

CARTAS AL EDITOR

Consumo de bebidas saludables en México

Señor editor: Las Recomendaciones para la población Mexicana sobre el consumo de bebidas para una vida saludable¹ son un paso adelante en el esfuerzo por reducir de manera efectiva el creciente consumo de bebidas azucaradas y refrescos, que contribuye incuestionablemente a las epidemias de obesidad y enfermedades crónicas. Enfatizo efectiva puesto que las recomendaciones van más allá de describir el horror de la invasión de las gaseosas azucaradas, las cuales entre 1999 y 2006 se convirtieron en la fuente más importante de calorías líquidas para todos los grupos de edad y todos los estratos sociales en la sociedad mexicana; representan además un triste y poco meritorio éxito comercial de escala mundial.²

La quintaesencia de las Recomendaciones..., si se busca un equilibrio entre ciencia y praxis, podría estar alrededor de lo siguiente: el agua es vital y debería ser la fuente más importante de los líquidos consumidos en un día (52% de los ~2 500 ml recomendados); si se bebe café, hasta tres tazas es razonable (20%) pero sin azúcar; la leche es preferible sin grasa o reducida en grasa (15%). Se dice fácil, pero estamos, sin duda, ante una tarea formidable, y es por eso que las Recomendaciones... no son exclusivamente un aviso de servicio público (y que cada quien se las arregle), sino que se acompañan de instrumentos de política pública. Tres de ellos merecen especial mención.

Primero: el agua, que recibe atención central en la sección "Directrices sugeridas". Allí se propone que en escuelas, edificios y programas públicos el agua potable esté disponible para todos. Estamos frente a una pelea que será ganada no sólo con regulaciones –como no vender bebidas azucaradas o refrescos en las escuelas–, sino que requerirá necesariamente reponer el agua en la conciencia, la conveniencia, la economía y el paladar de los mexicanos. En muchos países latinoamericanos la industria de bebidas aprovechó la epidemia del cólera de inicios de los noventa y el temor al agua de la llave para introducir agua embotellada y refrescos con una mercadotecnia agresiva. El agua –potable– de la llave perdió prestigio, cayó en desgracia y ahora es preciso levantarla para convertirla en la irresistible primera opción a la hora de beber. Esto requiere, por cierto, además de voluntad política y concertación intersectorial, agua incuestionablemente pura y buena mercadotecnia.

El agua es también un recurso renovable que cumple un ciclo de vida y cuyo flujo no es ilimitado. Es un bien público que hay que cuidar y hay que invertir para preservarlo. El agua en botella no es una opción de salud personal y tampoco ambiental, por eso es que numerosos gobiernos nacionales y locales han establecido legislación para limitar el uso de agua en botella y promover el agua potable de la llave. Los países donde esto está ocurriendo son Estados Unidos de América, Italia, Dinamarca, Canadá, Francia, Inglaterra y Australia.³

Segundo: dada la importancia nutricional de la leche, es imperativo hacer lo que otros ya hicieron sin mayor trámite ni melodrama: cambiar los precios relativos y colocar la leche entera al mismo precio de la descremada. Y otro tanto debería pasar con el yogur.

Tercero: las recomendaciones anteriores hacen bien en acompañarse de medidas regulatorias como impuestos ("impuestos por cada gramo de azúcar agregado en bebidas...") e incentivos para la industria e instituciones –caso de las escuelas–, que adoptan tales recomendaciones. Las regulaciones sobre el etiquetado obligatorio, los reclamos de salud asociados con el producto y la publicidad comercial son también pieza clave de este esfuerzo. Y no sólo porque es preciso usar el garrote –en realidad muchos en la industria se avienen a cambiar–, sino porque reglas iguales para todos contribuyen a un mercado competitivo y más eficiente.

Enrique Jacoby MD, MPH
Asesor regional en Alimentación
Saludable y Vida Activa,
OPS/OMS, Washington DC.

Referencias

1. Rivera JA, Muñoz-Hernández O, Rosas-Peralta M, Aguilar-Salinas CA, Popkin BM, Willett WC. Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. *Salud Publica Mex* 2008;50:172-194.
2. Barquera S, Hernández-Barrera L, Tolentino ML, Espinosa J, Ng SW, Rivera J, et al. Energy Intake from Beverages is Increasing among Mexican Adolescents and Adults. *J Nutr* 2008;138:2454-2461.
3. Gies E. Is water a human right or a commodity? *WorldWatch* 2009;22(2):22-27.

No a la automedicación

Señor editor: A finales del año pasado fue publicado en el suplemento 4 el artículo "Nuevas etiquetas de medicamentos para apoyar la automedicación en México. El caso de un analgésico pediátrico". Nos llama mucho la atención que se difunda una acción de este tipo, sobre todo en una revista de carácter científico y de gran peso en el ámbito de la salud.

Durante décadas, quienes nos dedicamos a la atención de la salud hemos estado en contra de la automedicación, costumbre por demás arraigada en nuestro país, pero combatida por los trabajadores de la salud; incluso cuando enferma un médico recomendamos sea atendido por otro médico, para con ello no contribuir a la automedicación.

Consideramos que el artículo es un buen trabajo en cuanto a diseño y metodología empleada, y que señala de manera puntual algunos aspectos socioculturales y riesgos de los usuarios directos, expuestos a la práctica de la automedicación en México, dado el alto índice de analfabetas funcionales y la escasa cultura de dar lectura a los instructivos e indicaciones del uso de los productos que compramos y consumimos. Esto es por un lado, y por otro está la irresponsabilidad de las compañías farmacéuticas por no contar con un responsable del manejo y distribución de los mismos.

Sin duda alguna que la mercadotecnia y la modernidad ha venido a promover la mala costumbre de automedicarse; hoy en día gran cantidad de medicamentos se encuentran al alcance de todos, en farmacias y tiendas de autoservicio.

Pero jamás se justificará el fomento a la automedicación; por el contrario, se debería desalentar para proteger la seguridad del consumidor a los eventos adversos de los mismos, premisa responsable y fundamental que toda la industria farmacéutica en México debería de tener.

No estamos en contra de que las etiquetas sean más explícitas, y qué bueno que se sugiere claridad en los términos

sin embargo, la intención, tal y como se menciona en el artículo en cuestión, no solucionará el problema de la automedicación.

La automedicación es una mala costumbre que en ocasiones puede causar la muerte. Los medicamentos de libre acceso no están libres de reacciones secundarias y contraindicaciones, mismas que sólo el facultativo, con el conocimiento de farmacología y fisiología, puede entender y prevenir.

El mismo ácido acetilsalicílico, con todas sus bondades, tiene una gran cantidad de contraindicaciones y reacciones adversas que pueden llevar a agravar un síntoma. Es por ello que insistimos mucho en que todo medicamento sea expedido sólo con receta médica.

Conclusión: nos parece un buen intento el mejorar las etiquetas sobre información de los productos elaborados en la industria farmacéutica de nuestro país, además de agregar con letras grandes los tres efectos colaterales más frecuentes que ayuden a las personas que, por su decisión y riesgo propio, decidan automedicarse, pero jamás fomentar o apoyar la automedicación en nuestro país, como los sugiere la propuesta del título de este estudio en cuestión.

CD Ma. Esther Hernández Martínez,⁽¹⁾

Dra. María Luisa Cárdenas Castillo,⁽¹⁾

CD Rocío Laguna Legorreta,⁽¹⁾

Lic. en Enf. Edith Ochoa Chávez,⁽¹⁾

Dra. Lili Elguezabal Rodríguez,⁽¹⁾

CD Francisco Javier Vázquez Santana,⁽¹⁾

Dr. Leopoldo Contreras Gómez,⁽¹⁾

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias.⁽¹⁾

zenteno_gmo@yahoo.es

(1) Grupo de Investigación de la Región Sanitaria X, de la Secretaría de Salud Jalisco

Respuesta al Grupo de Investigación de la Región Sanitaria X, de la Secretaría de Salud de Jalisco

Les agradezco sus comentarios referentes al artículo que escribí sobre instructivos de medicamentos pensados en el usuario. Este texto refleja el proceso que seguimos

un grupo de especialistas en diseño de información preocupados por la automedicación en México, y que contribuyó con una propuesta concreta de cómo ayudar a evitar el mal uso de medicamentos de libre acceso.

Nuestro punto de partida es el hecho de que los medicamentos de libre acceso no requieren receta médica, por determinación de la autoridad. Dada esa realidad que enfrentamos, sin tomar partido sobre la conveniencia o no de que existan medicamentos de libre acceso, nos enfocamos a analizar sistemáticamente las instrucciones y el diseño de la etiqueta de un analgésico pediátrico, para asegurar que su uso sea el adecuado y que las personas que lo utilicen puedan tomar las decisiones pertinentes. El rediseño era especialmente importante porque ese analgésico en particular es de amplio uso entre población que puede ser funcionalmente analfabeta.

Esta aproximación hacia el manejo de información le permite al consumidor aprender a administrar correctamente el medicamento: el manejo de lenguaje llano, la organización del texto, las instrucciones claras le ofrecen a todos los usuarios, y hasta a la persona más vulnerable, el manejo de la información, el cual es un derecho que todos tenemos y un principio básico de democracia.

Esta visión de etiquetas con instructivos claros que estén al alcance del consumidor no son privativos de medicamentos de libre acceso. También existe la necesidad de que medicamentos de prescripción que debían ser adquiridos mediante receta médica también cuenten con instructivos claros. Como referencia, ha de comentarse que en países como Australia, las etiquetas de medicamentos de prescripción también tienen instructivos claros y pasan por un proceso de análisis semejante al descrito en el artículo. El entendimiento de las instrucciones es un tema de gran relevancia.

Finalmente, espero que al menos, todas las empresas farmacéuticas de libre acceso tengan instructivos claros y centrados en el usuario, así como campañas masivas de comunicación que insten a los

consumidores a leer cuidadosamente las indicaciones; de esta forma le estaríamos dando a todos los ciudadanos las herramientas para aprender a administrarse este tipo de medicamentos.

Agradezco a los editores de la revista *Salud Pública de México* que ofrezcan este espacio para que se discutan temas tan relevantes y que pueden tener distintos puntos de vista. Esta apertura permitirá llegar a propuestas más interesantes y de mayor beneficio para el país.

Dra. María González de Cossío
mdecosio@yahoo.com.mx

El debate sobre la automedicación

Señor editor: Agradecemos mucho los comentarios del Grupo de Investigación de la Región Sanitaria X, de la Secretaría de Salud, Jalisco. Sin duda, los temas que abordan –uso racional de medicamentos y automedicación– son muy relevantes para la salud pública.

En México, como en otros países, la regulación distingue entre aquellos medicamentos que requieren para su venta receta médica, y aquellos que no la requieren (llamados OTC – *over-the-counter*). Los medicamentos OTC tienen un margen riesgo/beneficio que permite su utilización sin supervisión médica para el alivio de una serie de síntomas (dolor de cabeza, fiebre, acidez estomacal, etc.) En este sentido, la automedicación con productos OTC es una forma de autocuidado de la salud, y no debe catalogarse como una práctica aberrante o peligrosa per se. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido la automedicación responsable con medicamentos OTC subrayando la importancia de la información dirigida a los usuarios para lograr su uso adecuado.¹

Lo que distingue a México de muchos otros países es la carencia de información que apoye la automedicación segura y responsable. En otros países,

los medicamentos OTC (e incluso los medicamentos que requieren receta) están acompañados de amplios insertos informativos dirigidos a los consumidores del producto que explican aspectos importantes tales como la interacción con otros medicamentos, qué reacciones adversas pueden ocurrir, o cuándo es necesario consultar al médico. Esta información es aprobada por las autoridades regulatorias para asegurar su confiabilidad y su actualización. La finalidad de proveer esta información es darle al usuario de medicamentos herramientas para que tome decisiones informadas sobre su salud, y protegerlo de riesgos potenciales derivados de consumir medicamentos. Diversos estudios han mostrado que los consumidores quieren información sobre sus medicamentos,² y que la información adecuada disminuye la ocurrencia de reacciones adversas.³

Un argumento que usualmente se esgrime en contra de la automedicación es que el solo alivio de síntomas podría potencialmente enmascarar alguna enfermedad, por lo cual la consulta médica es siempre imperativa. Sin embargo, difícilmente algún sistema de salud podría ser capaz de proveer atención médica para el manejo de cada síntoma leve. Por el contrario, la automedicación responsable para el tratamiento de algunos síntomas e incluso para el seguimiento de ciertas enfermedades crónicas (después de un diagnóstico médico inicial), disminuye la demanda impuesta en los servicios de salud.¹

Un elemento que se agrega y complica el debate sobre automedicación en México es el hecho de que, a diferencia de lo que ocurre en los países más desarrollados, en nuestro país los medicamentos que requieren receta médica (*éticos* o no OTC) frecuentemente son vendidos en las farmacias sin exigirse la receta. De hecho, estudios recientes demuestran que entre 43 y 59% de los medicamentos que requieren receta médica son vendidos sin este requisito.^{4,5} Por lo tanto, diversos autores en México han diferenciado entre automedicación (uso de medicamentos OTC)

y autoprescripción (uso de medicamentos *éticos* sin receta médica). La autoprescripción es desalentada por la OMS debido a que el margen riesgo/beneficio propio de estos medicamentos (por ejemplo los antibióticos) requiere que su uso ocurra bajo supervisión médica.

Sin embargo, es importante hacer énfasis que la autoprescripción no debe ser catalogada como una “mala costumbre” y mucho menos como un acto ilegal cometido por los pacientes, como algunas organizaciones gremiales médicas de México han sugerido.⁶ La autoprescripción es en realidad el resultado de un sistema regulatorio débil que permite la venta de medicamentos *éticos* sin receta. La misma Organización Panamericana de la Salud⁷ (OPS) señala que “[...] no parece razonable trasladar la responsabilidad de la obtención ilegal de medicamentos al consumidor o paciente, lego en medicina.” La OPS ha subrayado asimismo que es una equivocación sostener que los pacientes *compran medicamentos por iniciativa propia*; en lugar debería decirse que los medicamentos *se venden sin receta médica*, lo cual “mostraría claramente la falta de profesionalidad del sistema de comercio y la abierta infracción de las disposiciones legales por parte de las personas responsables de cumplirlas”.

En este sentido, creemos que en México deben emprenderse –en forma paralela– acciones para fortalecer la regulación de las farmacias, y acciones para mejorar la información que los pacientes reciben sobre los medicamentos que consumen. El trabajo presentado por González de Cossío⁸ describe una iniciativa muy importante para mejorar la información dirigida a los consumidores, promover el uso apropiado de medicamentos OTC y proteger la salud de los consumidores.

Veronika J Wirtz,⁽¹⁾

vwirtz@insp.mx

Anahí Dreser,⁽¹⁾

René Leyva⁽¹⁾

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud.
Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. El rol de los farmacéuticos en el auto-cuidado y la automedicación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998. Disponible en: <http://www.who.int/medicinedocs/en/d/jwhozip32e/3.3.html#jwhozip32e.3.3>
2. Ziegler DK, Mosier MC, Buenaver M, Okuyemi K. How much information about adverse effects of medication do patients want from physicians? Arch Intern Med 2001;161(5):706-713.
3. Raynor DK, Blenkinsopp A, Knapp P, Grime J, Nicolson DJ, Pollock K, et al. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. Health Technol Assess 2007;11(5):iii, 1-160.
4. Altagracia MM, Kravzov JJ, Moreno SR, Ríos CC, Vázquez ME. Self-medication in rural and urban communities in the state of Guerrero Mexico. Rev Mex Cienc Farma 2003;34:27-35.
5. Wirtz VJ, Taxis K, Dreser A. Pharmacy customers' knowledge of side effects of purchased medicines in Mexico. Trop Med Int Health 2009;14(1):93-100.
6. La Jornada. Proponen en congreso médico declarar ilegal la automedicación. Martes 29 de julio 2008. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/07/29/index.php?section=sociedad&article=042n2soc>
7. Organización Panamericana de la Salud. Legislación sobre antibióticos en América Latina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2004: 21
8. González de Cossío M. Nuevas etiquetas de medicamentos para apoyar la automedicación en México. El caso de un analgésico pediátrico. Salud Publica Mex 2008; 50 Suppl 4:S453-S462.

Enfermedad de Chagas en Jalisco, México

Señor editor: en relación con el artículo "Conocimiento epidemiológico y situación actual de la enfermedad de Chagas en el estado de Jalisco, México", ponemos a su consideración los siguientes comentarios. La revisión que se hace en el artículo pone de manifiesto la importancia de un problema que requiere, como señalan sus autores, "de la participación más activa y concreta de los académicos y los investigadores"¹ para la toma de decisiones en políticas de salud que al operarse por los servicios correspondientes, involucren a la población misma.

Con el ánimo de agregar algunos datos sobre la epidemiología histórica del padecimiento en el estado, consideramos importante señalar que en México el Dr. Luis Mazzotti, en 1937, describió la infección natural del *Trypanosoma* en el *Triatoma*, en varias áreas del país, entre ellas Jalisco.²

Además de los vectores señalados por el Dr. Lozano y cols.,¹ se han encontrado infectados por *Trypanosoma cruzi*, en nuestro estado:

Cuadro I
CASOS INFECTADOS POR *TRIPANOSOMA CRUZI*, REPORTADOS DURANTE 1966-1974 SEGÚN MUNICIPIO

Municipio	Casos	Porcentaje
De la Región Norte		
Bolaños	1	6.6
Colotlán	1	6.6
Chimaltitan	1	6.6
Santa María de los Ángeles	1	6.6
San Martín de Bolaños	1	6.6
Subtotal	5	33
De la Región Ciénega		
Atotonilco	2	13.3
Jamay	1	6.6
Ocotlán	2	13.3
Subtotal	5	33

De la Región Centro		
Acatlán de Juárez	1	6.6
Guadalajara	1	6.6
Tonalá	1	6.6
Subtotal	3	20

De la Región Altos		
Tepatitlán	1	6.6
Subtotal	1	7

De la Región Valles		
Ameca	1	6.6
Subtotal	1	7

Total 15 100

Fuente: referencia 8

Cuadro II
CASOS INFECTADOS POR *TRIPANOSOMA CRUZI*, REPORTADOS DURANTE 1966-1974, SEGÚN ALTURA

Altura sobre el nivel del mar	Casos	Porcentaje
900-999	1	6
1 000-1 199	0	0
1 200-1 399	3	20
1 400-1 599	6	40
1 600-1 799	5	34
Total	15	100

Fuente: referencia 8

Cuadro III
CASOS INFECTADOS POR *TRIPANOSOMA CRUZI*, REPORTADOS DURANTE 1966-1974, SEGÚN NUMERO DE HABITANTES

Número de habitantes	Casos	Porcentaje
100 o menos	5	33.5
100-999	5	33.5
1 000-4 999	2	13
5 000 y más	3	20
Total	15	100

Fuente: referencia 8

1. *Triatoma braivlosky*³
2. *Triatoma bolivari*⁴
3. *Triatoma Dimidiata maculipennis*⁵
4. *Triatoma recurva*⁶
5. *Triatoma rubida*⁶

Cabe señalar que en la región norte, el vector se conoce desde tiempos ancestrales; los indígenas Wixaricas (vulgarmente llamados huicholes) le denominan "chirrai" y durante los años sesenta la población de esos lugares relacionó la infestación de las casas por *Triatomidos*, con los rociamientos con DDT. De los hospederos con positividad a *T. cruzi* también está reportado *Scirus vulgaris*.⁷

CUADRO IV
CASOS INFECTADOS POR *TRIPANOSOMA CRUZI*, REPORTADOS
DURANTE 1966-1974, SEGÚN AÑO Y SEMESTRE DE REPORTE

Semestre de reporte	1966	1967	1969	1973	1974
Enero a junio	0	1	0	0	1
Julio a diciembre	2	0	7	4	0

Fuente: referencia 8

Cuadro V
CASOS INFECTADOS POR *TRIPANOSOMA CRUZI*, REPORTADOS
DURANTE 1966-1974, SEGÚN EDAD Y SEXO

Edad en años	Hombres		Mujeres		No Identificado		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
1 o menos	1	14					1	7
1 a 4	2	29					2	13
5 a 9	1	14	3	50	1	50	4	27
10 a 19	2	29	3	50			5	33
20 a 34	2	29					2	13
60					1	50	1	7
Total	8	53	6	40	1	7	15	100

Ji cuadrada <20 años vs. >19 años = 7.7 p <0.05

Fuente: referencia 8

Tripanosoma cruzi como agente patógeno del hombre, se reconoce en Jalisco desde 1966, a raíz de los hallazgos de los "microscopistas" de la Jurisdicción XII de la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo (CNEP), quienes habían acumulado cinco casos en los municipios jaliscienses de Chimaltitan y Santa María de los Ángeles y en los municipios de Tepechtlan y Jalpa del estado de Zacatecas, ubicados en los cañones de Bolaños, Tlaltenango y Juchipila; donde se venía haciendo pesquisa de paludismo desde 1962.

A partir de estos hallazgos se desarrollan las investigaciones de la enfermedad de Chagas en Jalisco, donde destacan

los estudios del grupo universitario que dirige el Dr. Lozano.¹

Los datos que a continuación se presentan se obtuvieron en 1974-75, cuando uno de los firmantes de esta carta dirigió el Departamento de Epidemiología de los Servicios Coordinados de Salud del estado.

Como se podrá observar, los datos sobre lugar, tiempo y persona en el periodo 1966-1974, orientan sobre el comportamiento epidemiológico de la enfermedad de Chagas en el Jalisco de esa época y pueden ayudar a contrastar la hipótesis sobre la influencia de los procesos de urbanización-industrialización y de globalización de la desigualdad, que ocurren

en nuestro estado a partir de la segunda década del siglo pasado, en la incidencia y prevalencia de la Tripanosomiasis en nuestro medio.

Dr. Javier E. García de Alba G,
Dra. Ana L. Salcedo Rocha
Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de
Servicios de Salud. IMSS-Jalisco.
javier_91046@yahoo.com,
analeticia_salcedorocha@yahoo.com.mx

Referencias

1. Lozano Kasten F, Magallón Gastélum E, Soto Gutiérrez Margarita, Kasten Monges M, Bosseno MF, Breniere SF. Conocimiento epidemiológico y situación actual de la enfermedad de Chagas en el estado de Jalisco, México. Salud Publica Mex 2008; 50: 508-515.
2. Mazotti L. Infección natural de *Tripanosoma cruzi* en *Triatoma dimidiata* (Crateille), en los estados de Yucatán, Campeche, Chiapas, Veracruz y Jalisco. Revista Mexicana de Medicina 1937; 17:283-286.
3. Martínez A, Carcavallo RU, Peláez D. *Triatoma brailovskyi*: nueva especie de *Triatominae* de México. Chagas 1984; 1: 39-42.
4. Carcavallo RU, Martínez A, Peláez D. Una nueva especie de *Triatoma* Laporte en México. Chagas 1987; 4: 477-477.
5. Pinto CF. Valor do rostro e antenas na caracteristisação dos géneros de tritómidos (*Hemiptera, reduviidae*) Bol Biol Sao paulo. 1931; 19: 45-136.
6. Disponible en: www.unibio-unam.mx/chagmex/DOCUMENTACION/mapas/tria-estado.html [Consultado el 8 de enero de 2009].
7. Tay J, Ortega M, Capin R. Estado actual de nuestros conocimientos sobre transmisores de la enfermedad de Chagas en Zacatecas y Jalisco, en México. Reporte de nuevas localidades infectadas. Rev Fac Med de México 1979; 15:221-226.
8. García de Alba G JE, Salcedo Rocha AL, Márquez AM, Gómez RH. Notas sobre las primeras detecciones de la enfermedad de Chagas en el estado de Jalisco, México. Cirugía y Cirujanos 1996; 64: 114-117.

Si no se es parte de la solución, se es parte del problema

Señor editor: Las preguntas comenzaron a formularse en el consultorio cuando indagamos acerca del Pap: ¿Cuándo fue el úl-

timo?, ¿para qué sirve?, y observamos que estas respuestas, que pensábamos obvias, eran ignoradas por muchas mujeres.

Asistimos a varias campañas de educación, insistimos hasta el cansancio en la importancia de la atención primaria de la salud (APS) y, sin embargo, no alcanza.

Sabemos que la educación para la cabal comprensión de las prácticas preventivas es esencial para lograr el compromiso del paciente con el cuidado de su salud y, sin embargo, el cáncer de cuello uterino (CaCu) continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial y es la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre las mujeres. En el mundo se estiman 500 000 casos anuales, de los cuales 80% corresponden a países en vías de desarrollo.¹

Las preguntas se consolidaron y por eso decidimos realizar una encuesta para conocer la percepción social de la gravedad del CaCu, los comportamientos y conocimientos sobre el Pap.

Evaluamos 418 encuestas. La edad media de las encuestadas fue de 37.85 ± 13.11 años.

De los resultados se puede inferir que:

- Comparando con la literatura consultada, la captación de la población en riesgo para la realización de Pap en los últimos años no se ha modificado.
- Alrededor de 1 de cada 10 mujeres nunca se ha realizado un Pap. En nuestro estudio 8% nunca se ha realizado un Pap; otros estudios indican que los porcentajes están entre 11 y 13.2%. La proporción de las mujeres que nunca se realizaron un Pap se acentúa en las jóvenes de bajo nivel socioeconómico.
- 44% de las mujeres no sabe para qué sirve realizarse un Pap. Las respues-

tas revelan expectativas que el Pap no cubre.

- 15% de las encuestadas no consideran el CaCu como un problema grave de salud.
- 81% atribuye la posibilidad de tener un resultado de anormal en su Pap a distintos síntomas, es decir, tiene la creencia que el CaCu dará señales de alarma precoces.

Sabemos que la disponibilidad del Pap no es, por sí misma, suficiente para reducir la mortalidad por CaCu.²

Sabemos que el CaCu es una enfermedad de pobres.³ Sabemos que estas mujeres son las que menos tienen, tienen menos acceso a la educación, al sistema de salud, tienen los menores ingresos, tienen los mayores maltratos, son las más discriminadas, por género y por condición social.

Sabemos que el conocimiento de la utilidad de la prueba de Pap es un factor importante para la utilización del método.¹ Sabemos todo esto y sin embargo insistimos con las mismas respuestas que no modifican la cantidad de muertes.

Muchos trabajos recomiendan el mejoramiento de la comunicación entre el equipo de salud y las pacientes para disminuir la cantidad de oportunidades de prevención perdidas. Esta recomendación se convierte en letra muerta si no comprendemos el significado real de la comunicación que este problema requiere. Insistimos en buscar las respuestas desde el Modelo Médico Hegemónico tan bien caracterizado por Eduardo Menéndez. Insistimos en un enfoque biológico, individualista, que niega lo social, asimétrico, autoritario, basado en la enfermedad, con participación subordinada y pasiva del paciente.

Un Pap implica lograr que una mujer y su entorno social nos confíen el

acceso a la más íntima interioridad de su cuerpo y de sus creencias. Debemos ganarnos este acceso comprendiendo que debemos cambiar, debemos diseñar nuevas políticas dirigidas a las mujeres que pongan el acento en que éstas comprendan cabalmente la importancia del Pap que debe salvar más vidas.

Debemos comprender que cualquier campaña resultará insuficiente si no damos un paso más y nos convencemos de que el CaCu es una enfermedad social. Debemos aprender que la información no es condición suficiente para el cambio de conducta que requiere la realización de un estudio sistemático durante gran parte de la vida. Debemos comprometernos en un cambio de modelo de la medicina, debemos tener la valentía de afrontar una apertura de nuestras concepciones y, junto con la sociedad, encontrar los mecanismos que nos permitan una toma de conciencia real de la magnitud del problema para tener la oportunidad de cambiar las cosas.

Dr. Ricardo La Valle.

Médico. Doctor de la UBA, Área Salud Pública.

Director de Programas Preventivos de Medifé

Asociación Civil. Profesor Adjunto de Salud Pública de la Universidad de Morón. Buenos Aires. Argentina.

lavaye@keko.net.

Referencias

1. Aguilar Pérez J, Leyva López A, Angulo Nájera D, Salinas A, Lazcano Ponce E. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev Saude Publica* 2003;37(1):100-106.
2. Isla V. Cáncer cervicouterino: el cáncer que no debe matar. *Agenda Salud* 2002;25:1-8.
3. Álvarez S. Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996;121:542-549.