

F 27.07 / C294



# Cáncer

Carpeta informativa

27.07  
C16

2407

---

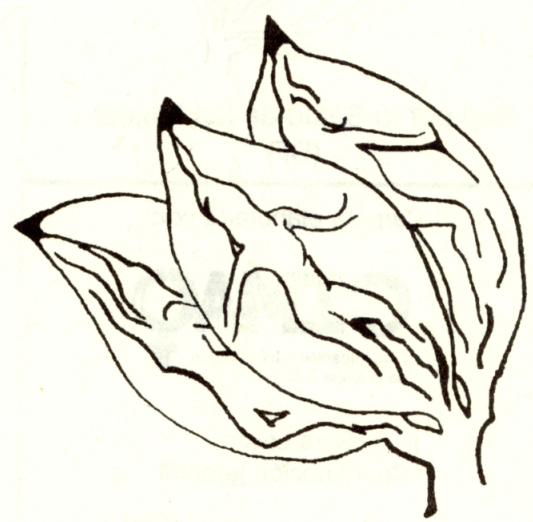
La Red por la Salud de las Mujeres (D.F.)



1491  
27.07  
C294

PROGRAMA UNIVERSITARIO DE  
ESTUDIOS DE GÉNERO - U.N.A.M.

002407



# Cáncer

Carpeta informativa

---

La Red por la Salud de las Mujeres (D.F.)



Patrocinado por:



Red por la Salud de las Mujeres  
(DF)

Carpeta elaborada por:



Comunicación e Información  
de la Mujer A.C.

Sara Lovera  
Coordinación general

Amalia Rivera  
Redacción

Rosa Ma. González Victoria  
Edición

Diseño y reproducción  
BRAIN GRUPO  
Claudia E. Lovera

MAYO DE 1995, MEXICO, D.F.

## CONTENIDO



### PRESENTACION

1. CANCER CERVICO UTERINO Y CANCER MAMARIO: DOS ENEMIGOS MORTALES	3
2. ¿QUE ES EL CANCER CERVICO UTERINO Y EL CANCER MAMARIO?	5
3. PANORAMA MUNDIAL	7
4. MEXICO. PRIMER LUGAR EN MUERTE POR CANCER CERVICO UTERINO	9
5. ¿QUE HACEN LAS INSTITUCIONES DE SALUD?	12
6. LA IMPORTANCIA DE LA DETECCION TEMPRANA	15
7. TESTIMONIOS	17
8. LA RED POR LA SALUD DE LAS MUJERES	19
BIBLIOGRAFIA	21





# En México mueren diariamente **18 mujeres** a causa de **cáncer cérvico uterino** y **cáncer mamario**

El cáncer en mujeres -en el cuello del útero y en la mama- es prevenible y curable si se detecta y atiende oportunamente. Por ello es inadmisibile el sufrimiento y las pérdidas de vidas que encierran estos males. Dada esta situación, **la Red por la Salud de las Mujeres (DF)** se ha propuesto dedicar sus esfuerzos y voluntades a que las autoridades gubernamentales del sector salud escuchen las voces de miles de mujeres que lo único que piden es su derecho a la vida.

Nosotras, que provenimos y trabajamos directa y cotidianamente con mujeres de distintos sectores, edades y vivencias personales, hablamos con conocimiento de causa y certeza al referirnos a nuestras aspiraciones para defender el derecho a la salud y a una vida digna.

El cáncer cérvico uterino o cáncer en el cuello del útero y el cáncer mamario producen grandes estragos y los actuales programas sanitarios poco están haciendo para detener los decesos que se sufren en la intimidad de los hogares mexicanos.

Nos negamos a aceptar que, dada la difícil situación económica en que se encuentra el país, se profundice la falta de eficacia y eficiencia de los programas gubernamentales destinados a garantizar la salud de las mujeres, entre ellos los de detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer.

Para que nuestros reclamos y propuestas tengan eco, estamos echando a andar una serie de iniciativas que van desde una campaña interna denominada "La Salud empieza por nuestra Red", la cual busca que sus integrantes nos informemos, realicemos las pruebas para identificar posibles cánceres en nuestros cuerpos, sistematicemos y multipliquemos esta experiencia de enseñanza y aprendizaje colectiva con muchas más mujeres.

Asimismo, pretendemos establecer un diálogo abierto y sincero tanto con las autoridades sanitarias como con las(los) trabajadoras(os) de la salud a partir de nuestras reflexiones, en cuanto a la calidad de la atención en los servicios médicos y la pertinencia de tomar en cuenta las necesidades culturales y de género que demandan las mujeres.

La carpeta que tiene usted en sus manos forma parte de esta serie de iniciativas y busca socializar la información que hemos logrado encontrar en distintas fuentes, incluyendo testimonios que dan cuenta de la profundidad y complejidad del problema, así como de la necesidad de conjuntar esfuerzos entre los distintos actores de la sociedad civil y política, incluidos los medios de comunicación, para encontrar alternativas viables y detener esta avalancha de muertes inútiles.





# En el mundo, **México** ocupa el **primer lugar** en muertes por **cáncer cérvico uterino**

Cada año en el país mueren por todo tipo de cánceres 20 mil mujeres. Los más frecuentes son: cáncer cérvico uterino o del cuello del útero (cuatro mil 194), cáncer mamario (dos mil 379), cáncer gástrico (dos mil 52), cáncer en tráquea, bronquios y pulmón (mil 614) y leucemias (mil 121).

De persistir esta situación, se calcula que para el año 2000 morirán seis mil 485 mujeres por cáncer del cuello del útero y tres mil 210 por cáncer mamario.

En 1980, la tasa de cáncer del cuello uterino fue de 19.5 y de cáncer mamario de 9.5.

A nivel nacional, el cáncer mamario es la tercera causa de muerte. En 1992, ocuparon el primer y segundo lugares, respectivamente, como causa de mortalidad en mujeres mayores de 25 años, las tasas fueron de 23.7 para cáncer de cuello uterino y 13.9 para cáncer mamario. Comparadas ambas tasas con las de 1980 representan aumentos de 20 y 46 por ciento respectivamente.

Esto significa que dentro del grupo de mujeres de 20 a 59 años, 53.7 por ciento murió a causa de un cáncer de cuello uterino y el 58.1 por cáncer mamario. No todas las lesiones precancerosas (displasias) evolucionan a cáncer, se estima que el 35 por ciento remiten espontáneamente, el 20 se mantiene en forma estacionaria y el 45 progresan a la enfermedad. Pero hay que destacar que las lesiones precursoras, como el cáncer en su etapa inicial son curables en el 100 por ciento de los enfermas. En el caso del cáncer

mamario, el tratamiento oportuno eleva la sobrevivida en cinco años, en el 95 por ciento de los casos.

Poco han hecho las instituciones gubernamentales para abatir los índices de mortalidad por estos males. Pese a que las actividades de prevención y control se desarrollan, dicen las autoridades, como una "prioridad de sus políticas en todo el sector salud", lo cierto es que las campañas de detección temprana sólo cubren al 20 por ciento de las 15 millones de mujeres en riesgo de desarrollar cáncer, mientras la Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de que una campaña bien estructurada deber cubrir al 80 por ciento.

Si bien -según demuestran algunos estudios- la morbimortalidad ha descendido en países desarrollados, en América Latina y en el llamado tercer mundo, así como en la población femenina más pobre que vive en Estados industrializados las muertes continúan en ascenso, lo cual demuestra que el cáncer cérvico uterino y mamario no es sólo un problema de salud sino un problema social y económico.

## **PRESUPUESTO EN SALUD**

En 1993, el Banco Mundial en su Informe sobre Desarrollo Mundial impone a los Estados adecuar a sus políticas de salud un "ajuste fiscal" lo que se ha venido traduciendo en una disminución del gasto social público, que incluye el renglón salud.

En 1994, el presupuesto destinado a salud significó



**De cada 100 cánceres detectados en el aparato genital femenino, 85 son del cuello uterino. Este cáncer es la primera causa de muerte entre mujeres mayores de 45 años.**

apenas el 4.1 del PIB. Ello, aunado a la devaluación y a la crisis económica de 1995, significará más deficiencias en las instituciones de salud gubernamentales, menos campañas de difusión preventiva en los diversos medios de comunicación masiva, menor número de mujeres derechohabientes dados los recortes de personal -en enero el Seguro Social reportaba 126 mil bajas de afiliados-; reducción del gasto en investigaciones nacionales sobre cáncer en mujeres, y, desde luego, menor calidad en la atención y detección.

El cáncer cérvico uterino y el cáncer mamario fueron incluidos en el programa de control de enfermedades crónico-degenerativas del Programa Nacional de Salud 1989-1994 instrumentado por el gobierno salinista. Pero el problema fue soslayado ya que ni siquiera se le mencionó en los seis informes presidenciales.

Las estadísticas de 1992 hablan de un incremento en el número absoluto de mujeres muertas por tumores malignos del cuello uterino, que ascendió a un total de cuatro mil 346 en el año de 1992. Acerca del cáncer mamario se informó de la muerte de dos mil 559 mujeres en 1992 y del incremento de más de 10 por ciento de la tasa entre 1988 y 1992.

No está de más insistir en que estos cánceres en etapas tempranas, a diferencia del sida, son curables y su detección oportuna evitaría costos de tratamiento y hospitalización a mujeres económicamente productivas con lo que también se ahorraría todo ese sufrimiento que trae consigo el cáncer cuyo viacrucis se extiende entre 20 y 30 años de vida con la consiguiente merma en su calidad.

Las mujeres en riesgo de contraer el cáncer de este tipo tienen entre 25 y 59 años por lo que se está hablando de 25 millones de mujeres en peligro en nuestro país.

No obstante que desde hace más de 20 años existe un programa nacional orientado a instrumentar acciones continuas de Detección Oportuna del Cáncer (DOC) de cuello uterino dirigido a disminuir la mortalidad y la incidencia en su fase invasora, en México sigue siendo un problema grave de salud pública. Hoy el cáncer ocupa el segundo lugar en morbilidad en la población adulta (hombres y mujeres).

**mortalidad por cáncer según órgano afectado**  
*Estados Unidos Mexicanos, 1987*



Mujeres	
Órgano afectado	Tasa
Tráquea y Pulmón	3.4
Mama	4.8
Estómago	4.9
Cérvico uterino	9.5
Leucemias y Linfomas	2.5
Otros	3.7
Total	52.8





"PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE GENERO" - U. N. A. M.

## ¿Qué es el **cáncer**?

El cáncer es un tumor maligno de origen desconocido. Se presenta acompañado de un desarrollo anormal de las células y tejidos orgánicos. Se produce en cualquier parte del cuerpo, especialmente en la piel, las membranas mucosas, la lengua, el estómago, los intestinos, el hígado, el pecho y el útero. Invade los tejidos circundantes o se extiende a otras partes del cuerpo; tiene mucha tendencia a reproducirse si no se extirpa enteramente. Las irritaciones crónicas, los virus y el desequilibrio hormonal, parecen favorecer su desarrollo.

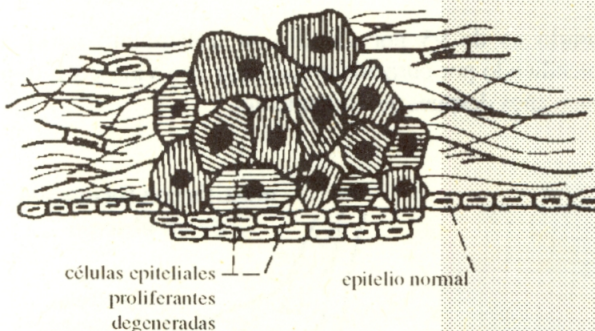
También pueden originarlo las magulladuras, los golpes y otras lesiones, los lunares pigmentados, el contacto continuo de productos de alquitrán y el petróleo, las lesiones

causadas por el parto y desatendidas. En el hombre ataca principalmente el aparato digestivo, los pulmones, la piel y la boca.

Después de los males del corazón, el cáncer es la causa de mayor número de muertes entre las mujeres que pasan de los 35 años de edad y entre hombres de 40 a 75 años.

Cuando se descubre el cáncer en sus comienzos, puede extirparse quirúrgicamente o mediante el tratamiento con fósforo radicativo. Cuando no se halla localizado en una determinada parte del cuerpo, se emplea para combatirlo la quimioterapia y el tratamiento hormonal.

**crecimiento tumoral**  
(esquemático)



### SEÑALES DE ALARMA

- Formación de nódulos o endurecimientos en la mama, piel o lengua
- Cambio extraño de una verruga o de un lunar
- Anormalidades continuas en la digestión
- Ronquera duradera o tos seca duraderas
- Dificultad para la deglución
- Desacostumbrado aumento de la sangre perdida en la menstruación. Pérdida de sangre aparte del período
- Sangría -sin motivo justificable- por la nariz o los oídos; o con la orina o las heces
- Herida o úlcera que no cura
- Inexplicable pérdida de peso



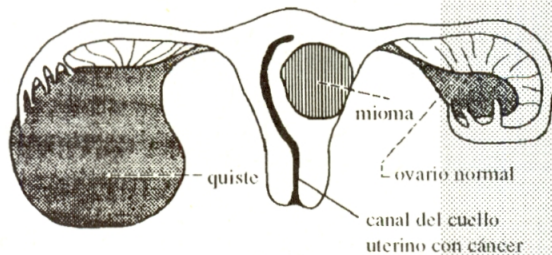
# ¿Qué es el **cáncer** del cuello del útero?

La definición más aceptada es la que brinda la Sociedad de Ginecología Oncológica: "Carcinoma que ha roto la membrana basal en uno o varios sitios sin llegar a una profundidad mayor de 3 mm por debajo de dicha membrana, que no invade vasos linfáticos ni sanguíneos, y en el que las áreas de microinvasión no son confluentes".

Asimismo, hoy está reconocido como una enfermedad de transmisión sexual producida por un virus peculiar, el papiloma humano, que sólo se desarrolla en mujeres que han tenido relaciones sexuales.

La frecuencia de tumor en las mujeres asintomáticas, aparentemente sanas, a quienes se les practicó la detección es de 3 por cada mil investigadas, y 2 más padecen una lesión precancerosa. En etapas tempranas, los síntomas se deben a infecciones cervicovaginales asociadas al cáncer. Las más comunes son: leucorrea (64.5 por ciento), prurito vulvar (33 por ciento), tricomoniasis (13 por ciento) y dispareunia (10 por ciento).

**quiste ovárico, mioma uterino y cáncer en el cuello uterino**  
(esquema múltiple)



## FACTORES DE RIESGO

- Tener más de 35 años
- Antecedente familiar de cáncer
- Inicio de relaciones sexuales a edad muy temprana
- Multiparidad de parejas sexuales
- Multiparidad vaginal
- Malos hábitos higiénicos
- Infecciones genitales frecuentes
- Papiloma (verruja) Virus (HPS 16-18)
- Tabaquismo
- Deficiencias nutricionales (Acido fólico y vitamina A)

# ¿Qué es el **cáncer** mamario?

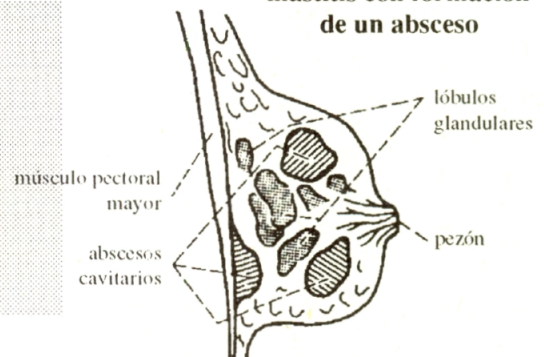
Es un tumor maligno que aparece en cualquier parte de la glándula mamaria (seno) por alteraciones celulares en el tejido. Si el cáncer se detecta antes de que se haya extendido a los ganglios o a otra parte del cuerpo la posibilidad de

curarlo es de 95 por ciento con tratamiento oportuno, entendiéndose por curación como estar con vida y sin tumor cinco años después del tratamiento.

## FACTORES DE RIESGO

- Mujeres menores de 40 años
- Antecedente familiar de cáncer mamario
- Menarca (menstruación) a edad temprana
- Nubilidad (sin haber tenido nunca relación sexual)
- Nuliparidad (no haber tenido hijos)
- Falta de lactancia
- Menopausia (retiro de la menstruación) tardía
- Utilización prolongada de estrógenos (hormonas)

**mastitis con formación de un absceso**







## En los **países pobres** se presentan las **mayores** **incidencias** a **escala mundial**

En el mundo, el cáncer cérvico uterino ocupa el segundo lugar. La Organización Mundial de la Salud calcula una frecuencia anual de 460 mil casos que, sumados a los 150 cánceres de tipo escamoso en otros sitios del tracto genital inferior, dan un total de 600 mil pacientes, de las cuales fallecerán -aun con tratamiento- del 45 al 50 por ciento de ellas.

En países desarrollados, la incidencia y la mortalidad han decrecido significativamente, gracias a la introducción del DOC: en países nórdicos bajó al 60 por ciento en un periodo de 20 años; en el noreste de Escocia disminuyó en 75 por ciento, y en Columbia Británica en 60; en Estados Unidos, descendió en 70 por ciento, sin embargo, en ese país la tasa de incidencia para mujeres hispanas y grupos de indias registró el doble de la que se presentó en mujeres blancas.

En el tercer mundo, y especialmente en América Latina, el cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar en orden de frecuencia 11.7 por ciento de los casos, en comparación con el 3 por ciento de los países desarrollados que los colocan en un quinto lugar.

En esa región, la mala alimentación acompaña desde su nacimiento hasta la muerte a millones de mujeres de estratos económicamente bajos; según incidencia de cáncer cérvico uterino, se han encontrado deficiencias nutricionales -sobre todo de vitaminas A y C- en las afectadas.

En los países pobres se presentan las mayores incidencias a escala mundial: una de cada mil mujeres de 35 a 55 años padece cáncer de cuello uterino.

El padecimiento es menos frecuente en monjas católicas, mormones y judías lo que explican ciertos patrones de conducta sexual y la presencia de la circuncisión en varones judíos.

En Recife, Brasil, la tasa de incidencia se estima en 83.2 por cada 100 mil mujeres, mientras en Israel se reporta una tasa de 3 por cada 100.

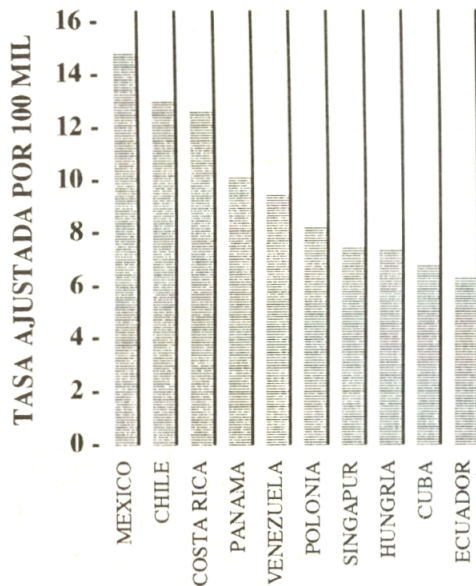
En contraparte, los estudios estiman que en países desarrollados un tercio de muertes anuales por cáncer podrían reducirse con sólo cambiar hábitos alimenticios. Asimismo, otros análisis demostraron que al igual que sucede en los países industrializados, en México desarrollan cáncer mamario mujeres de nivel socioeconómico medio-alto.

Estados Unidos y algunos países europeos han realizado amplios estudios epidemiológicos acerca de los distintos tipos de cánceres, y sus resultados han sido extrapolados a América Latina bajo el supuesto de que los factores de riesgo que determinan la incidencia son semejantes dejando de lado sus peculiaridades socioeconómicas.



### cáncer de cervix uterino

países con la mortalidad más alta de 1986-1988



Fuente: World Health Statistics 1987-1990

### La pobreza

El cáncer cérvico uterino para mujeres hispanas y grupos femeninos de indios americanos, es aproximadamente el doble de la población blanca. Las mujeres de clases sociales bajas tienen 5 veces más riesgo de contraerlo que las clases altas.

La incidencia de cáncer cérvico uterino en mujeres con apellido hispano que viven en Estados Unidos es 7 veces mayor que la de otros grupos étnicos.

Las mujeres latinas presentan una tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino dos veces mayor que la de mujeres anglosajonas.

Cada año se presentan 3 mil 500 casos de cáncer de cuello uterino lo que representa una tasa de incidencia de 1.15 por cada 100 mil mujeres.

La edad promedio en que se diagnostica cáncer cérvico uterino es de 48 años y su frecuencia se incrementa a partir de los 25 años.





# La mortalidad no ha variado en los últimos 15 años

La aparición de tumores malignos en el cuello del útero entre la población femenina de México se ha ubicado en el primer lugar. La tasa de mortalidad es de 52.8 muertes por cada 100 mil mujeres.

En el grupo de 30 a 44 años es la tercera causa de muerte y una de las primeras diez en todos los grupos de edad hasta los 64 años. El riesgo de fallecer por estas tumoraciones (neoplasias) es cinco veces mayor para el grupo de 40 a 49 años, y se eleva hasta diez veces en las mujeres mayores de 80 años. Es poco frecuente su presencia en el grupo menor de 25 años; después de los 54 años disminuye su incidencia.

En los últimos 15 años la tendencia de la mortalidad por esta causa ha se mantenido estable con un rango de 3.3 a 4.5 defunciones por 100 mil derechohabientes usuarias.

En realidad, existen pocas cifras sobre la incidencia de cáncer cérvico uterino. En 1989, el IMSS registró una incidencia de 9.7 casos por 100 mil años observación/persona.

Resulta difícil establecer la incidencia en cada uno de los estados de la república mexicana, dado que el seguimiento y sistematización por parte de las instituciones de Salud involucradas sólo cubre derechohabientes y no hay sistematización ni seguimiento.

Existen pocas investigaciones sobre el caso mexicano y/o son muy recientes. Durante mucho tiempo se siguieron los estándares dictados a partir de estudios estadounidenses y europeos.

## mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 25 años

Estados Unidos Mexicanos, 1990



### Tasa nacional: 24.8 Entidades con mayor mortalidad

Colima	42.3
Morelos	38.4
Nayarit	35.2
Tamaulipas	34.1
Veracruz	33.8
Yucatán	31.5



Los programas desarrollados por la Secretaría de Salud han detectado la edad promedio en que se descubren las displasias: leve, entre los 25 y 30 años; moderada, entre 30 y 35 años; y severa entre los 35 y 45 años.

Tanto la mortalidad como la incidencia se distribuyen de forma desigual a nivel nacional.

En México, los estados con mayores tasas de mortalidad son: Colima (42.0, ocupa el primer lugar con un riesgo 8 veces mayor de fallecer por esta causa en comparación con el promedio nacional); Morelos (37.8); Tamaulipas (33.0); Coahuila (31.2); Nayarit (30.6); Yucatán (29.7); Campeche (28.2); y Veracruz (28.0).

Entre los estados con mayor incidencia en muerte por cáncer mamario figuran: Baja California, Distrito Federal (con una tasa ajustada por edad de 5 defunciones por 100 mil derechohabientes, con un riesgo de fallecer por esta neoplasia de apenas la mitad que el promedio nacional), Nuevo León, Aguascalientes y Coahuila.

Algunas estadísticas muestran bajas tasas de incidencia pero altas tasas de mortalidad, como son en los estados de Durango y Yucatán.

Si la esperanza de vida de la mujer es de 72 años, esas defunciones representan 57 mil 66 años de vida perdidos de las mujeres de 30 a 59 años.

El cáncer de mama ocupa el tercer lugar como causa de muerte con una tasa de mortalidad de 4.8 por 100 mil mujeres de 25 años y más. Se presenta una frecuencia ascendente para los grupos de edad de 20 años.

La probabilidad de contraer cáncer mamario en México, al igual que en países desarrollados, aumenta con la edad; es más frecuente en mujeres de nivel socioeconómico medio-alto; el antecedente de tener una madre con un tumor de esta naturaleza aumenta las probabilidades de que se desarrolle en la hija.

Mientras más tardía es la edad del primer embarazo mayor es la probabilidad de desarrollar cáncer mamario.

La frecuencia resulta 2 veces mayor entre mujeres que tuvieron su primer hijo de los 24 años en adelante, que en

aquéllas que lo procrearon entre los 20 y 24 años.

Las mujeres que han tenido más de cinco hijos están más protegidas respecto a desarrollar un cáncer mamario que las que nunca tuvieron hijos.

La probabilidad de desarrollar cáncer mamario es 2.6 veces mayor en mujeres que comen más grasas tanto de origen vegetal como animal. Consumir tabaco y alcohol incrementa el riesgo de padecer esta enfermedad.

Las defunciones por cáncer del cuello del útero causan un impacto en la economía del país, pues se habla de mujeres entre 20 y 54 años, 30 por ciento de ellas son económicamente activas. Traducido en años, la pérdida es de 46 mil 889 años de vida, equivalentes en pesos a 79 millones 420 mil viejos pesos, según cálculos de 1991. Para el caso del cáncer mamario se estima en 35 mil 652 los años de vida perdidos.

A ello, hay que añadir el impacto en la orfandad. De las defunciones por cáncer cérvico uterino se calcula un promedio de 5 hijos; y de 3 hijos para el caso del cáncer mamario.

De persistir tal cual están las cosas, la misma Secretaría de Salud calcula que la tasa de mortalidad para el año 2000 llegará a 30.1 por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años con cáncer cérvico uterino. Para el cáncer mamario estima una tasa de 14.9. En 1990 era del 24.9 y del 13.0, respectivamente.

**México ocupa en América Latina el tercer lugar de mortalidad por cáncer del cuello uterino.**

**En 1993, 2 millones 149 mil 172 mujeres en riesgo de contraer cáncer cérvico uterino no tenía derecho a la seguridad social.**

**El cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar en frecuencia de diagnóstico (91.8 por ciento) y como causa de muerte por tumores malignos en mujeres a partir de los 35 años.**



En 1992, en el Sistema Nacional de Salud recibieron atención médica ocho mil 960 casos nuevos de cáncer cérvico uterino que representaron más de 4 mil fallecimientos.

El cáncer in situ representó sólo 29.9 por ciento; el resto, se diagnosticó en su fase invasora. Esto habla de la ineficiencia del programa de Detección Oportuna de Cáncer (DOC).

De cada 100 cánceres detectados en el aparato genital femenino, 85 son cérvico uterinos. Este es la primera causa de muerte entre mujeres mayores de 45 años.

En 1993, sólo el 59.7 por ciento de la población femenina en riesgo se sometió a la prueba del papanicolau.

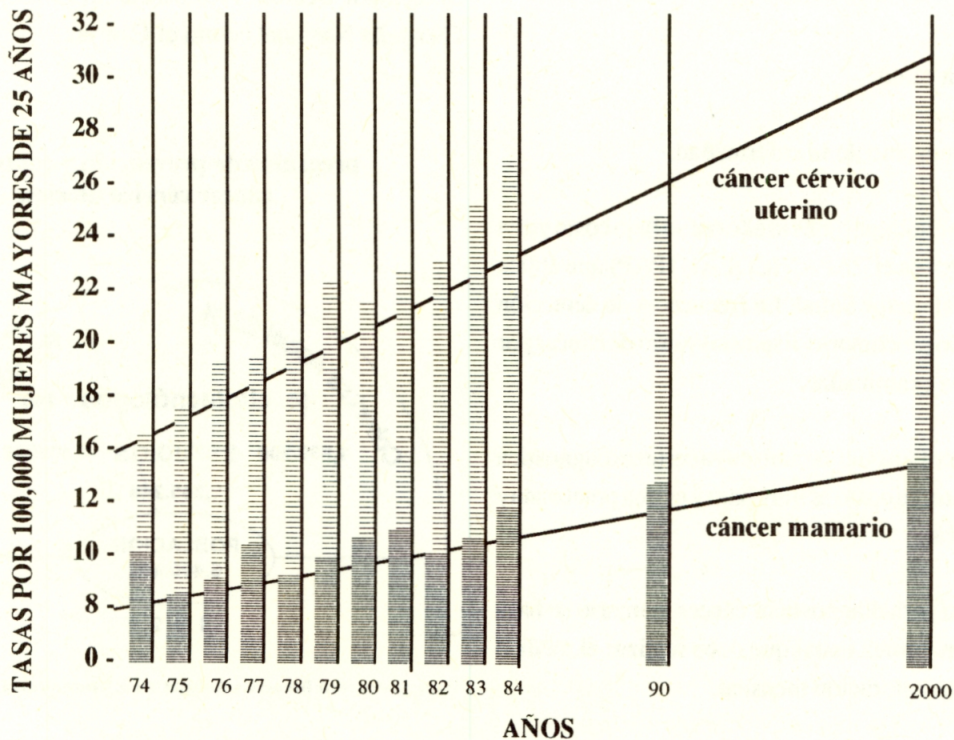
Cada año se registran mil 500 nuevos casos de cáncer cérvico uterino, de los cuales el 50 por ciento se encuentra en etapas muy avanzadas.

La atención de la salud es un derecho inalienable: ¡Un papanicolau para cada mujer!

En México mueren diariamente 18 mujeres por cáncer cérvico uterino y mamario.

tendencia y proyección de la mortalidad por cáncer cérvico uterino y mamario

Estados Unidos Mexicanos 1974 - 2000 (Secretaría de Salud)







## Insuficiente la acción oficial

Es obligación del Estado reducir la morbimortalidad por cáncer cérvico uterino y mamario de las mujeres, estén o no amparadas por alguna de sus instituciones. También debe ampliar su cobertura de detecciones y lectura de muestras citológicas; detectar tempranamente de lesiones preinvasoras del cuello uterino (displasias y cáncer *in situ*); establecer un sistema de seguimiento para las sospechosas detectadas; aplicar el tratamiento adecuado y oportuno; así como educar a la población sobre las medidas a seguir para prevenir el padecimiento.

La Secretaría de Salud desarrolla programas preventivos y de control para combatir el cáncer cérvico uterino y cáncer mamario a través de tres estrategias básicamente:

1. Promoción a la salud.
2. Detección temprana.
3. Tratamiento oportuno de la enfermedad.

El método citológico más usado por su bajo costo y alta certeza diagnóstica es el PAPANICOLAU (PAP) que aplica a nivel nacional el sector Salud. La frecuencia de detección es el caso de lesión precursora (displasia) y otro de cáncer por cada 100 mujeres examinadas.

El Papanicolau es un estudio cuya certeza diagnóstica es del 98 por ciento, su costo es muy bajo y es una prueba muy sencilla de realizar.

El método para diagnosticar cáncer mamario se basa en la exploración clínica anual que debe realizar el médico familiar y la autoexploración mensual.

### ALGO DE HISTORIA

El primer esfuerzo para detectar cáncer cérvico uterino en México se remonta a 1942, cuando la Secretaría de Salubridad y Asistencia arranca la Campaña de Lucha contra el Cáncer. En 1949 inicia la detección de este tumor en el Hospital de la Mujer. En 1950, el Instituto Nacional de Cancerología comienza la formación de recursos humanos para obtener y leer el Papanicolau.

En 1962, el IMSS establece un programa de detección, al que se une el ISSSTE en 1964. En 1969 se estableció el primer curso para la preparación de citólogos en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional (IMSS). En 1974 se crea por Decreto Presidencial el Consejo Técnico de la Campaña Nacional contra el Cáncer.

### programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino





El IMSS contaba hasta 1986 con ocho laboratorios de citología -Tres en el DF y cinco en el interior del país: Guadalajara, Monterrey, Puebla, Ciudad Obregón y Mérida- para recibir los estudios de Papanicolau que generaban de cuatro a nueve delegaciones de la región. En 1987 inició la desconcentración de laboratorios, y desde 1993 todas las delegaciones hacían la detección, diagnóstico y tratamiento.

En la actualidad se ubican en los hospitales generales de zona y en centros médicos.

Entre 1987 y 1989, el IMSS incluyó servicios de Oncología en 34 unidades médicas de 26 delegaciones del DF que brindan atención a través de módulos. En total operan 8 servicios completos de Oncología con radioterapia total o parcial en México, Guadalajara, León, Puebla, Ciudad Obregón, Torreón y Mérida, y 19 módulos con cirugía y quimioterapia, administrándose la radioterapia en los servicios oncológicos.

Estos módulos se ubican en las unidades médicas de segundo nivel de Acapulco, Cuernavaca, Culiacán, Durango, Oaxaca, Orizaba, Pachuca, Querétaro, Tapachula, Toluca, Tuxtla Gutiérrez, Zacatecas y Lomas Verdes (DF).

En la ciudad de México operan siete módulos con cirugía y quimioterapia en el Hospital de Gineco-Obstetricia de Magdalena de las Salinas, el Hospital General Centro Médico Siglo XXI, en La Raza, en el Hospital General de Zona Los Venados, de Francisco del Paso y de Villa Coapa. La radioterapia se subroga localmente en las unidades de Ciudad Juárez, Ciudad Madero, Chihuahua, Hermosillo, San Luis Potosí, Tijuana y Veracruz.

Se estima que los hospitales de segundo y tercer nivel realizan un diagnóstico integral de casos sospechosos detectados por citología, del orden de los seis mil anuales.

Proporcionan cuatro mil 500 tratamientos al año los hospitales de segundo nivel de atención a casos de displasia y carcinoma *in situ* confirmados.

Los servicios de Oncología tratan 500 casos al año en etapas clínicas avanzadas de cáncer.

Actualmente, sólo existen dos centros hospitalarios de alto nivel en México para atender cáncer: el Instituto Nacional de Cancerología y el Hospital de Oncología del IMSS, éste

ubicado en el complejo del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Ambos son insuficientes para atender la demanda.

### **EL PAPEL QUE DESEMPEÑAN**

La NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, publicada en el Diario Oficial de la Federación (16/01/95) para la prevención, tratamiento y control del cáncer de cuello de útero y de mama en la atención temprana, elaborada por la Secretaría de Salud a través de la Subdirección de Cáncer, buscó uniformar principios, políticas y estrategias de operación para la prevención, detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino y cáncer mamario.

Esta norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de los sectores público, social y privado. Entre las disposiciones generales señala que la atención preventiva de detección citológica y examen clínico de mamas, con enseñanza de la técnica de autoexploración son gratuitas en los establecimientos oficiales.

En la actualidad el Instituto Nacional de Salud Pública es el que norma las actividades de la DOC a nivel poblacional. El IMSS practica un millón de Papanicolau anuales con una cobertura de cerca del 15 por ciento de la población derechohabiente, constituida por 13 millones de mujeres; por ende, quedan desprotegidas 10 millones.

Ello habla de una baja cobertura nacional, al tiempo que muestra que no se ha dado una respuesta gubernamental efectiva y organizada. Que después de más de cinco décadas, los cánceres cérvico uterino y mamario no hayan sido abatidos, y por el contrario sigan segando la vida a miles de mujeres, habla de limitación de los servicios gubernamentales que han sido rebasados por la demanda: son 25 millones de mujeres las que requieren realizarse el Papanicolau.

A la falta de capacidad para responder a la demanda se suman problemas de desabasto, administrativos y falta de capacitación, que afectan a los laboratorios.

Hoy, 75 por ciento de los resultados de todos los estudios citológicos, incluido el Papanicolau, se entregan a la paciente después de mes y medio o dos meses de realizada la prueba.

El rezago que prevalece oscila entre tres mil y cuatro mil estudios mensuales sin interpretación. Los laboratorios



trabajan con la mitad del personal requerido que, según los manuales, deben realizar 10 mil exámenes anuales (ocho citotecnólogos) y en condiciones difíciles donde, debido a los cortes presupuestarios, faltan reactivos elementales como resina o alcohol -la descentralización vino a afectar más aún este desabasto, dado que se reparte menos material en más laboratorios- o muchas veces no se dispone de un microscopio, dado que éstos no reciben mantenimiento.

En el 65 por ciento de los casos, los citólogos se topan con muestras insuficientes o mal tomadas del Papanicolau, lo que impide el análisis. Las carencias incluyen hasta la falta de mensajeros para transportar las laminillas a fin de cumplir las normas y tiempos que determina el Manual de Normas y Procedimientos de la Secretaría de Salud.

Asimismo, la papelería de Clasificación del Papanicolau es obsoleta; se trabaja con la de hace 40 años, en tanto la que se usa para vaciar el Informe Citológico data de hace 26 años, lo que llega a incidir en una interpretación y

canalización inadecuadas, al tiempo que impide el seguimiento veraz.

La aplicación del Papanicolau fluctúa entre el 10 y el 20 por ciento de las mujeres mayores de 25 años amparadas por alguna institución de Salud.

Es evidente que deben modificarse los programas actuales de control, pues no están diseñados para realizar las coberturas en función de las mujeres en riesgo; tampoco hay un conocimiento veraz de estos cánceres con respecto a su frecuencia y distribución en la república, dada la escasa investigación, seguimiento y sistematización al respecto.

Es necesaria la investigación en sistemas de salud que evalúen el cumplimiento de los objetivos de los programas para prevenir el cáncer; se requieren estudios epidemiológicos e investigación sobre cáncer de útero y cáncer mamario en relación a los perfiles de riesgo.

#### primeras causas de mortalidad femenina por tumores malignos (1991)

LOCALIZACION DE LOS TUMORES MALIGNOS	TODAS LAS EDADES	20 A 59 AÑOS DE EDAD	% DEL TOTAL
Cuello uterino	4,194	2,253	53.7
Mamario	2,374	1,383	58.1
Gástrico	2,052	567	28.3
Tráquea, bronquios y pulmón	1,614	416	25.7
Leucemias	1,121	427	38.0

#### impacto económico de la mortalidad por cáncer cérvico uterino (1991)

DEFUNCIONES POR CANCER CERVICO UTERINO (20-54 AÑOS)	ECONOMICAMENTE ACTIVAS %	PERDIDA DEL INGRESO
1,806 46,889 AÑOS PERDIDOS	30	N\$ 79'754, 220

#### impacto social de la mortalidad por cáncer cérvico uterino y mamario (1991)

TIPO DE CANCER	DEFUNCIONES	HIJOS EN LA HORFANDAD
CERVICO UTERINO	4,194	20,970
MAMARIO	2,379	7,137





## El cáncer cervicouterino y el cáncer mamario en sus inicios son localizables y se pueden tratar antes de evolucionar a invasores

El tratamiento oportuno del cáncer mamario ha demostrado un incremento en la sobrevivencia de cinco años en el 95 por ciento de los casos; mientras es de 65 por ciento en pacientes no controladas.

### COMO SE REALIZA LA PRUEBA

Para tomar esta prueba, la mujer debe acudir sin lavado vaginal, sin haberse aplicado óvulos ni jaleas y sin haber tenido relaciones sexuales 24 horas antes. Colocada en posición ginecológica, el/la profesional entrenado/a introduce un espejo vaginal separando las paredes de la vagina hasta localizar el cérvix. Este se raspa ligeramente y se toman muestras del orificio interno y externo del cuello que se fijan en una laminilla, que se envía al citólogo para su interpretación en el microscopio.

Para realizar el examen clínico de las mamas, la paciente se desnuda hasta la cintura y el/la profesional inicia la palpación de las mamas comparando consistencia, elasticidad, presencia de masas y dolor. Revisa huecos axilares, regiones supraclaviculares e infraclaviculares.

Se trata de una prueba sencilla en extremo e indolora; sin embargo, el control social de la sexualidad femenina imperante en México y América Latina manifiesto en normas impuestas de "recato sexual" sólo han inhibido las acciones preventivas que requieren tacto de los genitales femeninos

retrasando o impidiendo el acceso a los servicios de salud.

No existen publicaciones que hablen de la evaluación del alcance de los programas de control de esos cánceres. Poco se ha publicado sobre datos de mortalidad a nivel nacional y casi no hay información actualizada sobre la morbilidad tratada en el sector Salud, lo que impide la actualización de estadísticas. Persiste en general la desinformación.

Se requieren campañas informativas para desterrar falsos pudores y temores que existen alrededor de estos exámenes preventivos. Se requiere además capacitación y sensibilización del personal de Salud para que estas campañas se extiendan hasta el último rincón del país, escuelas y, principalmente, a zonas rurales olvidadas.

**Se requiere que las mujeres tomen conciencia y se hagan los exámenes y exijan buenos servicios.**

**Las lesiones precursoras como el cáncer en su etapa inicial, son curables en el 100 por ciento de los casos. No todas las displasias evolucionan a cáncer, se estima que 35 por ciento remiten espontáneamente; 20 por ciento se mantienen en forma estacionaria y 45 por ciento progresan a cáncer.**



## COMO EXAMINAR LOS SENOS

*Es muy importante que las mujeres adquieran el hábito de examinar sus senos para descubrir alguna anormalidad o tumoración.*

*El autoexamen es necesario una vez al mes y el mejor momento es inmediatamente después de la menstruación.*

*Después de la menopausia (cuando ya no se regla), se puede realizar este examen cualquier día del mes.*

*Si la mujer nota algo diferente en sus senos, o cualquier secreción, clara o con sangre, debe acudir con su médica de confianza.*

*La inspección regular le muestra lo que es normal para ella y le dará seguridad en su examen. La siguiente es una sencilla guía para que se realice autoexámenes.*

### ANTE UN ESPEJO



Inspecciona tus senos con los brazos a los lados. Levanta tus brazos en alto sobre la cabeza. Observa si hay cualquier cambio en el contorno de cada seno, hinchazón, hoyuelos en la piel o cambios en el pezón.



Luego coloca las palmas de la mano sobre las caderas y haz presión firmemente hacia abajo para doblar tus músculos del pecho. El seno derecho y el izquierdo no serán exactamente iguales -los de pocas mujeres lo son-.

Enseguida, mueve los dedos una pulgada hacia adentro, hacia el pezón; continúa haciendo círculos para examinar cada parte de tu seno incluyendo el pezón. Esto requiere por lo menos tres círculos más.



Ahora, repite despacio el procedimiento en tu seno izquierdo con la mano izquierda detrás de la cabeza. Nota cómo se siente la estructura de tu seno.

Finalmente, aprieta el pezón de cada seno suavemente entre los dedos índice y pulgar.

### ACOSTADA

Para examinar tu seno derecho, pon una almohada o toalla doblada bajo tu hombro derecho. Coloca la mano derecha detrás de tu cabeza. Esto distribuye el tejido del seno más uniformemente sobre el pecho.



Con la mano izquierda, los dedos planos, haz presión suavemente en pequeños movimientos circulares alrededor de la esfera imaginaria de un reloj.

Empieza en la parte superior y exterior de tu seno derecho como si fueran las 12 en punto del reloj.

Después mueve los dedos hacia la 1 en punto, y así alrededor de todo el círculo hasta regresar a las 12. Una especie de cordoncillo de tejido firme en la curva más baja de cada seno es normal.

### EN LA DUCHA



Examínate los senos al tomar el baño o la ducha; las manos se deslizan más fácilmente sobre la piel húmeda.

Mueve suavemente los dedos planos sobre cada parte de cada seno. Usa la mano derecha para examinarte el seno izquierdo y la mano izquierda para el derecho. Fíjate si tiene cualquier abultamiento o protuberancia, nudo o alguna dureza.





**Ana María. 58 años. Divorciada y sin hijos. Puebla**

“Tenía 38 años cuando empecé a tener problemas con la menstruación y un flujo constante, feo y oloroso. No iba al médico porque me daba pena y no sabía lo que era un papanicolau. Cuando tenía relaciones sexuales sangraba y me dolía; a veces me quejaba y mi esposo decía que yo nada más ponía pretextos para no estar con él. Fui perdiendo peso y cada día me sentía más mal. Al ir al baño sentía como que me salían natas con vinagre. Hasta que un día mi esposo me llevó a Puebla con un doctor. Yo no le dije bien lo que me pasaba porque me daba pena, seguía diciendo que era el estómago hasta que un día me puse tan mal que querían operarme de emergencia. Me querían quitar la matriz pero mi esposo no quiso que me dejaran “hueca”. Un tío de él le dio la dirección de un médico en el DF, y como último recurso fuimos con él. Me dio dos meses de radioterapia y los últimos dos días una cápsula de cobalto... Fue muy difícil, me daban muchas náuseas, me sentía muy mal pero afortunadamente desapareció el cáncer. Han pasado dos años. Pocas veces voy al doctor. Me da pena decirles lo que me pasó por las revisiones, pero me han convencido y con todo y la pena voy y me hago el papanicolau. Ahora salí con un proceso inflamatorio”.

**Lilia. 38 años. Madre soltera con tres hijos. Sonora**

“Tenía como un año de sentir molestias pero no le daba importancia hasta que un día me dio un dolor muy fuerte y hemorragia y me llevaron de emergencia al Seguro Social de Sonora. Los doctores pensaban que era un aborto y me iban a hacer un legrado. Después de varios estudios vieron que tenía una displasia a punto de pasar a la cuarta fase. Me dieron 38 radiaciones y me pusieron cobalto. El médico me dio 5 años de vida. Algunas compañeras del hospital con diagnóstico parecido murieron ese año; otras, tardaron 5 o 6 meses en morir”. “Lilia -explica su hermana- reaccionó con mucho optimismo, empezó a cambiar su forma de vida, a cuidar su alimentación, a buscar alternativas de curación ¡hasta comió víbora porque le dijeron que era buena para el cáncer! Como sea, yo no estaba tranquila y me la traje al DF y la llevé con el doctor Sukerman, quien dijo que estaba bien que no le hubieran hecho la histerectomía y que el tratamiento fue oportuno. Han pasado 12 años y Lilia sigue viva. Ahora pienso que tal vez tuvo que ver con un aborto mal practicado. Con la sonda se le perforó el útero y le dio una peritonitis; casi se muere. Estuvo varias semanas en el hospital, le quitaron parte del intestino. Pero también pienso que fue porque nunca se hizo un papanicolau, todavía ahora tiene miedo de hacérselo; ahora dice que le da miedo que le vayan a decir que sigue con cáncer”.

**La mortalidad materna es un problema que juntas podemos vencer.**

**La salud de la mujer es una prioridad social que debe ser tomada en cuenta por el Estado como un derecho básico.**

**Que el gobierno emprenda acciones efectivas para prevenir las enfermedades que aquejan a las mujeres y se eviten más muertes y sufrimientos a causa del cáncer cérvico uterino y mamario.**



**El cáncer de mama es curable siempre que se detecte a tiempo.**

**Es urgente incrementar los presupuestos destinados a la prevención y atención de cáncer cérvico uterino y mamario.**

**Que se transmitan mensajes educativos por radio y televisión que ayuden a la prevención oportuna de cáncer.**

### Lucy. 53 años. Chiapas.

"Hace 23 años sentí una bolita chiquita en el seno. Un día me empezó a doler y me dio fiebre. Yo trabajaba de enfermera con un médico. Con el termómetro en la mano fui y le comente que tenía dolor en el seno y 39.30 de temperatura. Vio el termómetro, se rió y me dijo 'lo que tú necesitas es marido', y me dejó botado el termómetro. Entonces me fui al centro de salud. Había un médico al que yo conocía, le platique y enseñe el termómetro y me dijo que fuera inmediatamente al hospital con unos compañeros suyos. Me revisaron y me dijeron que me iban a programar para operación. Me hicieron estudios de sangre y radiografía. Me operaron. Mandaron el tumor a Patología y resultó benigno, pero ya me habían quitado el seno. Era la primera vez que estos médicos hacían una operación de este tipo. En agosto del año pasado (1994), un día mi hermano le quería pegar a mi mamá. Me metí a defenderla y me tocó un golpe en el seno sano. Yo siempre dormía boca abajo. Sentí que algo me molestaba; me toque y tenía una bola. Le comenté a mi mamá y me dijo que fuera el médico inmediatamente. Yo no sabía qué hacer; no tenía dinero así que fui con la doctora G. Me hicieron estudios de sangre y radiografía. Me pasó con el ginecólogo, ahí me sacaron líquido y dijo que habría que hacer una biopsia. Dijo que era un fibroma. 'Te vamos a programar para cirugía menor'. Me sacó una bola grandecita, la mandó al patólogo y con los resultados me dijo: 'Te quedan tres meses antes que se infiltre'. Dijo que tenía que ir a radiaciones. Como allá no hay esos servicios, la doctora G., habló con otra doctora de Cancerología. Me mandaron allá con las laminillas, parafina y todos los estudios que me habían hecho. Al llegar a Cancerología me dijeron que me iban a dar quimioterapia. Me hicieron ultrasonido y medicina nuclear para ver si no tenía nada en mis huesos, hígado o riñones, y estuve bien. Después de cuatro tratamientos con quimio me operaron. Ya no encontraron tumor pero me quitaron 21 ganglios y de éstos tres benignos. Ahora me falta el tratamiento con radioterapia, dice la doctora que con eso voy a quedar bien. Así llevó desde septiembre del año pasado hasta la fecha. Realmente yo nunca sentí dolor y le dije al doctor que 'si tenía que quitar algo pues hágalo'. El dice que no debí aceptar que me quitaran el otro seno, pero ya que. Con el tratamiento de quimio a veces me siento muy cansada. Me da mucho vómito y me dan ganas de dormir, pero ya pronto terminará y podré volver a mi casa y a trabajar, pues hay mucho que hacer".

### Irma. Murió a los 42 años. Dejó viudo a su esposo con tres hijos. Calpalapan, Tlaxcala.

Irma era muy activa y alegre. Hacía trabajo con niños y jóvenes y luchaba por mejoras en su comunidad, llegó a ser regidora. Tenía derecho al ISSSTE y ahí se realizaba su papanicolau, sobre todo los dos últimos años. Los resultados nunca reportaron anormalidad. Ella tenía dudas porque seguía con molestias, entonces acudió a un laboratorio particular a realizarse la prueba. Por razones de trabajo tuvo que salir del país y tardó en recoger los resultados. Del laboratorio la fueron a buscar a su casa: tenía que hacerse una biopsia y otros estudios urgentes. Había salido con cáncer invasor y le encontraron un tumor en la matriz. Con esos estudios acudió al ISSSTE; fue necesario hablar con la delegada para que la atendieran rápidamente. Le hicieron histerectomía radical, pero cuando la operaron se dieron cuenta que estaba invadida. Según el médico tenía 50 por ciento de probabilidades de vida. Le quitaron 19 ganglios infectados. Dijo el doctor que las radiaciones serían una opción posterior. A los 8 meses el tumor tuvo una regresión más agresiva, invadió el intestino obstruyéndolo. Le practicaron una colostomía y tratamiento con radiaciones, pero le vino una anemia que le impidió dejar el hospital. Luego se dañaron riñón, pulmón, hígado... Murió el 7 de enero de 1992. Su esposo dice: "Fue un sufrimiento pavoroso. En nuestra desesperación también acudimos al Seguro Social, pero igual que en el ISSSTE nunca hubo una revisión seria y responsable. Los médicos responsables nunca vuelven a tener contacto con los enfermos. Los sábados y los domingos sólo encuentras a los practicantes. No hay un espíritu humano en los médicos. De nada sirve que las mujeres acudan a hacerse su papanicolau si son mal hechos, no los entregan y no se puede tener confianza en ellos".





# La alta incidencia de **cáncer cérvico uterino** y **cáncer mamario** evidencia la **debilidad** de las **respuestas** de las instituciones de salud

Ante una tragedia evitable -si se proveyera de las condiciones y se destinaran los recursos necesarios para la prevención de estos cánceres que afectan a la mujer-, la Red por la Salud de las Mujeres conformada por diversas organizaciones no gubernamentales, sociales, instituciones académicas y personas diversas, busca:

1. Fortalecer y enriquecer los trabajos en salud de las integrantes.
2. Coordinar los servicios y recursos con que cuentan las instituciones de la Red.
3. Incidir con sus planteamientos, propuestas y acciones en la sociedad civil para fortalecer una corriente de opinión favorable a los derechos y las necesidades de las mujeres.
4. Contribuir a la transformación de las actuales políticas públicas, relacionadas con la salud de las mujeres.

Entre las actividades de las integrantes de la Red figuran talleres, conferencias, campañas, apoyo a la organización de mujeres, elaboración de materiales informativos y de educación en salud, prestación de servicios como asesoría psicológica, ginecológica, legal, toma de Papanicolau, entre otros, así como investigación sobre salud, interlocución con instituciones gubernamentales y participación en los medios masivos de comunicación.

Con estas acciones la Red tiene entre sus objetivos:

- ✓ Buscar que las políticas y programas gubernamentales de salud dirigidos a mujeres, brinden una atención integral y de calidad, acorde a las aspiraciones y necesidades de las propias mujeres.
- ✓ Luchar para que el gobierno emprenda acciones efectivas para prevenir las enfermedades que aquejan a las mujeres y se eviten más muertes y sufrimiento ocasionado por el cáncer cérvico uterino y el cáncer mamario.



**INTEGRANTES DE LA RED POR LA SALUD DE LAS MUJERES**

**Acción Popular de Integración Social, A.C (APIS)**

6 01 25 57

**Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, A. C. (COVAC)**

547 49 08 y 541 09 22

**Católicas por el Derecho a Decidir**

554 57 48 y 659 28 43

**Centro de Apoyo a la Mujer A.C "Margarita Magón" (CAM)**

588 81 81

**Comunicación e Información de la Mujer, A.C (CIMAC)**

510 00 85 y 512 57 96

**Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, A.C. (CORIAC)**

639 53 86 y 639 57 07

**Equipo de Mujeres en Acción Solidaria (EMAS)**

619 56 76 y 619 09 35

**Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)**

662 70 95 y 662 14 50

**Instituto Mexicano de Estudios Sociales (IMES)**

676 44 39 y 676 48 92

**Mujeres en Acción Sindical (MAS)**

574 62 15

**Plenario de Mujeres de la UPNT-CENUC**

578 13 01 y 761 42 36

**Programa de Salud Reproductiva y Sociedad del Colmex**

645 59 55 Ext.4158

**Regional de Mujeres de la Conamup**

526 76 29

**Salud Integral para la Mujer (SIPAM)**

539 87 03

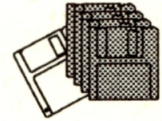
**Sede de la Red por la Salud de las Mujeres:**

Vista Hermosa No. 89, Col. Portales, México 03300 DF

Tel y Fax: 571 60 32 y 539 87 03

Horario: Lunes a viernes de 10:00 a 14:00 horas





ALONSO de Ruíz, Patricia y cols. *Evaluación de la calidad del laboratorio de citopatología*. Ed. por el Hospital General de México, 1992

BENITEZ Martínez, María Guadalupe/ Navarrete Espinoza, Joel/ Martínez Montañez, Olga Georgina/ Escobedo de la Peña, Jorge. *Epidemiología del cáncer cérvico uterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. Ed. Salud Pública de México. Noviembre-diciembre, 1992. Vol. 34, Núm.6

CISNEROS de Cárdenas, María Teresa/Espinoza Romero, R./ Pineda Corona, B./ González Camaño. *Mortalidad por cáncer en la mujer mexicana*. Ed. Salud Pública de México, 1987

*Diario Oficial de la Federación*. Organo del gobierno constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Tomo CDXVVI. Núm. 11. México, 16 de enero-20 de marzo, 1995

KOSS L. "The Papanicolau Test for Cervical Cancer Detection. A triumph and tragedy", en: *JAMA*, No. 5, 1989, pp. 437-744

LAURELL, Asa Cristina, "La salud: de derecho social a mercancía", en: *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Coedición UAM-Xochimilco-Fundación Friedrich Ebert representación en México, México, 1994

LAZCANO, Eduardo César/ Alonso de Ruiz, Patricia/ López Carrillo, Lizbeth/ Hernández Avila, Mauricio. *Cáncer de cuello uterino. Una perspectiva histórica*. Ed. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 62. Febrero, 1994

LAZCANO Ponce, E./ Rojas, R./ López Acuña, M./ López Carrillo/ Hernández, M. "Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvico uterino en la ciudad de México". Ed. *Salud Pública de México*, No. 35, 1993, pp. 65-73

LOPEZ Carrillo, Lizbeth/ Vandale-Toney, Susan/ Alonso de Ruiz, Patricia/ Fernández Ortega, Cielo/ Parra Cabrera, María del Socorro. *Cáncer cérvico uterino y mamario en la mujer mexicana*. Ed. Centro de Investigaciones en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 1992

*Manual de Normas y procedimientos*. Prevención de los cánceres cérvico uterino y mamario. Ed. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud. Dirección General de Medicina Preventiva. México, 1994

*Normas para la atención y control del cáncer cérvico uterino*. Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, México, 1997

*El Gobierno de Salinas de Gortari y la salud de las mujeres. Balance sexenal*. Ed. Red por la Salud de las Mujeres (DF), agosto, 1994.



*Hablemos un poco de cáncer cérvico uterino y cáncer mamario.* Ed. Salud Integral Para la Mujer. Proyecto Sipam. México, 1994

VERDUZCO Solís, C./López Cervantes, M./Vandale Toney, S. *Principales características epidemiológicas de mortalidad por cáncer en México.* Ed. Salud Pública de México, 1986

ZURITA, Beatriz y cols. *Garantía de calidad del programa de detección de cáncer cérvico uterino: una perspectiva gerencial.* Ed. Hospital General de México. Instituto Nacional de Salud Pública

### **HEMEROGRAFIA**

ALONSO de Ruíz, Patricia/Larios, M.N. "El papel de la citología en la detección de neoplasias". En: *Revista Médica.* Hospital General de México, No. 47, 1985, pp. 435-38

BENITEZ Bribisca, Luis. "El equinoccio de primavera y el cáncer". En: *La Jornada*, 25 de abril de 1995

DANELL, Juan/ Pérez Z, Norma. "De menos 2 millones 700 mil desempleados en 1995". En: *Epoca*, No. 198, 20 de marzo de 1995, pp. 42-43

### **ENTREVISTAS**

Dra. Patricia Alonso Ruiz (MC). Jefa del Departamento de Citología Unidad Patológica del Hospital General de México, Secretaría de Salud. Febrero, 1995

Citotecnólogos Aracely Chávez y Salvador Luna Rodríguez del Departamento de Citología Unidad Patológica del Hospital General de México, Secretaría de Salud. Febrero, 1995