



El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR).

Tesis de grado

Doctorado en Ciencias, Ecología y Desarrollo Sustentable.

Mónica Adriana Luna Blanco.

**Percepción del riesgo y autocuidado en el proceso de infección de VPH y
detección oportuna del cáncer cervical.**

Tutora:

Georgina Sánchez Ramírez

Asesoras:

Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo.

Dolores Ofelia Molina Rosales.

Diana Reartes Peñafiel.

Agradecimientos

Este trabajo no lleva solo un aprendizaje académico, a la par hubo un proceso de crecimiento interno que me permite reafirmar que la salud de las mujeres empieza en los sentimientos que una se tiene a sí misma, y que son un derecho por el que debemos como sociedad trabajar cotidianamente para ir disminuyendo las brechas de los estereotipos de género que nos empujan a ser- para otros antes que ser – para nosotras.

Lo hermoso de las travesías es que una no las recorre en solitario, si bien el esfuerzo y trabajo personal es fundamental y necesario, se enriquece con la interacción, ideas, palabras y acciones de otras personas, a quienes agradezco a continuación:

A la Dra. Georgina Sánchez Ramírez, por su invaluable acompañamiento académico y su cercanía personal, por su calidad humana y profesional, sus cuestionamientos y comentarios asertivos en el proceso de investigación. Gracias Gina por presionar cuando era necesario, por guiar y ofrecer alternativas, por tu disposición al diálogo permanente, por impulsar, gestionar y realizar actividades más allá del programa de doctorado, como la realización del Simposio y el libro. Sobre todo por compartir tu pasión por vivir, por reír, por enseñar, por compaginar lo laboral y lo familiar. Por tu amistad, solidaridad y respeto, mi profundo agradecimiento y admiración.

A las personas que acudieron, participaron y compartieron su tiempo, saberes y experiencias en los talleres realizados en Zacualpa, en la Biblioteca, en la Casa de la Mujer en la colonia de San Juan de los Lagos; a las parteras y promotores de salud reunidos en Comitán de Domínguez.

A las integrantes del Comité de Tesis, es especial a la Dra. Guadalupe Álvarez Gordillo, y la Dra. Diana Laura Reartes, quienes acompañaron de manera puntual el desarrollo de este trabajo de investigación. Al Dr. Carlo Magno Guillén Navarro, por su colaboración en el diseño y análisis de los datos cuantitativos.

Al personal de biblioteca y de posgrado de ECOSUR de la unidad San Cristóbal por su amabilidad y atención. De manera particular al Lic. Juan Carlos Velasco por su apoyo y trabajo en la realización del Simposio Médico y del libro “Infección por Virus del Papiloma Humano y prevención del Cáncer cervical”.

A la Lic. Guadalupe Elizalde y a la Dra. Pilar Vargas Ferrao por su entusiasmo y ánimo permanente por compartir y trabajar en beneficio de la salud de las mujeres; a Verónica Pérez López por su colaboración en el diseño y realización de los talleres.

A mis padres, mi familia, por continuar creyendo y apoyando mi crecimiento académico y laboral, por su respeto a mis decisiones de vida.

A las familias Guillén Sánchez, Sánchez Ramírez, Mijangos Sampsell, por habernos recibido de manera cálida, por su apoyo, solidaridad y compañía hacia mí y mi hija en estos cuatro años de travesía por el doctorado. Gracias Kirsten, gracias Martha, por escucharnos, guiarnos y acompañarnos a Clarissa y a mí, es grato compartir con ustedes.

A CONACYT por el apoyo otorgado a través de la beca 207830 para la realización de los estudios de doctorado.

DEDICATORIA

El amor es una experiencia de relación con el mundo. Es una experiencia de aprehensión del mundo. Y también es una experiencia de aprehensión del yo misma. Esta experiencia del amor propio es una clave fundamental. Es necesario que cada vez un mayor número de nosotras podamos decir y digamos: me amo. Amo a otras personas, amo al mundo y amo lo que hacen en el mundo otras personas. Y me amo a mi misma.

Marcela Lagarde

A mi ser mujer, madre, profesionista

A mi hija Clarissa

A mis padres, Margarita y Eduardo

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1. Consideraciones generales acerca de la infección por Virus del Papiloma Humano y el Cáncer Cervicouterino	9
Referencias bibliográficas	45
Capítulo 2. Artículo aceptado para publicación Revista Liminar “ Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México ”.	49
Constancia de aceptación y publicación.	78
Capítulo 3. Artículo enviado para publicación a la Revista Cuicuilco “ Los segmentos del cuerpo y sus padecimientos: un análisis preliminar de los procesos salud / enfermedad ligados al VPH y CaCu entre las parteras y promotores de salud de Chiapas ”.	79
Carta de recepción	102
Capítulo 4. La prevención de la infección del VPH y el Cáncer cervicouterino desde el enfoque biomédico	103
Referencias bibliográficas	121
Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones	123
Anexos	
Anexo 1. Cédula simposio México	130
Anexo 2. Carta descriptiva de talleres realizados	132

INTRODUCCIÓN

El contenido de este texto da cuenta de la multiplicidad de actores, elementos y factores que se configuran e influyen en el enfoque de prevención, detección y atención de la infección del virus del papiloma humano y del cáncer cervicouterino en el contexto del estado de Chiapas, en específico en la ciudad de San Cristóbal de las Casas.

El cáncer cervicouterino es la segunda causa de mortalidad entre la población femenina en el país (Luna, Fajardo y Sánchez, 2013; Globocan, 2008; OPS, 2007). Esta patología es catalogada como un problema de salud pública y se han destinado recursos económicos, materiales y científicos para implementar en el país un programa de detección oportuna que evite y disminuya la mortalidad entre la población femenina. No obstante esta inversión en recursos humanos y tecnológicos, la morbilidad y mortalidad por esta causa prevalece, esto se explica ampliamente en el capítulo 1 de la tesis.

Tesis central de la investigación.

Esta investigación se centró en enfatizar los elementos de prevención, tanto de la infección y contagio de VPH como de las lesiones cervicales precursoras del cáncer, siendo el eje de estudio la relación entre la prevención en la salud sexual y la vulnerabilidad social para enfermar sujeta a las relaciones de género, a través de la información obtenida en talleres diseñados ex profeso y algunos elementos derivados del simposio médico¹.

¹ Este evento surgió de la necesidad metodológica de recabar datos de biomédicos en torno a la prevención del VPH y del CaCu en la entidad, y por otra parte de la inquietud de la Dra. Pilar Vargas Ferrao por aportar información al personal médico que atiende esta problemática en los centros de salud de San Cristóbal de las Casas, así como

Cabe señalar, que como un proceso análogo a la realización de esta tesis, surgió la idea de realizar un trabajo con los resultados del simposio (que fue diseñado ex profeso como parte de la investigación), complementado con la participación de [expertos](#) en el tema de VPH, el resultado fue la edición del libro arbitrado: “Infección por Virus del Papiloma Humano y prevención del Cáncer cervical” (Sánchez, Luna y Vargas, 2013), con la finalidad de plasmar en un solo trabajo elementos contemporáneos que contribuyan a una mejor información y punto de encuentro entre los saberes populares, las prácticas empíricas y el enfoque médico con la finalidad de localizar estrategias tendientes a reducir la vulnerabilidad ante el padecimiento desde el enfoque de género y salud.

Las preguntas de investigación fueron:

- Preguntas relacionadas con las mujeres
 1. ¿Qué saben las mujeres sobre el virus del papiloma humano?
 2. ¿Qué aspectos impiden o facilitan que puedan reconocer la enfermedad en su cuerpo?
 3. ¿Qué tipo de información sobre VPH tienen?
 4. ¿Cuáles son las prácticas de cuidado que la población considera como preventivas en torno a la salud sexual, al vph y al cáncer cervical?

sensibilizarlos respecto a los elementos socioculturales presentes en la población que impiden una mejor prevención. El simposio se realizó en el mes de abril del 2012 en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, con la participación interinstitucional de El Colegio de la Frontera Sur, Secretaria de Salud del estado de Chiapas, Dirección de equidad, género y desarrollo del H. Municipio de SCLC, 2010-2012.

- Preguntas relacionadas con el sector médico.
- 5. ¿Qué elementos debe integrar la población como medidas preventivas en torno a la IVPH y CaCu y si incluyen a los varones de manera específica en estas medidas preventivas?
- 6. ¿Cuáles son los puntos de concordancia y divergencia entre los saberes médicos y los documentos de la secretaria de salud en torno a la prevención del VPH y el CaCu?
- Pregunta relacionada con las parteras y promotores de salud.
- 7. ¿Cuáles son elementos de prevención de la infección por VPH y Cacuc que proponen las parteras y promotores de salud?

Objetivo General

Conocer acerca de los saberes y prácticas preventivas que tienen 3 sectores de la población (mujeres del mpio. de San Cristóbal, parteras de 9 municipios y personal médico de diversos lugares de Chiapas, Tabasco y Guatemala) en torno a la infección por virus del papiloma humano y cáncer cervical en San Cristóbal de las Casas; así como la identificación de elementos que contribuyan a una mejor información y punto de encuentro entre los saberes populares, las prácticas empíricas y el enfoque médico con la finalidad de localizar estrategias tendientes a reducir la vulnerabilidad ante el padecimiento desde el enfoque de género y salud.

Objetivos específicos.

1. Indagar cuáles son las pautas culturales de género que obstaculizan el reconocimiento de la infección por VPH como ETS, en su sistema cultural salud / enfermedad entre las mujeres y las parteras.
2. Identificar las prácticas de cuidado y las prácticas sexuales que las mujeres, las parteras, las ong ´s y el sector médico consideran preventivas y establecer cómo pueden contribuir a la disminución de la vulnerabilidad del desarrollo de cáncer cervical entre la población de estudio.
3. Analizar la identificación y definición del problema de la transmisión y desarrollo de la enfermedad *dentro del* sector médico que acudieron al Simposio sobre VPH; así como en los documentos que corresponden a la aplicación de programas y manuales de la Secretaría de Salud y del Centro para el control y la prevención de enfermedades en torno al cáncer cervicouterino y Virus del papiloma humano en México del 2007 a la fecha.

Metodología

La apuesta metodológica del estudio fue establecer la interacción social de dos enfermedades que han sido desvinculadas para su tratamiento y control, la infección por VPH y el CaCu, comprendiendo la interacción entre las pautas de comportamiento sexual que se perfilan como elementos de vulnerabilidad, y el acceso al sistema de salud logrando establecer las fuerzas sociales, políticas y culturales que colocan a las mujeres como eje central de un programa gubernamental de atención a la salud/ enfermedad en donde los modelos masculinos hegemónicos no son trastocados.

En ese sentido, esta investigación apunta a profundizar en la etapa de prevención, tanto de la infección y contagio de VPH como de las lesiones cervicales precursoras del cáncer, siendo el eje de estudio, la relación entre la prevención en la salud sexual y la vulnerabilidad social para enfermar sujeta a las relaciones de género, a través de la información obtenida en talleres diseñados ex profeso, y un simposio médico. Para un entendimiento más integral del fenómeno se involucraron tres sectores, 1) personal médico especializado en el tema, 2) parteras de comunidades rurales y 3) mujeres -de población abierta- en edades a partir de los 20 años de edad.

La elección de estos grupos de actoras y actores, nos permitió identificar las estrategias que están desarrollando las personas para atender su salud y la interrelación entre ellos. Si bien cada grupo posee elementos específicos, los guiones para la realización de los talleres fueron similares, esto es, a grandes rasgos, indagar los saberes que poseían referentes al VPH, cómo se percibe la prevención, si se sienten o no vulnerables ante la infección de VPH y el CaCu de acuerdo a su conocimiento sobre la enfermedad y sus prácticas sexuales. Si bien la problemática del cáncer cervical afecta en mayor medida a los grupos más vulnerables, y se comparte la visión feminizada de la enfermedad (Luna, 2009) para los fines de tiempo y financiamiento de esta investigación se trabajó con mujeres de población abierta que acudieron a los talleres de manera libre, indagándose de manera indirecta a través de ellas la percepción de los varones en torno a la infección de VPH.

Debido a la naturaleza de la información que se pretendió recabar, el enfoque metodológico se centró en herramientas cualitativas, las cuales permiten profundizar desde la perspectiva de las actoras y actores así como sus contextos, con el fin de dar

cuenta de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad. Los métodos cualitativos son particularmente efectivos para que los investigadores comprendan un problema o una situación especial “desde dentro”, tal como lo perciben quienes están involucrados en él (H. K Heggenhougen, 1995: 15).

Elegimos la modalidad de taller considerando que es un espacio de trabajo donde se genera el conocimiento colectivo, se intercambian ideas y se facilita a la población la reflexión sobre la problemática analizada, de tal forma que el conocimiento se genera recíprocamente. En su desarrollo se buscó el diálogo, la participación, la cooperación y la búsqueda conjunta de soluciones o propuestas encaminadas a mejorar los problemas que ahí se identifican. La metodología del taller fue desde el enfoque de género, una metodología participativa, considerando como punto de partida la experiencia de las y los participantes.

En el capítulo 1 se presenta la información epidemiológica de la infección del virus del papiloma humano (VPH) y cómo ésta llega a ocasionar lesiones en el cuello del útero. Se hace énfasis en el programa de vacunación contra el VPH, ya que actualmente es la medida preventiva primaria que busca reducir la morbilidad y mortalidad por CaCu.

Se aborda una breve revisión sobre el funcionamiento del programa de detección oportuna del CaCu, en el cual se encuentran las normas oficiales sanitarias específicas para la atención y prevención de la enfermedad, así como los factores de riesgo asociados a la incidencia de la misma.

Esta información es analizada desde el enfoque de vulnerabilidad social y desde la visión de género y salud, haciendo énfasis en que el VPH es una infección que se

transmite por vía sexual, pero son poco claras las alusiones a la participación de los varones en las medidas preventivas.

En el capítulo 2 se presenta el artículo “Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México” aceptado para publicación en la Revista Liminar. En él se muestra la información recabada en los talleres que se realizaron con mujeres y varones de Zacualpa, zona centro de la ciudad y colonia San Juan de los Lagos, quienes expresan sus saberes, así como los conocimientos y prácticas que consideran preventivas, tanto para la infección de VPH como para el CaCu.

El capítulo 3 contiene el artículo “Los segmentos del cuerpo y sus padecimientos: un análisis preliminar de los procesos salud / enfermedad ligados al VPH y CaCu entre las parteras y promotores de salud de Chiapas” enviado a la Revista Cuicuilco, y en proceso de arbitraje. Este texto presenta la información recabada con parteras y promotores de salud de la zona fronteriza del estado, con quienes se exploró desde el enfoque de la antropología médica y el cuerpo la manifestación de los padecimientos: en específico aquellos vinculados con la salud sexual y los elementos de prevención que este sector considera relevante ante la infección de VPH y el CaCu.

En el capítulo 4 se presenta información relacionada con el análisis de los documentos oficiales que el sector público establece en torno a la prevención y detección oportuna, y se establece una discusión con un segmento de la información proporcionada en la encuesta que se aplicó en el Simposio médico.

En el capítulo 5 se exponen las conclusiones, producto del conjunto de los datos recabados en la investigación, se presentan los aportes específicos haciendo hincapié

en la necesidad de continuar realizando investigaciones multidisciplinarias sobre la temática.

Referencias bibliográficas

Heggenhougen H. K, Introducción, antropología y salud pública. Más allá de las medidas cuantitativas. En Nigenda, G. Langer, A. editores. En Métodos Cualitativos para la investigación en salud pública. Perspectivas en salud pública, INSP, Cuernavaca, México. 1995, pp.

Luna Blanco, Mónica, Horacia Fajardo Santana y Georgina Sánchez Ramírez (2013), "Cáncer cervicouterino, ¿enfermedad femenina o feminización de la enfermedad?", en Aurelia Flores Hernández y Adelina Espejel Rodríguez (coords.), Género y desarrollo. Problemas de la población I, México: Universidad Autónoma de Tlaxcala/El Colegio de la Frontera Sur/Colegio de Posgraduados en Ciencias Agrícolas/Universidad Autónoma de Nuevo León, pp. 89-114.

Capítulo I.

Consideraciones Generales acerca de la Infección por Virus del Papiloma Humano.

Las infecciones de transmisión sexual son consideradas como un asunto de salud pública y resultan más perjudiciales para la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Se propagan principalmente por el contacto sexual de persona a persona y hay más de 30 tipos de bacterias, virus y parásitos diferentes que se transmiten por vía sexual. Entre los virus más comunes que se transmiten vía sexual están el de inmunodeficiencia adquirida (VIH), el herpes simple tipo 2, el virus de hepatitis b, el citomegalovirus y el virus del papiloma humano (papilomavirus), este último asociado al desarrollo de lesiones y cáncer en el cuello uterino (CaCu).

No obstante su característica de ser sexualmente transmitido, el enfoque de atención y prevención del VPH se ha centrado primordialmente en la detección de las lesiones que éste produce de forma concreta en los cuerpos femeninos a través del estudio citológico del Papanicolaou, restando importancia al asunto de que los varones son a su vez portadores y transmisores del VPH.

En las mujeres se ha establecido la presencia de VPH de alto riesgo en un alto porcentaje de casos de lesiones precursoras y de CaCu in situ, con lo cual biológicamente se vincula que ante una infección por VPH de alto riesgo, las posibilidades de que una mujer desarrolle lesiones cervicales y cáncer son altas, de tal forma que si se lograra una detección oportuna y un tratamiento adecuado podría significar la diferencia en muchos casos, entre la vida y la muerte de las mujeres.

La primera premisa de la cual se parte en esta investigación doctoral, es que el sector salud no ha planteado claramente a la población el papel de la infección por el VPH en el desarrollo del CaCu, mediante el desarrollo de estrategias efectivas dirigidas a la población, lo que se ha traducido en que las medidas de prevención sean poco efectivas.

El CaCu es considerado un importante problema de salud pública. Si bien las cifras de mortalidad han disminuido, continúa siendo la segunda causa de muerte entre las mujeres en los países y regiones con menor índice de desarrollo humano. Por las características de su desarrollo etiológico, es posible evitar que las lesiones cervicales ocasionadas por la infección de VPH avancen y produzcan cáncer. Esto requiere que las mujeres una vez iniciada su vida sexual acudan a realizar el estudio del Papanicolaou de forma regular durante su vida.

La prevención de la infección por VPH y la detección oportuna del cáncer cervical debe considerar las prácticas sexuales de la población, las posibilidades de acceso a los servicios de salud, la calidad y eficacia de estos servicios, los marcos socio-culturales de la población (pertenencia étnica, concepciones del cuerpo y de la salud / enfermedad, relaciones de género, entre otros) que en su conjunto imprimen vulnerabilidad específica entre las mujeres tanto para contraer la infección como para el desarrollo de lesiones cervicales y cáncer.

Epidemiología del VPH

La mortalidad por cáncer cervicouterino ha descendido considerablemente en los últimos cuarenta años sobretodo en los países desarrollados, no así en aquellos países de ingresos bajos, ni en las poblaciones en condiciones de pobreza e insuficiente

cobertura de los servicios de salud, en los que si bien ha habido un descenso, este ha sido lento y desigual. De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, 80% del total de las defunciones por esta causa ocurren en los países no desarrollados. México también ha registrado una tendencia al descenso de la mortalidad por cáncer cervicouterino pasando de 25 por 100 mil mujeres en 1990 a 16.5 en el 2003 y a 14.0 en 2008, pero con importantes desigualdades entre las entidades federativas y subgrupos de la población (WHO, 2010; Palacio-Mejía et al. 2009).

La población desde el inicio de la actividad sexual está expuesta a la infección por el virus del papiloma humano. Con más de 100 tipos o cepas de VPH – que se clasifican con números y pertenecen a la familia de virus llamada Papovaviridae- , el organismo de hombres y mujeres puede ser portador o receptor del virus, específicamente en áreas anales y genitales. Si bien las infecciones por VPH son asintomáticas por largos periodos de tiempo, pueden generar proliferaciones epiteliales en las superficies cutáneas y mucosas manifestándose en la aparición de verrugas genitales, lesiones cervicales y cáncer en las zonas anales, vulvares y de pene.

Se consideran de alto riesgo (VPH-AR) los carcinógenos del grupo 1, es decir, que “hay evidencia suficiente para concluir que pueden causar cáncer en personas” (González y Chablé, 2013:54). Entre los más comunes están los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 82. Los asociados más frecuentemente al desarrollo de CaCu son los tipos de VPH- AR 16 y 18.

Los tipos de bajo riesgo (no oncogénicos) más comunes son el 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 73, 81 (García y López, Toledo, 2007; Arreola et. al. 2007; Lazcano, 2007; López, 2007; Palacio, 2008).

No todas las mujeres que adquieren estas cepas como resultado del contacto sexual desarrollarán lesiones cervicales. En el ciclo de transmisión / infección pueden ocurrir varios eventos. En la mayoría de los casos, las infecciones por el VPH no son serias, el organismo puede combatir la infección, son asintomáticas, transitorias y desaparecen sin tratamiento. Las personas no llegan a saber que tuvieron la infección. Otras personas, pueden ser portadores latentes de la infección –asintomática- presente en el organismo en periodos largos, sin generar daños a su salud. Ahora bien, cuando la infección sí llega a manifestarse clínicamente, de acuerdo al tipo de VPH, puede generar verrugas y condilomas en las zonas anales y genitales. Este tipo de lesiones pueden ser tratadas con medicamentos tópicos y en general, no representan un riesgo para la salud.

Si la infección es ocasionada por un VPH de alto riesgo (VPH-AR) y el organismo no pudo desecharlo por sí solo, llega a generar lesiones intraepiteliales de diversos grados (bajo, medio y grave) en el cuello del útero. Estas lesiones, que en sus inicios son asintomáticas, de no ser detectadas en sus primeros estadios, pueden tener una regresión o evolucionar y transformarse en cáncer *in situ* en el cuello del útero o cáncer invasor.

En Latinoamérica, la prevalencia de presencia de infección de VPH de los tipos 16 y 18 (alto riesgo) en mujeres cuyos resultados citológicos son considerados normales, es de 4.4% (de una muestra de 18,447); de lesiones de bajo grado es de 22.3% (de una muestra de 1404); en lesiones de alto grado se tiene una prevalencia de 46.7% (de una muestra de 1313); y de cáncer cervical es de 66.4% (de una muestra de 2042) (WHO /ICO/HPV INFORMATION CENTRE, 2010:29).

La presencia de infección de VPH se asocia en un 99.7% de los casos positivos de cáncer cervicouterino. En México, los estudios han demostrado que la presencia de VPH de alto riesgo aumenta 78 veces la probabilidad de presentar CaCu (Castro y Arellano, 2010).

Específicamente, para los tipos de VPH-AR 16 y 18, se tienen porcentajes que evidencian su presencia en lesiones cervicales que como puede verse en el cuadro 1, no se registran diferencias entre las regiones independientemente de su grado de desarrollo, indicando que los aspectos biológicos son predominantes en la aparición de lesiones una vez que las mujeres son infectadas por el VPH de los tipos 16 y 18 o bien que lo anterior ocurra entre mujeres que comparten condiciones sociales semejantes – en el marco de la estratificación social- dentro de las distintas regiones en las que se realizó la estimación.

Cuadro 1. Presencia de VPH 16 y 18 en lesiones cervicales y cáncer a nivel mundial.

Tipo de lesión cervical	Mundial	Regiones en desarrollo	Regiones desarrolladas
Lesiones cervicales de bajo grado (LSIL por sus cifras en inglés) o CIN 1	24.3	25.7	24
Lesiones cervicales de alto grado (HSIL/ CIN-2 /CIN-3/ CIS)	51.1	46.8	52.4
Cáncer cervical	70.9	71.0	70.8

LSIL, low- grade intraepithelial lesions (lesiones intraepiteliales de bajo grado); HSIL, high-grade intraepithelial lesions (lesiones intraepiteliales de alto grado); CIN 2/3, cervical intraepithelial neoplasia grade 2/3 (neoplasia cervical intraepitelial, grado 2/3); CIS, carcinoma in situ.

Fuente: Who /ICO/HPV INFORMATION CENTRE, 2010: IV.

Por sus características biomédicas, la infección por VPH no se trata, ni se cura. Lo que sí es posible es detectar y atender las lesiones que produce, que van desde un rango de infección subclínica y que arroje resultados citológicos normales; diferentes estados de lesiones precancerosas (LSIL, HSIL, CIN 2/3, CIS) hasta cáncer cervical invasivo.

Es un virus complejo ya que presenta como desafío que la administración del tratamiento no garantiza una resolución definitiva, por lo tanto existe la posibilidad de recidiva o reinfección (Reartes, 2005:241); es por eso que en mujeres que han sido identificadas y tratadas por lesiones intraepiteliales se debe mantener una vigilancia posterior para descartar que el virus genere nuevamente lesiones y cáncer.

Factores de riesgo para contraer infección por VPH

La infección por VPH es causa del cáncer, más no es una causa suficiente y única. Hay otros cofactores que intervienen en el desarrollo de las lesiones por este virus. Se identifican aquellos que tienen que ver con hábitos específicos de las mujeres como el tabaquismo, la paridad, el uso de anticonceptivos orales; la presencia de otras infecciones en el organismo como VIH, clamidia o herpes tipo B; y cuestiones de respuesta genética e inmunológica de cada organismo, así como el tipo de VPH que es transmitido. Los elementos más relevantes para la adquisición del VPH en las mujeres son la edad (menos de 25 años), numerosas parejas sexuales, primera relación sexual a una edad temprana (16 años o menos), pareja masculina que tiene (o ha tenido) múltiples parejas sexuales.

A la par están los elementos socioculturales que imprimen una diferencia sustancial en la resolución de las infecciones por VPH, entre los que hay que considerar de forma primordial a los comportamientos sexuales de la población y la información que ésta posee en torno a las posibilidades de cuidado de la salud sexual y reproductiva, debido a que es el comportamiento sexual el factor de predicción más constante en la adquisición de una infección, considerando el número de parejas (tanto en varones como en mujeres), y la existencia de parejas simultáneas (CDC, 2007).

¿Es posible evitar contraer una infección por VPH? Ya que la infección es una enfermedad de transmisión sexual, las recomendaciones epidemiológicas giran en torno a la actividad sexual de las personas. Las prácticas sexuales seguras como el uso del condón, mantener relaciones monogámicas de ambas partes – lo cual reduce la variabilidad en la carga viral, esto implica que pesar de que un integrante de la pareja o ambos sean portadores de algunas cepas, los organismos de ambos pueden no manifestar clínicamente la infección. Por otra parte, tener más parejas sexuales sin uso de condón expone a contraer otras cepas del virus, por eso reducir el número de parejas sexuales disminuyen las posibilidades de la infección, más no garantizan al 100% no contraer o no transmitir el virus a la pareja. En el panorama debemos considerar las dinámicas de las parejas monógamas consecutivas, práctica cada vez más frecuentes entre la población joven.

Prácticas como la circuncisión masculina disminuye las posibilidades de transmisión de VPH, sin embargo lo único que realmente garantizaría no tener una infección por VPH es la abstinencia sexual, lo cual queda fuera de la realidad de las prácticas cotidianas de la población, de tal forma que, al igual que para evitar la transmisión de otras

infecciones por vía sexual, el uso del condón masculino y femenino continúan siendo la práctica de prevención más acertada.

Respecto al uso del condón, si bien disminuye considerablemente las posibilidades de infección no es infalible. Además se debe considerar que aun cuando se sugiera, la recomendación puede no ser efectiva debido a que en muchos contextos donde las mujeres no tienen posibilidades de negociación, o cuando solicitarlo a sus parejas lleva consigo una carga moral donde en el sistema hegemónico de género implica desconfianza por parte de sus parejas masculinas, o bien en condiciones de violencia o vulnerabilidad específica por migración (de ellas y / o de sus parejas) o por ser trabajadoras sexuales. Más adelante se presenta una discusión más exhaustiva acerca de las múltiples vulnerabilidades que afectan a las mujeres para el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Del VPH al Cáncer cervical.

Ya que la infección de VPH- AR está fuertemente relacionada con el desarrollo de cáncer cervical, y siendo ésta la segunda causa de muerte por cáncer entre la población femenina en México, es relevante diferenciar entre los factores de riesgo para contraer VPH (descritos previamente) y aquellos que generan persistencia, y progresión hacia displasias cervicales y cáncer cervicouterino, donde el VPH de alto riesgo tiene un papel preponderante en el desarrollo de la neoplasia.

Los estudios epidemiológicos realizados en torno al VPH nos muestran la interacción de diferentes elementos en la infección del VPH y su evolución a CaCu. Autores como López Saavedra y Lizano Soberón (2006) señalan que debido a que el riesgo de contraer un VPH genital está influenciado por la actividad sexual, el CaCu sigue un

patrón típico de enfermedades transmitidas sexualmente, esto es tener historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente, además de los factores de riesgo antes expuestos, suelen tener historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente como la clamidiasis, verrugas genitales, test de Papanicolaou con resultados anormales; pareja sexual con cáncer de cérvix o de pene, coinfección con otros virus, como el del herpes simple (HSV) tipo 2, citomegalovirus (CMV), herpesvirus humano tipos 6 y 7(HHV-6), detectados todos en el cérvix (Gypsyamber D'Souza, et. Al. 2007; CDC, 2007).

Se estima que la población femenina (mayor de 15 años) en riesgo de desarrollar cáncer cervical en el mundo es de 2, 336,986. En las regiones en desarrollo se estima que son 1,811, 867 y en las regiones con niveles de desarrollo óptimo son 525,120 mujeres. Anualmente, los nuevos casos de cáncer cervical a nivel mundial son 529,409, de los cuales 452,902 se presentan en las regiones en desarrollo.

Se reporta que el número de defunciones es de 274,883 mujeres, de las cuales corresponden a las regiones en desarrollo 241,724. Esta cifra contrasta significativamente con las muertes por cáncer cervical en las regiones desarrolladas, que suman 33,159 anualmente (WHO /ICO/HPV INFORMATION CENTRE, 2010: IV).

Se tiene proyectado que para el año 2025 se tengan 719,385 nuevos casos de cáncer cervical a nivel mundial, de los cuales 668,120 se presentarán en las regiones en desarrollo y 81,886 en las regiones desarrolladas. El número de defunciones estimada para ese año a nivel mundial será de 394,699 de las cuales la mayoría corresponderán a las regiones más pobres del planeta, esto es 380,212 mujeres morirán por cáncer cervical (WHO /ICO/HPV INFORMATION CENTRE, 2010: IV). La estrategia preventiva

para disminuir la mortalidad de CaCu se centra en programas efectivos de prevención a través de la citología vaginal y del desarrollo de otras técnicas moleculares para identificar la carga viral del VPH.

Entre los años 2000 al 2008 murieron en México 38,262 mujeres por cáncer cervicouterino (Sánchez, 2012). En lo que respecta a la morbilidad, la Secretaría de Salud reporta egresos hospitalarios por cáncer en el cuello del útero para el año 2008 de 3.3% (INEGI, 2011).

Para el año 2011, INEGI reporta que entre las mujeres de 60 años y más el cáncer del cuello del útero tiene una tasa de mortalidad observada de 41.88 por cada 100 mil mujeres (INEGI, 2011). Los estados de Chiapas, Colima y Yucatán son los que obtuvieron las tasas de mortalidad más altas en el periodo del 2000-2008, con cifras observadas para los casos de Chiapas de 34.2, Colima 26.4 y Yucatán 36.0 por mil mujeres, respectivamente. Mientras la tasa más baja se observó en el estado de Nuevo León, con 15.4 (Sánchez, 2012).

En el periodo 2000 a 2008, se encontró que es en la Región socioeconómica 1 (integrada por los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca) donde se presentó la mayor fuerza de asociación debido a CaCu. La tasa de mortalidad observada en esta región fue de 27.3 (Sánchez, 2012). Por el contrario, fue en la región 6, integrada por los estados de Aguascalientes, Coahuila, Jalisco y Nuevo León, donde se presentaron las tasas de mortalidad más bajas con 12.2 (Sánchez, 2012).

En el periodo año 2009 se registraron en Chiapas 241 defunciones por tumores malignos en el cuello del útero. En el año 2010 se registra un total de 2,584 defunciones

por neoplasias, más no se registra de forma particular los tumores en el cuello del útero -se dan cifras sobre neoplasias en el estómago, hígado y leucemia, englobando en la categoría de “otros” al resto de neoplasias (INEGI, Gob. Estado de Chiapas, 2013). Por lo anterior, se puede inferir que no solamente existe una tasa muy elevada de muerte por CaCu en Chiapas, sino que se presentan problemas importantes de registro, por lo que la tasa de mortalidad por esta causa podría ser aún más elevada.

Estudios como los de Hernández Gómez (2008) refuerzan esta realidad, su investigación se basa en factores de riesgo asociados a infección por VPH en mujeres de comunidades de muy alta marginación de la región norte de Chiapas. Centrado en el análisis de factores inmunológicos entre la población de los municipios de Huitiupán y Simojovel, se tomaron muestras de raspados cervical para identificar el tipo de VPH prevalente en la población de estudio, además se aplicó un cuestionario socio-demográfico y ginecobstétrico de la mujeres participantes.

La prevalencia estimada de VPH en este estudio fue de 15.2%. El genotipo más frecuente identificado fue el 31 (13%). El 45% se identificó como de alto riesgo a CaCu y el 28% fue de bajo riesgo. Se observó una asociación de cuatro veces mayor de riesgo de adquirir una infección por VPH, entre las mujeres que viven en comunidades rurales y las de comunidades urbanas. Además un riesgo de 2.8 veces mayor entre las mujeres con algún grado de escolaridad y las que no tenían alguno. En este estudio el inicio de vida sexual, el número de parejas, de embarazos y de partos, así como la utilización de métodos de planificación familiar, no fueron factores asociados a la infección por VPH. La ruralidad y la escolaridad fueron factores de riesgo para una infección por VPH, y que a su vez, pueden estar relacionados con algún factor

migratorio. Las conclusiones de este estudio recomiendan una mayor vigilancia por parte de los sistemas de salud en estos grupos, ya que los genotipos virales que están siendo transmitidos son de alto riesgo para desarrollar CaCu (Hernández Gómez, 2008).

En Zacatecas se realizó una investigación epidemiológica donde como contraparte, se establecen como factores de riesgo para el desarrollo de displasias cervicales y cáncer in situ la multiparidad (más de 12 embarazos y partos), el inicio precoz de la vida sexual (antes de los 15 años) y el uso de anticonceptivos orales como los factores que incrementan la incidencia de lesiones cervicales entre la población de estudio (Iñiguez-Castañeda, et al. 1998).

El vínculo entre el comportamiento sexual de las mujeres y el desarrollo de lesiones y cáncer cervical ha sido abordado por Sánchez-Alemán et. Al. (2002), quienes indagaron mediante un estudio transversal durante el año 2000-2001 con una población de mujeres universitarias del estado de Morelos la prevalencia de infección por el virus del papiloma humano (VPH) y utilizaron dicha frecuencia como un marcador biológico para evaluar el comportamiento sexual.

Se aplicó un cuestionario y se colectaron muestras genitales para detectar ADN de los VPH oncogénicos. Como resultados obtuvieron que la prevalencia global del VPH en 194 estudiantes fue de 14.4%. Las mujeres con dos o más parejas sexuales durante el último año presentaron mayor riesgo de infección por el VPH al igual que las que utilizaron anticonceptivos hormonales y espermicidas en su última relación sexual. Los hombres que consumieron cocaína tuvieron más riesgo de infección por el VPH. Estos datos los llevaron a concluir que la prevalencia del VPH es relativamente alta. Y que la

utilización del VPH como un marcador biológico de comportamientos sexuales en mujeres es pertinente, pero en los hombres, es necesario aun ampliar la muestra.

La información disponible muestra la relevancia de considerar que la biología no explica por sí sola ni la incidencia del VPH en las mujeres ni la persistencia de la morbilidad y mortalidad asociada a la infección por el VPH de las mujeres.

Finalmente, un elemento de vulnerabilidad biológica, tanto en el desarrollo de la infección de VPH como el avance a lesiones precursoras del cáncer, que es omitido tanto en las investigaciones como en las recomendaciones de prevención es el factor de la alimentación. La carencia de folatos, de vitaminas A, C y D, un estado de malnutrición favorecerá que el sistema inmunológico no pueda combatir y desechar por sí mismo la infección. Un sistema inmunológico fuerte puede incluso revertir una lesión de bajo grado en mujeres menores de 30 años (González R., 2013).

A la par de la malnutrición, un estado anímico de estrés disminuye la respuesta inmunológica del organismo. Es frecuente que la población femenina en situaciones de pobreza, inequidad, desigualdad, violencia, entre otros, sea más susceptible a eventos con mayor desgaste físico y emocional - tanto en el hogar como en los ámbitos laborales- que merman su estado anímico y físico, aumentando su vulnerabilidad a enfermar. Sobre el tópico de la malnutrición y las razones de ésta, poco o casi nulas son las investigaciones en torno al CaCu y VPH. Aquí identificamos una veta de exploración en futuras investigaciones.

Consideraciones generales sobre el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino

En México en el año de 1974 se estableció el programa nacional de detección del CaCu. Fue hasta 1992 que se observó como resultado de la implementación del programa una disminución sostenida en las tasas de mortalidad.

Existen documentos normativos (generales) nacionales y particulares – por institución, que regulan las acciones para atender esta problemática, como el Programa de Acción Específico contra el CaCu (PAE-CACU) y la norma oficial mexicana NOM-014. En el documento evaluativo “Desempeño del programa para la detección del cáncer cervicouterino” (Montoya, Freyermuth et. al, 2013) se presentan los resultados de un monitoreo a nivel nacional sobre el funcionamiento del programa. El equipo evaluó las acciones de prevención primaria del CaCu (vacunación), el diagnóstico para el tratamiento oportuno en consulta externa (en el cual se incluía la existencia de insumos para realizar las citologías), los sistemas de referencia y contrareferencia para los casos con diagnóstico positivo a lesión intraepitelial y CaCu; y el diagnóstico para el tratamiento oportuno en segundo nivel (ver Montoya, Freyermuth et. Al, 2013). De sus hallazgos más relevantes destaca que el programa tuvo un desempeño mediano, con diferencias significativas entre las instituciones médicas que lo realizan. Identificaron como debilidad del programa la falta de alineación tanto de las instituciones con el PAE-CACU de la SSA, como de los criterios de detección en el IMSS y en IMSS-Oportunidades.

Así mismo, señalan que la NOM tiene “criterios muy laxos para las pruebas de detección que más que constituirse en normativas se adaptan a las acciones que

realizan las instituciones” (Montoya, Freyermuth et. al 2013:49) Se identificó la falta de cobertura en el tratamiento y que son insuficientes las clínicas de displasias en el país.

La revisión de documentos institucionales, panfletos y páginas electrónicas de la Secretaria de Salud nos llevan a concordar con el resultado del monitoreo resalta que:

Este programa invisibiliza la vinculación de la sexualidad con la causalidad de la enfermedad. Es necesario aumentar la promoción de la sexualidad responsable como medida para disminuir la transmisión del VPH, informando a la población masculina de la existencia del estado de portador y transmisor asintomático de la infección, y las repercusiones en la salud de la población masculina (Montoya, Freyermuth et. al 2013:50).

La Secretaría de Salud, a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero en la atención primaria, indica que deben considerarse como factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero (CaCu) las siguientes características en la población femenina: ser mayor de 25 años; inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 19 años); promiscuidad [sic] de la pareja; multiparidad (más de cuatro partos); embarazo temprano (antes de los 18 años); *infección cervical por virus del papiloma humano*; antecedentes de enfermedades de transmisión sexual; tabaquismo; factores nutricionales como la deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E, y nunca haberse practicado un estudio citológico. El CaCu es más común después de los 35 años, lo que sugiere infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer.

Sin embargo no son los únicos factores de riesgo, se han establecido correlaciones importantes entre ellos el uso prolongado de anticonceptivos orales, la predisposición

genética que afecta la susceptibilidad a la infección por VPH, la capacidad para resolverla y el tiempo de desarrollo de la enfermedad.

El acceso a los servicios de Detección Oportuna del Cáncer Cervical (DOC) está condicionado en gran medida por las acciones institucionales. El Programa Institucional de la Secretaría de salud del Estado de Chiapas (2007-2012) señala que en el estado se han incrementado las acciones relacionadas con la detección y control de este padecimiento, como son: mejoramiento de la infraestructura sanitaria, establecimiento de Clínicas de Displasias, mejoramiento del equipo diagnóstico y personal capacitado. Durante el periodo del 2000 al 2006 se registraron 3 mil 065 casos de Cáncer cervicouterino; periodo en el cual se ha mantenido en forma constante la presencia de casos con un promedio de 438 casos anualmente.

El documento señala que actualmente están funcionando con dos clínicas de displasias, una ubicada en el Hospital General de Tuxtla Gutiérrez “Dr. Rafael Pascasio Gamboa” que cuenta con dos médicos colposcopistas y la Clínica del Hospital General de Tapachula². Con estas acciones y las metas propuestas en el documento³, el gobierno del estado tiene la finalidad de que se pueda lograr una disminución por este tipo de cáncer; ya que durante los últimos 7 años se han registrado 1,319 defunciones que corresponden al 43.03 por ciento de los casos que termina en defunción. Las

² En proceso de instalación con un médico colposcopista

³ El objetivo 2.5.1.8 es disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad de cáncer cérvico uterino y de mama. Se estipulan como metas fortalecer la detección de casos contratando 200 recursos humanos, promover la educación para la detección oportuna y control de cáncer cérvico uterino y de mama en las unidades médicas, 80% de citología exfoliativa a mujeres de 24 a 64 años, 85% de seguimiento a lesiones intraepiteliares de alto grado. Incrementar espacios en los 11 hospitales generales. 5 clínicas de atención para la mujer. Construcción y operación de 3 laboratorios de histopatología en Tuxtla Gtz., Comitán y Tapachula. Servicio de histopatología (construcción y operación de unidades) (operación de 3 laboratorios). 2 centros de mastografía en Tapachula y Tonalá respectivamente. (Programa institucional de la secretaria de salud, 2007-2012, Gobierno del Estado de Chiapas)

defunciones hospitalarias por tumores (neoplasias) en el 2011 fueron 347, más no se especifica el tipo de neoplasia.

Debemos considerar que en el estado se suma además la interacción de elementos étnicos, en situaciones de vivir en zonas rurales donde hay pobreza, analfabetismo, monolingüismo, acceso limitado o nulo a clínicas de detección así como diferentes concepciones sobre los procesos de salud/ enfermedad/ atención.

Se presentan casos de mujeres indígenas y sus familias quienes ante un diagnóstico de cáncer invasor, optan por regresar a sus casas, sus comunidades o parajes ya que prefieren morir ahí y no en un ambiente hospitalario donde la atención no es la más adecuada para ellas. En no pocas ocasiones son discriminadas y sus familias tienen que estar sobreviviendo en condiciones difíciles (ver D´eredita y Luna, 2013).

Un dato que resulta inquietante es que en la consulta y revisión de los documentos gubernamentales del estado como el Programa Institucional de la Secretaria de Salud 2007-2012, Instituto de Medicina Preventiva, Programa Institucional 2007-2012, Programa Institucional del Instituto Estatal de las mujeres, 2007-2012 que se encuentran en las páginas electrónicas institucionales, no se detectó ningún cambio en los documentos sobre este y otros tópicos de salud a pesar de que ya hubo un cambio de gobierno estatal.

Cabe resaltar que en estos documentos la alusión a las mujeres indígenas se hace señalando su vulnerabilidad por sus condiciones socioeconómicas y lingüísticas, más no aparecen señalamientos regionalizados de atención a su salud (la presencia de alguien que traduzca, espacios solidarios de hospedaje, entre otros).

Como se señaló anteriormente los programas de salud son nacionales y se aplican a través de normas oficiales mexicanas revisadas por expertos, lo que cambia a nivel estatal son los presupuestos y algunos aspectos operativos. Sin embargo esto no debe ser una limitación para proponer acciones más localizadas de acuerdo a lo que resulta exitoso o no en cada estado.

Ya que se busca otorgar particular importancia a la detección oportuna y manejo temprano del CaCu, se debe cuestionar sobre cuáles son las formas más indicadas de captación de la población, así como la capacidad real institucional para responder a la problemática con dos médicos colposcopistas para la confirmación histopatológica de las lesiones y su tratamiento⁴.

Ochoa et al. (2007) muestran en su investigación en la zona norte del Estado, como una vez que las mujeres son detectadas con un Papanicolaou anormal, se muestran reacias a viajar a la ciudad de Tuxtla o a Tapachula para continuar con el tratamiento, esto debido a factores económicos y sociales, demostrando como los diagnósticos son todavía tardíos y los pronósticos desfavorables aún más en estados con bajos índices de desarrollo, como lo es Chiapas.

En esta investigación, partimos de considerar al cáncer cervical como un fenómeno colectivo de salud, esto es, que la enfermedad no es un asunto que solo concierne a la población femenina y sus órganos sexuales afectados. Analizarlo desde la perspectiva de género conlleva sumar a esos listados, las dinámicas sociales en la pareja, en la

⁴ Por ausencia de datos específicos de la Secretaría de Salud en el estado, no se puede conocer la relación médico – paciente en el servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino, no obstante en esta tesis se puede observar en el cuadro 3, los indicadores de generales del estado de Chiapas para la población vulnerable.

unidad familiar, en la colectividad, que intervienen en él, en el estado de salud enfermedad general, como es el caso del estado nutricional de las mujeres.

Se ha prestado escasa o casi nula atención a indagar en las deficiencias nutricionales que debilitan o vuelven susceptible al sistema inmunológico de las mujeres. El ácido fólico, el hierro, contenido principalmente en los vegetales verdes como espinaca, brócoli, acelga, entre otros, fortalecen la respuesta del organismo. El estrés es otro elemento que debilita al sistema inmunológico, no he localizado hasta la fecha estudios que reporten indagar además del número de parejas sexuales, número de partos, y uso del condón, por mencionar algunos factores de riesgo establecidos, la situación emocional de las mujeres pueda ser un factor más de riesgo.

Otra ausencia de información se encuentra en el proceso de tratamiento entre las mujeres con displasias cervicales y /o cáncer in situ. Se describen los protocolos establecidos para seguir de acuerdo al tipo de lesión y tratamiento, sin embargo, solo pocos estudios, como el de Reartes (2005), Aranda (2010) y Padilla (2013) que profundizan en el acompañamiento social de las parejas, familias y grupo hacia las mujeres con el padecimiento.

Breve discusión sobre la implementación del programa de vacunación contra el VPH

Una vez identificados los VPH-AR como necesarios para el desarrollo del cáncer cervical, científicos y laboratorios se dieron a la tarea de localizar aquellos tipos más oncogénicos. En julio del 2006 la agencia reguladora de medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) y el comité asesor para la inmunización y vacunación (ACIP) del Centro de Control de Enfermedades (CDC) aprobaron y

regularon la autorización de la primera vacuna contra 2 tipos específicos de VPH- AR causantes del cáncer del cuello uterino y 2 tipos de VPH-BJ.

Así, la prevención profiláctica para la infección de 4 tipos específicos de VPH se ha focalizado en la promoción e implementación de un cuadro de vacunación. Actualmente existen dos vacunas profilácticas que ya están siendo difundidas y aplicadas entre la población, tanto en el nivel médico privado como en las instituciones públicas de atención a la salud.

En México están disponibles dos vacunas: Cervarix y Gardacil. La vacuna Cervarix (del laboratorio GlaxoSmithKline GSK), solo incluye los tipos 16 y 18, los más comunes en el CaCu.

La vacuna Gardacil (de los laboratorios Merck Sharp & Dhome MSD) es tetravalente, incluye los tipos de VPH 6 y 11, que ocasionan el 90% de verrugas genitales en hombres y mujeres; del 10 al 15% de Neoplasia Intraepitelial Cervical leve - NIC 1-, en mujeres por la transmisión de los varones y papilomatosis laríngea) y los tipos VPH-AR 16 y 18, que generan en mujeres el 25% de NIC 1, 70% de NIC 2/3, 70% de cáncer cervicouterino, 70% de cáncer anal, vulvar, vaginal. Y en hombres, 70% de AIN 2/3 (homosexuales), 70% de cáncer anal (homosexuales) y 50% de cáncer de pene. La transmisión puede ser bidireccional en la pareja.

La vacuna tetravalente está indicada en niñas y niños adolescentes de 9 a 17 años. Se han realizado pruebas en hombres de 16 a 26 años, con una eficacia clínica comprobada del 90.4% (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2006); sin embargo, las campañas y acciones nacionales para la vacunación incluyen únicamente a la población femenina.

El gobierno del Distrito Federal, en diciembre del 2008, fue el primero en el país en iniciar la campaña de vacunación en niñas de 11 a 13 años de edad que no contaban con ningún tipo de derechohabiencia (SSA, Gobierno del Distrito Federal, 2008). Actualmente está incluida la vacuna en la Cartilla Nacional de Vacunación y se promueve su aplicación en las campañas nacionales de vacunaciones en escuelas y centros educativos.

En el año 2011, se aplicaron en el estado de Chiapas un total de 182,568 vacunas contra el VPH, la dependencia que aplicó la mayoría de éstas fue el Instituto de Salud del estado de Chiapas (ISECH), con un total de 131, 639 dosis, seguido por el Programa Oportunidades, con 43, 220 mil vacunas aplicadas (INEGI, 2013:198).

Impacto esperado con la vacunación

En el año 2008, la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) reportó que con la instrumentación del programa de vacunación se espera que se reduzca el número actual de muertes y evitar que esa cifra aumente a 70,000 muertes en los próximos 20 años. Esta información proviene de un estudio que se realizó en Latinoamérica por el Instituto de Vacunas Albert B. Sabin en colaboración con la OPS, CDC, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, y el Institut Catalá de Oncología de Barceló (PAHO 2013).

El estudio concluye que, en un periodo de diez años, la vacuna podría evitar medio millón de muertes en la región, pero podría suponer un coste significativo para los sistemas de salud de los países implicados ya que cabe mencionar es la inmunización infantil más cara en el mundo. Sus resultados buscan convencer a las autoridades de los países a focalizar sus esfuerzos económicos en la implementación del esquema de

vacunación (PAHO, 2013), y los países lo están haciendo pese a su elevado costo; mientras que poco se ha hecho para subsanar las carencias en los sistemas de salud en torno a los insumos, equipo y personal que operan el Programa de Detección Oportuna.

Otro cuestionamiento respecto a este esquema de vacunación es que, no solo se limita a 2 tipos de alto riesgo (AR) y dos tipos de bajo riesgo (BR), sino que se está dejando fuera de la prevención primaria a los varones. Un argumento fuerte para no incluirlos ni en ésta ni en otras estrategias de prevención del CaCu es que, en ellos el VPH no llega a impactar en su salud en la misma magnitud que en las mujeres de ahí que la infección por VPH en hombres no sea considerado un asunto de salud pública ni en investigaciones sobre el tema.

Han sido relativamente pocos los estudios encaminados en identificar la presencia del VPH entre la población masculina. Entre los años 2005 y 2006 se realizó una investigación con 1,160 hombres que vivían en 3 ciudades de tres países: Brasil, México y Estados Unidos. Entre sus objetivos estaba evaluar la distribución tipo específica de infección por VPH entre hombres de 18 años y más, basado en un protocolo común para el muestreo de la detección. Como resultados encontraron que la prevalencia global de VPH fue de 65.2%, con solamente 12% de tipos oncogénicos, 20.7% de tipos de VPH no oncogénicos, 17.8% de muestras positivas a tipos oncogénicos y no oncogénicos; y finalmente, 14.7% de infecciones no clasificadas. Identificaron que los tipos de VPH con poder oncogénico más identificados fueron el 16, (6.5%); el 51 (6.5%) y el 59 (5.3%). En cuanto a las infecciones no oncogénicas más

comunes se identificaron los tipos de VPH 84 (7.7%); el 62 (7.3%) y el 6 (6.6%) (Grupo de Estudio de VPH en hombres de Brasil- Estados Unidos – México, 2008:408).

De los tipos de VPH incluidos en la vacuna, solo se localizaron entre la población de hombres el tipo de VPH-AR, 16 y el 6, este último es de de bajo riesgo, lo cual deja un amplio rango de tipos de VPH que circulan entre la población masculina y que la vacuna no cubre en la población femenina. Para México, se identificó como el tipo de VPH-AR más prevalente el tipo 59 (Grupo de Estudio de VPH en hombres de Brasil- Estados Unidos – México, 2008:411). Un dato más que llama la atención como resultado de este estudio es la prevalencia actual de los tipos presentes en la vacuna profiláctica y que arrojan lo siguiente:

Cuadro 2. Prevalencia en varones de los tipos de VPH incluidos en la vacuna profiláctica en México, Brasil y EUA.

Tipo de virus	Porcentaje de hombres con VPH %
VPH- AR 16	5.5 -7.1
VPH- AR 18	0.5 - 3.1
VPH- BJ 6	4.1 - 9.4
VPH- BJ 11	0.0 -2.9

Fuente: elaboración propia en base a los datos presentados por el Grupo de Estudio de VPH en hombres de Brasil, Estados Unidos y México, 2008:411.

Lo que se observa es que – al menos con este grupo de hombres- la presencia de VPH de alto riesgo 16 y 18 es baja y no hay una concordancia de presencia de estos virus 1 a 1 con los identificados en las mujeres con lesiones cervicales y CaCu, sin embargo, son tipos altamente asociados a desarrollo de cáncer cervicouterino. De ahí que, podemos inferir que es en las prácticas sexuales sin uso de preservativos – ya sean

masculinos o femeninos- donde se genera la mayor transmisión de estos varones, que están teniendo parejas sexuales sin uso de protección adecuada.

La infección de VPH en hombres contribuye de forma significativa al desarrollo de las infecciones y enfermedades cervicales subsecuentes en las mujeres. En áreas con una alta incidencia de cáncer cervical, el comportamiento sexual masculino es considerado, en sí mismo, como un factor de riesgo para el desarrollo de neoplasias cervicales (Grupo de estudios de VPH en hombres Brasil- México-E.U.A; 2008:409)

Considerando esta información, tenemos que señalar los siguientes aspectos en torno a la aplicación de la vacuna y sus efectos esperados:

Se está dejando fuera otros tipos de VPH de alto riesgo que circulan entre la población femenina y masculina. Si bien los tipos más de VPH más frecuentes y cancerígenos son los 16 y 18, diversos estudios han demostrado que a la par conviven otras cepas de VPH-AR como 45, 31, 33, 52, 58, tipos de virus que están ausentes en las vacunas (Merck & Co., 2013). Esto implica que la población aun siendo vacunada, queda expuesta a otras cepas de alto riesgo. Sumado a esto, los virus se distribuyen regionalmente, esto significa que el margen de acción de las vacunas es muy limitado, y que una vacuna que incluyera otros tipos de cepas AR podría ser más efectiva si se consideran las variantes regionales.

A pesar de ser un virus cuya transmisión requiere el contacto sexual, la vacunación sólo está siendo dirigida la vacunación hacia las mujeres aceptando que el riesgo de desarrollo de cáncer es más alto en ellas. Es comprensible esta postura, sin embargo, debemos reconocer que las prácticas sexuales de los varones son más permisibles y con mayor número de parejas sexuales, consecutivas o simultáneas, y son por lo tanto

portadores y/o transmisores, en una dinámica que vuelve vulnerables a sus parejas. La inclusión de los hombres en los esquemas de vacunación podría proteger a las parejas de esos varones.

Las vacunas han mostrado una reducción significativa en el desarrollo de lesiones del cérvix, vagina, vulva y región ano genital. Sin embargo, para determinar su eficacia en la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino, se requiere de un seguimiento a largo plazo (Lizano et al., 2009). El efecto de la vacuna es aún limitado, se ha establecido un periodo aproximado de 5 años. Esto implica que su mayor margen de prevención está en los primeros 5 años de vida sexual de una joven, ya que en este periodo se adquiere aproximadamente el 70% de infecciones de VPH.

Las vacunas no son terapéuticas, es decir, no se aplican a las mujeres que ya son portadoras de diversos tipos de VPH, ya que no tienen efecto cuando la infección está presente en el organismo. Lo cual implica que hay un amplio grupo de población que debe seguir siendo captada para la detección oportuna.

Otro elemento que debe ponerse en la mesa de discusión y que ha sido poco [atendido](#) es la aceptación de la vacuna entre la población en general. Un elemento realmente complejo es la promoción de la vacuna como aquella que evitará que las mujeres desarrollen cáncer cervical, lo [que](#) genera confusión entre la población. En una breve práctica de observación etnográfica realizada en el Hospital del niño y la mujer, en la ciudad de San Luis Potosí, realizada en octubre del 2012, se identificó mediante un

guión de observación y entrevistas realizadas⁵ con un grupo de mujeres cuál era su visión sobre la vacuna contra el VPH.

Este breve ejercicio confirmó mi hipótesis en torno a la vacunación del VPH y los posibles efectos respecto a las futuras acciones de prevención necesarias, en tanto que se comparte la idea entre la población de que, aquellas niñas y adolescentes que están recibiendo la vacuna “contra el cáncer” no tendrán que realizarse el estudio periódico del Papanicolaou una vez que inicien su vida sexual. El siguiente testimonio da cuenta de ello:

A mi hija a los quince años le pusieron la primer vacuna para el VPH, apenas le dieron la segunda dosis y en 6 ó 5 años le dan la última... entonces yo estoy contenta porque eso significa que a mi hija no van a tener que hacerle el pap (Testimonio 4, mujer de 45 años, maestra. Diario de campo, 2012).

Esto se debe a que la información que proporcionan a las madres de las niñas sobre la utilidad de la vacuna y el vínculo del VPH con el desarrollo del cáncer cérvicouterino ha sido parcial, e incluso tendenciosa.

Las políticas y programas de detección oportuna que se manejan a nivel nacional sobre metas de cobertura bien establecidas que las unidades médicas deben cumplir, lo que podría influir en el insuficiente o deficiente manejo de la información hacia la población.

La vacuna no previene o no garantiza que una niña - mujer inmunizada con estos 4 tipos de VPH llegue a desarrollar un cáncer cervical. Lo que previene específicamente es que estos 4 tipos de virus infecten su cuerpo. Es por ello que resulta fundamental

⁵ El estudio fue realizado por la autora a mujeres que esperaban ser revisadas medicamente en el marco del Día Internacional de la Lucha contra el Cáncer de Mama (2012).

que la información que reciben al ser promovida y aplicada la vacuna sea concreta en recalcar que una vez iniciada la vida sexual, deben periódicamente acudir a los servicios de Detección oportuna del Cáncer cervical (DOC), la vacuna no exenta a la población inmunizada de realizarse la prueba del PAP.

La Organización Mundial de la Salud identifica tres niveles de prevención para el cáncer cervical: la prevención primaria consiste en la aplicación de la vacuna contra VPH; la secundaria en tamizaje y tratamiento de las lesiones precursoras del cáncer, y la tercera enfocada en los cuidados paliativos del tratamiento del cáncer cervical. La vacunación contra el HPV en niñas entre 9 y 13 años de edad (que no han iniciado su vida sexual) combinada con un adecuado programa continuo de tamizaje para detectar lesiones precancerosas en mujeres mayores de 30 años, seguidas de tratamientos y equipos adecuadas son las herramientas clave para prevenir 530,000 nuevos casos diagnosticados de cáncer cervical en el mundo (WHO, 2013). En los países donde la vacuna contra el VPH es introducida, los programas de tamizaje necesitan ser desarrollados y reforzados ya que “la vacunación contra el VPH no reemplaza los tamizajes de cáncer cervical” (WHO, 2013:3).

En su reflexión sobre las posibilidades de prevención ante el contagio del virus, Reartes (2005) señala que con la vacunación se corre el riesgo de considerar a la infección por el VPH como el principal factor para desarrollar un cáncer cervical, esto limita que se pueda intervenir a través de la promoción de prácticas preventivas, entre éstas incluir a los varones en la información y su papel en la transmisión del virus.

Vulnerabilidad social ante la infección del virus del papiloma humano y el cáncer cervical.

El concepto de vulnerabilidad aplicado en ámbitos relacionados con la investigación en salud, incluido el enfoque de la antropología médica, ha sido de utilidad para abordar la enfermedad como un fenómeno biológico y social en el cual intervienen un conjunto de factores, principalmente socioculturales, a partir de los cuales se puede favorecer la aparición de procesos de enfermedad en el individuo o en la comunidad (López E., Federico A. 2003). Algunos procesos como la migración, situaciones de desplazamiento por conflictos internos, marginación y salud en temas como la infección de VIH/Sida, son abordados desde los marcos teóricos de la vulnerabilidad social (Bronfman, 1999; Evangelista, Tinoco, Martínez, 2007).

La vulnerabilidad se diferencia del concepto de riesgo en que, el riesgo, significa la probabilidad de que un evento considerado adverso suceda, relacionado con las decisiones y conductas individuales que favorecen la adquisición o desarrollo de una enfermedad en determinado momento; mientras que el concepto de vulnerabilidad indica la interrelación de factores que se configuran en inequidad y desigualdad social, ambos llegan a rebasar al individuo limitando e interfiriendo en la toma de decisiones sobre su conducta (Bronfman, 1999; Herrera y Campero, 2002; García, Meneses, Palé, 2007; Evangelista y Kauffer, 2007; Aguilar y Jiménez 2007; Salgado de Snyder, González, Bojorquez, Infante, 2007; Collazos, Echeverry, Molina et al., 2005; Flores y Ruiz, 2010; Núñez, 2011).

En la literatura revisada, se identifican dos enfoques de la vulnerabilidad, por una parte, aquella que refiere a *las condiciones estructurales* de la vulnerabilidad, ejemplo de esto

es la perspectiva de Villeda y Salgado (1998) quienes definen a la vulnerabilidad como una situación específica en la que están interrelacionados factores de diversa naturaleza, ya sean individuales, sociales, políticos, demográficos, entre otros. Así, el enfoque de vulnerabilidad en la salud nos aporta la posibilidad de obtener una comprensión más amplia de los fenómenos estructurales condicionantes del riesgo y no solo aquellos que se refieren al individuo.

Para Blaiky (1994 citado en Salgado de Snyder et al., 2007:8) la vulnerabilidad social hace referencia a las características de una persona o grupo en cuanto a su capacidad de anticipar, enfrentar, resistir y recobrase de un evento negativo. La vulnerabilidad social es una condición producto de la ausencia o limitación de recursos personales, familiares, comunitarios, sociales y económicos, la interacción de tales recursos por escasos que sean, y el manejo que la persona haga de ellos. Cuando se combinan algunas características sociales y biológicas, así como contextos estructurales es posible identificar grupos poblacionales que son socialmente vulnerables (Salgado de Snyder et al., 2007:8).

El segundo enfoque corresponde a la antropología de la vulnerabilidad, el riesgo y la responsabilidad, que si bien considera las situaciones estructurales, aporta un matiz cuando plantea que la vulnerabilidad remite a la percepción real de estar expuesto a un padecimiento o desgracia. Nichter señala además, que la vulnerabilidad conlleva elementos emocionales ya que “es un estado de debilidad, miedo y preocupación” (Nichter, 2006:110). De tal forma que el concepto involucra las percepciones culturales, la producción y representaciones de los saberes sobre el riesgo, las políticas de responsabilidad y las respuestas populares. La propuesta de Nichter categoriza 5 tipos

diferentes de vulnerabilidad: 1) la vulnerabilidad basada en algún riesgo constitutivo de la persona; 2) la vulnerabilidad por el entorno o el contexto; 3) la vulnerabilidad a la transformación y al aumento de gravedad del padecimiento; 4) las fuentes cumulativas de negatividad y, 5) la reducción del daño.

La vulnerabilidad en una persona o en un grupo de personas se construye entonces, a partir de variables sociales, culturales y biológicas, como la edad, el género, la pertenencia étnica, la posición sociocultural. Hace visibles las situaciones de inequidad estructural y sus efectos en la salud, así como las distintas formas de organización social y política encaminadas a atender las problemáticas. Es por esto que se consideró pertinente enfocar desde la vulnerabilidad la investigación del VPH y el cáncer cervical, respaldados en la postura de Salgado de Snyder et al. (2007) quienes hacen hincapié en que “comprender, a través de la investigación cómo (un individuo) responde a situaciones que ponen en riesgo su salud, determinadas por su condición de vulnerabilidad, tiene implicaciones directas para el desarrollo de políticas de salud”.

Desde el enfoque de género y salud, se reconoce que la vulnerabilidad es construida socialmente de forma diferente tanto para hombres como para mujeres, de tal forma que “la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política, de esta manera, la noción de vulnerabilidad con sus distintas facetas, permite comprender por qué es más adecuado hablar de vidas que trascurren en el riesgo, que de prácticas de riesgo” (Herrera y Campero, 2002).

Los factores de género que exacerban la vulnerabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) en general son, la tolerancia con la que la sociedad acepta la

promiscuidad masculina, entendida como las prácticas sexuales que los varones sostienen con muchas parejas sexuales, ya sea de forma simultánea, ocasional o secuencial, incluyendo el sexo servicio – sin protección-, la asignación social de un valor mayor a lo masculino y el beneplácito social ante la pasividad y abnegación femeninas (Hartigan, 2001:21). Para Bronfman et al. (2003) uno de los principales obstáculos para prevenir la transmisión de enfermedades sexuales resulta del hecho de que – debido a campañas erróneas y a la propia cultura hegemónica de género- las mismas mujeres carecen de conciencia de su propio riesgo, lo cual aumenta considerablemente su vulnerabilidad de enfermar.

El poco poder que tienen muchos sectores de la población femenina para decidir, detectar y actuar en el momento oportuno para prevenir daños a su salud radica en una organización de género. El género es entendido como la construcción social de las diferencias sexuales, la valoración cultural y social que de uno u otro sexo se elabora en los grupos humanos, lo cual implica la asignación de actividades y espacios en los diversos ámbitos cotidianos. La asignación de género es, por lo tanto, lo que se espera que hombres y mujeres hagan, digan, piensen y se identifiquen tanto social como biológicamente en su entorno y contexto espacio-temporal. Históricamente, las mujeres han sido valoradas y ubicadas en posiciones más desventajosas que los varones, quienes han ejercido un poder que restringe, discrimina y reduce la autonomía de las mismas.

A su vez, el género es un concepto comparativo

Que no se refiere a hombres o mujeres sino, sobre todo, a las relaciones entre ellos y a la construcción social de dichas relaciones entre individuos en el ámbito personal, sino también a un conjunto complejo de normas y valores que permean

los sistemas de organización y las estructuras sociales, tales como la salud, los sistemas legales y la religión (Hartigan, 2001:11).

Desde un análisis de género, Herrera y Campero (2002) se enfocaron en indagar sobre la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH- SIDA, argumentando cómo la estructura y las relaciones de género favorecen la vulnerabilidad de las mujeres, y cómo la vulnerabilidad de las mujeres se incrementa en situaciones específicas como la migración, la precariedad en el empleo y la violencia familiar.

Otros autores (Halperin, de León y Martínez, 1997; Nazar, Molina, Salvatierra, Zapata, 1999) trabajan desde el enfoque de género con variables como el bajo nivel educativo, el escaso o nulo acceso a la información y los servicios de atención, así como las dinámicas sexo/ género relacionadas con el ejercicio de poder al interior de las uniones conyugales, de pareja y familiares como los elementos de mayor peso en la vulnerabilidad que impacta en la salud de las mujeres.

En el caso de las enfermedades de transmisión sexual, como el VIH, Herrera y Campero (2002) identifican que la vulnerabilidad de las mujeres⁶ se centra en cuatro aspectos: el biológico, el epidemiológico, el social y el cultural. Así, la interrelación de estos aspectos generan un tejido multicausal en los elementos de vulnerabilidad.

⁶ Las autoras, en el caso específico para contraer infección del VIH /sida identifican como vulnerables en las mujeres, aquellas que están particularmente en riesgo y que pueden acumular más de dos situaciones de vulnerabilidad para contraer infección de VIH las siguientes: Trabajadoras de la salud, compañeras sexuales de personas que tienen prácticas de riesgo, parejas sexuales de personas que viven con VIH, las mujeres expuestas a situaciones especiales de riesgo como abuso sexual, violencia, transfusiones sanguíneas sin precaución, las mujeres indígenas / rurales, migrantes o parejas de migrantes, las mujeres privadas de la libertad o parejas de personas privadas de la libertad, entre otras (Herrera y Campero,2002).

Para la infección del VPH, combinamos esta propuesta y la de los 5 tipos de vulnerabilidad propuestos por Nichter, que nos apoyan en la identificación de la vulnerabilidad ante la infección de VPH en los siguientes puntos:

1. *Biológico [relacionada con la vulnerabilidad basada en algún riesgo constitutivo de la persona]*. El inicio de la actividad sexual a temprana edad en las mujeres implica que por las características inmaduras del epitelio de la vagina y del cuello del útero, las mujeres jóvenes son más susceptibles a las infecciones. Las mujeres en edad reproductiva, multíparas o con eventos de interrupción del embarazo, son de igual forma susceptibles al desarrollo infecciones.
2. *Epidemiológico*. La carga viral oncogénica, la combinación descrita previamente de otras enfermedades de transmisión sexual, así como el uso de anticonceptivos de forma prolongada. El desarrollo etiológico de la enfermedad es, en sí, un factor alto de vulnerabilidad.
3. *Social [relacionada con la vulnerabilidad a la transformación y al aumento de gravedad del padecimiento]*. Las mujeres tienen menor educación y oportunidades de trabajo, supeditadas a la voluntad masculina, la residencia en áreas rurales, escasas oportunidades de acceso a la información y la falta de acceso efectivo y adecuado a los servicios de salud. A la par, se deben considerar el funcionamiento precario de los sistemas de salud, así como los problemas de salud pre existentes no resueltos en ambientes de pobreza y el hecho social de que las mujeres son “cuidadoras de los otros”, dejando de atender sus propias dolencias por priorizar a hijos, padres, esposos.

Identificando cuestiones políticas, tenemos recursos económicos escasos, ineficientes para la cobertura completa del Programa de Detección Oportuna. Algunas medidas abocadas a la *reducción del daño* y presente en los documentos de prevención de salud pública, hacen hincapié en la responsabilidad individual del autocuidado⁷.

4. *Cultural [género y sistema salud/enfermedad/atención]* Identificamos como Vulnerabilidad relativa al género los ámbitos del ejercicio de la sexualidad y en los sistemas de proceso salud/ enfermedad / atención:

- a) Las dinámicas de formación de parejas, mujeres jóvenes con hombres mayores con más parejas sexuales previas
- b) Las dinámicas permisivas en la sexualidad masculina, que fomenta / valora el mayor número de parejas sexuales, o de tener otras parejas
- c) La poca, escasa o nula posibilidad de las mujeres para indagar sobre la vida sexual de sus parejas, para proponer, sugerir y/o exigir el uso del condón, negarse a tener relaciones sexuales con sus parejas (a pesar de tener situaciones de malestar, o evidencia de lesiones en la pareja)
- d) El estigma sobre las mujeres cuyas prácticas sexuales se han transformado aumentando el número de parejas sexuales, simultáneas o a lo largo de su vida, transgrediendo las pautas culturales de género que restringen esta actividad.
- e) El reconocimiento de la vida sexual activa en las mujeres solo a partir de la unión (matrimonio o juntamiento) con un hombre, o embarazo, lo cual imprime socialmente la permisividad en el ejercicio de su sexualidad, la población joven

⁷ Un ejemplo de esta dinámica es cuando una mujer es detectada con una lesión cervical grave o cáncer in situ, es responsabilizada por este descuido, por la *desidia* con la que actuó en relación a la prevención a través de la prueba del PAP (Aranda G. 2010).

que ejerce su sexualidad fuera de la norma social –p.e. durante el noviazgo- no es captada en el programa de detección oportuna (DOC).

Todo esto, en conjunto nos inclina a abordar los fenómenos de salud / enfermedad como un abanico de elementos que integran la causalidad, las manifestaciones, las representaciones y las creencias alrededor de los padecimientos, que facilitan o impiden el reconocimiento de la enfermedad.

La detección oportuna representa un enorme reto para los sistemas de salud con escasos recursos, poca capacidad de respuesta y operatividad, a la par de elementos de vulnerabilidad socioeconómica entre la población, como el nivel educativo y un mayor acceso a fuentes laborales que permitan a la población la derechohabiencia, y con ella un contacto mayor con el personal de salud y con la información.

En el estado de Chiapas, el INEGI (2013) reporta como vulnerabilidad social el hecho de que solo se cuente con dos laboratorios de patología. La población total según condición de derechohabiencia a seguridad social (al 12 de junio del 2010) era de un total de 4,769,580, de los cuales, población usuaria era de 4,539,290. La población no derechohabiente era de 2,001,532. Las instituciones y/o programas a los que están adscritos en la entidad son el IMSS, ISSSTE ISSSTECH, PEMEX, SEDENA, Seguro Popular, Seguro Nueva Generación e instituciones privadas.

En cuanto a los recursos humanos de las instituciones del sector público en salud por tipo de personal según institución (al 31 de dic. del 2011), se reporta un total de 24,618 de los cuales 5,893 correspondían a personal médico. De estos 5,571 estaban en contacto directo con el paciente. Se reportan 2,389 médicos generales y 1,911 médicos especialistas.

Cuadro 3. Indicadores generales* del Estado de Chiapas

Indicadores de carencia social en Chiapas:	Indicadores de bienestar económico	Pobreza	Vulnerabilidad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rezago educativo: 35% de su población ▪ Con carencia por acceso a servicios de salud: 36.5% ▪ Con carencia por acceso a seguridad social: 82.4% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ingreso inferior a la línea de bienestar: 80.9% de su población ▪ Ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo: 50.9% de su población 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En situación de pobreza: 78.5% de su población ▪ Pobreza moderada: 40.2% ▪ Pobreza extrema: 38.3% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por carencias sociales: 13.2% ▪ Por ingresos: 2.3% ▪ No pobres y no vulnerable: 5.9%

Fuente: elaboración propia en base a los datos localizados en Anuario Estadístico de Chiapas, INEGI, 2013. *Nota de la a. No se encontraron los datos desagregados por sexo.

El Instituto Nacional de las Mujeres recomienda (INM), en relación con el cáncer cervicouterino: “asistir a revisiones ginecológicas con la/el ginecóloga/o; evitar el inicio de relaciones sexuales en edades tempranas; reducir el número de parejas sexuales; utilizar siempre condón para evitar infecciones de transmisión sexual como el VPH o el VIH /sida; y, el uso prolongado de anticonceptivos” (INMUJERES 2012 Boletín informativo). Estas recomendaciones encaminadas a las conductas de las mujeres exigen al sector salud de su capacidad de respuesta en cuanto a la operatividad y manejo adecuado de su personal, ya que una de las barreras más importantes en la detección oportuna es el trato que se les da a las mujeres en la toma del Papanicolaou, la poca higiene de las camas exploratorias, el tipo de comunicación del personal, donde se les regaña y responsabiliza de forma exclusiva de ser diagnosticadas en etapas tardías, entre otras situaciones ya documentadas (Aranda, 2010, Castro 2001).

Los factores de riesgo tanto para contraer infección por VPH como CaCu, se vierten en una serie de enlistados que pueden ser eficaces para dar la información al personal de salud, y suponer dar indicaciones a la población, más podemos considerar por ejemplo, una mujer nulípara, que no fuma y solo ha tenido una pareja sexual ¿considerará relevante acudir a realizarse el Papanicolaou siguiendo solo la información sobre los factores de riesgo epidemiológico? ¿Se considerará en situación de vulnerabilidad?

Este planteamiento de enlistados epidemiológicos sólo logra una visión fragmentada de la infección y del cáncer cervical, que como señala Aranda (2010) no permite comprender los elementos en su conjunto, ni profundizar en el proceso social de enfermar.

Referencias bibliográficas

- Aranda Gallegos, Patricia (2010), *Los motivos de la “desidia”. Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino*, México: El Colegio de Sonora.
- Castro Vázquez, María del Carmen y Gilda Salazar Antunes (2001), *Elementos socioculturales en la detección del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora*, México: El Colegio de Sonora.
- D'Eredita C., Luna M., (2013) “Cuando la detección no es oportuna: vulnerabilidad ante el cáncer cervicouterino. Un estudio de caso en los Altos de Chiapas”, en *Infección por Virus de Papiloma Humano y Prevención de Cáncer Cervicouterino*, ECOSUR, CENEJUS, EDUCACH, p. 137-158.
- Castro, M.C.; Arellano, M.C., (2010), “Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ” en *Revista Salud Pública* de México. 52:207-2011.
- Gobierno del Estado de Chiapas (2013) Instituto de Medicina Preventiva Programa Institucional del 2007-2012. Disponible en <http://www.chiapas.gob.mx> [consultado 1 octubre 2013]

- Gobierno del Estado de Chiapas (2013) Programa Institucional del Instituto Estatal de las Mujeres, 2007-2012. Disponible en <http://www.chiapas.gob.mx> [consultado 1 octubre 2013]
- Gobierno del Estado de Chiapas (2013) Programa Institucional de la Secretaria de Salud 2007-2012. Disponible en <http://www.chiapas.gob.mx> [consultado 1 octubre 2013]
- González, M.A; Chablé, F., (2013) “Historia Natural de la infección por Virus de Papiloma Humano” en Sánchez, G.; Luna, M.; Vargas, P. (eds.) Infección por Virus del Papiloma Humano y prevención del cáncer cervical. San Cristóbal de las Casas / Aguascalientes, ECOSUR, CENEJUS, EDUCACH.
- Grupo de estudio de VPH en hombres de Brasil- Estados Unidos- México (Human Papillomavirus infection in men residing in Brazil, México, and the USA) (2008) Human Papillomavirus infection in men residing in Brazil, Mexico and the USA. Salud Pública de México, Vol. 50, no. 5, septiembre – octubre, 408-418.
- Gypsyamber D’Souza, Ph.D., Aimee R. Kreimer, Ph.D., Raphael Viscidi, M.D., Michael Pawlita, M.D., Carole Fakhry, M.D., M.P.H., Wayne M. Koch, M.D., William H. Westra, M.D., and Maura L. Gillison, M.D., Ph.D. Case–Control Study of Human Papillomavirus and Oropharyngeal Cancer)
- HPV Study group in men from Brazil- México – EUA (2008) Human papillomavirus infection in men residing in Brazil, México and de USA. Salud Pública de México, vol. 50, núm. 5, septiembre - octubre
- Hernández G. J.R (2008) Factores asociados a infecciones por virus del papiloma humano en mujeres de comunidades de muy alta marginación de la región norte de Chiapas. Tesis (Maestría en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural) El Colegio de la Frontera Sur. México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011) Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Datos Nacionales. México. Disponible <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/cancer11.asp?c=2781&ep=51> [fecha de consulta 7 de noviembre 2013].
- López Saavedra A., Lizano Soberón, M. (2006) Cáncer Cervicouterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. Cancerología 1, Revista del Instituto nacional de cancerología, México. pp. 31 – 55.
- Luna Blanco M. (2009) *Cáncer Cervicouterino: ¿enfermedad femenina o feminización de la enfermedad? Opciones médicas culturales frente al Drama Social de enfermar en la Colonia Morales, SLP.* Tesis Maestría en Antropología Social, San Luis Potosí, SLP. El Colegio de San Luis, A.C.

- Luna Blanco M (2012) Notas de campo del Reporte etnográfico en el hospital del niño y la mujer, San Luis Potosí, SLP.
- Merck & Co. (2013) Pivotal Study Evaluating Efficacy of GARDASIL in Males in Preventing HPV 6, 11, 16 and 18-Related External Genital Lesions. Disponible en <http://www.businesswire.com/news/home/20081113005144/> [consulta realizada 2012, y Noviembre 2013]).
- Montoya Liévano C., Freyermuth Enciso, G., Torres López G., Uribe Vargas L., Romero Martínez M., (2013) “Desempeño del Programa para la atención del cáncer cervicouterino en servicios públicos sistema de salud en México”. En Sánchez G., Luna M., Vargas P. (Editoras), *Infección por Virus de Papiloma Humano y Prevención de Cáncer Cervicouterino*, ECOSUR, CENEJUS, EDUCACH, p. 17-54.
- Organización Panamericana de la Salud (PAHO) Mejor detección, tratamiento y vacunas asequibles para prevenir muertes por cáncer cervicouterino. Fecha de consulta 20 de agosto 2013
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=142&Itemid=259&lang=es
- Sánchez Barriga J. (2012) *Tendencias de mortalidad por cáncer cervicouterino en las siete regiones socioeconómicas y en las 32 entidades federativas de México en los años 2000-2008*, en Gaceta Médica de México, 148:42-51. Disponible en línea en http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n1/GMM_148_2012_1_042-051.pdf [fecha de consulta 4 de noviembre 2013]
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino (2007) Diario Oficial, 31 de mayo. México. [En Línea] Disponible en:
http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/NOM014SSA2_31_de_mayo_2007.pdf
- Palacio Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. (2009) Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Publica Mex* 2009;51 supl 2:S208-S219.
- Padilla Rebolledo, Luvia (2013) Estrategias familiares de atención médica en mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino en Campeche. Tesis para optar por el grado de maestra en ciencias. ECOSUR.
- Reartes, Diana (2005) La infección por el virus del papiloma humano (VPH) conflictividades, miedos y ambivalencia. Un estudio con parejas y médicos en un hospital de tercer nivel de atención en la ciudad de México. Tesis para optar por

el grado de Doctora en Antropología Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS, México, D.F.

Reartes L. Diana (2008) “La infección por el virus del papiloma humano y el cáncer cervical: ¿un problema también de varones? El caso de México”. En Pantelides Edith Alejandra, López Elsa (compiladoras) *Varones Latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*. Paidós, Buenos Aires, pp.- 237-261.

Sánchez-Alemán, Uribe-Salas; Conde-González (2002), “La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual entre estudiantes universitarios” en *Salud Pública de México*, vol.44, no.5, septiembre-octubre Pp. 442-447.

Secretaría de Salud, a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero en la atención primaria

Virus del Papiloma Humano: información sobre el VPH para los médicos. Transmisión, Prevención, Detección, Manejo Clínico. Centros para el control y la prevención de enfermedades –CDC- agosto 2007). http://www.hu.ufsc.br/projeto_hpv/OMS%20HPV%20BRAZIL.pdf (fecha de consulta 28 agosto 2013)

WHO/ICO Information Centre of HPV and Cervical Cancer (HPV information center). Human papillomavirus and related cancers in world. Summary report 2010. Disponible en <http://screening.iarc.fr/doc/Human%20Papillomavirus%20and%20Related%20Cancers.pdf> [consulta 28 de agosto 2013]

World Health Organization, (2013) WHO Guidance Note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women, Switerland.

WHO (2010) Strengthening cervical cancer prevention and control.

Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica. Panorama del Cáncer Cervicouterino en México. Boletín Epidemiología. Sistema Único de información. Número 16, volumen 23, semana 16, del 16 al 22 de abril del 2006.

Capítulo 2.

Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México

Social Possibilities of Prevention of Infection Human Papillomavirus and Cervical Cancer in San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México

Mónica Adriana Luna-Blanco

Georgina Sánchez-Ramírez

Resumen: Este artículo muestra los resultados de un estudio de corte cualitativo que se llevó a cabo de febrero a abril de 2012 y engloba la experiencia de trabajo en tres talleres realizados con población de escasos recursos, en total 68 participantes, hombres y mujeres, desde el enfoque de género y salud en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, con el fin de obtener información respecto al conocimiento que tenían en torno al virus del papiloma humano y su vínculo con el cáncer cervicouterino. Como resultado, se constató que la información biomédica en torno al cáncer cervical versus las prácticas de prevención reales de la población de estudio discrepan sustancialmente, ya que consideran más importante platicar sobre las prácticas sexuales en

Mónica Adriana Luna Blanco, maestra en antropología social y doctora en ecología y desarrollo sustentable por El Colegio de la Frontera Sur. Temas de especialización: antropología médica y género. Correo electrónico: mluna@ecosur.mx.

Georgina Sánchez Ramírez, doctora en sexualidad. Profesora-investigadora en El Colegio de la Frontera Sur-Unidad San Cristóbal de Las Casas. Temas de especialización: género y salud de las mujeres en la edad mediana, indicadores sociodemográficos desde el enfoque de género y educación para la sexualidad. Correo electrónico: gsanchez@ecosur.mx.

pareja, que utilizar protección o realizarse el Papanicolaou. Las campañas de detección oportuna no consideran estas realidades en su prevención.

Palabras clave: prevención, cáncer del cuello uterino, virus del papiloma humano, enfermedades de transmisión sexual, características culturales.

Abstract: This article shows the results of a qualitative study that was conducted between February to April in 2012. It comprises our work experience in three workshops with 68 poor people, mostly women, from the gender and health perspective, undertaken in San Cristobal de Las Casas, Chiapas; in order to obtain information regarding their knowledge about the Human Papilloma Virus and its link to cervical cancer. As a result, we were able to contrast that the biomedical information about cervical cancer prevention practices and the actual prevention practices by the population differ substantially; since they consider more important to talk about sexual practices with their partner than protected sex or to have a pap test. Early detection campaigns are not considering these realities in its prevention programs.

Keywords: prevention, cervical cancer, human papillomavirus, sexually transmitted diseases, cultural background.

Introducción

El cáncer cervicouterino es la segunda causa de mortalidad entre la población femenina en el país (Luna, Fajardo y Sánchez, 2013; Globocan, 2008; OPS, 2007). Esta patología es catalogada como un problema de salud pública y se han destinado recursos económicos, materiales y científicos para implementar en el país un Programa de Detección Oportuna que evite y disminuya la mortalidad

entre la población femenina. No obstante esta inversión en recursos humanos y tecnológicos, la morbilidad y mortalidad por esta causa prevalece.

Se ha identificado que los virus del papiloma humano de alto riesgo están presentes en el 99% de lesiones cervicouterinas y de cáncer *in situ* (SSA, 2008: 11-12). En el año 2009 ocurrieron en México 4107 muertes por cáncer cervicouterino (SSA, 2010). El estado de Chiapas —junto con Zacatecas, Veracruz, Colima y Campeche— presenta las tasas de mortalidad más altas por esta causa, particularmente en los grupos de mujeres de 25 a 64 años (Freyermuth, 2011; Domínguez *et al.*, 2011).

Para proporcionar una idea general de la problemática en la entidad, nos respaldamos en los datos del Sistema Nacional de Información en Salud citados por Freyermuth (2011), donde se identifica que, en Chiapas, de 2007 a 2010 la Secretaría de Salud documentó 50 casos de jóvenes menores de 24 años con cáncer cervicouterino y registró casos de muerte por esta causa en un periodo de cinco años posteriores el inicio de la vida sexual activa.

En 2009, en México se registraron 12 muertes por este tipo de cáncer en mujeres menores de 25 años (ver bases de datos de mortalidad del Sistema Nacional de Información en Salud citados en Freyermuth, 2011). De igual forma, en el estudio de Freyermuth se documentaron casos de jóvenes de 18 años que fueron sometidas a procedimientos de conización, lo que implica que ya se les había diagnosticado displasia severa pese a su corta edad.

Asimismo, en el año 2010 la tasa nacional de mortalidad por cáncer cervicouterino observada por 100 000 mujeres de 25 años y más fue de 13.5, mientras que en el estado de Chiapas fue de 19.0, siendo la diferencia de 5.5 (SSA, 2011).

Por lo que respecta a la infección por virus de papiloma humano (VPH), las frecuencias reportadas en México son heterogéneas y oscilan entre el 14.4% y el 51.7%. El VPH ha sido detectado en prácticamente todos los casos de cáncer invasor (Domínguez *et al.*, 2011).

Este panorama nos lleva a cuestionarnos: ¿se puede hablar de elementos clave en la prevención de la infección por VPH y en la detección oportuna del cáncer cervical? ¿Los avances biomédicos incluidos en los esfuerzos de los programas de detección continúan siendo insuficientes?

Si se ha establecido desde la medicina una identificación etiológica desde la infección por VPH y su vínculo con el cáncer cervicouterino, ¿este avance biomédico se refleja hoy en una mejor comprensión de la enfermedad por parte de la población femenina y, en consecuencia, en un mejor estado de salud sexual entre la población en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas? ¿Qué sucede con los conocimientos legos de la población en torno a las prácticas de prevención en salud sexual?

Del cuidado y la prevención

El enfoque de la prevención es un elemento clave en la identificación, así como en la infección por VPH y en el desarrollo de lesiones cervicouterinas y cáncer. Tanto el concepto como la práctica de la prevención difieren entre la población atendida y el sector médico, que trabaja según los lineamientos de la biomedicina. Analizar estas diferencias –conceptuales y prácticas en torno a la prevención- resulta un elemento clave, ya que permite una adecuada identificación de acciones efectivas para disminuir la infección por VPH así como el desarrollo de lesiones cervicouterinas y cáncer.

La prevención primaria se enfoca en evitar la aparición de la enfermedad utilizando medidas que disminuyan los factores de riesgo y favoreciendo comportamientos y hábitos más saludables entre la población (Sebastián, 2001: 184-185). En el caso de la infección por VPH, algunos

factores susceptibles de modificación pueden ser el uso de preservativos o el mantenimiento de una relación monógama, lo cual disminuiría considerablemente la exposición a la infección.

La prevención secundaria tiene como objetivo reducir la mortalidad y la morbilidad mediante un diagnóstico precoz que incluya aspectos relacionados con el tratamiento (Sebastián, 2001). En este recurso se ubican los programas de detección oportuna, las campañas publicitarias que brindan información a la población y la respuesta eficaz de las instituciones ante diagnósticos de lesiones cervicouterinas, en todo lo cual es determinante la comunicación entre el personal médico y las mujeres que requieren atención.

En México, la Secretaría de Salud, a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer cervicouterino en la atención primaria (SSA, 2010), indica que deben considerarse como factores de riesgo en el cáncer del cuello del útero las siguientes características en la población femenina:

Ser mayor de 25 años; inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 19 años); promiscuidad [*sic*] de la pareja; multiparidad (más de cuatro partos); embarazo temprano (antes de los 18 años); *infección cervical por virus del papiloma humano*; antecedentes de enfermedades de transmisión sexual; tabaquismo; factores nutricionales como la deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E, y nunca haberse practicado un estudio citológico. El CaCu es más común después de los 35 años, lo que sugiere infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer (SSA, 2011; ver también Sánchez, Luna y Vargas, 2013).

Recientemente, la prevención primaria de la infección por VPH se realiza mediante la aplicación de la vacuna contra dos tipos de alto riesgo más frecuentes asociados a lesiones cervicales precursoras del cáncer cervicouterino, y dos tipos de vph de bajo riesgo asociados a presencia de condilomas y verrugas genitales, las cuales no ponen en riesgo la vida de las personas que lo portan.ⁱ Por ser más de 100 los tipos de cepas de VPH, este tipo de vacuna implica que la

protección es limitada y que las mujeres jóvenes que se vacunan ahora tendrán que, una vez iniciada su vida sexual, realizarse periódicamente un examen citológico, al igual que las mujeres que no han sido vacunadas. Esta vacunación —de prevención primaria— se implementa a nivel nacional desde el sector salud y se ofrece de igual manera en el sector privado con el objetivo de disminuir en un futuro los índices de mortalidad y morbilidad por este padecimiento.

El programa de vacunación está dirigido a niñas de nueve años en adelante que no hayan iniciado vida sexual. Lamentablemente, no se incluye a los varones en la vacunación, portadores del virus en su mayoría asintomáticos. A ellos no se les aplica la vacuna por cuestiones de costo–beneficio, bajo el argumento de que los índices de cáncer de pene y ano en los hombres son mínimos en comparación con los de cáncer cervicouterino en las mujeres, desestimándose el potencial de prevención que tendría el diseñar y aplicar una vacuna similar para varones, en tanto que son ellos los principales agentes de transmisión como un derivado de las prácticas sexuales que socialmente son alentadas en ellos.

Cabe cuestionarse la viabilidad de este programa de vacunación ya que, además de considerar que sólo está destinado a dos tipos de VPH de alto riesgo —lo cual deja una amplia gama de otros tipos de alto riesgo sin protección—, la información que recibe la población es confusa; por ejemplo, se les informa que la vacuna es para evitar el cáncer cervicouterino, cuando en realidad está dirigida a dos tipos de VPH asociados a esta enfermedad. Se genera además la percepción de que las niñas y adolescentes vacunadas no necesitarán después realizarse el Papanicolaou.

Asimismo, este esquema de vacunación no aporta elementos que refuercen el cuidado de la salud sexual y la corresponsabilidad entre mujeres y varones. En el panorama de la prevención primaria por la infección del virus del papiloma humano no se consideran las prácticas sexuales,

en las que el contagio por VPH es sólo uno más entre los múltiples riesgos de enfermedades e infecciones por contacto sexual, además de embarazos no planeados.

La Secretaría de Salud, a través del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino, hace hincapié en que la mortalidad por cáncer cervical se puede evitar si éste es detectado oportunamente, lo que implica el tamizaje citológico de las mujeres que han iniciado su vida sexual. En los documentos de operación del Programa se señala que un impedimento es que las mujeres, objetivo del tamizaje, no acuden a realizarse la prueba del Papanicolaou, y muchas acuden demasiado tarde (SSA, 2008).

Fajardo Ortiz (2012) cuestiona acertadamente la detección oportuna desde el planteamiento médico: ¿se trata de una prevención primaria de la infección que conduce a la enfermedad, o de prevenir el desarrollo y dar tratamiento oportuno?

En México, el énfasis se coloca en lo segundo. El Programa se enfoca en la prevención del desarrollo y en el tratamiento oportuno a las mujeres con diagnóstico positivo de lesiones cervicales y cáncer por infección de VPH, sin hacer énfasis en una adecuada educación para el disfrute de una sexualidad saludable y plena:

Por otra parte el estudio de la enfermedad, conduce a estrategias preventivas más que curativas. Un proceso de traducción del conocimiento entre las áreas básica y clínica resultaría previsible en el sentido de que la investigación sobre las causas biológicas de la enfermedad, como lo es la infección por VPH, llevaría por consecuencia a buscar estrategias de intervención en salud pública para cortar la red causal (Fajardo, 2012: 15).

Lo que tenemos entonces es información biomédica sobre la infección de VPH, el desarrollo etiológico de la enfermedad —sus estadios y tratamientos de acuerdo a cada caso— y una Norma Oficial Mexicana para la Detección, Tratamiento y Control Oportuna del Cáncer Cervicouterino,

así como normas internacionales que buscan disminuir la brecha de mortalidad por este padecimiento en los países más pobres.

Si bien esto es importante dada la prevalencia del padecimiento, no es suficiente en cuanto a las posibilidades de generar estrategias y acciones de prevención primaria entre la población. Se apuesta a que las mujeres —ejes del funcionamiento de este programa de detección oportuna— acudan a realizarse la prueba del Papanicolaou periódicamente, minimizando lo que ello implica para ellas y para el sistema de salud. Diversos estudios al respecto lo constatan (Aranda, 2010; Castro y Salazar, 2001; Luna, Fajardo y Sánchez, 2013).

Lo que para el sector médico es una acción preventiva, para la población no lo es, y no lo es porque en general ese conocimiento aún no ha sido transmitido de forma accesible y contextualizada, de tal manera que se incluya a los varones en los procesos de prevención. Tampoco se han tomado en cuenta las condiciones en que se ofrece la realización del Papanicolaou a muchas mujeres —falta de privacidad, de higiene, de profesionalismo o de calidez—, lo cual desalienta aún más la práctica sobre la que se apuesta casi el 100% de la prevención.

Esta situación no es específica del cáncer cervicouterino dado que en otras patologías, como el cáncer de mama, es posible observar dinámicas similares, como las campañas de detección oportuna, en las que se debe considerar que el lenguaje y los factores psicosociales son fundamentales y

puede ser la clave para transmitir un mensaje adecuado y provocar un elevado grado de acogida y concientización. No es lo mismo plantear una campaña desde el miedo, la amenaza de muerte, etc. Que desde la importancia del papel activo que debemos jugar en nuestra salud y, por lo tanto, apelar a nuestra responsabilidad (Sebastián, 2001: 188).

Considerando esa realidad social, en este trabajo se buscó contrastar la información biomédica sobre el cáncer cervical *versus* las prácticas de prevención reales de la población de estudio.

Camino metodológico

Planteamos el estudio desde una perspectiva de género para buscar problematizar las necesidades e implicaciones de cuidado en salud sexual de las mujeres y los varones. Debido a la naturaleza de la información que se pretendía recabar, se optó por metodologías cualitativas, ya que permiten profundizar, desde la perspectiva de las actoras y actores y sus contextos, los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad.

Se optó por la modalidad de taller considerando que nos facilitaría acceder a información sobre valores, normas y actitudes para alcanzar el logro de los objetivos de investigación, los cuales fueron expuestos de forma clara a quienes participaron, junto con la relevancia de su participación para lograr dichos objetivos.

El taller es un espacio de trabajo donde se genera conocimiento colectivo, se intercambian ideas y se facilita a la población la reflexión sobre la problemática analizada, de tal forma que el conocimiento se genera recíprocamente. En su desarrollo, apoyándonos en una metodología participativa y considerando como punto de partida la experiencia de las personas participantes, se buscó el diálogo, la participación, la cooperación y la búsqueda conjunta de propuestas encaminadas a afrontar los problemas identificados. Si bien el tiempo y el número de talleres fueron limitados por la disposición de tiempo de quienes participaron y por el presupuesto, los resultados muestran una instantánea de la realidad en un momento y contexto específico que se puede extrapolar a otras realidades como se aprecia en la discusión de este estudio.ⁱⁱ

Se realizó una carta descriptiva y se contó para el desarrollo de los talleres con la colaboración de una médica citóloga y de una pedagoga, así como de algunas estudiantes de servicio social que colaboran con la Dirección de Equidad y Género del municipio de San Cristóbal de Las Casas, quienes apoyaron en el llenado de las cédulas de información.ⁱⁱⁱ En especial con la población sin escolaridad. Se solicitaron datos generales como edad, ocupación y escolaridad, así como datos relevantes para la investigación, como inicio de vida sexual, número de parejas sexuales y si les había sido detectada una infección por VPH o lesiones cervicouterinas.

En nuestro caso, los talleres no implicaban una intervención directa sobre las personas y su cuerpo —como ocurre cuando se realizan investigaciones a partir de resultados de pruebas de laboratorio—. Se trataba de indagar sobre sus conocimientos y estados emocionales en torno a las infecciones de transmisión sexual.

Se buscaba una acción sobre los asistentes a los talleres, como personas con agencia, de tal manera que pudieran, con la información otorgada, acudir a una detección oportuna.^{iv} Asimismo, se orientó sobre los tres niveles de atención —primario, de detección en las clínicas de salud; secundario, clínicas de colposcopia; y de tercer nivel, hospital de oncología—. Este enfoque de trabajo de taller participativo se suma a la perspectiva planteada por Montoya, para quien:

el cuerpo de conocimientos sobre la salud sexual ha crecido en forma asimétrica y en una menor proporción que otros referentes de las ciencias de la salud. Reconocer que es necesario, justo y conveniente indagar por la sexualidad de las personas y las poblaciones ha significado una ruptura paradigmática que, se espera, lleve a la reflexión en el personal de salud sobre sus carencias de conocimiento y capacitación. No obstante, también alude a la profunda necesidad de dar a conocer a la población el derecho a la salud sexual (Montoya, 2007: 169).

Así, con la realización de los talleres con población abierta buscamos movilizar los recursos personales de los asistentes y proporcionar herramientas que los guíen hacia una práctica de cuidado de la salud sexual, haciendo énfasis en específico en la importancia de la realización continua del Papanicolaou.^v

Las ideas centrales propuestas para abordar, indagar y compartir con la población desde el enfoque de género en los talleres fueron:

- a) información sobre la infección por virus de papiloma humano;
- b) información sobre cómo se hace el diagnóstico de infección por virus de papiloma humano (en qué consiste un estudio citológico o Papanicolaou qué es una colposcopia y qué hacer ante un Papanicolaou anormal);
- c) prácticas de cuidado y prevención.

La invitación a participar en los talleres se realizó mediante carteles informativos dirigidos a mujeres de 20 años en adelante y se convocó a través de espacios públicos y medios de información como la radio y la página de *facebook* de la Dirección de Equidad, Género y Desarrollo del municipio de San Cristóbal de Las Casas.

Se realizaron tres talleres en esta ciudad en colaboración con la Dirección de Equidad y Género del municipio; uno de ellos en la zona centro de la ciudad —en la biblioteca municipal—; el segundo en la Casa de Salud de Zacualpa, comunidad cercana situada a diez minutos de la ciudad; y el tercero en el salón comunitario de la colonia San Juan de Los Lagos, al sur de la ciudad. La población que acudió era mestiza.

Aunque la invitación se dirigió a mujeres, en dos talleres hubo una escasa presencia de hombres que acudieron para acompañar a sus esposas y por curiosidad en el tema, y que aportaron datos relevantes para el conocimiento del objeto de estudio.

Uno de los supuestos básicos sobre los que se realiza esta investigación es que, siendo el cáncer cervicouterino una enfermedad considerada como problema de salud pública —a la cual está expuesta toda la población femenina una vez iniciada su vida sexual—, las estrategias para su detección y tratamiento oportuno generalizan a la población femenina minimizando la relevancia de considerar diferencias de estrato social, escolar y cultural, entre otros factores. Ello trae como resultado que el Programa de Detección Oportuna no sea efectivo para todas las mujeres.

De ahí que metodológicamente optamos por elegir población abierta y, de esta manera, contar con un panorama general de los conocimientos legos sobre la infección y el cáncer cervicouterino. La información fue recabada en los materiales aplicados en cada taller —carteles, hojas de trabajo, esquemas corporales— y en un diario de campo. Además, fue grabada y se realizó un registro fotográfico. Para la sistematización, organización e interpretación de la información, al término de cada taller se realizó una lectura detenida de la información para identificar categorías y su saturación teórica, así como la interrelación entre los temas abordados.

La población de estudio

Se trabajó en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, la cual, según el *Censo de población y vivienda* del INEGI, en el año 2010 contaba con 185,917 habitantes, de los cuales 88,996 eran hombres y 96,921 mujeres (INEGI, 2010). El porcentaje de mujeres de 15 a 29 años alcanzaba el 31%, y el de mujeres de 60 años y más era de 5.7%.^{vi}

En términos demográficos, el número de defunciones de mujeres durante 2011 fue de 341 —no se especifica causa de muerte—. El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más en 2010 era de 8.3 años de estudio. Por lo que respecta a servicios de salud, la población

derechohabiente en 2010 era de 99,367, mientras que la población sin derechohabiencia era de 81,822. Se reportó que el promedio de médicos por unidad médica era de 2.7 (INEGI, 2010).

A los talleres acudieron en total 68 participantes: 7 varones y 61 mujeres. El rango de edad en las mujeres abarcó de los 16 hasta los 68 años, y de los 19 a los 61 años en el grupo de los hombres. El promedio de edad en el grupo de hombres fue de 38 años, y de 41 años en el grupo de las mujeres. La escolaridad era baja en todo el grupo: el 34% cursó algún grado de primaria, un 18% terminó la primaria, y el 18% concluyó la secundaria. Todos los varones cursaron algún grado escolar, más no las mujeres, quienes en su mayoría no contaban con escolaridad, mientras que otras no dieron respuesta alguna esta pregunta.

El inicio de la vida sexual para ambos grupos, en promedio, fue similar: 18 años y medio. En los varones, los rangos de edad abarcan de los 17 a los 20 años. No así en las mujeres, quienes reportan haber iniciado actividad sexual desde los 13 años hasta los 27.

Si bien se identificó que hubo mujeres que iniciaron a los 13 años (30%), la mayoría de ellas iniciaron después (el 70%) 3 años más tarde, (entre los 16 y los 20 años de edad). Por lo que respecta al número de parejas sexuales, un varón respondió haber tenido sólo una pareja sexual, mientras que los demás respondieron haber tenido entre dos y tres parejas. Entre las mujeres, sólo cinco respondieron haber tenido dos parejas sexuales —el 8% de la población participante—, mientras que la mayoría de ellas —el 86%— sólo han tenido una pareja sexual. Tres participantes expresaron no haber iniciado aún vida sexual

Resultados

De la transmisión de VPH al cáncer

Desde la línea de la biomedicina, la cual plantea que para el desarrollo del cáncer cervical es necesario no sólo la infección del VPH, sino también la persistencia de éste en el cuerpo femenino

(Sánchez, Uribe y Conde, 2002; Tirado *et al.*, 2005; SSA, 2008; Tobar, 1999), y siendo el VPH un virus de transmisión sexual, interesa entonces evidenciar cuáles son las creencias y conocimientos de la población respecto a las infecciones de transmisión sexual.

Hombres y mujeres expresaron lo que para ellos es una infección de transmisión sexual, mencionaron cuáles son las más comunes —sobre las que más han escuchado o recibido algún tipo de información— y la forma de transmisión. Las respuestas del grupo de varones resultan más concretas —en lo que se refiere a proporcionar una “definición”— y utilizan incluso lenguaje biomédico, como por ejemplo “conjunto de afecciones infectocontagiosas”.

En los grupos de mujeres, las respuestas fueron más complejas ya que refirieron nombres de enfermedades de transmisión sexual pero no explicaron en qué consistían. También mencionaron un grupo de infecciones genitales y vaginales que pueden tener otras causas además del contacto sexual. Reconocieron que se adquieren por contacto sexual sin protección —es decir, sin el uso del preservativo—, hicieron hincapié en que una causa eran los varones que tienen más parejas —simultáneas o sucesivas—, y señalaron la falta de limpieza vinculada a la presencia de infecciones de transmisión sexual.

En cuanto a las formas de transmisión, para los varones está de por medio el contacto sexual sin protección —ellos sí especifican tipos de prácticas sexuales por contacto oral, vaginal o anal— y la transfusión sanguínea. En estas respuestas habría que preguntarse si esta creencia proviene de la información sanitaria en torno al VIH-Sida, o qué tan expuesta está la población a recibir este tipo de transfusiones.

Para las mujeres, la transmisión va más allá de tener relaciones sexuales sin protección; nuevamente el peso recae en el número de parejas sexuales que tienen los varones, en la falta de comunicación con la pareja y en la falta de higiene. Aparece un discurso más: “por no cuidarse”. Entonces, ¿qué implicaciones tiene esta frase? ¿Quién o quiénes deben cuidarse? De acuerdo a

las respuestas, las prácticas de cuidado girarían en torno a la higiene personal, a no tener diversas parejas sexuales sin el uso del preservativo y a evitar el contacto con sangre infectada.

Tanto hombres como mujeres señalan en primer lugar al VIH–Sida como una infección de transmisión sexual, seguido por la gonorrea y la sífilis. El virus del papiloma humano es también señalado y los varones son los únicos que mencionan la “cresta de gallo”, que es como popularmente se conoce la manifestación clínica del VPH de bajo riesgo; se trata de condilomas observables en el área ano-genital y los varones lo nombran porque en el pene es más visible.

Una de las características de la infección por VPH y de las lesiones cervicouterinas es que sólo en sus etapas más avanzadas se manifiestan síntomas físicos, lo cual aumenta la vulnerabilidad al cáncer, ya que la población, al no sentirse enferma, no considera relevante hacerse un Papanicolaou.

Paradójicamente, la población sí identifica un listado de molestias o síntomas vinculados a la presencia de infecciones de transmisión sexual, algunas relacionadas con estados avanzados de cáncer cervicouterino, como el sangrado abundante o el dolor al tener relaciones sexuales. Otros síntomas —físicos y anímicos— que indican que pudiera tenerse una ITS son: ardor, “ardor en el cuello de la matriz” (*sic*), comezón, flujo, dolor, inflamación, dolor al orinar, pérdida de ánimo, decaimiento, verrugas o calentura, entre otros. Los varones señalan erupciones genitales, fiebre alta, ardor y secreciones, manchas y disminución de peso.

Una vez que observamos que la población nombra al VPH como infección de transmisión sexual, el siguiente paso consistió en identificar qué saben sobre ella y si es posible identificar cuándo una persona tiene esta infección en su cuerpo.

Surgieron cinco grupos de respuestas. En primer lugar, las respuestas son de desconocimiento: “no sé”. Algunas personas expresaron haberlo “escuchado mucho”, pero no entender qué es. Aquellas que afirmaron saber más sobre el VPH lo señalaron como “un virus muy

peligroso y contagioso”. Otro grupo reconoció que el VPH “lo tiene el hombre desde chiquito, él lo contagia a la mujer, pero él no lo desarrolla y nosotros sí.” Los grupos restantes de respuestas giraron en torno al efecto que tiene sobre las mujeres; por un lado, señalaron que, si en la mujer se detecta a tiempo, hay que dar tratamiento, y finalmente se reconoce la infección por VPH como “una enfermedad muy dolorosa, que se cura con tratamiento”.

Hasta este punto aún no se había relacionado de manera directa el VPH con el cáncer cervicouterino. Sólo se esbozó cuando indagamos si era posible identificar en una persona si era o no portador del virus. Las respuestas diferenciadas nuevamente iniciaron con la negativa, de tal manera que no sabían si era posible, mientras que otros afirmaron que no era posible detectar el virus. Después, se señaló que en el hombre era más difícil, pero que en la mujer sí era posible detectarlo.

Otro grupo de respuestas afirmaron que es posible identificar las lesiones que el virus ocasiona y que la colposcopia es el procedimiento médico a través del cual se pueden observar estas lesiones. Sólo cinco mujeres respondieron haber recibido resultados positivos en su Papanicolaou; esto es, les fue detectada una infección por VPH, lesiones cervicales o cáncer cervical.

Posibilidades de prevención: de lo biomédico a lo sociocultural

Indagamos con la población de estudio qué acciones realizan —o deberían realizar— para protegerse de contraer una infección de transmisión sexual, si consideran que estas acciones son de utilidad para evitar la transmisión y, finalmente, cómo evitar que una infección por VPH avance a cáncer cervical.

Los discursos giraron en dos sentidos: las de carácter negativo, cuando “no hacemos nada” por falta de dinero, por desconocimiento, porque incomoda al hombre o porque no

sabemos cómo cuidarnos; y las de carácter proactivo, hacer uso del preservativo —masculino, ya que el femenino es desconocido por la mayoría—, tener relaciones sexuales sólo con la pareja, aprender a cuidarse y buscar una buena comunicación con la pareja. Hacerse el Papanicolaou es otra acción señalada.

En cuanto a si estas prácticas son de utilidad en el cuidado de la salud sexual, las respuestas giraron hacia un sentido ideal, ya que reconocieron que no, “al contrario, corremos más riesgo porque no sabemos”, y porque “no se sabe bien cómo cuidarse.” Estos discursos nos llevaron a replantear si las acciones enlistadas previamente constituían el ideal de cuidado, pero estaban alejadas de las posibilidades cotidianas en el cuidado de la salud sexual.

Para evitar que una infección por VPH avance a cáncer cervical, los discursos de la población giraron en dos sentidos. Uno ligado al enfoque biomédico, esto es, realizarse el Papanicolaou frecuentemente, asistir al doctor “para que nos chequen y nos detecten a tiempo”, hacerse estudios y asistir a pláticas informativas. El otro sentido gira en torno a la pareja, en específico “tener o mejorar la comunicación con la pareja” y hacer uso del preservativo masculino.

Ahora bien, los datos obtenidos en los talleres nos muestran que no es posible abordar únicamente el aspecto biomédico de la infección del VPH en las mujeres, sino que existe una complejidad que rodea a la representación de la infección de VPH y del cáncer cervical para la población de estudio que impacta directamente en los elementos de vulnerabilidad y de prevención.

Identificamos diversas esferas presentes en la vida cotidiana de las mujeres que obstaculizan un estado de salud sexual más favorable. En primera instancia, se encuentra el nivel individual —la mujer, su cuerpo—. Expresan no “conocer y explorar” sus cuerpos, no tocarlos. Señalan la falta de “autocuidado”, un concepto que se promueve mucho desde la medicina

preventiva, donde se responsabiliza a la población de su estado de salud, independientemente de otros factores.

Sólo las mujeres señalaron prácticas de higiene, cuestiones reproductivas que las hacen más vulnerables, “nos desgastamos mucho, por el hombre y por los hijos”, la desidia —otro concepto que surge desde la biomedicina— y negligencia de su parte por no acudir al médico, la vergüenza de acudir, la falta de confianza en la pareja, el miedo y “no darle importancia a nuestra vida”, son los elementos predominantes en esta esfera.

En la segunda esfera tenemos las relaciones de pareja. A este respecto manifiestan las negativas de sus parejas varones para “aceptar protegerse” y que éstos no se “cuidan” cuando tienen relaciones sexuales con otras mujeres, lo cual evidencia prácticas de infidelidad, mala comunicación y algunas conductas “machistas”, como prohibir a sus parejas que acudan a revisión ginecológica porque “creen que la intimidad es de su propiedad”. El siguiente testimonio lo ejemplifica: “Los esposos luego nos dicen: no te vas a ir a hacer el Pap (*sic*) porque ningún hombre te va a ver la cucharita, sólo yo lo lavo, lo meneo, lo uso” (mujer de San Juan de los Lagos).

En la tercera esfera se encuentra el nivel social, donde identificamos dos factores, el educativo y el religioso. En cuanto al religioso, los testimonios refieren que en algunos casos, los curas (*sic*) o guías espirituales les dicen que no deben dejar que las revisen porque es pecado, así como es pecado que las niñas se toquen y exploren su cuerpo. Estas creencias implican una carga de señalamiento negativo por la sociedad, difícil para muchas mujeres que son diagnosticadas con cáncer cervical, ya que se cuestiona su comportamiento sexual.

Respecto a lo educativo, las mujeres refirieron que les hacía falta tener más información ya que las escuelas carecen de educación sexual. La baja escolaridad dificulta asimilar algunos conceptos biomédicos o incluso poder leer sus resultados de Papanicolaou. Una ausencia es que

no mencionan la información de trípticos, carteles o anuncios del sector salud encaminados a la detección oportuna del cáncer cervical.

La última esfera corresponde al sector salud. Aquí interviene la accesibilidad a los centros de detección y tratamiento. Ejemplo de esto es que las mujeres de Zacualpa expresaron que ellas sólo recibían atención cuando iban las brigadas, pero cuando bajaban a la ciudad ahí no les hacían caso. La accesibilidad no sólo tiene que ver con contar con una clínica de medicina familiar o un hospital de tercer nivel de atención cerca de su lugar de residencia; implica las relaciones que surgen entre las mujeres usuarias y el personal médico, lo cual en no pocas circunstancias resulta en una mala calidad en la atención, en la toma de la prueba o en la explicación de los resultados, entre otras cuestiones vinculadas con su salud. Interviene asimismo el aspecto económico ya que las mujeres dejan de acudir a los centros de salud o a consultorios privados porque no pueden pagar la consulta o, en caso de ser necesario, los estudios posteriores que confirmen el diagnóstico.

Discusión

En este apartado discutiremos cuál es la situación entre la población estudiada en torno a lo que Fajardo Ortiz (2012) plantea como la traducción del conocimiento. Esta traducción implica que la investigación básica desarrolle un conocimiento aplicable que impacte en la práctica médica y en su correspondiente transmisión de conocimientos a la población. Para nuestro estudio, esta búsqueda de la traducción del conocimiento implicaría que la población tenga incorporado, al menos, el vínculo de la infección de VPH con el cáncer cervicouterino, así como la relevancia de realizarse el Papanicolaou como práctica de prevención secundaria.

Lo primero que identificamos es que los factores de riesgo, tanto para contraer una infección por VPH como el cáncer cervical, se vierten en una serie de enlistados que pueden ser eficaces para dar la información al personal de salud y a la población atendida, así como para

reportar datos epidemiológicos. Sin embargo, esto sólo logra dar una visión fragmentada que no permite comprender los elementos en su conjunto ni profundizar en los procesos sociales de enfermar (Aranda, 2010; Martínez, 2008). Por ejemplo, ¿qué pasa con una mujer que no fuma, que inició su vida sexual después de los 20 años, nulípara, que sólo ha tenido una pareja sexual? ¿Considerará ella relevante para su salud, con base en los factores de riesgo enlistados en los programas de prevención del cáncer cervical, realizarse el Papanicolaou periódicamente?

En el abordaje de los procesos de salud/enfermedad/atención, se corre un gran riesgo si asumimos esta dependencia teórica del modelo biomédico y se busca únicamente sobre este modelo construir estrategias de prevención como, por ejemplo, el desarrollo de nuevas tecnologías para la prevención del cáncer cervicouterino, como pruebas y técnicas moleculares para la identificación de ADN de VPH más específicas, como la captura de híbridos. Ibáñez y Durá advierten al respecto que los avances tecnológicos han separado al médico del paciente, convirtiéndolos a ambos en dos sistemas independientes. En muchas ocasiones, la tecnología avanzada se interpone en la relación entre personal médico-enfermo, de tal forma que la relación que entre ambas partes debería existir queda despersonalizada (Ibáñez y Durá, 1989 en Manso *et al.*, 2001: 219). Esto además prioriza la tecnología médica —costosa y presente sólo en las grandes zonas urbanas y para quienes tienen acceso, sobre todo económico— y deja de lado la prevención en salud, la actuación antes de que ocurra el daño —de mucho menor costo financiero y social—.

Otro elemento que debemos tener presente en el análisis es el proceso en el cual la biomedicina construye sus objetos, desarrolla sus biotecnologías y crea nuevas identidades y representaciones culturales (Martínez, 2008). La biomedicina no es un ente abstracto producto del avance tecnológico, sino que refleja relaciones de poder, relaciones de género y valores que la sociedad establece, y, con base en estos fundamentos socioculturales, se conjuga con los conocimientos legos de la población, quien comparte a su vez esas relaciones de poder y de

género y reproduce esos valores. Un ejemplo de ello es la postura que asumen muchas mujeres de ser pasivas ante las exploraciones ginecológicas, la explicación poco clara de sus resultados del Papanicolaou y la elección informada de los tratamientos requeridos de acuerdo a sus diagnósticos, así como de no solicitar que sus parejas sean también diagnosticadas.

Mishler (1981 en Martínez, 2008) advirtió sobre las presunciones culturales e ideológicas en las que descansa la “cientificidad” de la biomedicina. Entre ellas destaca la definición de enfermedad como una desviación de la norma biológica bajo una doctrina de que existe una etiología específica de las enfermedades, esto es, la unicausalidad o una multicausalidad establecida en factores de riesgo —esto es claro en el caso del VPH de alto riesgo, el cual se considera un factor predominante para el cáncer cervical—.

Una limitación metodológica a la hora de utilizar la técnica de talleres es que, en general, no hay tiempo suficiente para profundizar sobre algunos aspectos entre toda la información que surge. En este sentido, identificamos cuatro elementos que los hombres y mujeres participantes en los talleres señalan como fundamentales para las prácticas de prevención. En primer lugar está el cuidado. Las frases utilizadas son “tenemos que cuidarnos”, “el autocuidado”, “los hombres no se cuidan”. Sin embargo, no especificaron qué actitudes y acciones implican esas prácticas de cuidado.

El segundo elemento es el uso del preservativo. Éste fue señalado como una herramienta de protección para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VPH. En este sentido quedan inquietudes en cuanto a cuál es la frecuencia real del uso del preservativo masculino entre las parejas, en qué situaciones y con qué parejas lo usan y con cuáles no; por ejemplo, si son esposos, si son concubinos, o parejas ocasionales o noviazgo.

El tercer punto señalado es la realización del estudio del Papanicolaou. Esto implica no sólo acceder a la prueba de tamizaje, sino además comprender cuáles son las relaciones sociales

que surgen ahí, cómo las mujeres son agentes pasivos o activos en ese proceso y, en caso de ser identificada una lesión cervical, cómo enfrentan ellas los siguientes estudios de confirmación y tratamiento. Habría que indagar, además, la frecuencia en la realización del Papanicolaou para poder afirmar que, efectivamente, esta práctica es realizada y con ello disminuye el riesgo de desarrollar un cáncer.

Por último, pero no menos importante, está la comunicación con la pareja – elemento que resaltó en cada uno de los temas que se trabajaron en el taller. Aquí cabe recalcar que tanto hombres como mujeres asumen que los hombres tienen más experiencias sexuales con más de una mujer y que, en consecuencia, si ellos no se “protegen” sus parejas reconocidas socialmente – por matrimonio o por unión libre- resultan perjudicadas. ¿Cuáles serían los temas que se espera tratar en esa comunicación en pareja? ¿Cómo el hecho de abordarlos favorecería el cuidado de la salud sexual de ambos sexos?

Estos cuatro elementos deben ser retomados para entender las dinámicas de prevención primaria y secundaria a fin de vincularlas efectivamente con la propuesta de atención biomédica, reconociendo que están presentes factores de género que exacerban la vulnerabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual. En general, estos factores son: la tolerancia con la que la sociedad acepta la *promiscuidad* masculina, entendida como las prácticas sexuales que los varones sostienen con muchas parejas sexuales, ya sea de forma simultánea, ocasional o secuencial, incluyendo el sexo servicio —además de sin protección—, la asignación social de un valor mayor a lo masculino y el beneplácito social ante la pasividad y abnegación femenina (Herrera y Campero, 2002).

Consideraciones finales

¿Los avances biomédicos se reflejan en una mejor comprensión de la población de este estudio de la infección del VPH y el cáncer cervicouterino? ¿Esta comprensión se refleja en acciones de prevención oportuna?

La población que participo en este estudio sí tiene un conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y sobre el cáncer cervicouterino, aunque este conocimiento no coincida del todo con el conocimiento biomédico, lo cual nos alerta sobre la calidad de la eficacia de los programas de detección oportuna; no obstante, concordamos con Fajardo Ortiz (2012) quien señala como principal hallazgo de su estudio, centrado en la atención a las mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino, que no ocurre un proceso adecuado de traducción del conocimiento biomédico

Para el caso que nos ocupó en relación al conocimiento sobre la infección por VPH, se constató que, si bien la población identifica la infección por VPH como un asunto de transmisión sexual, no se logra establecer que dicha infección es la precursora de las lesiones cervicouterinas y cómo ésta puede llegar incluso a ocasionar lesiones cervicales y cáncer.

Las prácticas preventivas primarias que menciona la población giran en torno a las relaciones de pareja —mejorar comunicación y fidelidad—, así como asumir el discurso del autocuidado, esto es, hacerse la prueba del Papanicolaou aunque no se comprenda completamente su utilidad ni los procesos de la enfermedad.

Los avances en la medicina ginecológica y los servicios de salud pública destinados a la detección oportuna del cáncer cervical desde el enfoque biomédico, proponen un modelo de detección oportuna como el Papanicolaou. Por ese motivo continua siendo imprescindible construir un puente de comunicación entre las creencias populares de la prevención primaria y el modelo biológico lesional que explica la enfermedad, ya que los términos médicos que definen

las enfermedades no son muchas veces adecuados para lo que padecen las personas (Huicochea, 2009), es decir, que resulta frecuente que tanto los diagnósticos como los tratamientos médicos son alejados de las creencias sobre los orígenes y tratamientos que los legos utilizan (p.e. atribuir enfermedades al consumo de alimentos fríos o calientes, y que al mencionárselo al personal médico éstos se burlen de tales atribuciones, considerándolos producto de la ignorancia de él o la paciente).

Hemos constatado, al menos en este estudio, lo importante que es entender la infección del VPH en todas sus dimensiones, en específico en la dinámica social y cultural de las prácticas sexuales. De igual forma, las prácticas preventivas deben incluir a los varones en la información y su papel en la transmisión del virus (Reartes, 2005).

Se debe superar la visión de que la prevención secundaria a través de la citología del Papanicolaou es un logro médico, al cual los cuerpos femeninos sólo deben acudir, asumiendo que realizarse el Papanicolaou es una actitud de autocuidado que se espera y exige de ellas. Para que esto suceda e impacte como una práctica secundaria preventiva, el acceso a información adecuada y oportuna es un requisito indispensable para reducir la vulnerabilidad de enfermar entre la población, pero esta información debe estar contextualizada social y culturalmente, a fin de que se cumplan las metas y objetivos de los planes y programas de atención y detección del cáncer cervical. De ahí la relevancia de esta investigación, la cual se centra en los saberes y conocimientos de las mujeres y los hombres respecto al padecimiento y su vínculo con el ejercicio de la sexualidad.

Queda abierta a futuras investigaciones la indagación sobre la representación social de la vacuna del VPH entre la población, en vías de identificar dos aspectos relevantes: en primera instancia, cómo se está dando el proceso de traducción del conocimiento biomédico en torno a la aplicación de la vacuna; y, en segundo lugar, más importante aún, si esta medida puede

efectivamente tener impacto como medida de prevención entre la población o si, por el contrario, se perfila como una acción emergente ante la carencia de una adecuada educación sexual, afectiva y erótica en las nuevas generaciones, lo que implicaría confrontar atávicas posturas políticas, religiosas y culturales, pero permitiría dotar de mayores elementos a las personas para que asumieran con más autonomía las decisiones sobre su cuerpo, su salud y su vida.

Implica, a su vez, la necesidad de repensar cómo se están invirtiendo recursos en la atención de padecimientos como el VPH y el cáncer cervicouterino; si realmente el costo/beneficio de la vacuna es positivo para la población o para un sector farmacéutico; si lo invertido en inmunizaciones es similar a lo que se dispone para tratamientos de quienes ya han dado positivo en cáncer cervicouterino, incluidas todas las mujeres que viven en sectores como los del presente estudio, en el margen del margen.

Aunque muchos cuestionamientos no se han podido responder por las limitaciones de este estudio, hemos pretendido sentar precedentes sobre interrogantes que deben seguir siendo investigadas en pro de la salud de las poblaciones, actuales y futuras.

Bibliografía

- Aranda Gallegos, Patricia y María del Carmen Castro Vázquez (2008), “Para una epidemiología sociocultural en el estudio del cáncer cervicouterino: Experiencias de investigación”, en *Región y Sociedad*, vol. XX, núm. esp. 2, México: El Colegio de Sonora, pp. 93-126.
- Aranda Gallegos, Patricia (2010), *Los motivos de la “desidia”. Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino*, México: El Colegio de Sonora.
- Castro Vázquez, María del Carmen y Gilda Salazar Antunes (2001), *Elementos socioculturales en la detección del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora*, México: El Colegio de Sonora.

- Domínguez Arrevillaga, Sergio *et al.* (2011), “Frecuencia genotípica del virus del papiloma humano en población general de la frontera sur de México”, en *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, vol. 31, núm. 1, enero-marzo, pp. 6-10.
- Fajardo Ortiz, David Guillermo (2012), *Análisis de un proceso de traducción del conocimiento en salud: el caso del cáncer cervicouterino*, [tesis inédita de maestría], El Colegio de la Frontera Sur, México.
- Freyermuth Enciso, Graciela (coord.) (2011), *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del sector salud*, México: Instituto Nacional de las Mujeres/Ciesas-Sureste.
- Globocan (2008), *Fast Stats. México. IARC Section of Cancer Information*. <<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=484#WOMEN>> [14 de julio de 2013].
- Herrera, Cristina y Lourdes Campero (2002), “La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema”, en *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 6, pp. 554-564.
- Huicochea Gómez, Laura (2009), *Cuerpo, percepción y enfermedad: un análisis sobre enfermedades musculoesqueléticas en Maltrata, Veracruz*, México: Universidad Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Antropológicas/El Colegio de la Frontera Sur.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (s.f.), México en cifras. Información nacional por entidad federativa y municipios. México: INEGI. <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>> [15 de mayo de 2013].
- Lizano Soberón, Marcela, Adela Carrillo García y Adriana Contreras Paredes (2009), “Infección por virus del papiloma humano: epidemiología, historia natural y carcinogénesis”, en *Cancerología*, núm. 4, pp. 205-216.
- López Saavedra, Alejandro y Marcela Lizano Soberón (2006), “Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina”, en *Cancerología*, núm. 1, pp. 31-55.

- Luna Blanco, Mónica, Horacia Fajardo Santana y Georgina Sánchez Ramírez (2013), “Cáncer cervicouterino, ¿enfermedad femenina o feminización de la enfermedad?”, en Aurelia Flores Hernández y Adelina Espejel Rodríguez (coords.), *Género y desarrollo. Problemas de la población I*, México: Universidad Autónoma de Tlaxcala/El Colegio de la Frontera Sur/Colegio de Posgraduados en Ciencias Agrícolas/Universidad Autónoma de Nuevo León, pp. 89-114.
- Martínez Hernández, Ángel (2008), *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, España: Anthropos Editorial.
- Manso, M.I. *et al.* (2001), “Relación médico-paciente en oncología mamaria: aspectos psicosociales”, en Cristina Bernis Carro, María Rosario López Giménez, Consuelo Prado Martínez y Sebastián Herranz, Julia (eds.) *Salud y Género. La salud de la Mujer en el umbral del siglo XXI. XIII Jornadas de Investigación interdisciplinarias*, Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer/ Universidad Autónoma de Madrid, pp. 219-225
- Montoya Montoya, Gabriel Jaime (2007), “La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva”, en *Acta Bioethica*, vol. XIII, núm. 2, pp. 168-175.
- Ochoa Díaz, Héctor, Esmeralda García Parra y Rosario García Miranda (2007), “Previniendo el cáncer cervicouterino en áreas indígenas marginadas de Chiapas”, en *Ecofronteras*, núm. 32, pp. 22-26.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007), “México”, en *Salud en las Américas. Volúmen II. Países*. México: OPS.
- http://new.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=203:la-salud-en-las-americas-capitulo-mexico&catid=780:la-salud-de-mxico-en-cifras&Itemid=310 [14 de julio de 2013].
- Palacio Mejía, Lina Sofía (2008), *Significados y prácticas de las mujeres frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino a comienzos del siglo XXI: una visión desde la perspectiva de género*, [tesis inédita de doctorado], El Colegio de México, México.

- Palacio Mejía Lina Sofía, Eduardo Lazcano Ponce, Betania Allen Leigh y Mauricio Hernández Ávila (2009), “Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006”, en *Salud Pública de México*, vol. 51, núm. 2, pp. 208-219.
- Reartes Peñafiel, Diana Laura (2005). *La infección por el virus del papiloma humano (VPH) conflictividades, miedos y ambivalencia. Un estudio con parejas y médicos en un hospital de tercer nivel de atención en la ciudad de México*, [tesis inédita de doctorado], CIESAS, México.
- Sánchez Ramírez, Georgina, Luna Mónica Blanco y Pilar Vargas (2013), *Infección por virus de papiloma humano y prevención de cáncer cervical*, Aguascalientes, México: CENEJUS/ECOSUR/ECICH.
- Sánchez Alemán, Miguel Ángel, Felipe Uribe Salas y Carlos Conde González (2002), “La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual entre estudiantes universitarios”, en *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 5, pp. 442-447.
- Sebastián Herranz, Julia (2001), “Factores psicosociales en el cáncer de mama”, en Cristina Bernis Carro, María Rosario López Giménez, Consuelo Prado Martínez y Sebastián Herranz, Julia (eds.) *Salud y Género. La salud de la Mujer en el umbral del siglo XXI. XIII Jornadas de Investigación interdisciplinarias*, Madrid: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer/ Universidad Autónoma de Madrid, pp. 183-200.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. Diario Oficial [internet]. 2007 [citado 31 de mayo 2010]. Disponible en: http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/NOM014SSA2_31_de_mayo_2007.pdf
- Secretaría de Salud (SSA) (2008), *Programa de acción específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino*, México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
- Secretaría de Salud (SSA) (2010), Sistema Nacional de Información en Salud, base de datos: <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html> (consulta: 3 de febrero 2011)
- Secretaría de Salud del Gobierno Federal (2011a), *Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2009 y comparativo 2003-2009*, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Secretaría de Salud del Gobierno Federal (2011b), *Rendición de cuentas en salud 2010*, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Tirado Gómez, Laura Leticia *et al.* (2005), “Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas”, en *Salud Pública de México*, vol. 47, núm. 5, pp. 342-250.

Tobar Alas, Saúl David (1999), *Factores socioculturales y errores de operación que obstaculizan el programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino en la población femenina con vida sexual activa del paraje de Chiquinivalvó, municipio de Zinacantán, México*, [tesis inédita de licenciatura], Universidad Autónoma de Chiapas, México.

Turner, Bryan S. (1987), *Medical power and social knowledge*, Londres: Sage Publications.

Centro para el Control y la prevención de enfermedades (2007) Virus del Papiloma Humano: información sobre el VPH para los médicos. Transmisión, Prevención, Detección, Manejo Clínico. Centros

http://www.gsk-cancercervicouterino.com.mx/virus_del_papiloma.html, fecha de consulta, 18 de noviembre 2011

<http://www.todoloquepueda.com.mx/disease/todoloquepuedacommx/mx.html>, fecha de consulta, 18 de noviembre 2011

ⁱ En México están disponibles dos vacunas, Cervarix y Gardasil. La vacuna Cervarix —del laboratorio GlaxoSmithKline GSK—, sólo incluye los tipos 16 y 18, los más comunes causantes del cáncer cervicouterino. La vacuna Gardasil —de los laboratorios Merck Sharp & Dhome MSD— es tetravalente, incluye los tipos de VPH de bajo riesgo 6 y 11 y los tipos de alto riesgo 16 y 18.

ⁱⁱ Los talleres formaron parte del trabajo de campo de la investigación doctoral *Conocimientos y prácticas por virus del papiloma humano y su vínculo con el cáncer cervical en las ciudades de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas*.

ⁱⁱⁱ En la cédula de información se explicó que la información que era solicitada a los participantes sería de carácter confidencial y, si ellos estaban de acuerdo, se utilizaría para los fines de la investigación resguardando siempre la identidad de los sujetos. Se aclaró que podían continuar en todo el taller o retirarse si así lo deseaban.

^{iv} La información que fluye bajo esta metodología es de carácter colectivo y no pone en riesgo su integridad física o moral.

^v Se puso especial atención en señalar a las asistentes la formación de las encargadas de impartir el taller —una antropóloga y una médica citóloga—. Cuando surgían inquietudes sobre casos clínicos, se recomienda acudir a una cita médica ginecológica en el lugar de su preferencia, si estaban afiliadas a servicios de atención públicos.

^{vi} No se encontraron datos de mujeres entre 30 y 60 años.



San Cristóbal de Las Casas, Chiapas
10 de octubre de 2013

A QUIEN CORRESPONDA:

La dirección de la revista *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos* del Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, expide la presente **constancia de aceptación** del artículo titulado "**Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México**", de Mónica Adriana Luna-Blanco y Georgina Sánchez-Ramírez, para su publicación en el vol. XII, núm. 2, julio-diciembre de 2014.

LiminaR es una revista semestral de este Centro que busca difundir los resultados de investigaciones científicas realizadas preferentemente en el sur de México y Centroamérica; y contribuir al debate teórico de los problemas contemporáneos que atañen a las diversas sociedades de esta área. *LiminaR* está incluida en el Índice de Revistas Mexicanas de Investigación Científica y Tecnológica del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Se extiende la presente constancia para los fines legales que así convengan.

Atentamente,
"Por la cultura de mi raza"

Dra. Astrid Maribel Pinto Durán
Directora de la revista

Cop. Archivo

Capítulo 3.

“Los segmentos del cuerpo y sus padecimientos: un análisis preliminar de los procesos salud / enfermedad ligados al VPH y CaCu entre las parteras y promotores de salud de Chiapas”.

[Artículo enviado para ser sometido a arbitraje y publicación en la Revista Cuicuilco].

AUTORAS

Mónica Adriana Luna Blanco

Maestra en Antropología Social, ©Doctora en Ecología y Desarrollo Sustentable, El Colegio de la Frontera Sur. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Estudios de Antropología médica y género mluna@ecosur.mx

Dirección postal: Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n, Barrio de María Auxiliadora

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México

Georgina Sánchez Ramírez

Doctora en Sexualidad. Profesora Investigadora de El Colegio de la Frontera Sur. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Especialista en género y salud. Trabaja temas relacionados con las mujeres en la edad mediana, indicadores socio demográficos desde el enfoque de género, educación para la sexualidad plena y parteras.

gsanchez@ecosur.mx Dirección postal: Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n, Barrio de María Auxiliadora

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México

C.P 29290

Tel. (01 967) 6449 000 ext. 1507

Resumen

Con la finalidad de ampliar algunos puntos de la investigación en torno a la prevención y el conocimiento de la infección de Virus del Papiloma Humano y el cáncer cervical, en el 2012, se realizó un taller con 17 parteras y tres promotores de salud de algunos municipios de Chiapas. Se consideró el “cuerpo vivido” como punto de vista

metodológico, no como un objeto de estudio en sí. Tanto parteras como promotores de salud reconocen el Virus del papiloma humano desde el concepto biomédico y como enfermedad de transmisión sexual, sin embargo el impacto que este puede tener dentro de la salud de las mujeres no lo tienen dimensionado dentro de sus prácticas cotidianas, lo cual reta una vez más a los sistemas de salud pública, para ir más allá de la transmisión de conceptos biomédicos, en sectores de atención directa de la salud comunitaria como son las parteras y las y los promotores de salud.

Palabras clave: parteras, cuerpo vivido, Virus del Papiloma Humano, Cáncer Cervicouterino, Chiapas

Abstract

In order to expand some points of the research on the prevention and awareness of the human papillomavirus infection and cervical cancer in March 2012; a workshop was held with 17 midwives and 3 community health workers in the border area of Chiapas. It was considered the "lived body" as a methodological viewpoint, not as an object of study by itself. Both midwives and community health workers recognize the human papillomavirus (HPV) from its biomedical concept and as a sexually transmitted disease. However, they do not have measured in their daily activities the impact that the HPV may have in women's health. Therefore, this is the challenge for the public health systems, to go beyond the transmission of biomedical concepts to the people involved in the health care at their communities, such as midwives and community health workers.

Key words: midwives, lived body, human papillomavirus (HPV), Cervical Cancer, Chiapas

Introducción.

El enfoque teórico a partir del cual se desarrolla este trabajo es el de la antropología médica porque a partir de ella es posible trabajar el “cuerpo vivido” como un punto de vista metodológico, no como un objeto de estudio en si (Csordas, 2010). Para aterrizar esta perspectiva fue necesario conocer la visión del proceso salud / enfermedad /atención (p/s/e/a) a través de las imágenes corporales que parteras y promotores – con quienes trabajamos- elaboraron y explicaron, a partir de lo cual hubo un acercamiento al padecimiento de la infección de Virus del Papiloma Humano y el cáncer cervical a través de los conceptos, recursos y prácticas que manejan en torno a la salud sexual y reproductiva, así como su relación con el sistema médico oficial.

Planteamiento Teórico- metodológico.

Antropología médica

El enfoque teórico – metodológico de la antropología médica nos permite distinguir entre el estudio de la enfermedad desde el punto de vista biológico y la enfermedad analizada dentro de un sistema cultural específico

Las *Enfermedades* son las entidades nosológicas denominadas tradicionalmente por la clínica. Los signos y síntomas de la enfermedad son clasificados en categorías taxonómicas, en ellas hay una continuidad entre el agente causal, la lesión anatomopatológica y las manifestaciones clínicas.

Padecer, corresponde a la manera en que cada persona sufre las alteraciones de su salud, de acuerdo a su individualidad biológica, psicológica y sociocultural. Es una experiencia personal y subjetiva de un conjunto de molestias, inquietudes, dolores,

sufrimientos, limitaciones, temores, incapacidades y dudas por las cuales una persona consulta al personal médico [Huicochea, 2009].

Los conocimientos médicos de las culturas están organizados en sistemas de acuerdo a sus cosmovisiones, y a partir de ahí es que surgen definiciones de salud y enfermedad. Su estructura es identificable y más o menos generalizadora en los aspectos de: tecnologías, actores sociales – entre los que reconocemos en este caso de estudio, a las parteras y promotores de salud-, representaciones y prácticas sociales.

Cada cultura cuenta con sus medicamentos y procedimientos, *healers* o curadores/ especialistas, así como sentidos y significados en concordancia que dan sentido al sistema en sí, y que además provee al individuo de un marco de acción en pro de la sanción y / o aceptación de la enfermedad y eventos trágicos como la muerte. Nos apoyamos en Menéndez, quien define como Modelo Médico aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la construcción de los mismos no solo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de quienes curan, incluidos los médicos y médicas, sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento [Menéndez, 1983].

Los modelos de atención se centran en las representaciones y las prácticas que las personas y los grupos sociales utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud, sin la intervención directa de un curador o curadora profesional [Menéndez, 2003].

Considerando lo anterior se reconoce que, ya que el contraer una enfermedad infecciosa depende de la interacción entre lo biológico y lo socioeconómico, el hecho de *padecer* la enfermedad tiene una base mucho más cultural. En el caso del cáncer cervical, se da una interacción entre la biología y las influencias sociales y culturales que exacerban la vulnerabilidad de enfermar entre la población.

Así, aunque la prevención del cáncer cervicouterino sea una certeza biomédica, no es totalmente prevenible en la medida que implica conformidad y adherencia de las personas a las medidas biomédicas –tanto de prevención como de atención- que se deben tomar. Esto apunta a una posible explicación del por qué se da la presencia diferenciada del cáncer cervicouterino entre ambientes rurales, indígenas, marginales, urbanos, lo que refiere a las diferencias culturales entre los grupos de población que implican modos de entender la salud, la enfermedad y su atención, en muchos casos con visiones alternas a la lógica de la biomedicina, respaldados en concepciones y sistemas culturales específicos sobre el origen de la enfermedad.

Para explicar las dinámicas culturales de la infección del virus del papiloma humano (VPH) y su correlación en el desarrollo del cáncer cervicouterino (CaCu) como enfermedad, nos apoyamos en la antropología médica desde donde se ha establecido que la salud/enfermedad de una persona, no tiene relación unívoca con alteraciones biológicas, químicas o por agentes patógenos, ya que está también influenciada por los factores culturales que le rodean.

Sobre el cuerpo.

En los años treinta, con Mauss [1936] y su trabajo sobre las técnicas del cuerpo, comenzaron los estudios sobre el cuerpo como un objeto que es *moldeado* por la

cultura. Es en las décadas de los años setentas y ochentas, se fija la atención al cuerpo y se integra su análisis en los estudios antropológicos. Esta corriente se nutre de estudios culturales interdisciplinarios que problematizan el positivismo científico hegemónico que sobre el cuerpo se ha instaurado, visto y entendido como un objeto que pertenece al ámbito natural, separado de la razón o del alma. Se ha buscado su dominio y control, clasificando, justificando e incluso condenando algunos de sus impulsos y manifestaciones. Desde esta visión, el cuerpo se integra a esa lista de dualismos: naturaleza / cultura; cuerpo / mente; pasión / razón; femenino / masculino. Lo cual ha traído como resultado, al menos en el ámbito de la salud, un enfoque cartesiano y mecánico del cuerpo, desconociendo o relegando otras posibilidades de integralidad de la persona consigo misma, con su cuerpo, con sus emociones, sensaciones y con los modos alternativos de vincularse con el mundo, incluyendo los procesos de salud y sanación.

Surgieron estudios en las ciencias sociales que se preocuparon por develar las diversas manifestaciones de los cuerpos en la vida sociocultural, los estudios antropológicos del cuerpo y del embodiment dan cuenta de ello.

Autores – sociólogos y antropólogos- Foucault [1980, 1986], Mary Douglas [1973], Leenhardt [1979], Margarte Locke y Shepper-Hughes [1987], Merleau-Ponty [1962, 1964], Viveiros de Castro [2000], Ingold [2010] entre otros, han analizado y demostrado las variadas representaciones que históricamente y en diversos lugares se han conformado en torno al cuerpo, o mejor dicho, a los cuerpos, evidenciando que no son un patrón biológico único, que cada grupo cultural genera sus representaciones, significaciones y valoraciones de acuerdo a los sistemas de pensamiento y

organización sociocultural en las cuales se construyen gestos, emociones, expresiones y modos de percepción sensorial.

Se elaboran técnicas de movimiento corporal, de sanación, de modificación y acción. Se ejerce poder – el biopoder que señala Foucault- sobre los propios cuerpos y sobre los de los demás individuos. Se elaboran también, a partir de las diferencias sexuales, escalas de organización social, política, económica que impactan en las vidas de las personas.

En los estudios de antropología sobre el cuerpo, éste ha sido abordado desde dos perspectivas generales: por una parte, el cuerpo entendido como una entidad biológica material sobre la cual opera la cultura, como un objeto de estudio específico, con un análisis que continuaba reforzando la visión dualista naturaleza (cuerpo) /cultura (mente); y por otra parte, desde la fenomenología se propone la categoría de *embodiment* (corporización), desde donde el cuerpo es entendido como un sustrato existencial de la cultura, como un sujeto que es “necesario para ser”. La fenomenología del cuerpo reconoce el *embodiment* (corporización) como la condición existencial en la cual se asientan la cultura y la persona, como ser-en-el-mundo. De tal forma que esta perspectiva considera al cuerpo como un campo metodológico indeterminado definido por experiencias perceptuales y por el modo de presencia y compromiso con el mundo [Csordas, 2010:83-84].

¿Por qué tomar esta perspectiva para el análisis de las imágenes corporales que elaboraron las parteras y los promotores de salud? ¿Qué aportes novedosos al problema de investigación pueden ser resueltos desde este campo metodológico?

¿Cuáles son los elementos culturales perceptibles sobre la sexualidad en esas figuras y qué tipo de experiencias de la salud/enfermedad se concretan en ellas?

Partimos de reconocer que es sobre los cuerpos físicos, emocionales y espirituales de las personas, los espacios donde se asientan la salud, la enfermedad y los padecimientos. Para Csordas, el *embodiment* es un campo metodológico definido por la experiencia perceptual, un ser- en el mundo, esto es, como un proceso que toma significado dentro / en sobre el cuerpo [Csordas, 1994:20]. Esta perspectiva reconoce a los cuerpos que nacen históricamente constituidos y comunitariamente ligados a otros. De tal forma que el cuerpo no puede ser estudiado como un objeto de la cultura, sino que es un sujeto de la misma, es decir, la raíz existencial de la misma [Ibíd: 6].

Aguilar Ríos lo expone de la siguiente manera: “corporeizarse es una forma de conocimiento que surge de la experiencia, la cual siempre es intersubjetiva, construida en relación con otros y secundada por el lenguaje en un proceso societal” [Aguilar Ríos, 2009:10].

Metodológica y teóricamente, reconocemos entonces que no hay cuerpos pasivos, ni los de las parteras y promotores o promotoras, ni tampoco los cuerpos que son objeto de su práctica médica incluso aquellos cuerpos que representan en forma esquemática nos muestran señales, síntomas, comportamientos y sensaciones, todos ellos acordes a una realidad que es socialmente establecida.

Otro elemento metodológico que nos permite el *embodiment* es reconocer las capacidades de agencia que tienen las personas sobre sus cuerpos y los procesos que en ellos se manifiestan, en el caso de las parteras y promotores de salud, al dibujar esos esquemas corporales, se hacen visibles procesos subjetivos que están actuando

sobre la salud – enfermedad, y al visibilizarlos se logra lo que Mora plantea como un proceso de objetivación conceptual:

...al entender el *embodiment* como la conjunción de la mente y el cuerpo, podemos reconocer que las prácticas corporeizadas – *embodied*- se llevan a cabo por agentes que pueden producir una objetivación conceptual sobre esas prácticas... el *embodiment* siempre deja abierta la posibilidad para la auto reflexión y para comprender las implicaciones de las posibilidades de agencia (capacidad de acción)... [Mora, 2009:20].

Parteras

En Chiapas, las figuras que en mayor medida se encargan de atender y mejorar la salud de las mujeres, siguen siendo las parteras y las y los promotores de salud comunitaria. Su trabajo abarca el cuidado oportuno y apropiado de los procesos reproductivos, así como la atención femenina durante todo su ciclo vital [Moreno, Sánchez y Pérez, 2011].

Las parteras son consideradas especialistas en la medicina tradicional cuya función primordial es la atención del embarazo y parto, así como de proporcionar asistencia a la mujer y a la criatura recién nacida durante el puerperio. Se ha establecido una distinción entre parteras empíricas (sin estudios formales) y las parteras capacitadas (quienes poseen el doble conocimiento, el tradicional y el médico académico).

En la bibliografía revisada sobre la partería se enfatiza su rol preponderante en las etapas reproductivas de las mujeres. No obstante, los conocimientos y prácticas de las parteras han sido objeto del control de los médicos varones. Se buscó relegar su rol únicamente a atender los nacimientos, siendo alentadas a dejar en manos de los

médicos profesionales aquellos partos que venían con problemas [V. Turner B., 1995 y Carrillo A., 1999].

En la historia de la práctica de la partería, cabe mencionar que se han reconocido dos tipos de parteras, las urbanas y las rurales. Shorter [1983, citado en Turner, 1995:90] proporciona esta distinción, identificando que para el año de 1750 en Inglaterra las parteras urbanas estaban probablemente mejor equipadas que los médicos varones para dar una atención a las mujeres, esto en términos de conocimientos valiosos en torno al periodo de alumbramiento.

Numerosos esfuerzos se han realizado en su incorporación a programas del sistema de salud oficial como agentes primordiales a considerar en la disminución de la mortalidad materna, ya que son ellas quienes pueden identificar los posibles riesgos prenatales así como las complicaciones en el parto y puerperio [Romero, Castañeada et. al. 1993; Hincapié y Valencia, 2000; Freyermuth y Arguello, 2010].

Sin embargo, su rol terapéutico no se circunscribe únicamente a la etapa del embarazo y puerperio. Como poseedoras de los conocimientos de salud y enfermedad de sus comunidades, son buscadas también para atender otros padecimientos, vinculados a la salud sexual, así como aspectos de salud de los demás integrantes de la familia. En muchas comunidades esta actividad les otorga un estatus específico, desde donde pueden llegar en ocasiones a incidir en las relaciones sociales comunitarias.

En su estudio sobre parteras en la zona otomí del estado de Querétaro, Romero [2012] identifica a las parteras de esa zona como las depositarias para mantener el sistema de creencias y conceptos respecto a la salud/ enfermedad, además al ser ellas quienes fomentan los métodos anticonceptivos, resultando ser un elemento clave en el

empoderamiento de las mujeres de sus comunidades. Otra acción que realizan estas parteras es la de denuncia pública cuando observan que una mujer es víctima de violencia intrafamiliar.

En Chiapas, las parteras si bien tienen un amplio conocimiento sobre la reproducción humana, el manejo de técnicas de atención al parto culturalmente significativas y sobre herbolaria, que hace que en sus pueblos y parajes tengan cierto poder, **siguen no obstante** sin tener aún un reconocimiento amplio de su trabajo [Moreno, Sánchez y Pérez, 2011]. Ser mujer partera o promotora: “significa tener un cargo comunitario, es ser responsables de la salud de las mujeres y de luchar por mejorar la vida de éstas y las de sus hijas e hijos. También es conocer la situación de salud en nuestras comunidades” [Ibíd.: 15].

Chiapas tiene uno de los promedios más bajos de atención de partos por personal médico [Nazar et. Al.2007], esto es atribuible, entre otras cosas, a que la infraestructura médica resulta aún ineficiente para parajes y comunidades alejadas, y donde prevalece entre la población urbana la búsqueda de atención médica a través de la medicina tradicional. Ejemplo de esto, en la región Frailesca del estado, el lugar que ocupan las parteras en la resolución de los procesos de parto es alto, 7 de cada 10 partos ocurren en la casa de la mujer o de la partera. Uno de cada 4, en una institución pública [Ochoa Díaz et. al.1998]. En la Sierra de Chiapas sucede de forma similar, ya que en las zonas rurales de la sierra no existen centros sanitarios especializados en la salud reproductiva y sexual de la mujer, así que lo normal es que los partos sean atendidos por parteras, quienes suelen trabajar por su cuenta, independientemente de las instituciones médicas [Bayona, 2011].

Cabe mencionar que el sector salud ha incorporado a cierto número de parteras para capacitarlas, ya que se considera que éstas pueden llegar a realizar prácticas inadecuadas en el manejo de los partos, lo cual resulta discutible. Esto ha traído como resultado que en no pocos casos las parteras y promotores de salud reaccionen con miedo ante la atención de casos complicados, ya que este discurso médico oficial traen (de la medicina defensiva) como consecuencia que duden de sus propios conocimientos y experiencias.

Reconociendo las habilidades, los saberes y el lugar privilegiado que ocupan las parteras y promotores de salud en torno a la salud reproductiva y sexual de la población que atienden, es que nos avocamos a identificar entre ese entramado de prácticas y conocimientos, aquellos que se relacionan con las infecciones de transmisión sexual – en este caso, la infección por virus del papiloma humano, y el cáncer cervicouterino.

Metodología.

Elegimos la modalidad de taller considerando que es un espacio de trabajo donde se genera el conocimiento colectivo, se intercambian ideas y se facilita en la población la reflexión sobre la problemática analizada, de tal forma que el conocimiento se genera recíprocamente. En su desarrollo se buscó el diálogo, la participación, la cooperación y la búsqueda conjunta de soluciones o propuestas encaminadas a mejorar los problemas que ahí se identificaron.

Se realizó una carta descriptiva la cual contenía los siguientes temas para trabajar: elaborar una reflexión en torno a la construcción social de los géneros y su impacto diferencial en la salud de hombres y mujeres; aportando información médica hacia la

población sobre el VPH y la utilidad de la prueba del Papanicolaou; captación de los saberes de parteras y promotores y promotoras de salud en torno a las infecciones de transmisión sexual, haciendo énfasis en el virus del papiloma humano; e identificación de las situaciones de vulnerabilidad y de oportunidades para la prevención de dicho padecimiento.

Los y las asistentes fueron convocados de manera personal, buscadas en sus comunidades por medio de un integrante del equipo de trabajo (personal técnico de El Colegio de la Frontera Sur) una integrante del grupo de promotoras de la Red de Parteras de la organización Marie Stopes Chiapas. Acudieron tres varones – promotores de salud- y 17 mujeres parteras.

El taller de ocho horas de duración se llevó a cabo en el mes de febrero del 2012, en un salón del Museo Hermila Domínguez de Castellanos. Se desarrollaron actividades en equipos y de forma individual. Los y las participantes expusieron y explicaron sus trabajos en papelógrafos. Se construyeron y se reunieron los materiales que se utilizaron como: modelos pélvicos, úteros de plastilina, cartulinas, hojas de colores, marcadores, tijeras, pegamento. La información se recabó en los materiales del taller, en un diario de campo, fotografías y grabaciones de audio, con previo consentimiento de las y los participantes.

Se dividió a los asistentes al taller en cuatro equipos, se les pidió a dos equipos que dibujaran el cuerpo de una mujer y a dos equipos que dibujaran el cuerpo de un hombre, sobre estas figuras se les animó a escribir las enfermedades que son más frecuentes en sus comunidades.

Debido a la diversidad de los asistentes, elegimos de forma metodológica unificarlos bajo el criterio de identificación que ellos y ellas dieron: parteras y promotores y promotoras de salud.

Parteras y promotores: cuerpos dibujando cuerpos.

Fue un grupo heterogéneo, con edades desde los 26 hasta los 54 años. Sólo dos parteras sin escolaridad; el resto tenía algún grado de primaria o carrera técnica en salud. Sus actividades cotidianas abarcaban los trabajos domésticos y los trabajos de cultivo en el campo; en torno a sus prácticas de atención a la salud algunas afirmaron ser además de parteras, hueseras y dar terapias a las personas que solicitan sus servicios. Provenían de municipios diversos del estado de Chiapas como Villa Flores, Coita, Comitán, Frontera Comalapa, Tila, Trinitaria, Nuevo Huixtan, Las Margaritas, y de una comunidad fronteriza guatemalteca. Habitaban en lugares rurales y urbanos; eran mestizas e indígenas.

Sobre el examen del Papanicolaou, explicaron que éste sirve para detectar enfermedades que tiene la mujer, entre ellas: el cáncer en la matriz, infecciones de transmisión sexual, cambios en el útero, infecciones vaginales (la clase o tipo de infección que se tiene). Solo dos de ellas saben realizar la citología, y solo una, Clara, quien es técnica en salud y trabaja en una Clínica de salud en Frontera Comalapa, sabe interpretar los resultados del estudio.

Participaron de manera entusiasta, y en ocasiones, cuando se abordó el tema de la sexualidad, pidieron que se cerrara la puerta que daba al pasillo y donde enfrente estaba el escritorio del vigilante del museo, ya que no querían que éste escuchara sus

opiniones y experiencias. Cuando se abordaron temas de sexualidad, y en la elaboración de las imágenes corporales, no faltaron bromas, risas y picardía entre los integrantes de los equipos.

Se les preguntó si saben o conocen lo que es la infección por VPH, las opiniones estuvieron divididas entre el sí y el no, solo un participante dijo que eran “infecciones”. Así mismo, se indagó sobre su conocimiento de la prevención de una Infección de VPH. Las respuestas fueron divididas, y se enfocan entre tener relaciones (sexuales) con una sola pareja, el uso del preservativo (masculino), por medio de “estudios” y escuchando pláticas de prevención.

¿Por qué resulta tan escaso su discurso en torno a la infección por VPH y el cáncer cervicouterino? Si nos adentrarnos en la conformación del cuerpo masculino y femenino tendremos más elementos para comprender el sistema salud / enfermedad que comparten las parteras y los promotores de salud de esta región de Chiapas.

En las representaciones sobre los cuerpos que realizaron, tres cuerpos fueron dibujados desnudos y un cuerpo masculino semidesnudo (solo con una camisa); el cuerpo de una mujer no contiene una identificación sexual (no se dibujaron genitales ni senos); contrastando ampliamente otro cuerpo femenino si estaba representado con senos, pezones y vulva. En las representaciones de los cuerpos masculinos el área genital está representada de manera clara, uno de los cuerpos muestra además órganos internos como pulmones e intestinos. Hay otros elementos que resaltan en las imágenes (que se anexan en el documento), como el dibujo de un reloj en la mano de un cuerpo masculino, el tipo de cabello, colores usados como el rojo para las uñas en

un cuerpo masculino. Solo un rostro es ampliamente detallado, tres de las imágenes tienen ombligo y solo una imagen tiene los pies completos. En el cuadro 1 podemos observar las partes del cuerpo que se mencionan con sus enfermedades y/o padecimientos.

Cuadro 1. Partes del cuerpo con sus padecimientos y enfermedades

Parte del Cuerpo	Mujeres	Hombres
Cabeza	"nos da"... dolor por los hijos, por lo económico, por pensar mucho, por enojo	Dolor por preocupación del trabajo /estrés
Brazos	Me duele por lavar mucha ropa	Diabetes / hipertensión
Manos		Heridas punzocortantes
Pulmones		Tabaquismo
Senos	Dolor, bolitas en el pecho, dolor por la caída de la menstruación	
Estómago	Nervios, preocupaciones, estrés y depresión. Infección intestinal	Alcoholismo, gastritis, colitis, cirrosis
Intestinos		Parásitos
Cintura		Dolor
Genitales externos	Vagina, infecciones de transmisión sexual, por eso del VPH	"se enferman también" próstata, VPH, ITS "enferman porque son viciosos por las mujeres"
Genitales internos	Ovarios: dolor por inflamación, por nuestra menstruación. Matriz: <i>las mujeres nos enfermamos</i> de la matriz por alzar (sic) cosas pesadas, por un parto mal atendido Ventre: <i>me duele</i> por la menstruación, por tener muchos hijos muy seguido	
Rodillas		Ácido úrico
Articulaciones	[Y piernas] por exceso de trabajo, trabajo todo el día en la cocina. Se hinchan en cada embarazo, hay varices y mucho cansancio	Dolor
Columna		"nos enfermamos por exceso de trabajo", dolor por tanto cargar
Huesos		Dolor

Vías urinarias		Infección
----------------	--	-----------

Fuente: Elaboración propia a partir de los esquemas corporales realizados en el taller, Febrero 2012.

Discusión.

Las representaciones corporales que se obtuvieron con esta actividad nos muestran que no estamos ante cuerpos inertes, ni pasivos, ni estáticos, ¿se puede hablar entonces de cuerpos segmentados?

Parteras y promotores de salud poseen una visión del cuerpo fragmentada, el cuerpo tiene segmentos internos y externos que enferman de acuerdo a la función sociocultural que realizan o que les está permitido o se fomenta realizar. Por ejemplo, los varones tienen más dolor en cintura y brazos por las actividades de trabajo del campo que se considera “más pesado” que el trabajo de las mujeres, sin embargo, las mujeres tienen padecimientos por los roles establecidos como la maternidad y el cuidado de la casa, además del cuidado de huertos de traspatio y cría de animales para el autoconsumo.

Las enfermedades “pertenecen” al segmento corporal que lo manifiesta – más allá de que esa manifestación concuerde con una explicación biomédica. Señalan en los cuerpos masculinos la enfermedad de la presión y diabetes en los brazos, ya que es ahí donde se toma la presión. No se asimila a cuestiones metabólicas o relacionadas con consumo alimenticio.

Los padecimientos expresados en los fenómenos corporales reflejan estructuras de género, donde el lenguaje con el que se describen es más explicativo cuando se trata de los cuerpos femeninos, incluyen frases de reconocimiento: “me duele”, “a nosotras

las mujeres”; no así con los cuerpos masculinos, donde enfermedades y padecimientos son escritos de forma más concreta, y solo un comentario atañe a un elemento cultural de permisión/ control sobre la sexualidad masculina: “ enferman [ellos] porque son viciosos con las mujeres.

Estas representaciones nos aportan una visión general compartida sobre la etiología de la enfermedad, la cual se conjuga en tres cuestiones: biológicas reproductivas – en el caso de las mujeres-; de índole emocional – para ambos sexos el estrés, las preocupaciones por lo económico y la familia-; y social, de acuerdo a los trabajos y actividades que desempeñan de acuerdo a sus roles de género. Aquí, además, se conjuga la dimensión socioeconómica, que lamentablemente conlleva una normalización de la presencia de enfermedades en los cuerpos masculinos y femeninos. En su trabajo en la sierra de Chiapas, Bayona lo explica como que el efecto de las condiciones socioeconómicas adversas entre la población genera que

la socialización a través de la enfermedad implica que los padecimientos reiterativos terminan por convertirse en algo normal y cotidiano dentro de la dinámica familiar y la enfermedad se naturaliza como una característica más de los riesgos que comporta la vida diaria [Bayona, 2011:98].

En las figuras de los cuerpos podemos identificar además la presencia de sensaciones corporales que se asocian a la enfermedad. Alonso plantea que esta dimensión emocional de la enfermedad se revela como central en la experiencia del padecimiento, y además, es un elemento clave desde la perspectiva del embodiment ya que este abordaje permite cuestionar la forma en que la epistemología de la biomedicina categoriza y trata los padecimientos, reduciendo el fenómeno del sufrimiento a la interrogación sobre el cuerpo biológico [Alonso, 2009:107].

Reflexiones finales.

Lo aquí presentado es aun de carácter preliminar, la sistematización de la información que se plasmó en los dibujos corporales y una primera interpretación de la enfermedad y padecimientos que ahí se exponen son en realidad el inicio de un ejercicio de comprensión mucho más profunda, si se quiere explicar esos seres-en-el-mundo que dejan de ser anónimos y se vuelven notorios ante los hechos que los impactan [Schiavoni y Fretes, 2010] como la enfermedad y el padecimiento.

¿Cuál es la visión del cuerpo que subyace en estas parteras? La evidencia sugiere que se trata de un cuerpo fragmentado, sexuado, físico y emocional. Ahora bien, ¿esta visión del cuerpo nos permite comprender cuáles son los procesos a los cuales prestan atención somática (Csordas, 2010) y, cómo se objetivan en sus cuerpos? Para dar respuestas más profundas a estas interrogantes es preciso realizar una reflexión profunda sobre la metodología sobre la cual se obtuvieron los resultados, reconociendo que no se facilitó otra construcción o representación de los cuerpos; tampoco se ha hecho una relación entre esos cuerpos dibujados y cómo se identifican con ellos parteras y promotores: ¿esos cuerpos son suyos o son los cuerpos que ellos ven y atienden, o son los mismos? Se debe profundizar en las formas alternas que ellos y ellas tienen para la representación del cuerpo.

Se obtuvieron datos sobre enfermedades de transmisión sexual que reconocen y atienden, el hecho de que en este texto no se mencionen o aparezcan otras menciones de la salud, de la enfermedad y la atención que atañan a fuerzas de la naturaleza que intervienen en este proceso, no implica que parteras y promotoras no los posean, sino

que la metodología no se diseñó ex profeso para identificar la manifestación de esos conceptos propios del grupo de trabajo, como podrían ser la relación del cuerpo con el entorno natural en el cual habitan y desde donde se pueden originar enfermedades y alternativas de curación.

A la luz de estos resultados se identifica que la falta de eficacia en el programa de Detección oportuna del cáncer cervicouterino radica en parte en esa disyuntiva donde convergen sistemas de representación y concepciones diferentes de la salud, la enfermedad y la atención, ya que no hay experiencias uniformes y se tienen diferentes niveles de saberes y conocimientos en la relación enfermedad biomédica/ padecimiento cultural.

En los saberes populares de parteras y promotores no está arraigado el cáncer cervicouterino de una forma biomédica que facilite las prácticas de prevención que requiere el programa.

Está documentado cómo en la ruta de atención a la salud / enfermedad, cuando las enfermedades y padecimientos son considerados leves, se recurre a recursos de atención dentro de la colonia o comunidad, por el contrario, cuando es considerado una enfermedad grave entonces se busca acudir a servicios especializados, los cuales generalmente se localizan fuera del contexto comunitario [Tibaduiza, Sánchez y Eroza, 2011].

Reconocemos el rol que juegan las parteras en la atención y cuidado de la salud reproductiva y sexual en la población femenina sobre todo en aquellos contextos donde el acceso a los servicios médicos institucionales es limitado, derivado de contextos de

inaccesibilidad física o cultural, y sistemas de salud diferenciados, entre otras, ocasionando que el Programa de Prevención oportuna no tenga el impacto suficiente para la prevención ni de la infección por VPH ni de la enfermedad del cáncer cervicouterino.

Finalmente, cabe señalar que tanto parteras como promotores de salud reconocen el Virus del papiloma humano desde el concepto biomédico y como enfermedad de transmisión sexual, sin embargo el impacto que éste puede tener dentro de la salud de las mujeres no lo tienen dimensionado dentro de sus prácticas profesionales de salud cotidianas, lo cual genera una vez más el reto a los sistemas de salud pública de ir más allá de la transmisión de conceptos biomédicos, sino reconociendo las dinámicas propias en las cuales la salud y enfermedad son corporizadas entre la población.

Bibliografía.

Aguilar Ros, Alejandra.

2009. "Cuerpos múltiples: añoranzas naturalistas y dispersión de significados". *Desacatos*, núm. Mayo-Agosto, pp. 7-12.

Alonso, Juan Pedro.

2009. "El cuerpo hipervigilado: incertidumbre y corporalidad en la experiencia de la enfermedad en Cuidados Paliativos". *Cuadernos de Antropología Social*, núm. Sin mes, pp. 103-120.

Bayona Escat, Eugenia.

2011. "Enfermedad y pobreza en la Sierra de Chiapas". *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, núm. Diciembre-Sin mes, pp. 93-115.

Carrillo, Ana.

1999 "Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México"
DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus, 19, 167-190.

Csordas, Thomas

2010 "Modos somáticos de atención". En Citro, Silvia, *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*, Buenos Aires, Biblos Culturalia, pp. 83-104

1994. *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge University Press New York, New York

-
- Douglas, Mary.
1973, *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Trad. Edison Simons, Madrid, Siglo Veintiuno de España.
- Foucault, Michel
1980, *The history of sexuality. Vol. I: An introduction*. Nueva York, Vintage.
- 1986, *The Care of the self. The history of sexuality*. Volumen III. Nueva York, Vintage.
- Freyermuth Enciso, Graciela; Argüello Avendaño, Hilda E.
2010. "La muerte prematura de mujeres en los Altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia". *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, núm. Diciembre-Mayo, pp. 181-216.
- Hincapié, Elizabeth; Valencia, Claudia Patricia.
2000. "Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía, Colombia". *Colombia Médica*, núm. pp. 11-15.
- Huicochea, Laura
2009. *Cuerpo, percepción y enfermedad: un análisis sobre enfermedades músculo esqueléticas en Maltrata, Veracruz*. México, UNAM, Ecosur.
- Ingold, Tim
2000 *The perception of the environment: Essays on Livelihood, dwelling and skill*, London, Routledge.
- Kleinman, Arthur
1980 Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. University of California, Los Ángeles, California.
- Leenhardt, Maurice
1997. *Do Kamo: La persona y el mito en el mundo melanesio*. México, 1a edición, Paidós.
- Merleau-Ponty, Maurice
1970, *Lo visible y lo invisible: seguido de notas de trabajo*. Barcelona, Editorial Seix Barral.
- Menéndez, Eduardo
1983 Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en Salud. México D.F., Cuadernos de la Casa Chata, Ciesas.
2003 Modelos de Atención a los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Saude Coletiva*, vol.8 (1) pp.185-207.
- Mora, Ana Sabrina.

2009. "EL CUERPO INVESTIGADOR, EL CUERPO INVESTIGADO. Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio". *Revista Colombiana de Antropología*, núm. Enero-Junio, pp. 11-37.

Moreno, Martha; Sánchez, Georgina, Pérez, Verónica.
2011. *Parteras en Chiapas, un mar de conocimientos*. Chiapas, México, ECOSUR.

Nazar-Beutelspacher, Austreberta; Salvatierra-Izaba, Benito et. Al.
2007. "Atención del parto, migración rural-urbana y políticas públicas de salud reproductiva en población indígena de Chiapas". *Ra Ximhai*, núm. septiembre-diciembre, pp. 763-779.

Ochoa Díaz, Héctor; Navarro, Albert; Martín, Miguel et. Al. Sánchez
1998 "La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende?". *Salud Pública de México*, núm. noviembre-diciembre, pp. 494-502.

Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino (2007) Diario Oficial, 31 de mayo. México. [en Línea] Disponible en:

http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/NOM014SSA2_31_de_mayo_2007.pdf

Scheper-Hughes, N. and Lock, M. M.
1987, *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. *Medical Anthropology Quarterly*, 1: 6–41.

Romero, Xóchitl; Castañeda, Xóchitl; García, Cecilia; González, Dolores; Langer, Ana.
1993. "Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo", *Salud Pública de México*, núm. enero-febrero, pp. 74-84.

Romero Zepeda, Jorge Adán.
2012. "Promoción del empoderamiento de género en la población indígena en Querétaro, México, a través de la difusión de la salud reproductiva por parte de las parteras". *Estudios Sociales*, núm. Julio-Diciembre, pp. 292-312.

Schiavoni, Lidia; Fretes, Lucia.
2010 *Cuerpos innombrables y cuerpos nominados. Perspectivas e las usuarias y del equipo de salud en el programa de salud reproductiva y procreación responsable*. En Citro, Silvia *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*, Buenos Aires, Biblos Culturalia, pp. 171-187.

Tibaduiza, Yudy; Sánchez, Georgina; Eroza, Enrique.

2011. "¿Y a mi quien me cura? Los y las terapeutas de la salud en la zona norte de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México" en *Boletín de Antropología*, 25 (42):84-101.

Turner, Bryan S.

1995 *Medical Power and social knowledge*. London, Sage Publications, 273p.

Viveiros de Castro, Eduardo

2010 *Metafísicas caníbales. Líneas de antropología postestructural*, Buenos Aires Katz Editores.

CONSTANCIA

México, D. F. a 5 de agosto de 2013

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente le informo a usted que hemos recibido el artículo intitulado "Los segmentos del cuerpo y sus padecimientos: un análisis preliminar de los procesos salud / enfermedad ligados al VPH y CaCu entre las parteras y promotores de salud de Chiapas", de **Mónica Adriana Luna Blanco y Georgina Sánchez Ramírez**, para su posible publicación.

Sin otro particular, se extiende esta constancia para los fines que las interesadas consideren convenientes.

ATENTAMENTE



SEP
ESQUELA NACIONAL DE ANTHROPOLOGIA
E HISTORIA

DRA. MARÍA DE LA PALOMA ESCALANTE *Cuicuilco*
EDITORA DE LA REVISTA CUICUILCO
E.N.A.H.

Capítulo 4.

La prevención de la infección por VPH y el cáncer cervicouterino desde el enfoque biomédico.

La detección oportuna a través del estudio citológico del Papanicolaou resulta elemental para la correcta identificación de la presencia de la infección por virus del papiloma humano, de las lesiones precursoras del cáncer cervical y del cáncer in situ. De ahí que la información que maneja y proporciona la Secretaría de Salud (SSA) a través del sector médico hacia la población sea un eje primordial en la prevención de la enfermedad.

En el marco de la investigación doctoral se planteó como un objetivo identificar el conocimiento que sobre el problema de la transmisión y desarrollo de la enfermedad tiene el personal médico, así como identificar la concordancia entre ese conocimiento y el establecido en las normas y manuales para la operación de programas de la Secretaría de salud y del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en torno al cáncer cervicouterino y el Virus del Papiloma Humano en México.

La información del personal médico fue obtenida mediante la aplicación de una cédula a los y las asistentes del Simposio sobre Virus del Papiloma humano y cáncer cervicouterino, organizado ex profeso por El Colegio de la Frontera Sur y la Secretaría de Salud del estado de Chiapas en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, durante el mes de abril de 2012.

Son médicos especialistas, enfermeras y médicos generales que están en contacto con la población en los espacios de salud pública y privada del estado de Chiapas a quienes se les entregó una cédula pequeña solicitando sus datos generales y preguntas sobre su percepción en torno a la prevención de la infección por VPH y CaCu.

Se elaboró una base de datos en el programa Access con los datos extraídos de las cédulas de información, por medio de las cuales se pretendía identificar -desde el punto de vista médico- cuáles son los elementos que debería integrar la población como medidas preventivas en torno a la infección por VPH/ CaCu y si se incluye a la población masculina en esas medidas preventivas. Es importante señalar que el personal médico y de enfermería tampoco tiene uniformidad en sus criterios y conocimientos, no obstante que la medicina está fundada en bases “objetivos” “reproducibles” entre otras, lo que quizás de alguna manera también revela las percepciones de los médicos de acuerdo a su clase social y cultura que no son homogéneas.

En lo que respecta a los documentos oficiales que se consultaron en torno al CaCu fueron:

- a) Programa de Acción Específico 2007-2012 Cáncer Cervicouterino (SSA, 2008)
- b) Manual de consejería en Cáncer Cervicouterino. Programa de Prevención y control del cáncer cervicouterino (SSA, 2007)
- c) Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Publicada el 31 de mayo de 2007.

d) Acciones contra el cáncer cervicouterino (4 trípticos) del Centro Nacional de Género y salud reproductiva, de la SSA.

e) Manual de procedimientos de supervisión. Programa de Detección y control del cáncer cervicouterino

Los documentos oficiales consultados y analizados respecto al VPH fueron:

f) Comunicado de la coordinación de comunicación social del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) donde anuncia la vacunación contra el VPH, junio 2009.

g) Prueba del Virus del Papiloma Humano (Centro Nacional de Género y salud reproductiva, de la SSA)

h) Virus del papiloma humano. Información sobre el VPH para los médicos.

i) Díptico prueba de VPH en hombres

j) Díptico de prueba de VPH en mujeres

k) Vacuna contra el VPH

Se revisaron los elementos de prevención presentes en los documentos oficiales de salud en torno a la infección de VPH y al cáncer cervical. Algunos de los documentos son muy extensos, así que se puso especial atención en los apartados donde se menciona la prevención y la inclusión de los varones en ella (cuadro 1).

Cuadro 1. Epidemiología del VPH y del CaCu

Factores de riesgo epidemiológicos para el Cáncer Cervicouterino	Factores de riesgo epidemiológicos para la infección por VPH
<p style="text-align: center;">NOM-014-SSA2-1994</p> <p>Deben considerarse como factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser mayores de 25 años - Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 19 años) - Promiscuidad de la pareja - Multiparidad (más de cuatro partos) - Embarazo temprano (antes de los 18 años) - Infección cervical por virus del papiloma humano - Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual - Tabaquismo - Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E - Nunca haberse practicado estudio citológico 	<p style="text-align: center;">Información sobre VPH para los médicos, CDC</p> <p>Son asociado fuertemente para la adquisición de una infección <i>por VPH en las mujeres</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad joven (menos de 25 años) ▪ Número creciente de parejas sexuales ▪ Primera relación sexual a una edad temprana (16 años o menos) ▪ Pareja masculina que tiene o ha tenido múltiples parejas sexuales

Características generales de la población de estudio

Se aplicaron un total de 138 cédulas de información: 103 a mujeres (74.6%) y 34 a hombres (24.6%), y 1 (.7%) no especificado, De ellos y ellas, correspondieron a enfermeras el 42.0%, estudiantes de enfermería (1.4%), médicas y médicos especialistas – ginecoobstetras, ginecooncólogo, cirujanos, colposcopistas, patólogos, especialistas en salud pública- (10.9%); médicas y médicos generales (28.3%); químicos (2.2%); técnicos en salud (4.3%). Hubo participación de otros sectores como profesoras (3.6%) y licenciadas en trabajo social, administración (4.3%); en 2.9% no se especificó la profesión. Se tuvo presencia de participantes del estado de Veracruz y Tabasco así como del país de Guatemala.

Las edades de los asistentes oscilan entre los 18 y los 68 años, y los lugares donde desempeñan su actividad son: centros de salud urbanos (Los Pinos, SCLC; Teherán,

TGZ;), centros de salud rurales (Huixtla, Chipilinar, Chilón, Nuevo San Juan Chamula, La Trinitaria); la Clínica de la Mujer en San Cristóbal de las Casas; Clínicas y hospitales generales del ISSSTE e ISSTECH; Hospital General Dr. Rafael Pascasio Gamboa en Tuxtla Gutiérrez; el hospital María Ignacio Gandulfo; el Hospital IMSS Oportunidades de San Felipe Ecatepec, SCLC; Unidades Médicas Familiares del IMSS; Materno Infantil, Laboratorio Estatal de Salud Pública; Jurisdicción Sanitaria No. II, SCLC. Laboran también en clínicas particulares como el Sanatorio Nuestra Señora de Fátima, y consultorios particulares de San Cristóbal de Las Casas.

Otros participantes laboran en organizaciones no gubernamentales presentes en la entidad, tales como Melel Xojobal, Observatorio de Salud Sexual y reproductiva (OSAR y ISDM), Mujer Cubierta, Marie Stopes, AMASS, Consultorio médico FOCA, Sanando Heridas A. C. Se contó también con participantes de instituciones académicas como la Universidad Mesoamericana, Universidad Nacional Autónoma de Chiapas (UNACH) y el Centro educativo Guaquitepec.

De acuerdo con la información proporcionada por el personal médico incluido en el estudio, los principales factores de riesgo para contraer una infección por VPH son: la falta de información, el inicio temprano de vida sexual y las múltiples parejas sexuales *en el hombre*, No mencionaron como factores de riesgo el tener relaciones sexuales sin barreras físicas como el condón. También llama la atención que las múltiples parejas sexuales se refieran a los hombres y no a las mujeres, siguiendo los estereotipos que asumen que los hombres suelen tener múltiples parejas y las mujeres no, lo que limita el alcance de la información para prevenir la infección por el VPH.

En lo relativo a los factores de riesgo para el desarrollo de lesiones cervicouterinas y cáncer se reconoce la infección del VPH como factor de riesgo principal para el CaCu; pero además señalan que el inicio sexual a temprana edad, tener múltiples parejas sexuales y no realizarse la prueba del Papanicolaou son los factores que más inciden en que la población desarrolle lesiones cervicales o cáncer.

Respecto a las medidas de prevención que debe tener la población para evitar una infección por VPH y CaCu las respuestas indican que el autocuidado; acercarse a las unidades médicas para solicitar información y seguir las indicaciones médicas en torno a la realización periódica del PAP son las medidas recomendadas en mayor medida por el sector médico. Señalaron así mismo el tener una sola pareja sexual como medida preventiva.

Se indagó desde su experiencia de trabajo médico sobre la pertinencia de la inclusión o no de los varones ante un diagnóstico positivo de sus parejas ya sea de infección de VPH y de CaCu.

Respecto a las infecciones por VPH en las razones de inclusión señalaron que es para dar tratamiento ya que ambos (hombres y mujeres) se infectan, así como para dar información. Las razones para no incluirlo es porque es asintomático en el hombre y actualmente no hay tratamiento para él.

En cuanto a la inclusión de los varones cuando su pareja es diagnosticada con lesiones intrapiteliales y cacu, sugieren que es cuando hay presencia de verrugas genitales, para dar tratamiento en conjunto y para que los varones den apoyo moral a sus parejas. Las razones de no inclusión se vierten sobre el desconocimiento de si es pertinente o no,

para dar tratamiento médico a ellos y evitar la reinfección y otra razón de no inclusión es que reconocen que los hombres no acuden a los centros de salud.

El enfoque de prevención desde los documentos del sector salud.

La infección de VPH tiene como rasgos distintivos largos periodos de infección subclínica (asintomática), el organismo puede desechar por sí mismo la infección y las personas nunca estar al tanto de que la tuvieron, o reactivarse después de un periodo de tiempo.

Ya que su contagio es por vía sexual, el uso del preservativo reduce en forma significativa las probabilidades de infección, más no proporciona una cobertura completa que garantice evitar el contagio entre las personas. Partiendo de esta realidad biológica del comportamiento del virus, lo único que garantizaría no adquirir una infección por VPH se traduciría en no tener actividad sexual, de ahí que las medidas de prevención que tanto el sector salud como la población pueden llevar a cabo se centran en reducir el impacto que esta infección puede llegar a generar en mujeres y hombres.

En el sector salud se maneja la prevención primaria a través de la aplicación del esquema de vacunación a niñas que no han iniciado su vida sexual (la vacunación del VPH se abordó ampliamente en la introducción de este documento). De manera particular el IMSS señala en un comunicado sobre la vacunación contra el VPH, que ésta vacuna “se suma a las acciones que realiza el IMSS para prevenir el cáncer cervicouterino, además del **énfasis en la utilización del preservativo (condón) y de la detección oportuna a través del Papanicolaou**” (IMSS, 2008) (Subrayado propio).

En el documento de la SSA “Vacuna contra el VPH”, se reconoce a la vacunación como una de las medidas sanitarias que mayor beneficio han producido a la humanidad, y señala también como “una estrategia de prevención integral del cáncer cervicouterino”. En este documento no se hace alusión alguna al uso del condón como medida integral de la prevención, tampoco hace referencia alguna hacia los varones. Lo que si reitera es que la vacunación no sustituye el tamizaje regular (SSA, 2013).

En el documento “Virus del papiloma humano, información sobre el VPH para los médicos” se señalan otras estrategias de prevención como la conducta sexual sin riesgo, es además el único documento que aludiendo a la vacuna reconoce que deben continuar la pruebas de detección oportuna ya que la vacuna no protegerá contra todos los tipos de infección genital por el VPH (CDC, 2007). El documento señala tres estrategias para prevenir la infección por VPH:

- a) Reducir la duración de la capacidad de infección (mediante tratamiento oportuno).
- b) Disminuir la eficiencia (probabilidad) de la transmisión (utilizar barreras físicas como condones).
- c) Reducir el número de parejas sexuales (monogamia mutua con una única pareja no infectada; reducción de parejas, elegir una pareja con pocas probabilidades de estar infectada por VPH puede ayudar a reducir el riesgo de adquirir el VPH genital).

El documento maneja un *mensaje clave de salud pública* donde se recalca que aproximadamente la mitad de todos los cáncer del cuello uterino ocurren en mujeres

que nunca se han sometido a pruebas de detección. Por lo tanto, es de particular importancia que las mujeres que nunca o rara vez se han sometido a pruebas de detección de este tipo de cáncer lo hagan.

Respecto a las medidas preventivas aplicadas o dirigidas específicamente a los varones, el documento señala que la vacuna no está siendo aplicada en hombres, a pesar de que podrían implicar beneficios directos para ellos e indirectos para sus parejas mujeres, ya que “actualmente no existen datos sobre su eficacia para respaldar el uso de la vacuna contra el VPH en los hombres. Se están realizando estudios de su eficacia en los hombres” (CDC, 2007). Tampoco se recomienda aplicar las pruebas de identificación de ADN del VPH, aun cuando sus parejas mujeres tengan diagnóstico positivo por VPH manifestado en verrugas genitales o anomalías relacionadas con el cáncer del cuello uterino o presencia de VPH. El documento no explica las razones biomédicas por las cuales bajo esas circunstancias no se realiza la prueba de identificación de ADN ni la aplicación de la vacuna en varones.

En la página electrónica de la Dirección Nacional de Equidad, Género y salud reproductiva se puede tener acceso a documentos operativos del Programa de Detección del CaCu y medidas preventivas. Se localizan asimismo trípticos o carteles preventivos dirigidos a la población masculina y femenina.

Para el caso del VPH, se identificaron dos dípticos, ambos inician con la frase “Es una infección muy contagiosa que se transmite por vía sexual y que afecta a muchos hombres y mujeres con vida sexual activa. *Su transmisión no requiere penetración sexual; el solo contacto de la piel con mucosas afectadas puede diseminar la infección*”

(SSA, 2013) (subrayado propio). Solo en estos textos se especifica que no se requiere penetración sexual. La información restante si se divide; para los hombres, se plantea la pregunta: “¿qué puedo hacer para protegerme a mí y a mi pareja?” las respuestas proponen el uso continuo del condón y disminuir el número de parejas sexuales; para proteger a su pareja recomiendan el tamizaje y la prueba del VPH.

En el díptico de las mujeres se plantea la pregunta “¿qué significa un resultado positivo en la prueba de VPH?”, lo cual implica que se tiene la infección y que debe realizarse periódicamente el Papanicolaou. Se les “recuerda” que la prueba de VPH es para mujeres mayores de 35 años, y que para disminuir el riesgo de infección por VPH es importante reducir el número de parejas y utilizar siempre condón.

En cuanto a las medidas preventivas para el cáncer cervical, la secretaria de salud tiene más documentos operativos, marcos legales y operativos que respecto al VPH.

Lo primero con lo que se cuenta es con una Norma Oficial Mexicana, la NOM-014-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. En ella se identifican dos esferas de prevención, la primaria y la secundaria.

En la prevención primaria se busca que:

*Las acciones de prevención primaria **reduzcan la incidencia** de la enfermedad a través **de educación para la salud y promoción de la participación social, orientados a tomar conciencia y autorresponsabilidad** en individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que proporcionen facilidades y **participen activamente en las acciones de promoción de la salud, cuidados y control de esta enfermedad** (NOM-014-SSA2-1994) (subrayado propio).*

Se propone que la educación en salud respecto a la detección sea “especialmente dirigida a las mujeres para persuadirlas de aceptarla que asegure que la población femenina conozca los motivos de la detección, los procedimientos empleados, el significado de los resultados y la eficacia de los tratamientos recomendados” (NOM-014-SSA2-1994, 6.1.3).

El documento señala respecto a la población masculina que “la información al sexo masculino es necesaria desde el inicio de su madurez sexual, por su participación en los factores de riesgo de la enfermedad; así como, en impulsar a su pareja para que se realice la detección” (NOM- 014-SSA2-1994 6.1.5). Esta norma oficial carece de un señalamiento directo al uso del condón como medida preventiva y no profundiza o explica cuál es la participación del varón en los factores de riesgo de la enfermedad.

La prevención secundaria se enfoca en el estudio citológico del Papanicolaou como el método de elección para la prevención y detección oportuna. No se hace ninguna referencia en esta parte a la inclusión masculina.

Por otra parte, el programa de Acción Específico 2007-2012 Cáncer Cervicouterino (SSA, 2008) señala que un programa efectivo de prevención debe estar centrado en tres factores críticos:

1. Alcanzar cobertura de tamizaje en la población blanco asintomática, iguales o mayores 80%, con un periodo entre detecciones de tres años con la citología cervical o de 5 años con la prueba de VPH después de un resultado negativo.
2. Ofrecer exámenes de calidad aceptables para la población

-
3. Asegurar diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos en mujeres con resultados anormales.

Se señala la importancia de generar actividades de información y educación a la población para incrementar la demanda de servicios preventivos y, señala que los servicios de salud deben tomar en cuenta la perspectiva de género desde donde:

Se reconocen las diferencias en afecciones a la salud entre hombres y mujeres, debido a los estereotipos de género, en específico la priorización a la atención de las necesidades de los otros, sobre su propio estado físico, por eso se debe aplicar el concepto de equidad de género en salud, lo cual significa que ambos sexos deben tener la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar con buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables como el caso del cáncer cervicouterino (...) la eliminación de diferencias remediabiles entre unas y otros que afectan el estado de salud (SSA, 2008: 15).

Analizando lo anterior, coincidimos con F. Peter quien sugiere que “los modelos positivistas que se basan solo en una promoción idealista y en un sentido positivo del bienestar, y el modelo denominado biomédico, que se centra sobre todo en evitar enfermedades, no están implicados con la equidad” (F. Peter citado en Valls, 2009:317), a pesar de que como en el párrafo anterior, se señale la intención de trabajar en la detección del cáncer cervical desde la equidad de género, en realidad esto no sucede.

Las medidas preventivas presentadas en sus líneas de acción proponen por medio de campañas de comunicación educativa buscar modificar los determinantes del cáncer

cervicouterino a través de la adopción de hábitos de vida saludables y la demanda de los servicios para su detección oportuna (SSA, 2008).

La línea de acción 4 se enfoca en Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervical.

De la comunidad se espera:

- a) Auto cuidado de la salud (los servicios de salud deben en contraparte ofrecer promoción de la salud)
- b) Conocimiento de obligaciones y derechos (los servicios de salud deben en contraparte ofrecer tamizaje)
- c) Demanda de atención preventiva (los servicios de salud deben en contraparte ofrecer diagnóstico)
- d) Apego a la detección, diagnóstico y tratamiento (los servicios de salud deben en contraparte ofrecer tratamiento)
- e) Participación comunitaria (los servicios de salud deben en contraparte ofrecer seguimiento)

Otro documento que incluye aspectos preventivos es el Manual de Consejería en Cáncer Cervicouterino. Programa de prevención y control del cáncer cervicouterino (SSA, 2007). Como objetivos de la consejería se menciona orientar de manera precisa, concreta y objetiva reemplazando las ideas erróneas por aquellas válidas sobre el auto cuidado, la detección el tratamiento y el control del cáncer cervicouterino, asumiendo la importancia de que la población femenina conozca con exactitud los factores de riesgo.

Para abordar los aspectos relacionados con la atención integral de la salud de la mujer, - incluidos los asociados a su sexualidad-, entre los que se considera la forma de facilitar el examen del Papanicolaou, la colposcopia y en caso de ser necesario, asegurar el tratamiento, control y seguimiento de alguna lesión relacionada con este cáncer de la mujer (SSA, 2007:11).

El manual no hace referencia específica a la participación de los varones en la consejería, incluye una imagen donde está sentada una pareja – hombre / mujer- frente a un escritorio. El resto de las imágenes son mujeres solas frente a personal médico.

El Centro nacional de equidad, género y salud reproductiva tiene acciones contra el Cáncer Cervicouterino, en las cuales se compilan 4 textos: un volante contra el CaCu; un díptico contra el CaCu; un mensaje en 8 lenguas y un tríptico contra el CaCu. Se enfatiza en todos ellos que el cáncer es curable si se detecta a tiempo y que se puede prevenir por medio de la detección oportuna.

En el volante y en el mensaje de 8 lenguas se habla del cáncer de matriz, equiparándolo al cáncer cervicouterino. Esto es inquietante, ya que si bien, un cáncer cervical in situ puede extenderse a invasor – incluyendo la matriz – el cáncer en la matriz tiene otros factores de riesgo y desarrollo etiológico. No es la misma patología. Y esos documentos los equiparan, de tal forma que la información que se ofrece a las mujeres no es clara. Si bien puede tratarse de una estrategia para enviar un mensaje entendible a la población, lo que sucede es que este mensaje no abona al conocimiento y explicación tanto de los órganos reproductores femeninos como de la enfermedad en sí misma. En el volante si señalan el Papanicolaou y la prueba del VPH como las medidas preventivas a realizar.

En el díptico y en el tríptico se señalan el Papanicolaou para mujeres mayores de 25 a 34 años de edad, y la prueba de VPH a mujeres de 35 a 64 años de edad. En el díptico se hace referencia además a la vacunación de las niñas de 9 años en adelante. Con estas acciones señalan que “para cada mujer, hay una alternativa de prevención”. Nuevamente está ausente recomendar el uso del preservativo. En estos carteles informativos se manejan imágenes de muñecas de tela vestidas con trajes regionales, manos pequeñas pintadas invitando a “mamá, abuelita, tía”. No hay imágenes de mujeres jóvenes o adultas.

Discusión.

Por motivos numerosos, tanto la población objetivo como el personal de salud, frecuentemente no se apegan a las recomendaciones de los programas de tamizaje, por lo que es necesario llevar a cabo actividades de promoción y educación a nivel poblacional y de capacitación para el personal de salud con el fin de mejorar los resultados del programa (Programa de Acción Específico 2007-2012 Cáncer Cervicouterino, SSA, 2008:13).

¿Qué elementos debe integrar la población como medidas preventivas en torno a la IVPH y CaCu? ¿Están los varones presentes en estas medidas preventivas? ¿Se acerca o se aleja a lo estipulado en los documentos oficiales?

En ambos casos, tanto en los documentos consultados como en las respuestas de la cédula, se reconoce la característica de transmisión sexual del VPH y que ambos – hombres y mujeres- están expuestos al contagio. A pesar de esto, no se ofrecen otras medidas de atención a los varones lo cual también lleva a señalar la presencia de una inequidad en su salud y atención a la enfermedad – por mínima que resulte la

probabilidad de que los hombres al contraer una infección por VPH se desencadene en cáncer de pene.

Es en las medidas preventivas sugeridas por el personal médico y demás participantes sobre las cuales debemos poner especial atención, que consideran que es el autocuidado (es decir, que las mujeres “se cuiden” a sí mismas), acercarse a las unidades médicas a recibir información y seguir las indicaciones médicas para realizarse el Papanicolaou es lo considerado como más relevante. En este sentido, están a la par de los planteamientos institucionales que proponen que la población sea quien demande el servicio de la detección oportuna.

Indican también utilizar preservativos y tener una sola pareja sexual, lo cual nos lleva a replantear nuevamente, las posibilidades reales que tienen en específico un amplio sector de mujeres para poder negociar no solo el uso del condón, sino de decidir cuándo, dónde y con quién desean tener relaciones sexuales.

Por razones biológicas del desarrollo etiológico de la infección por VPH y su evaluación dentro del cuello uterino (de lesiones cervicales a cáncer in situ), son las mujeres quienes deben recibir el tratamiento médico oportuno y adecuado a su diagnóstico. Así que las respuestas sobre la no inclusión de los varones en un tratamiento médico cuando sus parejas son diagnosticadas, están adecuadas a que no son sujetos de tratamiento. No obstante, sí se hace referencia en los documentos a que los varones deben recibir información para dar acompañamiento a sus parejas, un elemento que resaltó en las respuestas es en ese sentido: se debe incluir a los varones para

informarlos acerca del estado de salud y cuidados que requiere su pareja, así como del apoyo emocional hacia ella.

La única constante en todos los documentos y lo más ausente en las respuesta de las cédulas es la necesidad de la realización continua del Papanicolaou como la medida preventiva más relevante.

Es palpable que los objetivos, acciones y formas de trabajo encaminados a la prevención señalados en los documentos oficiales, no son concretados de forma adecuada ni en la información que maneja el personal médico ni éstos (as) están logrando explicar de forma clara – explicar que no “persuadir”- a las mujeres con elementos que de forma integral y con equidad de género, les brinden herramientas de autocuidado como la realización continua del Papanicolaou así como transmitir a los varones la importancia del uso del condón, no solo para esta infección de transmisión sexual, sino para otras infecciones que si pondrían en riesgo su vida y la de sus parejas, como el VIH.

Carmen Valls Llobet en su texto “Mujeres invisibles” nos reta a reflexionar sobre ¿cómo promover la salud en libertad?, apoya la construcción de su respuesta en señalar que han sido los propios especialistas en la materia como J.McCormick quienes al revisar los objetivos de salud pública plantean que “ los objetivos de salud y en particular las preocupaciones para evitar los riesgos para la salud de la población disminuyen la libertad personal y se pueden convertir en una nueva forma de fascismo para la salud” (McCormick en Valls,2008:317). En este sentido, ¿es posible restringir a una el número de parejas sexuales en el transcurso de vida de una mujer, o el número de hijos para

que la multiparidad no incremente la posibilidad de desarrollar lesiones cervicales? ¿Cómo se les puede exigir que demande una atención preventiva cuando los servicios de diagnóstico, personal especializado, tiempos de espera para el diagnóstico y tratamiento son insuficientes para dar el servicio con calidad? Además, ¿cómo esperar que las mujeres acudan de una forma activa y consciente a realizarse una detección oportuna cuando no ha sido suficientemente claro y explicado el vínculo del VPH con el CaCu, los resultados de sus pruebas, el limitante aspecto de las vacunas, la participación del varón en la transmisión, entre otros elementos importantes, y si, por el contrario se les presentan imágenes de muñecas en los trípticos informativos?

Valls apuntala que:

Promover la salud no es establecer un conjunto de normas coercitivas que disminuyan la libertad, sino dar una serie de recursos para que los seres humanos, actuando con una mayor libertad, puedan decidir su futuro en cada momento, y puedan elegir el grado de implicación biológica, psicológica y social que tienen respecto a su entorno, a su propia vida y a su propio cuerpo (Valls, 2009:317).

Y termina recalcando que:

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las mujeres incluye las actividades de acompañamiento, de mejora de autoestima, técnicas de pedagogía feminista, actividades en grupo, creación de grupos de ayuda mutua y formación de redes (Valls, 2009:318).

Elementos ausentes en los lineamientos de prevención y detección oportuna del cáncer cervical en el país, que es consecuencia de que, el modelo y su programa de

prevención sea enfocado como un asunto de salud reproductiva, cuando concierne en primer lugar, a la salud sexual de las personas.

Referencias Bibliográficas.

- Centro para el Control y la prevención de enfermedades (2007). *Virus del papiloma humano. Información sobre el VPH para los médicos*. Center for Disease Control and prevention (CDC), Departement of health & human services, USA; VPH una infección común, una realidad común. Disponible en línea en <http://cneqsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino/comunicados/informacion-vph.html> [Acceso 2011, 2013]
- Gobierno Federal, Salud (2013). *Volante contra CaCu*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México. Disponible en <http://www.cneqsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino/interes-cacu/acciones-contracacu.html> [acceso 2011,2013]
- Gobierno Federal, Salud (2013). *Díptico contra CaCu*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México. Disponible en <http://www.cneqsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino/interes-cacu/acciones-contracacu.html> [acceso 2011,2013]
- Gobierno Federal, Salud (2013). *Mensaje en 8 lenguas*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México. disponible en <http://www.cneqsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino/interes-cacu/acciones-contracacu.html> [acceso 2011,2013]
- Gobierno Federal, Salud (2013). *Tríptico contra Cáncer Cervicouterino*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México. Disponible en <http://www.cneqsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino/interes-cacu/acciones-contracacu.html> [acceso 2011,2013]
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2009) Comunicado de la coordinación de comunicación social del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) donde anuncia la vacunación contra el VPH. Boletín no. 164, 16 de junio.
- Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Publicada el 31 de mayo de 2007.

Secretaría de Salud (2007) *Manual de consejería en Cáncer Cervicouterino. Programa de Prevención y control del cáncer cervicouterino*. México. Disponible en <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-cervicouterino/comunicados/consejeria-cacu.html> [acceso 2011, 2013]

Secretaría de Salud (2008) *Programa de Acción Específico 2007-2012 Cáncer Cervicouterino*, México. Disponible en línea en <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino.html> [acceso 2011, 2013]

Secretaría de Salud (s/f) *Díptico de prueba de VPH en mujeres. La prueba del papiloma virus y el cáncer cervical*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México. Disponible en <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino/acciones-relevantes/prueba-vph-mujeres.html> [acceso 2011, 2013]

Secretaría de Salud (s/f) *Díptico prueba de VPH en hombres. La infección del Virus del Papiloma humano y el cáncer cervicouterino*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México. Disponible en <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino/acciones-relevantes/prueba-vph-hombres.html> [acceso 2011, 2013]

Secretaría de Salud (s/f) *Vacuna contra el VPH*. Centro Nacional de Equidad, Género y Salud reproductiva. disponible en línea en <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/cancer-cervico-uterino/acciones-relevantes/vacuna-vph.html> [acceso 2011, 2013].

Valls, C., (2009) *Mujeres invisibles*. España, De Bolsillo.

Capítulo 5.

Conclusiones y Recomendaciones

En Chiapas el cáncer cervicouterino es una enfermedad con carencias en su prevención y atención, ligada a contextos de pobreza y marginación, donde se obtiene una atención paliativa inadecuada, así como un tratamiento incompleto (Lewis, 2004). Esta situación ocurre en contextos rurales y urbanos, identificando que tanto el acceso limitado a los servicios y la calidad de ellos (p. e. si la toma de la citología del PAP es adecuada o inadecuada), tienen un impacto negativo en la salud de las mujeres.

Castañeda, Langer y García (1995) afirman que para diseñar programas de salud, es indispensable tener información sobre los elementos culturales del grupo en el que se desea intervenir así como la importancia de que los elementos del discurso médico deben adecuarse a la concepción del mundo que impera en cada contexto y a las representaciones socioculturales, que para el caso de nuestro estudio, involucran sistemas de salud enfermedad, y de prácticas sexuales.

Respecto a las preguntas que guiaron esta investigación, en cuanto a la pregunta 1 ¿Qué saben las mujeres sobre el virus del papiloma humano? Surgieron cinco grupos de respuestas, en primer lugar, las respuestas son de desconocimiento: “no sé”. Algunas personas expresaron haberlo “escuchado mucho”, pero no entender qué es. Aquellas que afirmaron saber más sobre el VPH lo señalaron como “un virus muy peligroso y contagioso”. Otro grupo reconoció que el VPH “lo tiene el hombre desde chiquito, él lo contagia a la mujer, pero él no lo desarrolla y nosotros sí.” Los grupos

restantes de respuestas giraron en torno al efecto que tiene sobre las mujeres; por un lado, señalaron que, si en la mujer se detecta a tiempo, hay que dar tratamiento, y finalmente se reconoce la infección por VPH como “una enfermedad muy dolorosa, que se cura con tratamiento”.

Respecto a la pregunta 2. ¿Qué aspectos impiden o facilitan que puedan reconocer la enfermedad en su cuerpo? Sólo se esbozó cuando indagamos si era posible identificar en una persona si era o no portador del virus. Las respuestas diferenciadas nuevamente iniciaron con la negativa, de tal manera que no sabían si era posible, mientras que otros afirmaron que no era posible detectar el virus. Después, se señaló que en el hombre era más difícil, pero que en la mujer sí era posible detectarlo.

Otro grupo de respuestas afirmaron que es posible identificar las lesiones que el virus ocasiona y que la colposcopia es el procedimiento médico a través del cual se pueden observar estas lesiones. Sólo cinco mujeres respondieron haber recibido resultados positivos en su Papanicolaou; esto es, les fue detectada una infección por VPH, lesiones cervicales o cáncer cervical. Con esto quedo también resuelto la pregunta 3 que se refiere al tipo de información sobre VPH tienen.

En cuanto a la pregunta 4 ¿Cuáles son las prácticas de cuidado que la población considera como preventivas en torno a la salud sexual, al VPH y al cáncer cervical? Se identificó que para la población, las prácticas de prevención giran en torno a mejorar la comunicación con la pareja. Se logró identificar que son los elementos socio afectivos que provienen de una construcción cultural de género y vinculados al ejercicio de la sexualidad de las parejas, los que tendrían que ser incorporados en un modelo de

detección oportuna encaminada a la prevención y a la disminución de la vulnerabilidad social de las mujeres ante la infección de VPH y el cáncer cervical.

Desde el punto de vista médico, la pregunta 5 ¿Qué elementos debe integrar la población como medidas preventivas en torno a la IVPH y CaCu y si incluyen a los varones de manera específica en estas medidas preventivas? las prácticas de prevención giran en torno al autocuidado, acercarse a las unidades médicas a recibir información; seguir las indicaciones médicas para realizarse el Papanicolaou y tener solo una pareja sexual. No se incluye a los varones en las medidas preventivas, a menos que tengan manifestación clínica o para que estén informados del proceso de tratamiento de sus parejas con diagnóstico positivo.

Respecto a la pregunta 6. ¿Cuáles son los puntos de concordancia y divergencia entre los saberes médicos y los documentos de la secretaria de salud en torno a la prevención del VPH y el CaCu? Es sobre las medidas preventivas sugeridas por el personal médico y demás participantes en las cuales debemos poner especial atención, ya que consideran que es el autocuidado (es decir, que las mujeres “se cuiden” a sí mismas), acercarse a las unidades médicas a recibir información y seguir las indicaciones médicas para realizarse el Papanicolaou lo considerado como más relevante. En este sentido, están a la par de los planteamientos institucionales que proponen que la población sea quien demande el servicio de la detección oportuna.

Finalmente, la pregunta 7 ¿Cuáles son elementos de prevención de la infección por VPH y CacCu que proponen las parteras y promotores de salud? Para las parteras y los promotores de salud, las prácticas de prevención giran en torno al cuidado al tener

relaciones (sexuales) con una sola pareja, al uso del preservativo (masculino), por medio de “estudios” y escuchando pláticas de prevención, muy similar al discurso médico sobre la prevención. Sin embargo, profundizando en sus conocimientos y saberes fue posible demostrar que parteras y promotores de salud poseen una visión del cuerpo fragmentada, el cuerpo tiene segmentos internos y externos que enferman de acuerdo a la función sociocultural que realizan o que les está permitido o se fomenta realizar. En los saberes populares de parteras y promotores no se incluye el conocimiento biomédico suficiente sobre el cáncer cervicouterino de una forma biomédica que facilite prácticas de prevención que requiere el programa. Esto se podría deber a la relación histórica y hegemónica que desde la biomedicina se ha ejercido sobre los otros sistemas de salud / enfermedad / atención, sumado esto a situaciones de etnicidad donde se discrimina y limita la labor de parteras y promotores de salud tradicionales.

Si bien no tenemos elementos suficientes para afirmar o negar que los aportes académicos -de ésta y de otras investigaciones que abordan temas relacionados con las políticas públicas- se consolidan directamente en el diseño de los programas de salud, en este caso en el programa de Detección Oportuna del CaCu, sí identificamos que son otros los logros, como elegir la modalidad de Taller, en el cual se le ofreció a la población información a través de un proceso que pudiera encaminarlas hacia la necesidad de acudir a la detección oportuna del CaCu, donde sus experiencias, conocimientos y opiniones fueron escuchados e incorporados en este texto.

Así mismo, con esta metodología se logró también dar un reconocimiento a la labor de las parteras y promotores de salud así como ofrecerles otras herramientas para que ellas, a su vez, puedan apoyar a las mujeres que acuden por sus servicios y atención a la salud.

Continúa siendo necesario para la población tener acceso a la información contextualizada y clara respecto a las formas de transmisión, tanto para las mujeres como para los varones, incluyendo su papel como en la transmisión del VPH, y con ello un replanteamiento institucional en torno al manejo y contenido de las campañas de prevención, incluidas la campaña de vacunación.

Limitaciones del estudio, recomendaciones de investigación y acciones a futuro

Ninguna problemática de investigación puede considerarse como resuelta o finalizada, sino como un prisma que aporta otras aristas que impulsan a replantear cuestionamientos, actores, sujetos, metodologías, enfoques teóricos. En el caso de la visión médica de la prevención, no pudo ser explicada a profundidad en este documento por limitaciones de tiempo para realizar el análisis de los datos estadísticos resultado de la cédula.

A continuación presento una serie de recomendaciones las cuales considero son hilos de esta madeja que se ha tejido en torno a la infección del VPH y el cáncer cervicouterino, hilos que, de ser identificados y desenredados pueden a su vez, ofrecer más aportes que nos lleven a una comprensión profunda de la temática, no solo desde la academia, sino que se refleje en elementos de acción en salud sexual de la población.

Para profundizar en las cosmovisiones del cuerpo , se propone que sea desde una metodología etnográfica que facilite evidenciar las concepciones y creencias que tanto el personal médico como parteras poseen, y las múltiples formas en que a partir de ellas se trabaja la salud sexual y reproductiva para lograr cambios sustantivos en la atención de la salud, considerando las particulares de las regiones ya que no es lo mismo las intervenciones en el centro del país que las necesidades puntuales de la población de Chiapas, indígena y no indígena.

Se deben documentar experiencias en la aceptación / rechazo del programa de vacunación entre los diversos sectores socioeconómicos de la población, y con ello identificar la representación social de las mujeres sobre la implementación de la vacuna y los efectos de estas sobre sus prácticas preventivas. Debido al costo económico que el programa de vacunación implica, es más que pertinente hacer un monitoreo y evaluación epidemiológico que nos permita tener escenarios del impacto real de seguimiento en adolescentes que hoy están siendo vacunadas en los centros escolares, por ejemplo, de aquí a 10 años ¿las cifras epidemiológicas disminuirán considerablemente? ¿Es esta la mejor opción de prevención primaria?

En el caso de los varones y su papel en el rol de la transmisión del VPH, es necesario que las investigaciones relacionadas con la detección de la infección en hombres, y la prevención de pene divulguen sus resultados, amplíen los sectores con quienes trabajan, por ejemplo, implementar estudios de cohortes amplias de varones en quienes se mida la eficacia de la vacuna contra el VPH., programas de educación sexual para varones en las que se vuelva a redimensionar la importancia del uso del condón y la sensibilización en cuanto a su responsabilidad en el caso de infectar a sus parejas.

Para finalizar, quiero mencionar que el esfuerzo logrado mediante la edición del libro “Infección por Virus del Papiloma Humano y prevención del cáncer Cervical” (Sánchez, Luna, Vargas, 2013) donde se reúnen tanto la perspectiva biomédica como de la visión de la antropología médica abonan hacia la construcción de nuevos escenarios de comprensión, dialogo, análisis y soluciones de este problema de salud.

La insistencia de continuar la investigación social en torno a la problemática del cáncer cervical en San Cristóbal de las Casas.

El tema del cáncer cervicouterino parece haber perdido relevancia en la investigación, es un tema “muy visto”, “poco novedoso”. La realidad es que, a la par de otras enfermedades como la tuberculosis, desafortunadamente continúan impactando negativamente entre las poblaciones.

Así, no obstante los avances técnicos para realizar pruebas como la captura de híbridos que identifiquen la carga viral del VPH, el desarrollo de técnicas como la autotoma vaginal o el desarrollo de vacunas, para un gran sector de la población -mujeres y hombres- continúan siendo poco claros los elementos biomédicos de prevención primaria y secundaria en torno a esta infección y enfermedad.

De ahí que la labor de prevención debe ser encaminada a esclarecer la dimensión que, para el caso de la ciudad de San Cristóbal de las Casas, adquiere cada componente de vulnerabilidad social, en específico aquellos que tienen que ver con la interacción de recursos, el uso y manejo que las personas hagan de ellos y cómo éstos se conforman en vulnerabilidad ante la infección de VPH y el desarrollo de CaCu.

Acercarse a las unidades médicas para solicitar información	03
Tener solo una pareja sexual	04
Seguir las indicaciones médicas en torno a la realización periódica del PAP	05
Otro (especifique)	06

V. Cuando atiende a una mujer por VPH ¿es incluida la pareja masculina en alguna forma en el tratamiento?

Si	¿Por qué?	_____	01
No	¿Por qué?	_____	02

VI. Cuando atiende a una mujer por lesiones cervicales y /o cáncer ¿es incluida la pareja masculina en alguna forma en el tratamiento?

Si	¿Por qué?	_____	01
No	¿Por qué?	_____	02