

1 Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Ciencias Médicas.

marisa_espinoza_@hotmail.com

ORCID 0000-0003-4043-5933

IG: dra.marisaespinoza

PENSAR EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO. POR UN CAMBIO DE LENTES

Espinoza Marisa Mabel¹

Resumen

El cáncer de cuello de útero (CCU) continúa siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial. Las tasas de mortalidad expresan una tendencia positiva para la Argentina y la provincia de Santa Fe. Si bien la patología es bien conocida y posee varios momentos de intervención desde la prevención primaria, secundaria y terciaria, su eficacia pareciera resultar limitada. Se realizó un análisis crítico genealógico de los paradigmas epistemológicos implicados en las perspectivas de los procesos de salud-enfermedad-atención/prevenición y sus puntos de acción sobre el CCU. Se postula que la lente con la que se mira la enfermedad no logra salirse del fundamento reduccionista, atomizado y determinista de la salud, a pesar de su propuesta más sofisticada: los determinantes sociales de la salud. Este modelo, tras la pretensión de un enfoque integral, en tanto *epidemiología del riesgo* restringe la mirada a la punta del iceberg y se hace funcional a las formas civilizatorias que promueven las desigualdades. La epidemiología crítica propone el concepto de la determinación social de la salud visibilizando la relación entre estructura social, salud y el devenir de la reproducción social según estilo de vida. Así el CCU será el producto de un proceso de embodiment tras la expresión en el cuerpo de condiciones destructivas o deteriorantes marcadas por las inequidades de género, etnia y clase social. Surge desde este análisis el ejemplo de la autotoma de test de HPV como forma de resistencia y apuesta contrahegemónica emancipadora al modelo pragmático-funcionalista de la salud.

Palabras clave

Epidemiología, Conocimiento, Infección por HPV, Vulnerabilidad Social.

Abstract

Cervical cancer (CC) continues to be a leading cause of mortality in women worldwide. Mortality rates express a positive trend for Argentina and the province of Santa Fe. Although the pathology is well known and there is primary, secondary and tertiary prevention, the effectiveness of these interventions seems to be limited. In this research paper, a genealogical critical analysis of the epistemological paradigms implied by different perspectives towards health-disease-care/prevention processes and their interventions on cervical cancer is carried out. It is postulated that the lens through which the disease is viewed cannot escape from the reductionist, atomized and deterministic foundation of health, despite its more sophisticated proposal: the social determinants of health. This model, in its pretension of being a comprehensive approach, as "risk epidemiology", restricts the view to the tip of the iceberg and becomes functional to the forms of civilization that promote inequalities. Critical epidemiology proposes, the concept of the social determination of health from complex thinking, making visible the relationship between social structure and health and the process of social reproduction in accordance with lifestyles. Thus, cervical cancer will be the product of a process of embodiment after the expression in the body of destructive or deteriorating conditions marked by gender, ethnic, and social class inequalities. From this analysis, the example of HPV self-sampling merges as a form of resistance and emancipatory counter-hegemonic bet against the pragmatic-functional model of health.

Key words

Epidemiology, Knowledge, HPV Infection, Social Vulnerability.



SigMe.

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, número 1, 2023

Recepción: 29/11/2022

Aprobación: 04/06/2023

URL: <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/sigme/article/view/13074>

DOI: 10.14409/sigme.2023.1.e0007



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Introducción

El cáncer de cuello de útero (CCU) continúa siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial. En 2020, aproximadamente 604.000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en todo el mundo y alrededor de 342.000 mujeres murieron a causa de esta enfermedad (World Health Organization, 2021). En la Argentina, ocupa el cuarto lugar en incidencia y mortalidad entre las mujeres, luego de los cánceres de mama, pulmón y colon, y el segundo lugar entre los tumores ginecológicos (Ministerio de Salud, 2021).

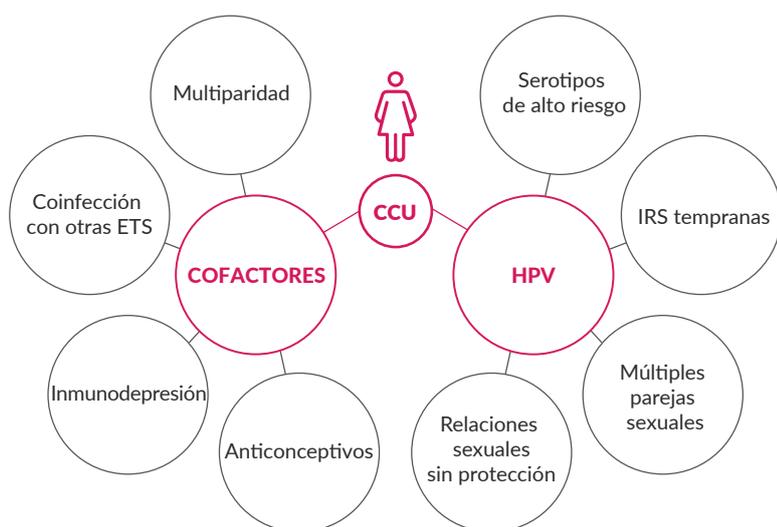
El CCU es una enfermedad prevenible y curable cuando es detectada en fases iniciales con el adecuado tratamiento (World Health Organization, 2020). Posee una larga historia natural por lo que ofrece múltiples oportunidades de intervención a lo largo de la vida de la mujer. Se han implementado estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria junto a diferentes pautas de manejo diagnóstico y terapéutico de los casos, incluyendo el acceso a cuidados paliativos (World Health Organization, Bendezu Quispe y col., 2020).

La tarea de reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero en Argentina se encuentra a cargo del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC- Res. Ministerial 1261/2011), dependiente del Instituto Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud de la Nación (INC/MSAL). El mismo trabaja articuladamente con las provincias, establece los lineamientos de intervenciones y ha logrado gran desarrollo en la prevención primaria y secundaria. En este sentido, se ha realizado un importante despliegue programático: implementando la vacunación en varones, intentando aumentar la cobertura de tamizaje con métodos más novedosos como el test de HPV, centralizando la lectura de las muestras para evitar retrasos o extravíos, implementando el sistema informático de tamizaje (SITAM): que permite el acceso inmediato a los resultados una vez cargados por el laboratorio y mejorando las barreras de acceso al diagnóstico y seguimiento: dando turnos prioritarios, facilitando el traslado y asistiendo a las usuarias con personas de la comunidad que se dedican a articular los servicios de salud con la población como las navegadoras, agentes comunitarios o promotores de salud (Arrossi y col., 2019, Arrossi y col., 2016). Pese a la importante red de referencia y contrarreferencia, los últimos datos que publica la Provincia de Santa Fe a través la Agencia de Control del Cáncer, Registro de Cáncer de la provincia de Santa Fe (RECASE) muestran una tendencia positiva de mortalidad de CCU y similares conclusiones se observan en análisis global de la Argentina. En este trabajo se propone, a modo de ensayo, reflexionar acerca de la poca eficacia que tiene el programa de cáncer de cuello de útero sobre la tasa de mortalidad respectiva. Se postula que conviven diferentes modelos interpretativos que abordan el CCU como problema de salud. Las bases epistémicas del mo-

delo dominante limitan el análisis complejo, cambiante y singular del territorio y sus ciudadanos. A partir de una revisión bibliográfica no sistematizada, se realizó un análisis genealógico de los modelos interpretativos que permean en las narrativas sobre CCU desde el modelo causal al de la epidemiología crítica de Jaime Breilh (2020). Este último, bajo la perspectiva de la determinación social de la salud, podría aportar otros matices al enfoque de esta patología y nuevas propuestas de resistencia a la mortalidad por CCU. Se rescata desde allí el potencial (aún poco explorado) de la modalidad de auto toma de test de HPV como respuesta colectiva de prevención tras su articulación con las instituciones y profesionales de la salud (Menéndez, 2015).

La bola de billar o modelo multicausal

La neoplasia intraepitelial cervical (CIN) se caracteriza por cambios celulares en la zona de transformación del cuello uterino. Estos suelen ser causados por infecciones del virus papiloma humano (VPH), especialmente aquellas infecciones persistentes de los tipos de alto riesgo, como son las cepas 16 y 18 (causan más del 70% de los CCU) (World Health Organization 2020, 2021, De Martel y col., 2017). La infección por VPH representa una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes (ETS) con mayor prevalencia en mujeres que inician las relaciones sexuales en forma precoz, poseen múltiples parejas sexuales y no utilizan métodos de barrera (Bedell, 2020). La presencia del virus si bien es necesaria, no es suficiente para resultar en cáncer. Se requiere de una serie de cofactores o factores de riesgo con influencia en la persistencia de la infección y la progresión de la infección a neoplasia. Algunos de ellos serían el uso de anticonceptivos hormonales, el hábito de fumar, la multiparidad, el antecedente de infecciones por virus de herpes simple de tipo 2 y *Chlamydia trachomatis*; y algunos estados de inmunodepresión asociado a la enfermedad por HIV o las deficiencias nutricionales (Zhang y col., 2020; Tatti y col., 2008). Este modelo de explicación del proceso de salud enfermedad se lee en innumerables textos que abordan esta problemática. Se desarrollan desde una secuencia lineal en la lógica cartesiana del modelo causal. Reducen la realidad a ciertos fenómenos desencadenantes (infección viral persistente → cáncer) y a la suma de determinados atributos individuales (ingesta de anticonceptivos orales + hábito de fumar, etc). Esta forma de ver al estilo “bola de billar”, cosifica al sujeto y lo divide en fragmentos o variables como factores de riesgo, en tanto suma de partes que generan un todo (Breilh, 2013). Estas partes, se convierten en puntos de acción de los programas en salud como es la prevención primaria focalizada en la vacunación, la prevención secundaria focalizada en la toma de Papanicolau o test de HPV para tratamiento oportuno de las lesiones y la prevención terciaria dirigida al seguimiento, rehabilitación y tratamientos paliativos (Figura 1).



Prevención Primaria	Vacuna
Prevención Secundaria	Tamizaje (PAP-Test HPV, tratamiento oportuno)
Prevención Terciaria	Rehabilitación y cuidados paliativos

Figura 1. Descripción epidemiológica del cáncer de cuello de útero (CCU) según el modelo causal tipo “bola de billar”.

Para ello existe un gran desarrollo de la ciencia y la técnica sobre la oferta de vacunas que cubren cada vez más cepas virales, las técnicas moleculares para detección de ADN viral o sus proteínas, el sistema informático y las redes de comunicación.

Desde la perspectiva del modelo causal el sujeto académico se posiciona por fuera del territorio, ciego a otras propuestas que no sean las legitimadas por la ciencia, trabaja con un sujeto-objeto susceptible a ser dividido en a una serie de datos mensurables y reproducibles separados de cualquier tipo de interioridad (Viola, 2020). Su accionar se desarrolla como forma instrumental sobre las certezas de la realidad que le ofrece el método científico. Una realidad descontextualizada, atemporal y acultural. Estas características vienen siendo discutidas desde los años 60-70 por muchos pensadores. Un pensador del occidente lo define como pensamiento simplificador y un pensador del sur lo aplica al sistema de salud en la descripción del modelo médico hegemónico (MMH).

Edgar Morín (1994) describe como pensamiento simplificador a aquel que explica la realidad desde tres principios: el de disyunción, reducción y determinismo. El principio de disyunción alude a la separación dual cartesiana del sujeto pensante (ego cogitans) y la cosa extensa (res extensa) o mente y cuerpo; el principio de reducción asume la capacidad de ir de lo complejo a lo simple y argumentar el todo desde la suma de las partes, reducidas en objetos aislados de su entorno; y el principio de abstracción o determinismo tiene capacidad de transformar ese objeto en dato medible, calculable, reproducible y predecible (ley de causa-efecto) con la eliminación total del azar (Morin, 1994).

Eduardo Menéndez (1988) deconstruye este pensamiento aplicándolo a los modelos de atención en salud y desarrolla la definición del MMH o biomédico, en tanto conjunto de prácticas, saberes y teorías legitimados por la medicina

científica y por el Estado. Esta legitimidad jerarquiza sus conocimientos por encima del de otros grupos sociales hasta llegar a ser la única forma de asistencia reconocida. Uno de sus rasgos estructurales relevantes es el biologicismo (Menéndez, 1988). El mismo garantiza la cientificidad del modelo y constituye el núcleo central casi exclusivo de la formación de médicos. La dinámica jerárquica dominial de lo biológico se rige por una linealidad causal y reconoce solo lo científico como real (unicultural-academicista). Esto habilita a que la técnica ocupe todo el espacio de la praxis (tecnocrático-funcionalista), escinde las subjetividades del encuentro clínico anulando cualquier referencia social, cultural e histórica y genera un distanciamiento asimétrico de subordinación del paciente respecto al médico. Dicho distanciamiento se profundiza aún más cuando el médico hace su aprendizaje sobre personas pertenecientes a espacios sociales vulnerables (Menéndez, 2015).

La incorporación del entorno en la teoría ecológica

De los modelos causales se avanzó a la teoría ecológica de los sistemas en tanto organizaciones simples que están contenidas en otras más complejas que su vez están relacionadas entre sí. Si bien este modelo establece los orígenes de la enfermedad en agentes causales, se agrega una temporalidad relativa registrada desde la evolución natural de la enfermedad, de comportamiento autónomo que máximo habilita a una mirada coyuntural (Breilh, 2013). Perteneció a la clásica tríada epidemiológica: agente, huésped, ambiente. Lugar, persona individual y tiempo reproducen la cosmovisión positivista en tanto aparecen como fenómenos también atomizados; en el caso del tiempo: variables estacionales o por ciclos, en el caso del lugar: región, barrio, zona rural-urbana y en el caso de las personas: edad, sexo, ocupación, estilos de

vida, ingreso económico, estado civil, religión, entre otros. Los informes publicados por las agencias del control del cáncer tanto a nivel provincial como nacional poseen esta estructura. De acuerdo con los datos obtenidos de la Agencia de Control de Cáncer de la Provincia de Santa Fe (RESCAFE), para el período 2010-2019, se observa una tasa de mortalidad ajustada por edad (TMAE) de 5.86 x 100.000 mujeres. Existen además notorias diferencias a lo largo de los años: descensos marcados en 2012 y 2013 (TMAE 4,59 y 5,98 respectivamente), con tasa máxima en el año 2014 (TMAE 7,42) y una tendencia global positiva de la mortalidad. El cambio porcentual anual promedio (AAPC) es de 0.6 positivo y muestra una curva ascendente desde el 2017 al 2019. Las mayores tasas se concentran en los grupos etarios de 40 a 54 años y en los departamentos del centro norte de la provincia de Santa Fe: Vera (TMAE: 14,93), General Obligado (TMAE 12,47), 9 de julio (TMAE: 11,79), Garay (TMAE 9,66), La Capital (TMAE: 9,05) y San Cristóbal (TMAE: 8,69). En general resultan coincidentes, según datos del Censo Nacional de población, hogares y vivienda del año 2010, con las áreas de menor cobertu-

ra de tamizaje y diagnósticos tardíos. Por otra parte, las primeras cuatro corresponden a las zonas con mayor porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI), esto refuerza la publicación de Ivanovich, Flores (2019) que describieron para la Argentina, un incremento en la tasa de mortalidad por CCU de 0,44% por cada punto de incremento de las NBI (Figura 2).

Desde los modelos causales se desarrolló un robusto arsenal estadístico, valioso para la toma de decisiones. Sin embargo, el aislamiento epistemológico a modo de “salud pura” resulta insuficiente para interpretar su relación con el sistema social y los modos de vivir; no es posible entender tampoco la distribución por clases sociales de determinados tipos de exposición humana a procesos peligrosos, ni la vulnerabilidad diferencial de ciertos colectivos situados en inserciones sociales distintas. Tampoco pueden analizarse (ya que resultan bastante inconveniente) las relaciones de producción, consumo y explotación entre la salud-naturaleza y su impacto social. Es como si navegáramos guiándonos solamente por la punta del iceberg (Breilh, 2013).

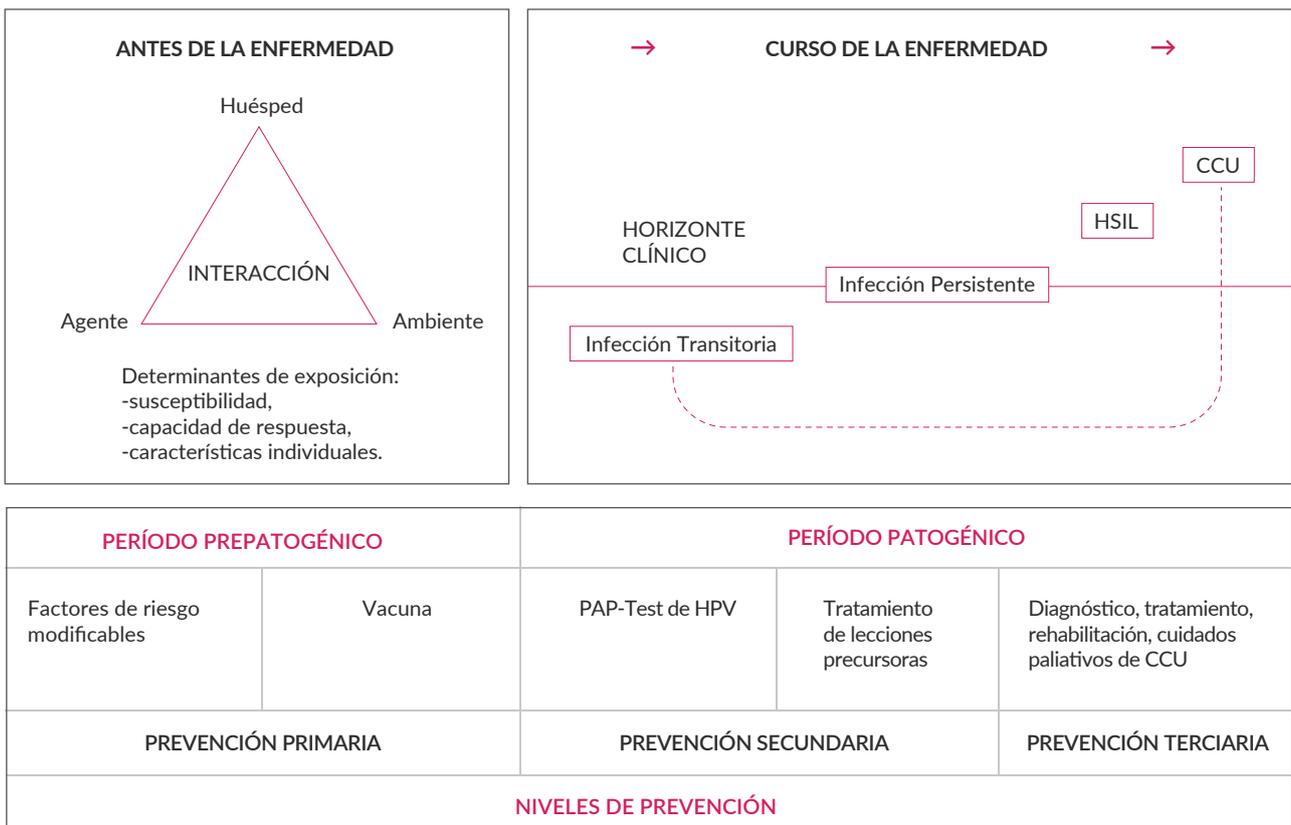


Figura 2. Descripción epidemiológica del cáncer de cuello de útero (CCU) según el modelo ecológico.

Los determinantes sociales de la salud

En 2010 la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó el concepto de determinantes sociales de la salud en un intento de apertura a lo estructural de tipo “causa de las causas”. Con un discurso de salud integrativa multidimensional, convirtió las estructuras sociales en variables generales de tipo estructurales: socioeconómico y político; y otras variables intermedias: como las condiciones de vida y trabajo, factores conductuales, biológicos y psicosociales (Solar e Irwin, 2010). En la Argentina comienza un gran desarrollo de investigaciones críticas con el aporte de sociólogos y antropólogos. Estaba claro que el cáncer de cuello de útero era una enfermedad cuyas características estructurales se vinculaban a la pobreza, pero en estos trabajos se demostró además que la menor cobertura de tamizaje y seguimiento se daba en mujeres socialmente vulnerables, desempleadas, con menores niveles educativos y atravesadas por desigualdades de género (Arrosi y col., 2008; Arrosi, 2019).

El concepto de equidad se analiza bajo las premisas de las “barreras de acceso a la salud” desde una perspectiva centrada más bien en el consumo. Así se identifican fundamentalmente las dificultades de acceso respecto a las distancias y el transporte a los centros de salud, la disponibilidad de turnos, los tiempos de espera en los consultorios, otras barreras más individuales como la sensación de falta de privacidad, vergüenza o rechazo al profesional de salud asistente. Del lado de los profesionales de la salud se observaba la falta de adherencia a los protocolos de tamizaje encontrando una sobretamizaje en mujeres de bajo riesgo y un tamizaje nulo o de mayor frecuencia de la recomendada en la población de riesgo (Arrosi, 2019). Desde esta perspectiva, resulta relevante analizar cómo se configura en las mujeres la percepción o creencias acerca de su propia vulnerabilidad a enfermar; los impactos de la enfermedad respecto a la salud, los vínculos o actividades sociales; y los beneficios percibidos de las intervenciones de prevención.

Podría afirmarse que la percepción y los conocimientos que las mujeres tienen sobre el CCU posiblemente influyan sobre sus acciones de prevención (Ampofo y col., 2020). Así en los trabajos de Ramos y col., (2013), la percepción de estar sano no necesariamente significa llevar una vida saludable o no tener ningún síntoma, sino que estar sano es la ausencia de enfermedad o malestar que altere la vida diaria o la capacidad de trabajo. La detección temprana de la enfermedad está vinculada a diagnosticar el cáncer CCU a tiempo para obtener la cura y las pruebas de tamizaje secundario quedan englobadas en la batería de análisis de rutina que una mujer debe realizarse regularmente. En varias investigaciones realizadas sobre esta temática en nuestro país, uno de los puntos en común es la relevancia de las mujeres como nexos con el sistema de salud desde la tarea de los cuidados y autocuidados, en tanto el cuidado de sí

misma es imprescindible para garantizar el cuidado de los otros (especialmente los hijos) (Ramos y col., 2013; Zamberlin y col., 2012). Sin embargo, en un trabajo de Paolino y col., (2013), se observó que las mujeres que viven con niños menores de 5 años poseen más del doble de probabilidades de abandono del seguimiento tras un PAP anormal que las que viven en hogares sin niños de esa edad (Figura 3).

Si bien en esta descripción se observa una interdependencia de unas variables sobre otras, se pierde en dicha matriz el sentido procesual del devenir de los problemas en salud y estas en general terminan analizándose separadamente y a un mismo nivel explicativo u aplanado (Arrosi, 2019). Por otro lado, si bien se reconoce la mirada más ampliada sobre el sujeto individual hacia el sujeto institucional tanto desde el lado de los usuarios de salud como desde la gobernanza, las intervenciones resultan en focos de acción a través de los “programas de salud” con metas u objetivos del tipo “lograr una alta cobertura del tamizaje en mujeres entre 35 y 40 años” o la meta de OMS: “90 – 70 – 90”, en tanto se busca lograr que el 90 % de las niñas sean vacunadas contra HPV antes de los 15 años, que el 70 % de las mujeres realicen una prueba de alta precisión antes de los 35 años y una vez más antes de los 45 años y que el 90 % de las mujeres diagnosticadas con lesiones precancerosas o invasoras sean tratadas.

La implementación de programas fue debatido abiertamente por Spinelli (2016) frente a la simplicidad epistémica de la planificación y programación social. Su crítica se fundamenta en que estos surgen como resultado de un aplanamiento conceptual de la realidad que deviene – desde una coherencia lógica- en un aplanamiento de la praxis (Breilh, 2020). Se aplican como expresión de una razón meramente instrumental tipo enlatado perdiendo de vista la perspectiva relacional, simbólica, transformadora y compleja del territorio (Sipinelli, 2016). Dice el autor:

La lógica de los programas es funcional a cuatro cuestiones: las fuertes desigualdades sociales; los bajos niveles de ciudadanía; las bajas capacidades de gobierno en los funcionarios del Estado a nivel local, regional y nacional; y los obstáculos epistemológicos de los egresados universitarios para entender el juego social (Spinelli, 2016).

El modelo de los determinantes de la salud entonces no puede ofrecer una crítica directa de la organización social de la sociedad de mercado y de sus rotundas consecuencias en la salud. No analiza el proceso radical de acumulación económica/exclusión social, como eje de una reproducción ampliada de la inequidad social, apenas llega a la superficie tras la observación de los contrastes empíricos de la desigualdad. Si bien proyectan una crítica social y el discurso de una epidemiología integral, no logra salir de la perspectiva determinista ligadas a la linealidad unívoca del principio causal desde cuya lógica se desprende una praxis funcional (Breilh, 2020).

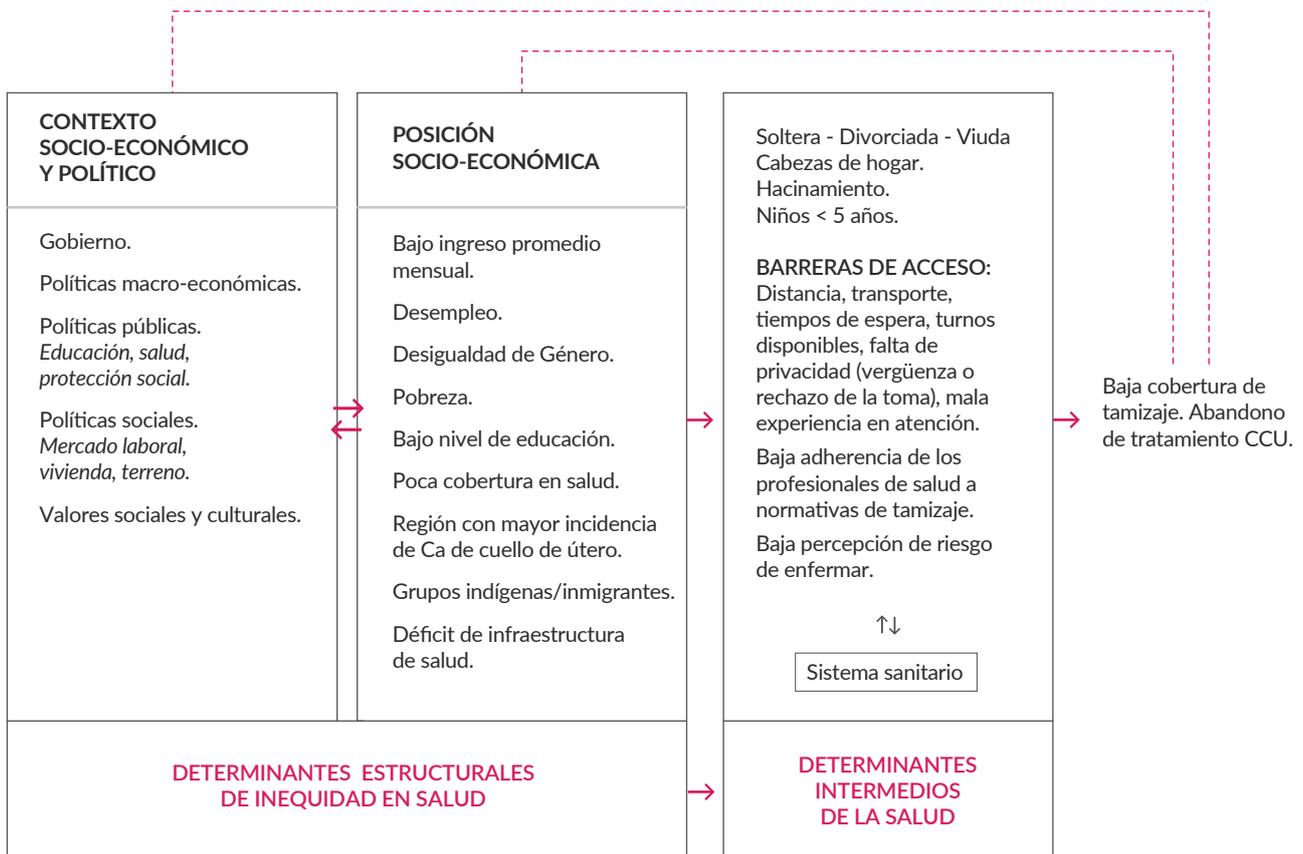


Figura 3. Descripción epidemiológica del cáncer de cuello de útero (CCU) según los determinantes sociales de la salud.

Pensar el cáncer de cuello de útero desde la determinación social de la salud

Desde el modelo de la epidemiología crítica el desafío surge de sustituir el pensamiento lineal simplificador, determinista por un pensamiento complejo que permita afrontar lo multidimensional, lo entramado, la solidaridad de los fenómenos entre sí, la incertidumbre y la contradicción.

Como hemos observado en párrafos anteriores los diferentes enfoques interpretativos sobre el CCU que conviven en los textos académicos no logran superar el modelo causal cuya categoría central es el concepto de *riesgo*. De allí podríamos decir que desde el modelo de determinantes sociales de la salud existen mujeres con mayor probabilidad de sufrir CCU y dicha vulnerabilidad se atribuye a condiciones de género, etnia, posición socioeconómica, susceptibilidad biológica y capacidad de respuesta, percepción de riesgo, etc. Mas allá de reconocer las condiciones estructurales que afectan a estas mujeres, su condición de vulnerabilidad sigue anclada a atributos personales o individuales que a la vez que las tiende responsabilizar por su patología, busca tratar estos atributos “desde afuera” factor por factor (Cruz, 2022).

Desde el modelo de los determinantes sociales podríamos deducir también que cuanto más precisas sean las mediciones estadísticas de los factores riesgo, más eficaces serán las acciones que intenten lograr un nivel “aceptable” de exposición o vulnerabilidad, aludiendo a la inmunidad

de la vacunación, por ejemplo. Sin embargo, múltiples trabajos advierten sobre la ineficacia de intervenciones atomizadas “riesgo por riesgo” e incluso se observa en algunos casos su peligrosidad hacia la naturaleza y los organismos vivos, incluido el humano, ante el concepto de “capacidad de asimilación” y “descarga aceptable” de productos químicos que se bioacumulan (Breilh, 2020).

La identificación y praxis sobre los factores de riesgo de forma aislada los significa como variables “probablemente destructivas” cuya nocividad sería contingente al desconectarlas de sus relaciones generativas (Breilh, 2020). Vale la pena aquí introducir el concepto de vulnerabilidad que propone Butler (2006, 2019) como una condición inducida a partir de la relación con un campo de objetos, fuerzas y pasiones que inciden y afectan a los sujetos de alguna manera. La perspectiva relacional de la corporalidad abre la puerta a una vulnerabilidad compartida, consecuencia de nuestros cuerpos socialmente constituidos, que se exacerba bajo ciertas condiciones sociales y políticas de inequidad (Butler y Vargas, 2019). Dicha inequidad se expresa por diferentes formas de violencia que limitan los mecanismos de autodefensa y llevan a la precarización de la vida (Butler, 2006).

Desde el análisis relacional-dialógico puede distinguirse que, en la determinación de las condiciones de salud, devienen procesos estructurales o permanentes; proce-

tos cotidianos, pero no permanentes y otros de carácter eventual. Justamente la ruptura del concepto de los determinantes por la determinación incorpora lo procesual, el movimiento y con ello el tiempo de procesos históricos de génesis (pasado) y emancipación (utopía). En los procesos de génesis a su vez se dan formas de subsunción en las cuales las dimensiones más simples o individuales se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece una dialéctica social-natural, o social-biológica que resulta de un circuito entre partes de un todo concatenado (Breilh, 2013).

Estos procesos entre los que se desenvuelve la población pueden tener propiedades protectoras o benéficas (saludables), o destructivas y deteriorantes (insalubres). También en un mismo proceso pueden coexistir de forma contradictoria ambas facetas. Qué facetas se expresan con mayor o menor fuerza dependen del modo de vida y de la lógica que opera en las diferentes dimensiones de la reproducción social correspondiente. Por lo que pueden provocar alteraciones de mayor o nivel significación en el desarrollo epidemiológico (Breilh, 2020). Los procesos permanentes son aquellos que operan de forma invariante y tienen poco o ningún grado de libertad. Para ser ajustados o retirados como determinante epidemiológico requieren de una transformación del modo de vida que desde la perspectiva funcionalista carece de eficacia. Es por ello que, para comprender los procesos generativos en salud, el conocimiento epidemiológico necesita conocer las relaciones socioestructurales de la población para identificar los procesos destructivos o benéficos típicos de cada espacio o grupo de los que depende la reproducción social (Breilh, 2020). En sociedades en cuya reproducción subyace la supeditación

de lo humano a lo productivo o mercantil, existe un proceso de acumulación de capital, exclusión social, sufrimiento humano y devastación ambiental que opera sobre una estructura de inequidad que generan sistemáticamente (y lo vemos en la distribución territorial del CCU según las NBI) patrones de alta exposición a procesos deteriorantes y modos de vivir precarios (Breilh, 2020). Numerosos trabajos describen las condiciones de género, etnia y clase social como determinantes para la generación de CCU, pero, pierden de vista que estas condiciones se reproducen en el seno de una distribución desigual del poder que ocurre entre las relaciones sociales, según su lugar en la estructura productiva, las relaciones etnonacionales y las relaciones de género. Estas a su vez son interdependientes entre sí y poseen características organizativas, culturales, ambientales e históricas propias. Cuando en un grupo se intensifican las formas deteriorantes sobre la calidad de vida, sus capacidades defensivas desmejoran. Para muchas mujeres existen contradicciones frente a las modalidades destructivas del trabajo: dobles o triples jornadas de “trabajo insertado” en el mercado (a su vez subvalorado) y “trabajo doméstico”; formas de consumo carenciales: la discriminación de alimentación, recreación, formación y acceso a servicios públicos; patrones culturales alienantes: dominación patriarcal, subordinación y violencia; poco o nulo poder de participación en la conducción de la vida social (Breilh, 1996). De esas contradicciones se desprenden las formas diferenciadas de geno-fenotipos de enfermedad, como la morbilidad femenina preferencial respecto a la infección por HPV. Estas resultan en formas de expresión de subsunción de lo biológico en lo social, de encarnación o embodiment del CCU (Breilh y Krieger, 2021) (Figura 4).

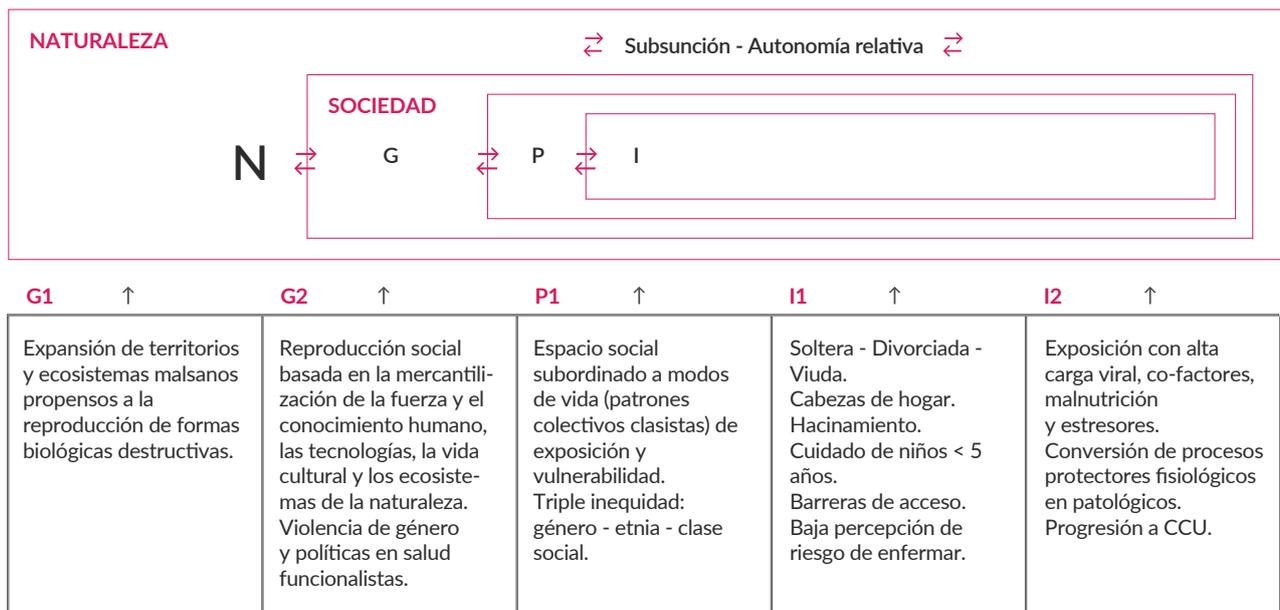


Figura 4. Descripción epidemiológica del cáncer de cuello de útero (CCU) según la determinación social de la salud.

Nota. G: General, P: Particular, I: Individual, M: Movimiento o Proceso.

Del determinismo a la resistencia

El modelo de determinación social no solo abre la puerta a lo procesual, sino también a lo relacional. Es decir que el movimiento que genera y sus expresiones no es determinista, sino que tiene además una contra direccionalidad de autonomía relativa con la que dialogan las dimensiones generales, particulares y singulares (Breilh y Krieger, 2021). Retomo nuevamente a Judith Butler en su concepto de vulnerabilidad cuya desventaja de género, etnia y clase social no pretende quedarse inmóvil, paralizada o victimizada en busca de respuestas externas de “rescate” o superación que paradójicamente rectifiquen dichas desventajas. Por el contrario, en dicha vulnerabilidad subyace la fuerza movilizadora de su agencia y por lo tanto de resistencia a las fuerzas que pretenden perpetuar la precarización de la vida (Butler y Vargas, 2019; Cruz, 2022). ¿Acaso no hay agencia cuando una mujer expresa su negativa a realizar un Papanicolau como forma de resistirse a exponer su intimidad genital ante un extraño? (Arrossi y col., 2016). Este es el ejemplo de una fuerza movilizadora que entre otras fuerzas ha justificado el desarrollo de la autotoma de la prueba de HPV como tamizaje secundario.

La prueba de VPH fue incorporada inicialmente al rastreo por el Ministerio de Salud de Argentina a través de un piloto del Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino (creado por Resolución Ministerial N° 1261/2011) en el año 2012 en la provincia de Jujuy. En esta provincia, la auto-toma demostró cuadruplicar la cobertura de tamizaje y logró una aceptabilidad del 86% vinculada a las barreras de acceso (Arrossi y col., 2016). En comparación con la toma de muestra realizada por el clínico en el centro de salud (toma dirigida), se observó una menor capacidad de detección de neoplasia intracervical tipo II (11%). Esto lo explican porque cuando las usuarias iban al centro de salud, el profesional tomaba la muestra para citología a manera de triage en el mismo momento e incluso realizaba colposcopia (Arrossi y col., 2015; Arrossi y col., 2019). Esta experiencia deja entrever el potencial de la autotoma de prueba de HPV como parte de la capacidad colectiva de afrontamiento de este problema de salud. De hecho, describen como relevante el rol de los agentes comunitarios en el éxito del rastreo en tanto eran ellos quienes “puerta a puerta” se encargaban de dejar los kits de autotoma, explicar el procedimiento y luego retirarlos del domicilio (Arrossi y col., 2015). Es decir que gran parte del éxito de este proyecto fue resultado del trabajo de la propia comunidad en relación, de un entramado solidario capaz de articular lo doméstico al sistema de salud.

Salir del determinismo es salir de la vulnerabilidad individual como atributo a una vulnerabilidad compartida que se da desde el entendimiento del propio cuerpo en relación: dependiente e interdependiente no solo de los procesos estructurales que lo sostienen sino además del cuidado de los otros cuerpos y su entorno (Butler, 2019).

Pareciera que es esa interfase relacional dialógica, de apuesta y contrapuesta, la que abre las posibilidades al cambio. De la observación y auto observación de las resistencias capaces de desestabilizar la reproducción de la triple inequidad en post de una vida más vivible. Se necesita profundizar, desde esta perspectiva relacional, las maneras en las que los profesionales de la salud y los programas fundados en la biomedicalización reproducen en sus prácticas dichas inequidades; el rol de las masculinidades y la necesidad urgente de incorporar a los hombres en las intervenciones de prevención más allá de la vacunación (Cruz, 2022; Torres Cruz y Suárez Díaz, 2020). Así será necesario realizar un análisis sobre las dimensiones generales respecto a la responsabilidad ética de las relaciones sociales, la preeminencia de los derechos humanos (sexuales y reproductivos, económicos, democráticos) y de la naturaleza (el rol de los desechos biológicos); dimensiones particulares sobre los modos de vida en su diversidad cultural y dignificante, en ambientes saludables y las dimensiones individuales de acceso a trabajo digno, consumo pleno y empoderado dentro de ecosistemas domésticos saludables (Breilh, 2010).

Conclusiones

La mirada de la epidemiología descriptiva funcional no logra salir de los modelos causales de fragmentación y atomización de los sujetos y territorios, independientemente de lo sofisticado de sus redes, ofrece respuestas descontextualizadas de los procesos relacionales que se encuentran en la interfase del movimiento multidimensional y concatenado a los aspectos generales, particulares e individuales que influyen en los modos de vida y la reproducción social de la salud.

La epidemiología crítica, como forma explicativa transformadora, no intenta anular las categorías y análisis de los determinantes en salud, sino que lo considera insuficiente para penetrar en el plano de la determinación social de la salud y la inequidad tras las estructuras de poder que influyen sobre las relaciones etno-culturales, de género y clase social; dimensiones que se han desarrollado como asociación al CCU. Lograr ver más allá de la punta del iceberg habilita a generar transformaciones reales y efectivas sobre los indicadores preocupantes sobre la mortalidad de esta enfermedad. Es justamente desde la interfase relacional-dialógica donde pueden identificarse los procesos de resistencia que son producto de la agencia de las poblaciones vulnerables y desde allí tender los hilos para entamar las políticas del cuidado de la salud.

Agradecimientos

El presente trabajo es parte del CAI+D (Curso de Acción para la Investigación y Desarrollo) *Barreras que influyen en la detección precoz, el tratamiento y el seguimiento de las mujeres con cáncer génito mamario* dirigido por el Dr. Samuel

Seiref a quien se agradece por su trabajo. Financiado por la Universidad Nacional del Litoral. Resolución C.S. Nº: 378 - 50520190100102LI. Período 2020-2023. Se agradece también a la Facultad de Ciencias Médicas de la UNL por el apoyo brindado para la investigación.

Conflicto de intereses

La autora declara que no poseen conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

Ampofo AG, Adumatta AD, Owusu E, y Awuviry-Newton K. (2020). A cross-sectional study of barriers to cervical cancer screening uptake in Ghana: An application of the health belief model. *PLoS One*, 15(4).

Arrossi S, Curotto M, Thouyaret L, Paolino M, Cuberli M, y Laudi R. (2016). *Manual para la implementación del test de VPH en contexto programático*. 1°. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Arrossi S, Curotto M, Zalacaín Colombo J, Thouyaret L, y Laudi R. (2019). *Prevención del cáncer cervicouterino: Protocolo para implementar la estrategia de navegadoras en contexto programático*. Ministerio de Salud y desarrollo Social. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4522>

Arrossi, S., Paolino, M., Laudi, R., Gago, J., Campanera, A., Marín, O., Falcón, C., Serra, V., Herrero, R., y Thouyaret, L. (2019). Programmatic human papillomavirus testing in cervical cancer prevention in the Jujuy Demonstration Project in Argentina: a population-based, before-and-after retrospective cohort study. *The Lancet. Global health*, 7(6), e772–e783. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30048-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30048-8)

Arrossi S, Ramos S, Paolino M. y Sankaranarayanan R. (2008). Social inequality in Pap smear coverage: identifying under-users of cervical cancer screening in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 16(32),50–8.

Arrossi, S., Ramos, S., Straw, C., Thouyaret, L., y Orellana, L. (2016). HPV testing: a mixed-method approach to understand why women prefer self-collection in a middle-income country. *BMC public health*, 16, 832. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3474-2>

Arrossi, S., Thouyaret, L., Herrero, R., Campanera, A., Magdaleno, A., Cuberli, M., Barletta, P., Laudi, R., Orellana, L., y EMA Study team (2015). Effect of self-collection of HPV DNA offered by community health workers at home visits on uptake of screening for cervical cancer (the EMA study): a population-based cluster-randomised trial. *The Lancet. Global health*, 3(2), e85–e94. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70354-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70354-7)

Arrossi S. (2019). El impacto de la prueba de VPH en los programas de tamizaje en América Latina: el caso de Argentina. *Salud Publica Mexicana*, 61(1),86–94.

Bedell, S.L., Goldstein L.S., Goldstein, A.R. y Goldstein A.T. (2020). Cervical Cancer Screening: Past, Present, and Future. *Sex Med Rev*, 8(1), 28–37.

Bendezu Quispe, G., Soriano Moreno, A.N., Urrunaga Pastor, D., Venegas Rodríguez, G., Benites Zapata, V.A. (2020). Asociación entre conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino y realizarse una prueba de Papanicolaou en mujeres peruanas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(1), 17–24.

Breilh, J y Krieger N. (2021). *Critical Epidemiology and the People's Health*. Oxford University Press.

Breilh, J. (1996). *El Género entrefuegos: Inequidad y esperanza*. Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

Breilh, J. (2020). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31,13–27.

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6, 83–101.

Breilh, J. (2020). SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder. Escenario de asedio de la vida, los pueblos, la ciencia. En Rodríguez Alzueta E, editor. *Posnormales*, 31–89.

Butler, J. y Vargas S. (2019). *Resistencias: Repensar la vulnerabilidad y repetición*. Paradiso Editores.

Butler, J. (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Paidós.

Cruz, C.T. (2022). Usos conceptuales del género y la vulnerabilidad en políticas públicas de atención al Virus del Papiloma Humano (VPH) y al Cáncer Cervicouterino (CaCu) en México. *Saúde debate*, 46(133), 318–30.

Equipo de la Agencia de Control del Cáncer. Registro de Cáncer de la provincia de Santa Fe (RECASFE). Informe. Mortalidad por cancer de cuello de utero 2010-2019. Santa Fe; 2021.

Ivanovich, R.C. y Flores, R.C. (2019) Inequidades en mortalidad por cáncer de mama y cuello de útero en Argentina en 2001-2016: Estudio Ecológico. *Revista argentina de salud publica*, 10(38) 16–21. ISSN 1853-810X (Online).

De Martel, C., Plummer, M., Vignat, J. y Franceschi, S. (2017) Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *International Journal of Cancer*,141(4), 664–70.

Menéndez, E. (2015). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.

Menéndez, E. (30 de abril al 7 de Mayo de 1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires.

Ministerio de Salud. (2021) *Estadísticas vitales Información Básica Argentina – Año 2019*, 5, (p.63). Buenos Aires.

Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades*. Paltex.

Paolino, M., Sankaranarayanan, R. y Arrossi, S. (2013). Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(6), 437–445.

Ramos, S., Tamburrino, M.C., Aguilera A., Capriatti, A., Lehner, P. y Peña, L. (2013). *Significaciones culturales, conocimientos y prácticas relativas al cáncer colorrectal, de mama y de cuello de útero: un estudio sociocultural para orientar la política comunicacional de los programas de prevención*. Argentina: Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud. URL: <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4236/1/0000000224cnt-26-significaciones-culturales.pdf>.

Solar, O. y Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization.

Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva*, 12(2), 149–71.

Tatti, S.A., Fleider, L.A. y Tinnirello, MdlÁ. (2008). Colposcopia y patologías del tracto genital inferior: En la era de la vacunación. *Médica Panamericana*.

Torres Cruz, C. y Suárez Díaz, E. (2020). La biomedicalización del riesgo sexual en América Latina en el siglo XXI. *Revista Ciencias de la salud*, 18 (3).

Viola, F.I., Bonet de Viola, A.M. y Espinoza, M. (2020). El racionalismo y la descorporalización moderna del parto: por una ecología del nacimiento. *Salud Colectiva*, 16:e2548.

World Health Organization (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. Geneva.

World Health Organization. (2021) *WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention*, second edition. Geneva.

Zamberlin, N., Thouyaret, L. y Arrosi, S. (2012). *Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del Pap*.

Zhang, S, Xu., H., Zhang, L, y Qiao, Y. (2020). Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chinese Journal of Cancer Research*, 32 (6), 720–800.