

Observatory on Inequality in Latin America

Small Grant Recipient, 2007-2008

WORKING PAPER SERIES

#14

*Viviendo con el virus del papiloma humano.
Marginación y desigualdades de género en la población
campesina de Los Tuxtlas, Veracruz, México*

Estela Casados González

December, 2008

Center for Latin American Studies
University of Miami

Estela Casados González
Profesora en la Facultad de Antropología, Universidad Veracruzana, México
E-mail: estelacasados@yahoo.com.mx

RESUMEN

El objetivo del documento consiste en mostrar una de las tantas caras de la desigualdad: la de la ausencia de equidad en las relaciones de género que tienen lugar en el medio rural. Para ello se expone y analiza el caso de una población campesina portadora del Virus del Papiloma Humano (VPH), la cual se encuentra asentada frente a las costas del Golfo de México. ¿Qué tiene que ver un virus con la desigualdad? ¿Cuáles son las implicaciones de vivir en el medio rural, ser pobres y portadores de un virus que puede producir cáncer? Y particularmente, ¿qué significado guarda ser mujer, pobre, campesina y sufrir de las secuelas de un virus detonante de cáncer cervicouterino? ¿Qué implicaciones tiene para un varón del campo ser portador del VPH? Posibles respuestas a éstas y otras interrogantes constituyen el hilo conductor del texto.

Asimismo, se mencionan dos situaciones problemáticas que desencadenan el trato diferenciado dado a la población campesina cuando de su salud se trata: la infraestructura y calidad de los servicios de salud que el Estado mexicano provee a la ciudadanía, y la manera en que se experimentan las secuelas del virus según el sexo y género dentro de una cultura campesina en donde se producen y reproducen desigualdades entre unas y otros.

“Ahí está el virus. Yo sé que no me lo voy a quitar”. Una mirada hacia la desigualdad de género en el campo veracruzano. El caso de portadores del virus del papiloma humano. *

*Estela Casados González***

*La desigualdad... es un fenómeno complejo,
hay varios tipos de desigualdades
e intervienen en ella distintos tipos de factores.
Si la desigualdad tiene muchas caras,
muchas aristas y muchas dimensiones,
la búsqueda de la igualdad también es multifacética
y tiene que desplegarse por diversas rutas*
Reygadas, 2004: 24-25.

Articulación entre las múltiples dimensiones de la desigualdad

¿Qué es la desigualdad? Bien podríamos comenzar por ahí y darnos cuenta de que la respuesta tiene que ver con el lugar desde donde nos situemos para tratar de descifrar esta pregunta. Atendiendo a esa inquietud, el objetivo de este documento consiste en mostrar una de las tantas caras en que podemos observarla, la de la ausencia de equidad en las relaciones de género que tienen lugar en el medio rural. Para ello se expondrá y analizará

* El texto es resultado del Proyecto *Viviendo con el Virus del Papiloma Humano. Marginación y desigualdades de género en la población campesina de Los Tuxtlas, Veracruz, México*, el cual se desarrolló gracias a la beca de investigación otorgada por el Observatorio sobre Estructuras e Instituciones de la Desigualdad en América Latina del Centro de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Miami, así como por la Fundación Ford. La autora agradece el invaluable apoyo proporcionado por el Comité para la Educación y Desarrollo Integral de la Mujer (CEDIM), Organismo de la Sociedad Civil (OSC) asentado en Los Tuxtlas, por el interés mostrado ante este trabajo de sistematización al brindar acceso a sus instalaciones para desarrollar talleres participativos con población campesina portadora del VPH, compartir sus bases de datos y experiencia de trabajo sobre el tema. Agradece profundamente la colaboración de la Dra. Silvia Mendoza González, Dr. Juan Manuel Santibañez Hernández y Psic. Martha Alicia Delgado Portales, expertos en la temática y en la facilitación de talleres sobre VPH con población campesina. Fue importante la participación de Gregorio Huesca Sarabia y Claudio Izzet Alcántara Chimal (integrantes de la asociación civil AUGE), así como de Sac Nicté García García, quienes apoyaron esta iniciativa como talleristas.

** Profesora en la Facultad de Antropología, Universidad Veracruzana (UV). Doctorante en Ciencias Sociales en el área *Mujer y Relaciones de Género* (Universidad Autónoma Metropolitana –UAM-), Correo electrónico: estelacasados@yahoo.com.mx.

el caso de una población campesina portadora del Virus del Papiloma Humano (VPH), asentada en una región ubicada al sur del estado de Veracruz llamada Los Tuxtlas, la cual se encuentra frente a las costas del Golfo de México.

Cuando las campesinas y campesinos necesitan atender los diferentes padecimientos provocados por el VPH, se enfrentan a varias situaciones problemáticas acentuadas por el estado de marginación socioeconómica que padece el campo mexicano, pero también por las particularidades de una cultura que marca notables diferencias entre géneros. A lo largo de este texto se mencionarán dos de estas situaciones problemáticas que provocan el trato diferenciado dado a hombres y mujeres del campo cuando de su salud se trata: la infraestructura y calidad de los servicios de salud que el Estado provee a la ciudadanía, y la manera en que se experimentan las secuelas del virus según el sexo y género dentro de una cultura campesina en donde encontramos un sistema sexo/género que produce y reproduce desigualdades entre unas y otros.

El hilo conductor de la investigación que dio pie a la reflexión que se presenta en las siguientes páginas fue la de destacar cómo un evento epidemiológico puede recrudecer tanto el grado de marginación social así como las relaciones de poder entre géneros. Es aquí en donde vale la pena plantearse otras preguntas: ¿Qué tiene que ver un virus con la desigualdad? ¿Cómo es que un fenómeno epidemiológico trasciende hacia lo social? ¿Cuáles son las implicaciones de ser campesinos, pobres y portadores de un virus que puede producir cáncer? Y particularmente, ¿qué significado guarda ser mujer, pobre, campesina y sufrir de las secuelas de un virus detonante de cáncer cervicouterino? ¿Qué implicaciones tiene para un varón del campo ser portador del VPH? ¿Cuáles son las principales transformaciones en la vida sexual y afectiva de mujeres y hombres en Los Tuxtlas?

“El problema existía, pero nosotras no lo habíamos sistematizado”. De la investigación y el trabajo en campo.

Para la realización de esta investigación se contó con la participación y apoyo del Comité para la Educación y Desarrollo Integral de la Mujer (CEDIM), un OSC integrado por mujeres y hombres que viven en Sihupán, municipio de San Andrés Tuxtla. Desde 1983 trabajan en la región como promotoras y promotores sociales impulsando la realización de proyectos de corte productivo, brindando capacitación y asesoría, y atendiendo la salud de la población a través de la medicina homeopática y la herbolaria.

Desde 1998 inician un trabajo de atención a la salud femenina, que, en principio, consistía en promover entre las campesinas de la región la realización del papanicolaou (PAP). Las promotoras del Comité recibieron capacitación por parte de ginecólogas y médicos especializados, lo cual ayudó a que ellas tomaran las muestras que serían enviadas al laboratorio. Esto fue un evento crucial debido a que en las zonas urbana y rural de Los Tuxtlas las conocían por su trabajo como impulsoras de procesos organizativos y capacitadoras en temas de salud. Muchas de las que acudían a CEDIM para practicarse el PAP habían participado o participaban en las actividades que las y los integrantes del Comité habían impulsado.

De hecho, lo del virus (VPH) fue algo que fue apareciendo. No fue así que nosotras dijéramos:

- Vamos a trabajar con virus de papiloma-

El trabajo más fuerte había sido la toma de papanicolaou en el trabajo que hacíamos con las mujeres. Estábamos trabajando, capacitándonos desde 1989 en el mismo rollo de salud que traíamos. Estuvimos estudiando cuatro años todo lo que era enfermedades y la problemática de la mujer tanto en cuestiones de salud física como de salud mental. Todo lo que era violencia y eso, ¿no? En ese tiempo que estábamos estudiando enfermedades de la mujer, aparece un problema que era el cáncer cervicouterino en la zona. En las pláticas o en los talleres ahí las motivábamos a ellas, pues, para que se hicieran el estudio. Teníamos que dar una plática de lo que era el papanicolaou, la importancia y todo. Ya de ahí se invitaba a las mujeres a acudir a CEDIM para que les tomara el PAP. Al principio

era motivar a las mujeres de las comunidades y a algunas mujeres que nosotras les dábamos consulta y teníamos más cercanía con ellas; pero el trabajo se ha ido extendiendo tanto que ahorita no necesitas hacer la propuesta en las comunidades. Las mujeres vienen [DJG-CEDIM/2008].¹

El cuantioso número de pacientes que acudían a la Casa de la Mujer, tal como se conoce a las instalaciones que CEDIM tiene en el pueblo de Sihuapan, hicieron evidente al menos tres cosas. La primera era que los servicios de salud que brindaban diferentes instituciones dependientes de los gobiernos federal y estatal² que había en la zona, única opción para la gente de bajos recursos, eran insuficientes e ineficientes.

La segunda, fue que un buen número de las pacientes estaban desarrollando cáncer cervicouterino o, en todo caso, displasias leves o severas que, de no atenderse de manera pronta y adecuada, las llevarían irremediablemente a sumarse a las estadísticas de muerte por cáncer cervicouterino. Por último, las integrantes de CEDIM reconocieron que era urgente capacitarse para atender de la mejor manera posible a las campesinas que acudían a realizarse el PAP.

En este sentido, fue decisiva la participación de una serie de actores que permitieron una adecuada capacitación.

Yo las conozco hace diez años. Trabajamos en salud, sobre enfermedades respiratorias, diarrea, que es por las enfermedades que se mueren en México ¿verdad? Nosotras trabajamos con salud y con mujeres campesinas. Empezamos a capacitar a la gente en relación a enfermedades en general. Empiezo a trabajar más profundamente con mujeres porque comienzo a ver que una de las causas de la consulta con mujeres son enfermedades ginecológicas, en especial secreción, flujo, dolor. Empiezo a observar, por mi práctica, que el papanicolaou no refleja la problemática real de las mujeres y que no se está haciendo nada a nivel institucional para resolver el problema. Me tocó una paciente con cáncer cervicouterino que no teníamos, ni ella ni yo, idea de que tuviera eso. Así

¹ Testimonio de Dora Estela Jovel Galdámez, integrante de CEDIM. Santiago Tuxtla, Veracruz, México [DJG/2008].

² Tales como la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

empiezo a sensibilizarme en relación al cáncer y comienzo a sensibilizar a mis compañeras promotoras. Ellas estaban haciendo el papanicolaou como parte de su consulta y yo les digo:

- ¿Qué tal si ustedes comienzan a hacer el papanicolaou y lo hacemos de una manera más sistemática?-.

Las capacito a ellas, a las de Teocelo,³ a comunidades de Orizaba.⁴ Las organizaciones me contratan a mí como asesora para enfermedades ginecológicas. Todo eso fue por la demanda que había entre las organizaciones respecto a este problema. El problema existía, pero nosotras no lo habíamos sistematizado [SMG, 2008].⁵

Al igual que CEDIM, diversos OSC del estado de Veracruz llegaron a la conclusión de que debían enfocarse a la atención de la salud de las mujeres. Llevaban años de trabajo en el medio rural y se dieron cuenta que el proceso organizativo estaba dando sus mejores frutos en las mujeres al permitir que ellas entraran en un proceso de concientización y reflexión sobre su condición y posición de género. Sin embargo, había diversos factores que mermaban sus avances. Uno de ellos era el estado de salud que presentaban y cómo los padecimientos de origen ginecológico diezmaban su salud. De ahí nace su propuesta, concretamente a través de la toma del PAP; sin embargo, esta actividad las llevó a hacer otros descubrimientos, emprender otras acciones y capacitarse.

Ya nosotras medio capacitadas, habíamos hecho varias campañas, pero no tan así abiertamente. Y cuando conocimos a Silvia se empezó a acercarse al trabajo. La propuesta que se hizo fue si podíamos retomar el trabajo que ya estaba iniciado y que la capacitación nos la pudiera ir dando ella. Es la que nos ha capacitado hasta el momento, pues. Y continúa la capacitación. Es en esas campañas cuando ella propone venir a hacer colposcopia, que para nosotras era algo diferente. Entonces empezamos a ver que en la zona, por ejemplo, de veinte mujeres, seis salen con virus de papiloma. Decimos:

³ Teocelo es un municipio del estado de Veracruz. La cabecera municipal se localiza a una hora de Xalapa, capital del estado. Ahí se encuentra AUGE, un importante OSC que, al igual que CEDIM, consideró importante hacer un abordaje serio y profesional en cuanto a la atención de la salud de las mujeres de la región.

⁴ Orizaba es un municipio del estado de Veracruz que se encuentra a tres horas de Xalapa.

⁵ Dra. Silvia Mendoza González. Ginecóloga de la Jurisdicción Sanitaria núm. V y de la Clínica de Displasias del Centro Estatal de Cancerología Dr. Miguel Dorantes Mesa (CECAN), de la Secretaría de Salud. Xalapa, Veracruz [SMG/2008].

- Aquí hay mucha incidencia de virus. Tenemos que empezar a trabajar con lo del virus [DJG-CEDIM/2008].

A la fecha CEDIM cuenta con diez años dando seguimiento a casos de VPH en el medio rural y urbano. Ha concentrado un cúmulo de experiencia que es interesante reconocer y abordar para evaluar cuál es la situación al respecto, cómo las secuelas de este virus han mermado a la población de Los Tuxtlas, y particularmente a las campesinas. Es por ello que para fines de la investigación se llevaron a cabo una serie de talleres con hombres y mujeres portadores del VPH, los cuales son pacientes de CEDIM, y que se encontraban en diferentes situaciones y procesos personales al haber recibido un diagnóstico positivo. Las y los integrantes del Comité acompañaron puntualmente este proceso y gracias a ello fue posible precisar contenidos y externar dudas y preguntas que, por lo regular, las mujeres y hombres del campo no se atreven a plantear.

Se impartieron cinco talleres durante el 2007 en La Casa de la Mujer con el apoyo y convocatoria de CEDIM, coordinados por una ginecóloga, un médico y una psicóloga, quienes informaron, despejaron dudas y apoyaron a los y las participantes. Ello dio pie a que se entrevistaran a algunas parejas (juntos y por separado) y nos brindaran los distintos perfiles y situaciones que implica vivir con el VPH en el campo tuxtleco.

Si bien es cierto que el objetivo de los talleres fue lograr una primera aproximación a la población campesina con VPH, también tuvimos la inquietud de brindar información básica que les permitiera conocer el tipo de virus al que se enfrentaban y echar por tierra muchos de los mitos comunes en torno a los padecimientos que provoca. Quienes respondieron a la convocatoria y quienes coordinábamos los talleres tuvimos la intención de utilizar este espacio para hablar sobre lo que era y lo que no era el virus. Gracias a este ejercicio compartido pudimos conocer sus dudas y temores, a la vez que nos adentrábamos a la concepción campesina de la sexualidad, así como los usos y costumbres en torno a ésta.

En el desarrollo del trabajo de campo fue evidente que el trabajo que ha realizado el Comité a lo largo de los últimos diez años no tiene precedentes en la región y que es un

esfuerzo que realizan una red de organizaciones civiles que trabajan de manera conjunta con los mismos principios y propósitos, pese a que cuentan con recursos mínimos para hacerlo.

Por otra parte, el Comité está incursionando en un área poco abordada por otras instancias, tanto de la sociedad civil como las de origen gubernamental, esto es: las transformaciones de las masculinidades rurales y los mecanismos que obstaculizan que los campesinos atiendan su salud genital, ya que lo ven como un atentado que vulnera su integridad física y su imagen como varones heterosexuales.

Las siguientes páginas exponen los resultados de esa experiencia. Para tal fin el presente documento se divide en cuatro apartados. El primero de ellos nos hablará de lo que es el virus del papiloma humano y las implicaciones de su padecimiento, sobre todo en las mujeres. Cómo las diferencias socioeconómicas y la marginación social incluyen una alarmante variable que repercute en el acceso a los medios que permiten estar mejor atendida para enfrentar de manera más sólida las posibles secuelas del virus.

El segundo apartado nos dará cuenta de cuál es el seguimiento que se le da a la situación desde el aparato de salud implementado por el Estado, así como los alcances de la infraestructura sanitaria y cuál es el papel de la medicina privada en la atención a las portadoras del VPH.

Posteriormente nos remitiremos a la experiencia de las mujeres y hombres que son atendidos en CEDIM. Detallaremos cómo la estrategia de atención impulsada desde un OSC marca la diferencia en la atención a la salud y cuáles son los retos de una estrategia que se mueve con recursos mínimos. Para finalizar, ahondaremos en la manera en que este padecimiento marca las desigualdades entre géneros, pero también cuáles son las posibilidades de deconstrucción de los papeles genéricos y las posibilidades de revertir esas desigualdades.

*“Y ahí comenzó mi martirio de saber, porque yo no sabía...”. Algunas precisiones sobre el virus del papiloma humano**

Y yo como soy muy novelera, había escuchado sobre el virus del papiloma humano en el programa “Casos de la vida real”. Una vez en el radio, hace como tres años, dijeron que estaban saliendo muchos con el virus del papiloma. A veces avanzado, a veces leve, pero este... yo ya andaba con esa idea [Dolores, 33 años].⁶

El VPH es un factor que, bajo ciertas condiciones, deviene en cáncer.⁷ Afecta principalmente la mucosa y la piel del aparato genital humano. A diferencia de otros virus, éste es silente. No causa molestias y, cuando llega a hacerlo, se confunden con los síntomas de otras enfermedades. Pasa de un cuerpo a otro a través del contacto genital sin protección,⁸ por lo que se transmite fácilmente durante la actividad sexual, ya sea por vía vaginal o anal.

Hay más de cien variedades del mismo, algunas de ellas son prácticamente inofensivas para el cuerpo humano, sin embargo otras son de peligrosidad alta. A cada una de estas variedades se le asigna un número por medio del cual son reconocidas. Así tenemos que aquellas que son clasificadas como de alto riesgo son las número 16, 18, 30, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 70, 74; éstas se han encontrado en prácticamente el 100% de los carcinomas cervicales. Otros tipos raramente asociados con lesiones malignas y consideradas de bajo riesgo son: 6, 11, 42-44, 53, 55, 57, 62, 64, 67-69 (Castellanos Oliveros, 2006). Alonso de Ruiz, **et. al.**, (2005) nos dicen que sólo treinta variedades se asocian con lesiones anogenitales, intraepiteliales e invasoras. De éstos, los

* Para precisar algunos términos médicos se anexa un glosario al final del documento.

⁶ Las entrevistas a quienes portan el VPH y que se citan en este documento, fueron realizadas en febrero de 2008. Los nombres de quienes dieron su testimonio han sido modificados y, en respeto a su privacidad, no hay una referencia directa a su lugar de origen.

⁷ En los años setenta y ochenta del siglo pasado diferentes avances científicos permitieron identificar y estudiar una gran diversidad de virus del papiloma. Con ello se empezó a entender la relación entre VPH y cáncer cervical. Fue así que la infección por VPH de la mucosa genital es ahora reconocida entre las enfermedades transmitidas sexualmente y como un factor importante en el desarrollo del cáncer cervical (Castellanos Oliveros, 2004). Está demostrado que es el agente etiológico necesario, pero no suficiente, del cáncer cervical y de muchos cánceres de vulva y vagina (Castellanos Oliveros, 2007).

⁸ Es importante aclarar que el virus también se transmite a través de otras prácticas (tales como el sexo oral) que se realizan sin evitar el contacto con los fluidos corporales del compañero o compañera sexual.

tipos 33, 39 y 59 se encuentran en mayor proporción en América Central y del Sur. En México, los tipos oncogénicos⁹ más frecuentes son el 16 y 18. Justamente éstos últimos son las que tiene la mayoría de la población con VPH en Los Tuxtlas.¹⁰

En gran parte de los casos, la infección genital por VPH desaparece; pero cuando las lesiones persisten, éstas pueden presentarse en la mucosa vaginal, cervical y uretral, y en áreas cutáneas como la vulva, pene, región perianal y perineal. Las lesiones visibles producidas por el virus pueden tener forma de condilomas (o papilomas) acuminados (conocidos comúnmente como verrugas, “coliflores” o “crestas de gallo”) o pueden manifestarse como áreas engrosadas de la piel o de las mucosas, que se hacen evidentes con mayor claridad cuando se les aplica ácido acético (Alonso de Ruíz, **et. al.**, 2005).

El virus del papiloma humano afecta tanto a hombres como a mujeres. Ellas pueden presentar cambios anormales en el revestimiento del cuello uterino. Si estas células anormales no son detectadas o tratadas, pueden avanzar hacia cáncer. En muchos casos, el diagnóstico de la infección genital por VPH se realiza por la aparición de lesiones (condilomas) en vagina o cérvix, que son las responsables de la sintomatología.

Sin embargo, frecuentemente se presenta en mujeres asintomáticas que acuden a realizarse el papanicolaou, procedimiento a través del cual se les detecta alteraciones características que permiten establecer el diagnóstico. En 2001, la Organización Mundial de la Salud calculó que alrededor de 630 millones de personas en el mundo estaban infectadas con el VPH. Para 2002, La Agencia Internacional para la investigación del Cáncer (IARC), registró 12,516 nuevos casos y 5,777 muertes por este padecimiento en México, es decir, tan sólo en ese año doce mujeres morían diariamente por cáncer cervicouterino en nuestro país (CEDIM, 2007). Obviamente, para 2008 la cifra se ha multiplicado de manera alarmante.

⁹ Es decir, con mayor disposición a desarrollar cáncer.

¹⁰ Esta afirmación se basa en estimaciones hechas por personal médico de la SSA que ha atendido a campesinas de la región, así como de integrantes de CEDIM. Información transmitida personalmente.

Es importante hacer algunas precisiones, ya que no necesariamente ser portador o portadora equivale a tener o desarrollar cáncer: menos del 1% de las mujeres con infección por VPH llegará a tener cáncer cervical, pues el virus es sólo una causa necesaria para desarrollarlo, es decir, la infección por sí sola no es suficiente para que se produzca, sino que es necesaria la contribución de otros factores.¹¹ La neoplasia es una complicación tardía y excepcional de esta infección. Sólo algunos tipos de VPH tienen potencial oncogénico. El cáncer cervical tiene una evolución lenta, se manifiesta años después de la infección por VPH.¹²

Por otro lado, hay que reconocer que, tanto para varones como para mujeres, los factores que aumentan el riesgo de adquirir la infección genital por VPH están ampliamente relacionados al inicio de la vida sexual activa a edades muy tempranas,¹³ prácticas sexuales de alto riesgo, no usar condón de manera sistemática, antecedentes de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E, enfermedades inmuno-depresivas (lupus, esclerodermia, VIH-SIDA), uso de ciertos medicamentos que deprimen la inmunidad (esteroides, quimioterapia), así como el tabaquismo (Alonso de Ruíz, *et. al.*, 2005).

Del virus del papiloma humano poco se había escuchado hasta hace algunos años, pero fue a partir de que se le relacionó como uno de los factores determinantes para la aparición del cáncer cervicouterino que comenzó a ser monitoreado por los servicios de salud en México. A partir de esta situación, información diversa comenzó a circular. Muchas mujeres pensaron que un diagnóstico positivo a VPH se traduciría como padecimiento de cáncer. Su nerviosismo es entendible: en México cada dos horas hay una muerte a causa del cáncer cervicouterino, lo que ha creado una alarma generalizada en el sector salud, pero también en las mujeres que están susceptibles de padecerlo.¹⁴

¹¹ Tales como tabaquismo, alcoholismo, dieta inadecuada (en donde se omita el consumo de verduras verdes, fruta, productos libres de grasa y variedad de alimentos frescos), sobre peso y vida sedentaria, estrés y todo aquellos factores que no permitan fortalecer el sistema inmunológico, ya que las lesiones provocadas por el VPH florecen cuando el sistema inmunológico ha decaído.

¹² Es prudente aclarar que algunos tipos del VPH de alta peligrosidad presentan una agresividad tal que provocan displasias graves o cáncer *in situ* en la mitad del tiempo que llevaría a otros hacerlo.

¹³ Esto se debe a que, con la inmadurez de los hepitelios (tejidos) de los genitales, se es más susceptible a las infecciones por transmisión sexual (ITS).

¹⁴ Según datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer cervicouterino es, a nivel mundial, la segunda causa de mortalidad en mujeres que padecen algún tipo de cáncer. Existen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se diagnostican 500, 000 nuevos casos de cáncer cervicouterino en todo el mundo, de los cuales poco más del 80% tienen lugar en países en desarrollo ubicados en África, América Latina y Asia. Ello proporciona otro matiz al padecimiento a nivel mundial: son los países con economías emergentes, o de los llamados en “vías de desarrollo”, los que albergan el mayor porcentaje de personas infectadas con VPH a nivel mundial. Lo grave de ello es que mucha de la población infectada que vive en estos países no cuenta con los recursos ni la información mínima para atenderse de manera adecuada y oportuna. Si agregamos que en estas regiones se encuentran los tipos oncogénicos de mayor agresividad (como lo es la variedad número 16), el panorama se complejiza aún más.

Este virus desencadena padecimientos que, de atenderse de manera adecuada y a tiempo, difícilmente desencadenan en cáncer. Hoy en día no existe tratamiento para erradicar al VPH. La única posibilidad es el tratamiento de las lesiones visibles en colposcopio. Para ello se dispone de numerosos medicamentos y maniobras quirúrgicas que deben seleccionarse según el caso. Existen dos procedimientos para tratar los condilomas acuminados de la vulva: tratamiento médico¹⁵ o tratamiento quirúrgico.¹⁶

Un método reciente es la aplicación de vacunas contra las variedades más agresivas de virus. Sin embargo ésta es una técnica preventiva que se aplica a niñas, niños y preadolescentes que no han iniciado su vida sexual y que les protege solo de algunas de las variedades más agresivas. Su utilización masiva comenzó a impulsarse desde el 2007 y pese a que puede ser un método de prevención muy importante, los altos costos de las

estimaciones de que el número de decesos que en él tienen su origen asciende a 250, 000 por año. Asimismo se estima que 440 millones se infectan anualmente del VPH.

Fuente: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/viral_cancers/en/index3.html

¹⁵ Existen medicamentos tópicos como imiquímod, podofilina, podofilotoxina, ácido tricloroacético, fluorouracilo e interferón. Hasta hace algunos años tenían un costo moderado (\$90 ó 100 pesos), actualmente, ante la avalancha de nuevos casos de VPH, las compañías farmacéuticas han aprovechado la coyuntura que se vive a nivel mundial y han encarecido dolosamente los precios de los medicamentos (los cuales van entre \$600 y 1,200 pesos). Esto aleja la posibilidad de que personas de escasos recursos puedan adquirirlos.

¹⁶ Resección o evaporación con láser (tratamientos conservadores), resección con electrocirugía, criocirugía y electrofulguración (microcirugías que permiten destruir la zona de riesgo).

vacunas condicionan su acceso.¹⁷ Asimismo, no resuelve el problema de las mujeres que ya tienen en su cuerpo el virus y que están desarrollando las lesiones que podrían culminar en cáncer.

Tal como ya se ha mencionado, el monitoreo médico constante, por medio del papanicolaou y la colposcopia, es un factor decisivo a partir del cual se atiende y frena el desarrollo de lesiones que podrían, al paso del tiempo, convertirse en cáncer. Sin embargo, la población que es portadora del VPH se encuentra inmersa en condiciones socioeconómicas y culturales particulares que obstaculizan esa estrategia preventiva.

En este sentido, la investigación que dio pie a este documento, así como algunos estudios, ponen en evidencia que los sectores más pobres resultan ser también los más vulnerables ante este padecimiento. Si miramos hondo en este punto encontraremos que las desigualdades de clase marcan un acceso diferenciado a los servicios de salud. De esto podemos decir también que las mujeres de los sectores sociales más vulnerables son doblemente afectadas por esta causa:

pertenecen a un amplio sector de la población que tiene acceso a servicios públicos de salud que no se caracterizan por su calidad y eficacia, a la vez que las secuelas de algunos padecimientos (como los causados por el VPH, por ejemplo) se recrudecen en ellas más que en los varones debido a la estructura física de cada uno. En el acceso a los servicios de salud existen severas desigualdades de género y clase.

Retomando el mismo punto, también podremos observar otra desigualdad que se hace evidente y es la existente entre géneros. Las y los portadores de este virus viven y padecen de manera distinta las secuelas que éste provoca en sus cuerpos, lo que genera, por un lado, experiencias distintas que merman sus cuerpos con diferentes repercusiones.

¹⁷ En México dichas vacunas no forman parte del cuadro de vacunación que la Secretaría de Salud brinda a las niñas y niños del país. Es necesario remitirse al servicio médico privado para poder acceder a ellas. Los costos se estiman en \$ 7,000 pesos (aproximadamente 533 dólares), lo cual las hace inaccesibles para un amplio sector de la población.

Por otro, encontramos que hay una censura social hacia las personas que padecen enfermedades e infecciones de transmisión sexual, con la particularidad de que esta censura se despliega de manera distinta si se es hombre o mujer. En el campo esta situación se recrudece, complejizando el entorno tanto de las campesinas que viven con VPH como de los varones del medio rural. Será a lo largo de las siguientes páginas en donde daremos cuenta de ello.

Acceso diferenciado a los servicios de salud según la clase social y el género

Tenía como seis años que no me hacía el papanicolaou. La última vez que me lo hice fue en el Centro de Salud de Sihuapan. Y me dice (la enfermera):

- Si le llegan sus resultados es que *tiene algo*, sino le llegan es que *está bien*- y *una piensa que es mejor que nunca lleguen los resultados* [Mariana, 34 años].

Los estudios que analizan las desigualdades sociales en salud según género y clase ponen de manifiesto que las personas de clases sociales menos privilegiadas, y las mujeres que las integran, presentan peor salud (Borrel, **et. al**, 2004). El relato que nos presenta Mariana ejemplifica ampliamente esta afirmación: aquellas que integran los sectores más pobres en México, ya sea en el campo o la ciudad, enfrentan cotidianamente la deficiencia de los servicios de salud ofertados por el Estado, los cuales, por lo general, constituyen la única opción con la que cuentan y la única que pueden tomar.

La OMS (2008) señala que la calidad de vida y el número de años que en promedio vive el ser humano depende de los condicionantes sociales de la salud. Cada región del mundo o de un país, muestra que los y las más pobres padecen de la ineficiencia y mala atención por parte de los servicios médicos, lo cual, aunado a su contexto social, nos muestra un escenario en donde las inequidades de clase hacen difícil la sobrevivencia de hombres y mujeres.

Esta es una situación de la que no escapan las campesinas de Los Tuxtlas. Las consecuencias de ello las podemos observar de manera particular en aquellas que son portadoras del VPH, sobre todo en las que han contraído los tipos de más alta peligrosidad y que, al ir ocasionalmente a su Centro de Salud para hacerse el papanicolaou, esperan que sus resultados nunca lleguen, porque si llegan es sinónimo de que *tiene algo*. Entre *estar bien y tener algo* existen una serie de mitos y hechos que tienen un impacto directo sobre sus cuerpos, pero lo más alarmante es que desde el sector salud no haya una estrategia preventiva y una infraestructura material y humana suficiente, eficiente y sensibilizada que permita alertarlas de manera eficaz sobre la posibilidad de tener el VPH y las implicaciones que trae esto consigo.

El relato de Mariana se multiplica en las historias de las campesinas de Los Tuxtlas. Según el último conteo de población (INEGI, 2005), el número de mujeres que habita en esta región asciende a 129,849; de las cuales el 59.26% se encuentra en el área rural.¹⁸ Éstas últimas regularmente acceden a los servicios de salud que proporciona el Estado, ya que son gratuitos o de bajo costo en comparación con los servicios médicos privados, rubro que, como veremos más adelante, ha florecido y prosperado en los centros urbanos.

Catemaco, San Andrés Tuxtla y Santiago Tuxtla son los municipios que integran la región, y es en éstos donde tienen su sede las instancias gubernamentales que procuran salud: la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

¹⁸ Estamos hablando de 76,957 mujeres que viven en 957 localidades suburbanas y rurales que conforman la región (INEGI, 2005).

Cuadro 1. Municipios y número de habitantes que integran Los Tuxtlas, con tipo, número y ubicación de instituciones gubernamentales de salud (Fuentes: INEGI, 2005; SSA).

| Municipio | Institución | Tipo, número y ubicación de unidades | |
|---|-------------|--|--|
| San Andrés Tuxtla: *Población total 148, 447 *Mujeres 77, 259 *Varones 71, 188 | SSA | Hospital General Dr. Bernardo Peña | 1. San Andrés Tuxtla |
| | | Unidades de consulta externa | 1. San Andrés Tuxtla 2. Balzapote 3. Calería 4. Comoapan 5. Cuesta Amarilla 6. Juan Jacobo Torres (Bodega de Totontepec) 7 y 8 Mazumiapan (2 unidades) 9. Ohuilapan 10. Salinas Roca Partida 11. Sihuapan 12. Tilapan 13. Xoteapan 14 y 15 Texalpan de Arriba (2 unidades) |
| | IMSS | Clínica | 1. San Andrés Tuxtla |
| | ISSSTE | Unidad de consulta | 1. San Andrés Tuxtla |

Tal como lo señalan los cuadros 1 y 2, el número de instalaciones ubicadas en las localidades de los tres municipios parecería suficiente para atender a las 250,088 personas que habitan la región. Sin embargo, el estado actual de las instituciones gubernamentales que cuidan la salud de las y los ciudadanos está lejos de ofrecer un servicio eficiente: no hay medicamentos, ni personal, ni equipo suficiente para atender a los pacientes que

acuden en busca de ayuda. La situación financiera de estas instancias, así como el presupuesto que les es asignado carece de una razón social, la cual fue el espíritu que generó su fundación. Dichas carencias ponen en peligro el derecho que la ciudadanía tiene de recibir atención médica de calidad. Concretamente las mujeres que acuden a los servicios públicos de salud son las que enfrentan cotidianamente esta situación.

Cuadro 2. Municipios y número de habitantes que integran Los Tuxtlas, con tipo, número y ubicación de instituciones gubernamentales de salud (Fuentes: INEGI, 2005; SSA).

| Municipio | Institución | Tipo, número y ubicación de unidades | |
|---|-------------|--------------------------------------|---|
| Santiago Tuxtla: *Población total 54, 939 *Mujeres 26,478 *Varones 28,461 | SSA | Hospital General Teodoro Diez | 1. Santiago Tuxtla |
| | | Unidades de consulta externa | 1. Santiago Tuxtla 2. Francisco I. Madero 3. Rincón de Zapatero 4. San Antonio de la Huerta 5. Vista Hermosa 6. Tres Zapotes 7. Camacho |
| | IMSS | Unidades de medicina familiar | 1. Santiago Tuxtla 2. Tres Zapotes |
| | ISSSTE | Unidad de consulta | 1. Santiago |
| Catemaco Población total 46, 702 | SSA | Hospital General | 1. Catemaco |
| | | Unidades de consulta | 1. Catemaco 2. Dos Amates 3. San Juan Seco |

| | | | |
|-------------------|--------|--------------------------------|-------------------------------|
| Mujeres 24,129 | | externa | de Valencia 4. La Victoria |
| Varones 22,573 | IMSS | Unidad de medicina familiar | 1. Catemaco |
| | ISSSTE | ----- -- | 0 |

Para realizar una observación a detalle, tomaremos el caso de la SSA, cuya red hospitalaria y de módulos de atención se encuentra muy extendida. En Xalapa, capital del estado de Veracruz, se encuentra el Centro Estatal de Cancerología “Dr. Miguel Dorantes Mesa” (CECAN).¹⁹ Durante el 2006, 61,349 muestras ginecológicas fueron revisadas en el CECAN, de éstas 4,739 fueron diagnosticadas con displasia y/o con diagnóstico de cáncer. De las que les fue diagnosticada displasia, 3,929 presentaron displasia leve (NIC 1), 487 con displasia moderada (NIC 2) y 120 con displasia grave (NIC 3). A quienes se les detectó cáncer cervicouterino, 154 presentaron cáncer *in situ* y 49 cáncer invasor.²⁰

En ese mismo año, el Hospital General Dr. Bernardo Peña, ubicado en San Andrés Tuxtla, atendió a 274 mujeres que fueron canalizadas para que se les tomara una muestra ginecológica, de las cuales a 23 se les detectó cáncer *in situ*, a 22 se les diagnosticó una displasia grave y a 45 una displasia moderada; además, a 102 se les detectó lesiones intraepiteliales de bajo grado y virus de papiloma humano (LIBG-VPH).

Es significativo que, por ejemplo, el Centro de Salud de Sihuapan,²¹ donde Mariana fue a hacerse el PAP y donde nunca regresó porque *estaba bien* y no *tenía algo*, en el mismo año en que ella acudió a consulta se registró una displasia grave (NIC 3), una displasia moderada (NIC 2) y dos LIBG-VPH. A media hora de ahí, en el pueblo de Comoapan

¹⁹ El cual se ubica a cuatro horas de Los Tuxtlas. Atiende las Jurisdicciones Sanitarias número II de Tuxpan (en la región norte de Veracruz), número V de Xalapa (región centro) y número X de San Andrés Tuxtla (región sur de la entidad). Cabe señalar que dichas jurisdicciones comprenden los municipios señalados, así como otros cercanos.

²⁰ NIC 1, NIC 2 y NIC 3 son abreviaturas que en el ámbito médico hacen referencia a displasia leve, moderada y grave, respectivamente. Éstas se utilizarán en forma alternada a lo largo del texto.

²¹ Pertenece a la Jurisdicción Sanitaria X de San Andrés Tuxtla.

existe otro Centro de Salud de la SSA²² al que acuden muchas mujeres de la zona. En ese lugar, también durante el 2006, se detectaron dos casos de cáncer *in situ*, y a 8 mujeres con LIBG-VPH.

Pero ¿qué ha pasado en la región en el transcurso del 2008? En el Hospital General Dr. Bernardo Peña, hasta el mes de agosto de este año, de 1,647 mujeres que acudieron a revisión ginecológica, 396 presentaban displasia leve y virus del papiloma humano (NIC 1-VPH), con displasia moderada (NIC 2) 133 pacientes, con displasia grave (NIC 3) 34 mujeres y con cáncer *in situ* 40 mujeres. Es decir, en menos de dos años la cantidad de casos que presentan cáncer cervicouterino se ha duplicado y de los nuevos casos de VPH podemos observar que se han elevado a más del doble.

Una de las cosas que nos permite observar este breve recorrido en las estadísticas es el crecimiento alarmante del número de mujeres que tienen displasia leve, moderada o severa. Entre la displasia y el cáncer hay un trecho de camino en donde las acciones de prevención y atención médica eficiente y oportuna son decisivas. En México muchas mujeres que se encuentran en esa situación también se enfrentan a la pobreza y a la desigualdad social. Las posibilidades que muchas de ellas tienen para que una lesión generada por el VPH no derive en cáncer al paso de los años, es prácticamente nula. De ahí el resultado de que cada día doce mexicanas mueren de cáncer cervicouterino.

Al revisar las cifras de la SSA, otra cuestión que salta a la vista es que no hay una estrategia eficiente de prevención. El número de muestras ginecológicas que revisan en el CECAN, por ejemplo, nos habla de que está siendo canalizado un número importante de pacientes a un centro estatal de cancerología que gradualmente va perdiendo su capacidad de maniobra debido a la abrumadora cantidad de casos que tiene que atender, pero también ante la falta de recursos y de personal calificado que enfrenta a nivel nacional la SSA.

²² El cual también forma parte de la Jurisdicción Sanitaria X de San Andrés Tuxtla.

Otra cuestión que es importante resaltar, lo cual tiene que ver con la región de estudio, son las cifras de 2006 y 2008 del Hospital General de San Andrés Tuxtla, ya que nos permiten hacer un contraste que llama poderosamente la atención: existe un fuerte aumento en el número de pacientes que llegan a consulta y que les es diagnosticado VPH y displasia, a la vez que van en aumento los casos de cáncer *in situ* e invasor. ¿Esto que nos quiere decir?

Por un lado, que no se están tomando medidas eficaces para prevenir e informar adecuadamente a la población en general sobre las implicaciones de ser portador o portadora del VPH. Por otro, esta situación nos habla de que no hay un posicionamiento político serio por parte del Estado que permita desarrollar políticas de protección para las ciudadanas. Esfuerzos del gobierno federal, tal como el programa Oportunidades,²³ han fracasado rotundamente en este sentido. En vez de impulsar una cultura que fomente acciones preventivas para que el cáncer cervicouterino no prospere, ha generado entre sus beneficiarias otro tipo de impresiones.

Las mujeres que tienen Oportunidades van a hacerse el estudio²⁴ porque ahí, pues, las obligan. Las que no tienen Oportunidades van a CEDIM o con algún particular cuando otras las animan de hacerse el estudio. A las de Oportunidades las obligan y salen bien. Todas salen bien. Es raro a la que le van a decir:

- Tienes esto y esto- pero se los entregan los resultados hasta después de tres meses (de que se hicieron el PAP) [Dolores, 33 años].

²³ Oportunidades es un programa de carácter social impulsado por el gobierno mexicano, cuyo objetivo es el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Brinda apoyos a las familias pobres del país en las áreas de educación, salud, nutrición e ingreso. Es de carácter interinstitucional y participan en él la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social, y los gobiernos estatales y municipales. Está fuertemente basado en la atención a familias y su enlace con ellas son las madres de los grupos domésticos. Ellas son llamadas beneficiarias, aunque las modestas becas que reciben están encaminadas a fortalecer los procesos educativos, de salud y alimentación de sus hijos e hijas. Una de las actividades que tienen que cumplir para poder recibir la beca, consiste en acudir con el médico o enfermera para que le practique el papanicolaou. Esta actividad, por su carácter obligatorio y forzoso, causa la aversión de las beneficiarias debido a que, por lo regular, el personal médico las trata como objeto y no como sujeto con derecho a la salud, lo que a veces culmina en maltrato o violencia obstétrica. En el estado de Veracruz, Oportunidades atiende a 495 mil 794 familias. Para mayores referencias ver la página <http://www.oportunidades.gob.mx/index.html>

²⁴ Se refiere al papanicolaou.

Si bien es cierto que la ciencia médica ve en el cuerpo de las mujeres a un objeto sobre el que va a actuar para procurar salud, podemos afirmar que desde esta perspectiva lo ha desvalorizado doblemente al cosificarlo y estigmatizarlo por pertenecer a una mujer pobre.

La aparición del virus del papiloma humano también ha significado para muchos médicos la posibilidad de lucrar indiscriminadamente con las pacientes que son portadoras y que han desarrollado algún tipo de displasia. Así que, aquellas que tienen posibilidad de pagar los servicios de un médico particular acuden en busca de otra opinión profesional cuando han sido diagnosticadas con VPH. Los costos del servicio médico privado se han elevado significativamente, así como los servicios que ofrecen.²⁵

Las operaciones de matriz están siendo muy comunes y muy caras. A una mujer que la van a hacer una histerectomía²⁶ le cobran entre \$12 y 13 mil pesos. Los miomas no son causantes de cáncer, pero a la mujer se les dice que sí y la mujer no se quiere morir, entonces se opera [DJG-CEDIM/2008].

La realización del ASA,²⁷ por ejemplo, por ejemplo, se practica de manera indiscriminada cuando los ginecólogos detectan lesiones. Incluso, ordenan a sus pacientes la realización de una histerectomía, tal como se comenta en el siguiente testimonio.

Mi primer papanicolaou me lo hice cuando tenía 18 años.²⁸ Como yo ya había tenido relaciones... me hice mi papanicolaou. Estaba muy asustada porque me lo hizo un doctor particular muy reconocido. Cual más es ginecólogo. Me pasó una cosa muy fea. Vio el doctor mis resultados y me dijo:

- Hija, te tienes que sacar la matriz urgentemente-.

- ¿Pero por qué?- le pregunté.

²⁵ La consulta médica de un especialista, en este caso un ginecólogo, es de \$500 pesos, la realización de una biopsia es de \$600 y la realización de un ASA es de \$3500; lo que hace un total de \$4600 pesos (aprox. 639 dólares)

²⁶ Cirugía para extraer la matriz. Muchos médicos le dicen a sus pacientes que al retirar la matriz se deshacen del lugar en donde esta alojado el VPH y que con ello acaban con el problema. Sin embargo, una vez que el virus ha entrado en el cuerpo huésped, circula a lo largo y ancho de él, por lo que la extracción del la matriz no resuelve la situación.

²⁷ Electrocirugía o ASA diatérmica. El electrodo con que se realiza el corte del cérvix tiene la forma del "asa" de una taza, de ahí su nombre.

²⁸ Dolores se embarazó a los 14 años y a los 15 años tuvo a su primer hijo.

- Porque lo que tu ya tienes es cáncer. Ya no hay otro remedio más que eso-. Yo me espanté y “me fui pa’ tras”.

Una señora que me apoyaba, me dijo:

- Yo te voy a cuidar. Sácatela porque *eso* (la matriz) ya no sirve, pero eso no quiere decir que *ya no vas a servir*-.

- ¡Pero yo ya no voy a tener más hijos!- le contesté preocupada y yo lloraba y lloraba.

- Te voy a llevar con una ginecóloga que también es reconocida. Es mujer. Y si ella te dice lo mismo, pues adelante, pero si no pues ahí van a jugar un papel los dos-.

Y ya le llevé a la doctora los resultados que me dio ese doctor y me dice:

- Te lo voy a hacer de nuevo. Te lo voy a estudiar a fondo y el viernes te digo si es para eso o no. En cinco días te lo doy-. Y ya me acuerdo que fue urgente y especial (la realización del papanicolaou y la interpretación del mismo), porque me lo fui a hacer un lunes y sí, llegué el viernes, espantada porque yo segura: a ese doctor le tenía mucha confianza.

No- me dice la doctora- no tienes nada. Ni infección tienes, ni nada. A ti no te puedo dar ni óvulos ni pastillas porque tú no tienes nada. Demanda a ese doctor. ¡Imagínate ese susto que te dio!-. Me alegré, pero a la vez dudaba porque te digo que le tenía mucha fe a ese doctor. – No tengas miedo, llévale los resultados y dile que se equivocó o se confundió. Es particular (servicio médico privado). Se confunden en los Seguros²⁹ en los ISSSTE porque allá es mucho (el número de pacientes atendidos), éstos (los estudios y el servicio brindado por la medicina privada) son especiales -.

Y sí fui. El doctor me regañó al entrar y me dice:

- ¡Tú andas todavía caminando! Pensé que ya no habías venido conmigo, pero que *te lo sacaste* por otro lado. ¿Todavía andas ahí? ¡Ay, mujer! A ti te pongo que te quedan sólo cuatro meses de vida- me dice.

- Mire, le traigo los resultados que me dieron- ya le dije yo que estaba yendo donde la doctora y todo. Se rascó la cabeza.

- Pero no. Mira: es muy difícil que yo me equivoque- me dijo.

- Pues yo me quedo con los últimos resultados. *Yo ya no vuelvo a hacerme el papanicolaou nunca en mi vida*- [Dolores, 33 años].

²⁹ Se refiere al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

De este relato podemos observar varias cosas, una de ellas es la manera en que el aparato médico entabla una relación de poder jerarquizada y desigual con las pacientes. No dan opciones para que decidan sobre el destino de sus cuerpos sino que imponen lo que consideran las mejores soluciones, censurando y frenando el poder de decisión de las pacientes. Por otra parte, muchos ginecólogos imponen procedimientos con los que el cuerpo enfermo no necesariamente sanará o experimentará una mejoría notable.

El relato de Dolores nos lleva a pensar en varias posibilidades, una de ellas es que el médico en cuestión estaba ordenando un procedimiento innecesario debido a su falta de pericia para hacer el PAP e interpretar resultados, o que estaba incurriendo en un procedimiento fraudulento que le permitiría obtener un ingreso extra al sacarle la matriz a una joven huérfana y pobre. Al final, ella elabora sus propias conclusiones. *Yo ya no vuelvo a hacerme el papanicolaou nunca en mi vida* pareciera ser una frase que resume la impresión de muchas para quienes el servicio médico (ya sea de las instituciones de gobierno o de la práctica privada) ha perdido credibilidad.

Deciden no acudir al ginecólogo para no pasar nuevamente por la traumática experiencia de hacerse un PAP, recibir malas noticias y verse sometidas a estudios médicos para los cuales no cuentan con recursos. Recordemos que el VPH es silente, por lo que ellas se sienten bien, no tienen dolor, ni molestias notables que puedan alterar su cotidianidad. Así que deciden no acudir nunca más con el médico. Esta decisión, en muchos casos, merma su calidad de vida y/o puede llevarlas a la muerte al dar paso a las lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIBG), displasias leve (NIC 1), moderada (NIC 2), grave (NIC 3), cáncer *in situ* o invasor.

Catorce años después, Dolores experimentó una pequeña infección en su vagina y, ante la insistencia de una vecina, asistió a La Casa de la Mujer. Ahí le dijeron que tenía una displasia severa y el virus del papiloma humano. Tendrían que hacerle un ASA.

“En la construcción de mujeres nuevas”. La atención de la salud campesina desde la sociedad civil

Una vez se aclaró que nosotras *salimos mal*³⁰ empezaron a ir (a CEDIM) las mujeres. Nosotras fuimos la primeras en ir de aquí de El Pueblo. Después fue mi cuñada y ya de ahí empezaron a ir un montón de mujeres [Mariana, 34 años].

Desde 1998 el Comité para la Educación y Desarrollo Integral de la Mujer (CEDIM), comenzó un importante trabajo relacionado al mejoramiento de la salud de las mujeres, el cual actualmente destaca por su trascendencia en la región. El origen del mismo está inevitablemente vinculado al proceso organizativo con la población campesina que el Comité impulsaba y coordinaba. Para sus integrantes fue significativo el hecho de que los grupos de hombres y mujeres que llevaban a cabo proyectos productivos que CEDIM asesoraba, eran también agrupaciones de personas enfermas, las cuales, sumidas en una enorme pobreza, no podían hacer frente a sus padecimientos de manera eficiente.

De ellos destacaban las mujeres, quienes se encontraban sufriendo “enfermedades de la pobreza”: problemas respiratorios, desnutrición, morbilidad a consecuencia del embarazo, así como padecimientos de tipo ginecológico. Las integrantes de CEDIM comenzaron a hacer papanicolaous después de observar que muchas campesinas a su alrededor, aquellas que colaboraban en las agrupaciones de mujeres y que eran integrantes activos de los mismos, enfermaban y morían.

De ahí a la fecha han trabajado ininterrumpidamente, brindando servicio ginecológico a aquellas que acuden a La Casa de la Mujer. Sin embargo, ésta no ha sido tarea fácil. Obstáculos de diversa índole se han tenido que sortear par llevar a cabo esta labor. Uno de ellos ha sido el financiamiento para desarrollar su trabajo y otro más la capacitación. Uno de los argumentos que CEDIM ha tenido que enfrentar de sus contrapartes financiadoras, es la idea de que están duplicando actividades respecto a “las tareas que corresponden” a las instancias gubernamentales que atienden la salud de la población,

³⁰ Es decir, cuando se supo en la comunidad que ellas tenían el virus.

debido a que aquellos tienen la infraestructura adecuada y el personal capacitado para atender a las campesinas con VPH y cáncer cervicouterino.

Efectivamente, en Los Tuxtlas existen treinta y cinco instalaciones entre hospitales y módulos de consulta externa que deberían tener capacidad para enfrentar esta epidemia. Sin embargo, es bien sabido que esto no es así. Hay dos cuestiones que deben de tomarse en cuenta para entender la pertinencia y trascendencia de las acciones que en materia de salud están desarrollando los OSC. Una de ellas tiene que ver con la carencia de una sólida política de Estado, que se vea reflejada en las medidas que ejecuta respecto a la salud de la población. Esto claramente se traduce en la pérdida de la capacidad de maniobra de la SSA, así como del IMSS e ISSSTE, la cual está por demás rebasada: no cuentan con presupuesto ni personal suficiente ni eficiente como para enfrentar este fenómeno epidemiológico.

El otro punto tiene que ver con la perspectiva que poseen diversos sectores de la sociedad civil organizada, respecto a que es la misma población la que debe desarrollar acciones que permitan, de manera sistemática, oportuna y seria, recuperar su bienestar e incrementar su calidad de vida viéndose a sí mismos como sujetos con derecho a la salud y no como objetos o cuerpos que necesitan ser sanados. Justo es en este sentido que el CEDIM lleva más de veinte años trabajando.

Antes de que la atención a la salud de las campesinas fuera un eje importante de sus actividades, el Comité atendía a las familias del campo (hombres, mujeres, personas de la tercera edad, así como niñas y niños) a través de propuestas alternativas de atención a la salud como lo es la herbolaria y la medicina homeopática. Todos los martes recibían a pacientes de diversas comunidades de los municipios de San Andrés, Santiago y Catemaco, así como de localidades de municipios vecinos (tales como Hueyapan de Ocampo, Isla, Ángel R. Cabada, Lerdo, entre muchos otros) quienes acudían a La Casa

de la Mujer. Esta actividad se sostenía a partir de las aportaciones de las y los pacientes por concepto de medicamentos (homeopáticos o a base de tinturas de plantas curativas).³¹

La atención ginecológica se integró posteriormente, cuando las y los integrantes de CEDIM detectaron que las pacientes con cáncer cervicouterino aumentaban y la situación se tornó en una lastimosa epidemia que nadie podía frenar. Sin fondos que apoyen su trabajo, han tenido que patrocinar esta actividad con recursos propios, aunque ocasionalmente han encontrado apoyo en diversos organismos nacionales y extranjeros.

El primer apoyo que tuvimos fue el de un grupo, el de “Semillas”. Es una asociación civil del Distrito Federal. Recibimos un apoyo para la cama de exploración ginecológica, para espejos. Ese fue el primer arrancón que tuvimos. Luego la embajada de Canadá nos apoyó con el colposcopio y ahorita la embajada de Australia que nos dona la computadora que vamos a utilizar para imprimir el resultado de cada mujer, poder comunicarnos por internet con Silvia³² para algunos resultados, y ella desde allá puede decir un diagnóstico que después imprimimos para dárselo a la mujer. Facilita mucho el trabajo. Es algo que la mujer se lo lleva y puede compartirlo. Gracias a Dios hemos encontrado otras puertecitas [DJG-CEDIM/2008].

Gradualmente han podido allegarse de recursos que les permiten brindar una mejor atención a las pacientes que acuden a consulta. En todo caso, uno de las carencias que las integrantes de CEDIM han buscado subsanar con mayor empeño es la falta de capacitación, a la vez que han buscado relacionarse con profesionistas capacitados que les brinden acompañamiento para el diagnóstico y tratamiento de cada caso.

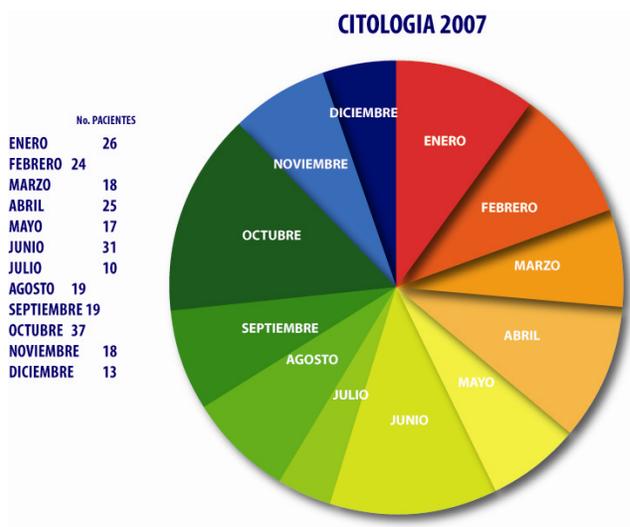
Las de CEDIM sabían que las mujeres tenían problemas de violencia. Ellas sabían que las plantas servían para curar las vaginosis (infecciones de la vagina), que el problema no era sólo físico o biológicamente producido por un agente, que el problema no nada más era un bicho (el VPH), sino que era un problema social. Llegaron a esa conclusión por su

³¹ En la actualidad esta actividad continúa con gran afluencia de pacientes que acuden desde distintos puntos del campo tuxtleco.

³² Se refiere a la Ginecóloga Silvia Mendoza, quien las asesora y capacita.

trabajo en la organización. Reconocían que ese problema tenía que ver con lo social. Ahí fue donde empezamos a trabajar y a capacitarnos. Nos capacitamos Rossana³³ y yo, y nosotras las capacitábamos más en lo biológico. Capacitamos desde anatomía y fisiología. Es decir, no podemos hacer un papanicolau empírico, porque ellas iban a dar un servicio. Tenían que tener un conocimiento mínimo de lo que sabe un médico para informar a las pacientes cuál era el problema o situación que estábamos viendo. No era nada más detectar cuál era el problema de salud, sino regresárselo a la paciente para que se empodere y sepa qué es lo que enfermó y por qué enfermó [SMG/2008].

A lo largo de 2007, CEDIM atendió a 257 mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 25 y 68 años, pertenecían a veinticinco comunidades de Los Tuxtlas y lugares vecinos (Gráfica 1).



Gráfica 1

Fuente: CEDIM

Elaboró Itzel García Mendoza

De estas mujeres que fueron atendidas, al 15% le fue detectado algún tipo de displasia y VPH. Al 1% le fue diagnosticado cáncer cervicouterino (gráfica 2). Si bien es cierto que

³³ Rossana Castellanos Oliveros, Maestra en Biomedicina y biología molecular, asesora de CEDIM.

la cobertura del Comité es más bien modesta en comparación con la SSA, IMSS e ISSSTE, atienden a un número considerable de mujeres que acuden de manera voluntaria a realizarse un estudio que les permitirá saber en qué estado de salud se encuentran. Ello es producto de un fuerte proceso de concientización que tiene sus bases en el trabajo que las promotoras han hecho sobre la importancia de la salud de la familia campesina y, en particular, de las mujeres.

Cabe decir que esta tarea ha sido sumamente compleja y ha tenido que enfrentar tanto la resistencia comunitaria que considera al cuerpo femenino como intocable por otro varón que no sea el esposo, como la de las propias mujeres que sienten que sus genitales no debe ser tocado ni por ellas mismas. Esta labor ha enfrentado a las promotoras de salud a una cultura campesina que contempla el cuerpo femenino como un objeto en torno al cual existen muchas restricciones.



Gráfica 2

Fuente: CEDIM

Elaboró Itzel García Mendoza

La importancia del trabajo que hace CEDIM radica en que también impulsa un proceso educativo en donde se aproxima a las pacientes a la percepción de lo que es su corporalidad y cómo el VPH incide en ella. Por ejemplo, cuando realizan la colposcopia a

una paciente, ésta puede ver la imagen de su cérvix en una pantalla. Sin embargo, muchas campesinas prefieren no hacerlo ya que se debaten entre la vergüenza y el miedo.

Con las que no se quieren ver hay que trabajar desde un principio, porque desde que se acuestan cierran los ojos. Y tú les estás diciendo:

- A ver, véase usted en la tele para que se conozca por dentro, para que vea que lo que le estamos diciendo es o no es-.

Con muchas señoras sí cuesta que se vean porque dicen:

- No, no. No quiero saber porque no vaya a ser que tenga algo malo-. Les decimos:

- Pues por eso tiene que verse para que mire que no tiene nada malo. Así, lo que le vamos a decir lo está escuchando y viendo. Para explicarle cómo se debe de cuidar, qué pasos vamos a hacer ahorita, qué pasos vamos a seguir-. Y sí. Las señoras voltean a verse [DJG-CEDIM/2008].

Para quienes acuden a La Casa de la Mujer es un gran reto desaprender y reaprender toda una serie de concepciones relacionadas a su cuerpo y la manera en que éste puede observarse. Sin bien es cierto que todo ello forma parte de un proceso educativo en donde se privilegia el flujo de información, también es verdad que aquellas que tienen VPH se sienten en una gran incertidumbre.

Pasé con la doctora porque me iban a hacer la colposcopia, luego me citó el 20 de enero que me hizo el ASA. Me sentía con mucho miedo. ¿Se cura o no se cura? Los niños estaban muy chiquitos. Y ahí empezó mi martirio de saber, porque yo no sabía. Ya ni dormía [Mariana, 34 años].

Para las campesinas con VPH el proceso de aprendizaje sobre las particularidades del virus y las secuelas que puede desencadenar en su cuerpo, está plagado de inseguridad e incertidumbre. Como nos dice Mariana, muchas veces es doloroso comenzar a acceder a información ya que, independientemente de que despeja muchas de las dudas, las enfrenta directamente a un proceso de salud enfermedad por demás doloroso. Pero ¿cómo afrontan y cómo viven un diagnóstico positivo a VPH?

Cuando la Dra. Elizabeth³⁴ me iba a hacer el ASA, me dijo que tenía yo displasia por el virus del papiloma, que no se veía tan leve la displasia y que no era seguro que con esto yo ya quedara bien, que solamente el tiempo... que eso ya no se curaba, que me iba a quitar la parte mala. La doctora me explicó que me iba a quitar un pedacito de la parte afectada para que ya no siguiera avanzando el virus. Me sentí con mucho miedo, por que digo:

- ¡Ha de doler mucho!-. ¡Ay, sólo de pensar! Es parte delicada. Porque las señoras que yo veía en CEDIM... una vez una muchacha, me dijo:

- ¿Vienes a curación?

- Lo que pasa es que tengo 'esto' - y ya le dije- voy a pasar. Me van a hacer el ASA.

- ¡Ay no, muchacha! ¡Es horrible! Una señora se desmayó ahí del dolor. Dicen que duele horrible-. Yo estaba con mucho miedo.

Después fui con Doña Dora, y le digo:

- Tengo miedo de hacérmelo (el ASA)-.

- ¿Te lo quieres hacer o no?-.

- Pues sí-.

- Bueno, si ya te decidiste ¡valor! No hay otra-.

No sentí tanta molestia, poquito. Una molestia que sí lo aguanté [Mariana, 34 años].

Para otras mujeres es un proceso mucho más traumático porque se mezcla una serie de factores que ya estaban presentes cuando el diagnóstico aparece y que tienen que ver con situaciones particulares sobre la relación de pareja y violencia de género (física, psicológica y sexual).

Yo siento que una mujer cada vez que se sube a esa cama por una ASA, queda traumada. Ves a algunas mujeres que, el hombre está sentado, y lo ven con un coraje, ¡pero un coraje así! La vez pasada vi a una señora que se estaba viendo en la televisión. Cuando Silvia corta el primer pedacito de cérvix, volteó a ver a su marido y no le quitó la mirada. Y ella llorando y el señor trataba de ver por otro lado y ella no le quitó la mirada hasta que Silvia terminó.

³⁴ Se refiere a la Dra. Elizabeth Hernández, Ginecóloga que capacita y asesora a CEDIM.

Aquí en la zona los tipos de virus que más afectan son el 16 y el 18. Son agresivos y tienen que ver con cáncer. Muchas mujeres salieron con virus de grado bajo, entonces no hay bronca. A esas mujeres las puedes tratar con homeopatía. Ahorita que está lo del apoyo psicológico en CEDIM, se les sugiere que vayan a ese apoyo psicológico. Pero lo más importante del trabajo es ver que en la medida en que la mujer involucra al hombre para que la acompañe en esto, esa mujer puede luchar con más facilidad, con más armas. Porque muchas dicen:

- Yo no lo quiero cerca de mí. No quiero saber de él. No quiero que me diga nada-. Pero yo le decía a una señora que éste es un problema de pareja.

- ¿Por qué quitar al hombre de su lado si él tiene que acompañarla porque usted no se contagié sola?

Ella me respondió:

- Sí. Mi marido tiene otra mujer y trajo esa enfermedad a mi cuerpo-. - ¿Y ahora lo hace a un lado? No. Jálelo para que él la acompañe y se sienta responsable de ir juntos a buscar que usted mejore su salud-. Hay mujeres que dicen:

- No, no. No lo quiero cerca de mí- [DJG-CEDIM/2008].

Como una estrategia de atención, las promotoras de salud y las ginecólogas que practican la microcirugía, preguntan a las mujeres que se van a someter a ese procedimiento si desean que sus parejas estén presentes. Esto da pie a muchas reacciones, pero el objetivo es involucrar a los varones en el proceso de concientización de lo que implican y desencadenan las prácticas sexuales de riesgo, las ITS y ETS, y, por consiguiente, ser portador del VPH.

Tal como señalábamos, éste es un virus silente que no causa mayores molestias en las mujeres que lo portan y sólo a través del PAP y la colposcopia puede detectarse. En muchos varones la presencia del virus pasa totalmente desapercibida por lo que no encuentran relación directa entre la displasia o el cáncer que padece su pareja y la actividad sexual de él.

Aquí los hombres son pocos los que asimilan y dicen:

- Sí, es problema de dos-. No. La mayoría (le) dice (a su mujer):

- El problema es tuyo. Yo no me he visto nada. No tengo nada de lo que tú tienes. Yo no tengo nada. No sé dónde lo agarrastes (sic). No sé ni por qué lo tienes, pero yo no tengo nada-.

No se revisan, no sé, por el machismo, por pena, por la vergüenza y, otros, por no gastar [Fernando, 36 años].

Años de experiencia de estas promotoras les han permitido observar cómo un evento epidemiológico incide en las relaciones de género y cómo en algunos casos ha recrudecido las desigualdades que en ellas se manifiestan. En julio de 2006 varias parejas fueron invitadas por CEDIM para que tomaran parte de “un taller sobre sexualidad y pareja”. El objetivo implícito consistió en comenzar un proceso de sensibilización entre las y los asistentes que incluso a la fecha no luce fácil. Los varones que se involucraron han iniciado una experiencia interesante para relacionarse de manera diferente con sus parejas, pero también con un virus que a corto o largo plazo podría causarles fuertes problemas de salud.

La tarea luce difícil porque dicho proceso demanda transformaciones radicales en la idea de *ser hombre*, así como en las prácticas y mecanismos que llevan a los varones a asumir una identidad de género masculina. Dichas transformaciones no son del todo “convenientes” para ellos, ya que, por un lado, los desbanca de una relación de poder en donde se encuentran en una posición ventajosa respecto a sus parejas; y, por otro, los situaría en una ambigüedad tal que los desestabiliza en sus *certezas de ser varón*. También para las mujeres implica un reto importante: la revisión de relaciones inequitativas para ellas, enfrentar la secuela física y emocional que el VPH trae consigo y reflexionar propositivamente en torno a ello.

Las integrantes del Comité están iniciando un trabajo pionero al tomar en consideración la manera diferenciada en que hombres y mujeres del campo viven con un virus, así como la experiencia de afrontar las enfermedades que el VPH desencadena. Sin duda abrieron la puerta a un proceso de larga duración que implica una profunda reflexión sobre el tema de la sexualidad en la población campesina. Es persistente la necesidad de cambiar

diversas prácticas tanto en la vida cotidiana como en la relación de pareja. Aunque, si algo ha quedado claro es que para los varones está siendo más complejo el abordaje.

En este punto tal vez sea necesario preguntarse si los campesinos tienen consigo la disponibilidad de emprender un camino que les llevaría demasiado lejos de las certezas en que su masculinidad los sitúa. Esta pregunta retoma otra que fue formulada por Daniel Cazés (1998), “¿A cuáles privilegios que nos otorga la opresión patriarcal estamos dispuestos a renunciar?”. Será interesante observar cuál es la respuesta que los varones tuxtlecos dan a estas interrogantes, sobre todo porque están directamente relacionadas a la posición privilegiada que ocupan dentro de las relaciones de poder entre géneros.

“¿Fui yo? No sé”. El proceso diferenciado de vivir una enfermedad.

Pues en mi caso, que tuve relaciones sin protección. No me cuidé. Ya ve que uno de joven... y luego era militar... nomás quiere uno tantito. Hice y deshice a los 17, 23 años... ¡Uta! O sea que anduve retozando, pero ahorita ya, ya... Inclusive hasta con ella (su esposa), ya ve lo que nos dice la doctora:

- Siempre la protección. Siempre usen condón³⁵ [Fernando, 36 años].

Uno de los aspectos que permea la relación entre géneros y que marca de manera importante las desigualdades entre ellos, tiene que ver con la manera en que los varones se relacionan sexual, erótica y afectivamente con sus parejas. Algunas prácticas apuntan a relaciones permeadas por la violencia hacia las mujeres, las cuales son el reflejo de relaciones de poder inequitativas que caracterizan la vida en pareja. Reproducir esas prácticas es una de las formas en que se fortalece la idea de *ser hombre* en la comunidad.

Asimismo, las mujeres del campo reaccionan e interactúan con la representación masculina del varón heterosexual campesino. Muchas de las que tienen VPH viven esta

³⁵ El entrevistado y su esposa son VPH positivos. Ella tuvo una displasia severa provocada por el virus. Las promotoras de CEDIM y las ginecólogas que las asesoran, recomendaron a la pareja utilizar el condón hasta que la lesión en el cuello de la matriz no haya cedido para no afectar el proceso de recuperación en cervix.

situación con mucho enojo hacia sus parejas y con una lógica de sufrimiento en tanto que esta experiencia les atraviesa el cuerpo, les crea molestia y dolor en sus partes íntimas. Para ellas, vivir con la enfermedad es debatirse entre el enojo y el sufrimiento, pero también implica fincar un espacio en donde se establecen relaciones de poder manifiestas en diversos mecanismos que llevan al *castigo, manipulación, negociación*, los cuales repercuten en el recrudecimiento de las manifestaciones del VPH.

El VPH es el arma para matarlo, para pegarle, para manipularlo. El arma para ya no tener relaciones sexuales. Se ha vuelto un arma de poder entre las parejas. Por poner un caso, *Ella* tiene un año sin tener relaciones sexuales:

- No quiero que me infecte- dice.

En otra pareja, *Ella* dice que sí:

- Bueno, está bien. Ponte el condón-. *El hombre* aguanta el condón tres meses, pero sus prácticas sexuales son de tener otra pareja porque tiene tres mujeres.

Claro que le va a traer de regalo otro virus,³⁶ y ese sí es de alto riesgo [SMG/2008].

Un aspecto que no podemos dejar de lado es el carácter que guarda la sexualidad como elemento inmerso en las relaciones de poder que rigen el ordenamiento jerárquico de una sociedad, a partir de condiciones económicas y políticas que establecen quién tiene el derecho de hacer qué a quién, de acuerdo con el papel que cada uno desempeña en la estructura social. Bajo esta argumentación podemos entender que la sexualidad es una construcción social atravesada por diferentes campos permeados de relaciones de poder que permite entender la naturalización del sexo como un arma política de control que excluye y aísla, o que incluye y normaliza, mediante lo que Bourdieu (1998) ha llamado “violencia simbólica”. ¿Cuáles son las relaciones de poder que se establecen entre géneros? ¿Cómo recrudece esto la violencia?

Susan Bordon (2001) sostiene que el cuerpo es depositario de contenidos, los cuales se definen a partir del género al que pertenecen, pero también por su clase social y origen étnico. Por ejemplo, lo masculino visto como “efectivo y activo” o lo femenino calificado como “lo que espera pasivamente”. Hasta hace poco tiempo, la idea de que los hombres

³⁶ Nuestro organismo puede albergar diversas variedades del VPH, algunos de alta y otros de baja peligrosidad.

sólo eran portadores del VPH, sin posibilidad de desarrollar enfermedad o morir a causa de él, era una idea bastante generalizada, no sólo entre campesinos sino entre varones de otros estratos sociales y de distinto nivel de educación formal. Este falso argumento, avalado en su momento por el discurso médico, de alguna manera alejó a los varones de la imagen de un cuerpo masculino invadido o cuerpo masculino enfermo, lo que fortaleció la idea de que el cuerpo femenino era para usarse sexualmente en cuanto que el cuerpo masculino seguía en plena manifestación vital.³⁷

A mi tía política le sacaron la matriz. Ella fue a CEDIM, pero la operaron en el hospital militar.³⁸ Allá mi tío la preguntó al médico:

- ¿También yo lo puedo tener (el VPH)?-

- No. Con el hombre no pasa nada. No se preocupe. Es la mujer la que sí. Usted no. *A ustedes los hombres no.* No les hace nada este virus. Usted no se preocupe. *A la mujer sí y a usted no-*. Le contestó. Y entonces me imagino que su vida sigue igual [Fernando, 36 años].

Este tipo de argumentaciones ponen en riesgo la salud de los varones con VPH porque no se establece una asociación entre prácticas sexuales de riesgo, las ETS, el VPH y la posibilidad de desarrollar cáncer en pene o próstata. Tampoco se maneja la idea de que si una mujer tiene el VPH su pareja tiene también el virus y que deben de replantear ciertos hábitos en su vida sexual que favorezcan su salud. Al no haber esta asociación de ideas, se construyen situaciones de riesgo para quienes portan el VPH.

Por ejemplo, muchas mujeres que fueron intervenidas bajo el procedimiento del ASA regresaban a consulta a los tres o seis meses con lesiones idénticas o más severas. La cuarentena de abstinencia sexual ordenada por la ginecóloga para que la paciente pudiera recuperarse de la intervención quirúrgica no era respetada.

³⁷ Son escasas las investigaciones y textos que abordan este tema (De Keijzer, 1995; Gutman, 1998; entre otros), y prácticamente inexistentes aquellos que desde una visión antropológica indagan la construcción de la heterosexualidad masculina y el impacto de ésta en la salud de los varones. Una interesante investigación que rescata el tema es el de Molina (2008), en donde se expone la manera en que la construcción social de la masculinidad condiciona el posible cuidado que los varones dan a sus genitales.

³⁸ El esposo de esta mujer fue militar y ambos cuentan con servicio médico que ofrece el ejército a sus elementos activos y retirados.

Los señores a fuerza quieren tener relaciones y ellas han tardado mucho en cicatrizar. La incidencia en lesiones graves tiene que ver mucho con la relación de pareja, problemas emocionales. Después de una ASA la mujer no puede tener relaciones con su marido sin condón y los señores no quieren usar condón. Si después de una ASA tienen relaciones sin condón, otra vez el virus aparece de la misma manera o con mayor espacio cubierto por virus. En este año tuvimos el caso de una mujer con condilomas en cérvix. Se los quitaron. Tenía tres. A los tres meses que regresó tenía uno más grande que los que le habían quitado. Entonces la mujer, desde el momento en que se ve (en la pantalla), ya no se le tuvo que decir nada. Nomás se vio el condiloma. Ya lo conoce, a pesar de que es una campesina. Se puso a llorar. Ella sabía qué era lo que estaba viendo en la pantalla [DJG-CEDIM/08].

Tampoco son respetadas las instrucciones de descanso absoluto y entre el quehacer, la mala alimentación, la violencia contra ella y sus hijos, se crean las condiciones para que el VPH aflore en distintas lesiones.

La aparente inmunidad masculina a las secuelas del VPH, por otro lado, fortaleció la idea de que las prácticas sexuales de los varones no eran del todo peligrosas para ellos y arraigó la creencia de que el *cuero* de las *mujeres* es *débil* (en tanto que padecen las secuelas de un virus) y el del *hombre* es “por naturaleza” *fuerte* en tanto que llevan consigo el virus, pero *no enferman*.

Lo que pasa es que la mujer se enferma un poco más que el hombre. A veces el hombre se enferma y no se atiende y se lo guarda. Ya se va a atender cuando ya lo tienen en cama. Cuando te sientes mal se quita tomándote una pastilla, tomando frío o se quita solo. Y así te la llevas y te la llevas así. Ya se van a atender cuando ya tengas un tumor maligno o tengas un derrame, cuando ya es demasiado tarde. Lo que pasa es que yo tengo que trabajar. Si yo me enfermo ¿de dónde comemos? ¿O quién nos va a dar de comer? [Luis, 34 años].

A diferencia de muchas mujeres que son educadas y socializadas bajo la idea de tener un cuerpo para otros y no un cuerpo para sí, los varones difícilmente permiten que sus genitales sean vistos, tocados y examinados por un médico. Ésta parece ser la primera

barrera que obstaculizó que se estableciera una relación entre el VPH en hombres y la “aparición” de cáncer en próstata o en pene. Es prácticamente imposible que se dejen revisar por un médico o que permitan que éste les practique un papanicolaou³⁹ para determinar si tienen VPH o no. Esta barrera se encuentra muy bien cimentada en el campo tuxtleco. En principio, los varones difícilmente observan que el padecimiento de sus parejas los involucra directamente, incluso, cuando se percatan de ello, hay mucha resistencia y poca disposición para buscar ayuda médica.

A diferencia de las mujeres, los varones no se permiten flaquear emocionalmente, mucho menos en público.

- Ya lo tengo (el VPH). No me voy a poner a llorar, me voy a poner triste. Yo sé que no me lo voy a quitar. Si poniéndome a llorar se me fuera a salir, lloraba todo el tiempo. Hay que buscar información [Fernando, 36 años].

Sería erróneo pensar que el virus genera violencia en la relación de pareja, en todo caso es un elemento que se suma a una serie de eventos y prácticas que caracterizan la violencia de género y que acentúan la desigualdad entre géneros en donde a las mujeres les toca vivir la peor parte. A pesar de que esta situación fue la constante encontrada en el trabajo de campo, también se hallaron casos excepcionales en donde hubo un proceso de negociación que equilibró las relaciones de poder fortaleciendo la relación de la pareja.

Nosotros no nos reclamamos... Porque ella ya había tenido una pareja y yo por mi lado también... tuve... relaciones. Entonces ahí no podíamos decir:

- Fuiste tú, fui yo-. Creo que hubiera habido un reclamo si ella no hubiera tenido pareja antes. Entonces sí hubiera pasado lo que pasó con otras parejas, en donde la mujer sí hace un reclamo. Nosotros, como hubo plática, pues ya. Con las pláticas⁴⁰ nos dimos cuenta de que pudimos haber adquirido (el virus) desde años atrás, desde nuestra primera experiencia que fue, a lo mejor, a los 15 años de edad. Ya de nosotros no sabemos quién contagió a quien... nunca lo vamos a saber. Aquí no hubo a quién echarle la culpa. Ni

³⁹ Se le llama papanicolaou a la técnica de tinción. Se toma la muestra (del moco de la boca, de la orina, de la vagina, de la uretra, según sea el caso) y luego se aplica en una laminilla, ahí se fija en alcohol. En el laboratorio, con un microscopio, fijarán las células anormales o normales. Dependiendo de las características celulares es el diagnóstico.

⁴⁰ Se refiere a los talleres impartidos en La Casa de la Mujer en el 2007.

ella tampoco me podía reclamar porque este... Pues yo con ella ya hemos platicado. Ella también reaccionó de manera positiva. No hay culpa. Ella no me culpa. Yo no la culpo. Ahora estamos más tranquilos. Con las pláticas de los talleres ya estamos más tranquilos. Teníamos dudas, ya nos las resolvieron. Ya estamos más tranquilos. Ya lo tenemos (el VPH). Ahora hay que cuidarse y estar constantemente en las revisiones. No hay de otra. [Fernando, 36 años].

“Y empieza uno a vivir la vida a como uno es. Yo me contagié del virus por eso”.

Algunas conclusiones...

Sólo pedimos fuerzas para que cárguemos esto que nos pasó. Esto que nos está pasando. Es algo que, si lo sabes llevar... porque si no, no lo puedes superar ni en pareja ni tú solo [Luis, 34 años].

Este documento cita uno de los aspectos que nos permite mirar y entender la desigualdad. La revisión hecha a lo largo de este documento permite comenzar a vislumbrar algunos elementos que atraviesan este “fenómeno epidemiológico” y que nos ayuda a dimensionar aquellas situaciones que apuntan a la desigualdad entre géneros en el medio rural:

- ❖ El origen de clase es un elemento que da un matiz decisivo a la manera en que una población vive con el VPH. Quienes habitan en el campo tienen acceso deficiente a los servicios de salud que brinda el Estado. Dichos servicios, de por sí en franco deterioro y en el contexto de crisis económica de los institutos de salud gubernamentales, son prácticamente inexistentes en el medio rural, y Los Tuxtlas es un ejemplo típico de ello. Aunado a esto podemos percibir una discriminación explícita en el sistema de salud hacia la población de estas áreas.

- ❖ El origen de clase cobra otra dimensión cuando se integra la variable género. Existe una pregunta implícita en este documento: ¿las campesinas enferman por ser pobres o por ser mujeres? No cabe duda que los elementos de discriminación y maltrato se recrudecen cuando de campesinas se trata. Como sabemos, sufren una

doble discriminación, por ser pobres y por ser campesinas,⁴¹ además de que los espacios en donde se ejerce la violencia sobre ellas se diversifican y podemos verlos en el hospital, en el tratamiento médico que somete a su cuerpo a un dolor intenso.

- ❖ Por otro lado, el ejercicio de la sexualidad de las mujeres en el campo regularmente se ciñe a la valoración de su cuerpo, en tanto éste se reserve exclusivamente al matrimonio y la maternidad. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) llegan a ellas a través de sus parejas estables (maridos), lo que *no les permite exigir* el uso de métodos como el condón para protegerse, por ejemplo, del VPH.
- ❖ Género y salud van de la mano cuando nos aproximamos a la experiencia de quien vive con el VPH. Tal como se ha mencionado a lo largo del documento, las secuelas de ser diagnosticado como portador de este virus y de desarrollar lesiones provocadas por el mismo, está directamente relacionado a quién es el o la infectada:
 1. Al contrario de lo que sucede en el cuello de la matriz, que es un medio propicio para desarrollar las lesiones típicas del VPH, los genitales masculinos no constituyen un medio en donde el virus pueda recrudecerse y pocas veces avanza hacia cáncer. En el caso concreto de las mujeres, el VPH invade su cuerpo de manera agresiva, sobre todo cuando, a partir de la depresión, el estrés o la violencia de la que son objeto, su sistema inmunológico se deprime de tal forma que da entrada a severos condilomas.
 2. La tecnología para regresar al estado de *normalidad-salud* (como el ASA) hacen más cruda la experiencia, más traumática. “Yo siento que cada mujer que se sube a esa cama por un ASA queda traumada”, nos dice Dora. Ella nos habla de la conjunción de emociones y sentimientos encontrados que son acrecentados

⁴¹ En el caso de las indígenas se sufre de una triple discriminación si sumamos la variable étnica.

gracias a mecanismos agresivos e invasivos. Al respecto, Silvia agrega: “Hay una enorme agresividad hacia ellas cuando se les permite que se vean *quemadas*.⁴² Cuando comienzas a cauterizar, empieza a haber un olor a quemado que impregna el consultorio. ¿Te imaginas como se sienten estas mujeres? Todo lo que hay ahí”. En su condición de pobres, campesinas y enfermas ellas tienen que *someterse* a una serie de procedimientos para “recuperar su salud”.

3. La experiencia con los varones, obviamente, es diferente. El mito médico continúa en total vigencia. “La enferma es ella. Yo no tengo nada”, es un argumento frecuente entre los varones que acompañan a sus parejas a La Casa de la Mujer. La idea de que el cuerpo femenino es el enfermo y que el del varón no presenta ningún problema (no hay infección o lesión visible, *no se siente enfermo*) es una constante entre ellos. Cuando acuden a consulta con el médico para que les haga un estudio que permita determinar si ellos también tienen VPH, la situación se transforma radicalmente porque, en la mayoría de los casos, ellos también tienen el virus.
- ❖ El círculo de violencia se recrudece. Éste es un aspecto que está presente desde que ellos saben del diagnóstico que se les dio a sus compañeras. Se cuestiona mutuamente la fidelidad, pero el hecho de que las mujeres sean las enfermas y no los varones, permite que se afiance la idea de que ellas son las *culpables* o las *responsables* de la situación. Por otra parte, el hecho de que después de una intervención quirúrgica, como lo es el ASA, no sea respetada la cuarentena y no se utilice el condón, nos habla también de una violencia implícita en el acto sexual y de la concepción del *cuerpo femenino* como un *objeto susceptible de uso y manipulación*, más no de cuidados que permitan una franca recuperación.
 - ❖ Las relaciones de poder al interior de la pareja. Pese a la situación de obvia desventaja que viven las campesinas con VPH, no hay que dejar de lado cómo se transforma la convivencia cotidiana y afectiva de ambos. Tal como se hizo

⁴² Se refiere a la cauterización en cervix como parte del ASA.

evidente en los testimonios, la disposición sexual y el afecto se transforman cualitativamente a partir del diagnóstico. Cuando una mujer infectada llega a la conclusión que su estado de salud se debe a prácticas sexuales de riesgo originadas en él, el factor culpa aparece, igual que el de la manipulación.

- ❖ Las transformaciones en las prácticas sexuales como parámetro que nos sirve para entender los cambios sociales. Este fenómeno, además de ser dramático y complejo en sí mismo, pone en evidencia los problemas de acceso a la salud (garantía que oferta el Estado, pero que en los hechos se concreta poco) y la peligrosa ausencia de una educación sexual (no sólo enfocada a la “salud reproductiva”, sino al ejercicio informado de la sexualidad de los individuos). Partiendo de esta perspectiva, la sexualidad puede ser abordada como importante escenario para el análisis de las relaciones de poder, ya que constituye un sistema de valores concreto, donde prescripciones y proscipciones operan como elementos tradicionales de la cultura, los cuales, a su vez, son dinamizados por las resistencias y transgresión. Esto nos llevaría a contemplarla como un importante indicador que registra las transformaciones que experimenta una sociedad, pues, tal como lo señala Córdova (2003:348) es una arena política en donde se ponen de manifiesto las asimetrías de poder entre géneros, generaciones y clases, como variables que reproducen los esquemas generales de dominación y subordinación.

Asomarse a las desigualdades de clase y género es situarse en una de sus tantas dimensiones. A decir de Reygadas (2004), la desigualdad es un fenómeno complejo del que podemos observar sus distintas caras. Para contrarrestarla hay que entenderla a profundidad para luego actuar y generar procesos que apunten hacia ello. En este sentido, la construcción de sujetos que se vean a sí mismos como personas con derechos, información, conocimiento y que tomen sus vidas en sus manos apoyará la transformación.

Glosario

- Biopsia: Procedimiento [diagnóstico](#) que consiste en la extracción de una [muestra](#) de [tejido](#) obtenida por medio de métodos cruentos para examinarla al [microscopio](#).
- Cervix: Es la parte más externa del útero que comunica directamente con la vagina. Aunque, por lo general mide, de 3 a 4 cm de longitud y unos 2,5 cm de diámetro, el cérvix se puede dilatar unos 10 cm durante el [parto](#) para dejar que pase el [bebé](#), y su tamaño puede variar según la edad, el número de partos y el momento del [ciclo menstrual](#) de la mujer.
- Colposcopia: Procedimiento [ginecológico](#) que se realiza normalmente para evaluar a la paciente con resultados anormales en la [prueba de Papanicolaou](#). Y que en caso de encontrar anomalía será necesario realizar una biopsia dirigida que confirmara el grado de la enfermedad.
- Colposcopio: Es un microscopio estereoscópico de enfoque próximo que permite al médico ver con detalle regiones anormales del [cuello uterino](#), vagina y vulva, por lo que es posible extraer una [biopsia](#) del área anormal y enviarlo al patólogo.
- Condiloma: Lesión verrugosa de las regiones anal y genital. Ocasionada por virus 6 y 11 (virus de bajo riesgo).
- Condiloma acuminado: Lesión benigna ocasionada por infección por el papilomavirus (HPV) tipo 6 o 11. Habitualmente se transmite por contacto sexual. Presentan aspecto de [coliflor](#), de unos milímetros hasta 8 cm de diámetro, con superficie elevada rugosa y aparecen típicamente en el frenillo, el surco bálanoprepucial, el meato uretral, los labios mayores y menores de la [vulva](#), el periné, el ano, la vagina y el cuello del [útero](#). Ocasionalmente aparecen en [larínge](#) (por transmisión madre-feto en el canal del parto o por sexo oral).

- Displasia Cervical: Lesión premaligna del cuello de la matriz que si es ocasionada por un virus de alto riesgo puede llegar a Cancer cervicouterino.
- NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical. Se utiliza para ser más específico sobre el grado de diagnóstico de la lesión y se clasifica en I-II –III. Hoy en día se denomina lesión de Bajo o Alto grado.
- Papanicolaou: Es una prueba, cuyo nombre médico es "citología vaginal", se realiza para diagnosticar el [cáncer cérvicouterino](#). Es un examen citológico en que se toman muestras de células [epiteliales](#), en la zona de transición del [cuello uterino](#), en busca de atipias celulares que orienten (no diagnostiquen) a la presencia de una posible neoplasia de cuello uterino.
- Oncogénico: Que puede desarrollar cáncer.
- Virus del Papiloma Humano (VPH): Grupo diverso de [virus ADN](#) que infectan la piel y [membranas mucosas](#) del ser humano y también de varios animales. Papiloma o Condiloma significa protuberancia crónica y son conocidos como verrugas genitales. El virus del papiloma humano (VPH) se llama vulgarmente virus de las verrugas. Se trata de una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes y, paradójicamente, una de las menos conocidas. Y es que el VPH puede alojarse en el organismo sin mayor ruido y cuando llega es para quedarse de por vida en sangre.

Bibliografía

- Alonso de Ruiz P., P. A. Duperval, E. Lazcano- Ponce, J. A. Ruiz –Moreno, J. Salmerón, R. Schiavon-Ermani, J. L. Valdespino-Gómez y A. Vieyra-Ávila (2005), “Infección de transmisión sexual por virus del papiloma humano en mujeres” en *Práctica médica efectiva*, vol. 7, núm. 1, enero-marzo, México.
- Amuchástegui Herrera, Ana (2001), “La navaja de dos filos: una reflexión acerca de la investigación y el trabajo sobre hombres y masculinidades en México”, *La Ventana*, núm. 14, Universidad de Guadalajara, pp. 102-125.
- Anderson, Kathryn, Susan Armitage, Dana Jack y Judith Wittner (2004), “Beginning where we are. Feminist methodology in oral history” en Sharlene Nagy Hesse-Biber y Patricia Leavy, *Approaches to qualitative research: a reader on theory and practice*, Nueva York, Oxford University Press, 224-242.
- Bordon, Susan (2001), “El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo” en *La Ventana*, Centro de Estudios de Género-Universidad de Guadalajara, núm. 14, pp. 7-81.
- Borrel, Carmen, Izabella Rohlf, Lucía Artazcoz, Carles Muntaner (2004), “Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?” en *Gaceta sanitaria*, vol. 18, mayo, pp.75-82.
- Bourdieu, P. (1998), *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama, 159 pp.
- Cardaci, Dora (1998), “Nuevos entramados: familia, salud y organizaciones de mujeres” en Juan Guillermo Figueroa Perea e Ivone Szasz Pianta, *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, Colmex, México, pp. 243-265.
- Cardaci, Dora y Ángeles Sánchez Bringas (2007), “¿Cómo es mi cuerpo ahorita? Enfoque biomédico y construcción social de la gestación” en *Zona Franca*, Universidad Nacional de Rosario, año XV, núm. 16, mayo, pp. 3-15.
- Casados, González, Estela (2008), “*En la construcción de mujeres nuevas*”. *Participación política campesina en Los Tuxtlas, Veracruz*, México, Doctorado

- en Ciencias Sociales (Especialidad Mujer y Relaciones de Género), UAM-X, 300 pp. (documento preliminar).
- Casados González, Estela (2007), *El Virus del Papiloma Humano en la población campesina de Los Tuxtlas. El proceso diferenciado de “vivir una enfermedad”*, Ponencia en la mesa “Estudios de género en la antropología veracruzana” 50 Aniversario de la Facultad de Antropología de la Universidad Veracruzana, 9 de mayo de 2007, 18 pp.
 - Castellanos Oliveros, Rossana Inés (2007), *Infección por el virus del papiloma humano. Propuesta clínica para su determinación y seguimiento*, tríptico informativo, Xalapa, 4 pp.
 - _____ (2007), *¿Qué es el cáncer cervicouterino? ¿Quiénes están en riesgo? ¿Cómo podemos prevenirlo? ¿Existen tratamientos? ¿Cómo saber si tengo infección por el virus del papiloma humano?*, tríptico informativo, Xalapa, 2pp.
 - _____ (2006), *Detección y seguimiento del virus del papiloma humano en mujeres con diferentes tratamientos*, 27 pp. Manuscrito inédito.
 - _____ (2004), *Detección y seguimiento del virus del papiloma humano en mujeres con diferentes tratamientos*, Tesis de Maestría en Biomedicina y biotecnología molecular, México, Instituto Politécnico Nacional, 62 pp.
 - Cazés, Daniel (1998), “Metodología de género en los estudios de hombres” en *La Ventana*, núm. 8, pp. 100-120.
 - CEDIM (2007), *Documento de trabajo*, Sihuapan, CEDIM, 10 pp.
 - Córdova Plaza, Rosío (2003), “Reflexiones teórico-metodológicas en torno al estudio de la sexualidad”, *Revista Mexicana de Sociología*, año 65, núm. 2, abril-junio, pp. 339-360.
 - De Barbieri, Teresita (1996), “Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género” en Laura Guzmán Stein y Gilda Pacheco Oreamundo (Compiladoras), *Estudios básicos de derechos humanos IV*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos/Comisión de la Unión Europea, Costa Rica, pp. 49-81.
 - De Laurentis, Teresa (1991), “La tecnología del género” en Carmen Ramos Escandón, *El género en perspectiva*, México, UAM-I, pp. 231-278.

- De Keijzer, Benno (2006), “Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina” en *La Manzana. Revista Internacional de estudios sobre masculinidades*, vol. I, núm. I, enero-marzo, 30 pp.
- De Keijzer, Benno (1995), “La salud y la muerte de los hombres” en Miriam Aidé Nuñez Vera, M^a Araceli Gonzáles Butrón y Cecilia Fernández Zayas (editoras), *Estudios de género en Michoacán. Lo femenino y lo masculino en perspectiva*, Michoacán, Universidad Autónoma de Chapingo, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, pp. 67-81.
- Gutmann, Matthew C. (1998), “Traficando con hombres: la antropología de la masculinidad” en *La Ventana*, núm. 8, Centro de Estudios de Género-Universidad de Guadalajara, pp. 47-99.
- Halperin, David, Patricia de León Ruíz e Imelda Martínez Hernández (1997), “Sexualidad femenina y enfermedades de transmisión sexual. Investigación cualitativa en la región fronteriza de Chiapas” en *La Ventana*, núm. 6., Centro de Estudios de Género-Universidad de Guadalajara, pp. 201-225.
- Hernández Prado, Bernardo, Eduardo Lazcano Ponce, Betania Allen, Leticia Suárez, Dolores Ramírez Villalobos, Mauricio Hernández Ávila (2004), “Salud, desigualdades de género y pobreza: cáncer cervico-uterino, mortalidad materna y uso de la atención médica” en M^a de la Paz López y Vania Salles (Coordinadoras), *Siete estudios y una conversación*, México, Indesol, Colmex, Unifem, pp.185-210.
 - INEGI, *II Censo de población y vivienda 2005*. www.inegi.gob.mx
- Molina Campos, Violeta (2008), *Construcción social de la masculinidad: cuidado y padecimiento de cáncer de próstata en varones heterosexuales de Xalapa, Veracruz*, Xalapa, Facultad de Antropología, trabajo recepcional en proceso.
- Organización Mundial de la Salud (2005), *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Resumen del informe*, Ginebra, OMS, 46 pp.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2008), *Índice de Desarrollo Humano Municipal en México 2000-2005*, México, PNUD.

- Reartes Peñafiel, Diana Laura (2005), *La infección por el virus del papiloma humano (VPH): conflictividades, miedos y ambivalencias. Un estudio con parejas y médicos en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México*, Tesis, Doctorado en Antropología, CIESAS, México, 366 pp.
- Reygadas, Luis (2004), “Las redes de la desigualdad: un enfoque multidimensional”, *Política y Cultura*, México, UAM, otoño, núm. 22, pp. 7-25.
- Rodríguez, Gabriela y Benno de Keijzer (2002), *La noche se hizo para los hombres. Sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinos y campesinas*, México, Libros para todos, Population Council, 250 pp.
- Secretaría de Salud de Veracruz (2007), *Informe de actividades de la unidad médica de detección de cáncer ginecológico. Evaluación anual*, Xalapa, Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA).