

Perspectiva epistemológica a la respuesta de un problema de salud pública en Paraguay: la alta prevalencia del cáncer de cuello uterino¹⁴

An epistemological perspective on the response of a public health problem in Paraguay: the high prevalence of cervical cancer

Claudia Centurión Viveros ¹⁵

DOI: [https://doi.org/10.36003/Rev.investig.cient.tecnol.V1N1\(2017\)6](https://doi.org/10.36003/Rev.investig.cient.tecnol.V1N1(2017)6)

RESUMEN

Paraguay es uno de los países en donde se reporta una de las mayores tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino. En este país se ha desarrollado el Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino y de mama para hacer frente a esta problemática. En el trabajo se analizan los supuestos teóricos sobre el concepto de salud y prevención, además de las acciones desarrolladas en el marco de dicho programa. La metodología utilizada fue la revisión bibliográfica. Se concluye con la necesidad de proponer una perspectiva externalista que considere los factores socioculturales que influyen en la prevención de esta patología.

Palabras clave: epistemología; salud pública; cáncer de cuello uterino.

¹⁴ Fecha de recepción: octubre 2017; fecha de aceptación: noviembre 2017

¹⁵ Profesora y coordinadora de investigación de la carrera de Enfermería de la Universidad Privada María Serrana.

ABSTRACT

Paraguay is one of the countries where it is reported one of the highest rates of incidence of cervical cancer. In this country the national breast and Cervical Cancer prevention program has developed to deal with this problem. The paper discusses theoretical assumptions on the concept of health and prevention, in addition to the actions carried out within the framework of this program. The methodology used was the literature review. It is concluded with the need to propose a perspective externalist that considers the socio-cultural factors that influence the prevention of this disease.

Keywords: epistemology; public health; cervical cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino constituye un problema mundial de salud. Ocupa, en todo el mundo, el segundo lugar en frecuencia entre los tumores malignos de la mujer, con una cifra aproximada de 500,000 casos diagnosticados cada año. La mayor parte de los casos sucede en países en vías de desarrollo, en los cuales el riesgo de llegar a padecer cáncer cervicouterino es 15 veces mayor que en los países industrializados (1).

Paraguay es uno de los países en donde se reporta una de las mayores tasas de incidencia. (53, 2 por 1000 mujeres), lo que llevó al Poder Legislativo de nuestro país a tomar medidas y establecer el Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino y mama que tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad por esta patología a través de la detección precoz y tratamiento oportuno (2).

El cáncer cervicouterino es causado por el Virus del Papiloma Humano (VPH), casi todos los individuos sexualmente activos serán infectados por VPH en algún momento de sus vidas (3). Sin embargo, no todas las mujeres infectadas con estos virus llegan a padecer la enfermedad, lo que indica que se requieren otros factores para que se inicie la carcinogénesis y la manifestación del padecimiento, por lo que la causa se considera multifactorial (1).

Los objetivos del trabajo fueron determinar los supuestos teóricos sobre el concepto de salud que se maneja según el ente rector sanitario en nuestro país. Así también, se analizaron las acciones que propone este ente gubernamental dentro del marco reglamentario del Programa Nacional de prevención del cáncer de cuello uterino, frente a dos de los grupos etáreos de mujeres que se tienen mayores posibilidades de ser afectadas por la enfermedad: las adolescentes y las mujeres en edad fértil. La metodología utilizada fue la revisión bibliográfica en el cual se consideraron términos de referencia

como los conceptos de salud, salud pública y prevención, además de las normas y políticas que rigen el problema de salud pública que hemos abordado.

Hacia un concepto en salud

El concepto de salud que se ha tenido hasta bien avanzado el siglo XX, y que aún hoy mantiene gran parte de la comunidad, ha sido de carácter negativo. Se poseía salud cuando no se estaba enfermo. Esta ausencia de enfermedad, la salud venía definida por la no percepción de enfermedad por parte del médico, la sensación de salud del ciudadano, las causas, circunstancias o condiciones por los que aquélla se produce, los criterios políticos, sociales y económicos dominantes y los conocimientos científicos (4).

En 1946, en su carta fundacional, a OMS definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez” (5). Desde los años cincuenta se critican algunos aspectos de esta definición: equipara bienestar a salud, lo que es utópico y no es del todo exacto, pues rara vez o nunca se alcanzará el “completo” bienestar físico, mental y social; asimismo es una definición estática y además subjetiva, ya que no puede medirse de forma objetiva. Aunque también la definición presentaría ciertas ventajas al considerar la salud en un sentido holístico y positivo, ya que esta comprende todos los aspectos del ser humano de forma individual y colectiva.

Con el fin de corregir parte de los defectos detectados en la definición de la salud de la OMS. Milton Terris sugiere que hay distintos grados de salud como los hay de enfermedad. Afirma que la salud tendría dos polos: uno subjetivo, la sensación de bienestar, y otro objetivo y mensurable, la capacidad de funcionamiento, detectable en distintos grados. De acuerdo a estas ideas modifica la definición de la OMS y define la salud como “un estado de bienestar físico mental y social con capacidad de funcionamiento, y no solo la ausencia de enfermedad o achaque”.

Terris establece el concepto continuo salud-enfermedad. La salud y la enfermedad formarían un continuo en que la enfermedad ocuparía el polo negativo, en cuyo extremo estaría la muerte, y la salud ocuparía su polo positivo, en cuyo extremo se situaría el óptimo de salud (según la definición de la OMS). En el centro habría una zona neutra donde sería imposible separar lo normal de lo patológico, pues ambas condiciones coexisten. Tanto en el polo positivo como en el negativo podrían distinguirse diferentes graduaciones de salud o enfermedad, las cuales estarían altamente influenciadas por factores sociales, económicos, culturales y ambientales que actuarían sobre la zona neutra del continuo, provocando la evolución positiva, o negativa, de acuerdo con su buena o mala calidad (4).

Salud pública: Orígenes e historia

En la antigüedad, los problemas del ambiente y las acciones contra las epidemias ya eran funciones del gobierno. Durante la Edad Media, las acciones de salud fueron una importante función de la administración local. Con el correr de la historia, la salud pública fue cobrando paso a paso, un desarrollo mayor.

Fue a principios del siglo XIX, en Europa, que surgieron los movimientos más notables a favor de la salud pública moderna. La Revolución Industrial tuvo una gran influencia, teniendo en cuenta los problemas de salud que afligían a los trabajadores a consecuencia de los nuevos riesgos derivados de sus condiciones de trabajo y de vida.

En 1842, el parlamentario Edwin Chadwick, en Inglaterra, denunció las condiciones de trabajo de los obreros estimando sus pérdidas de producción causadas por enfermedad y muerte prematuras. Al año siguiente (1843) se creó en Inglaterra una comisión para estudiar las condiciones sanitarias de la población y su consecuencia fue la primera ley de salud pública de ese país en 1848.

Aquel mismo año en Alemania decía Vir-

chow “Los médicos son los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales caen en su mayor parte bajo su jurisdicción. La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala”. En esos conceptos revolucionarios en medicina podemos rastrear el comienzo de la medicina pública actual, que por aquel entonces fue llamada medicina social.

La medicina social, conocida a través de S. N. Morris como la ciencia que estudia las relaciones existentes entre la salud y la enfermedad del ser humano, y sus condiciones sociales, patrones culturales y formas de organización social había sido definida por Rene Sand como la parte de las ciencias sociales que estudia los factores médicos que hay en las cuestiones sociales o, dicho de otra manera, que estudia los factores sociales que hay en las cuestiones médicas. La “medicina y lo social” se integran así conceptualmente a partir de estas definiciones como partes interdependientes de un todo que es la salud de la población (6).

Se observa, como desde la medicina definida como ciencia y arte de prevenir y curar enfermedades se pasó a la medicina preventiva y social y se llegó a la medicina de salud pública, sin embargo, el paradigma positivista, ha subestimado y en muchas ocasiones incluso descalificado, el conocimiento del proceso de salud-enfermedad generado por las ciencias sociales u otros enfoques de pensamiento que no se ajustan a las categorías biomédicas y estadísticas. La propuesta es reconciliar el método epidemiológico e incluir a otras disciplinas y áreas del conocimiento enriqueciendo la epidemiología, para dar una mejor explicación y comprensión a los fenómenos relacionados con la salud de las poblaciones (7).

Se puede de esta manera recorrer toda la historia de la medicina a través de los enfoques circunstanciales predominantes, cada visión en su momento aportó su contribución, enriqueciendo la interpretación global de la salud y el tratamiento

de las enfermedades. De ese modo, se fue desarrollando el concepto moderno de salud pública, que se nutre de la medicina y la sociología y que, obligada necesariamente por el propósito que la anima –bienestar físico, psíquico y social de la población– incorpora otras disciplinas como la política, el saneamiento, la planificación, la economía y la administración. Se desprende que la salud pública o abandona el campo de la medicina, sino que asimila otros conocimientos y métodos para integrarse en el esfuerzo organizado de la comunidad a fin de obtener salud para todos (6).

La definición de mayor trascendencia, completa y que ha llegado hasta nuestros días es la de C. E. A. Winslow: “La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para : el saneamiento del medio; el control de las enfermedades transmisibles; la educación sanitaria; la organización de los servicios médicos y de enfermería y, el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud” (4).

Enfoques epistemológicos en Salud Pública

En su texto “Études d’ Histoire et de philosophie des Sciences”, Georges Canguilhem plantea cuatro preguntas fundamentales para el análisis de la historia de las ciencias: ¿cómo?, ¿quién?, ¿por qué?, y ¿de qué? Estas preguntas hacen referencia a los enfoques a partir de los cuales se aborda la historia de las ciencias, a las relaciones entre los historiadores y los científicos, en la tarea de construir la historia de las ciencias específicas, la utilidad y los usos de la historia y finalmente las distinciones entre los objetos de estudio de las ciencias y los objetos de estudio de la historia de las ciencias (8).

¿Cómo se hace la historia de la salud pú-

blica? sería entonces la pregunta obligada en esta sección, frente a ella, lo que propone el epistemólogo francés es que existan dos “enfoques” en la historia de la ciencia, que desde los años setenta han aparecido como rivales y que han marcado los modos de aproximarse a la pregunta por la historia de las diferentes disciplinas. El primero de ellos es el enfoque “internalista” y el segundo es el enfoque “externalista” (8).

El internalismo ha sido la posición hegemónica dentro de la llamada “tradición heredada” de la ciencia; de acuerdo con este enfoque, el desarrollo de la ciencia ocurre con independencia de las condiciones políticas, económicas, sociales e ideológicas y por tanto la tarea del historiador consiste en determinar cuándo se ha producido un descubrimiento, cuáles son los antecedentes de la ciencia contemporánea en el pensamiento de otra época y quiénes son precursores de cada disciplina (8).

En contraste, el enfoque externalista se orienta al examen de los factores sociales, económicos, políticos, culturales, etc. que circunscriben el trabajo de los científicos, el cual, en la actualidad, orienta las reflexiones acerca de la relación ciencia-tecnología sociedad, en asuntos particulares, como: los vínculos Estado-ciencia, política científica, economía y ciencia, responsabilidad social de la ciencia, apropiación social del conocimiento, ciencia - calidad de vida y desarrollo humano, etc. (9). La perspectiva externalista considera que cada problema o hecho a estudiar debe ser abordado en el proceso de su constitución, es decir, tomando en cuenta su historia, sin abordarlo como un dato per se.

Encontramos así, dos perspectivas claramente definidas, donde el internalismo pretende resolver los problemas en su manifestación o emergencia, mientras que el externalismo, se dirige a la búsqueda, a la estructura o contexto donde se genera dicho problema, que podrá tener un componente educativo, pero asimismo, otras dimensiones como el familiar, laboral, las

condiciones de vida, el hábitat, etc. Una apunta a “administrar” los problemas como responsabilidad individual –marginando, excluyendo, estigmatizando-, como problemas que uno genera, no así el orden. Otra, pretende atacar la fuente o raíz de los problemas, teniendo como objetivo práctico el transformar las estructuras que los genera, que podrán ser macro o micro sociales, pero que siempre considerarán las determinaciones que desde lo social afectan al individuo, en este caso, educativo-pedagógico (10).

Es así, que el enfoque externalista es característica de la Epistemología “Contextualista” que se contrapone al internalismo y al innatismo (Popper había dicho: “el 99,9% del conocimiento de un organismo es heredado o innato y sólo una décima parte consiste en modificaciones de dicho conocimiento innato”), ella sostiene que, en general, los procesos científicos varían según el contexto y se esfuerza en explicar la ciencia, la tecnología y la investigación en dependencia de factores contextuales tales como las intenciones y presuposiciones del grupo académico dentro del que ellas tienen lugar, los estándares socioculturales locales, las creencias y relaciones interpersonales, etc. (11).

Desde la perspectiva “externalista”, la ciencia es concebida como parte de la cultura, y por tanto, el análisis histórico no puede dejar de lado las condiciones simbólicas, políticas, económicas y sociales que constituyen su contexto de producción. En el caso particular de la salud pública, se asume que la práctica y el saber en el estudio de las enfermedades colectivas se encuentran ligados íntimamente a la transformación histórica de factores sociales y culturales, de tal modo que las acciones médicas no surgen como un juego de pensamiento, sino que tienen su origen en la experiencia de los individuos con el mundo material objetivo, en las relaciones prácticas de los hombres con las cosas y de los hombres entre sí, de tal modo que la determinación del saber y de la

práctica se encuentra en el conjunto de situaciones que constituyen el todo social (8).

Breve reseña histórica de la Salud Pública en Paraguay

En el Paraguay, las principales gestiones relacionadas a la salud entre la época colonial y la primera mitad del siglo XIX se caracterizaron por un periodo que tuvo a la caridad como eje principal de todas las acciones. Los pocos hospitales que existieron entonces eran lazaretos, un lugar para morir, designado por la Iglesia y luego lo fue por la Junta de Beneficencia Pública, entidad conformada por figuras de la sociedad, que entregaban bienes y recursos para la atención de los enfermos pobres mientras que las familias de los más pudientes eran atendidas en los consultorios particulares de los médicos extranjeros que se establecieron en el país (12).

En ese tiempo no existía una política de salud propiamente dicha, recién a partir de los años 50 aparecería en el escenario latinoamericano los lineamientos que habrían de conducir las acciones sanitarias. Un nuevo paradigma emerge en la conducción de la política sanitaria nacional cuando a mediados del año 1943 se inician los primeros esfuerzos conducentes al desarrollo de programas de salud con un enfoque preventivo pasando de lo meramente individualista a lo colectivo, lo que constituyó un hito en el desarrollo de la salud pública (12).

En el año 1969 se lanzó la estrategia de la atención primaria, con conceptos de integralidad dando gran impulso a la participación de la comunidad en todo el proceso, incluso en la toma de decisiones. Muchos programas fueron impulsados, algunos con éxito como la erradicación de la viruela cuyo último caso, en América, se produjo el 19 de abril de 1971, en Brasil. La viruela fue erradicada en el mundo, registrándose el último caso del mundo en el año 1977, en África. Sin embargo, otros programas no tuvieron tanto éxito como la erradicación

de la malaria y planificación familiar, un programa impulsado por la AID que trataba de reducir el crecimiento poblacional de los países del tercer mundo, cuyos resultados fueron muy escasos. La salud materno infantil se desarrolló con el componente de planificación familiar oficialmente en el Ministerio a partir de los años 70 (12).

En 1984, en el contexto de la Declaración de Alma Ata, esta gestión define su meta de trabajo “Salud para Todos”, donde se manifiesta que todas las comunidades se merecen igual y la mejor atención en salud, con la premisa de “La salud es un derecho de todos y no el privilegio de unos pocos” (12).

El Dr. Oscar Martínez Doldán durante su gestión en el gobierno del año 2006 al 2008 implementa por primera vez la gratuidad de la atención médica, se incluye después la gratuidad de la atención en planificación familiar, incluyendo la medicación específica y la provisión de los diferentes métodos anticonceptivos (12).

A partir del año 2008 con la Dra. Esperanza Martínez (Frente Guazú) el Paraguay es protagonista de hechos de singular trascendencia que se escribirán en la historia sanitaria del país, en donde se garantiza la mejora de la calidad y extensión de la prestación de los servicios de salud bajo los principios de solidaridad y equidad, y el inicio de un proceso de construcción de la nueva cultura de salud que necesita el país, bajo el liderazgo sólido del Ministerio, en donde el patrimonio cultural de la salud son objetos de atención pública, con abordaje intersectorial, descentralizado y participativo, afirmando la historia y el patrimonio cultural como relevantes en la política de salud (12).

Como estrategia para reducir el alto gasto de bolsillo para la atención/recuperación de la salud, se implementó gratuidad universal de la atención sanitaria. Las campañas masivas de vacunación se realizan para incrementar la cobertura del Programa Regular de Inmunización y disminuir así la alta morbilidad y mor-

talidad por enfermedades prevenibles.

Se suma a estas gestiones la creación de la Dirección de Atención Primaria de Salud y la implementación del Modelo de Salud de la Familia para mejorar la cobertura insuficiente y, la baja calidad en la prestación de servicios, por lo que se empezó a implementar la Atención Primaria de Salud (APS), a fin de ubicar los servicios más cerca de la población (12).

El Ministro de Salud Pública actual, Dr. Antonio Barrios, se refirió durante su asunción al acto a una Política Nacional de Salud 2013-2018, que será de la reforma del sistema de salud actual, buscando cambios en la concepción filosófica de la salud y financiamiento del sistema. Destacó que se apunta a romper con la fragmentación institucional, mediante la conformación de Redes Integradas de Salud, con participación de los sectores públicos, privados, incluida la Seguridad Social, sin comprometer su marco jurídico e independencia. “Unas Unidades de Salud de la Familia aisladas del resto de la red y con bajo poder resolutivo no son solo poco efectivas, sino que se convierten en modelos de atención pobres para pobres” (13).

Atención primaria de Salud

Existe una política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la asamblea de la OMS, en 1977, denominada “Salud para todos en el año 2000”. En 1978, en la reunión de Alma Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica, distinta de las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como atención primaria de salud (APS), lo que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud (14). La conferencia de la OMS-UNICEF de Alma Ata definió la APS como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias

de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia, y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (15).

Las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales; es decir, afectan no solo a lo curativo sino, fundamentalmente, a lo preventivo. Por esto se acostumbra a denominarlas prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación) (14).

Existen elementos conceptuales que son de nuestro interés poder mencionarlos. La estrategia de APS debe ser, integral e integrada, lo que significa, respectivamente, que debe considerar al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial, y debe interrelacionar los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas, además, deben poder integrarse funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.

La accesibilidad también es otro de los elementos conceptuales de la estrategia, esto quiere decir que los ciudadanos no deben tener dificultades importantes para poder tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios. La APS debe ser además activa, los profesionales de los equipos no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas; han de trabajar ac-

tivamente en los distintos aspectos de la atención, resolviendo las necesidades de salud, aunque éstas no sean expresadas. Otros de los elementos se refieren a que debe estar basada en el trabajo en equipo, debe ser comunitaria y participativa, programada y evaluable, y docente e investigadora (14).

Con respecto a los programas que se establecen dentro de la estrategia de Atención Primaria, deben garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esencial. Dentro del contenido de los programas deben acentuarse las actividades de promoción y prevención, combiniéndolas de manera adecuada con las de tratamiento y rehabilitación. Toda la población debe tener acceso a los servicios (universalidad), también debe haber igual oportunidad de acceso en todos los niveles (equidad) y los servicios no deben ser esporádicos, como los servicios móviles (14).

Actividades preventivas: Terminología y su aplicación al cáncer del cuello uterino en el Paraguay

El concepto de cuidado anticipado en Atención Primaria implica el desarrollo por parte de sus profesionales, de actividades sobre su población adscrita dirigidas a prevenir la aparición de determinadas enfermedades, actuando sobre sus factores de riesgo y detectando las que están en fase presintomática. Los factores de riesgo, están definidos como “cualquier exposición, condición o característica que está asociada a una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad”, pueden ser no modificables (edad, sexo) o por el contrario, ser susceptibles de cambios inducidos por actuaciones de prevención primaria, que pueden llegar a eliminarlos o, al menos, conseguir un descenso significativo de la exposición del sujeto a ellos (15).

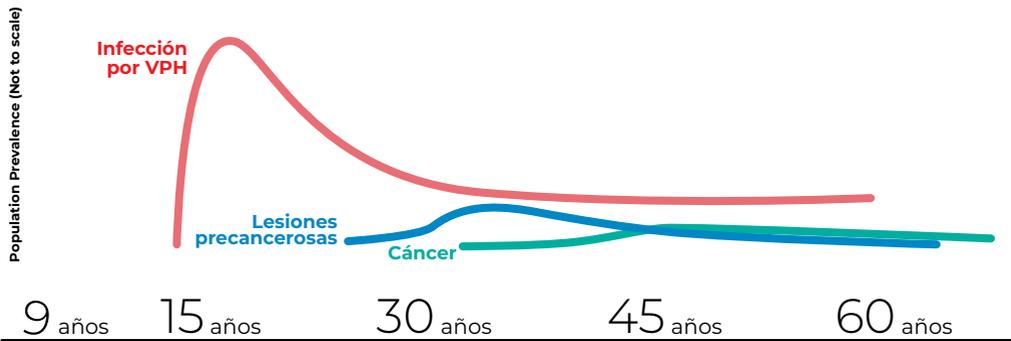
Los factores de riesgos que afectan al CCU están relacionados principalmente con el nivel cultural y socio económico de la población. La probabilidad de padecer un CCU

es muy elevada en mujeres analfabetas en ambos estudios, seguida por el número de parejas sexuales, la edad de inicio de relaciones sexuales y la multiparidad. El uso de anticonceptivos orales, también ha sido considerado como factor de riesgo importante en estudios multicéntricos internacionales.

A estos factores se suman otros indicadores básicos de salud del país que coadyuvan al desarrollo de la enfermedad, sobre todo en las áreas rurales, como son la gran cantidad de la población en situación de pobreza (41,2%), el escaso presupuesto destinado a la salud (2,9% del gasto público) la cobertura de salud insuficiente y el acceso limitado a los servicios de salud y educación en áreas rurales (16).

Las actividades de prevención primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Las de prevención secundaria pretenden detener la evolución de la enfermedad mediante actuaciones desarrolladas en la fase preclínica. Mientras que las actividades de prevención terciaria se definen como aquellas que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida, enlenteciendo su progresión e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes (15). En el siguiente esquema se describe cuáles serían las actividades dentro de cada uno de los niveles de prevención:

FIGURA 1: PANORAMA DE INTERVENCIONES PROGRAMÁTICAS DURANTE TODO EL CICLO VITAL PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR VPH Y EL CÁNCER CERVICOUTERINO



PREVENCIÓN PRIMARIA

Niñas de 9 a 13 años

- Vacunación contra el VPH
- Niñas y niños, según corresponda
- Información sanitaria y advertencias acerca del consumo de tabaco
- Promoción o suministro de condones entre quienes sean sexualmente activos
- Circuncisión masculina

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Mujeres de más de 30 años de edad

Detección y tratamiento según sea necesario

- Detectar y tratar mediante IVA, una tecnología de bajo costo seguida de crioterapia
- Pruebas de detección de tipos VPH de alto riesgo (por ejemplo los tipos 16, 18 y otros)

PREVENCIÓN TERCIARIA

Todas las mujeres según sea necesario

Tratamiento del cáncer invasor a cualquier edad

- Cirugía ablativa
- Radioterapia

* El consumo de tabaco es otro factor de riesgo de cáncer cervicouterino

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Nota de orientación de la OPS/OMS.

El principio central de un método integral de prevención y control del cáncer cervicouterino consiste en actuar durante todo el ciclo vital utilizando la evolución natural de la enfermedad para identificar en los grupos de edad pertinentes las oportunidades de efectuar intervenciones eficaces (3).

El contexto también influye en la prevención

Las perspectivas religiosas, socioculturales y de género de las mujeres pueden influir profundamente en la efectividad de los programas. Entre los obstáculos a la participación de las clientes destacan factores predisponentes tales como conciencia y conocimientos sobre problema; creencias, valores, actitudes y temores respecto a la salud; factores facilitadores, como los costos, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios; y factores de refuerzo, como las expectativas sociales (17).

Los estudios han revelado que las mujeres mostraban cierta renuencia a someterse al tamizaje porque percibían al cáncer cervicouterino como un sinónimo de muerte. La falta de información sobre los posibles tratamientos generaba un temor aún mayor entre las mujeres, y esto se acentuaba todavía más por la forma impersonal en la cual los trabajadores de salud se comunicaban con las mujeres afectadas. Además, la presencia de hombres como prestadores de asistencia sanitaria fue un factor de disuasión para algunas mujeres. En México, el conocimiento sobre los beneficios del tamizaje, la situación socioeconómica y la escolaridad fueron los principales factores para predecir el empleo de dichos servicios de tamizaje. Específicamente, las mujeres con estudios universitarios tuvieron cuatro veces más probabilidades de haber acudido al Programa de Detección Oportuna de Cáncer (DOC), en tanto que las mujeres que contaban con un seguro médico tuvieron el doble de probabilidades. Las mujeres que habitaban en buenas viviendas

tuvieron una cobertura con Papanicolaou cuatro veces mayor que quienes vivían en condiciones físicas deficientes. Un estudio en una zona rural de México reveló que sólo 40 por ciento de las mujeres en edad reproductiva sabían lo que era la prueba de Papanicolaou, en tanto que, en Granada, Antillas Occidentales, 17,9 por ciento de las mujeres entrevistadas desconocían el objetivo de la prueba de Papanicolaou (17).

Políticas de Salud Pública sobre la prevención del cáncer de cuello uterino

En el país existen bases legales que hacen referencia al derecho a la salud en general y a la salud sexual y reproductiva en particular, tal como en la Constitución Nacional de 1992, en la Ley 1032/96 del Sistema Nacional de Salud, en los Compromisos internacionales asumidos, etc. En los últimos años se han aprobado varios planes nacionales como Plan Nacional de igualdad de oportunidades para las mujeres 1997-2001 (Secretaría de la mujer); Política Nacional de Salud Integral de la Mujer enmarcada en el Plan Nacional de Salud 1999-2003; Plan Nacional de Salud reproductiva 1997; Plan Nacional de salud sexual y reproductiva 2003-2008; Política Nacional de atención integral de la salud de la mujer. Dentro de estas políticas y planes está contenido el programa de prevención del cáncer de cuello uterino, sin embargo, su ejecución aún no es efectiva, la cobertura de PAP no superó el 10% de la población y la incidencia del cáncer de cuello uterino fue incrementando a través de los años (16).

A través de la Ley Nro. 3331 del Poder Legislativo Paraguayo se crea el Programa Nacional de Prevención, detección precoz y tratamiento del cáncer de cuello uterino y de mama. En el capítulo I de dicha ley leemos que tiene por objeto disminuir la morbimortalidad por del cáncer de cuello uterino y de mama, a través de la detección precoz y tratamiento oportuno de las lesiones premalignas y del cáncer de ambas

patologías. Los objetivos del programa son entonces la prevención, detección precoz, asistencia integral e investigación citados en el artículo 2 del capítulo I.

En cuanto a la prevención, el artículo 5 expresa “Los organismos estatales implementarán los medios necesarios para la educación de la población en la prevención de ambas enfermedades, mediante la realización de campañas de difusión continuas que destaquen la importancia de la detección precoz”. El siguiente artículo también menciona algo muy importante, “El Ministerio de Educación y Cultura implementará en la currícula educativa de los establecimientos educacionales de su dependencia las formas de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno en integral del cáncer de cuello y de mama” (2).

También disponemos de la Resolución Nro. 512 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el que se establece la gratuidad del tratamiento de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino y de mamas en todos los servicios de salud dependientes del mismo. En este documento se tiene en cuenta el deterioro progresivo que producen ambas patologías y consideran “que la experiencia en países desarrollados ha demostrado que la única manera

de disminuir la morbimortalidad asociada al cáncer de cuello uterino y al de mamas es mediante el diagnóstico de las lesiones en su etapa intraepitelial, en la que el tratamiento resulta mucho más eficaz y más económico, y puede ser llevado a cabo en centros de menor complejidad” (2).

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2014 – 2018) tiene como objetivo específico lograr el acceso de la población en general a los servicios de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno del cáncer genital y de mama. Para lograrlo posee como lineamientos, en primer lugar, la ampliación del acceso de la población a la información, educación y orientación en la prevención, detección precoz y tratamiento del cáncer genital y de mama. También considera la promoción y aumento del acceso a la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), conforme a normas. Otros de sus lineamientos corresponden a la concienciación, sensibilización y capacitación a los proveedores de salud, el fortalecimiento de las redes de servicios con la dotación de instrumentales, equipos e insumos necesarios y otros, la ampliación de la cobertura de los laboratorios de citología y de la oferta del Test del VPH a mujeres y hombres, conforme a normas y políticas vigentes (18).

CONCLUSIONES

El concepto de salud que cimiente una política pública depende ampliamente de la perspectiva epistemológica que se adopte, aunque muchas veces esta acción sea de manera inconsciente. Los primeros supuestos, sobre la salud, si está incluye solo el cuerpo o si es un conjunto de varias cosas, determinará la posibilidad de enlazarla con los factores socioculturales que emergen en nuestro medio o que solo sea vista como la ausencia o disminución de prevalencia de una enfermedad específica.

Las políticas públicas están fundamentadas también en estos presupuestos teóricos

de salud. El estado puede ver a la salud de la población de una manera cuantitativa, en razón de números y proporciones, lo que nos llevará a una medicina curativa que se aboque principalmente a la cura de la enfermedad y muy poco a la raíz misma del problema.

Se considera que se necesita una verdadera “revolución científica”, utilizando los términos de Kuhn, para hacer que nuestro concepto de salud cambie.

La ciencia normal en la que nos encontramos sumergidos utiliza el término de prevención primaria, pero aún está lejos de llegar en la praxis a la verdadera esencia

de la misma. La integralidad, la universalidad y la accesibilidad siguen siendo meros “cliché” que aún se encuentran lejos de la realidad. Se ha cambiado el título de ciertas cosas dentro de la salud pública, pero se siguen las reglas de juego del paradigma antiguo, una salud enfocada a curar y no a prevenir. Inclusive para poder hacer frente a la estrategia de APS fue que el Ministerio de Salud Pública añadió a su nombre el de “Bienestar Social”, lastimosamente, con una población en la que apenas el 22% cuenta con un seguro médico, creo que aún estamos lejos de este bienestar.

Dentro de la prevención primaria tan promovida por la APS se encuentra una acción que ha generado polémica y sobresalto en diferentes sectores de la sociedad, la vacunación de las niñas de 10 a 12 años contra el VPH (virus que desarrolla el CCU). Es notable que la inclusión de esta vacuna dentro del esquema de Programa Ampliado de Inmunizaciones representa un gran logro, además de un avance en cuanto a prevención en este grupo etario. Pero aún quedan ciertos interrogantes, ¿es suficiente con vacunarlas contra una enfermedad? Creo que es más fácil involucrarse en una prevención que utilice la vacunación como herramienta principal a establecer esquemas, valores, educación que transforme el modo de ver y utilizar la sexualidad humana. Teniendo en cuenta, que uno de los más grandes factores que influyen en el padecimiento de cáncer de cuello uterino es la edad de la primera relación sexual, creo que se debe trabajar en esa área. Quizás la educación paraguaya a nivel de salud sexual ha tomado dos extremos diametralmente opuestos, uno de ellos es “de eso no se habla”, considerando la sexualidad humana como algo sucio o asqueroso, concepto quizás establecido por la religión que ha marcado de manera muy profunda a nuestra sociedad. El otro extremo correspondería a una supuesta “libertad sin límites”, en el que cada uno haciendo uso de esa libertad toma su propia decisión,

en el que la distribución condones, (cuya eficacia está considerada en menos del 75%), y medicamentos anticonceptivos son las normas para evitar el embarazo precoz o el contagio con enfermedades sexuales. Aquí propongo un punto que medie entre ambas posturas, una libertad que no se confunda con libertinaje, sino que conlleve a una responsabilidad frente a los hechos. Los adolescentes paraguayos tienen derecho a tener una educación completa sobre la forma de contraer enfermedades, que no se enfoque únicamente en la utilización de condones sino también en la primera manera de no contraer la enfermedad. Lo que propongo es una concienciación adolescente con información completa, que proponga las dos posturas para ellos, y dentro del cual cada uno podrá tomar su decisión.

“Es en términos de obstáculos que se debe plantear el problema del progreso del conocimiento científico” (19). Esto es lo que nos propone el epistemólogo Gaston Bachelard, creo que se adecua en cierta manera a lo que sucede hoy en día en cuanto a los adolescentes, hay ciertos obstáculos para que ellos tengan un conocimiento pleno que para el Ministerio de Salud quizás no sea efectivo tratar. Con respecto a las mujeres, en edad fértil, nos encontramos con muchísimos “obstáculos epistemológicos” más que solo la educación. Dentro de este grupo etario, se ha dado quizás el abordaje más “sencillo”, el de la prevención secundaria, diagnosticar de manera precoz la enfermedad para poder darle un tratamiento oportuno, es una solución superficial, no profunda, propia del enfoque internalista que se le ha dado. El problema de dar este tipo de intervenciones es que se deja de lado el contexto en el que está inserto la mujer.

El trabajo, la crianza de los hijos, el cuidado de la casa son aspectos que la mujer paraguaya tiene muy en cuenta y muy pocas veces los dejará de lado por hacerse un chequeo ginecológico y aún con más razón si ella “cree” que está sana. Esto lo revela

los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva realizada por la CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población), en el que las mujeres de entre 15 y 44 años de edad con experiencia sexual que nunca se habían realizado su PAP respondieron que la principal razón es la falta de tiempo o descuido (46,5%), en segundo lugar, el 19,4% no lo consideraba necesario, y en tercer lugar, la falta de información (13,6%) (20). Además, a todo esto, aún nos queda agregarle el factor cultural que influye de manera preponderante en nuestro medio.

Ya lo mencionaba la Dra. Patricia Veiluva Arguello, encargada de capacitación en el Programa Nacional de Prevención, Detección precoz y Tratamiento del Cáncer de cuello uterino y de mamas, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) a la OPS/OMS Paraguay: "El desconocimiento y el temor a detectar una enfermedad de este tipo causan que la mujer llegue muy tarde. Tanto el Papanicolau, para el cáncer de cuello uterino, como la mamografía, para el cáncer de mamas, son estudios que invaden un poco el pudor y que la mujer paraguaya muchas veces no se realiza por miedo o vergüenza" (21). Los tabúes, el miedo, el pudor, y hasta inclusive la negativa de la pareja son factores que influyen en la eficacia de la prevención secundaria, aunque lastimosamente esto nunca ha sido tenido en cuenta a la hora de formular los planes y mucho menos las estrategias de las políti-

cas de salud, a consecuencia de esto, hoy se registran en varios de los puestos de salud una cobertura de PAP de apenas el 10% (2).

Como personal de salud, enfocados en el área de la salud pública, existen algunos planteamientos que serían interesantes mencionar. ¿Cuál es el motivo por el que únicamente podemos ejercer la medicina o las ciencias de la salud desde una perspectiva internalista? ¿Realmente implica solo la recuperación de la salud nuestro trabajo, solo es asistir a aquel que está enfermo? ¿Por qué no podemos abocarnos a evitar que mucha gente enferme, porque no podremos asistirles antes del desarrollo de la enfermedad? Dentro de nuestras funciones no solo se registra el combatir la enfermedad, sino también evitar que esta se desarrolle, una verdadera promoción de la salud aún está lejos de ser real en nuestro país.

Quizás considerar a este problema de salud pública con una perspectiva externalista solo sea una utopía o una conjunción de palabras y términos que sean estéticos en la forma, pero imposibles en la realidad. Quizás esta perspectiva solo responda a una forma ideal de plantear este flagelo en el que nuestro país está sumergido. Considero que muy probablemente si conseguimos conjugar las ciencias sociales con las ciencias de la salud y aplicar los diferentes conocimientos que ambas poseen esto pueda ser considerado menos utópico y con una aproximación más cercana a la realidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres, A. Rojo, G. Rojo, A. Hurtado, G. Román, E. Cáncer del cuello uterino. Panorama actual de su epidemiología y de sus factores de riesgo. Artículo de revisión. Rev. Ginecología y Obstetricia de México. 2004; 72:466-74. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=lth&AN=14712508&lang=es&site=eds-live>

2. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la prevención y el control de Cáncer de Cuello Uterino. Asunción, Paraguay. 2010. Disponible en: http://www.mspps.gov.py/pnpcacum/wp-content/uploads/2012/09/Manual_Mancional_Normas_Version_Final.pdf

3. Organización Panamericana de la Salud. Nota de orientación de la OPS/OMS. Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Washington, D.C.: OPS, 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22013&Itemid
4. Gill P. Medicina Preventiva y Salud Pública. Editorial Masson S. A. Barcelona, España. 2002.
5. Hirose, B. H. Ciencias de la Salud. Quinta Edición. Mc Graw Hill Interamericana. D, F. México. 2005.
6. Mazzáfero B. E. Medicina en Salud Pública. Editorial El Ateneo. Bs.As. Argentina. 1987.
7. Berbesi, D. Algunos problemas epistemológicos de la epidemiología. Revista CES Salud Pública Volumen 4 No.2 Julio - Diciembre / 2013. Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2878
8. Restrepo, D. El objeto de estudio de la historia de la salud pública: una aproximación desde la historia de las ciencias de G. Canguilhem. Revista CES Salud Pública Volumen 2 No. 1 enero-junio, 2011. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3677220.pdf>
9. Isaza, L. Internalismo y externalismo, miradas acerca de la investigación en trabajo social. Palobra [serial on the Internet]. (2010, Aug), [cited November 25, 2015]; (11): 26-41. Available from: Fuente Académica Premier.
10. Caballero Merlo, J. N. Sociología Aplicada a la Realidad Social del Paraguay. UCA. Asunción, Paraguay. 2006.
11. Padrón, J. Tendencias Epistemológicas de la Investigación Científica en el Siglo XXI Cinta moebio 28: 1-32. Disponible en: www.moebio.uchile.cl/28/padron.html
12. Ramírez de Rojas, M. E. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: Su Historia. Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección de Documentación Histórica. Asunción, Paraguay. 2013. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/hechossaludpublica/wp-content/uploads/2013/09/historia-ministerio-de-salud.pdf>
13. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Departamento de Prensa. "Política Nacional de Salud 2013-2018 reformará sistema actual". 16/08/2013, 15:00 Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/v2/18849-Politica-Nacional-de-Salud-2013--2018-reformara-sistema-actual>
14. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud. Principios y métodos. Editorial Pax México. EEUU. 1992.
15. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Conceptos, organización y práctica clínica. Editorial Elsevier. España. 2010
16. Kasamatsu, E. Páez, M. Cáncer de cuello uterino y virus del papiloma humano en Paraguay. Perspectivas para la prevención primaria. Revista Memorias Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Vol. 4(2) Diciembre, 2006. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v4n2/v4n2a11.pdf>
17. Lewis Merle, J. Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS. 2004.

18. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014 – 2018. Asunción, Paraguay. 2014

19. Marín Gómez, E. De las nociones de paradigma, episteme y obstáculo epistemológico. Departamento de Humanidades de la Universidad EAFIT. Medellín, Colombia. 2010.

20. Centro Paraguayo de Estudios de Población. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva. Asunción, Paraguay. 2008.

21. OPS/OMS. “Cáncer de mamas y cáncer del cuello uterino: superar la vergüenza puede salvar la vida de una mujer”. 17 de noviembre de 2014. Disponible en: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1241:cancer-de-mamas-y-cancer-del-cuello-uterino-superar-la-vergüenza-puede-salvar-la-vida-de-una-mujer&catid=568:par-03ambiente-y-desarrollo&Itemid=214