

RME DEFENSORIAL POLÍTICA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA

INTRODUCCION.

Los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), sin duda alguna, son derechos humanos reconocidos en muchos instrumentos internacionales siendo uno de ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). El punto central de larga discusión fue el reconocimiento o no de estos derechos como exigibles, justiciables o reclamables. Una corriente sostiene que solo debe ser reclamable, en tanto que otra se adscribe más bien al carácter exigible de los mismos.

La entrada en vigor del Protocolo de San Salvador en 1999, abre un canal para la protección de los DESC, articulados con otros derechos. El debate en este tema ha permitido ver que el mismo es básicamente político porque está relacionado fundamentalmente con la distribución del poder y la riqueza y con la relación entre países desarrollados y pobres, entre otros factores estructurales. Y en este marco, los canales que ofrece el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos, son insuficiente para la exigibilidad y justiciabilidad de cualquier derecho inscrito como DESC entre los cuales encontramos a la salud.

El presente Informe Defensorial se halla en el marco de las competencias de la Defensoría del Pueblo y fue realizado por el Programa de derechos humanos de las mujeres como un documento que debe motivar la atención de todas las instancias públicas de salud en salvaguarda de los derechos de vida y salud de las mujeres, como la población afectada por estas patologías.

El Derecho a la salud.

La Constitución Política del Estado en el artículo 35, protege a la salud como derecho, no obstante esta protección debe ser entendida en conexión con otros derechos, como veremos a continuación.

El artículo 12 del PIDESC hace hincapié en el acceso equitativo a la asistencia sanitaria y en unas garantías mínimas de asistencia sanitaria en caso de enfermedad. En su inciso d) señala: *La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.*

La salud se halla dentro los DESC y a diferencia de otros derechos, es un derecho habilitante para el ejercicio de otros derechos y a la vez depende del goce de otros, en una conexitud e interdependencia inherente a los derechos humanos. Se inscribe más bien en un orden social donde la vulneración del derecho no emana de un acto sino de una omisión, las más de las veces condicionada a la existencia de recursos que permitan la satisfacción de esos derechos, por lo que para establecer que un Estado los ha violado, no basta comprobar que no se está gozando, sino que el comportamiento del poder público, en orden a alcanzar este fin, no se ha adecuado a los estándares técnicos apropiados.

El debe entenderse como un derecho al disfrute de los bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Desde el enfoque de género, la conquista de los derechos sexuales y derechos reproductivos, ha sido resultado de un largo proceso hasta lograr que éstos sean considerados como derechos. En el campo de los derechos sexuales, encontramos la autonomía y control del cuerpo, la salud sexual, la educación integral para la vida afectiva y sexual, a la orientación y prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA y el cáncer cérvico uterino, mamario y prostático.

No obstante, si bien justificadamente, desde lo público, el énfasis que se pone a la mortalidad materna no ha permitido una lectura relacional con la muerte de mujeres por causa de cáncer cérvico uterino (CACU) y de mama, lo que sin duda incide en una asignación de presupuestos que corresponda con la magnitud de los cánceres mencionados.

Es por este motivo que se analiza el tema en cuestión, vinculado mas bien como un derecho dentro los DESC, por la importancia de mirar a las mujeres no solo vinculadas a la reproducción.

Motivación institucional para el seguimiento a esta política.

La Defensoría del Pueblo tiene como mandato constitucional, velar por la vigencia, promoción, difusión y cumplimiento de los derechos humanos individuales y colectivos y justamente es en la defensa del derecho a la salud y a la vida de las mujeres que realizó el presente trabajo consistente en el análisis de las políticas públicas sobre CACU y de mama a partir de la conformación de una Mesa de trabajo con sobrevivientes y familiares de las fallecidas producto de cual emergió preocupante información sobre la muerte de mujeres por estas enfermedades.

Una de las principales dificultades con las que se enfrentó este trabajo, ha sido la disponibilidad de estadísticas oficiales desagregadas por edad, área, entre otras variables, sobre todo en cuanto al cáncer de mama.

Los datos que arrojó el trabajo con las sobrevivientes, fueron cuanto más que contundentes para explicar la intervención defensorial:

TEMAS	Cómo ven las sobrevivientes y sus familiares
Políticas públicas de cáncer cérvico uterino y de mamas	No conocemos las políticas públicas sobre cáncer ni los derechos de las mujeres.
Calidad de atención y servicio	<p>-La detección no necesariamente significa tratamiento porque en la referencia, se pierde a las mujeres detectadas. Muchas, al conocer su resultados, no retornan al centro de salud o al médico/a.</p> <p>-En servicios públicos no siempre conocemos los resultados de nuestras pruebas, muchas veces se pierden las láminas o se mezclan con otras y otra vez hay que someterse a</p>

	<p>nuevas pruebas o no es seguro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algunas mujeres se han sometido a exámenes de PAP cada año contando con resultados negativos y de pronto se desencadenó la enfermedad. ¿Qué está pasando?, nos preguntamos y después los especialistas nos informaron que existen falsos negativos por una mala lectura de láminas o por mala toma de muestras o simplemente porque se mezclan las láminas. Este tipo de resultados para muchas significó la muerte. De ahí entendimos que no todos los/as profesionales saben leer los resultados de laboratorio. - Hay mucho cambio de personal médico y paramédico, en laboratorios, enfermeras y eso perjudica al tratamiento porque si los cambian tanto, no logran especializarse en leer los resultados o tomar buenas muestras y, lo peor, no se cuenta con especialistas sino con médicos generales.
<p>Prevención e información</p>	<ul style="list-style-type: none"> -No llega a las mujeres del campo o también porque hay mucho machismo sus maridos no les dejan ir al control médico. -En algunos Centros de Salud y aún en Hospitales, no se informa sobre el cáncer ni su prevención, sobre todo en los barrios peri urbanos. -El cáncer está asociado a muerte, debido precisamente a la falta de información. Casi todas las mujeres hemos tenido miedo y se tiene miedo, por eso asociamos el cáncer con la muerte. Muy pocos especialistas nos hacen ver el cáncer como lucha y nos dan ánimo. -Las profesionales en salud que trabajan con estas enfermedades, señalaron que gran parte de las mujeres que llegan a distintos Hospitales, no saben lo que es el cáncer.
<p>Barreras frente a la detección, tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Existen barreras sociales, culturales y de género que limitan la comprensión del tema en mujeres pobres e indígenas. -El tratamiento es largo y algunas lo abandonan por falta de recursos económicos. Las mujeres de provincias, ya no vienen al tratamiento porque gastan dinero en pasajes, no tienen donde alojarse.
<p>Seguridad social o no</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de las mujeres que se sometieron a tratamiento, contaban con Seguro de largo plazo, pero no todos los Seguros cubren todos los costos de tratamiento de cáncer. -Somos muy pocas las que tenemos seguro

	<p>social.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aquellas sobrevivientes y familiares de las fallecidas que no cuentan/contaban con seguro social, se sometieron a fuerte endeudamiento y/o pérdida de bienes inmuebles o muebles para cubrir los costos del tratamiento. -Las redes familiares, de amigos, contribuyen a cubrir los costos.
<p>Equipamiento, infraestructura, disponibilidad de insumos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -No todos los laboratorios de patología son accesibles porque tienen costos elevados. - No existen equipos de radiología suficientes. - Los costos de mamografía son altísimos y no llega a mujeres rurales ni tampoco a las que tienen pocos recursos económicos. -La espera para someterse a quimioterapia o radioterapia, es muy larga porque también se envía a estos lugares, mujeres y hombres de todo el país se espera mucho. -Algunos equipos, como no son suficientes, se deterioran, alguna pieza se daña y eso nos perjudica mucho porque no podemos recibir ni continuar el tratamiento y al interrumpirlo, nos puede aumentar el riesgo de muerte porque hay muchas mujeres en lista.
<p>Efectos sociales y de género.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Muchas mujeres diagnosticadas, han quedado sin pareja debido al abandono de su cónyuge. - Un gran número de familias donde la mujer falleció, quedó disgregada y los hijos pequeños han sido acogidos por distintos parientes. -Las hijas mayores asumen el rol reproductivo de la madre fallecida.
<p>Niveles de organización de sobrevivientes y de familiares de fallecidas.</p>	<p>-La situación de enfermedad ha permitido la conformación de Redes de solidaridad y búsqueda de opciones para conseguir equipos, insumos, etc pero no siempre cuentan con apoyo de instancias públicas que tienen responsabilidad en el tema, partiendo del hecho de no reconocimiento de las Asociaciones hasta el no involucramiento con las demandas de las mismas. (se refieren a Gobernaciones y Gobiernos Autónomos Municipales ante los cuales han realizado gestiones para importar equipos donados pero no hallaron necesariamente el apoyo que esperaban).</p>

oras/es, se constituye en un argumento por demás tema. En Anexo, se podrá encontrar mayores naciones a lo largo del documento.

Las políticas públicas sobre el tema.

El Plan Nacional de Desarrollo hace referencia a la situación de la salud en Bolivia, pudiendo destacar que la feminización de la pobreza condujo a la conformación de grupos de población con perfiles epidemiológicos diferenciados¹ ubicando a las mujeres entre las poblaciones con mayores niveles de inequidad por razones de pobreza y de género, aspectos que redundan negativamente en su salud y vida.

El Plan Nacional para la igualdad de oportunidades **Mujeres construyendo la nueva Bolivia para vivir bien+**, también incorpora un eje para el desarrollo de la salud y proporciona abundante información que da cuenta de la situación de salud de las mujeres, vinculado a la pobreza y al área de residencia (rural/urbano), aunque no se cuenta con una línea de trabajo orientada a apoyar la política pública de salud sobre cáncer de cuello uterino y mamas, lo que segmenta su abordaje únicamente al área de salud.

El Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos **Bolivia digna para vivir bien+**, no contempla la problemática del cáncer y menos la situación en las mujeres frente a estas enfermedades.

El Ministerio de Salud en el año 2009, ha formulado el segundo Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de cáncer de cuello uterino 2009-2013, modificando su alcance posteriormente a 2015. Asimismo, ha formulado por primera vez, el Plan nacional de prevención, control y seguimiento de cáncer de mama 2009 . 2015. Ambos planes se inscriben en la política nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y definen las líneas de política pública para la intervención defensorial.

La muerte de mujeres vinculada al derecho a la salud, tiene varias vertientes y una de las más conocidas, es la mortalidad materna que en Bolivia, de acuerdo al Plan Estratégico Nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal en Bolivia. 2009-2015, el riesgo de morir por alguna causa vinculada con el embarazo, parto o post-parto, alcanza a 11 mujeres por cada 1.000 en edad fértil, siendo los mayores extremos en Potosí que llega a 19 por cada mil mujeres, en tanto que en Tarija llega a 5 de cada 1.000 (área urbana) y de 23/1.000 área rural).² La misma fuente señala que cada año mueren 700 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, número muy alto en toda la región.

Por otro lado, analizando las estadísticas de muerte femenina vinculada al derecho a la salud, hallamos que las provocadas por el CACU y el cáncer de mama, superan en mucho las cifras anteriores. Si observamos las estadísticas de mortalidad femenina, no solo aquellas consecuencias relacionadas con su reproducción como la mortalidad materna, encontramos otro gran número que están falleciendo por uno de los dos tipos de cáncer que hoy nos ocupa, como veremos de manera específica más adelante.

¹ Ministerio de Planificación del Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo **Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien+** 2006-2011. La Paz. 2007.

² Ministerio de Salud. Plan Estratégico nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal en Bolivia. 2009-2015.

cérvix o CACU) y el cáncer de mama continúan la agenda de la salud pública y una deuda con las el Ca de cérvix, puede evitarse, los esfuerzos colectivos para prevenirlo no han logrado disminuir su efecto en el país.

La situación no puede ser comprendida a cabalidad si no se menciona que este estado de cosas ha sido acrecentado por efecto de la aplicación de políticas de ajuste que ahondaron las diferencias entre países ricos y pobres, haciendo del problema un asunto estructural, con efectos diferenciados para las mujeres porque incrementó sus niveles de pobreza y su alejamiento del goce del derecho a la salud ya que el peso de la responsabilidad pública para la protección de la salud, fue transferido al rol reproductivo que histórica social y culturalmente había sido asignado a las mujeres, profundizando así las inequidades y desigualdades.

Al asumir mayor responsabilidad por la transferencia del cuidado de la salud al ámbito reproductivo donde las mujeres desempeñan un rol decisivo, el cuidado de su propio cuerpo y de su propia salud se fue postergando cada vez más al punto de llegar a cifras inéditas sobre la mortalidad de mujeres por estas causas, mucho mayor que la provocada por la mortalidad materna, como veremos más adelante. Por tanto, es imperativo aunar esfuerzos orientados a disminuir la mortalidad de mujeres por causas prevenibles, junto a contribuir al desarrollo de prácticas que faciliten el cuidado del cuerpo y la salud por las mismas mujeres.

La realidad de cada mujer recién diagnosticada, de las que están en tratamiento, de las sobrevivientes, del entorno familiar de las mujeres que dejaron la lucha porque el cáncer ganó la batalla, debe nutrir las políticas de salud para alcanzar la reducción de la morbilidad y la mortalidad del CACU y de mama, como un gran paso hacia el logro de objetivos a favor de la vida y la salud de las mujeres, sobre todo de las indígenas campesina originaria que no pueden acceder ni siquiera al diagnóstico y menos a tratamiento por barreras no solo económicas, sino también socio culturales que las más de las veces son naturalizadas. Es por lo anteriormente señalado que el presente Informe Defensorial centra su atención en la muerte de mujeres por cáncer de cuello uterino y de mama, siendo el objetivo de esta intervención.

Objetivo.

Determinar el nivel de efectividad en la protección pública a la vida y salud de las mujeres frente al cáncer cérvico uterino y cáncer de mama.

Metodología.

El trabajo se centró en:

- Revisión de información secundaria sobre el tema.
- Revisión y análisis de las políticas de Salud referidas a cáncer de mama y de cérvix. En este último caso, desde el 2004 hasta la versión 2009 . 2015 y en el caso de mama, el único Plan 2009-2015, además de las políticas en salud sobre ITS/VIH-SIDA.
- Revisión analítica de otros estudios sobre el tema.
- Reuniones, Seminario/taller con sobrevivientes y familiares de fallecidas.

tanto de instituciones públicas como de aquellas servicio de salud, y expertos/as que están viendo a de aplicar la vacuna HPV.

- Requerimiento al Ministerio de Salud.
- Sistematización y análisis de la información en general.

Debido a la especialidad del tema, se ha requerido el asesoramiento de una profesional médica especialista en Oncología.

Normativa nacional e instrumentos de derechos humanos.

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia incorpora la protección de la salud y a ésta, como un derecho, señalando la promoción de políticas públicas para mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud+ (Art 35. I). En el Capítulo de Derechos Fundamentales, Artículo 18, se reitera el derecho de todas las personas a la salud así como garantiza su acceso. Esta garantía y protección, se incluye también a lo largo de otros Artículos. El Artículo 66 de la norma magna, garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, donde encontramos al cáncer de cuello uterino y al de mamas como inherente a aquellos.

Bolivia es signataria de varios instrumentos de Derechos Humanos relativos a la protección del derecho a la salud, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que en su artículo 12 establece la protección de la salud. Un instrumento sustantivo relativo a los derechos de las mujeres, es la Convención Internacional sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (CEDAW) ratificada por nuestro Estado mediante la Ley N° 1100 que en el artículo 11 y 12, hace referencia específica a la adopción de los Estados de medidas de protección a la salud de las mujeres.

La Recomendación General 24 del Comité de la CEDAW, hace amplia referencia a la protección de la salud de las mujeres, particularmente las Recomendaciones 29 y 30 que de manera general señala la necesidad de elaborar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida y la necesaria asignación de recursos presupuestarios, humanos y administrativos suficientes para garantizar la protección de la salud de las mujeres.

La Ley marco de autonomías y descentralización N° 031, delega los hospitales del Primer y Segundo nivel bajo la tuición de los Gobiernos Departamentales Autónomos y de los Gobiernos Municipales Autónomos, como señala el Artículo 81, párrafo II, numerales 1 y 2.

Otra normativa sobre el tema, se la puede hallar en Anexo.

Situación del cáncer de cuello uterino y de mamas en Bolivia y el derecho de las mujeres a la salud y la vida.

Pocos son los estudios desde la perspectiva de género sobre los efectos de la aplicación de medidas económicas que incidieron negativamente en las mujeres pobres y de zonas rurales. Las políticas de corte neoliberal adquieren particulares características sobre las mujeres, porque incluyeron políticas de ajuste en los años '80 que trasladaron costos de salud sobre la población femenina. El acceso a los servicios de salud que ya estaba muy limitado, se dificulta mas para las mujeres en

considerando temas estructurales que derivaron en la falta de atención y tratamiento. Asimismo, la falta de un enfoque intercultural que emita mensajes concientizadores, desde las distintas cosmovisiones, sobre el derecho a la vida y salud que tienen todas las mujeres, ha estado ausente en las políticas públicas.

Como la salud es un derecho conexo a otros, es importante saber que el último Censo de Población y Vivienda que realizó el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) muestra que las mujeres constituyen poco más de la mitad de la población. Datos más actualizados que proporciona el INE, indican que las mujeres representan el 46.1% de los 2.1 millones de trabajadores en las ciudades capitales del país. De acuerdo al Centro de Estudios de Desarrollo Laboral y Agrario solo una de cada cuatro mujeres es asalariada (30% en el sector estatal y 70% en el sector privado). 6 de cada 10 trabajadoras no está contemplada en la legislación laboral (la efectividad de la normativa vigente apenas alcanza a 2 de cada 10 asalariadas en el sector privado y a 7 de cada 10 en el sector estatal). El 65.5% de las trabajadoras no cotizan a la seguridad social de largo plazo y las mujeres ganan en promedio el 67% de lo que obtienen los hombres.³

Justamente como efecto de las medidas de corte neoliberal aplicadas en el país, el diseño de la seguridad social está únicamente sobre la base del asalariamiento y este factor, entre otros, determinó una incidencia particularmente negativa en las mujeres en materia de salud porque si bien gran parte de la población boliviana no cuenta con seguridad social, particularmente las mujeres están ocupadas en actividades no asalariadas y esto incidió en efectos desiguales sobre las mujeres ya que el costo de la atención de salud como responsabilidad social y cultural asignadas a las mujeres en el ámbito reproductivo, recayó con mayor peso sobre ellas y los canales para el acceso al derecho a la salud se fueron estrechando cada vez más, alejándolas del ejercicio y goce del mismo.

En la región, solo el 15% de las mujeres en edad económicamente activa están afiliadas a la seguridad social y las coberturas de protección de las mujeres por la seguridad social, son bajas. El 79.96% de la población no cuenta con ningún tipo de seguridad social, con una distribución para el área urbana de 72.69% y para el área rural del 92.32%. Asimismo, el 79.33% de mujeres urbanas no cuenta con seguro social y en el área rural la población femenina desprotegida alcanza al 92.2%.⁴ Por tanto, el hecho de no disponer de seguridad social que atienda las patologías de cáncer que nos ocupa, tendrá impactos negativos en las mujeres en general como una de las poblaciones más excluidas históricamente, pero fundamentalmente sobre las más pobres. Es decir, la histórica discriminación, la pobreza y la violencia hacia las mujeres, son los principales contribuyentes para una mala salud de las mismas.

El Plan sobre cáncer cérvico uterino (CACU) vigente, señala que esta enfermedad es frecuente en el país entre mujeres de 25 a 64 años y que Bolivia tiene la tasa de mortalidad más alta de América con 26.3 por cada 100.000 mujeres, que en términos de defunciones las estimaciones dicen que en el año 2002, **987 mujeres fallecieron** por causa de esta enfermedad, lo que significa 2,7 muertes por día. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la situación es mucho más alarmante por cuanto sus estimaciones para el mismo año (2002) son de 1.665 defunciones, es decir 4,56 mujeres por día, por lo que estamos hablando de tasas mayores que las de mortalidad materna⁵. El peso de estos datos exige que la voluntad política sea

³ CEDLA. Alerta Laboral. La Paz. 2010

⁴ INE. Encuesta de Hogares. 2007

⁵ Ministerio de Salud y Deportes. Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de cáncer de cuello uterino, 2009-2015.

estos y virar hacia una gran Estrategia intercultural

Médicos del mundo, señala que los motivos que hacen posible el aumento de riesgo de poseer esta terrible enfermedad, son: el inicio temprano de la vida sexual, un número elevado de compañeros sexuales y el contagio de enfermedades de transmisión sexual, entre estas la infección por Virus Papiloma Humano (HPV), que además ha demostrado tener una fuerte relación causal con la Neoplasia Intraepitelial Cervical (cambios en el epitelio del cuello uterino).

En cuanto al cáncer de mama, la situación no deja de ser mucho más penosa. De acuerdo a la OMS/OPS, a nivel mundial, la primera causa de mortalidad de mujeres es la producida por cáncer de mama. En Latinoamérica este cáncer ocupa el primer lugar en incidencia con 24% del total de los cánceres en la región, le sigue el cáncer de cuello uterino con 15.2%, haciéndolo por tanto un problema de salud pública ⁶.

En nuestro país, hay pocas investigaciones al respecto y tampoco hallamos estudios realizados por la instancia rectora de políticas de salud y la única información disponible procede de estudios aislados, iniciativas de algunos profesionales, así como datos parciales de algunos departamentos.

Lo cierto es que el Plan de políticas sobre el tema elaborado por primera vez por el Ministerio de Salud y Deportes para 2009-2015, ofrece información cuanto más preocupante que la de cervix. Señala que en Bolivia **26.57 por cada 100 mil mujeres han desarrollado cáncer de mama con una mortalidad de 8.7 por cada cien mil mujeres.**

El cáncer de cuello uterino, conocido también como CA de cérvix, es la localización maligna más frecuente en mujeres de nuestro medio, no solo por su elevada recurrencia sino también porque constituye un problema social de salud que afecta a cientos de mujeres aunque tiene efectos diferenciados sobre las mujeres pobres y las que viven en el área rural.

El PAP todavía es un examen de pantalla importante aunque hay falsos negativos, es decir que una inadecuada toma de muestra o una mala lectura de los resultados, podría dar un negativo, ocultando de este modo el dato positivo, aspecto que incide en la salud y vida de las mujeres.

Es importante señalar que la citología cervical y la biopsia en cuello uterino, constituye una medida de prevención que contribuye al descubrimiento temprano y seguimiento de CA, aunque existen muchos factores, no solo económicos sino también socio culturales y de género, por los cuales muchas mujeres no se realizan este examen.

Como se había indicado anteriormente, la carencia de estadísticas oficiales que contengan la información deseada sobre este tipo de patologías, es una constante que limita una lectura real del problema de salud vinculado a los dos tipos de cáncer en las mujeres, razón que obliga a recurrir a estudios y datos disponibles aunque estos son dispersos, no están actualizados y pueden estar ofreciendo una lectura para determinado momento. Es así que recurrimos a un estudio realizado el año 2001 en el Hospital de la Mujer dependiente del Hospital de Clínicas, constituido como sitio de Referencia de todo el país de pacientes mujeres con patología Obstétrica y Ginecológica y que señala que se realizó un análisis retrospectivo, descriptivo, longitudinal, considerando pacientes hospitalizadas que ingresaron entre los años 1996

⁶ Ministerio de Salud y Deportes. Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de cáncer de mama, 2009-2015.

stico de Patología de Cervix, desde Displasia leve
el Departamento de Ginecología del Hospital de la

Este estudio señala que utilizó como fuente de datos las Historias clínicas encontrándose ciento sesenta y siete pacientes con diagnóstico de Displasia leve hasta CA de Cervix.

CUADRO N° 1
HOSPITAL DE LA MUJER: Revisión de historias clínicas, por año.

AÑO	N° CASOS	Ca IN SITU
1996	28	04
1997	51	06
1998	24	06
1999	36	13
2000	28	10
TOTAL	167	39

Fuente: Rios Dalenz, Jaime y otros. LPZ. 2001.

Como muestran los datos, existe en el último tramo una mejoría en la captación de pacientes con Ca in situ. No obstante, esta intervención señala que del total de historias clínicas analizadas, 23.3% tenían cáncer de cervix in situ. (casi la cuarta parte de las mujeres consideradas en la investigación).

Esta fuente, sugiere también una conexión entre Ca y estado civil, como se observa a continuación:

CUADRO N° 2
CA DE CERVIX: Incidencia por estado civil

ESTADO CIVIL	%
Casada	55
Viuda	13
Divorciada	9
Soltera	6

Fuente: Rios Dalenz, Jaime y otros. LPZ. 2001

De acuerdo a la información obtenida por dicho estudio, las casadas presentan mucho mayor nivel de incidencia de Ca y esto es preocupante razón por la que habría que profundizar el dato y obtenerlo a nivel nacional, para ver la conexitud del Ca con el estado civil y/o con el ejercicio de la sexualidad y el número de hijos/as, dato que está sugiriendo la aplicación de indicadores con enfoque de género para el análisis del dato.

También, sobre la misma muestra, el citado estudio analizó la relación del Ca con la paridad (N° de partos), comparando datos de estudios de 1960 a 1970, con la gestión 1996 al año 2000. Y la información obtenida es la siguiente:

BO N° 3
Relación con el N° de partos

PARIDAD	1960-1970 (%)	1996-2000 (%)
Nuligesta	2	2.4
Primigesta	7	5.4
Multigesta	20	32.3
Gran multigesta	61	59.9

Fuente: Rios Dalenz, Jaime y otros. LPZ. 2001.

Vemos claramente una alta relación de incidencia de Ca en mujeres con mayor número de hijos/as. De existir una relación estrecha entre número de partos y CACU, es evidente la urgente necesidad de difusión y sensibilización sobre el cuidado del cuerpo de las mujeres, conforme señala la Recomendación General 24 del Comité de la CEDAW, elevadas al Estado Plurinacional de Bolivia que señala:

-Los Estados adopten todas las medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica...y asegurar su acceso a la atención médica+

-Legislación y políticas de salud con datos fidedignos sobre la incidencia y gravedad de las enfermedades y condiciones que ponen en peligro la salud de las mujeres+

-Los informes de país deben demostrar que se basan en investigaciones y evaluaciones científicas y éticas del Estado y considerar las necesidades de salud de la mujer+

Entre otros hallazgos, el estudio anteriormente mencionado, señala:

- La Radioterapia + Braquiterapia son muy importantes, aunque solamente existen dos máquinas de Radiación, una en el Hospital de Clínicas y otra en la Caja Nacional de Seguridad Social del Hospital Obrero 1.

A 2010, se cuentan con 4 equipos para radioterapia en todo el país, de acuerdo a informe procedente del Ministerio de Salud.

- No hay seguimiento a los casos de mujeres con el fin de controlar su tratamiento en las áreas oncológicas.

A 2010, continúa esta falencia.

-Otro tratamiento oncológico combinado es la quimioterapia sistémica que aumenta la respuesta completa en estadios clínicos inoperables, de un 20% (radiación sola) al 55% en terapia combinada y una supervivencia libre de enfermedad del 45% al 54% en EC I y II.

A 2010, no se dispone de información sobre los avances en el tema.

- En Cáncer de Cervix avanzado y metastásico, que se extiende tomando otras partes del cuerpo, las tasas de respuesta global son del 25-50%, porcentaje representativo, sin embargo la duración de la respuesta es sólo de 4 meses y no incide en la supervivencia.

- Se pierden muchos casos de pacientes en el momento de la transferencia.

A 2010 el problema continúa.

Entonces realizo el estudio, encontramos aspectos en la continuación:

- Mejorar la calidad de vida del paciente terminal, con seguimiento.

A 2010 la situación no ha mejorado.

- Adiestrar a personal de salud para la buena toma de PAP y reducir los falsos negativos.

- Frotis inadecuados o insuficientes.

A 2010 continúan las denuncias de falsos negativos por aspectos vinculados a la inadecuada toma de muestras o de lectura de láminas atribuido a varios aspectos ya señalados.

- Los exámenes que se implementan con IVAA, arrojan menos falsos negativos.

A 2010 no se ha difundido el uso de esta técnica a nivel de Centros de Salud ni públicos ni privados.

- Falta de seguimiento del servicio de salud a las usuarias con resultados sospechosos.

- Falta de un sistema de referencia y contra referencia de la red de salud.

Estas recomendaciones, a pesar de haber transcurrido casi diez años, continúan vigentes.

El Plan de política pública contra el cáncer de cérvix 2004-2008, hace referencia a un análisis comparativo realizado entre las poblaciones de las ciudades de La Paz y El Alto, sobre la base de todos los tipos de cáncer y revela que la incidencia de cáncer de cuello uterino en La Paz, fue de 32.2% y de 43.8% en la segunda ciudad. Esta mayor incidencia en El Alto podría explicarse a través de factores vinculados a pobreza y socioculturales que están más presentes en la ciudad alteña.

Como podemos observar, si bien la información disponible no es actualizada ni satisface toda la necesidad que exige la acción de las políticas públicas, la misma está centrada fundamentalmente en el cáncer de cérvix y no así en el de mama.

A diferencia de otros tipos de cáncer, el de cuello uterino puede prevenirse exitosamente mediante la identificación oportuna y el tratamiento a las mujeres que presentan lesiones pre-neoplásicas en el cuello del útero. Esas lesiones demoran diez años o más en progresar hacia el cáncer, característica que brinda grandes oportunidades para ofrecer tratamientos efectivos. Es decir, es difícil explicar que siendo éste tipo de patología altamente prevenible, no haya reducción sustantiva en la mortalidad de mujeres por esta enfermedad.

Debido a esos largos períodos de progresión, la incidencia de cáncer de cuello uterino se incrementa entre mujeres de 35 años y más, llegando a un punto máximo en mujeres con edades entre 50 y 60 años. Las mejoras en la lucha contra el cáncer dependen fundamentalmente de las estrategias de prevención y de la detección precoz.

la información disponible no es actualizada ni sigue la acción de las políticas públicas, la misma en el caso del cáncer de cérvix y no así en el de mamas cuyo

abordaje es mucho más complejo.

El Plan de cáncer de mama 2009-2015 es una de las pocas fuentes oficiales que contiene información al respecto.

Define al cáncer de mama (o glándula mamaria) como una alteración neoplásica caracterizada por la proliferación celular incontrolada y persistente en un área del tejido glandular mamario, de evolución lenta y asintomática; luego de 5 a 10 años alcanza el estroma tisular lo que contribuye a su diseminación a los ganglios linfáticos regionales y por vía hemática, a órganos distantes (huesos, pulmón, hígado, cerebro, etc). En general, esta enfermedad constituye un azote a las mujeres alrededor del mundo porque a este nivel, es la principal causa de muerte.

A diferencia del cáncer de cervix, el de mamas es mucho menos previsible y solo el auto examen de las mismas mujeres, se constituye en un método de alerta previo al diagnóstico, pero principalmente su pronóstico depende hasta ahora del estadio de la enfermedad en el momento de la detección⁷. Considerando el bajo nivel de auto cuidado del cuerpo de las mujeres, la preeminencia de prácticas culturales y sociales patriarcales que inciden en niveles de violencia de género en las mujeres, es de alta preocupación para que el auto examen no se ha instalado aún en las mismas mujeres en general y mucho menos en las provincias, situación que empeora el panorama de riesgo de cáncer de mamas.

Al ser la información disponible mucho más escasa que la de cuello uterino, se cuenta con datos puntuales y no nacionales, contribuyendo de este modo a la invisibilización de la dimensión de esta enfermedad y atentando al goce del derecho a la salud y vida de las mujeres, como dispone la Constitución Política del Estado en sus Artículos 18, 35 I y 37 y Artículo 15, respectivamente.

La información, también contenida en estudios aislados utilizados y contemplados en el Plan de cáncer de mama 2009-2015, es la siguiente:

-El Instituto Nacional de Cancerología "Cupertino Arteaga" en Sucre-Chuquisaca, registró una incidencia del 12% entre 2005 y 2006, después del CA de cuello uterino que tiene 50% de incidencia del total de cánceres registrados en ese Instituto.

-El Hospital Viedma de Cochabamba señala una incidencia de 26,5% entre 2003 y 2007, seguido del cáncer de cuello uterino con 22.4%.

-En Tarija, la incidencia alcanzó a 8% de cáncer de mama.

-En La Paz alcanzó el segundo lugar con 20.4%.

-Oruro con 11.6% del total.

-Potosí con 12,5%⁸

⁷ Ibid anterior, pag 15.

⁸ Jaime Rios Dalenz, Universidad Mayor de San Andres. El cáncer en La Paz, Bolivia, aspectos epidemiológicos y de patología ecográfica. La Paz. 2008, citado en Ministerio de Salud. Plan nacional de cáncer de mama 2009-2015.

videncia que la mayor dificultad que la Defensoría en este trabajo, ha sido encontrar información acerca del número de casos reales que existen sobre los temas que nos ocupa. Tampoco se cuenta con registros nacionales actualizados de casos de cáncer, considerando además que hay un histórico subregistro, sobre todo en área rural. Por esta razón se ha recurrido a estudios anteriores sobre cáncer de cérvix que son los únicos realizados, incluyendo un trabajo acerca de la experiencia de conocimientos en el tema, sobre la base de diferentes testimonios en zonas rurales, como se verá más adelante.

Por esta razón, se ha recurrido a estudios anteriores sobre cáncer de cérvix, incluyendo un trabajo acerca de conocimientos al respecto, basados en diferentes testimonios recabados en el área rural, como se verá más adelante.

La revisión hemerográfica destaca importante información sobre el cáncer de mama. Una fuente señala que hasta finales de 2004 solo en los servicios públicos de las ciudades de La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y Tarija, se contaba con mamógrafos, aspecto que alejaba mucho más a las mujeres del derecho a la salud y la vida, considerando que ellas podían cubrir los costos de dicho examen. Esta carencia incidió en la dificultad de cuantificar los casos con cáncer de mama.

Hasta entonces, sólo se contaba con diagnósticos clínicos que detectaban el tumor precoz o confirmaban el mal, pero no permitían realizar el control y seguimiento de esos casos y tampoco establecían el número de casos con cáncer palpable (maligno) e impalpable (benigno)+. En este marco de cosas, el cáncer de mama se constituía entonces en la segunda causa de muerte de las mujeres bolivianas.⁹

Datos de la OPS indican que en el mundo la edad media de detección se adelantó en 10 años, lo que explicaría la detección de casos de Ca de cuello uterino en jóvenes bolivianas de 25 años de edad, aunque más del 50% de la misma corresponde a mujeres pre menopáusicas. Y se estima que para 2020, habrá 154.000 nuevos casos, lo que representará un aumento del 31 por ciento y la muerte de 52.500 mujeres, de no mejorarse la prevención y atención.

No deja de ser interesante el artículo porque en los países más pobres la tasa de mortalidad es del 56 por ciento, en los de ingreso medio-bajo de 39 por ciento y en los de ingreso medio-alto de 44 por ciento. Una de las razones del aumento de la incidencia en los llamados *países en desarrollo* es la "occidentalización" a que han sido y son sometidos observándose algunos efectos negativos como el cambio de la dieta, el sedentarismo, la menor lactancia y la terapia hormonal, todos ellos factores de riesgo de cáncer, señala el artículo.

Los factores de discriminación histórica de las mujeres, los altos niveles de violencia contra ellas y la pobreza, contribuyen al alejamiento de la buena salud que además se suma a la falta del cuidado del cuerpo de la mujer, de su vida, la detección tardía, la falta de tratamiento y las barreras socio culturales y de género que hacen que la incidencia sea mayor. El estudio de la OMS agrega que el género es un factor importante porque está vinculado con la decisión de la mujer acerca del cuidado de su cuerpo, es decir hacerse o no la prueba, sobre todo de PAP porque es relativamente

⁹ El Diario, entrevista al Dr. Eduardo Chávez. Director General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Deportes. La Paz. 2004.

o tanto así la prueba de mama que está asociado
s.¹⁰

Después del diagnóstico que hemos mostrado acerca de ambos cánceres, es importante tener presente las recurrentes causas que están incidiendo en la mortalidad de mujeres por causa de uno de los dos tipos de cáncer que afectan únicamente a mujeres.

La situación en zonas rurales y periurbanas.

Si bien la información oficial acerca del tema que nos ocupa es limitada para áreas urbanas, cuanto más lamentable es no contar con este dato para zonas rurales e indígenas. Justamente por cómo se ha concebido la atención de la salud y a los pueblos indígena originario campesino (PIOC) y afrobolivianos/as en general, no se cuenta con estudios sobre la realidad del cáncer y su lectura sobre el cáncer, aspecto que de no trabajarse, podría contribuir en mucho a la reducción de la incidencia en mujeres indígenas, fundamentalmente las pobres.

De la búsqueda documental que se hizo en esta intervención defensorial, encontramos un estudio de percepción realizado en 2004 por la organización *Marie Stopes*, centrado en las provincias del valle de Sucre y zonas periféricas, sobre el cáncer de cuello uterino y registra los conocimientos, actitudes y prácticas referentes de las mujeres y hombres en la zona de intervención.

Este estudio recabó información acerca de conocimientos, actitudes y prácticas, de las mujeres de 14 y más años, en situaciones de pobreza e incluyendo una muestra del sexo masculino, además de otros informantes para ampliar la información testimonial en torno a percepciones y experiencias de mujeres con cáncer de cuello uterino. Entre los datos más relevantes obtenidos en áreas periféricas, se puede señalar:

- 62% ha nacido en alguna área rural del departamento de Chuquisaca.
- El 61.4% de mujeres inició sus primeras relaciones sexuales entre los 15 a 20 años de edad.
- El número de hijos es en promedio de 3.48 aunque el deseado alcanza a 2.64 por mujer
- 12% de las mujeres entrevistadas han tenido 8 o más embarazos.

Entre los problemas encontrados, hallamos que:

- Casi la mitad de la población investigada no sabe nada respecto al cáncer de cuello uterino.
- Una gran parte de las personas entre 20 y 25 años de edad (75%) conocen poco o nada respecto al CCU.
- En el grupo de 14 a 19 años, el desconocimiento es mayor aún y asciende al 82%.
- Respecto al conocimiento sobre la posibilidad de tener o no CACU, sólo cuarta parte de ellas dijo saber cómo detectar este problema y las otras casi tres cuartas

¹⁰ OMS. Citado en La Opinión. Septiembre de 2010. Cbba.

caso de los hombres el 82% de ellos no saben detectar este cáncer. En conclusión, del total de hombres y mujeres. En conclusión, del total de hombres y mujeres respondieron a la pregunta de cómo se puede detectar este cáncer.

-El 84% de las personas dijo conocer a alguien que tuvo CACU, el estudio señala que la información sobre esta enfermedad es muy general.

- El 44% de las mujeres que alguna vez se realizaron el papanicolaou lo hicieron porque habían recibido información al respecto.

-El 57% de las mujeres que no se realizaron nunca el PAP no saben por qué no se lo hicieron.

- El 21% de las mujeres que se hicieron el PAP lo hicieron en un centro de salud público y el 11% en instituciones de ONG.

Este estudio encontró barreras que impiden o limitan el acceso a la información sobre CACU y son básicamente informativas, psicológicas, sociales y de género porque gran parte de las decisiones de las mujeres están supeditadas a la decisión final de sus cónyuges.¹¹

Infraestructura y equipamiento para la atención de CACU y de mama.

El Plan de cáncer de mama 2009-2015 señala que esta enfermedad se halla entre los dos primeros lugares del total de patologías. De acuerdo a la información recabada, **existen 8 hospitales públicos que cuentan con equipo de mamografía** y con ello, salvo Pando, se habría hecho un gran avance en el combate de esta enfermedad. Existen también otros Centros de diagnóstico privados que cuentan con equipos para examen de mamografía.

Si bien en casi la totalidad de ciudades capitales una mujer puede acceder a estos exámenes, lo cierto es que este acceso está limitado por distintas barreras, entre ellas las económicas, socio culturales, de género, idioma, distancia, desconocimiento del cáncer en particular y de la gravedad de estas enfermedades, falta de información, comunicación intercultural, profesionales especializados o capacitados en la detección temprana, falta de insumos básicos, etc.

Este panorama nos permite concluir que si realmente se quiere encarar la disminución de la mortalidad por esta causa, se requiere que las instancias públicas pertinentes le asignen la máxima prioridad al asunto y se sumen a este esfuerzo todos los actores sociales, además de cada mujer y hombre a lo largo del país.

La información procedente del Ministerio de Salud y Deportes, indica que gran parte de los servicios de salud públicos y privados y de la seguridad social, toman muestras de PAP, sin embargo, no existe correspondencia entre estas muestras y la recepción del resultado citológico. Es decir, hay pérdida del dato y otra vez solo disponemos servicios para un número muy reducido de mujeres que cuenta con seguridad social, como mencionamos anteriormente.

¹¹ Marie Stopes. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia. Abril, 2004. Sucre-Bolivia.

enta con Laboratorios de Citología en los nueve
nte, los grandes esfuerzos para implantarlos y
a la población femenina en edad de riesgo, como
veremos mos en el siguiente Cuadro.

CUADRO N° 4
Bolivia: Población total y de mujeres proyectada a 2010 por N° de laboratorios de Citología.

Departamento	N° población	N° mujeres	N° laboratorios y ubicación
La Paz	2.839.946	1.435.144	-Hospital de Mujeres. INLASA. (ambos en ciudad capital) -Hospital Corea (de referencia). El Alto.
Oruro	450.814	224.786	Hospital San Juan de Dios. (ciudad capital).
Potosí	788.406	401.610	Hospital Daniel Bracamonte. (ciudad capital).
Cochabamba	1.861.918	941.366	Hospital Germán Urquidi (ciudad capital)
Chuquisaca	650.570	327.850	Hospital Jaime Sánchez (parte del Hospital de Mujeres. Sucre, ciudad capital).
Tarija	522.339	259.032	Hospital San Juan de Dios (ciudad capital).
Santa Cruz	2.785.762	1.384.067	Instituto Oncológico del Oriente. (ciudad capital).
Pando	81.160	36.937	Hospital Roberto Galindo (Cobija)
Beni	445.234	213.899	Hospital Materno Infantil (ciudad capital).

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de información del Ministerio de Salud y Deportes. 2010.

Si bien esta medida tiene un punto de partida favorable porque existen Laboratorios prácticamente en todas las ciudades capitales del país, la medida puede volverse contraproducente si no va acompañada necesariamente de capacitación al personal para una buena lectura, acompañado de destreza que se adquiere en la cantidad de láminas que se recibe por día. Por esto mismo, si el número de tomas por día es muy reducido, no se podría asegurar necesariamente una buena lectura de la lámina.

En el marco de la seguridad social, solo la Caja Nacional de Salud mantiene constancia en la detección y el control del CACU. La información siguiente puede ayudar a ilustrar las afirmaciones.

CUADRO N° 5
COBERTURA DE PAP DE LA RED DE SALUD
1998-2007

Número total de mujeres que realizaron PAP, por año.

Red de salud	1998	1999	2000	2001	2002	2003 *	3004 *	2005 *	2006 *	2007 *
Sistema público	33.993	25.042	36.867	78.681	105.881	104.667	108.350	132.458	132.702	185.719
Seguros	16.188	25.657	30.641	9.192	31.506	29.310	34.697	36.280	35.570	43.587
ONGs	11.056	11.262	11.728	1.284	36.644	39.546	46.882	58.114	53.000	53.484
Privados	224	451	987	32	7.579	7.666	9.258	9.963	11.528	13.114
Iglesias	-	-	-	529	11.678	9.309	10.090	15.139	17.467	16.403
FFAA	-	-	-	-	-	-	-	121	93	67
TOTAL	61.461	62.412	80.223	89.718	193.288	190.498	209.267	252.075	250.360	312.374

FUENTE:Elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Salud y Deportes. SNIS. 2003 y del Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de cáncer de cuello uterino. 2009-2015.

to en la toma de muestras, la protección frente al
roximadamente un tercio de la población femenina
ue, pese a la gratuidad que oferta el SUMI, no se
advierten avances que atiendan al fondo del problema.

CUADRO N° 6
Red de Salud: Cobertura nacional de PAP en mujeres en edad fértil ((15 a 49 años), por departamento (%). 1998-2007.

Depto.	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Beni	2.36	2.39	2.64	3.19	3.49	4.062	3.586	3.960	7.188	5.460
Chuquis	3.18	5.07	7.19	14.76	6.38	19.102	30.934	21.556	24.5043	25.568
Cbba.	2.07	1.70	1.28	7.75	11.00	34.426	35.970	42.907	46.714	55.992
La Paz	3.26	3.62	4.39	11.08	10.32	59.876	68.874	78.361	85.085	87.088
Oruro	7.78	5.69	7.34	8.86	5.53	9.926	5.230	10.803	11.638	13.424
Pando	0.00	0.00	0.02	5.30	6.26	1.666	1.220	1.207	1.906	1.358
Potosí	3.73	2.81	4.87	5.32	5.42	6.397	6.131	7.701	8.509	9.592
SCZ	3.42	3.42	4.14	7.88	9.28	42.177	45.620	68.653	52.424	99.961
Tarija	7.71	6.84	9.45	12.84	11.94	12.907	11.708	16.927	12.353	13.931
TOTAL	33.51	31.54	41.32	77.17	79.52	190.539	252.075	252.075	250.360	312.374

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Salud y Deportes. SNIS. 2003 y del Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de cáncer de cuello uterino. 2009-2015.

De acuerdo a la información contenida en el cuadro anterior, las coberturas se incrementan tímidamente en todo el país, desde niveles mínimos en 1998-1999 donde observamos un incremento en solo tres departamentos.

En el año 2000 hubo un aumento más general; sin embargo descendió la cobertura en Cochabamba. Durante el 2001, todos los departamentos subieron sus coberturas y, por último, el 2002 cuatro departamentos disminuyeron sus coberturas en lugar de incrementarlas, situación que debería ser sometida a seguimiento para compararlas con datos más recientes.

A través del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), se ha determinado que existe un crecimiento de cantidad y calidad de muestras tomadas en los servicios, sin embargo existen temas pendientes como la urgente mejora de la calidad, garantizar la oportunidad, determinación de estándares en los Laboratorios de Citología y acreditación de los mismos, garantizar la bioseguridad del manejo de muestras, acreditación de Laboratorios y capacitación del personal, bajo mecanismos ágiles en cuanto a detección temprana y tratamiento oportuno.

CUADRO N° 7

SEGURIDAD SOCIAL: Numero y porcentaje nacional de PAP por año.

Seguridad Social	1998		1999		2000		2001		2002	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Caja Bancaria	794	2.8	886	2.9	936	2.9	907	3.8	397	1.3
Caja Cordes	1.323	4.7	1.476	4.9	1.560	4.9	396	1.6	421	1.3
Caja Caminos	1.323	4.7	1.476	4.9	1.560	4.9	131	0.5	134	0.4
Caja Minera *	662	2.3	738	2.4	780	2.4	-	-	-	-
CNS	16.010	56.5	17.865	59.0	18.876	59.0	20.458	85.1	23.700	75.2
Caja Petrolera	3.308	11.7	3.691	12.2	3.900	12.2	1.514	6.3	5.854	18.6
COSSMIL	2.383	8.4	2.658	8.8	2.808	8.8	117	0.5	107	0.3
Policia Nal *	1.323	4.7	148	0.5	156	0.5	-	-	-	-
Seguro Universitario	191	4.2	1.329	4.4	1.404	4.4	531	2.2	889	2.8
TOTAL	28.317	100.0	30.267	100.0	31.980	100.0	24.054	100.0	31.502	100.0

FUENTE: Sistema Nacional de Información en Salud. 2002. (*) Datos parciales.

Tanto el Ministerio de Salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuentan con información cuali cuantitativa relativa a estas dos enfermedades, con un mejor acercamiento al de cérvix. Estas fuentes señalan que el cáncer en Bolivia va en incremento pero **la presencia de mujeres diagnosticadas cada vez más jóvenes**, destacan la urgente necesidad de ejecutar medidas en materia de prevención y atención pública, sobre todo en rangos etareos jóvenes.

Los esfuerzos públicos van desde la formulación de planes, formulación y diseño de Normas de Diagnóstico y tratamiento Médico de Oncología hasta procesos de capacitación. No obstante, a pesar de ello, la población no se pudo beneficiar de estas medidas en la dimensión de lo mínimo deseable porque, como se dijo anteriormente, el número de mujeres diagnosticadas sigue en incremento y no se tiene aún una importante reducción de éstas patologías.

Dejamos para la reflexión la carencia de estadísticas actualizadas porque muchos de los datos utilizados en los Planes, datan del año 2002. No deja de llamar la atención el por qué el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) no ha realizado esfuerzos para medir la mortalidad por CACU y mama en sus Encuestas de Hogares.

Respecto a los equipos de radiación para mama, se nos hizo conocer que existen solo 4 en todo el país (La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Sucre) y a pesar que existen mamógrafos en casi todas las ciudades capitales del país, lo cierto es que solo en campañas el costo es relativamente accesible (Bs 80.- en el mejor de los casos) y la población que no se halla al alcance de la información, no accede a este servicio por las razones ampliamente explicadas. Y aquí es donde nuevamente nos hallamos frente a un tema estructural pero que al parecer no está presentando avances sustantivos en correspondencia a la atención que merece la mortalidad de mujeres por esta causa.

osticadas, sobre todo en áreas urbanas, solo una
acceder a los tratamientos especializados de
ma. A saber:

- Las que cuentan con Seguro médico, seguro que gran parte de las veces no logra cubrir las necesidades de tratamiento adecuado.
- Las mujeres que pueden financiarse en forma particular, que naturalmente son una minoría. Aún esta situación, como veremos a lo largo de testimonios, debe ser entendida de manera relativa porque generalmente es la familia, la parentela, el grupo de amigos/as y el entorno social y cultural, que contribuye a cubrir los costos del tratamiento contra el cáncer. El endeudamiento y la venta de bienes, es una característica común en este grupo.

Conociendo que la franja de protección es reducida, fácilmente podemos concluir que el grueso de las mujeres bolivianas no pueden acceder ni a la información ni a la detección y menos al tratamiento por patologías de Ca de cuello uterino y mucho menos de mama.

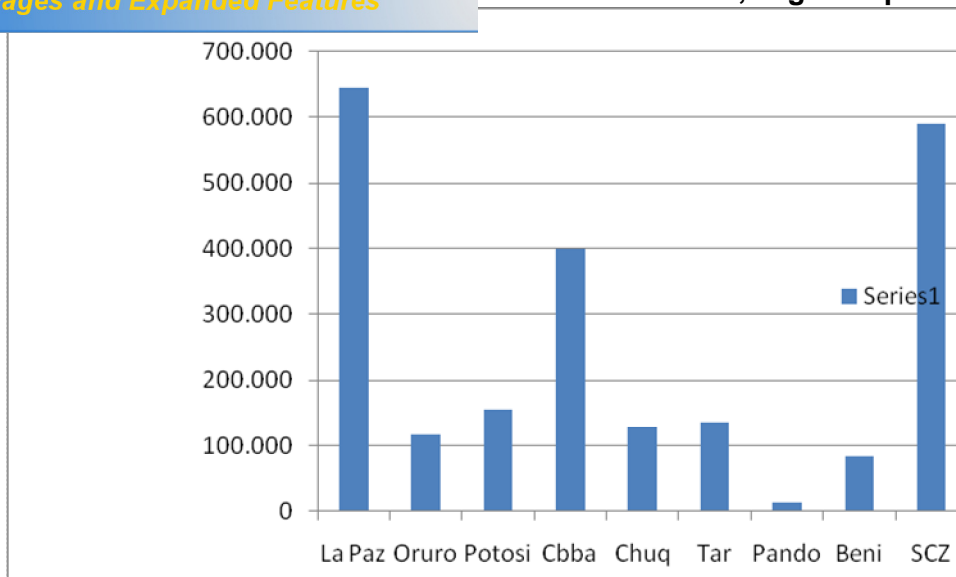
Si bien se cuenta con una política de salud y planes contra el cáncer cérvico uterino y recientemente con un Plan de mama, las diversas campañas de prevención y atención, fundamentalmente están dirigidas al Ca de cérvix y no necesariamente están llegando con el mensaje central, a las provincias y tampoco se capitaliza las Redes de mujeres sobrevivientes y familiares de fallecidas. Una de las mejores fuentes sensibilizadoras la constituye la vivencia de las mujeres actualmente en tratamiento, las sobrevivientes, la de sus entornos familiares y de los parientes de la que ya no está, porque reflejan el lado humano de la problemática y que deberían ser incluidos como medios replicadores de la prevención.

Una mirada a la disponibilidad real para realizar exámenes de PAP y mama.

En un intento de mostrar la necesidad de cubrir con estos exámenes a la población femenina que se halla en los tramos de edad para toma de PAP y examen de Ca de mama, acudimos a la información proyectada del INE para 2010.

Hemos considerado que la edad de toma de PAP se halla entre mujeres de 24 a 69 años, con un margen poco significativo de variación) y entonces tenemos un panorama muy preocupante porque devela la necesidad de urgente disponibilidad de equipos, laboratorios, insumos, personal calificado, etc. La situación reviste gravedad como vemos a continuación:

CUADRO N° 8
entre 24 a 69 años, según departamento.

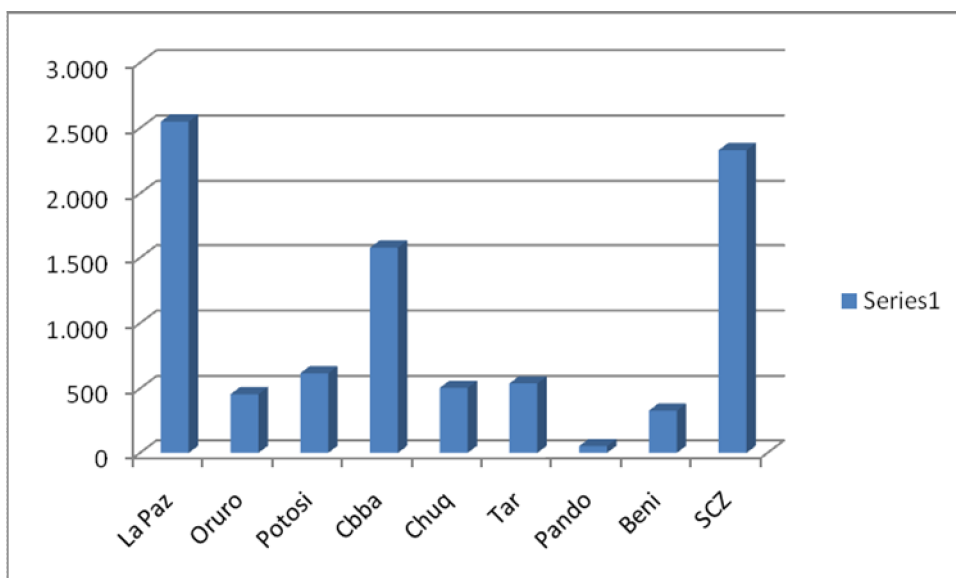


FUENTE: Elaboración propia en base a datos del INE, población proyectada a 2010.

El N° óptimo de mujeres que debería realizarse un examen de PAP, por departamento, cada año, sería el que sigue:

CUADRO N° 9

Bolivia: N° de mujeres que al año requieren realizarse un examen de PAP, por día, según departamento.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del INE, población proyectada a 2010

Considerando un dato general de 251 días hábiles del año que solo incluye los feriados nacionales y no los departamentales, religiosos locales, etc, y tomando en cuenta a las más de 645 mil mujeres en edad de realizarse el examen, cada día en LP se deberían realizar examen de PAP, 2.550 mujeres (aproximadamente), como el departamento con mayor número de exámenes y población femenina y Pando con 52 pruebas/día como el departamento con menor requerimiento, cifra que iría acorde con la medida de establecer un Laboratorio de Citología, como señalamos anteriormente.

orios para pruebas de PAP, la frecuente carencia provincias a las ciudades capitales donde se hallan los laboratorios, débiles sistemas de referencia, entre otros factores, sin duda hay necesidad repensar la meta de la política de Ca de cérvix si realmente se quiere reducir la mortalidad de mujeres por esta patología. Sin mucho esfuerzo, vemos que en Santa Cruz solo existe un laboratorio de citología, y el requerimiento de pruebas de PAP por día es de 2.331. Esta situación es peor en otros departamentos que no son del eje como Potosí que tiene un requerimiento de 617 pruebas por día, departamento que hasta 2008, estaba entre los tres primeros con mayor incidencia de Ca de cuello uterino.

Si sobre la base de los datos proyectados por el INE y si la edad de examen de mama se haría a partir de los 30 años debido a recurrencia de casos en poblaciones cada vez más jóvenes, y considerando que es deseable llegar a la totalidad de la población femenina en riesgo (30-69 años), tenemos un panorama cuanto más alarmante:

CUADRO N° 10
Bolivia: Población femenina de 35 a 64 años de edad
que debería realizarse examen de mama por día.

La Paz	1.701
Oruro	267
Potosi	422
Cochabamba	1.229
Chuquisaca	331
Tarija	278
Pando	31
Beni	1.006
SCZ	1.383

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos de proyecciones de población del INE. LP. 2010

Como se observa por los datos del cuadro anterior, es impensable que se pueda llegar a toda la población en edad de realizarse examen de mama, ni siquiera a la mitad de la población. Es por ello que la prevención debería ser el principal objetivo de cualquier Plan. Por tanto, de cara a las nuevas responsabilidades que las Gobernaciones y Municipios tienen en la protección a la salud de acuerdo a las atribuciones que la Ley Marco de autonomías y descentralización les confiere, es menester compartir responsabilidades con el compromiso conjunto de todos los espacios de gestión pública en salud, para hacer frente a esta enfermedad como la primera causa de mortalidad de mujeres porque si el tema no se lo asume con voluntad política traducida en presupuestos, la deuda social continuará teniendo un rostro de mujer y sobre todo de mujer pobre e indígena.

Las cifras anteriores, deberían ser desagregadas por ciudades y provincias lo que nos permitiría acercarnos de mejor manera a la realidad para poder reorientar la política pública y el destino presupuestario para equipamiento, laboratorios, insumos, recursos humanos, etc.

La toma de muestras y la inspección visual con ácido acético.

En vista de una ausencia del dato en los planes de cuello uterino analizados, se recurrió a otras fuentes hallando que la Inspección Visual con Acido Acético (IVAA) es

se realiza en el mismo momento de efectuar el conocido por su alta eficacia en la prevención, que se trata de una inspección visual directa o con una lente de bajo aumento, que consiste en realizar una exploración vaginal aplicando al cuello uterino ácido acético (vinagre) diluido. Al recibir la aplicación con un hisopo de algodón, el tejido anormal adquiere temporalmente una coloración blanca frente a lo cual el/la profesional podrá determinar si el resultado de la prueba es positivo o negativo para posibles lesiones precancerosas o cáncer de cuello uterino.

Este es un método sencillo, de bajo costo, no depende de gran infraestructura, requiere de una sola visita y al parecer todo depende de la voluntad política porque los equipos de apoyo e insumos esenciales, son prácticamente los que tienen los Centros de Salud de 1er y 2do nivel. Los/as profesionales que atienden los servicios pueden realizar el procedimiento, siempre y cuando estén capacitados para este fin.

La Política pública para la prevención, control y seguimiento de cáncer de cuello uterino 2009-2015.

Este Plan se halla inscrito dentro el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Deportes, siendo éste el segundo plan de políticas públicas que cuenta el estado para el tema en cuestión.

Habiendo concluido el anterior Plan 2004-2008, el espíritu del nuevo Plan rescata los principios contenidos en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia y se opera a través de distintas líneas.

El objetivo rector es reducir la morbi-mortalidad por esta enfermedad y se plantea líneas de acción

1. Información, educación, capacitación y sensibilización.
2. Desarrollo del recurso humano, con el objetivo de formar y capacitar recursos humanos calificados.
3. Equipamiento y fortalecimiento de establecimientos de salud.
4. Información y comunicación, fortaleciendo el sistema nacional de información sobre CACU.
5. Seguimiento y monitoreo del Plan a través de un sistema.
6. Investigación científica sobre cáncer de cuello uterino.
7. Participación y control social.

Una revisión del anterior Plan 2004-2008, permite conocer que, de manera general, las líneas de acción son las mismas, quizá atribuible al carácter de DESC que tiene la salud y, sobre todo, por tratarse de un problema estructural. No obstante, a efectos de seguimiento, es importante considerar los datos contenidos en este y el actual Plan, acerca del impacto del CACU en las mujeres pero también la información que recogimos de las sobrevivientes y familiares de fallecidas sobre los mismos puntos.

	N 2004-2008	PLAN 2009-2015
mil mujeres.		Diferencia entre mortalidad por CACU y por Ca de mama.
Nº muertes	661 (22,2/100.000)	987 año. Según OMS 1.665 por año (4,5 mujeres mueren por día).
Edad de mayor incidencia	35 a 64 años	35 a 64 años. Se han presentado casos a edades menores para ambos tipos de cáncer (25 años para CacU y 30 para Ca de mama).
Lugares de mayor incidencia y tasas.	Oruro con 60,9 Potosí con 93,5	Se mantiene el mismo dato.

Como observamos, al parecer la incidencia ha ido en incremento y no deja de llamar la atención la falta de información que el Plan actual no incorpora.

Respecto al cáncer de mama, lamentablemente el tema no ha sido considerado con anterioridad al Plan actual y ello no permite un conocimiento más acercado del tema en nuestro país. Las entrevistas a profesionales oncólogos, contemplado en la intervención defensorial, arroja información como la que sigue: *“El un tema recién considerado por el Ministerio de Salud, todavía no tenemos datos de screening, educación, cobertura, edades, zonas, de acuerdo a nuestra realidad, además es bueno recalcar, que en los diferentes Seguros de Salud de Bolivia, como el de mayor cobertura Nacional es la CNS, aún la implementación, de los Servicios de Patología como Centros de Referencia para un diagnóstico oncológico de cáncer de mama, es inadecuada. Dado que en la actualidad para poder realizar una terapia estándar (que se maneja a Nivel Mundial, en todos los países), necesitamos, el manejo de tinciones para la pieza operatoria, receptores hormonales y así también la marcación de inmunohistoquímica, para poder utilizar la terapia indicada en la paciente que se encuentra con diagnóstico de cáncer de mama. Sin estos marcadores tumorales, no podemos brindar una adecuada calidad de tratamiento oncológico+”*¹²

El Plan de Prevención, Control y Seguimiento de cáncer de mama 2009-2015, se constituye entonces en el primer documento de política referida específicamente a esta patología que a nivel mundial, es la primera causa de muerte de las mujeres.

Comparación de los Planes y situación desde la mirada de las sobrevivientes.

La problemática identificada por cada Plan la registramos a continuación:

Plan CACU 2004-2015	Plan CACU 2009-2015	Desde las sobrevivientes
Existe un desconocimiento de la población sobre el CACU y su conocimiento sólo se reduce al PAP y con conceptos distorsionados.	Sistema de salud asistencialista y con predominancia de la perspectiva biológica, sin enfoque en la prevención, promoción y búsqueda de determinantes de la salud y factores de riesgo de la	No se difunde información sobre lo que es esta enfermedad. Frecuentemente nos enteramos cuando ya avanzó mucho. Ni siquiera los exámenes de PAP a veces son determinantes para que tomemos decisiones.

¹² Dra. Lena Morillas. Especialista oncóloga. La Paz. 2009.

	nedad con referencia cer.	<i>Los/as profesionales que leen los resultados, no nos dicen cosas claras.</i>
No se cuenta con una estrategia de IEC en SSR que tome en cuenta el CCU.	Bajas coberturas de tamizaje (prueba de Papanicolaou PAP), control y seguimiento a casos positivos de lesiones preneoplásicas y cáncer.	<i>Las mujeres pobres y peor las de áreas rurales, ni saben que es el cáncer. Ellas llegan a los hospitales muy tarde, otras ni regresan para tratamiento. Preguntan ¿Qué es eso?, Me voy a morir?, ¿Es caro curarse?. Mucho se gasta en ir y venir. Da pena, porque tengo hijos.</i>
La poca información que recibe la población les llega por radio y televisión.	Información insuficiente y a veces distorsionadas en la población sobre el CACU.	<i>No recibimos información, desde el colegio nos debían advertir y enseñar. Al campo, a las comunidades, no llega la información. Peor, ni saben lo que es.</i>
Los proveedores de salud no cuentan con el tiempo necesario para informar a la población sobre la toma del PAP y sobre los tratamientos posibles.	Falta de acciones educativas, preventivas y promocionales sostenibles, implementadas por parte del personal de salud.	<i>Muy lleno es, hay que esperar mucho y veces para decirnos que se acabaron las fichas. Las que tenemos hijos chicos sufrimos esperando porque hay que dejarlos con otras personas y no siempre nos ayudan. Temprano hay que ir al Centro, a veces las enfermeras nos riñen cuando exigimos atención.</i>
Las coberturas en el país aún son bajas.	Ausencia de programas estandarizados de capacitación y de formación continua de recursos humanos, ocasionando servicios de salud de baja calidad (frotis inadecuados, mala lectura de los PAP, tratamiento fuera de protocolo) y escasa oferta de consulta especializada (colposcopia)	<i>Es un problema porque los pocos lugares donde nos atienden, no bastan. Y ¡cómo será para las mujeres del campo!, tienen que viajar, gastar, a veces no tienen alojamiento para esperar el día de su tratamiento, por eso ya no siguen su tratamiento.</i>
Los costos del PAP y del tratamiento son una barrera económica.	Baja credibilidad de los servicios de salud, debió a hechos como el tiempo excesivo de espera para ser atendida en un servicio, demora o pérdida de los resultados de PAP, deficiente comunicación del personal de salud hacia las usuarias.	<i>Cuando a una le dicen que está avanzado, da miedo, tenemos familia, hijos, y lo pero, no todas tienen recursos para cubrir el tratamiento. Nos hemos endeudado, nos han dado nuestros parientes, los amigos, pero ni así alcanzaõ Algunas son mujeres solas y con hijosõ no creo que puedan pagar el costo. Otra, venden lo poco que tienen, su terreno, su autito. Las del campo, se mueren</i>

		nomás, pocas son las que han vendido sus vaquitasõ
culturales, económicas, impiden el acceso a los servicios.	as económicas, culturales, sociales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de prevención, seguimiento y tratamiento.	Muchos hombres son machistas y no quieren que sus esposas sean vistas por un doctor.
La distancia y el costo de acceso a los centros de resolución de lesiones pre-neoplásicas y cáncer invasor es una barrera muy importante Existe un gran número de frotis inadecuados. Hay pérdida de láminas.	Debilidad del sistema de referencia y retorno y ausencia de un sistema estandarizado de registro e información nacional sobre mujeres con CACU, que ocasiona el seguimiento deficiente de las pacientes detectadas.	Nos toman la muestra y no nos entregan los resultados o hay que esperar hasta 6 meses. A mi me dijeron que se ha perdido mi lámina y que tenía que hacerme otro examen. Por todo lo que pasa, no hay confianza en los servicios públicos y una tiene que hacer miles de esfuerzos, hasta reducir la comida, para ir al particular.
Se requiere actualizar la currícula de las facultades y escuelas de medicina y enfermería. La formación en el post grado es insuficiente. No se cuenta con un programa de educación continua (capacitación)	Débil rectoría del Ministerio de Salud y Deportes sobre el Sistema Nacional de Salud. Inestabilidad de los recursos humanos capacitados en los servicios de salud. Insuficiente control de calidad desde el laboratorio nacional de referencia	Recomiendan que las universidades públicas tengan especialidad en oncología.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de entrevistas con sobrevivientes y los Planes contra el cáncer del Ministerio de Salud y Deportes 2004-2008 y 2009-2015. La Paz-Bolivia.

Como observamos, hay temas recurrentes en ambos planes y que son sensibles a las sobrevivientes. Consideramos importante enfatizar sobre todo en la calidad de atención, en la necesidad de eliminación de barreras para el acceso a este derecho y el fortalecimiento necesario a las acciones de prevención.

Si bien el último Plan es reciente, parece pertinente promover acciones de exigibilidad y de control social, en el marco que garantiza la Constitución Política del Estado porque apreciamos que los avances son muy escasos, dado que las cifras de mortalidad por esta causa no están siendo sustancialmente reducidas.

La carencia de estadísticas oficiales y directrices para recoger datos por parte de instancias públicas y privadas, es un tema que también debiera ser considerado por el ente rector de políticas públicas. Por ejemplo, los cuadros siguientes dan cuenta de la forma de registro de ambas patologías, siendo que cada merece tratamiento y atención especial.

La revisión de registros del Hospital del seguro social Militar con sede en La Paz, brindó registro de ambas patologías pero las mismas no están desagregadas por tipo de patología y solo hacen referencia a La Paz y no a nivel nacional. Tampoco se tiene, y esto a nivel general, de un sistema estadístico que no solo registre a las fallecidas. De acuerdo a la información recabada de profesionales en este nosocomio, *las pacientes que acuden para su internación, generalmente son aquellas que recibirán terapia con quimioterapia, una cirugía oncológica o las que se encuentran con progresión de*

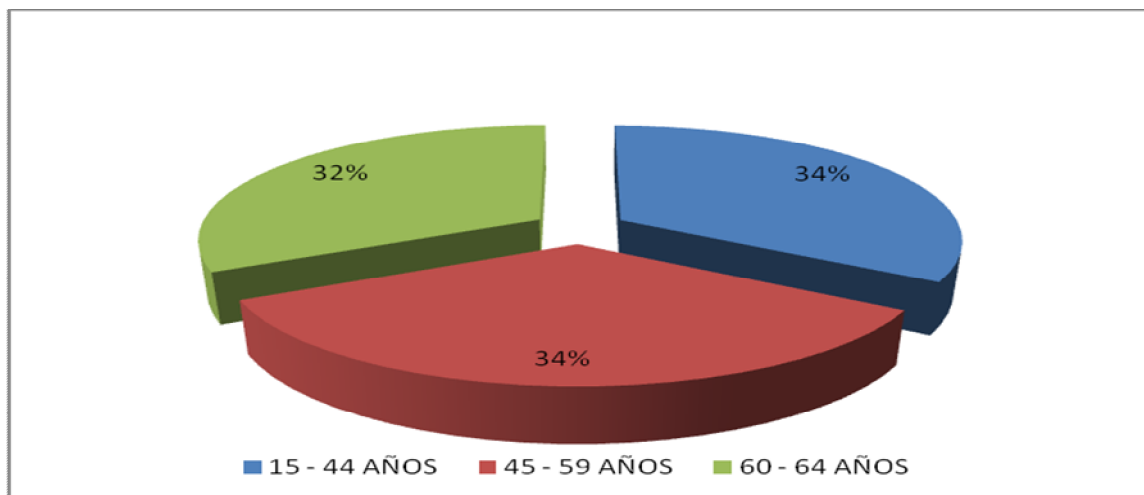
liativa. La mayor parte de estas pacientes siempre por mes o de acuerdo a protocolo de tratamiento. + que desde distintos espacios se hace, acerca de no abordar la temática únicamente desde un punto de vista biólogo.

CUADRO N° 11
COSSMIL: DEFUNCIONES EN PATOLOGÍAS DE CÁNCER DE MAMA Y CERVIX, SEGÚN GRUPO DE EDAD. 2005-2008

GRUPO DE EDAD	DEFUNCIONES
15 - 44 AÑOS	2
45 - 59 AÑOS	4
60 - 64 AÑOS	0
65 O MAS	3
TOTAL	9

FUENTE: COSSMIL. La Paz. 2008.

CUADRO N° 12
COSSMIL: PREVALENCIA DE CANCER POR GRUPOS DE DAD. 2005-2008



FUENTE: Hospital Militar. La Paz. 2008.

La información disponible no permite disgregar el tipo de cáncer aunque la fuente se refiere a mujeres.

Algo urgente a considerar.

El UNFPA también hizo intervenciones en el tema aportando al avance en el tema que nos ocupa.

Los estudios realizados desde distintos espacios, incluidos los del ámbito público, señalan que si bien ni el VIH-SIDA ni el cáncer en general son causa ni consecuencia del otro, lo cierto es que en el ámbito de los/as especialistas de cáncer hay una gran preocupación sobre aquellas mujeres con SIDA porque al tener su inmunidad muy reducida, podría desarrollar el cáncer de cérvix o desarrollar linfomas o cánceres de piel como el sarcoma de Kaposi.

transmisión sexual, que actualmente se encuentra el virus
) la mujer pueden ser portadores de este virus y
posteriormente, producir el cáncer de cervix.

Esto mismo, obliga a mirar de manera relacionada, tanto la política de cáncer de cervix como la de ITS, VIH-SIDA. De la experiencia de trabajo que sostenemos con las autodenominadas trabajadoras sexuales, conocemos que su relación con las instancias públicas de Salud, se da únicamente en el examen de sangre o prueba de Elisa y los Centros de Información de Vigilancia y Referencia (CDVIRs), en su relación con esta población, no hacen la prevención relacionando los riesgos de VIH. SIDA y Ca de cervix.

Vacuna HPV contra el cáncer de cuello uterino.

Esta vacuna es muy reciente y se caracteriza porque ofrece protección contra cuatro de los principales agentes de la enfermedad (de cuarenta existentes). Dos de estos agentes son causantes de cáncer de cuello uterino y dos son los que provocan la aparición de verrugas genitales. Es decir, es una vacuna efectiva pero solo puede aplicarse a mujeres muy jóvenes, de 11 a 26 años de edad (puede ser a partir de 9 años) y será más efectiva a medida que se aplique en edades más jóvenes y cuanto mejor antes del primer contacto sexual. La efectividad se establece en la aplicación de tres dosis de la vacuna. De acuerdo a información disponible, la prevención de la enfermedad se halla entre 98% y 100%.

Como se sabe, a partir de la gestión 2010 en el país se aplicó esta vacuna a niñas entre 9 y 13 años, siendo el número total a alcanzarse 30.000 y se comenzó por ocho municipios en aquellas regiones con mayor prevalencia de Ca de cuello uterino (Potosí, Chuquisaca, Oruro, El Alto, Trinidad) y se esperan óptimos resultados.

Asimismo, del estudio de Marie Stopes, el realizado por la OPS/OMS en 2007, concluimos la importancia de escuchar los relatos testimoniales de sobrevivientes o familiares de la fallecida, no solo porque ilustran la información sino que constituyen una fuente primaria de información que puede contribuir a la dirección de las políticas públicas sobre el tema.

El estado de la población 2008 realizado por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)¹³, proporciona importante información sobre el perfil social de la situación de la salud de las mujeres bolivianas en una relación de cultura, género y derechos que, a pesar de sus contribuciones, no parece haber sido recogida en las políticas públicas vigentes relativas a CA y de mama.

Este estudio, al referirse al cáncer de cuello uterino señala que éste provoca dos muertes cada día en **Bolivia, cifra con la que el país se ubicaría en el primer lugar latinoamericano de mujeres afectadas, incluso por encima de Haití.** Y es interesante la lectura sobre el número de muertes femeninas por cáncer de cuello uterino, que de acuerdo a estadísticas habría crecido, como vimos anteriormente, pero la autoridad en población lo atribuye más bien a un mejor registro.

Lo alarmante es que este problema es totalmente prevenible, porque en países avanzados dejó de ser una dificultad porque es una costumbre en las mujeres hacerse el papanicolau desde que empieza su vida sexual activa.

¹³UNFPA. "Estado de la población 2008. Ámbitos de convergencia: Cultura, género y derechos humanos". 2008.

terzo desarrollado por el Ministerio de Salud, el 70 por ciento de las mujeres en edad fértil. En ese sistema público de salud detectar los casos de cáncer de cuello uterino. La boliviana enfrenta dilemas culturales, que se convierten en razones para no visitar al médico, uno de ellos es que el papanicolau es un acto médico que invade en cierta forma la privacidad de las personas: deben desnudarse, exponerse. En el área rural tienen que encarar el pudor y pelear con la familia para que le permita exhibirse, como dicen, ante un extraño. Se debe recalcar en la información para que, cuando esta enfermedad es detectada en su fase preliminar, se la puede atacar y superar con varios tratamientos, aspecto que deberían saber las mujeres.

Otras características de género a considerar y que tienen vinculación sobre la paridad y su relación con el Ca de cuello uterino.

Por razones culturales, todavía en América Latina en general y por tanto en Bolivia, la infertilidad de la mujer continúa como un estigma porque el no tener hijos/as puede implicar cierta sanción social y por tanto las mujeres lo callan. La infecundidad es aún motivo de rechazo en muchas regiones del mundo y en Latinoamérica. De acuerdo al estudio de Población del UNFPA, 2008 citado anteriormente, se estima que entre 4 a 20 por ciento de la población no logran tener hijos y callan porque les da vergüenza. En algunos países los hijos son una razón de estatus, por lo que no tenerlos descalifica a la mujer.

El estudio UNFPA aporta con muchos insumos para mirar a las mujeres y la problemática de salud, desde un enfoque de género. Por ejemplo, el 77% de los trabajos precarios o informales, están copados por ellas, índice que es el más levado entre los vecinos de la región sudamericana, el 11,5% son trabajadoras familiares no remuneradas constituyéndose la cifra más elevada de Latinoamérica y dobla a la de hombres. El promedio de hijos de la boliviana es de cinco, ya sea en zona urbana o rural aunque el deseado en promedio es dos o tres.

La misma fuente indica que el 58% de las mujeres utiliza algún método anticonceptivo. Hay zonas rurales en el país en que niñas de 12 años ya son madres. Y concluye señalando que los casos de cáncer uterino y de tasa de mortalidad materna reflejan el nivel de justicia social¹⁵.

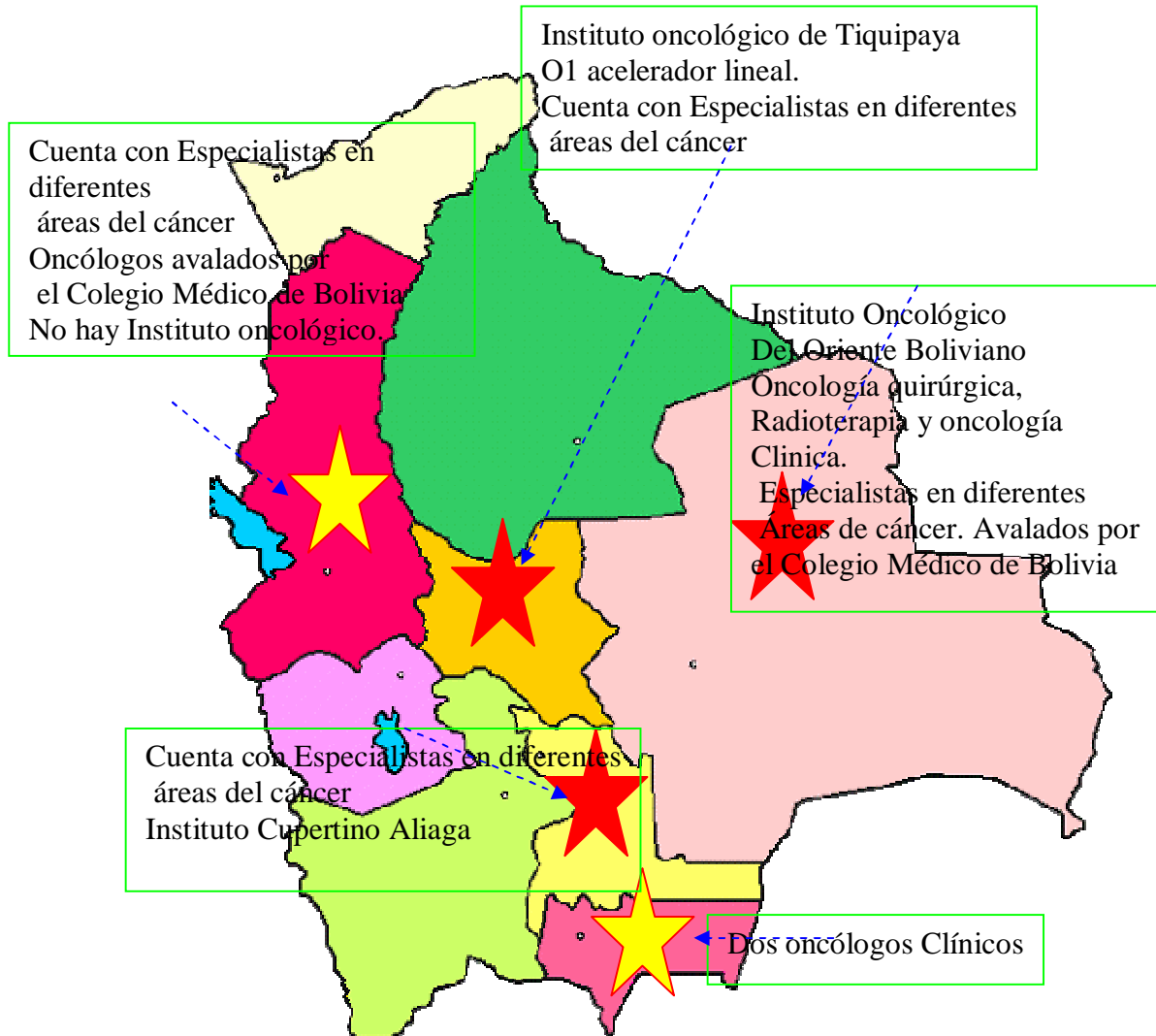
Accesibilidad a los servicios de tratamiento de cáncer.

La ubicación de los lugares en todo el país donde se proporciona el tratamiento contra el cáncer se puede apreciar en el siguiente mapa.

¹⁴ Oscar Viscarra, Director de UNFPA en ocasión de la presentación del estudio de población. 2008.

¹⁵ UNFPA, Ibid.

**CUADRO N° 12
MAPA DE SERVICIO NACIONAL EN CÁNCER Y SITIOS DE TRATAMIENTO EN CÁNCER.**



FUENTE: Sociedad Boliviana de Cancerología 2006-2008

A pesar de haberse ampliado la cobertura recientemente, no en todo el país existe equipamiento ni insumos para la atención y tratamiento de cáncer de mama, lo que plantea un panorama cuya atención es un imperativo para todas y todos, pero fundamentalmente para el poder público si pretende efectivizar el goce al derecho de la vida y la salud por parte de las mujeres. Como vemos, la atención es básicamente en ciudades capitales y aquellas mujeres y familiares procedentes de áreas rurales deben enfrentar costos adicionales para permanecer en las ciudades durante el tratamiento.

Nuestra relación con algunos/as profesionales oncólogos/as, también permitió un mejor acercamiento a la otra cara del tema de cáncer en general, pero particularmente del Cacú y Ca de mama.

dieron a consultorios públicos y privados, habrían de hecho tiene una connotación muy fuerte de culturalmente se asigna a las mujeres en nuestras culturas. Considerando esta afirmación, estamos hablando de hogares monoparentales a la cabeza de mujeres y dado que los costos de tratamientos para este y otro perfil de mujeres afectará el ingreso familiar, podríamos afirmar que la prioridad de su cuerpo y vida se subalterniza a la sobrevivencia de la familia.

En la actualidad Bolivia cuenta con pocos especialistas oncólogos frente a un tema que, como vimos, es alarmante. Además, esta especialidad contempla tres subespecialidades dedicadas exclusivamente al manejo oncológico. A saber:

- El/la Cirujano/a Oncólogo/a.
- Oncólogo/a Clínico/a.
- Radiooncólogo/a.

Avalados por el Colegio Médico Nacional, se han incorporado en el país a otros especialistas:

- Oncólogo Ginecólogo.
- Oncólogo Pediatra.

Para nosotros, como especialistas en Cáncer, es importante incidir en la prevención y que ésta vaya de la mano con la educación pero no solamente de la población en general, sino también del personal de salud integral¹⁷.

El resultado de la aplicación de entrevistas a informantes clave de entidades públicas vinculadas al tema, ONGs y de profesionales oncólogos/as, realizado por la Defensoría del Pueblo, arrojó importantes datos que alimentan y amplían el panorama sobre el cáncer de cuello uterino y de mama, pudiendo sistematizar la información como sigue.

Las/os profesionales en oncología consultados/as han señalado recurrentemente que las mujeres por lo general acuden a médicos/as de Primer Nivel o médicos/s generales los mismos que, al parecer, no refieren de inmediato a médicos/as especializados (Tercer Nivel) o quizá las mujeres no recurren a oncólogos y de ahí que llegan a estas instancias en estadios clínicos avanzados y con muy pocas expectativas de sobrevida.

En cuanto a los métodos de diagnóstico, como ser exámenes de gabinete, radiografías, tomografías, resonancias magnéticas, laboratorios y exámenes de sangre, se advierte falta de capacitación y generación de habilidades y conocimientos en la gestión de los mismos, la necesidad de formar recursos para la solicitud adecuada de cada examen mencionado.

Para que el Servicio de Patología pueda realizar un diagnóstico definitivo, es de vital importancia poder contar con estudios de marcación tumoral como la Inmunohistoquímica que en el cáncer de mama es primordial, porque sin esa marcación, no hay una buena terapia oncológica, señaló la Dra. Lena Morillas, oncóloga especialista.

Solo existen **cinco** equipos de radioterapia en todo el país y los mismos según personal paramédico consultado, son antiguos y por tanto no cumplen con los

¹⁶ Entrevista a profesionales oncólogos. La Paz. 2009

¹⁷ Dra. Lena Morillas. Especialista en oncología. La Paz. 2009.

idos para un tratamiento oncológico. Hay que
r, algunos de los cinco equipos no operan porque
e funcionar por tres o cuatro días, lo que de hecho
afecta en general al tratamiento de las personas porque no recibe continuación de
terapia y todo esto rebaja la Calidad de terapia oncológica..

Los Seguros que no cuentan con este equipo, compran servicios al hospital de
Clínicas y a la CNS, razón por la que muchas veces estos servicios se saturan y
colapsan y las mujeres referidas se ven forzadas a esperar bastante tiempo para
poder iniciar su terapia mientras que el cáncer no puede esperar. Estas son las
estadísticas urgentes de elaborar para luego generar acciones de incidencia a nivel de
asignación de presupuesto público.

Otro gran escenario que presenta conflictos, es el referido a los medicamentos o
Quimioterapia o Terapias Biológicas, porque es indispensable que éstos sean de
buena calidad para administrarlos porque con el cáncer lo que se juega, es la vida de
las personas y por tanto, debe empezarse con una terapia con calidad para que pueda
hacer efecto. A diferencia de otros tratamientos, si no funciona una terapia, no se
puede cambiar.

En tanto las políticas de prevención den los resultados que esperamos, sabemos que
solo lo podremos medir a largo plazo, por ello lo sustantivo es que el costo de
medicamentos citados en el párrafo anterior, sea accesible para la mayoría.

El Listado de medicamentos avalado por el Ministerio de Salud y Deportes, todavía es
considerado por especialistas oncólogos/as, precario e insuficiente porque pese a las
recomendaciones realizadas desde las especialidades para ingresar nuevos
medicamentos con el fin de cumplir con terapias estándar a nivel mundial, no se lo
hace. Por otro lado, algunos seguros no compran ciertos medicamentos a pesar de
estar disponibles a la venta, afirmaron nuestros/as informantes clave especialistas en
el tema.

Para la mayoría de la población en cuestión, el precio de los medicamentos es alto y
generalmente inaccesible y cuánto más para aquellas que no cuentan con Seguro de
Salud que sin duda son las más.

En muchos lugares de atención no se cuenta con Enfermeras especializadas en
oncología razón por la que con frecuencia el tratamiento, que es bastante delicado, se
lo tiene que encargar a personal que no está capacitado para el mismo con riesgo
para las mujeres en tratamiento.

Por otro lado, revisando el ingreso de quejas que llegan a la Defensoría del Pueblo, y
pese a la gran cantidad de problemas mencionados. no hemos encontrado denuncias
vinculadas al derecho a la salud sobre el tema investigado en esta oportunidad. No
obstante, la mayor de las denuncias provienen de las mujeres que se quejan por la
forma como son tratadas en los servicios públicos de salud. Esto nos obliga a repensar
la forma y mecanismos de llegar a la población femenina afectada con estas
patologías.

Género y presupuestos públicos.

En la materia que nos ocupa, si bien las políticas públicas de salud se han orientado
fundamentalmente al combate del cáncer cérvico uterino, es importante señalar que el
enfrentar este tema, requiere de asignación presupuestaria y de sensibilidad de
género.

tema económico y financiero, es determinante para la prevención contra el CA cérvico uterino y también el de mama. Es por este motivo que ingresamos a conocer el presupuesto con que cuenta la ejecución de ambos Planes en la gestión 2010 y las previsiones para el año 2011.

Los fondos para financiar el Plan de CACU provienen del Tesoro General de la Nación, de la Cooperación Internacional y de algunas Organizaciones No Gubernamentales.

En cuanto al financiamiento del Plan de Ca de mama, todavía se viene gestionando los recursos de la cooperación internacional y se tramita el apoyo de empresas nacionales.

En consecuencia, es de suponer que el Plan de CACU tiene mayor posibilidad de ejecución, sin embargo para ambos Planes y para las gestiones 2009-2010 se dispuso la suma de \$us 280.000.- como sigue:

CUADRO N° 12
Financiamiento para la ejecución de los Planes de CACU y de Mamas.
2009-2010 (*).

Fuente financiadora	Destino	Presupuesto (\$us)	Presupuesto (Bs)
OPS/OMS	Equipamiento materiales e insumos médicos.	15.615.-	-----
OPS/OMS	Fortalecimiento competencias humanas	8.770.-	-----
OPS/OMS	Talleres de capacitación	9.900.-	-----
UNICEF	Fortalecimiento competencias humanas.		47.914.-
UNFPA	Fortalecimiento competencias humanas	15.000.-	-----
UNFPA	Talleres de difusión	15.000.-	-----
CIES (salud sexual y reproductiva)	Apoyo técnico y financiero, implementación vacuna Gardasil contra el VPH. Ejecución directa.	* *280.000.-	-----
TOTAL		334.285.-	47.914.-

(*) No incluye pago de sueldos de recursos humanos ni el material de escritorio y logístico proveniente de TGN.

(**) Para las gestiones 2009-2010.

FUENTE: Elaboración propia sobre la base de información del Ministerio de Salud y Deportes. La Paz. 2010.

Celebrando los esfuerzos que realiza el Ministerio de Salud, la simple lectura permite concluir que la asignación presupuestaria definitivamente no es suficiente para atender la magnitud del problema y menos aún poder contribuir hacia la reducción inmediata y efectiva de muerte de mujeres por los dos tipos de cáncer que hoy analizamos.

Si bien es un tema estructural, no es menos cierto que la reducción debería apuntar hacia metas bajo el principio de progresividad. Por otro lado, los esfuerzos del nivel central no serán suficientes si en el marco de la Ley Marco de autonomías, las Gobernaciones y Municipios no involucran presupuestos para la atención de tan urgente necesidad sentida por las mujeres.

Reducir las actuales tasas de mortalidad por estas
todo de los lugares de mortalidad de mujeres por
en la región.

¿Que esperan del Estado las sobrevivientes y familiares de fallecidas.

- Que en el país tenga vigencia los Derechos del Paciente (ver en Anexo).
- Solicitar que las políticas de Salud en cáncer de mama y cuello uterino se puedan extender a todos los tipos de cáncer.
- Revisar las políticas de Salud contra el Cáncer, con la participación de mujeres y sobrevivientes de Ca.
- Difundir y aumentar el conocimiento de estas políticas de cáncer, casi desconocidas por las personas y también por el personal de salud en aquellos lugares que no son capitales.
- Mejorar la atención de salud de las/los enfermos de cáncer, en particular de las mujeres.
- Crear un Centro de Registro de cáncer nacional.
- Mejorar la calidad de tratamientos en cuanto a medicamentos y equipos en las respectivos Seguros de Salud públicos y privados.
- Crear un Centro Oncológico de referencia en la Ciudad de La Paz, para personas del interior.
- Aumentar el número de especialistas oncólogos.
- Contar con un lugar de información sobre cáncer y de los especialistas bien formados.
- Tratar de unificar las diferentes Fundaciones de cáncer, para luchar en forma conjunta.
- La Defensoría del Pueblo continúe participando en programas y reuniones de sobrevivientes de cáncer.
- Hacer seguimiento de las pacientes con cáncer que no son tratadas adecuadamente, en forma conjunta con la Defensoría del Pueblo.
- Crear una Asociación de pacientes y sobrevivientes de cáncer.
- Mejorar la Educación, Prevención, Detección de cáncer, referencia, gratuidad, por parte del Ministerio de Salud y Deportes.
- Disminuir la burocracia y mejorar la atención en todos los Seguros de Salud.
- Hacer políticas para llegar con la atención de mujeres que vienen de áreas rurales y muchas son pobres.
- Accesibilidad a los medicamentos, tratamiento y atención para todas sin discriminación.

la totalidad, por el Estado.

la prevención contra estos tipos de cáncer.

-Reducir la muerte de mujeres por cáncer de mama.

Conclusiones.

El presente Informe Defensorial sobre los Planes de política pública de cáncer cérvico uterino y de mamas, nos ha colocado en una situación muy delicada frente a la magnitud de atención que requiere el tema. Destaca la formulación, por primera vez, del Plan de políticas públicas en cáncer de mama pero no deja de preocupar la falta de correspondencia con el presupuesto asignado no solo para cáncer de mama sino también de CACU.

Quizá responda a este factor el hecho de haber dado atención preferente a la mortalidad materna porque además suele ir asociada a la mortalidad infantil pero fundamentalmente porque es altamente prevenible, al igual que el cáncer de cuello uterino. No obstante, la muerte de mujeres por causa de cáncer de cuello uterino y de mamas es, en mucho, mayor a la mortalidad asociada a la reproducción.

Es evidente que al tratarse de un tema estructural, producto de políticas neoliberales aplicadas en el país por más de dos décadas, su reducción no será rápida en el tiempo. Sin embargo, al revisar la situación del CACU en el Plan 2004-2008 y compararlo con el Plan actual, rápidamente concluimos que la muerte de mujeres por esta patología, no ha sido reducida sino que está en incremento.

Mucho peor es saber que la recurrencia está bajando en edades cada vez más jóvenes, aspecto que comparte con el cáncer de mama. Y esto debe ser preocupación nacional.

La apertura de Laboratorios en todas las ciudades capitales del país, es plausible aunque necesariamente debería estar acompañada de presencia de especialistas con experiencia en lectura de láminas para disminuir los falsos negativos y de personal calificado en el resto de Unidades de manejo de láminas.

No se han hallado indicadores de evaluación del Plan anterior y ello, junto a otros datos carentes, limita una lectura objetiva de evaluación de la política de cáncer de cuello uterino. Asimismo, el Plan sobre cáncer de mama no contiene indicadores y por tanto, tampoco se podrá hacer una evaluación a cinco años de cumplido dicho Plan (2015).

De cualquier forma, esta carencia de información para ambos cánceres, no permite sino concluir que de mantenerse estos vacíos estadísticos, que deberían ser llenados como resultado de investigaciones nacionales, encuestas especializadas, etc, se continuará planificando con datos provenientes de órganos internacionales que trabajan con promedios regionales.

Desde la lectura de los derechos humanos, toda la información arrojada en este Informe Defensorial, deja a luz que las políticas para incidir en la reducción de la mortalidad de mujeres por estas patologías, se mantiene subalternizada al rol reproductivo de las mujeres, aunque éste fuera por la posibilidad alta de prevención, aspecto que si bien no debería invertirse al menos debería visibilizarse la mortalidad de mujeres por los dos tipos de cáncer motivo de la presente intervención defensorial,



PDF Complete

*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

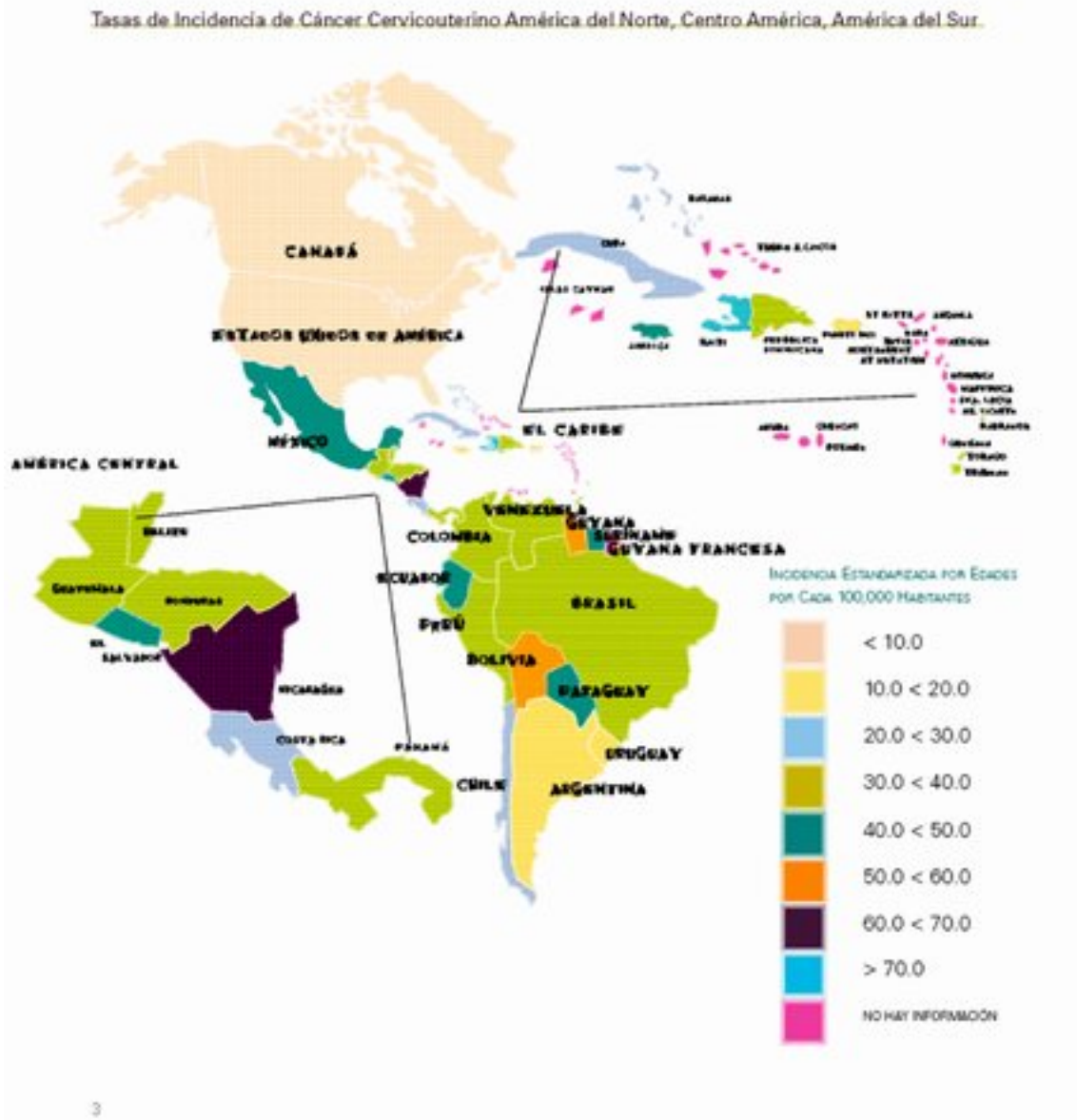
[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

de presupuesto público con miras la reducción de

La política del SAFCI, es un interesante mecanismo para llegar a áreas rurales y de zonas periféricas urbanas, pero no logrará su objetivo de no contar con la asignación presupuestaria que necesita la implementación de estos Planes, sobre todo en Prevención. Pero a la vez, hay que llamar la atención que la implementación de una buena Estrategia de Prevención, demandará respuesta de las instancias públicas respectivas y si éstas no cuentan con equipos, insumos, reparación inmediata de equipos, disponibilidad de profesionales especializados/as en cada rama de la oncología, puede volverse en contra resultado.

Las Recomendaciones Defensoriales emergentes de este trabajo, traducen la preocupación institucional y un llamado a las Gobernaciones y Gobiernos Autónomos Municipales, a la vez que al Ministerio de Salud, para aunar esfuerzos para avanzar en la protección de los derechos a la salud y vida de las mujeres y así incidir en la reducción de la mortalidad por las causas que ampliamente hemos visto.

NEXOS



Relatos testimoniales

Enfermera Hospital General: *“ las pacientes por lo general ignoran el diagnóstico de cáncer y preguntan ¿ Que es eso?, son mujeres con varios hijos, que fueron un %atito+, haber que les dicen del resultado de su toma de PAP. Y se encuentran con que es una noticia mala ò ¿me moriré?, con quién quedarán mis hijos?, ¿es contagioso?, se plantean un sin fin de preguntas, vuelven a su domicilio, peor de lo que habían ido al Hospital. Lo peor es que algunas no aparecen más en el hospital y vuelven cuando ya no hay mucho por hacer+”*

D. *...icos ellos la trataron como si fuera muerte, el trato no es correcto, fuimos a la ciudad de Santa Cruz y el trato fue peor, entonces todo ha sido pagar y pagar en los familiares, entonces lamentablemente se entra en la pobreza tiene que ir vendiendo lo que talvez yo soy minero, soy de la ciudad de Potosí y me ha costado hacer muchas cosas con mi sacrificio y ahora tengo que estar vendiendo porque quiero verla a mi esposa con mucha salud, entonces no se si mi esposa saldrá con vida no se, porque ella esta mal pero hoy veo que aquí tienen todo el derecho el enfermo de venir al médico, pero el medico no cumple el juramento hipocrático que hizo al salir donde esta que el medico tiene que darse integro al paciente yo no veo eso, que no estoy generalizando a todos hay médicos buenos y hay médicos malos, a mi me gustaría que todos aquellos que están con cáncer se vayan uniendo se vayan haciendo una masa sólida así como el cáncer es así, nosotros también seremos cáncer para buscar el bienestar de todos que nos unamos+*

Voluntaria.

¿Ojala se haga realidad este proyecto que esta presentando la Defensoría en el tema de cáncer. Yo soy voluntaria, 30 años en el Hospital de Clínicas he pasado por todos los pabellones desde hace 30 años hay un sacerdote católico que ayudaba a diferentes pabellones, entonces había un consejo coordinador que regalaba para comprar a cualquier paciente que no tenia para medicamentos, hoy se ha reducido a una oficina con 5 voluntarios donde yo soy la Coordinadora. Realmente vivo momentos muy difíciles para mi porque hay gente, como decía el señor, que tienen cáncer y el medico le dice bueno necesita usted 6 quimioterapias. Viene, llora, tenemos que pedirle un informe social, nos manda el informe social de acuerdo a los recursos nosotros tenemos que dividir esos recursos para las químicos entonces al paciente le decimos te compras 3, te lo compramos la primera, tu consigues para la segunda nosotros la tercera y tu la cuarta nosotros la quinta para que así pueda por lo menos cumplir. Y esto lo hacemos porque cuando ellas empiezan y se hacen la primera y lo dejan porque ya se sienten con poquito dinero. Aparte de eso realmente veo que necesitamos un hospital (solo para cáncer) porque en el Hospital de Clínicas la sala que ocupa ahora Oncología, es un lugar que a cualquiera le da honguitos. Entonces la paciente viene y se queja. Algunos doctores vienen y dicen, señora por favor le ruego, nosotros que estamos todos los días vemos todo lo que necesitan los pacientes y ruegan por los pacientes. (Ellas) se compran los medicamentos para la quimioterapia, el resto de los medicamentos cubrimos nosotros (el Hospital), los sueros, el antialérgico, todo eso le damos, le obsequiamos. Por eso dije serviré que quiere decir Servicio de Ayuda al Enfermo sin Recursos, entonces realmente es muy triste ver los casos de oncología. Hay mucha desorientación especialmente personas del área rural que llegan jóvenes de unos 25 años ya con cáncer, nosotros lo mandamos a servicio social regresa. Seguramente ahí le dice cuanto necesita mas o menos y lógicamente viene y le decimos que le vamos a ayudar. Si necesita 4 nosotros le decimos 2 si es 6 le damos 3. Pero ojalá se haga algo por esa gente pobre porque en el Hospital General hay una

que pagar quirófanos y aunque se diga que
, 720.-, y otros gastos.
que vayan a ver como es el hospital de Clínicas porque todavía en Seguro se
les cubre algunos medicamentos, pero hay gente que no tiene Seguro y, como
el señor decía, tienen que vender su televisor para la primera quimioterapia, la
segunda se la hacemos nosotros pero desde luego ya debilita: los niños
abandonados y aparte de eso yo creo que la paciente con cáncer se le debería
tratar con mas amor porque a veces el cáncer es terminal y algunos médicos
son déspotas... Yo solo quiero agregar *trato humano* no existe directamente
del parte del médico, de la familia, de cualquier ser humano, no existe, tiene
que haber un poco de humanidad porque lo que están pasando no es fácil, mas
bien es muy duro y bueno tengo entendido que luchan por la vida y a veces lo
que le rodea y el maltrato, les hacen decaer completamente+ (Voluntaria del
Hospital de Clínicas-La Paz)

Sobreviviente de cáncer de mama

Yo soy una sobreviviente de cáncer de mama y he pasado todo el camino,
todo el sufrimiento pero he tenido la suerte de poder viajar al exterior a hacer
un tratamiento y allá me encontré con una profesional boliviana me atendió en
Lima- Perú y la Dra. era Adela Heredia del Instituto de Neoplásicas Cáceres. A
mi vuelta yo empecé a contactarme con las personas enfermas de cáncer y
realmente estamos muy desamparados y sobre todo la gente indigente y la
gente de clase media no tenemos donde recurrir, quien nos ayude y de ahí
se me ocurrió hacer una Fundación que se llama *Todos contra el cáncer*
porque no solo podemos luchar un grupo de señoras, tenemos que luchar
todos y tiene que entrar el Ministerio de Salud, la Alcaldía, la Defensoría del
Pueblo y todo el mundo, porque no puede ser que uno se sienta sola. Que
sepan que nosotros hemos conseguido todos los equipos gratuitos de EE.UU.
tenemos un acelerador lineal que es excelente para el trabajo, no como el de
Cochabamba, este seria el único en Bolivia para hacer el tratamiento de
radioterapia porque ya la quimioterapia gracias a los propios profesionales que
existen suscritos, incluso los medicamentos del exterior nos han ofrecido
gratuitos y el Ministerio de Salud nos pone trabas, no se puede traer, no se
puede recibir donación.

Nosotros queremos hacer una farmacia donde la gente pague lo que pueda y a
los que les falta, gratuito era como decía el señor, para eso esta Fundación no
es nuestra no es mi Fundación, es de todos. Cuando hemos ido a la Alcaldía
para pedir que nos den las tierras de la meseta de Achumani, no nos dan y
dentro de los reglamentos de la Prefectura tienen que dar a una Fundación del
mismo fin y nos han negado y no tenemos donde poner nuestros aparatos.

Sobrina de sobreviviente.

Esta claro que estamos hace mas de un año con la Alcalde y con el Consejo
(municipal), yo le digo que se están burlando en nuestra cara porque nos
vienen bateando y no tenemos donde golpear una puerta. Ella tuvo cáncer, es
mi tía y mi mejor amiga, yo nunca tuve a nadie cerca, pero soy una persona
sumamente consciente de que a mi me puede pasar en un rato y es lo que la
gente tiene que tomar conciencia. Aquí (en la enfermedad) no hay nivel social,
es una enfermedad que no mira a nada por eso yo lucho a la par , tengo familia,

uede pasar a cualquiera y todos tenemos que
en conjunto, entonces no nos permiten hacer y
según trabajando, teniendo los equipos, tenemos los medicamentos, tenemos
las camas, tenemos todo en un container y nadie nos da bola +

Sobreviviente de cáncer de mama

¿Podemos que por favor nos ayuden, aquí la Defensoría del Pueblo ayúdenos a
hablar con el señor Alcalde, que nos de esa media construcción para que
pongamos el acelerado lineal y unos consultorios, tenemos equipos de
mamografía, radiografía, ecografía y están sin un lugar donde poner para la
ciudad, para todos los ciudadanos +

¿No también apoyo a la señora Celia que desde un principio se estaban
movilizando pero es un poco difícil porque se van de oficina en oficina donde
todo le prometen y nunca cumplen y ahora yo quisiera que a través de la
defensora que tiene mas peso tendrían que solicitar que nos ayuden porque
haciendo un Hospital especial grande para toda la gente, especialmente para la
gente que no tiene recursos y darles un trato bueno, humano porque ellos
tienen que darles calidad de vida porque es gente que al final tanto el enfermo
como los familiares se sufre como no tienen idea, entonces yo quisiera que
solicite al mismo Gobierno que proporcione recursos +

Esposo de fallecida.

¿Si hoy en este momento entramos en Internet no hay oncológico en el país a
excepción del oriente, es el único que sale con todos sus médicos y cuando
vamos a Santa Cruz hay que ir a las 4 de la mañana a sacar ficha porque el
médico solo atiende 5 pacientes nuevos hay que ir a las 4 de la mañana para
que le saquen radiografía, o sea todo es 4 de la mañana y la cantidad de gente,
usted vaya a ver a la 1 de la tarde la cantidad de plata que se llevan de todo lo
que han hecho en el día. Es muy necesario en el país (tenga oncológico), si
Santa Cruz tiene un centro oncológico por lo menos para el Sur. En Potosí no
tenemos medico, después de estar en Santa Cruz venir a La Paz a tocar las
puertas de muchos médicos que no voy a nombrar (porque no dan) la
orientación (que necesitan) +

Participante voluntaria.

¿Buenas tardes, agradezco por haberme invitado, es una inquietud mía, no solo
por el que tiene la enfermedad sino por velar por el prójimo, no solamente por
las personas que no tienen seguro si no también por el carácter de prevención.
Porque yo soy docente de la UMSA nos hacen un estudio preventivo para
algunas especialidades pero nunca nos han hecho a las mujeres un estudio de
papanicolau y mamografía. Yo siempre digo que la mamografía se debe hacer
a partir de una edad reproductiva, cuando la mujer esta casada y no siempre a
los 40 años porque a veces tienen el cáncer cuando somos mas jóvenes
entonces yo sugiero que partamos con el trabajo de hormiga, no partamos de
lo grande, sugiero que trabajemos con pequeños grupos donde podamos tener
tareas concretas en periodos establecidos donde podamos coordinar entre
todos nosotros a través de una red de comunicación, Internet o teléfono, y que
podamos ver que estamos logrando, como usted dice tenemos que tocar
puertas, yo se que podemos pedir lugares y tiempos +

o no es universal, muy pocas personas tienen un seguro y a la mayoría de las personas nos pesca esta enfermedad sin seguro, entonces pienso que este es un problema no solo de las personas que están pasando sino esto es algo que tiene que entender el gobierno y ver la forma de que las personas que adquieren esta enfermedad tienen que tener alguna ayuda porque esto es algo que estoy segura que más del 70% no puede solventar esta enfermedad+

Sobreviviente.

Quiero comentarles mi experiencia, yo tengo seguro y el seguro ha cubierto mi tratamiento pero no todo, hay cierta medicación que el seguro no lo cubre y generalmente es el medicamento más caro. Gracias a Dios tengo un hermano que vive en EE.UU. y él ha pagado sagradamente 2000 dólares cada 21 días para pagar la medicación que el seguro no lo cubría y miren que el seguro es un seguro social donde a todo el mundo se les descuenta para tener un sistema solidario, por lo que ésta es una situación complicada, sin embargo quiero decir por qué no empezamos estas instituciones a poner a que los seguros cubran el 100% del tratamiento de cualquier persona oncológica+

Sobreviviente.

No creo que el principal problema que tenemos que atacar, es el Seguro como ha hablado la persona que me antecedía, yo creo que la persona que tiene seguro tienen la seguridad de seguir el tratamiento, la persona que no tiene seguro puede que haga un esfuerzo para que haga una primera etapa pero no va a tener continuidad y no tener continuidad le hace daño a la misma persona entonces tener hospitales, tener todo y no tener seguro no sirve de nada, yo he sobrevivido gracias a que tenía seguro y en segundo lugar me ha atendido una excelente médica la Dra. LÑó, esas son las dos cosas fundamentales, como Defensoría del Pueblo deberían tratar de ir a resolver lo que es la Seguridad Social+

Participante (J.)

Yo quería acotar, no es por que yo sea abogada, pero yo pienso que lo primero es hacer una propuesta de ley, tratar de que se legisle y que con un suplemento básico de Seguridad Social, se vaya a tratar el cáncer, o sea, que como dar una vacuna sea lo mismo para el cáncer, tendría que ser un insumo básico del Seguro Social, no solo en el sector público, sino también en el sector privado. ¿Cómo vamos a conseguir esto?, con un proyecto de ley, que se legisle, que se norme, que se reglamente. Es la única forma de que se pueda tener peso+

Esposo de mujer en tratamiento.

Hace dos años a mi esposa la he llevado a la ciudad de Sucre y le he hecho hacer cada año el papanicolau dos veces y las dos veces no le han detectado el cáncer, por lo menos le han dicho que no había nada. El doctor de Sucre dijo que tenía una infección y que a esa causa se debía el descenso de vejiga y que con un tratamiento que él empezó, iba a corregir el descenso de vejiga. Después de 3 meses le vino sangrado, lo llevó al ginecólogo y dice que hay un tumor y que se le haga una biopsia. Mis hijos dicen que se haga la biopsia aquí

lo que tenía cáncer en un grado 3 y en Potosí que la operamos+

Dra. L. Morillas.- (presente en el evento, se refiere al caso anterior) y señaló: *Viendo el problema de prevención, ha hecho la prevención porque hizo su papanicolau. Aparentemente ha tenido 2 resultados positivos, un estadio crítico muy pequeño y otro localmente avanzado, pero entonces ¿qué es lo que está fallando en todo esto?: el diagnóstico, la detección y la toma de muestra. Respecto a la Educación para prevención, se han tenido algunas campañas pero las mismas tienen respuestas diversas, de repente en Santa Cruz se movilizan mas para ayuda a las pacientes con cáncer de mama. Las campañas deben romper con el tabú de que cáncer es igual a muerte+*

Sobreviviente.

No acotaría, generalmente estamos conscientes del cáncer de cérvix antes que de mama porque cuando fui al ginecólogo ninguno me dijo hazte una mamografía, pero ahí está que uno va a los médicos ginecólogos los que deberían ser celosos en eso y no esperar a que la mujer tenga 40 años. Las personas sobrevivientes de cáncer tenemos que hacer notar que no siempre cáncer esta relacionada con la muerte y que mas bien hay que salvar a esas personas+

Sobreviviente de cáncer de mama.

La intención de todos es continuar con estas reuniones y lograr ir siempre hacia delante, miremos las cosas positivamente y demos a los que ya tienen la experiencia de trabajar con gente de afuera que coopera con el cáncer vinculándolos y haciendo conocer que hay bastante por hacer en Bolivia y varias cosas, como por ejemplo una guía para el paciente y la familia, y un directorio medico, porque el cáncer de mama no solo da a las mujeres sino a los hombres, además que cada vez hay mas gente joven con estas enfermedades, es vital hacer conocer a las Autoridades en Salud. Tener también las direcciones de cada una o uno de nosotros, y también ver en que podemos aportar a formar algo sólido, con las diferentes ocupaciones de cada uno y así ayudarnos mutuamente y ayudar a la gente nueva que aparezca+

Sobreviviente.

Precisamente cuando yo empecé con el problema me apareció una cosita dura, fui donde mi ginecólogo que según yo era uno de los mejores que cada vez va a Alemania. Voy y le digo doctor estoy así, me dice es por que usted esta dando de mamar al bebé, el médico dijo mujer que da de mamar no tiene ninguna posibilidad de cáncer. Después de 6 meses me fui donde otra ginecóloga y ella me puso en manos de doctoras oncólogas+

Mujer en tratamiento.

Me mi no me han detectado, yo soy una paciente de cáncer de mama, y he ido a la Fundación de Cáncer en la (avenida) Camacho. Me hice mamografías y tampoco en mi seguro de la Caja Petrolera no me han dicho nada. Además me han hecho sufrir a mi y a mi familia porque no podían detectarme rápido y yo estaba cada vez peor, nadie me decía nada, hasta que me diagnostico una doctora especialista. ñ . y me he tenido que operar en forma particular+

...encias son importantes y a este grupo no solo
debería ser para cáncer de mama y cervix, sino para todos los tipos de cáncer
porque hay bastante gente+

Mujer en tratamiento.

Los exámenes que nos solicita el médico, hay lugares confiables y otros menos (confiables) y a veces cuando llegamos al consultorio hay que volver a repetir algunos, porque no son de buena calidad, quiero que entendamos que los exámenes auxiliares son vitales para nosotras, para un buen diagnóstico y posterior a esto un buen tratamiento+

Dra. Morillas.-

En caso de los Seguros, a veces no se cuenta con exámenes actualizados, en especial en la Patología que es vital para poder iniciar un tratamiento oncológico, mas específicamente en lo que corresponde a Inmunohistoquímica. Ustedes saben que en el caso de cáncer de mama, es de vital importancia el HER2NEU para poder dar o no la Terapia biológica a las pacientes, la calidad de tratamiento para su sobrevivencia e incluso curación de la misma. En los otros exámenes auxiliares, no hay un buen control de calidad de estos.

Mujer paciente.

Acotando, esto es una realidad, ya que me paso a mi, yo me hice exámenes en el Instituto de cáncer de Santa Cruz y todo salía negativo. Y la verdad fue mas lo que yo me veía que día a día estaba mal, me vine a mi Seguro, que es el Universitario y me diagnosticaron de cáncer pero era ya avanzado. En este caso al revés, primero fui al medico particular, desconfiando de mi seguro y fue un desastre. Después volví a mi seguro y me diagnosticaron ,pero en la tardanza es que avanzo mi cáncer+

Dra. Morillas.

Continuaremos hablando sobre el tratamiento oncológico. Nosotros debemos saber lo que engloba el cáncer, las tres diferentes especialidades de los oncólogos, esto es vital y de suma importancia para el éxito de nuestro tratamiento, estamos hablando del cirujano oncólogo que es el que se dedica a la cirugía del tumor en cualquier parte de nuestro organismo es un tratamiento local y regional. El Radioncólogo es el especialista que se dedica a la radiación de la tumoración local y regional, y el Oncólogo clínico, es el especialista que a través de medicamentos o citostáticos, que ingresan a nuestro cuerpo brinda el tratamiento sistémico a todo nuestro organismo. Actualmente se da quimioterapia o terapia biológica, dependiendo mucho del diagnóstico, y en base a protocolos internacionales actualizados anualmente.

Estos tres tipos de tratamiento, son coordinados con los diferentes especialistas, es decir que las mujeres en tratamiento requieren de una atención de Multidisciplina+

Sobreviviente.

No tenía tos y tos, estaba muy mal y aunque tengo Seguro y siempre tardan en atender, fui a consulta particular, era paciente oncológica, pero por los costos, cuando fui a mi seguro de la Caja, me dijeron que aunque era

me pidieron que debía volverme a hacer
; pero en el seguro de la Caja, pero mientras
tanto mi enfermedad seguía y seguía. Yo tengo Linfoma de Hodgkin y la
burocracia hacia que no podían basarse en un diagnóstico particular. Y bueno
tuve que continuar particularmente con la ayuda de mis familiares y amigos en
la parte económica, porque si no, yo me hubiera muerto+

Familiar de mujer en tratamiento.

Los costos de los medicamentos son importantes, en especial para la gente
que no cuenta con recursos. Además también hay que ver que algunos
medicamentos cuestan demasiado caro y otros, igualitos, mucho más baratos
pero a veces no hay efectividad de los mismos y por eso yo, para mi familiar,
tengo que hacer un sacrificio y comprar los que me piden (que son) de líneas
oncológicas conocidas, porque mi médico oncólogo me dijo que solo hay una
oportunidad para tratar el cáncer y hay que hacerlo bien. Pero yo me pregunto
que a Dios gracias yo puedo, qué pasa con la gente que no puede, se muere
nomás y las damas voluntarias, el gobierno no hace nada para mejorar esta
situación. En resumidas, los que padecen cáncer en nuestro país están
desamparados+

Mujer en tratamiento.

En la Caja por ejemplo hace una semana se ha cerrado el equipo de
radioterapia y solo hay dos en La Paz, y lo cierran y no hay más y la gente se
perjudica. Hay gente que solo recibe Radioterapia y cuando se arruina el
aparato, se arruinó y ni les interesa los pacientes y ¿qué pasa con la gente que
debe continuar con su tratamiento?+

Sobreviviente.

Cuando yo recibí mi terapia de ciclo mamario en radioterapia, nadie te explica,
vos no sabes si los técnicos o los médicos te están atendiendo, la calidad de
atención tanto en el seguro de la Caja del Hospital Obrero o del Hospital de
Clínicas es pésima, sin trato humano. Cuando no funciona, porque casi
siempre se arruina, no les interesa los tratamientos+

Sobreviviente y voluntaria

Es por eso que yo como sobreviviente de cáncer de mama, tuve la
oportunidad y los medios de tratarme afuera en el Instituto de Enfermedades
Neoplásicas en Lima- Perú, y volví curada, y de esa manera fundamos la
Fundación Juntos Contra el Cáncer+ en esto estamos con una donación de un
equipo de acelerador lineal de Radioterapia muy importante para que se pueda
mejorar la calidad de atención en los pacientes que es urgente. Pero hemos
tocado puertas para que nos den un lugar para poder colocarlo, el Ministerio, el
Gobierno Municipal, hasta ahora no nos dan un lugar y esa donación la vamos
a perder, es de vital importancia unirnos para poder luchar juntos contra el
cáncer+

Dra. L. M.

Imagínense que emerge y urge reunirnos todos para poder trabajar juntos.
Ahora la terapia que mas utiliza Radioterapia externa e intracavitaria
(braquiterapia), es el cáncer de Cervix, pero si las mujeres no pueden conti nuar

...; que clase de tratamiento están recibiendo?. Y
interior, considerando que la mayoría no tiene
los recursos financieros ni pagar de su estadía, los viáticos?.

Familiar de paciente con cáncer de cérvix.

Yo soy esposo de una paciente con cáncer de cervix, y venimos de Potosí porque allí lamentablemente no contamos con los especialistas. Nosotros estamos asegurados en la Caja Nacional de Seguridad Social y cuando tuvimos que preguntar por la transferencia a La Paz, iba a tardar tres meses. Así que decidimos con mis hijos, averiguando el lugar donde hacen buenos tratamientos, y nos fuimos a Santa Cruz, al oncológico y le dieron terapia de Quimioterapia semanal, el médico ni hacía, ni supervisaba las quimioterapias y la veía desde la puerta, pero si era bueno para cobrar, le dieron radioterapia y braquiterapia, y luego volvimos a Potosí.

Al cabo de seis meses mi esposa estaba mal, volvió los sangrados y los dolores bastante fuertes, y que iba hacer de mi esposa, tuvimos que volver al Seguro y solicitar transferencia haciendo tres cartas agilizaron la transferencia. Llegamos al Hospital Obrero de La Paz y estuvo mi esposa cinco días en Emergencia en una camilla. Después nos subieron al servicio de Urología, porque no había camas en oncología, estuvimos tres días y ningún médico nos atendía, y mi esposa estaba con fuertes dolores. Hasta que vi no un médico que no quiero decir el nombre y le dijo a mi esposa, ahora que vamos hacer, ya te han hecho todo y sigues igual, así que ya estas acabada, entonces quiso decir que mi esposa ya estaba muerta. Por eso, para mi, cáncer es muerte. Tuvimos que sacarle de la Caja. El que viene del interior no tiene apoyo para nada, tuvimos que alquilar una pieza, comida, transporte, estadía, ahora esta con un medico particular, con calidad de atención+

Sobreviviente.

Yo estoy de acuerdo con el señor. Es una realidad triste, yo la otra vez vi a una paciente en la Terminal, en las puertas, vomitando, porque le habían hecho el tratamiento, y se tenía que volver a su lugar de origen, yo la reconocí y la sentí como una hermana mía, porque yo también tengo cáncer. Traté de ayudarla darle ánimo, una pena, creo que estamos muy desamparadas y solas. Quisiera Contarles mi testimonio, de lo que me paso a mí. Soy sobreviviente de cáncer de mama, veterinaria, era casada, con dos hijos, tenía seguro de Salud CORDES, que al momento de mi terapia solo me ayudaron con muy pocas cosas, además que yo tenía que recibir un medicamento especial porque mi cáncer es agresivo; el Trastuzumab, que cuesta mas de tres mil dólares. Tuve la suerte que mi hermano me ayudó. Porque el seguro ni se movió en la compra. Después de eso mi esposo se divorció de mí y se robó a mi hijo que hasta ahora no lo veo y sigo apelando, luchando para verlo, el arguye que la quimioterapia me volvió loca, lo que es peor, a mi hijo le cambiaron el cerebro, la otra vez me vio y el se escondió de mi porque le habían dicho que su mama estaba loca. Él tiene guarda espaldas y no dejan acercarse a él ¡es terrible!. Sigo luchando para poder ver a mi hijo de 8 años. Por eso no creo en nada ni en nadie. Además cuando me hablan de derechos del paciente yo pregunto, ¡que derechos!, si no los aplicaron conmigo. Ojalá que de esta reunión salga algo productivo y se logre lo que nos proponemos. Estoy en una lucha no sólo contra el cáncer sino contra el propio sistema que no sirve para nada. He

me hicieron demandas por maltrato a mi hijo. Santa Cruz con otros familiares, porque mi ex marido me amenazó con quitarme a ella también.

Participante.

La parte económica es fundamental para todos, lamentablemente solamente tenemos dos equipos en la ciudad de La Paz, son Cobaltoterapia, no hay equipo de Acelerador lineal y hay terapias que se cobran a través del seguro o vía hospitalaria y otras que los médicos radioterapeutas cobran sus honorarios a sus pacientes particulares, lógicamente de acuerdo a los aranceles del Colegio médico. Esto es lo que se hace, pero tampoco se puede asegurar nada. Es por esto que **perder un equipo de acelerador lineal para el servicio de Radioterapia es desastroso** y mas si es donación a través de una Fundación *¡untos contra el cáncer* es un deber poder coordinar a la brevedad esto, para agilizar su llegada a nuestra ciudad, tenemos muy pocos equipos, y la mayor parte de los enfermos deben complementar sus tratamientos con Radioterapia, y si no hay un buen equipo ni buenos especialistas, va todo mal. De nada sirvió dar una buena terapia sistémica Quimio o Inmunoterapi

Otra información con las/os participantes de la Mesa de trabajo.

-Sobre la vacuna de prevención de cáncer, menos de un cuarto de las/os participantes de la Mesa de trabajo, había escuchado de ella.

-El 85% se ha sentido discriminada por el hecho de ser mujer con Ca. *La gente no entiende que merecemos trato diferente en los Centros de Salud, laboratorios, etc y de ahí viene la discriminación y mal trato*, relataba una sobreviviente.

-Los cambios en las familias ocurren cuando las pacientes son mujeres porque se las considera el centro de la familia y *la gravedad se observa en la conducta y vida de los/as hijos que dejaron (desaliento en los estudios, abandono escolar al menos por un tiempo, aislamiento, frustración, como principales efectos de la muerte de la madre*, señalaron algunas/os participantes.

Dra. J.Reyes.

Hay temas que revisar como ser el parto institucional porque puede incidir en complicaciones y futuro cáncer. Respecto al de mama, (las mujeres) no saben de qué se trata pero sus elevados costos imposibilitan su acceso a muchas mujeres.

Yanbal da 1000 vales para mamografías pero eso es todo lo que disponemos (en el Ministerio de Salud).

El tema central por el que las mujeres no van a consultar, es el mal trato y la discriminación, sobre todo de mujeres de área rural y periurbana.

Implementación: es imperativo contar con laboratorios para PAP el mismo que se viene presentando cada vez más en mujeres jóvenes de 25 años. Antes de este dato (hace 10 años atrás), la recurrencia era en mujeres de 35 y más años.

Laboratorios.-

%Se debería conocer la experiencia chilena que disminuyó su porcentaje de CACU. La ruta sería:

-Laboratorio + mujeres + proceso + seguimiento . Esto es lo que falta en Bolivia.

-Las mujeres que ya tienen cáncer: el tema es radicación, quimioterapia como tratamiento que es inaccesible para la mayoría de mujeres debido a los elevados costos.

-El Ministerio cuenta con un espacio destinado a la construcción de un gran laboratorio en Achumani pero el mismo no prosperó porque desde el diseño está mal planteado.

Los costos de esta enfermedad, son altos, casi imposible de cubrirlos por la gente común y menos por las pobres.

-Ojalá que todos los seguro de salud cubran la totalidad por lo menos de la primera fase del tratamiento oncológico+

Vacuna contra el cáncer de cuello uterino: Información general¹⁸.

El cáncer de cuello uterino es causado por algunos de los *virus del papiloma humano (HPV O VPH)*, y es la segunda causa de muertes por cáncer entre mujeres. Hasta hace algunos años no había medicamentos para prevenirla, pero recientemente **se ha desarrollado una vacuna** con este fin.

La **vacuna contra el HPV y el cáncer de cuello uterino** ofrece protección contra cuatro tipos de HPV, los principales agentes de la enfermedad, entre cuarenta existentes: dos que son causantes de cáncer de cuello del útero, y dos que provocan la aparición de verrugas genitales. Es decir, la vacuna es muy efectiva pero no brinda una protección total.

De todas maneras, **no todas las mujeres podemos beneficiarnos** de la vacuna contra el cáncer de cuello uterino, porque la misma presenta eficacia sólo cuando se aplica en niñas o mujeres muy jóvenes, de **11 a 26 años de edad**. Cuánto menos edad tenga la paciente, más se beneficiará, pero si ya ha sido infectada por algún tipo de HPV no estará protegida contra él. Lo ideal es que se reciba la vacuna antes del primer contacto sexual: es recomendable en niñas a partir de los 11 años, pero en algunos casos se puede recibir desde los 9. En estos casos la vacuna **previene casi un 100% de la enfermedad** causada por los cuatro tipos de HPV para los que está desarrollada.

La **vacuna contra el cáncer de cuello uterino**, que se aplica en tres dosis, no se recomienda a mujeres embarazadas, alérgicas a la levadura u otros componentes de la vacuna. Tampoco deben vacunarse las mujeres que hayan tenido reacciones en dosis anteriores de la vacuna.

¹⁸ <http://www.cdc.gov/mmwr/>, OPS/OMS y Dra. J.Reyes