

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central shield with a figure on horseback, a crown above, and two pillars on either side. The shield is surrounded by a circular border containing the Latin text "ACADEMIA COACTEMALBENSIS INTER CÆTHERAS ORIS CONSPICUA CAROLINA".

**CONVENIENCIA DE IMPLEMENTAR MEDIDAS OBLIGATORIAS EN MATERIA
DE MEDICINA PREVENTIVA PARA EL CONTROL DE CÁNCER DE CÉRVIX EN
GUATEMALA**

CATHARINE MARSHA ALVAREZ PEREZ

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2015

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**CONVENIENCIA DE IMPLEMENTAR MEDIDAS OBLIGATORIAS EN MATERIA DE
MEDICINA PREVENTIVA PARA EL CONTROL DE CÁNCER DE CÉRVIX EN
GUATEMALA**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

CATHARINE MARSHA ALVAREZ PEREZ

Previo a conferírsele el grado académico de

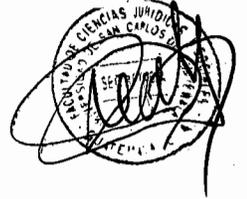
LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

Guatemala, Noviembre de 2015

**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DECANO:	MSc.	Avidán Ortiz Orellana
VOCAL I:	Lic.	Luis Rodolfo Polanco Gil
VOCAL II:	Licda.	Rosario Gil Pérez
VOCAL III:	Lic.	Juan José Bolaños Mejía
VOCAL IV:	Br.	Mario Roberto Méndez Álvarez
VOCAL V:	Br.	Luis Rodolfo Aceituno Macario
SECRETARIO:	Lic.	Daniel Mauricio Tejeda Ayestas

RAZÓN: “Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y contenido de la tesis” (Artículo 43 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público).



Guatemala, 18 de julio del año 2011.

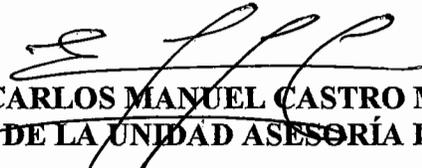
Licenciado (a)
CÉSAR AUGUSTO SAZO MARTÍNEZ
Ciudad de Guatemala

Licenciado (a) Sazo Martínez:

Atentamente me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que recibí el dictamen del (de la) Consejero (a)- Docente de la Unidad de Asesoría de Tesis de ésta Facultad, en el cual hace constar que el plan de investigación y el tema propuesto por el (la) estudiante: CATHARINE MARSHA ALVAREZ PÉREZ, CARNÉ NO. 200211492, intitulado "CONVENIENCIA DE IMPLEMENTAR MEDIDAS OBLIGATORIAS EN MATERIA DE MEDICINA PREVENTIVA PARA EL CONTROL DE CÁNCER DE CÉRVIX EN GUATEMALA" reúne los requisitos contenidos en el Normativo respectivo.

Me permito hacer de su conocimiento que como asesor (a) esta facultado (a) para realizar modificaciones que tengan por objeto mejorar la investigación, asimismo, del título de trabajo de tesis. En el dictamen correspondiente debe hacer constar el contenido del Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, el cual dice: "Tanto el asesor como el revisor de tesis, harán constar en los dictámenes correspondientes, su opinión respecto del contenido científico y técnico de la tesis, la metodología y técnicas de investigación utilizadas, la redacción, los cuadros estadísticos si fueren necesarios, la contribución científica de la misma, las conclusiones, las recomendaciones y la bibliografía utilizada, si aprueban o desaprueban el trabajo de investigación y otras consideraciones que estimen pertinentes"..

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


LIC. CARLOS MANUEL CASTRO MONROY
JEFE DE LA UNIDAD ASESORÍA DE TESIS



c.c. Unidad de Tesis, interesado y archivo

LIC. CESAR AUGUSTO SAZO MARTINEZ

ABOGADO Y NOTARIO

COLEGIADO No. 10161

Guatemala, 23 de Enero de 2015.



Dr. Bonerge Amilcar Mejía Orellana

Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis

Universidad de San Carlos de Guatemala

Su despacho:



Dr. Mejía Orellana:

En el cumplimiento a la providencia de la Unidad de asesoría de tesis, procedí a prestar asesoría a la bachiller Catharine Marsha Álvarez Pérez, en el faccionamiento de su trabajo de tesis denominado: **CONVENIENCIA DE IMPLEMENTAR MEDIDAS OBLIGATORIAS EN MATERIA DE MEDICINA PREVENTIVA PARA EL CONTROL DE CÁNCER DE CÉRVIX EN GUATEMALA**, al respecto me permito dictaminar en la forma siguiente:

a) El tópico abordado por la sustentante, reviste de trascendencia; Jurídica en el campo civil toda vez que se enfoca doctrinaria y legalmente, a hechos que se relacionan con la actividad civil que no se encuentran normados en nuestra legislación.

b) En la presente investigación, hace alusión a la problemática que acontece en nuestro sistema civil, y la necesidad de implementar medidas de carácter obligatorio en materia preventiva, para un mejor control en la salud, en este caso cáncer de cérvix, y en la obligatoriedad de la realización anual de examen ginecológico, con el objetivo de mejorar la salud de nuestra población a través de una política sanitaria de prevención.

c) Se hace una comparación con las legislaciones civiles de otros países que tienen regulados estas medidas preventivas, en el Código de Salud y el compromiso del Estado, se expresa formalmente en nuestra Constitución Política de la República de Guatemala, y su participación sobre los derechos fundamentales. El suscrito tema, señor jefe de la Unidad de asesoría de tesis, realizado por la bachiller, constituye un interesante aporte a la bibliografía que existe en nuestra legislación, por tratar un tema sobre el cual creo que no se había

LIC. CESAR AUGUSTO SAZO MARTINEZ
ABOGADO Y NOTARIO
COLEGIADO No. 10161



realizado ningún estudio, también por constituir un análisis sobre nuestra problemática actual.

d) A mi criterio se cumple con el artículo 32 del Normativo para la elaboración de tesis de licenciatura, la bachiller Catharine Marsha Alvarez Perez, ha utilizado los recursos bibliográficos, técnicas de investigación, y metodología necesarios para llevar a cabo el trabajo, no está demás, señalar que la investigación realizada por la autora del presente trabajo, utilizó contenido científico actual, metodología moderna y la redacción del tema está contemplada a nuestro sistema; por lo tanto, creo que denota suficiencia, interés y dedicación en el desarrollo del mismo, y que constituirá un valioso aporte. En consecuencia, opino que el presente trabajo debe ser objeto de discusión en el examen de rigor, ya que satisface los requisitos de forma y de fondo requeridos para el efecto.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para patentizar al dr. Bonerge Amilcar Mejía Orellana mis muestras de consideración y respeto.

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of a large loop and a long horizontal stroke.

Licenciado
Cesar Augusto Sazo Martinez
Abogado y Notario

Lic. Cesar Augusto Sazo Martinez

Abogado y Notario

Col. 10161



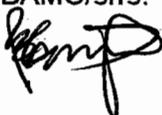
USAC
TRICENTENARIA
 Universidad de San Carlos de Guatemala



DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. Guatemala, 09 de octubre de 2015.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la impresión del trabajo de tesis de la estudiante CATHARINE MARSHA ALVAREZ PEREZ, titulado CONVENIENCIA DE IMPLEMENTAR MEDIDAS OBLIGATORIAS EN MATERIA DE MEDICINA PREVENTIVA PARA EL CONTROL DE CÁNCER DE CERVIX EN GUATEMALA. Artículos: 31, 33 y 34 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público



BAMO/srts.



 Lic. Avidán Ortiz Orellana
 DECANO





DEDICATORIA

A DIOS NUESTRO SEÑOR:

Fuente de amor y paz.

A MI MADRE:

Que me brindo las bases para lograr mi meta.

A MIS HERMANOS:

Que con su ejemplo siempre me motivan para seguir adelante.

A MIS CATEDRÁTICOS:

Gracias por sus enseñanzas.

A:

La Universidad de San Carlos de Guatemala
que me abrió sus puertas.



ÍNDICE

	Pág.
Introducción	i
CAPÍTULO I	
1. Cáncer de cérvix	1
1.1. Definición de cáncer de cérvix	1
1.2. Diagnóstico	2
1.3. Epidemiología	5
1.3.1. Incidencia de cáncer de cérvix	9
1.4. Estadificación de cáncer de cérvix.....	26
1.5. Tratamiento	28
CAPÍTULO II	
2. La realidad nacional respecto a la muerte de mujeres y políticas públicas	33
2.1. Los derechos de las personas	33
2.2. La función del Estado	37
2.3. El tema de la salud	37
2.4. Estadísticas de muertes de mujeres	40
2.5. Políticas Públicas	42
CAPÍTULO III	
3. El control ginecológico obligatorio y gratuito para prevenir el cáncer de..... cérvix	49
3.1. Aspectos considerativos.....	49
3.2. La medicina preventiva	50
3.3. La educación sexual y reproductiva como parte de los derechos humanos de las mujeres.....	54



	Pág.
3.3.1. Los derechos reproductivos	62
3.3.2. Los derechos sexuales	62
3.3.3. Panorama histórico de la educación sexual en Guatemala.....	63
3.4. Salud reproductiva	67
CAPÍTULO VI	
4. Necesidad que exista un control ginecológico en las mujeres.....	69
4.1. Ventajas y desventajas	69
4.2. Legislación comparada	71
4.2.1. República de Argentina	71
4.3. Necesidad de su regulación	88
4.3.1. Presentación de trabajo de campo	88
4.3.2. Bases	92
CONCLUSIONES	101
RECOMENDACIONES	103
ANEXOS	105
BIBLIOGRAFÍA	109



INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es un problema de salud pública que causa morbilidad grave en mujeres en edad reproductiva, por lo que es importante tomar medidas urgentes, debido a que en Guatemala las mujeres no toman conciencia ni acciones para prevenirlo.

Al considerar la realidad nacional, respecto a la muerte de mujeres que se producen anualmente y, que muy bien pueden prevenirse, el tema surge a través de mi práctica como enfermera en el hospital de cancerología por 12 años y como estudiante de derecho, al pretender que la legislación de Guatemala tome en cuenta la conveniencia de implementar medidas obligatorias, en materia de medicina preventiva para el control ginecológico.

El objetivo general de la tesis, es determinar cuáles son los factores que inciden en la muerte de mujeres en Guatemala, un análisis de las estadísticas actuales, las políticas públicas de prevención en materia de salud y determinar la necesidad de que se regule como obligatorio y gratuito el control ginecológico en el caso de las mujeres.

La hipótesis presentada, determina que es urgente crear medidas obligatorias en materia preventiva, para el control de cáncer de cérvix en Guatemala, la cual es comprobada a través del tema desarrollado en capítulos. El trabajo contiene cuatro capítulos desarrollados de la siguiente manera: En el primer capítulo, se establece en qué consiste el cáncer de cérvix; en el segundo capítulo, se hace una descripción de

los derechos fundamentales, y las políticas públicas al respecto, y lo que está sucediendo en la realidad guatemalteca con las muertes de mujeres; en el tercer capítulo, se establece la necesidad de que se regule el control ginecológico obligatorio y gratuito en las mujeres; en el cuarto capítulo, se hace la presentación del trabajo de campo, lo que sucede en la legislación comparada respecto que en otros países ya existen leyes que regulan la obligación de exámenes médicos en general y en el caso del control ginecológico.

Para realizar el trabajo de investigación, se ha utilizado los métodos siguientes: método sintético, permitiendo analizar separadamente los fenómenos de estudio y su adecuación jurídica; el método estadístico, aplicándolo para el trabajo de campo e interpretación de los resultados; el método inductivo, utilizándolo para obtener una conclusión. Las técnicas utilizadas fueron: fichas bibliográficas de material recopilado para la investigación; tecnología para actualizaciones de la investigación; encuestas para formular criterios; entrevistas para la aplicación de técnicas.



CAPÍTULO I

1. Cáncer de cérvix

1.1 Definición de cáncer de cérvix

El cáncer se forma en los tejidos del cuello uterino, órgano que se conecta al útero con la vagina, por lo general es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que se localiza con un frote de Papanicolaou común, es un procedimiento donde se separan la células del cuello uterino y se observa por un microscopio, la causa del cáncer de cuello uterino es casi siempre por una infección con el virus del papiloma humano denominado con las siglas (vph).

El sistema reproductor femenino está compuesto por órganos internos y órganos externos, en cuanto a los internos se encuentran los ovarios, las trompas de Falopio o tubos uterinos que tienen como función llevar el óvulo hasta él para que se produzca la fecundación. Otro órgano importante es el útero, que consiste en un órgano hueco y musculoso en el que se desarrollará el feto. La pared interior del útero es el endometrio, el cual presenta cambios cíclicos mensuales relacionados con el efecto de hormonas producidas en el ovario, los estrógenos.

También se encuentra la vagina que es el canal que comunica con el exterior, conducto por donde entrarán los espermatozoides. Su función es recibir el pene durante el coito y



dar salida al bebé durante el parto, pero no solamente estos órganos sirven para este proceso de reproducción humana, sino para el propio mantenimiento de vida de la mujer, cuando no se encuentra en situación de embarazo.

A través de estos órganos de la mujer se pueden suscitar una serie de enfermedades propias, como la que se analiza en el presente trabajo de investigación. “Es el cáncer que comienza en el cuello uterino, la parte inferior del útero llamada (matriz) que se abre en la parte superior de la vagina.”¹ (sic.) En términos generales entonces se puede decir que el cáncer de cérvix es el que se produce en la parte del cuello uterino o matriz de la mujer, lo cual es derivado de una serie de enfermedades y causas que se describen a continuación.

1.2 Diagnóstico

Para detectar la enfermedad, generalmente esta surge a raíz de síntomas que presenta la mujer y que molestan que la haga acudir al médico, dentro de las causas por las cuales se puede suscitar esta enfermedad, se encuentran las siguientes:

- a) En el caso de toda mujer mayor de dieciocho años o que haya tenido relaciones sexuales.
- b) Cuando se trata de una persona que presenta flujo vaginal y vida sexual activa.

¹Botella Llusia, José. **El útero, fisiología y patología.** Pág. 18



- c) En el caso de toda mujer que presente trastornos de la menstruación o hemorragias anormales del útero.
- d) En el caso de toda mujer que tenga colocado un dispositivo intrauterino o que esté utilizando los denominados anovulatorios generalmente se refiere a una clase de anticonceptivos.
- e) En los pacientes con presencia de cualquier lesión del cuello uterino.
- f) En el embarazo no contraindica la prueba.

"Como otro factor de riesgo que pareciera que no existe es cuando la mujer se encuentra en estado de gravidez pero presenta algunos de los síntomas relacionados arriba. Existen estudios publicados que sugieren la toma de muestra durante el control prenatal, ya que en el estado grávido-puerperal la zona de transformación, que es el sitio más frecuente de carcinoma, se revierte y está más accesible para la obtención de la muestra citológica."² (sic.)

Por otro lado, también es de tomar en consideración que resulta mucho más lesivo el hecho de que se tiene conocimiento que la mayor parte del tiempo, el cáncer cervical inicial es asintomático, es decir, que la mujer no presenta molestias o síntomas que la haga acudir al médico para su control ginecológico, sin embargo, esta situación es la que posiblemente sea un factor determinante en la provocación de más muertes de mujeres que pueden ser prevenibles a través del control periódico, y que en el presente trabajo de investigación se presente demostrar que esta situación no solo incumbe a la

²Delgado, Carlos. **Papiloma virus y el cáncer cervical**. Pág. 18.



mujer, sino también al Estado en resguardo y cumplimiento de sus obligaciones legales, contenidas en el artículo 1 y 2 de la Constitución Política de la República de Guatemala. A pesar de lo dicho anteriormente, existen síntomas muy claros que puede presentar la mujer para que se estime necesariamente la consulta al médico y estos son:

- Sangrado vaginal anormal entre períodos, después de la relación sexual o después de la menopausia.
- Cualquier sangrado después de la menopausia.
- Flujo vaginal continuo, que puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón, con sangre o de olor fétido.
- Períodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal.

Los síntomas del cáncer cervical avanzado pueden ser:

- a) Dolor de espalda.
- b) Fracturas óseas.
- c) Fatiga.
- d) Sangrado vaginal profuso.
- e) Fuga o filtración de orina o heces por la vagina.
- f) Dolor en las piernas.
- g) Inapetencia.
- h) Dolor pélvico.



- i) Inflamación en una sola pierna.
- j) Pérdida de peso.

1.3 Epidemiología

En primer lugar conviene establecer en qué consiste la epidemiología. “es la ciencia que estudia la frecuencia de aparición de la enfermedad y de sus determinantes en la población. Su interés se centra en la población, para conocer quién enferma, dónde enferma y cuándo enferma, como pasos necesarios para llegar a conocer el por qué de la distribución del fenómeno salud-enfermedad y la aplicación de este conocimiento al control de los problemas sanitarios.”³ (sic.)

De acuerdo a la autora consultada, el epidemiólogo le interesa, primordialmente, saber cómo se distribuye la enfermedad en función del tiempo, del lugar y de las personas. Trata de determinar, a lo largo de los años, si la enfermedad ha aumentado o disminuido; si su frecuencia en un área geográfica es mayor que en otra, y si las personas que tienen una determinada enfermedad muestran características diferentes a los que no la tienen.

Las características personales que interesan a la epidemiología y al epidemiólogo son:

A) Características demográficas: edad, sexo y grupo étnico.

³Jenicek, Milos. **Epidemiología lógica en la medicina moderna.** Pág. 22.



B) Características biológicas: niveles de anticuerpos sanguíneos, productos químicos, enzimas, constituyentes celulares de la sangre; mediciones de la función fisiológica de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo.

C) Factores sociales y económicos: situación socioeconómica, antecedentes educacionales, ocupación, circunstancias relacionadas con el nacimiento.

D) Hábitos personales: consumo de cigarrillos, alcohol y medicamentos, alimentación, actividad física.

E) Características genéticas: grupo sanguíneo, etc.

En general, se trata de una ciencia observacional que se basa en el método científico. En el caso del cáncer de cérvix, se estima que el cáncer, es uno de los flagelos más temidos de la humanidad, sigue siendo un desafío para la ciencia médica moderna y para los organismos de salud, esencialmente para el Estado en su función de protección y garantizar el derecho a la salud de sus habitantes.

“El cáncer del cuello uterino tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácil de diagnosticar, el más prevenible de todos los cánceres y es el principal problema de salud pública en las mujeres en actividad sexual de los países subdesarrollados por no tener o tener en forma deficiente programas de detección temprana con el Papanicolaou, ácido acético o lugol; en las naciones desarrolladas que los tienen, la incidencia y mortalidad ha declinado en forma significativa.



Las naciones subdesarrolladas no tienen la prevención secundaria con el Papanicolaou por el costo elevado; con el ácido acético o lugol los costos serían más reducidos y la sensibilidad y especificidad más cercanas al Papanicolaou.”⁴ (sic.)

De acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana en su informe, se ha referido que en el mundo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer es por neoplasia maligna del cuello uterino; “el 85 % de estas muertes se producen en las naciones subdesarrolladas. Desde hace cerca 160 años se comprobó que el principal responsable de la aparición del carcinoma del cuello uterino es el acto sexual comprobados en 1848, 1950; en más de 130,000 (ciento veinte mil) monjas; en ninguna de ellas hallaron carcinoma del cuello uterino; pero se desconocen porque mecanismos: Es evidente que acompañan al coito factores extrínsecos e intrínsecos: papiloma virus humanos (PVH), alteraciones del sistema inmunológico, anticoncepción oral, bajo nivel económico, herpes virus simple, tabaco, medio ambiente y otros.

En 1974 se lanzó la idea, que el PVH pudiera ser el agente causal del carcinoma del cuello uterino; desde esa fecha aparecieron publicaciones que lo incriminaban; pero el PVH no se encuentra en todos las neoplasias malignas del cérvix uterino y no cumple el postulado: la controversia seguirá.”⁵ (sic.)

“En los países desarrollados en promedio la mortalidad por esta neoplasia ha disminuido el 80 % debido fundamentalmente al uso de la citología exfoliativa del

⁴Oficina Sanitaria Panamericana. **La lucha contra el cáncer.** Pág. 2.

⁵Ibid. Pág. 3.



epitelio del cuello uterino. Se estima en más de 30,000 muertes por año por esta patología en América Latina y el Caribe. En USA en 1992 se diagnosticaron 72,000 nuevos casos de cáncer genital femenino; fallecieron 24,000 (33.34 %) y en el mundo se diagnostican cerca de 500,000 carcinoma del cuello uterino; más de 85 % en los países subdesarrollados. Cuando muere una paciente por neoplasia maligna del cerviz uterino alguien comparte con el cáncer la responsabilidad de esa muerte.”⁶ (sic.)

Estas muertes reflejan las limitaciones que se tienen. Los esfuerzos para reducir la incidencia y mortalidad deben extenderse y concentrarse en la prevención primaria o secundaria de la cual se describirá más adelante, pero se hace imprescindible que exista una diagnóstico y prevención a través del control periódico.

Si los Estados pudieran intervenir en un control obligatorio ginecológico y que se ponga en práctica la prevención secundaria para combatir esta enfermedad la posibilidad de cura es del cien por ciento.

En los países subdesarrollados como sucede en el caso de Guatemala, el diagnóstico de esta enfermedad es la número uno en pacientes que ignoraban sus estadios iniciales porque no tenían programas de detección temprana y si tenían era deficiente; poniendo en práctica en forma masiva la detección temprana con el Papanicolaou, se estaría en condiciones de descubrir en su períodos iniciales, tan temprano como fuera

⁶Oficina Sanitaria Panamericana. Op. Cit. Pág. 4.



posible y hacer el tratamiento oportuno, lo cual significa que con un breve, sencillo, rápido, etc., examen ginecológico se pudieron prevenir dichas muertes.

1.3.1 Incidencia del cáncer cervical

A pesar de que la incidencia es en todos los países donde habiten mujeres y estas no acudan a un control ginecológico periódico, es innegable reconocer que con más frecuencia se produce en mujeres de los países subdesarrollados.

Conforme la Oficina Sanitaria Panamericana, como fuente primaria consultada, se tiene datos alarmantes en relación a esta enfermedad que dentro de los aspectos que interesan a la presente investigación se encuentran los siguientes:

En Estados Unidos, la incidencia de carcinoma escamoso del cuello uterino entre los quince a cuarenta y nueve años decreció de 75/100000 en 1975 a 60/100000 en 1980; desde esta fecha se mantiene estable con tendencia al aumento. Durante 1979 disminuyó la incidencia en 4.7% por año y en los años de 1983-1987 disminuyó solamente 2.2 % por año. En 13,000 embarazadas, se reportó 2.2 % de anormalidad del epitelio (Abitbol), 1.3 % carcinoma in situ (Lurain) y prevalencia de carcinoma in situ de 1.3/1000 embarazadas.



Estas diferencias se deben a que se desarrollan o no los programas de detección masiva por la citología exfoliativa, ácido acético o lugol, con eficiencia, según los parámetros con que obtengan los datos y reflejan las diferencias económicas sociales.

Por la detección temprana por el método de Papanicolaou que las naciones desarrolladas han puestos en vigencia, ha disminuido la incidencia en las mujeres tanto de raza blanca y negra de 1.1 % a 2.3 % en 1975 a 0.8 % y 1.4 % 1990.

Dentro de los informes analizados de la Oficina Sanitaria Panamericana y la lucha contra el cáncer se tienen causas fundamentales que son detonantes de la enfermedad y conforme ello, se encuentran:

A) Mortalidad

A nivel mundial el carcinoma del cuello uterino es la principal de causa de muerte de la mujer por cáncer; el 85 % se produce en las mujeres de las naciones subdesarrolladas que no utilizan la prevención secundaria.

En Estados Unidos en 1970 fallecieron 10,000 por carcinoma del cuello uterino; en 1984, 7.000; en 1991, 4,500 y en 1992 murieron 4,400.

Las tasas de mortalidad varían ampliamente entre las naciones: 35/100000 en Honduras, 21/100000 en Paraguay. , 45.5/100000 Rumania, 9.5/100000 Israel,



11.5/100000 Costa Rica Surinam 23/100000 y Egipto 0.3/100000, la más baja del mundo.

Hay reducciones de la incidencia y mortalidad por carcinoma del cuello uterino en Estados Unidos, Canadá, Finlandia, Gran Bretaña, Irlanda, Suecia, Escandinavia y Austria debido a que practica masiva y constantemente la citología del epitelio del cuello uterino y a los excelentes resultados de la terapia en los estadios iniciales; en Islandia el Papanicolaou se practica en el 100 % de mujeres; en promedio en los países industrializados el 75 %. Desde la aplicación del Papanicolaou en Estados Unidos, la mortalidad ha disminuido del 3 % a 4% por año.

Refieren que la supervivencia a los 5 y 15 años aumentó sustancialmente entre 1940 a 1950 pero la supervivencia a los 5 a 15 años después de 1950 no se ha incrementado.

La supervivencia en Dinamarca a los 5 años es del 59 %. La incidencia y mortalidad por cáncer del cuello uterino está en aumento en menores de 35 años con metástasis linfáticas y de piel más altas y la supervivencia por cáncer del cérvix uterino a los 5 años es del 59 % y del escamoso 68 %.

B) Relaciones sexuales

Este es otro factor determinante para la enfermedad. Este informe se refiere al celibato, e indica que puede asegurarse que el celibato protege a la mujer del carcinoma del



cuello uterino. En 1842 se reportó ausencia de cáncer cervical en monjas del Convento de Verona; en 1950 no se halló neoplasia maligna del cuello uterino en 13,000 monjas del Canadá y en 100,000 monjas estudiando los registros hospitalarios y autopsias, tampoco se encontraron indicios de esta enfermedad que haya sufrido este sector de la población.

Se ha afirmado que el agente cancerígeno estaría en el ADN del espermatozoide; millones de espermatozoides permanecen hasta 60 horas en el canal cervical donde son fagocitados y por su gran movilidad y penetración se introducirían al interior de la células epiteliales; esta penetración según estudios in vivo e in Vitro sólo ocurriría en fases de la metaplasia, de mayor actividad metabólica.

La penetración de los espermatozoides han sido confirmados por estudios histológicos y ultra radiográfico; en el laboratorio se cultivaron espermatozoides tritiados con 3h timidita y puesto en contacto con las células metaplásicas y se apreció el ADN tritiado del espermatozoide en el interior de los núcleos de las células metaplásicas.

Se reportaron desarrollo de carcinoma invasivo del cuello uterino en útero didelfo; un tabique dividía la vagina: desarrolló el cáncer por donde realizaban el coito y que fueron confirmados por otros investigadores.

El exocervix está recubierto por epitelio estratificado de múltiples capas y el endocervix está recubierto de una sola capa de epitelio cilíndrico; la unión de estos dos



epitelios diferentes están en constantes desplazamientos mutuos; llaman los histólogos zona de metaplasia y los colposcopistas zona de transformación, esta zona de transformación o de metaplasia es un proceso fisiológico que por agentes endógenos o exógenos puede degenerar en neoplasia maligna.

Las lesiones preneoplásicas del cuello uterino se localizan exclusivamente en esta zona que es la más vulnerable a los agentes carcinogénicos.

Los factores de más riesgo para la aparición del carcinoma del cuello uterino es principalmente el acto sexual, luego vienen la edad de comienzo del coito, el número de parejas sexuales y otros factores endógenos y exógenos.

Se considera al carcinoma del cuello uterino como una enfermedad de transmisión sexual y que durante el acto sexual se transmitiría a la mujer el agente cancerígeno, que al actuar sobre el cérvix inmaduro o especialmente susceptible desarrollaría la neoplasia maligna.

El proceso de la metaplasia donde se inicia la neoplasia maligna es intensa y dinámica en la adolescencia, confirmando la hipótesis que el coito temprano es el período de máxima vulnerabilidad del epitelio del cuello uterino que originaría el tumor maligno y la mayoría de los factores de riesgo del carcinoma del cuello uterino se relacionan íntimamente con el comportamiento sexual.

C) Papiloma virus humano (pvh)



Se han identificado más de 70 tipos de papiloma virus, está ampliamente difundido en la naturaleza; infecta a los animales domésticos y silvestres y es la enfermedad viral más comúnmente transmitida por el coito; se trasmite también al nacer, permanece latente en la infancia; se ha detectado también en el líquido amniótico, guantes de goma, pinzas de biopsias, espéculos y ropa interior; se sospecha que el médico pudiera transmitirlo durante la evaluación vaginal o rectal.

Se encuentra presente también en el piso: por estas razones se duda que la transmisión sexual sea la única fuente de contaminación.

La infección por el papiloma virus es más frecuente en personas de 20 a 25 años y está incrementándose; ha alcanzado proporciones epidémicas especialmente en jóvenes; el hombre asintomático es el reservorio del papiloma virus genital; se infectan dos hombres por cada mujer.

La prevalencia en 1970 era del 1 % al 2 % y en 1985 por citología 2.5 %. Actualmente se informa prevalencia detectada por métodos de alta sensibilidad hasta en el 85 % y en mujeres de más de 35 años decrece al 2 % o 3%. En el 40 % de embarazadas se detecta papiloma virus DNA positivo en el primer trimestre y en el 60 % en el tercer trimestre y disminuye al 17 % en el puerperio, debido a la disminución del sistema inmunológico durante el embarazo o influencia positiva de las hormonas sexuales aumentadas durante la gestación.



El papiloma virus a pesar de ser el primer inculcado de desarrollar el carcinoma del cuello uterino, no se le detecta en la totalidad de los canceres del cérvix.

Se reporta presencia de papiloma virus en neoplasia intracérvical e invasivo en solamente 49 %; publican presencia del PVH en displasia 40 % e invasivo 90 %; otro autor informa 95%, se investigó por 3 años mujeres con alteraciones citológicas del epitelio uterino con infección por el PVH 16: progresó a in situ 29.5 %, desapareció 29.5 % y permaneció inmodificado 41 %: con el PVH 6; progresó a in situ 5.9 % y desapareció 41.2 %.

La infección se produce por inoculación de papiloma virus en la capa basal, a través del epitelio cervical traumatizado por el coito o atraviesa la capa celular del epitelio.

Las alteraciones citológicas de la infección subclínica por el papiloma virus del epitelio del cuello uterino, fueron observadas en 1949.

En 1955 se describió al koilocito como característica de displasia, sin sospechar que era producida por el papiloma virus; en 1976 y 1977 se confirmaron que ciertas alteraciones citológicas del epitelio del cuello uterino consideradas como típicas de la displasia y carcinoma in situ eran en realidad patognomónicas de la infección subclínica por el papiloma virus, confirmadas por microscopio electrónica.



Las lesiones preneoplásicas del cuello uterino se inician exclusivamente en la zona de transformación y la infección por el papiloma virus se desarrollan en otras zonas: vagina, vulva, periné, ano, etc.

No hay evidencias del aumento del carcinoma del cuello uterino por el aumento de la infección por el papiloma virus.

La mayoría de las infecciones por el papiloma virus son asintomáticas y el papiloma virus como agente etiológico del carcinoma del cuello uterino no cumple los postulados: no se encuentra en el 100 %, cuando se inyecta no reproduce la neoplasia maligna y se halla en otra enfermedad; la presencia del papiloma virus no es suficiente para el desarrollo del tumor maligno del cuello uterino, se requiere la compañía de varios factores exógenos y endógenos.

D) Herpes virus 2 (HV2)

La más alta incidencia de herpes virus 2 en Estados Unidos ocurre entre los 22 a 24 años: 50/100000 sintomática y 160/100000 asintomático.

Usando anticuerpo específicos del herpes virus 2 se ha determinado que del 16 % al 33 % tienen infección asintomática incrementándose el 1 % en menores de 15 años a 20 % en mayores de 30 años. Por serología se detectó el herpes virus 2 en el 35.7 % en pacientes obstétricas; aumentó también la infección neonatal de 2/100000 en 1966 a 13.8/100000 en 1988, infectado durante el embarazo y el parto.



La infección transplacentaria es del 30 % al 50 %. En todas las edades la incidencia más alta de infectadas por el herpes virus 2 se aprecian en las mujeres de raza negras, divorciadas, gonorreicas, de bajo nivel económico e hispánicas; 17 % a 30 % en la clase media alta.

La incidencia de infectadas por el herpes virus 2 asintomáticas detectadas por cero prevalencia positiva en consultorio de control prenatal varía: 8 % en Japón, 14 % en Australia, 14 % a 19 % en Suecia y 40 % en negras de baja condición económica en USA; en homosexuales 65 %, prostitutas 57 % y en consultorios antivenéreos 40 % en Australia.

La relación del herpes virus 2 con el carcinoma del cuello uterino se inició en 1960 por estudios cero epidemiológicos. En 1974 se reportó en mujeres de más de 20 años con carcinoma del cuello uterino in situ; 67 % eran positivas para los anticuerpos del herpes virus 2 comparado con el 15 % del grupo en control.

Se informó 100 % de positividad en pacientes con cáncer invasivo del cérvix uterino y 69 % en el grupo control.

Se informa que en 56,418 pacientes se halló 245 (0.43 %) infección asintomática y por biopsia comprobó 58 (59.18 %) con alteraciones: 42 (42.85 %): displasia, 12 (12.24 %) carcinoma in situ y 4 (4.08 %) carcinoma invasivo; Se reporta anticuerpos del herpes



virus 2 en el 88 % de pacientes con carcinoma invasivo del cuello uterino y 11 % en pacientes sanas de control.

Varios investigadores han demostrado que el herpes virus 2 en el laboratorio transforma a las células de los animales o células humanas embrionarias en células malignas Se produjo carcinoma in situ y carcinoma invasivo en la vagina y cuello uterino en ratones que fueron inoculados con HV2 inactivados.

Investigaciones epidemiológicas, por hibridización molecular y otros análisis demostraron algunas evidencias de asociación del HV2 como cofactor del carcinoma del cuello uterino.

Décadas de investigaciones no han comprobado que el HV2 sea el agente etiológico de esta patología: puede considerarse como un cofactor.

E) Historial natural

Hay opiniones divergentes en considerar que sí la displasia precede al in situ y este al invasivo. Algunos aseguran que hay pocas dudas que la displasia precede al in situ que luego progresa al invasivo con los argumentos que el invasivo es más frecuente en mayores de 50 años y el in situ en menores de 25 años a 34 años.



Se sospecha la existencia de dos variedades de carcinoma escamoso del cuello uterino: la forma más común progresa de displasia a in situ; conocido actualmente como de bajo o alto grado de lesión intraepitelial escamosa (SIL) que avanza a invasivo y la otra variedad no pasa por la displasia ni SIL; es de escasa virulencia y es más frecuente en las ancianas.

Se ha determinado que el 50 % de las displasias progresan a in situ, 28 % permanece invariable y 22 % progresa hacia un mayor grado de displasia.

La transición de displasia leve a moderada a severa e in situ es de 5, 3 y 1 año respectivamente; otros investigadores informan tiempos de progresión de displasia leve a moderada a severa e in situ de 58, 38 y 12 meses respectivamente y la progresión del SIL a invasivo del 0.17 % al 70 % a los 3 a 10 años o de 6 a 20 años.

Se opina que el 62 % de las displasias desaparecen, 22 % persisten como tal, y 16 % progresan a displasia severa e invasivo en carcinoma in situ grado I: 14 % progresó, 27 % persistió y 56 % regresó y grado II, 69 % progresó, 27 % persistió y solamente 14 % regresó; controladas por citología o biopsia: 35 % a 45 % regresó, 27 % a 31 % persistió 23 % a 38 % progresó.

El informe asegura un intervalo de 1 año a 20 años, para progresar carcinoma in situ a invasivo con un promedio de 10 años.



Existen investigaciones que demostraron que algunas displasia y carcinomas in situ desaparecen y nuevamente aparecen y que metástasis de tumor maligno del colon 9 % y de mama pueden alojarse en el cuello uterino.

F) Edad

La incidencia más elevada del cáncer del cuello uterino. está entre los 40 a 60 años; promedio: 45 a 55 años; desciende notablemente después de los 60 años, La máxima incidencia del carcinoma cervical in situ está entre los 30 a 40 años y el invasivo entre los 40 años a 50 años reportan edad promedio de la displasia 34 años, in situ 41 años e invasivo 48 años y de la neoplasia intraepitelial 30 años.

F) Hombre

El cáncer del cuello uterino es más frecuente en mujeres cuyos esposos tienen cáncer de pene, próstata o primeras esposas tenían cáncer del cérvix uterino.

En 1984, se reportó que la segunda o tercera esposa de varones que tenían sus primeras esposas esta neoplasia, tenían incidencia más elevada que lo esperado.

Israel y Nigeria tienen baja incidencia de carcinoma de pene y del cuello uterino y Colombia y Puerto Rico en cambio presentan incidencia elevada de cáncer de pene y cuello uterino.



La incidencia más elevada de carcinoma del cuello uterino en mujeres promiscuas confirma que la actividad sexual es factor de riesgo elevado.

Por estudios epidemiológicos se ha llegado a la conclusión de la existencia de un agente responsable, transmitido sexualmente por el varón a la mujer.

Este agente tendría éxito en el frágil epitelio metaplásico inmaduro de la adolescente, traumatizado por el coito.

De aquí la importancia de la edad del inicio del coito.

Estos agentes pueden ser virus, espermatozoides que acompañados con los cofactores el epitelio traumatizado por los coitos repetidos o la exposición frecuente del plasma seminal del varón al tracto genital femenino, produciría alteraciones del sistema inmunológico local predisponiendo al cáncer, especialmente si es inducido por virus.

G) Factores económicos

Por consenso se admite que el carcinoma del cuello uterino es más frecuente en mujeres de baja condición económica.

Es alta la incidencia en mujeres cuyos esposos son jornaleros o trabajadores eventuales. En general mujeres de reducida condición económica y viven en zona urbana, tiene 3 veces más alta prevalencia de neoplasia maligna del cuello uterino; es



más alta en mujeres que viven en zona urbana que las que viven en zona rural; aunque se reporta que en Costa Rica es más alta en zona rural.

El factor económico en sí no jugaría rol importante, sino que el bajo nivel económico condicionaría deficiente higiene, incluyendo la higiene del pene, inicio del coito a temprana edad, relaciones sexuales más frecuentes, múltiples parejas, matrimonios inestables, mayos promiscuidad, multiparidad, etc. o por el nivel económico reducido ingerirían deficiente nutrientes o micronutrientes que llevarían a la disminución del sistema inmunológico sistémico o local del moco cervical.

H) Tabaco

En el cigarrillo que se fuma hasta 1982 se identificaron 4720 compuestos químicos diferentes, siendo el más tóxico y que produce hábito la nicotina y 48 compuestos carcinogénicos comprobados en el laboratorio Dube et; hasta la actualidad se han identificado más de 5000 compuestos diferentes.

Existe marcada asociación entre el cigarrillo con alteraciones del epitelio cervical, controlados con el número de parejas sexuales, embarazos fuera del matrimonio y años de uso de la píldora anticonceptiva.

El tabaco también es inculpado como factor de riesgo de la neoplasia maligna del cérvix uterino tanto las que fuman y mascan, pero se ignoran cómo actuaría.



Los metabolitos del tabaco se han detectado en el mucus del cuello uterino: nicotina en el 25 % y la cotinina en el 84 % de las fumadoras, cuya concentración es directamente proporcional al tiempo y número de cigarrillos consumidos por día.

El riesgo de neoplasia maligna del cuello uterino en fumadoras es de 1.9 a 14.6 veces más alta que en no fumadoras dependiendo del tiempo y número de cigarrillos consumidos por día, debido a que algún metabolito del cigarrillo disminuiría la capacidad inmunológica del epitelio del cuello uterino o actuaría como un cofactor sinérgico en la transformación maligna del epitelio cervical; en fumadoras se analizó la concentración de nicotina y cotinina en la sangre y mucus en el cuello uterino en pacientes con carcinoma in situ; se halló alta concentración de nicotina en el mucus del cuello uterino.

l) Raza

En Estados Unidos la incidencia y mortalidad por carcinoma del cuello uterino en las mujeres de piel oscura es tres veces más alta que en las mujeres que tienen piel blanca; Se observó mayor incidencia en las caucásicas que en las indias de Nueva México; en New York en hispánicas blancas es dos veces y medio más elevada que en la blanca oriunda de los Estados Unidos; las hispánicas tienen más riesgo de desarrollar carcinoma escamoso y las asiáticas.



Se considera que la neoplasia maligna del cuello uterino es más frecuente en las mujeres de piel oscura por predisposición racial, pero con el mismo nivel económico las diferencias raciales desaparecen.

J) Sistema inmunológico

La escuela Rusa ha demostrado que el organismo humano tiene aproximadamente 10¹³ células y 10 millones de células mutantes con un gen modificado en un momento dado.

Estas células mutantes con un gen modificado, traidoras que no aceptan ser reguladas, por los sistemas de control del organismo humano, con su reproducción, originaría los tumores malignos.

El sistema inmunológico es el encargado de controlar estas células mutantes, rebeldes o traidoras. Por tal razón el sistema inmunológico disminuido jugaría rol importante en la aparición y desarrollo de la displasia tras la agresión del epitelio cervical por el carcinogénico.

K) Enfermedades de transmisión sexual

La neoplasia maligna del cuello uterino se ha asociado a todas las enfermedades de transmisión sexual porque los factores de riesgo son similares; se ha sospechado de la



sífilis, clamidia, tricomona vaginali, hongos, decían que actuarían como mutagénicos, pero no hay evidencias:

En la década del 60 fue incriminado el herpes virus 2 y a partir del año 70 el papiloma virus; se ha determinado que las prostitutas con sífilis tienen 6 veces más elevado el carcinoma del cérvix uterino que el grupo control.

M) Anticoncepción

La mujer no embarazada produce estradiol de 100 ug a 300 ug por día que circula en la sangre 99% unido a globulinas y albúminas y 1 % libre; solamente este 1 % libre ejerce sus funciones a concentraciones extremadamente reducidas en el núcleo de la células unido al receptor.

El estrógeno sintético se usó desde su descubrimiento, para retener el aborto y otros fines y se comprobó que en las hijas de madres que lo habían tomado durante el embarazo, se enfermaron de carcinoma del cuello uterino y vagina, como así también tuvieron alteraciones morfológicas del árbol genital; por tales razones fue proscrito por la (Hersbt et al); las embarazadas que tomaron anticoncepción oral en el primer trimestre, sus hijos tuvieron alteraciones congénitas el síndrome de alteraciones de las vértebras, ano rectal, cardíaco, tráquea, renal, esofágica y reducción de los dedos.

La anticoncepción oral está positivamente relacionada en la aparición y desarrollo de la neoplasia maligna del cuello uterino.



La frecuencia es más alta en mujeres que usan la píldora y menos en las que usan métodos de barrera.

Pacientes que usan anticoncepción oral desarrollan carcinoma cervical de 4 a .6.7/1000 y las que usan de barrera 1.8/ 000 a 3.8/1000 porque las que usan métodos de barrera, se protegen de los agentes cancerígenos y las que usan la píldora inician el coito a menor edad, son sexualmente más activas y tiene múltiples parejas sexuales.

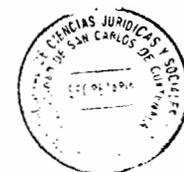
En una investigación con 47.000 mujeres se comprobó que mujeres que usaban la píldora anticonceptiva por más de 10 años tuvieron 4 veces más elevada, que las no usuarias.

También se lanza la hipótesis de que la anticoncepción oral intervendría en la aparición, y progresión de la displasia a carcinoma in situ e invasivo en mujeres susceptibles por reducción del folato que mantiene la integridad del epitelio uterino.

1.4 Estadificación del cáncer de cérvix

Como se ha evidenciado con lo expuesto arriba, el cáncer aparece cuando las células en un área del cuerpo se desarrollan de manera anormal.

El cáncer cérvico uterino comienza en el cuello del útero, la abertura estrecha en la base del útero (o matriz), conocido también como cuello uterino.



El cáncer cérvicouterino puede tardar muchos años en desarrollarse.

Las células normales en el tejido del cuello uterino pueden transformarse en anormales (o pre cancerosas) por diferentes motivos. Generalmente, estas células pueden detectarse mediante la prueba de Papanicolaou.

En algunos casos, estas células anormales no se detectan porque no se llevó a cabo la prueba o porque no fueron detectadas durante la misma, cuando esto sucede y las células no se tratan, podrían convertirse en células cancerosas.

Después de diagnosticar el cáncer cérvicouterino, el equipo médico lleva a cabo más pruebas a fin de determinar si el cáncer se ha extendido.

De ser necesario, se realizarán pruebas adicionales, como radiografías, tomografías computarizadas o biopsias, para determinar el grado de extensión.

Este proceso se denomina estadificación. La estadificación ayuda a determinar el plan de tratamiento más adecuado para la mujer que atraviesa esta problemática.

El cáncer cérvicouterino se divide en cuatro estadios:

Estadio I: El cáncer se encuentra solamente en el cuello uterino.



Estadio II: El cáncer se ha extendido del cuello uterino hacia la parte superior de la vagina o al tejido alrededor del útero.

No se ha extendido a las paredes de la pelvis. (Las paredes de la pelvis están constituidas por el tejido muscular y el tejido conjuntivo que revisten el interior del hueso ilíaco.)

Estadio III: El cáncer se ha extendido a la parte inferior de la vagina o a las paredes de la pelvis. Podría bloquear el flujo de orina a la vejiga. Las células cancerosas también podrían encontrarse en los ganglios linfáticos en la pelvis.

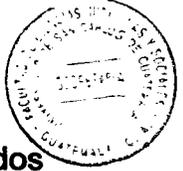
Estadio IV: El cáncer se ha extendido a otros órganos dentro o fuera de la pelvis. Podría haber células cancerosas en la vejiga, el recto, el abdomen, el hígado, los intestinos o los pulmones.

1.5 Tratamiento

El tratamiento del cáncer cervical depende de:

La etapa o estadio del cáncer:

- El tamaño y forma del tumor.
- La edad y salud general de la mujer.
- Su deseo de tener hijos en el futuro.



El cáncer cervical precoz se puede curar con la extirpación o destrucción de los tejidos pre canceroso o canceroso. Existen diversas formas quirúrgicas de hacer esto sin extirpar el útero ni dañar el cuello uterino, en caso la mujer quisiera aún tener hijos en el futuro.

Los tipos de cirugía para el cáncer cervical precoz comprenden:

- Procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa, que utiliza electricidad para extirpar el tejido anormal.
- Crioterapia, que congela las células anormales.
- Terapia con láser, que utiliza luz para cauterizar el tejido anormal.

Una histerectomía (extirpación del útero pero no de los ovarios) a menudo no se lleva a cabo si el cáncer cervical que no se ha diseminado. Se puede practicar en mujeres que se hayan sometido a procedimientos legrados repetitivos.

El tratamiento para el cáncer cervical más avanzado puede comprender:

- Histerectomía radical, con la cual se extirpa el útero y mucho de los tejidos circundantes, incluyendo los ganglios linfáticos y la parte superior de la vagina.
- Evisceración pélvica, un tipo extremo de cirugía en la cual se extirpan todos los órganos de la pelvis, incluidos la vejiga y el recto.



- Radioterapia se utiliza en algunos casos después de la cirugía como medio de prevención para evitar que vuelva a salir de nuevo la enfermedad y en otros para tratar los casos en el que el cáncer se ha diseminado más allá de la pelvis o también llamado proceso metastasico en el que el cáncer ha reaparecido llamado también recurrencia. La radioterapia puede ser interna o externa.

En la radioterapia interna, se utiliza un dispositivo de metal en forma de barras unidas por unos ovoides (círculos de madera) que unen las barras lleno de material radiactivo, que se coloca dentro de la vagina en el centro del cérvix de la mujer tratando de que el aparato quede lo más exacto a la enfermedad o cáncer cervical por un tiempo estipulado por físicos nucleares, con las medidas proporcionadas por el médico radioterapeuta tratante.

En la radioterapia externa, se hace desde una máquina grande que emite radiación al cuerpo donde el cáncer está localizado. Las maquinas tienen radiación de cobalto, que se da sobre la piel con dosis ya calculadas por el médico radioterapeuta con una profundidad de más de un centímetro, y superficial que es sobre la piel en menos de un centímetro las dos formas son similar a una radiografía, por un periodo corto (dosificado) para evitar que la piel tenga daño o también llamado radio dermatitis.

La quimioterapia es un tratamiento vía intra venosa, donde se utiliza medicamentos para destruir el cáncer calculado por los quimioterapeutas donde anotaran que combinaciones de medicamentos se utilizaran y en qué forma serán administrados por



personal de enfermería donde se especificara, tiempo que debe durar cada solución, medicamentos indicados en cada solución , cuantas soluciones se administra, combinaciones de químicos y todo será administrado por personal de enfermería capacitado, algunos ejemplos de medicamentos que se usan como quimioterapia para el cáncer cervical son: 5-FU, cisplatino, carbo platino, ifosfamida, paclitaxel y ciclofosfamida. En algunas ocasiones, se utiliza radiación y quimioterapia antes o después de la cirugía para obtener mejores resultados en el tratamiento al cáncer de cérvix dependiendo de la estadificación del paciente, los resultados son a largo plazo y la estadificación mostrara si es la efectividad del tratamiento es la requerida por el médico tratante o será de forma curativa o paliativa.

Los efectos secundarios a la aplicación de la quimioterapia son:

Nauseas, vómitos, mareos, malestar general, taquicardia, caída del cabello, pérdida del apetito, perdida de la degustación a la comida, perdida de saliva, incremento en la sensibilidad de los olores y en algunos casos dolor en las articulaciones, somnolencia, descontrol del sueño, irritabilidad, dependiendo la estadificación de la enfermedad serán los beneficios adquiridos

Beneficios:

Reducción de la enfermedad, paliatividad o disminución del dolor, tiempo prolongado de vida.

La paliación es una forma de aliviar el dolor causado por la magnitud del tumor o cantidad de enfermedad que tenga una paciente de tal manera así será su evaluación.



Otra forma de paliación es la utilización de medicamentos controlados o (drogas farmacológicas) establecidas por médicos oncólogos que son recetadas por médicos registrados en el Ministerio de Salud Pública por medio de recetas numeradas con los que solo con identificación personal DPI del paciente y carnet de la institución de salud requerida, podrá ser comprado el medicamento, para evitar que personas ajenas hagan mal utilización de las drogas prescritas por el médico tratante.



CAPÍTULO II

2. La realidad nacional respecto a la muerte de mujeres y políticas públicas

2.1 Los derechos de las personas

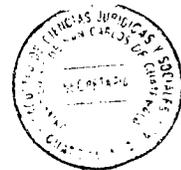
Toda persona por el simple hecho de serlo, es poseedora de derechos y de obligaciones. Estos normalmente se encuentran establecidos en instrumentos jurídicos o marcos normativos. Generalmente cuando se habla de derechos de las personas, estos se asocian con los derechos humanos.

Los derechos humanos son un conjunto de normas jurídicas que imponen deberes y obligaciones al Estado para su efectivo respeto y cumplimiento y conceden facultades a las personas, provistas de sanciones para asegurar su efectividad. Además, sirven para proteger la vida, libertad, igualdad, seguridad e integridad de la persona.

“Los derechos humanos son valores de vital importancia; las normas jurídicas se fundamentan en ellos para darle al derecho natural capacidad de realización y efectividad”.⁷ (sic.)

También generalmente se asocian los derechos humanos con los derechos fundamentales, entendiendo a estos últimos con un mayor grado de connotación en cuanto a la importancia o transcendencia que tienen, por ejemplo, un derecho

⁷Aguilar Cuevas, Magdalena. **Derechos Humanos**. Pág. 9.



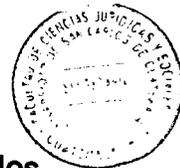
fundamental es el derecho a la vida, a la libertad, a la salud. Lo anterior quiere decir, que no admite ningún tipo de discusión acerca de lo que se pueda entender por este derecho.

“El término de derechos fundamentales es más preciso que la expresión derechos humanos y carece del lastre de la ambigüedad que ésta supone.

En efecto, los que en sus orígenes los derechos humanos o derechos fundamentales fueron concebidos como mera propuesta, desde su configuración primigenia en el (*Bill of Rights* de 1689 en Inglaterra); en la Declaración de Virginia de 1776, y fundamentalmente, según entendimiento generalizado, en la declaración de los Derechos del hombre y del ciudadano de 1789 en Francia, contemporáneamente se constituyen en el sustrato básico imprescindible del Estado de Derecho; de tal manera que ahora, para que un Estado pueda adjetivarse como de Derecho, deben llenarse al menos unos estándares mínimos exigibles; entre los que se encuentra.

La subordinación de la legislación a un ordenamiento de valores que esa sociedad (expresada a través de un consenso básico: su Constitución); consenso que al menos debe abarcar: el reconocimiento de los derechos contenidos en la declaración de la Naciones Unidas sobre Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 y el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos del 19 de diciembre de 1966. Esto importa, claro está, una internacionalización de los derechos fundamentales.”⁸ (sic.)

⁸Peces-Barba, Gregorio. *El fundamento de los derechos Humanos*. Pág. 22.



Las declaraciones de derechos en los instrumentos internacionales antes aludidos consagran, de manera más o menos uniforme, previsiones sobre los derechos: a la vida, a la libertad, a la seguridad, a la igualdad, a la propiedad, a la privacidad, a la libertad de opinión, reunión y asociación; derechos éstos que con algunas ligeras diferencias, se encuentran reconocidos por las distintas constituciones.

Esto también reafirma la validez de la tesis de que no hay Estado de Derecho sin el reconocimiento de los derechos fundamentales.

El principio Estado de Derecho se va desarrollando según se van desarrollando los derechos fundamentales y según va variando la interpretación de los mismos; lo cual determina la existencia de un flujo y reflujo permanente entre la interpretación de los derechos fundamentales y la interpretación del principio Estado de Derecho; o lo que es lo mismo: los derechos fundamentales son interpretados a la luz de los principios del estado de Derecho se nutre de la interpretación de los derechos fundamentales.

Por su función, la doctrina clasifica a los derechos fundamentales en: derechos civiles, derechos políticos y derechos sociales, conforme a los cometidos siguientes:

- Los derechos civiles, llamados también derechos de libertad, cumplen la función de garantizar determinados ámbitos de libertad de actuación del hombre, en los que le está vedado al Estado intervenir; pues se trata de ámbitos inviolables, sujetos solo a la autodeterminación del hombre.



- La nómina de estos derechos, en la época del surgimiento de los derechos fundamentales, se estructuraba bajo la idea de los derechos de libertad personal y propiedad. Conforme a esto, en la nomenclatura de la Constitución, los derechos civiles estarían integrados por los derechos: a la libertad de expresión o de opinión y difusión de las ideas, comercio, industria u otra actividad lícita; a enseñar, a la libertad de locomoción, a la propiedad privada, a la integridad física y a la vida.

- Los derechos políticos, llamados también derechos de participación, tienen por finalidad garantizar la participación y acceso del ciudadano a la gestión pública; entre los que figuran: el derecho al sufragio, derecho de acceso a los cargos públicos, derecho de petición; sin embargo, corresponde precisar que sólo el último de los nombrados está incluido en el catálogo de los derechos fundamentales reconocidos constitucionalmente, lo que no impide, sin embargo, que tales derechos sean reconocidos como derechos fundamentales vía jurisprudencial.

- Los derechos sociales, denominados también derechos de prestación, los cuales tienen por finalidad garantizar condiciones de vida del ser humano en dignidad; encontrándose entre ellos: el derecho a la seguridad social, a la educación, a una remuneración justa por el trabajo; derechos que en su integridad se hallan reconocidos por nuestra Constitución, como derechos fundamentales por medio de los cuales se trata de fomentar su aplicación para difundir los derechos civiles integrados constitucionalmente en la actualidad, para que la intervención del Estado sea efectiva.



2.2 La función del Estado

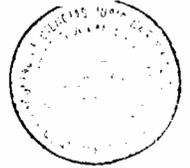
La Constitución Política de la República de Guatemala determina la importancia de que todo ciudadano guatemalteco cuenta con el derecho a tener un nivel de vida digno, que le permita el aseguramiento de su vivienda, vestido, alimentación, asistencia médica y del resto de los servicios sociales indispensables y necesarios. También determina el derecho a poseer un seguro en el caso en que exista desempleo, invalidez, enfermedad, vejez o viudez.

La significación de los derechos humanos en Guatemala puede analizarse desde el punto de vista jurídico debido a la manifestación existente de vincular las demandas del orden legal positivo existente a una conceptualización permanente y bien profunda del derecho.

Todos los seres humanos son sujetos de derecho, al nacer los mismos iguales y libres, y al encontrarse dotados de conciencia y razón, los mismos deben tener un comportamiento fraternal entre sí; por ende el no respeto a los derechos humanos, ha llevado a la humanidad a cometer actos no acordes al derecho.

2.3 El tema de la salud

La salud es aquella que debe ser entendida no únicamente como la falta de enfermedad, sino que también como la prevención de la misma, derivado ello de la



degeneración paulatina que el organismo padece.

También, es de importancia el poder obtener los medicamentos necesarios e indispensables, los cuales son fundamentales en la prevención de las enfermedades o, en su caso, son de utilidad para evitar los efectos nocivos o de utilidad para una adecuada rehabilitación.

“El concepto de salud ha ido modificándose a lo largo del tiempo. En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término estado de salud como el estado de bienestar completo, físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad.”⁹ (sic.) Con esta definición, la OMS reconoce que el estado de salud de un individuo no depende únicamente de su bienestar físico, sino también de la satisfacción de sus necesidades mentales y sociales.

Regula: “Artículo 93. Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.”

El Artículo 94 de la Constitución Política de la República de Guatemala establece: “Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las

⁹Acevedo, Gabriel. **Manual de salud pública**. Pág. 14



complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.”

El Artículo 95 de la Constitución Política de la República de Guatemala preceptúa: “La salud, bien público. La salud de los habitantes de La Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.”

El Artículo 96 de la Constitución Política de la República de Guatemala establece: “Control de calidad de productos.

El Estado controlará la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y de todos aquellos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes. Velará por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud, y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas.”

El Artículo 98 de la Constitución Política de la República de Guatemala prescribe: “Participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.”



En el Artículo 99 de la Constitución de la República de Guatemala estipula:
"Alimentación y nutrición. El Estado velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud. Las instituciones especializadas del Estado deberán coordinar sus acciones entre sí o con organismos internacionales dedicados a la salud, para lograr un sistema alimentario nacional efectivo."

Surge la interrogante entonces de acuerdo a lo anteriormente anotado, respecto a cómo se mide el estado de salud de las personas.

Entre los indicadores de salud más utilizados se encuentran la mortalidad (por ejemplo, la mortalidad infantil o la esperanza de vida al nacer) y, también, las tasas de morbilidad, es decir, la presencia de enfermedades de distinta índole.

Aunque estos indicadores son útiles, tomados cada uno por separado sólo proporcionan parte de la información acerca de la salud de una población.

De allí la necesidad de buscar indicadores más integrales que midan el estado de salud como un estado de bienestar completo (como lo define la Organización Mundial de la Salud).

2.4 Estadísticas de muertes de mujeres



“La mortalidad por cáncer de cérvix ocupa el primer lugar después del cáncer de mama en Guatemala.

El cáncer cérvico-uterino es una de las neoplasias potencialmente curables esto debido a la posibilidad de cura en una detección temprana. La probabilidad de detectar esta neoplasia hace factible reducir la mortalidad secundaria al padecimiento.”¹⁰ (sic.)

La falla en la detección temprana de cáncer cervical y otros problemas, en mujeres está determinada por inadecuados o por la falta de programas nacionales, en donde existen aspectos técnicos negativos como mal entrenamiento del personal de salud, por lo que no se toma ni se analizan adecuadamente las muestras citológicas; además algunos factores sociológicos de la población como: nivel socioeconómico bajo, transporte limitado, barreras en el lenguaje, actitudes culturales negativas y bajo nivel de educación, principalmente en el área rural de nuestro país, también contribuyen a que no sean detectados a tiempo dichos problemas.

La Organización Mundial de la Salud, estima que si todas las mujeres entre las edades de 35 a 45 años se hicieran una sola prueba de Papanicolaou, habría una disminución del 30% en el número de pacientes con cáncer cervical invasivo.

Por lo que es muy importante implementar mejores campañas de educación para que la mujer guatemalteca tome conciencia de la importancia que tiene la citología cervical.

¹⁰Álvarez Rodas, Erick Jacobo. **Diagnóstico y tratamiento cáncer cérvicouterino.** Pág. 3.



Más mujeres en el mundo desarrollan cáncer cervical que ningún otro cáncer con excepción de mama. El cáncer cervical continúa siendo un gran problema de salud en los países en desarrollo y Guatemala no es la excepción.

“El Instituto de Cancerología en Guatemala para el año 2006, reporta que el cáncer de cérvix sigue siendo la principal causa de consulta, seis de cada diez mujeres son atendidas por problemas de patología cervical.

En ambos periodos la mayor incidencia se presenta entre los treinta y cinco y cincuenta y cuatro años de edad. El Tamizaje y Control del Cáncer cérvicouterino constituye una de las actividades prioritarias del Ministerio de Salud, por su trascendencia, magnitud y posibilidades de detectarlo y tratarlo oportunamente.”¹¹ (sic.)

2.5 Políticas públicas

La buena salud de la población es uno de los pilares fundamentales del progreso social y económico de un país.

Existe una estrecha interrelación entre buena salud, reducción de la pobreza y, en el largo plazo, desarrollo económico.

Los líderes políticos reconocieron la interrelación entre salud, pobreza y desarrollo, cuando en septiembre del 2000, ciento ochenta y nueve jefes de estado suscribieron la

¹¹Álvarez Rodas, Erick Jacobo. *Op. cit.* Pág. 4.



Declaración del Milenio, comprometiéndose a alcanzar los objetivos del milenio para el año 2015.

Se considera de crucial importancia alcanzar una reducción sustancial en los niveles de pobreza y una notoria mejoría en el estado de salud de los más pobres.

Guatemala está entre los países que suscribieron la Declaración del Milenio. Es uno de los objetivos fundamentales del sistema de salud guatemalteco.

En una investigación a cargo SEGEPLAN, se demostró que Guatemala no alcanzará los objetivos si sus políticas de crecimiento no se combinan con políticas distributivas en el campo de la inversión social.

Para mejorar el estado de salud de Guatemala se necesitan políticas públicas porque actualmente no existe de acuerdo al enfoque que se realiza en la presente investigación, que enfrenten los problemas de salud de su población, actuando sobre los factores de riesgo que desencadenan las enfermedades y muertes.

Por tanto, el diseño de las políticas públicas de salud en Guatemala debe hacerse partiendo del estudio de los determinantes del estado de salud.



Estos determinantes incluyen factores como ingreso, educación, dieta, vivienda, higiene, disponibilidad y consumo de servicios curativos y preventivos de salud, acciones de salud pública, y muchos otros.

“La política es una actividad que de manera vinculante involucra la búsqueda del bienestar de la colectividad.

La política ha existido en todos los tiempos y circunstancias, aunque ha cambiado sus formas, sus funciones, sus métodos.

Para definir a La Política es necesario hacer referencia a la esfera de las acciones humanas que se relaciona directa o indirectamente con la conquista y el ejercicio del poder.”¹² (sic.)

A) La salud pública

“Protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales.

La Salud Pública comprende cuatro áreas fundamentales:

¹²Castañeda Fernando. **Léxico de la política.** Pág. 554.



1) Fomento de la vitalidad y salud integral; 2) prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas; 3) organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y 4) rehabilitación.

La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las preocupaciones de las instituciones de salud pública quedó de manifiesto a escala mundial, cuando la Organización Mundial de La Salud (OMS) incluyó en su definición de salud el bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades¹³ (sic.)

Las definiciones anteriores, tienen como principio prevenir las enfermedades, la salud pública, desarrollar estudios y programas de medicina preventiva, por medio de sus instituciones y que la salud no es solo ausencia de enfermedad sino el bienestar integral.

B) Compromiso del estado en la salud pública

El papel del Estado en materia de salud se expresa formalmente, en sus aspectos globales, en la Constitución Política de la República y su participación se regula a través del Código de Salud.

La Constitución vigente de Guatemala establece en su artículo 93; "Derecho a la Salud.

¹³Gervas, Juan. **Los límites en la prevención clínica.** Pág. 34.



El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”.

Sin embargo, puede verificarse que este cometido se cumple muy limitadamente.

Según El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el Instituto de Salud, tiene una cobertura de 35 a 40% de la población, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social el 17%, el resto de la población debe recurrir a servicios privados, se considera que no menos de un 30% de la población no tiene acceso a los servicios de salud.

Lo anterior se manifiesta en una baja cobertura de los servicios de salud; entendiéndose por baja cobertura de los servicios preventivos como curativos, los que están con la consecuente desatención de la mayoría de la población especialmente la que vive en el área rural.

C) Políticas actuales en la salud pública

“Las Políticas actuales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, son las siguientes:

- 1. Fortalecimiento del papel Rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.**



2. **Satisfacción de las necesidades de salud de la población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad y con enfoque intercultural y de género en los diferentes niveles de atención.**

3. **Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de salud y hospitales.**

4. **Adquisición y provisión de insumos en forma oportuna para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.**

5. **Modernización del sistema de gestión administrativo-financiero y de planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como elemento básico de apoyo a la prestación de servicios de salud.**

6. **Fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud.**

7. **Promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio que mejoren la calidad de vida de la población.**



8. **Protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancias nocivas a la salud.”¹⁴ (sic.)**

Ejemplo: lo que sucede en las muertes de mujeres por falta de un control ginecológico a tiempo, derivado de la falta de intervención de las autoridades y entidades Públicas actuales, que a consecuencia de no tener una legislación que cultive la salud como ente primario para evitar la mortalidad y malos controles del Ministerio de salud Publica trae como consecuencia:

1- Gastos innecesarios, 2- mal utilización de los recursos 3- carencia de controles ginecológicos obligatorios y 4- mortalidad.

Que se evidencia en el presente trabajo para tratar de que las Políticas actuales de salud incrementen o implementen la importancia de controles ginecológicos obligatorios y gratuitos en mujeres a determinada edad de fertilidad o (en edad reproductiva) en un futuro no muy lejano.

¹⁴Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. [Http://www.mspas.gob.gt/index.php/politicas.html](http://www.mspas.gob.gt/index.php/politicas.html) (Guatemala, 14 de agosto de 2011).



CAPÍTULO III

3. El control ginecológico obligatorio y gratuito para prevenir el cáncer de cérvix

3.1 Aspectos considerativos

Como se ha venido analizando, los casos de tumores en el cuello uterino son los más prevenibles, aunque aún muchas mujeres mueren por falta de control circunstancia que ha quedado corroborada.

Los fallecimientos de mujeres, en su mayoría menores de 40 años, por cáncer de cuello uterino, podrían haberse prevenido si existiere una política del Estado de salud y prevención en esta materia o sector salud y en cumplimiento a lo que preceptúan las normas de la Constitución Política de la República.

Con motivo del Día Internacional contra el Cáncer, que se conmemora cada cinco de febrero en todo el mundo, se alerta a los países del mundo a que cumplan un desafío que es lograr que todas las mujeres se hagan el Papanicolaou al menos una vez al año, lo cual las autoridades del Estado de Guatemala, se ha hecho por muchos años de oídos sordos.

El impedimento principal por el cual eso no sucede son las barreras educativas y económicas para llegar al control ginecológico correspondiente, ya que los centros de salud no facilitan el acceso, especialmente en el interior de la República.



3.2 La medicina preventiva

Esta probado que en la mayoría de países especialmente los subdesarrollados no existe una política de prevención en la salud, lo cual provoca como sucede en el presente caso, las muertes innecesarias de mujeres, y sorprende en el caso de Guatemala, la pasividad mal intencionada de las autoridades del Estado en que conocen de la problemática, saben cómo debe actuarse y no lo hacen, dejando en manos del sector privado de salud, la atención de este flagelo, y la población quedando a merced de ello, pues está claro que los centros de salud y los hospitales, no participan de la medicina preventiva.

La medicina preventiva “es la especialidad médica encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos”.¹⁵ (sic.)

La medicina preventiva se aplica en el nivel asistencial tanto en atención especializada u hospitalaria como atención primaria. Tiene distintas facetas según la evolución de la enfermedad, y se pueden distinguir cuatro tipos de prevención en medicina que conforme el autor citado, son las siguientes:

a) Prevención primaria

Son un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o

¹⁵Canela Soler, Jaime. **Medicina preventiva y salud pública**. Pág. 4.



los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad. Comprende:

1. La promoción de la salud, que es el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones que inciden sobre los individuos de una comunidad, como por ejemplo las campañas antitabaco para prevenir el cáncer del pulmón y otras enfermedades asociadas al tabaco.
2. La protección específica de la salud como por ejemplo la sanidad ambiental y la higiene alimentaria.
3. Las actividades de promoción y protección de la salud que inciden sobre el medio ambiente no las ejecuta el personal médico ni de enfermería, sino otros profesionales de la salud pública, mientras que la vacunación sí son llevadas a cabo por personal médico y de enfermería.
4. La quimioprofilaxis, que consiste en la administración de fármacos para prevenir enfermedades como por ejemplo la administración de estrógenos en mujeres menopáusicas para prevenir la osteoporosis.

Según la Organización mundial de la Salud, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud, que aborda además de



la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.

b) Prevención secundaria.

También se denomina diagnóstico precoz. Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad y puede estar asociada a un tratamiento eficaz o curativo. Comprende:

- Que la enfermedad represente un problema de salud importante con un marcado efecto en la calidad y duración del tiempo de vida.
- Que la enfermedad tenga una etapa inicial asintomática prolongada y se conozca su historia natural.
- Que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estado inicial.



- Que se disponga de una prueba de cribado rápida, segura, fácil de realizar, con alta sensibilidad, especificidad, alto valor predictivo positivo, y bien aceptada por médicos y pacientes.
- Que la prueba de cribado tenga una buena relación coste-efectividad.
- Que la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento en el periodo asintomático disminuya la morbilidad y mortalidad global o cada una de ellas por separado.

c) Prevención terciaria

Es el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Es aplicar un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o unos síntomas determinados. El restablecimiento de la salud se realiza tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

También se encuentra dentro de prevención terciaria cuando un individuo, con base en las experiencias, por haber sufrido anteriormente una enfermedad o contagio, evita las causas iniciales de aquella enfermedad, en otras palabras evita un nuevo contagio basado en las experiencias previamente adquiridas.

d) Prevención cuaternaria, la prevención cuaternaria es el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Son "las acciones que se toman para identificar a los



pacientes en riesgo de sobre tratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables”.¹⁶ (sic.)

3.3 La educación sexual y reproductiva como parte de los derechos humanos de las mujeres

a) El derecho a la salud y a la situación actual

El derecho a la salud, se encuentra dentro del catalogo de derechos fundamentales, en igual jerarquía como sucede en el caso del derecho a la vida, puesto que ambos son indispensable para la sobrevivencia humana.

“Con gran amplitud la Constitución reconoce el derecho a la salud y a la protección de la salud, por el que todo ser humano puede disfrutar de un equilibrio biológico y social que constituya un estado de bienestar en relación con el medio que lo rodea; implica el poder tener acceso a los servicios que permitan el mantenimiento o la restitución del bienestar físico, mental y social.

Este derecho, como otros reconocidos en el texto, pertenece a todos los habitantes, a los que se garantiza la igualdad en las condiciones básicas para el ejercicio de los mismos. Constituye la prerrogativa de las personas de disfrutas de oportunidades y

¹⁶Martin Zurro, Amando. **Atención familiar y salud comunitaria**. Pág. 59.



facilidades para lograr su bienestar físico, mental y social; y corresponde al Estado la física, mental y social; y corresponde al Estado la responsabilidad de garantizar su pleno ejercicio con las modalidades propias de cada país, lo que implica que el Estado debe tomar medidas tomar medidas adecuadas para la protección de la salud individual y colectiva, y colectiva, y que se pongan al alcance de todos, los servicios necesarios para satisfacer las necesidades básicas.

Implica, también, que se adopten las providencias adecuadas para que los habitantes puedan ejercer este derecho y colaborar en la solución de los problemas de la salud general".¹⁷ (sic.)

Por lo anterior, la Constitución Política de la República de Guatemala garantiza el derecho a la salud, y como se verá más adelante en el marco jurídico, se garantiza también en el orden internacional, en especial a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que está incorporado a ella el Artículo 12 define el derecho a la salud como "el derecho que toda persona tiene al disfrute del más lato nivel posible de salud física y mental".

Así, el Estado al ser parte de este instrumento internacional en materia de Derechos Humanos tiene la obligación de adoptar las medidas a fin de asegurar la efectividad de este derecho.

¹⁷Corte de Constitucionalidad. **Gaceta número 28, sentencia 12-05-93. Pág. 19.**



Además, el estado de salud implica la prevención y tratamiento de las enfermedades y la lucha contra ellas, además de la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Esto significa que el Estado debe garantizar:

- a) **Disponibilidad:** debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, programas y servicios públicos de salud.
- b) **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben contar con condiciones sanitarias adecuadas, como agua potable, personal médico y profesional capacitado, y medicamentos esenciales
- Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos sin discriminación alguna.
- c) El tema del ejercicio al derecho a la salud, también tiene relación con los derechos humanos y las organizaciones que trabajan por la salud, la intervención en todo caso, respecto de ello de La Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- d) A lo anterior, cabe establecer la importancia que tiene toda información sobre la violación sistemática y manifiesta del derecho a la salud por parte de los gobiernos en el marco de la inédita crisis social por la que atraviesa nuestro país.

“La Comisión Interamericana ha advertido sobre esta grave situación ha expresado su preocupación por la información recibida sobre esta situación. La información que



ponemos en conocimiento de la ilustre Comisión, y la grave crisis que atraviesa el país, demuestran la importancia de que ésta asuma un rol más activo en la situación de los países latinoamericanos, y considere especialmente la posibilidad de realizar una visita in loco a estos países y la adopción de todas aquellas medidas tendientes a que el Estado proteja los derechos fundamentales de todas las personas bajo su jurisdicción.”¹⁸ (sic.)

La problemática de salud en Guatemala, se evidencia dentro del análisis del contexto y agravamiento de la miseria y el hambre como producto de la aplicación de políticas Neo liberales, la salud es uno de los derechos actualmente más vulnerados de la población guatemalteca.

Uno de los aspectos más difíciles de la crisis social y que afecta el derecho a la salud de la población, es el déficit alimentario que sufre el conjunto de millones de guatemaltecos que viven por debajo de la llamada línea de pobreza y que en los últimos años ha ido en progresivo aumento.

En la actualidad, se sabe que más del ochenta por ciento de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza, y que el número de personas consideradas indigentes va en aumento, lo cual se puede corroborar con la cantidad de menores que deambulan en las calles de la ciudad capital.

¹⁸Centro de Estudios Legales y Sociales. <http://www.cels.org.ar/home/index.php> (Guatemala 14 de agosto de 2011).



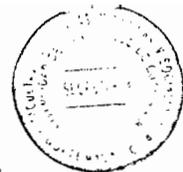
Esta situación, puede observarse también en las metrópolis de los demás departamentos del país, es decir, que la problemática de pobreza que va ligada a la problemática de violación de derechos, como el de la salud, se hace evidente.

Particularmente, de acuerdo con información de público y notorio conocimiento, una de las preocupaciones prioritarias aquí y ahora, es la desnutrición infantil que provoca déficit mentales irreversibles alertando sobre los daños neurológicos en niños de 0 a 3 años. En el tema de la mortalidad infantil, es importante señalar que para UNICEF, los bebés fallecidos en el año 1999 llegan a 12.

Desde hace 20 años aproximadamente, a juicio de quien escribe, y luego de hacer un análisis de documentación bibliográfica respecto de este tema, se observa que en el país existe un marcado retroceso del sistema de salud.

También la inexistencia de políticas sanitarias claras y progresistas, numerosos recortes presupuestarios, sucesivas administraciones ineficientes y por sobre todas las cosas la progresiva retirada del Estado de sus funciones tradicionales.

Por otra parte han obtenido como resultado el colapso del sistema de salud, a tal grado que en la actualidad, los médicos de los Hospitales nacionales mantienen una huelga en donde se mantiene con mayores limitaciones que las que tenían antes los usuarios de estos servicios, que casi siempre resultan siendo la mayoría de la población, puesto que si bien es cierto existen instituciones privadas, estas no son



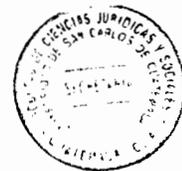
accesibles a la gran mayoría de la población, sino a un pequeño grupo de los ciudadanos.

En un contexto social caracterizado, entre otras cosas, por cifras inéditas de desempleo y niveles de pobreza e indigencia crecientes, los sistemas sanitarios paulatinamente se hicieron cargo de problemáticas de otras áreas. Se ha llegado a un punto en que su función primordial, la prevención, pasa a ser función secundaria, agobiada por las urgencias cotidianas.

En consecuencia, el sector salud actúa, en la mayoría de los casos, cuando la población ya ha enfermado, sin que existan mediciones confiables de las necesidades sanitarias, ni del impacto que esas carencias generan sobre el individuo.

La crisis actual hunde sus raíces en la fragmentación del sistema de salud, en el que hay tres subsectores -el público, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga-, a veces superpuestos, que no gastan poco sino que, contrariamente, no distribuyen de manera adecuada sus recursos.

En este contexto debe entenderse el deterioro del sistema de atención basado en el sistema hospitalario Público y la Seguridad Social través del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. El sistema se encuentra colapsado ante el aumento de la demanda en los últimos años debido al aumento de la pobreza, agravado ahora por el



desabastecimiento de todo tipo de insumos, que van desde la falta de guantes y materiales de esterilización hasta la provisión de oxígeno.

Adicionalmente los altos grados de corrupción que existen entre los funcionarios públicos y que al final de cuentas, no se hace justicia para la población afectada. Este punto pone de manifiesto la gravedad de la situación y la urgencia en darle una respuesta.

La crisis sanitaria deteriora primordial y agudamente la atención del enfermo y deja sin cobertura real a la promoción, la prevención y la rehabilitación de la salud del conjunto de la población.

La situación crítica se agrava por la expansión de la pobreza y la exclusión social (ambas generadoras autónomas de enfermedad, en especial en niños y ancianos), la desfinanciación y quiebra de numerosas obras sociales y mutuales que tienen limitados sus aportes como consecuencia de los altísimos niveles de desocupación, el aumento de los precios de insumos hospitalarios y de medicamentos.

El imperativo de hacerle frente a la emergencia no debe opacar la necesidad de resolver las causas estructurales que afectan negativamente al sistema de salud en su conjunto. Desde el Ministerio de Salud y otros entes del Estado que tienen que ver con el tema de salud ya sea directa o indirectamente, se hace indispensable que el Estado priorice la salud como parte de sus objetivos en el funcionamiento de los servicios



públicos por otra parte, la dificultad para acceder a los medicamentos resulta ser otro de los principales factores de preocupación en materia de salud. La crisis sanitaria se ha visto reflejada en toda su intensidad en la falta de provisión y acceso a los medicamentos.

Estos se han convertido en una simple mercancía, lo que ha provocado que en guardias y farmacias hospitalarias no queden reservas de antibióticos, corticoides y drogas imprescindibles para el tratamiento de pacientes trasplantados, pacientes oncológicos y tratamiento de HIV. El precio de los medicamentos ha aumentado notoriamente.

En suma, la emergencia sanitaria es cada vez más profunda. La situación en todos los centros asistenciales es prácticamente la misma: falta de insumos, provisión de medicamentos escasa y hasta resulta insuficiente, por no decir inexistente en numerosos casos, el material que debe utilizarse en las intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, más preocupante aún es que ante la imposibilidad de atender todos los casos, el hospital público se concentre en la emergencia.

Es decir, en otras palabras, el hospital público, como institución que monopoliza la salud pública y gratuita provista por el estado, se ve conminado a existir en un constante estado de guerra donde se selecciona a los individuos -pacientes- más graves para ser tratados, curados o salvados.



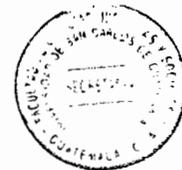
El resto, no elegido en la primera opción, con todas las secuelas y consecuencias que esto conlleva, debe esperar. Por otro lado, el derrumbe de las obras sociales y la falta de acceso a medicamentos. Sin embargo, el punto central y que enmarca la crisis del sistema de salud es se refiere a la igualdad sustancial y la plena realización de los derechos sociales.

3.3.1 Los derechos reproductivos

La atención a la salud, especialmente la salud reproductiva, se ha constituido en una situación prioritaria sobre todo en los países con extrema pobreza como el de Guatemala, que mediante convenciones y tratados internacionales han otorgado a la salud reproductiva un papel primordial, señalando que “los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos ya reconocidos e incluyen: el derecho de todas las parejas e individuos a decidir en forma libre y responsable el número, espaciamiento y tiempo de nacimiento de sus hijos, y de disponer de la información y los medios necesarios para lograrlo; alcanzar los más altos niveles de salud sexual y reproductiva y de contar con los servicios e información que así lo permitan; tomar decisiones respecto de la reproducción sin discriminación, coerción o violencia”¹⁹ (sic.)

3.3.2 Los derechos sexuales

¹⁹Populación Action. Educación sexual y salud reproductiva. Pág. 18.



Los derechos sexuales también son parte de los derechos humanos, ya están reconocidos internacionalmente y “es preciso definir y reconocer los derechos sexuales, promueven el respeto de éstos, para hombres y mujeres; y que se refieren a: el respeto absoluto a la integridad física, altos niveles de salud sexual y reproductiva, derecho a la información y servicios necesarios, tomar decisiones sobre su sexualidad, acceso a servicios de anticoncepción y prevención”²⁰ (sic.)

3.3.3 Panorama histórico de la educación sexual en Guatemala

Por muchos años se ha mantenido una información distorsionada al respecto y ello solo ha generado un cúmulo de falsedades acerca de la educación sexual, así como a ver la sexualidad como una parte que está separada de la personalidad. Acertadamente surge la educación sexual como una disciplina encargada de clarificar todos estos tabúes y mitos conservados con tanto recelo, propiciando así una serie de cambios en las últimas décadas.

Así en el primer cuarto de siglo en 1924 aparece la educación sexual como una disciplina separada, dirigida principalmente a “frenar la expresión de determinadas formas de sexualidad mediante el miedo.

Para ello se publicaron todo tipo de amenazas sobre las nefastas consecuencias que tenían para la salud algunas de las formas de actividad sexual; se habló mucho acerca

²⁰Population Action, Op. Cit. Pág. 19.



de la masturbación y sin fundamento científico se enseñó a los jóvenes que esta práctica ocasionaba terribles enfermedades que iban desde la ceguera hasta la locura”.²¹ (sic.)

“Antes de 1950 se enfocaba hacia las enfermedades venéreas y los abusos de la sexualidad. Este enfoque negativo y el consiguiente rechazo popular fueron las primeras características de su implementación.”²² (sic.) Este fue otro de los intentos para frenar la sexualidad por medio de la divulgación acerca de enfermedades contraídas.

“Hacia 1950 en algunos países la educación sexual era aceptada como necesidad para preservar a la juventud de numerosos males, sin embargo las estadísticas alarmantes de la actividad sexual en jóvenes adolescentes, de embarazos no deseados, causaron mayor preocupación.

Entonces se enfocó la educación sexual como algo necesario sobre todo en la preparación para el matrimonio, sin embargo en la conducta sexual de los jóvenes no surgió ningún cambio; la transmisión de enfermedades por contacto sexual aumentaba, aún así esto no representaba un problema tan grave, por la introducción de los antibióticos, que permitía en parte controlar este problema. Lo más positivo de estos años fue que se superaron los enfoques negativos que se manejaron en los años anteriores.

²¹Martínez, Ramiro. **Educación sexual, fisiología y psicología**. Pág. 4.

²²Aprofam. **Manual de educación sexual**. Pág. 12.



En 1960 se percibe un cambio y un enfoque nuevo en la educación sexual, siendo ésta considerada como base para el desarrollo más armónico de la personalidad y necesaria para mejorar las relaciones interpersonales. La educación formal e individual circunscrita a la familia, se convierte en colectiva y extendida, con sorprendente rapidez a la escuela y a la comunidad.²³ (sic.)

“Históricamente la tarea de instruir a los adolescente sobre el sexo ha sido responsabilidad de los padres. A finales del siglo XIX los esfuerzos realizados por los educadores y trabajadores sociales para complementar la instrucción por parte de los padres respecto del sexo, hizo que esto se denominara de forma solapada y eufemística como higiene social, básicamente información biológica y médica sobre reproducción humana y enfermedades venéreas.

Al concluir la Segunda Guerra Mundial sin embargo la relajación de las normas sociales tradicionales respecto a la actividad sexual, así como el torrente de información referida al sexo ofrecido a los niños por los medios de comunicación, ha dado lugar a los programas de educación sexual más sofisticados y explícitos de lo que era considerado como deseable para la mayoría.²⁴ (sic.)

Actualmente pese a que aún hay tabúes y mitos, ya se aborda el tema con mayor confianza, es parte de los contenidos académicos en los centros de estudio, hay numerosas publicaciones que contienen la información básica de algunos aspectos

²³Martínez. Op. Cit. Pág. 14.

²⁴Cuadrado, Marcela. La salud de todos la hacemos entre todos. 6.



relacionados al tema, sin embargo para algunos adultos especialmente padres de familia, persiste la idea de que es preferible la ignorancia por el temor, de que los jóvenes mientras más información obtengan, inician su vida sexual prematuramente.

“Varios hechos justifican plenamente la existencia de la educación sexual formal, los cuales se enumeran a continuación:

- a) Los avances de las ciencias y de la tecnología moderna, especialmente los relacionados con la sexualidad, ameritan una metodología especializada.
- b) La utilización del ambiente reforzado por algunos mensajes sexualizantes emitidos por los medios de comunicación masiva, haciendo precoz la vida sexual.
- c) El tabú que aún persiste en hablar abiertamente de la sexualidad.
- d) Se ha unificado la idea de que la educación sexual constituye una necesidad y un derecho.
- e) La educación sexual conduce al logro y el goce de una salud sexual, que implica una vida sexual satisfactoria, responsable y segura, para el mejoramiento de la personalidad, la comunicación y el amor.



f) La necesidad de informaciones científicas básicas que permitan un armónico desarrollo de la personalidad en un ambiente cada vez más controversial".²⁵ (sic.)

3.4 Salud reproductiva

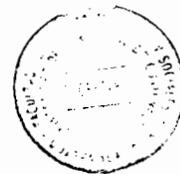
A) "En La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), definieron la salud reproductiva como un estado de salud absoluto de bienestar físico, mental y social, en todas las cuestiones relacionada con el sistema reproductor, sus funciones y procesos."²⁶ (Sic.)

La definición de salud reproductiva se refiere especialmente a las situaciones relacionadas con la actividad sexual, el embarazo sus cuidados y riesgos, el parto y sus complicaciones, el aborto, riesgos de cáncer de útero y mama, las infecciones del aparato reproductivo, uso inapropiado de métodos anticonceptivos que afectan principalmente a la mujer, aunque el hombre también padece de problemas particularmente por infecciones de transmisión sexual, de acuerdo a las estadísticas los riesgos y los peligros son especialmente marcados en la mujer, sobre todo en las que pertenecen a los países subdesarrollados y dependientes, cuya situación económica y social es desventajosa.

El término y la definición de salud reproductiva, se han divulgado en la actualidad y se ha enriquecido más por la importancia que se le ha dado a la mujer en las agrupaciones y los encuentros a nivel nacional e internacional. Objetivos de la salud reproductiva.

²⁵Aprofam. Op. Cit. Pág. 8.

²⁶Villaverde, Silvia. Salud sexual y reproductiva. Pág. 24.



“La definición de salud reproductiva indica que su finalidad es un estado absoluto de bienestar sobre todo durante la etapa reproductiva y la procreación, considerando entonces como objetivos principales los siguientes:

Satisfacer las necesidades de salud de hombres y mujeres, en relación con la sexualidad y la procreación, experimentar una vida saludable, libre de enfermedades, violencia, incapacidad, temor, dolor o muerte, asociados con la reproducción y la sexualidad, controlar su propia fecundidad de manera segura, Prevenir embarazos no deseados y llevando a término los embarazos deseados, dar a luz y criar hijos saludables del modo y en el momento que así lo deseen, controlar los aspectos y factores de riesgo para la salud de la pareja e hijos. Por lo tanto Conducir al logro de la salud sexual.²⁷ (sic.)

²⁷Aprofam. Op. Cit. Pág. 8.



CAPÍTULO IV

4. Necesidad que exista un control ginecológico en las mujeres

4.1 Ventajas y desventajas

Es evidente de que en el presente caso, existen más ventajas que desventajas de que por parte del Estado a través de una actitud preventiva de carácter médico, se pueda establecer como obligatorio el control ginecológico en el caso de las mujeres. Dentro de las ventajas esenciales se encuentra:

A. Podrían prevenirse o disminuirse el número de muertes innecesarias de mujeres tal y como sucede en la actualidad.

B. Al establecerse como obligatorio, no está en la mujer por diversidad de circunstancias, como el caso del aspecto cultural, educativa y económica, el acudir o no acudir al control ginecológico.

C. Los Centros de Salud, los hospitales, el seguro social, y cualquier entidad pública o pública descentralizada, tendría la obligación que en forma gratuita brindara atención médica a las mujeres para el debido control ginecológico.



D. A la par de crearse la obligación del control ginecológico, se estaría atendiendo el problema de las consecuencias en caso de presentarse enfermedades relacionadas con la mujer que deben ser atendidas como prioritarias para su adecuada salud.

Dentro de las desventajas se encuentran:

A. Que el Estado tendría que disponer de los recursos económicos, materiales e inclusive humanos para atender a las mujeres en forma obligatoria y gratuita en el tema del control ginecológico, y eso es muy difícil considerando la situación financiera del Estado actualmente.

B. El hecho de que no existan políticas gubernamentales, provoca que no se cumpla en atender aquellos problemas sanitarios que pueden afectar a la colectividad considerada como conjunto, de manera preventiva, e impide desarrollar una acción específica, directa o concreta, en suma. La función asistencial, el problema de la atención a los problemas de la salud individual, quedan al margen y esto se hace invisible para la población en general, tal y como está sucediendo en la actualidad.

C. A pesar de que el Estado financia a través de los impuestos generales que recauda la totalidad de las prestaciones sanitarias y un porcentaje de las prestaciones farmacéuticas, no se ve la transparencia en el gasto con respecto a la salud reproductiva y de prevención o curación, en todo caso, aunado a lo



anterior, el presupuesto es utilizado en muchos de los casos a través de transferencias para otros rubros quizás menos importantes.

D. Mantener a la población sin garantizar su derecho a la educación sexual, hace que esta no demande los servicios sanitarios necesarios y esenciales para su atención, a pesar de que se reconoce el derecho a la protección de la salud. Por lo tanto compete al gobierno organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, lo cual en la realidad no sucede así.

4.2 Legislación comparada

4.2.1 República de Argentina

En este país se regula la Ley 7197 del año dos mil dos que establece la obligatoriedad de los exámenes de Papanicolaou y análisis antígeno prostático específico para beneficiarios del seguro social.

Dentro de los fundamentos más importantes de esta ley se encuentran:

El Artículo 1º. De la ley citada establece: “Es obligatoria la realización anual del examen ginecológico de Papanicolaou para las mujeres mayores de 21 años y del análisis Antígeno Prostático Específico (PSA) para los varones mayores de cincuenta (50) años, beneficiarios del Instituto Provincial de Salud de Salta.”



El Artículo 2º. De la misma ley preceptúa: El total de gasto por los análisis referidos en el artículo anterior estará a cargo del Instituto Provincial de Salud de Salta.

El Artículo 3º. De la ley relacionada establece: La certificación de la realización de los estudios deben presentarse ante las autoridades correspondientes, conforme lo determine la reglamentación, en las siguientes fechas: a) Estudio de Papanicolaou del 01 de enero al 30 de junio de cada año. b) Análisis de Antígeno Prostático Específico (PSA) del 01 de julio al 31 de diciembre de cada año.

El Artículo 4º. De la ley citada regula: “El Poder Ejecutivo dispondrá de las sanciones ante el incumplimiento de la presente Ley, a través de su reglamentación correspondiente.”

El Artículo 5º. De la misma ley establece: “El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en el término de noventa (90) días desde su promulgación.”

Visto la sanción definitiva otorgada por la Cámara de Senadores, en sesión celebrada el 27 de junio de 2002, al proyecto de ley comunicado por el expediente de referencia, ingresado al Poder Ejecutivo el dos de julio de 2002; y, considerando: Que mediante dicho proyecto se sanciona la obligatoriedad de la realización anual del examen ginecológico de Papanicolaou para las mujeres mayores de 21 años y del Análisis Antígeno Prostático Específico (PSA) para los varones mayores de 50 años, beneficiarios del Instituto Provincial de Salud de Salta; Que el proyecto de ley enviado



a consideración constituye una loable iniciativa del Poder Legislativo por su objetivo de mejorar la salud de la población a través de una política sanitaria de prevención.

Que no obstante lo señalado, debe tenerse en consideración que el Instituto Provincial de Salud de Salta, se encuentra en situación especial de emergencia declarada por La Ley Nº 7.185, lo que, sumado a la profundidad de la emergencia Nacional, representa un obstáculo concreto para la implementación de los controles prevista en el proyecto, no siendo aconsejable en estas condiciones del desenvolvimiento económico financiero del sector público, imponer una frecuencia anual obligatoria para esos exámenes.

Que debe tenerse en cuenta que el Proyecto no determina concretamente la fuente de financiamiento con la que habrá de atender el incremento del costo anual de atención de prestaciones que conlleva su sanción; que en razón de las circunstancias expresadas, se estima prudente diferir a la reglamentación la periodicidad de los mencionados controles; que en efecto, basándose en la constante evolución de los criterios científicos y en las reales posibilidades de financiamiento que informe el Instituto para cada sucesivo período, podrá el Poder Ejecutivo establecer a través de la reglamentación, la frecuencia de los exámenes, así como las demás modalidades que sean pertinentes para dar cumplimiento a los objetivos de la ley.

Que por su parte corresponde precisar a través de la reglamentación, el alcance de las disposiciones sancionatorias que prevé el Artículo 4º del Proyecto, para procurar evitar a su respecto cuestionamientos de orden constitucional que, pudieran plantear aquellos



beneficiarios del sistema que no comprendieran o no compartieran el concepto de necesidad de prevención en materia de salud.

Que en razón de lo expresado y a los fines de no frustrar la iniciativa contenida en el proyecto bajo análisis, se estima conveniente vetarlo sólo parcialmente, excluyendo la anualidad de frecuencia impuesta en el Artículo 1º, así como los períodos de certificación previsto en el Artículo 3º, para dejar dichos extremos variables y sujeto a lo que disponga oportunamente la reglamentación en función de lo que aconsejen los criterios científicos y las reales posibilidades de financiamiento.

En este país existe el denominado Programa Médico Obligatorio de Emergencia integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1º de la Ley N° 23.660 del año dos mil dos. Dentro de los fundamentos se encuentra: Que el Decreto N°486/02 declaró la Emergencia Sanitaria en todo el país, a los efectos de garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para La Conservación de la salud de todos los habitantes de la Nación.

- Que en el mencionado decreto faculta al Ministerio de Salud para definir en un plazo de (30) días, en el marco del programa médico obligatorio aprobado por Resolución N° 939/00 del citado Ministerio y sus modificatorias, las prestaciones básicas esenciales a las que comprende la emergencia sanitaria.



- Que a esos fines se consideran prestaciones básicas esenciales las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades que deben garantizar el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, mientras subsista la situación de emergencia.

- Que de este modo el Sistema Nacional del Seguro de Salud, debe tender a garantizar la equidad, la universalidad y la solidaridad para todos sus beneficiarios.

- Que la caída de los recursos financieros del sector salud han motivado la ruptura de la cadena de pagos, con el consiguiente riesgo para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud de no recibir las prestaciones básicas esenciales que garanticen el cuidado de la salud.

- Que la normativa que aprobó el Programa Médico Obligatorio y sus modificatorias, no garantiza las prestaciones básicas indispensables, porque no jerarquiza relación costo-efectividad ni la medicina basada en evidencia por lo que al dispersar el recurso económico no premia la eficiencia ni la eficacia.

- Que la falta de inversión en los programas de atención primaria de la salud y la prevención sobre los grupos vulnerables provoca mayores gastos en enfermedades catastróficas y mayor morbimortalidad sobre afecciones evitables.



- Que, de no realizar acciones concretas, la pérdida de financiamiento llevará a la eventual desaparición de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, que aun siendo viables en esta emergencia corren riesgo cierto de desaparecer.

- Que la caída en la consulta médica, la falta de medidas de prevención y la no provisión de medicamentos e insumos, hacen necesario generar mecanismos para que las obras sociales garanticen las prestaciones básicas a sus beneficiarios y esto se manifieste en mejor calidad de vida.

- Que existe discordancia entre las prestaciones a las que se obliga a los Agentes del Sistema Nacional Seguro de Salud a través de la Resolución N° 939/00 y los recursos humanos y materiales para sustentarla.

- Que en la Resolución N° 939/00 se admite la cobertura de prácticas y procedimientos no avalados por la evidencia científica.

- Que debe asegurarse en una situación de emergencia sanitaria como la presente un Conjunto de prestaciones básicas esenciales que permitan mantener el espíritu solidario del sistema y solucionar los problemas más frecuentes en la práctica médica.

- Que se deben priorizar las políticas de prevención de la enfermedad por sobre las acciones curativas basadas en las distintas características socio demográficas que



tienen cada una de las poblaciones de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

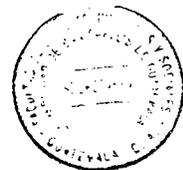
- Que asegurar la provisión de tecnología adecuada a un costo que el sistema pueda afrontar es vital, como lo indica la Declaración de Alma Ata.

- Que es un deber normatizar la utilización de aquellas prestaciones de alto costo que se corresponden a patologías de baja incidencia, con el objeto de garantizar una utilización racional, dado que la sobre utilización provoca un fuerte impacto económico negativo en detrimento de prácticas y procedimientos de probada efectividad clínica ante iguales circunstancias.

- Que en la emergencia sanitaria se debe garantizar el acceso a la salud de todos y en especial la protección de la salud de los grupos más vulnerables como embarazadas, niños en edad escolar, mayores de sesenta y cinco 65 años y otros reglamentados por leyes especiales.

- Que, de acuerdo a lo establecido por el Decreto N° 486/02 se le ha dado intervención al Instituto de servicios sociales para jubilados y pensionados.

Que dado el carácter dinámico que tiene la evolución de la ciencia médica, y la crítica situación en la que se encuentra el país, surge por tanto la necesidad de actualizar periódicamente este instrumento para lo cual la misma Resolución N° 939/00 sentó las



bases para la conformación del trabajo de la Comisión de Seguimiento Permanente del Programa Médico Obligatorio.

Que para ello ha sido necesario a su vez no sólo generar consensos a través de los integrantes de la Comisión de referencia, sino también el apoyo continuo de un grupo de evaluación de tecnología a fin de brindar soporte a dicha Comisión.

Que es necesario mantener coherencia conceptual entre los distintos anexos que integran el programa medico obligatorio, así como con las normativas generales existentes, tales como las emanadas por el Programa Nacional de Garantía de Calidad Médica.

Que en el Anexo II de la Resolución N° 939/00 y sus modificatorias se estableció un Catálogo de Prestaciones del programa medico obligatorio y se hace necesario explicitar sus alcances, así como también dar cuenta de una serie de prácticas establecidas como de alta complejidad, a las cuales la Superintendencia de servicio de salud se había comprometido a normatizar.

Que debe depender la obligatoriedad de su cobertura de una correcta indicación médica, acorde a los principios establecidos en el modelo de abordaje de medicina basada en la evidencia.

- Que en el proceso de normatizar prácticas se arriba a conclusiones que inicialmente descartan la indicación de éstas en determinadas condiciones, lo cual no implica que



existan potenciales indicaciones no consideradas en esta resolución pero pasibles de actualización a partir de la Comisión de referencia.

Que este Programa Médico Obligatorio fue sometido a consideración de distintos actores del sector dentro del marco del Diálogo Argentino, en la Mesa Sectorial de Salud, donde se establecieron como objetivos generales: sostener y mejorar el sistema de salud para evitar el impacto sanitario de la crisis socioeconómica, priorizar la prevención y la atención de la salud materno infantil, recomponer el acceso al medicamento así como el insumo crítico para la atención médica y asegurar la continuidad de los servicios de La Seguridad Social.

Que las causales de interés público precedentemente expuestas habilitan asimismo al suscripto para que, de oficio y mediante resolución fundada, suspenda legítimamente la ejecución del Programa Médico Obligatorio vigente.

Que la Dirección general de asuntos jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que se actúa en el marco de las atribuciones acordadas por el artículo 18 del Decreto N° 486/02 y el artículo 12 de la Ley Nacional de Procedimientos Administrativos N° 19.549. Por ello, el Ministerio de Salud. RESUELVE Artículo 1° — Aprobar el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1° de la Ley 23.660, detalladas en los Anexos I, II, III y IV que forman parte de la presente resolución y que en lo sucesivo se denominaran Programa Médico Obligatorio de Emergencia.



Art. 2º — Disponer que los Agentes del Seguro deberán adaptar todos sus programas de prestación y control, así como sus contratos a los efectos de garantizar el Programa Médico Obligatorio de Emergencia a todos sus beneficiarios.

Artículo. 3º — Establecer que este Programa Médico Obligatorio de Emergencia entrará en vigencia a partir de la publicación en el Boletín Oficial.

Artículo. 4º — Disponer que el Programa Médico Obligatorio de Emergencia tendrá vigencia mientras dure la Emergencia Sanitaria, debiendo la Superintendencia de servicios de salud conformar una Comisión de revisión del Programa Médico Obligatorio definitivo, a ser presentado para su aprobación antes del 31 de Diciembre de 2002.

Artículo. 5º — Suspender los efectos de las Resoluciones del Ministerio de Salud Nros. 939/00; 1/01; 45/01 y todas aquellas que se opongan a la presente, mientras subsista la Emergencia Sanitaria.

Artículo. 6º — Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Ginés M. González García.

Este Programa de Salud se refiere al Conjunto de Prestaciones esenciales que deben garantizar los Agentes del Seguro a sus beneficiarios. Es de carácter obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud, quienes no son meramente financiados del sistema, sino, y por sobre todo, responsables de la cobertura de salud de la población beneficiaria.



Este anexo determina la cobertura básica que brindarán a la población los Agentes del Seguro de Salud 1. Cobertura 1.1. Atención. Primaria de la Salud: Se reafirma el principio de que este Programa Médico Obligatorio está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendiéndola a la misma no sólo como la cobertura para el primer nivel de atención, sino y fundamentalmente como una estrategia de organización de los servicios sanitarios.

Por tanto se sostienen los principios de privilegiar la preservación de la salud antes que las acciones curativas, y por tanto reforzar los programas de prevención. Brindar una cobertura integral, es decir un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Proveer de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando la atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de los cuidados de los beneficiarios, y donde los mismos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los demás proveedores de servicios obligándose a conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud la recuperación de la misma y la rehabilitación.

Programas de Prevención Primaria y Secundaria: Se deberán acordar en colaboración con la autoridad jurisdiccional. En todos los casos será obligación de los Agentes del Seguro la entrega del listado de personas bajo programa, el cual deberá ser elevado en forma trimestral a la Superintendencia de Servicios de Salud en conjunto con la información requerida en la Resolución 650/97 ANSSAL y modificatorias.



En todos los casos para que un programa de prevención sea reconocido como tal los Agentes del Seguro deberán especificar objetivos, metas, recursos humanos, recursos materiales, guías de atención, mecanismos de evaluación y resultados esperados, los mencionados programas deberán presentarse en la Superintendencia de Servicios de Salud. Los Agentes del Seguro de Salud, deberán adaptar los programas de prevención a sus características socio demográfico particulares, además de los otros planes que consideren procedentes por las características del Agente. 1.1.1. Plan Materno Infantil: Se dará cobertura durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento. 1.1.2. Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad. Todo con cobertura al 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuado del pago de todo tipo de coseguros para las atenciones y medicaciones específicas.

Esta cobertura comprende: a) Embarazo y parto: consultas, estudios de diagnóstico exclusivamente relacionados con el embarazo, el parto y puerperio, ya que otro tipo de estudios tendrá la cobertura que rige al resto de este programa medico obligatorio, psicoprofilaxis obstétrica, medicamentos exclusivamente relacionados con el embarazo y el parto con cobertura al 100%. b) Infantil: Será obligatoria la realización perinatología de los estudios para detección de la fenilcetonuria, del hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística en el recién nacido.

Deberán cubrirse las consultas de seguimiento y control, inmunizaciones del período, cobertura del 100% de la medicación requerida para el primer año de vida siempre que



ésta figure en el listado de medicamentos esenciales. c) A fin de estimular la lactancia materna no se cubrirán las leches maternizadas o de otro tipo, salvo expresa indicación médica, con evaluación de la auditoría médica.

1.1.3. Programas de prevención de cánceres femeninos: en especial de cáncer de mama y cuello uterino, diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas. Siempre con la cobertura de las medicaciones que figuren en los protocolos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Se excluyen de la cobertura todo tipo de tratamientos y/o protocolos de carácter experimental o en fase de prueba.

1.1.4. Odontología preventiva: campos de prevención, fluoración y campañas de educación para la salud bucal.

2. Atención Secundaria: Los Agentes del Seguro de Salud se encuentran obligados a brindar exclusivamente las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria nacional.

2.1. Especialidades:

- Anatomía Patológica
- Anestesiología
- cardiología
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía de cabeza y cuello
- Cirugía general
- Cirugía infantil
- Cirugía plástica reparadora
- Cirugía de tórax
- Clínica médica
- Diagnóstico por imágenes: Radiología, tomografía computada, resonancia magnética y ecografía.
- Endocrinología
- Infectología
- Fisiatría (medicina física y rehabilitación)
- Gastroenterología
- Geriatria
- Ginecología
- Dermatología
- Hemoterapia
- Medicina familiar y general
- Medicina nuclear: diagnóstico y tratamiento
- Nefrología
- Neonatología
- Neumonología
- Neurología
- Nutrición
- Obstetricia
- Hematología
- Oftalmología
- Oncología
- Ortopedia y traumatología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Reumatología
- Terapia intensiva
- Urología

2.2. Las prestaciones a brindar son: Se asegura la consulta en consultorio e internación. Se asegura la consulta de urgencia y emergencia en domicilio. En los mayores de 65 años que no puedan



movilizarse, se asegura la consulta programa con un coseguro de \$10 por cada visita. En todo otro grupo etario donde sea el paciente esté imposibilitado de desplazarse quedará a discreción de la auditoría del Agente del Seguro la provisión de Atención programada en domicilio. 2.3. Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos: todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el anexo II de la presente Resolución, considerando el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza. 3. Internación: Se asegura el 100% de cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades (institucional, hospital de día o domiciliaria).

Todas las prestaciones y prácticas que se detallan en el anexo II se encuentran incluidas dentro de la cobertura. La cobertura se extiende sin límite de tiempo, a excepción de lo contemplado en el capítulo que corresponde a salud mental. 4. Salud mental: 4.1. Se incluyen todas aquellas actividades de fortalecimiento y desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludables como forma de promoción de la salud en general y de la salud mental en particular. 4.2. Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil.

Los agentes del seguro propiciarán las prácticas de promoción de salud mental mediante el desarrollo de actividades acordes a las modalidades que consideren pertinentes para su población beneficiaria. 4.3. Prestaciones cubiertas: atención ambulatoria hasta 30 visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad



de 4 consultas mensuales. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico. 4.4. Internación: se cubrirán patologías agudas en las modalidades institucionales u hospital de día. Hasta 30 días por año calendario. 5. Rehabilitación: Se incluyen todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II de la presente Resolución. Los Agentes del Seguro de Salud darán cobertura ambulatoria para rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial. Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario estimulación temprana: en los términos que se define en el Anexo II de la presente Resolución 6. Odontología: 6.1. Se asegura la cobertura por parte de los Agentes del Seguro de Salud, de las siguientes prácticas: 1.01 Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento. Este código incluye examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de la ficha odontológica. 1.04 Consulta de urgencia. Se considera consulta de urgencia a toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario una vez resuelta la urgencia podrá consultar a su odontólogo general para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte. No se contempla dentro de esa consulta la realización de prácticas no cubiertas, a excepción del cementado de puentes y coronas que no requieran de restauración protética. 2.01 Obturación de amalgama. Cavidad simple. 2.02 Obturación de amalgama.



Compuesta o compleja. 2.04 Obturación con tornillo en conducto. Comprende el tratamiento de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental cuando la destrucción coronaria sea mayor que los dos tercios de la distancia intercuspídea. La obturación definitiva debe incluir, en menores de 18 años, el sellado de todas las superficies no tratadas.

Será reconocida una única vez por pieza tratada. 2.05 Obturación resina auto curado. Cavity simple. 2.06 Obturación resina auto curado. Cavity compuesta o compleja. 2.08 Obturación resina foto curado sector anterior. Comprende la restauración de las piezas anteriores y vestibular de primeros premolares. 2.09 Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores. 3.01 Tratamiento endodóntico en unirradiculares. 3.02 Tratamiento endodóntico en multirradiculares. 3.05 Biopulpectomía parcial. 3.06 Necropulpectomía parcial o momificación. En piezas que por causa técnicamente justificada no se pueda realizar el tratamiento endodóntico convencional. 5.01 Tartrectomía y cepillado mecánico.

1. Esta práctica no incluye el blanqueamiento de piezas dentarias. En pacientes mayores de 18 se cubrirá una vez por año. 5.02 Consulta preventiva. Terapias fluoradas Incluye Tartrectomía y cepillado mecánico, detección y control de la placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 18 años y hasta dos veces por año. Comprende aplicación de flúor tópico, barniz y colutorios. 5.04 Consulta preventiva.



2. Detección control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento

3. dietético y revelado de placa. Incluye monitoreo anual. 5.05 Selladores de surcos, fosas y fisuras. Esta práctica se reconoce hasta los 15 años en premolares y molares permanentes. 5.06 Aplicación de carioestáticos en piezas dentarias permanentes. 7.01 Consultas de motivación. Se cubrirá hasta los 15 años de edad e incluye la consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento.

4. Comprende hasta tres visitas al consultorio. 7.02 Mantenedor de espacio. Comprende mantenedores de espacios fijos o removibles. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive. Se incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión. 7.03 Reducción de luxación con inmovilización dentaria. 7.04 Tratamientos en dientes temporarios con Formocresol. Cuando el diente tratado no esté próximo a su exfoliación. También se cubrirá en piezas permanentes con gran destrucción coronaria. 7.05 Corona de acero provisoria por destrucción coronaria.

5. Se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del período de exfoliación. En primeros molares permanentes hasta los 15 años de edad. 7.06 Reimplante dentario e inmovilización por luxación total. 7.07 Protección pulpar directa. 8.01 Consulta de estudio. Sondaje, fichado, diagnóstico y pronóstico. 8.02 Tratamiento de gingivitis.



Comprende Tartrectomía, raspaje y alisado, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene bucal.

6. Se cubrirá anualmente. 8.03 Tratamiento de enfermedad periodontal. Comprende todos los cuadros periodontales e incluye raspaje y alisado radicular. Se cubrirá cada dos años. 8.04 Desgaste selectivo o armonización aclusal. 9.01 Radiografía periapical.

7. Técnica de cono corto o largo. Radiografía Bte-Wing. 9.02 Radiografía oclusal. 9.03 Radiografías dentales media seriada: de 5 a 7 películas 9.04 Radiografías dentales seriada: de 8 a 14 películas. 9.05 Pantomografía o radiografía panorámica. 9.06 Estudio cefalométrico.

4.3 Necesidad de su regulación

4.3.1 Presentación del trabajo de campo

Encuestas

Hospital Igss – Incan

El trabajo de campo consistió en la realización de entrevistas a mujeres que acudían al seguro social Igss e Instituto de Cancerología Dr. Bernardo del Valle Incan, en general a mujeres en edad reproductiva y de conformidad con el enfoque de la presente



investigación y las preguntas que se efectuaron, se presenta a continuación los resultados:

Cuadro No. 1.

Pregunta: ¿Considera que en el tema de la salud y la enfermedad, es importante que el Estado regule como obligatorio hacerse el control ginecológico?

Respuesta	Cantidad
Si	34
No	16
Total:	50

Fuente: Investigación de campo, agosto año 2011.

Cuadro No. 2

Pregunta: ¿Cree usted que sea un problema económico que las mujeres guatemalteca no se hagan el control ginecológico?

Respuesta	Cantidad
Si	50
No	00
Total:	50



Fuente: Investigación de campo, agosto año 2011.

Cuadro No. 3

Pregunta: ¿Quiere usted que el Estado regularice el control ginecológico obligatorio y gratuito?

Respuesta	Cantidad
Si	45
No	05
Total:	50

Fuente: Investigación de campo, agosto año 2011.

Cuadro No. 4

Pregunta: ¿Considera que sea adecuado que en la tarjeta de salud sea obligatorio incluir el control ginecológico?

Respuesta	Cantidad
Si	39
No	11
Total:	50

Fuente: Investigación de campo, agosto año 2011.



Cuadro No. 5

Pregunta: ¿Cree que constituye un factor cultural, educativo y económico el hecho que la mujer guatemalteca no se atienda médica y periódicamente?

Respuesta	Cantidad
Si	50
No	00
Total:	50

Fuente: Investigación de campo, agosto año 2011.

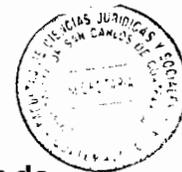
Cuadro No. 6

Pregunta: ¿Cree usted que los problemas de salud que pueda presentar la mujer la mayoría de ellos pueden ser prevenibles?

Respuesta	Cantidad
Si	48
No	02
Total:	50

Fuente: Investigación de campo, agosto año 2011.

Cuadro No. 7



Pregunta: ¿Tiene conocimiento que existen muerte de mujeres derivados del cáncer de cérvix en guatemala?

Respuesta	Cantidad
Si	45
No	05
Total:	50

Fuente: Investigación de campo, agosto año 2011.

Cuadro No. 8

Pregunta: ¿Considera que las mujeres si hubieran tenido un control ginecológico a tiempo seria prevenible la muerte?

Respuesta	Cantidad
Si	50
No	00
Total:	50

Fuente: Investigación de campo, agosto año 2011.

4.3.2 Bases

En base al desarrollo del trabajo bibliográfico, documental y de campo, se presenta a continuación la necesidad de que se regule mediante una disposición legal, el control



ginecológico obligatorio y gratuito para las mujeres, y dentro de las bases normativas, se encuentran como fundamentales las siguientes:

- La obligatoriedad de la realización anual del examen ginecológico de Papanicolaou y la mamografía para las mujeres mayores de 20 años tiene por objetivo mejorar la salud de la población a través de una política sanitaria de prevención.

Esta práctica debe incorporarse a los controles de salud de las mujeres como algo natural. Es la manera de detectar tempranamente anomalías y tratarlas con un alto porcentaje de éxito.

- El Cáncer del Cuello Uterino es un problema muy importante en Salud Pública en los países en vías de desarrollo, tal y como se evidencio en la realización de este trabajo, lo cual incide en las alarmantes estadísticas. Representa el 10 % de la mortalidad por cáncer en mujeres, que lo sitúa en un lugar importante como causa de muerte por cáncer en la población femenina, sin embargo, se encuentra ocupando el primer lugar por delante del cáncer de mama y de pulmón.

- La citología cervical Papanicolaou es la mejor herramienta de screening para el diagnóstico de lesiones escamosas pre invasivas que pueden ser eficazmente tratadas en forma oportuna. Debido a que una gran mayoría de estos casos (más del 90%) podrían y deberían ser detectados temprano a través de la prueba de Papanicolaou, la tasa de mortalidad actual es mucho más alta de lo que debería ser y refleja que, aún en la actualidad, las pruebas de Papanicolaou no se efectúan en aproximadamente un tercio de las mujeres que cumplen los requisitos para esta prueba.



Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, se enferman de cáncer de cuello uterino 500.000 mujeres por año. De ellas, el 80% pertenece a países en vías de desarrollo.

La mortalidad por cáncer de cuello uterino es patrimonio casi absoluto de mujeres pobres, sin embargo, es evitable mediante métodos diagnósticos y terapéuticos altamente eficaces, de baja complejidad y de muy bajo costo.

La enfermedad es mortal cuando se transforma en invasora, pero el cáncer cervical permanece no invasor durante cinco a diez años, período en el que es fácilmente detectable por el Papanicolaou con o sin el complemento de la colposcopia.

Los factores que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad son: el subdesarrollo, la pobreza, la deficiente educación y la carencia o dificultad en el acceso a los servicios de salud.

La multiparidad también tiene una fuerte asociación con este tipo de cáncer, sobre todo en mujeres con más de tres hijos, de clase social media y baja y con deficiencias nutricionales. En las últimas décadas, las infecciones de transmisión sexual han sido relacionadas con un aumento del riesgo de presentar la enfermedad.

Existen seis países en el mundo que han logrado descensos marcados de la tasa de mortalidad aplicando Programas Citológicos de Detección Oportuna: Finlandia, Islandia, Suecia, Dinamarca, Noruega y Canadá. Se ha afirmado que el bajo costo de las prácticas propuestas para la detección del cáncer de cuello uterino, en insumos y recursos humanos, las hace posibles con los presupuestos más exigüos.



Por tal motivo y frente a las fatales consecuencias del mal, el Estado debe implementar acciones para evitarlo.

La patología tumoral maligna de origen genito mamario es un verdadero problema de salud en Guatemala, ya que si bien existen algunos cánceres, en teoría 100 % prevenibles y otros de detección precoz en etapas curativas, esto no ocurre por distintos motivos. Con frecuencia genera un problema psicológico, dado que aún cuando se logra un tratamiento eficaz en cuanto al control de la enfermedad, este genera resultados muchas veces mutilantes para las mujeres dejando secuelas síquicas a veces tan graves como las dolencias físicas que se pueden ver.

Es una de las patologías más frecuentes entre las mujeres de Latinoamérica y demás países no desarrollados. Como lo señala La Organización Mundial de la Salud y es sabido, "la reducción del impacto en la incidencia de esta patología en la mortalidad depende principalmente de los programas de detección precoz que posibilitan la prevención y el éxito de la curación, particularmente en el caso de los cánceres de mama y del cuello uterino".

Los cánceres de la esfera ginecológica más frecuentes son el cáncer de mama y el de cuello uterino, en primer y segundo lugar en orden de frecuencia.

Si bien existen diferentes factores de riesgo para cada caso en particular, algunos de estos son compartidos y por tanto deben ser tenidos especialmente en cuenta a la hora de la prevención. Si se analiza cada uno por separado, es claro que el cáncer de mama ocupa el primer lugar y determina además, la principal causa de muerte en la mujer por

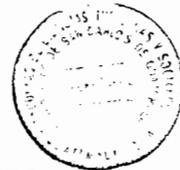


patología oncológica en el país, seguido por el cáncer de cuello uterino en una frecuencia que es casi inadmisibles dado que puede ser prevenido. El cáncer de mama preocupa tanto a pacientes y médicos. Es conocida la existencia de la mamografía como un estudio que permite la detección precoz del mismo, técnica que hasta es hoy resulta insuperable como detección.

- Por tanto en el cáncer de mama no existe profilaxis, sino detección precoz, que permite la curación en muchos casos, Para ello es imprescindible un correcto examen de mamas realizado por el médico anualmente, el auto examen de mamas practicado por la propia mujer y la educación para la consulta precoz que son elementos de invalorable aporte para una detección de la enfermedad en etapas donde se puede alcanzar la curación.

Es importante que la población femenina conozca los factores de riesgo para su aparición, como la edad, las dietas hipercalóricas, el no tener hijos, o no haber tenido lactancia, así como los antecedentes familiares directos de cáncer de mama, tal y como se evidencio en el inicio del presente trabajo.

-La prevención de este cáncer consiste en conocer los factores de riesgo, la realización del auto examen y la consulta precoz de encontrar algo anormal en el mismo, complementado con el control anual con médico, el cual solicitará Mamografias a partir de los 40 años o menos en casos especiales, así como la Ecografía mamaria en mujeres jóvenes o casos particulares como complemento de la Mamografía.



En definitiva, la forma de prevenir los cánceres de la esfera ginecológica parte de una educación que permita el conocimiento del propio cuerpo, y de los factores protectores para evitar su aparición así como la existencia de factores de riesgo que pueden favorecer su origen, y debe ser complementado con el sano hábito de concurrir al control médico en ausencia de enfermedad, a fin de una revisión anual.

- Por último, pero no menos importante, es resaltar la importancia de educación en salud y, aconsejar a las mujeres a consultar frente a cualquier hallazgo o duda, ya que el temor a padecer una enfermedad ejerce sobre las mismas una involuntaria demora en la consulta generando muchas veces demoras en el tratamiento. Se vería con agrado que el Estado se sumara a esta conducta, de responsabilidad compartida médico y paciente, como partícipe activo de esta responsabilidad con respecto al sector femenino.

Lo dicho es lo que permite evitar la enfermedad, disminuir las complicaciones en caso de enfermedad ya presente y en definitiva mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las mujeres, sabiendo que muchos de los cánceres ginecológicos son prevenibles o curables en etapas tempranas. Se debe establecer por lo anterior, la obligatoriedad de realizar acciones de carácter preventivo en todo el territorio nacional, tendientes a prevenir el cáncer de útero y de mama en toda mujer mayor de veinte (20) años de edad.

- El Poder Ejecutivo deberá arbitrar los medios para que la población femenina, en todo el ámbito del territorio nacional, pueda realizarse, sin costo alguno y en forma rápida y ágil, el examen citológico exfoliativo vaginal Papanicolaou en forma anual y el examen



periódico de mamas mediante mamografía u otro medio de diagnóstico que la autoridad sanitaria considere necesario y eficaz.

Los exámenes deberán ser practicados en los centros, instituciones o establecimientos sanitarios dependientes del Ministerio de Salud, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, así como en las entidades privadas de carácter médico, que convengan con el mismo.

En todos los casos el examen contará con la asistencia de profesional especializado.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá reglamentar, respetando la privacidad del examen, las actuaciones administrativas necesarias a los efectos de la información estadística.

- Cada examinada tendrá una libreta de registro y control sanitario, debidamente autorizada por el Ministerio de Salud Pública, quien las proveerá gratuitamente.

La presentación de la libreta descrita será de uso obligatorio y como requisito previo para: a) El ingreso a cualquier empleo público. b) El ingreso a centros educacionales. c) En tales supuestos se deberá acreditar periódicamente conforme lo requiera la reglamentación respectiva, el cumplimiento del examen referido, se deberá incorporar al programa de atención primaria de la salud el control para la prevención del cáncer femenino, promoviendo asimismo campañas de esclarecimiento y concientización en los medios masivos de comunicación social.

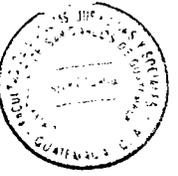


Con efectos de posibilitar el cumplimiento de la normativa que se pretende a través de las presentes bases, deberá regularse que los hospitales, centros de salud, centros hospitalarios privados, sanatorios, centros del seguro social, etc. prestarán los servicios necesarios, en forma obligatoria y gratuita.

Se deberá normar también que las entidades públicas y privadas cooperarán activamente en la lucha contra el cáncer mediante la planificación, organización y difusión de los recursos necesarios básicos para el logro de una educación poblacional, racional e intensiva, a cuyo fin se instrumentarán: conferencias, mesas redondas, audiovisuales, etc.

Se deberá establecer los mecanismos de coordinación, del Estado con las obras sociales y las organizaciones médicas, el cumplimiento de la Ley en el ámbito privado.

-También se establecerá que anualmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que es en definitiva el ente rector de esta política, de evaluar el cumplimiento y resultados obtenidos con la aplicación de la Ley.





CONCLUSIONES

1. **Se ha podido determinar las causas principales por las que se produce el cáncer cervical; sin embargo, existen factores de riesgo, y dentro de ellos se encuentran:
a) Relaciones sexuales a temprana edad; b) Relaciones sexuales con diferentes individuos; c) Haber padecido enfermedades venéreas, herpes, papiloma virus etc.; d) Haber presentado citología alterada.**

2. **La inexistencia del control ginecológico en las mujeres, para la detección del cáncer cervical, provoca que las miles de muertes que ocurren no se prevengan, y esto es una responsabilidad del Estado y de las mujeres, en este último caso, se debe a factores culturales, educativos y económicos.**

3. **El Estado no tiene actualmente, una política definida para la atención de las mujeres en cuanto a un control ginecológico obligatorio, que prevenga el cáncer de cérvix, lo cual tiene responsabilidad en las muertes que ocurren actualmente de mujeres por estas causas.**





RECOMENDACIONES

- 1. El Estado de Guatemala, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene la obligación de implementar políticas de salud, para la detección temprana del cáncer de cérvix.**
- 2. El Organismo Legislativo a través de la comisión correspondiente, tiene la obligación de crear marcos normativos al establecerlo como obligatorio y gratuito con carácter urgente, para evitar muertes.**
- 3. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, como parte en sus programas de protección y prevención social, tiene la obligación de promover un plan de atención obligatoria para las afiliadas al seguro social.**

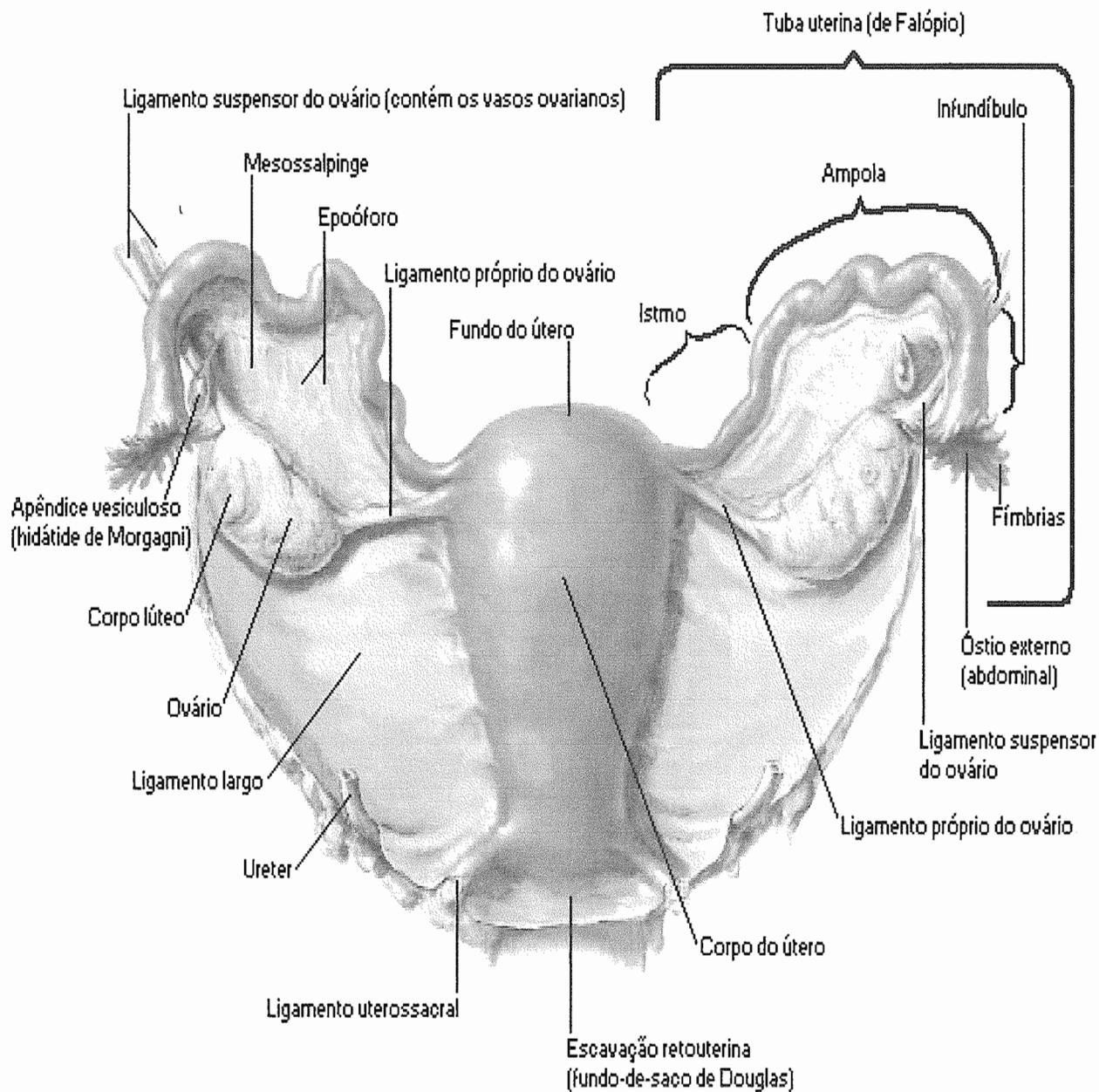




ANEXOS

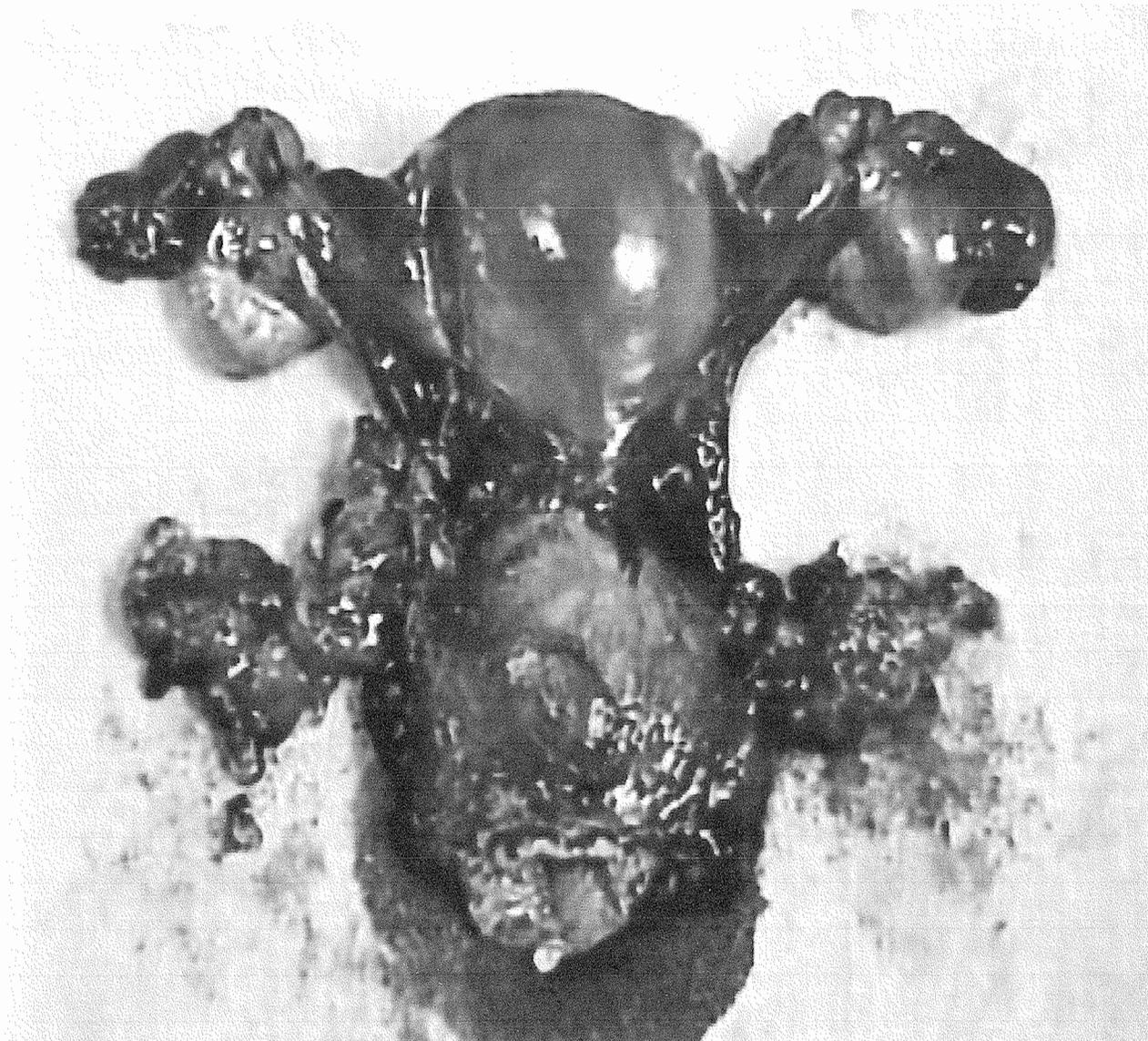
ANEXO I

Útero normal



ANEXO II

Procedimiento quirúrgico de paciente con cáncer de cérvix

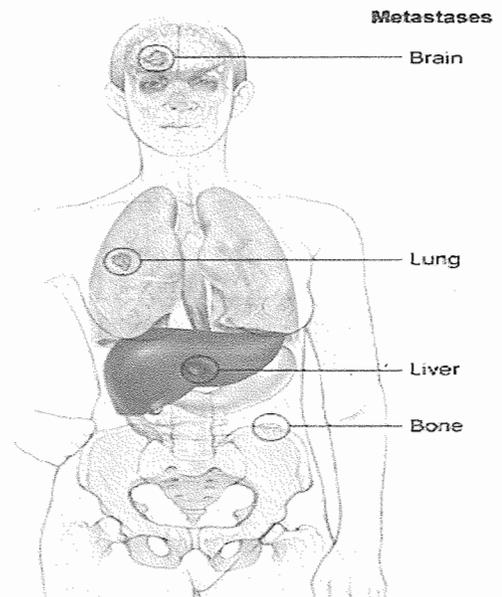
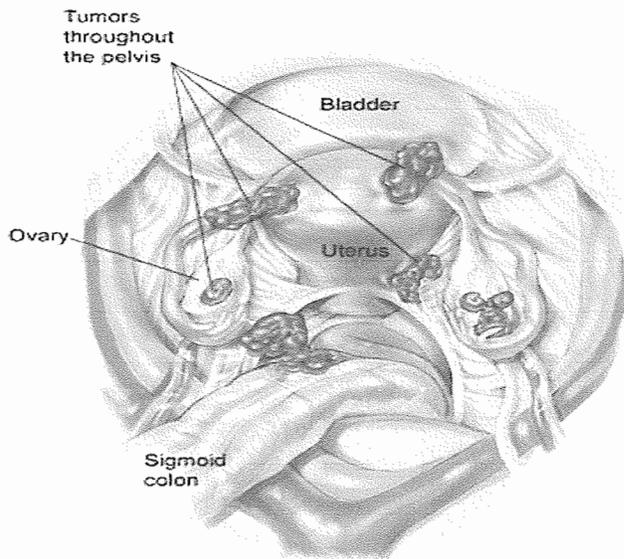


ANEXO IV

Pacientes en etapa avanzada de cáncer de cérvix



Stage IV Cancer



Robert Meressey/Visual Education, LLC



BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR CUEVAS, Magdalena. **Derechos humanos**. 2ª. ed. México: Ed. Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1991
- ÁLVAREZ RODAS, Erick Jacobo. **Diagnóstico y tratamiento cáncer cérvico uterino**. Guatemala: (s.e), 2010.
- Aprofam. **Manual de educación sexual**. Guatemala: (s.e), 2000.
- BOTELLA LLUSIA, José. **El útero, fisiología y patología**. Madrid, España: Ed. Díaz de Santos S. A., 1997.
- CABANELLAS, Guillermo. **Diccionario enciclopédico del derecho usual**. 14 ed. 4t. Buenos Aires, Argentina: Ed. Heliasta, 1979.
- CANELA SOLER. Jaume. **Medicina preventiva y salud pública**. Barcelona, España: Ed. Masson S.A., 2003.
- CASTAÑEDA, Fernando. **Léxico de la política**. México : Ed. Fondo de cultura Económica, 2000.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. <http://www.cels.org.ar/home/index.php>
(Guatemala 14 de agosto de 2011).
- Corte de Constitucionalidad. **Gaceta número 28, sentencia 12-05-93**. Guatemala (s.e), 1993.
- CUADRADO, Marcela. **La salud de todos la hacemos entre todos**. Uruguay: (s.e), 2006.
- DELGADO Carlos. **Papiloma virus y cáncer cervical**. 1ª ed. Distrito Federal, México: Ed. Porrúa, 1993.
- GERVAS Juan. **Los límites en la prevención clínica**. Madrid, España: Ed. Cesca, 2007.



Informe de la Organización mundial de la Salud

<http://www.who.int/disabilities/world>. Guatemala, 14 de agosto de 2011.

JENICEK, Milos. Epidemiología lógica en la medicina moderna. Barcelona, España: Ed. Masson S. A., 1996. 355 págs.

MARTÍNEZ, Ramiro. Educación sexual, fisiología psicología. México: Ed. Ediciones Euroméxico, 2009.

Ministerio de Salud Pública Asistencia Social <Http://www.mspas.gob.gt/index.php/html> (Guatemala, 14 de agosto de 2011).

Oficina Sanitaria Panamericana. **La lucha contra el cáncer.** 2 vol.; Washington, DC: Ed. MSP, 1992.

OSSORIO, Manuel. Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales. 1ª ed. Editorial Heliasta, S.R.L. 1979.

Population action. **Educación sexual y reproductiva.** Washington, D.C.: Ed. Image Graphics Incorporated, 2008.

PECES-BARBA, Gregorio. El fundamento de los derechos humanos. 3ª. Ed.; Madrid, España: (s.e.), 1980.

VILLAVERDE, Silvia. Salud sexual y reproductiva. Buenos Aires, Argentina: Ed. Lexis, 2006

ZURRO, Martín. Atención familiar y salud comunitaria. España: Ed. Elsevier, 2011.

Legislación:

Constitución Política de la República de Guatemala. Asamblea Nacional Constituyente, 1986.

Código Civil. Decreto Ley 106, Enrique Peralta Azurdía, jefe de Gobierno de la



República de Guatemala. 1964.

Código Procesal civil y Mercantil. Decreto Ley 107, Enrique Peralta Azurdía, jefe de Gobierno de la República de Guatemala, 1971.

Ley del Organismo Judicial. Congreso de la República de Guatemala, Decreto Número 2-89, 1989.

Código de Salud. Congreso de la República de Guatemala Decreto Número 90-97 1997.

Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Congreso de la República de Guatemala, Decreto Número 2-95.