie. La información sobre esta se ha distorsionado y en algunos casos hasta se le ha negado a las mujeres en México, haciéndoles creer que se vive como algo oculto cuando no sucio, y que sólo logra reivindicarse por su aspecto reproductivo, es decir, por la maternidad. La sexualidad de las mujeres ha sido decisión de otros mientras que a estas sólo se les responsabiliza de mantenerla en buen estado.

Para lograr mejoras y condiciones óptimas en los procesos de salud pública, es necesario devolver a las mujeres el conocimiento y el poder sobre su cuerpo. Es necesario desmitificar valores y reconocer que nuestra salud es también una responsabilidad social.

La resignificación del cuerpo y en particular de los genitales femeninos, el respeto por los procesos culturales y emocionales, la oferta de una atención de calidad y la sensibilidad y el respeto ante los saberes y procesos de la población usuaria, no sólo dignifica y empodera a quienes reciben la atención, sino también a quienes la ofrecen. *fem*

- 1 Este artículo es retomado de: "Castañeda C. Rosamaría, "Epidemiología del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario en México" Hacia otra interpretación de los datos". Ponencia presentada en la 8a. Reunión Anual de Enfermeras en Iztapalapa, México, enero del 2000.
- 2 Para más información consultar: Mortalidad 1997. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Estadística e Informática, SSA, México.
- 3 Robles Silvia, "Epidemiología del Cáncer Cérvico Uterino en las Américas", en *Cáncer Cérvico Uterino*, Elu Ma. del Carmen, Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México, México, 1998.
- 4 Cisneros Ma. Teresa, "Situación Actual: Panorama del Cáncer Cérvico Uterino en México", en *Cáncer Cérvico Uterino*, Elu Ma. del Carmen, Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México, México, 1998.
5. "Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino y de Mama". Cuadrúptico de la Red por la Salud de las Mujeres del D.F., México, 1999.