



Universidad de Quintana Roo

DIVISIÓN DE CIENCIAS POLÍTICAS Y HUMANIDADES

**Cáncer cérvico uterino e interculturalidad
en Zona Maya, Quintana Roo, México**

Tesis para optar por el grado de
Maestría en Ciencias Sociales
Aplicadas a los Estudios Regionales

Presenta

Nancy Paola Chávez Arias

Director

Dr. Alexander W. Voss

Chetumal, Quintana Roo, México

Noviembre de 2012



Universidad de Quintana Roo

DIVISIÓN DE CIENCIAS POLÍTICAS Y HUMANIDADES

Tesis elaborada bajo la supervisión del comité de asesoría y aprobada como requisito parcial, para obtener el grado de:

Maestra en Ciencias Sociales Aplicadas a los Estudios Regionales

Comité:

Presidente: _____

Dr. Julio César Robertos Jiménez

Secretario: _____

Dr. Alexander W. Voss

Vocal: _____

Dr. Andreas Koechert

Chetumal, Quintana Roo, México, Noviembre de 2012

En memoria de

Aurora Flores Estrada

Andrea Martínez Miranda

Julieta Chávez Arias

María del Socorro Valencia Evia

Agradecimientos

Esta tesis fue posible gracias a la colaboración de Sabrina Speich von Escher, presidente de “Parteras Tradicionales Unidas *Tumben Cuxtal*, A.C.” y a la cooperación desinteresada de las parteras Aurelia Cahuich Canul y su hija Modesta Cohuo Cahuich; de Elsa González Ayala y de la partera y *x-men* Bernardina Góngora Tuz. Agradezco también a los Drs. Lidia Analco, Javier Lara y Saúl Badillo, a la Quím. Guadalupe Cetina y a la citotecnóloga Patricia Caballero por brindarme información y tiempo en la preparación de esta tesis.

A mis profesores de la maestría, en particular a aquellos que desde sus áreas de conocimiento contribuyeron a ampliar el panorama de mi formación antropológica con los aportes de otras ciencias sociales. También agradezco a mis compañeros por los momentos compartidos dentro y fuera de clase, que hicieron de los estudios un ambiente estimulante en lo intelectual, y muy agradable y divertido en el plano personal; especialmente agradezco a Harlen Tzuc por las ideas aportadas a este trabajo y a Jimmy Ramos, por su acompañamiento y ejemplo que siempre me motiva a continuar en lo intelectual y en lo personal.

A los Drs. Alexander Voss, Andreas Koechert, Julio César Robertos y Ever Canul que acompañaron la investigación desde sus inicios pero, ante todo, por sus consejos, apoyo y confianza en todo momento de mi formación profesional. A la Dra. Jorgelina Barrios por el interés, entusiasmo y los atinados comentarios realizados a este estudio. A los Drs. Ortwin Smailus y Claudine Hartau, y a mis amigos, Christin Podeyn y Mazlum Yassmile, cuyo apoyo fue indispensable durante mi estancia en la Universidad de Hamburgo.

Finalmente, agradezco el financiamiento de actividades académicas y de investigación que en su momento me otorgó la Universidad de Quintana Roo a través del Departamento de Ciencias Políticas y Humanidades (DCPH), al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por otorgarme el sustento durante la duración del posgrado y la beca-mixta para estancia de investigación en el extranjero; y al Programa de Jóvenes Investigadores (PROJI) de la Universidad de Quintana Roo con clave PROJI-2012-09 por patrocinar la impresión y empastado de esta tesis.

Resumen

El Cáncer Cérvico Uterino es una de las principales causas de muerte por neoplasia maligna en la población femenina. Las políticas públicas en torno a este padecimiento, priorizan la detección temprana para una atención oportuna. En México, se pone especial énfasis en las campañas de prevención dirigidas a población indígena y en situación de pobreza.

La presente investigación se centra en conocer cuáles son las representaciones sociales sobre dicha enfermedad que se gesta en la interacción entre prestadores de los servicios de salud pública y usuarios mayahablantes en la Zona Maya de Quintana Roo, México. El interés se orienta principalmente en los discursos de las especialistas tradicionales del ciclo reproductivo y el cuerpo femenino: las parteras.

A través de metodología cualitativa, se busca explorar el universo simbólico que las parteras expresan en relación al cáncer cérvico uterino y su interacción con las representaciones sociales propias de la medicina científica.

Posteriormente, con base en las teorías de la identidad social desde un punto de vista situacional, intersubjetivo, relacional y socio-contextual, se discute la pertinencia de integrar el paradigma de la interculturalidad en salud en las políticas públicas donde se exige una participación activa de la población.

Palabras clave: cáncer cérvico uterino, representaciones sociales, políticas públicas, identidad, interculturalidad.

Abstract

Cervical cancer is one of the main causes of death among the female population due to malignant neoplasm. Public policies concerning this condition prioritise early detection and hence, timely medical attention. In Mexico, special emphasis is placed on prevention campaigns which address indigenous populations in situations of poverty.

The present study is centred on researching social representations of this disease which are originated through the interaction of public health care workers with its Maya speaking users in the Mayan Zone in the state of Quintana Roo. The main interest focuses primarily on the discourse of the experts on the traditional reproductive cycle and the female body: the *parteras*.

Qualitative methodology is employed to explore the symbolical universe that the *parteras* express in relation to cervical cancer, in addition to their interaction with social representations which are proper of the scientific medicine.

The ensuing discussion regards the pertinence of the integration of the intercultural paradigm in public policies which require active participation of the population in health sector. The former is based on theories of social identity from a contextual, socio-situational and intersubjective standpoint.

Key concepts: cervical cancer, social representation, public policies, identity, interculturality.

ÍNDICE

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS.....	11
INTRODUCCIÓN	12
0.1 Planteamiento del problema	12
0.2 Objetivo general y objetivos específicos	13
0.3 Contenido de los capítulos	14
0.4 Marco epistemológico.....	15
0.4.1 Método de recolección de datos.....	19
0.4.2 Método de análisis de datos	22
CAPÍTULO 1. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y NORMATIVO DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.....	25
1.1 Introducción	25
1.2 Panorama epidemiológico mundial.....	25
1.3 Panorama epidemiológico nacional	30
1.4 Panorama epidemiológico en el Estado de Quintana Roo.	35
1.5 Contexto normativo oficial	41
1.5.1 El enfoque de la Norma Oficial Mexicana.	44
1.5.2 El enfoque del Instituto Nacional de Salud Pública.....	45
1.5.3 El enfoque de la Organización Panamericana de la Salud.....	46
1.5.4 El enfoque del Instituto Mesoamericano de Salud Pública.	47
1.6 Conclusión	49
CAPÍTULO 2. CONTEXTO SOCIOCULTURAL DE LA ZONA MAYA.....	51
2.1 Introducción	51
2.2 Poblamiento del Territorio de Quintana Roo	52
2.3 El Estado de Quintana Roo, sus regiones y su desarrollo.....	57

2.4 Procesos de regionalización en Zona Maya.....	67
2.5 Infraestructura sanitaria en la entidad.	77
 CAPÍTULO 3. REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.....	 80
3.1 Introducción.....	80
3.2 El marco teórico.....	80
3.3 Los actores sociales y el contexto.....	84
3.4 Identidades colectivas y representaciones sociales	94
3.5.1 Narrativas sobre cáncer cérvico uterino.....	111
3.5.2 Resultados	128
3.6 Conclusiones.....	131
 CAPÍTULO 4. CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y POLÍTICAS PÚBLICAS	 134
4.1 Introducción	134
4.2 Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre Cáncer Cérvico uterino.....	134
4.2.1 Organización del programa.....	138
4.2.2 Infraestructura	143
4.2.3 El modelo para la prevención	146
4.3 Conclusiones.....	152
 CONSIDERACIONES FINALES. LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO DESDE EL PARADIGMA DE LA INTERCULTURALIDAD	 156
 ANEXO A. ENTREVISTA A PROFUNDIDAD.	 172
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 178
 OTRAS FUENTES CONSULTADAS.....	 181

ÍNDICE DE GRÁFICAS, FIGURAS Y CUADROS

GRÁFICAS

Gráfica 1. Tasas de morbi-mortalidad por cacu en las regiones del mundo.....	26
Gráfica 2. Incidencia y mortalidad por cacu en países desarrollados y en vías de desarrollo.....	27
Gráfica 3. Tasas de morbilidad por cáncer en mujeres de las regiones de américa.	28
Gráfica 4. Tasas de mortalidad por cáncer en mujeres de las regiones de américa.....	29
Gráfica 5. Tasas de morbi-mortalidad por cacu en las regiones de américa.	30
Gráfica 6. Distribución de las principales causas de muerte en mujeres mexicanas, 1980-2007.	31
Gráfica 7. Tasa de mortalidad en mujeres por tumores malignos, 1980 y 2007.	32
Gráfica 8. Número de defunciones por cacu y cama en méxico de 1979 a 2006.....	33
Gráfica 9. Tasas estandarizadas de mortalidad por cacu y cama en méxico de 1979 a 2006.	34
Gráfica 10. Tasas estandarizadas de mortalidad por cama y cacu por entidad federativa, según grado de marginación en méxico en 2000 y 2006.....	37
Gráfica 11. Tasa de mortalidad por cacu en quintana roo de 2005 a 2010.	38
Gráfica 12. Proporción de localidades menores a 2,500 habitantes y concentración de la población.	39
Gráfica 13. Tasa estandarizada de mortalidad por cacu en municipios de quintana roo 2005-2010. 40	
Gráfica 14. Relación de tasa de mortalidad por cacu y porcentaje de mujeres mayores de 25 años hablantes de lengua indígena.....	41
Gráfica 15. Porcentaje de mujeres con y sin derechohabiencia.	79

FIGURAS

Figura 1. Tasas estandarizadas de mortalidad por cacu y cama por regiones de méxico en 2006. ...	35
Figura 2. Tasas estandarizadas de mortalidad por cama y cacu por entidad federativa, 2008.	36
Figura 3. Mapa de poblaciones urbanas de quintana roo, 2010.	69
Figura 4. Mapa de distribución de parteras en zona maya.	85

CUADROS

Cuadro 1. Número de muertes por cacu en los municipios de quintana roo de 2005 a 2010.....	39
Cuadro 2. Zonas socioeconómicas de quintana roo.	58
Cuadro 3. Tamaño de población y porcentaje relativo estatal por zona.....	62
Cuadro 4. Distribución poblacional y densidad demográfica, quintana roo, 2010.	63
Cuadro 5. Porcentaje de concentración urbana y rural por zona, municipio y ciudad, 2010.	68
Cuadro 6. Comparativo municipal demográfico y económico.....	75
Cuadro 7. Principales indicadores del desarrollo por zonas.....	76
Cuadro 8. Jurisdicciones sanitarias del estado de quintana roo.....	77
Cuadro 9. Unidades médicas de las instituciones públicas de salud, quintana roo.	78
Cuadro 10. Infraestructura en salud para población no asegurada.	78
Cuadro 11. Marco conceptual con el que opera el programa 2007-2012 sobre cacu.....	136
Cuadro 12. Organización del programa.	140

Cuadro 13. Acciones realizadas y áreas de oportunidad del programa, quintana roo 2012.....	141
Cuadro 14. Metas anuales 2007-2012. Fuente: pae.cacu 2007-2012.	142
Cuadro 15. Indicadores de estructura.	143
Cuadro 16. Recursos físicos humanos por institución en quintana roo.....	144
Cuadro 17. Intervenciones y acciones para la prevención y control del cacu.....	147
Cuadro 18. Matriz de responsabilidades.	150
Cuadro 19. Propuesta de acción intercultural en salud.	153

Glosario de Acrónimos

ACCP: *Alliance for Cervical Cancer Prevention*

CENETEC: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

CNEGySR: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

CONAPO: Consejo Nacional de Población

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

DGCS: Dirección General de Comunicación Social

DGIS: Dirección General de Información en Salud

DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

DGPS: Dirección General de Promoción de la Salud

DGTI: Dirección General de Tecnología e Información

DIF: Desarrollo Integral de la Familia

DMTyDI: Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

GLOBOCAN: *Cancer Incidence and Mortality Worldwide*

IARC: *International Agency for Research on Cancer*

ICO: *Institutio Catalá d'Oncología*

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INCAN: Instituto Nacional de Cancerología

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

NOM-014-SSA-1994: Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamientos, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvicouterino

OMS / WHO: Organización Mundial de la Salud / *World Health Organization*

OPS / PAHO: Organización Panamericana de la Salud / *Panamerican Health Organization*

PAP: Prueba Papanicolaou o citología cervical

PRODEMAY: Programa de Desarrollo Socio-económico de la Zona Maya

SESA: Secretaría Estatal de Salud del estado de Quintana Roo

SICAM: Sistema de Información de Cáncer en la Mujer

SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud

UNICEF: *United Nations International Children's Emergency Fund*

Introducción

0.1 Planteamiento del problema

El fomento de la “cultura de la prevención” en las políticas públicas de los servicios de salud, expresada a nivel internacional en la conferencia paradigmática de Alma-Ata (1978), lleva a considerar a los usuarios no sólo como entes pasivos receptores de la medicalización alópata cuando la enfermedad se presenta, sino como agentes activos que fomentan en sí mismos hábitos y prácticas para la conservación de la salud, es decir, la OMS reconoce la importancia de la atención primaria y la participación popular. Esto ha llevado a una serie de modificaciones en las prácticas de atención pública de los países firmantes -entre ellos México- en las cuales se pone énfasis en la llamada “educación en salud”, a través de consejerías médicas, campañas de concientización, y otros mecanismos de promoción de conductas esperadas, en una relación unilateral entre el prestador del servicio y el usuario, donde el primero promueve la información que debe ser asimilada por el segundo para que modifique sus hábitos en relación a su salud.

Debido a que el proceso de comunicación no responde a un modelo simple de emisor – receptor – canal – mensaje, y la trama social es más compleja en sus procesos de simbolización de la realidad misma, en el presente trabajo de investigación de tesis, se conjugan dos amplias variables que al ponerlas analíticamente en interacción dan por resultado la necesidad de incluir conceptos mediante los cuales pueda ser abordada la realidad que se intenta describir; por un lado, los discursos y políticas de salud pública centradas en la prevención de enfermedades crónico degenerativas prioritarias, y por el otro lado, las representaciones sociales que se gestan en torno a la enfermedad desde el punto de vista de los conjuntos sociales a las que se dirigen. En este caso, se trata de la relación existente entre el fenómeno del cáncer cérvico uterino como construcción simbólico-social, dirigido a población mayahablante del Estado de Quintana Roo.

Es común que los estudios en ciencias sociales enfocados en la salud de los pueblos indígenas, principalmente la antropología, concentren su atención en la línea culturalista abordando temas como prácticas médicas tradicionales, herbolaria popular, rituales mágico-religiosos para la recuperación y preservación de la salud, etc., sin duda imprescindibles en la lucha por el reconocimiento y legitimación de los mismos; Gonzalo Aguirre Beltrán es

emblemático en este tipo de estudios con una vasta obra publicada de 1943 a 1982 (Zolla, 2008).

En un segundo momento del desarrollo científico, durante la década de 1980, los estudios de antropología médica crítica -*Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán* (1981) de Eduardo L. Menéndez- y de sociología médica crítica -*Crisis, salud, enfermedad y práctica médica* (1990) de Raúl Rojas Soriano- enfatizan en el estudio de los contextos de interacción entre modelos médicos diferenciales en un marco teórico de hegemonía / subalternidad.

El desafío que presenta el siglo XXI nos invita a retomar estos precedentes para integrarlos en una visión pragmática en contextos multiculturales, en los que se tendrían que replantear conceptos como identidad y etnicidad, para su reubicación en el paradigma de interculturalidad en salud. En concreto, esta tesis toma como ejemplo el estudio sobre las representaciones sociales en torno la prevención del cáncer cérvico uterino desde dos puntos de vista: el discurso de la medicina científica global traducido en políticas públicas y el discurso de un segmento de población mayahablante que recepciona la información y la organiza e interpreta a través de un marco simbólico culturalmente configurado.

0.2 Objetivo general y objetivos específicos

El objetivo general es analizar la relación existente entre políticas y programas de salud pública respecto a la prevención del cáncer cérvico uterino, y las representaciones y prácticas que sobre el mismo tema tienen las especialistas médicas del cuerpo de la mujer en las comunidades mayas yucatecas del estado de Quintana Roo: las parteras. Para la organización de la información y efectos del análisis, la tesis se divide en cuatro capítulos que responden a los objetivos específicos de la investigación los cuales son:

1. Presentar las estadísticas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino y el contexto normativo oficial sobre las políticas de prevención y la aplicación de los programas específicos de salud pública.
2. Definir el contexto social y demográfico del área de estudio a través de una revisión histórica sobre la región y la Zona Maya.
3. Analizar las representaciones sobre el cáncer cérvico uterino a la luz de las teorías

sobre las identidades sociales.

4. Describir y evaluar el Programa de Acción Específico sobre Cáncer Cérvico Uterino 2007-2012 y sus potencialidades para su inserción en el paradigma de interculturalidad en salud.
5. Sintetizar los resultados obtenidos sobre las representaciones sociales del cáncer cérvico uterino bajo el paradigma de la interculturalidad en salud.

0.3 Contenido de los capítulos

El primer capítulo se divide en dos ejes: epidemiológico y normativo. En el primer eje se presenta el panorama epidemiológico del cáncer cérvico uterino el cual registra en tres niveles –internacional, nacional y local- una relación directa entre altos índices de marginación y pobreza con altas tasas de incidencia de la enfermedad; en el segundo eje se exponen de manera general los esfuerzos encaminados a su prevención a través de la descripción del contexto normativo oficial para la prevención y control del cáncer cérvico uterino e integra el enfoque de los organismos internacionales y nacionales en los cuales se basan los lineamientos generales de las acciones locales.

En el segundo capítulo se describe la creciente marginación socioeconómica de la Zona Maya respecto a las otras zonas de Quintana Roo; a pesar de la preocupación expresada hace cuarenta años sobre dicha tendencia no se ha logrado revertir el proceso de una distribución demográfica caracterizada por la dispersión y la polarización, lo que genera un fuerte flujo migratorio definitivo y temporal, y con ello, una trama de representaciones y prácticas culturales que no se pueden entender como reductos de un pasado indígena intacto, sino como producto en transformación de interacciones identitarias intensas y frecuentes.

En el tercer y cuarto capítulo se muestra desde la perspectiva intersubjetiva de las representaciones sociales de la población maya, y desde la política pública respectivamente, las estrategias gubernamentales implementadas para revertir las tasas de mortalidad del cáncer cérvico uterino en zonas de alta marginación. Entre los resultados se muestra que la estrategia que más impacto ha tenido, ha sido la de condicionar el aporte económico mensual del programa IMSS-OPORTUNIDADES con la consulta ginecológica periódica. Se argumenta que tal procedimiento ha logrado disminuir las tasas de mortalidad en la

región, no obstante en el capítulo cuatro se discute la fragilidad de la estrategia la cual, así planteada, reproduce las prácticas coercitivas y asistencialistas que han caracterizado por décadas a la relación entre el Estado con su población más vulnerable, lo que tiende a acrecentar la vulnerabilidad de dichos sectores de la sociedad y a su vez no genera la respuesta esperada en los sectores urbanos populares que no son beneficiarios de este tipo de asistencia social.

En el capítulo tres se discute ampliamente el concepto de identidades sociales que sirve de soporte al concepto de interculturalidad y en el capítulo cuatro se busca la manera de integrar el paradigma intercultural en la realidad local según el Plan de Acción Específico vigente (PAE/CaCu/2007-2012); pero no se aborda de manera directa lo que se entiende por interculturalidad en salud, tema que se tratará en el apartado de consideraciones finales.

0.4 Marco epistemológico

Se distingue del marco teórico (presentado en el capítulo 3) el procedimiento epistemológico que se lleva a cabo en la elaboración de la tesis, desde la selección de la información y la organización de los capítulos hasta las implicaciones en las técnicas y herramientas empleadas en la recolección y el análisis de los datos.

Al llevar a cabo un estudio sobre *representaciones sociales* en un contexto de interculturalidad, se reconocen universos simbólicos producidos por grupos identitarios diferenciados. Por ello, el marco teórico se vincula estrechamente con el marco epistemológico a través de la aclaración y uso de conceptos como identidad individual, identidad colectiva e interculturalidad.

En este estudio se parte del supuesto de que las representaciones sociales del cáncer cérvico uterino, en tanto productos sociales, son construidas culturalmente y tienen un significado particular en el universo simbólico de los grupos que lo generan y apropian. En tal sentido, se toma en cuenta que incluso el discurso biomédico responde a representaciones sociales que se instrumentan culturalmente a partir de las relaciones de poder entre el Estado y la población objetivo de las políticas públicas en salud. En otras palabras, la “realidad objetiva” que se conoce hasta ahora sobre la enfermedad basada en los métodos propios de la biomedicina, la química, y otras ciencias naturales, pasan necesariamente por el filtro de lo social y, sobre todo, por el filtro de las políticas públicas

concretas ante la necesidad de la instrumentalización del conocimiento con fines de control epidemiológico.

Ante este fenómeno, se tiene que las representaciones sociales de carácter hegemónico, es decir, las producidas por la biomedicina, se enfrentan continuamente a las representaciones sociales de los sujetos a nivel local. La interacción entre estos dos universos simbólicos, la forma de expresar su contenido a través de los canales de información disponibles, y la asimilación y apropiación culturalmente determinada por parte del grupo local, son los elementos que interesan en esta investigación.

Para ello se recurre al concepto de representaciones sociales como herramienta analítica de dicho fenómeno de carácter intercultural y a continuación se explican sus implicaciones metodológicas. En primer lugar, se sabe que

“Cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican y, además, los evalúan, es porque tienen una representación social de ese objeto... Las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales (RS) sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común” (Araya-Umaña, 2002: 11)

El objeto social del que aquí se trata es el cáncer cérvico uterino, y se identifican sus representaciones sociales en tanto que el tema está inserto en procesos de comunicación y pensamiento social. En general, el colectivo social que produce el discurso y lo comunica pertenece al universo simbólico de la biomedicina y utiliza los canales de comunicación hegemónica como los aparatos de Estado y los medios de comunicación masiva para hacer llegar determinada información a la población, con el objetivo de incidir en sus conductas, ante todo en la búsqueda de la prevención y atención oportuna de la patología.

Por otra parte, el colectivo social que registra dicha información, aunque no es productor directo del discurso, tampoco es receptor pasivo del mismo, sino que, de acuerdo a las pautas y esquemas culturales de cada grupo social, los sujetos registran, clasifican, evalúan y explican de tal manera que los nuevos elementos informativos se inserten de

manera coherente en un universo simbólico ya establecido con anterioridad. Este proceso no sucede, o no solamente sucede de manera individual, sino que se trata de la construcción social de la realidad a partir de la adscripción individual a distintos grupos sociales.

La pertenencia a múltiples grupos sociales va a determinar el carácter y contenido de las representaciones, y la posición social en la estructura de poder de dichos grupos va a jugar un papel determinante en el acopio y difusión de los contenidos culturales de las representaciones. Por ello, “una condición inherente en los estudios de representación social es la identificación del contexto social en el cual se insertan las personas que elaboran las representaciones sociales, pues se busca detectar la ideología, las normas y los valores de personas e instituciones y los grupos de pertenencia y referencia” (Araya-Umaña, 2002: 16).

Aún así, la situación jerárquica de personas y grupos no es absoluta y estática, sino dinámica y relativa a los contextos cotidianos y situacionales de los sujetos. Tomando en cuenta lo anterior, y considerando el carácter productor más que reproductor de todo sujeto y grupo cultural constructor de la realidad social, es que se ha decidido trabajar con parteras de la Zona Maya y no con una muestra aleatoria de usuarias generales; pues, se considera, por un lado, que el campo de la representación social sobre el cuerpo de la mujer es común al oficio de la partería; y, por otro lado, se parte del supuesto argumentado en otras investigaciones de que la partera representa una figura de autoridad a nivel local y, por lo tanto, su carácter de productora y difusora de representaciones sociales es determinante y representativo del contenido y significado cultural que se le ha dado al cáncer cérvico uterino en la población mayahablante del Estado de Quintana Roo.

Así, se eligió trabajar con un conjunto de sujetos sociales representativos de ambos universos simbólicos, por un lado, prestadores de servicios de salud estatal, operativos (citotecnólogos) y directivos (jefes de salud reproductiva estatal y jurisdiccional), y otros representantes de la medicina científica (subsecretario de salud y presidente del Colegio de Médicos del Estado); y por otro lado, las especialistas locales del cuerpo femenino en población mayahablante (parteras tradicionales).

El discurso sobre el cáncer cérvico uterino desde la medicina científica se sigue principalmente a través del análisis de las políticas públicas y programas sociales, y el

núcleo de las representaciones sociales se refleja sobre todo en la difusión reiterativa de información acerca de los factores de riesgo y protección ante la enfermedad.

Pero las representaciones sociales a nivel local de las personas a las que va dirigida dicha información, no tienen un canal de comunicación que trascienda el nivel interpersonal, por ello, en esta tesis se hace énfasis en el análisis del discurso de las parteras respecto a lo que ellas consideran que es el cáncer cérvico uterino. Para ello se toma en cuenta la articulación entre espacio, procesos sociales y sujetos involucrados. Es decir, se consideran las interacciones intra e intergrupales de las sujetos con el fin de conjugar la información que les llega desde el sector biomédico con la información y soporte conceptual de su propio grupo de interacción, que en este caso se podría considerar de carácter étnico, cuestión que se discute en el capítulo 3.

Siguiendo a Araya Umaña (2002: 12-19), se asientan las bases epistemológicas de este estudio partiendo de Serge Moscovici, que en 1961, es quien introduce la noción de representación social, pero es hasta 1976 que retoma algunos aspectos interesantes de la teoría hermenéutica de Berger y Luckmann. Ambos enfoques tienen en común la consideración de que la realidad es relativa al sistema de lectura que se le aplica, pero su principal discrepancia está en que:

“Para la corriente hermenéutica la realidad siempre actúa a través de la interpretación de los seres sociales, de modo que no hay más realidad que la realidad tal y como es descifrada por las personas. Son los significados que se le atribuyen los que van a constituir la como la única realidad que, efectivamente, existe para las personas... La teoría de las representaciones sociales también enfatiza la importancia de los significados; el papel de los aspectos simbólicos y de la actividad interpretativa de las personas, sin embargo, no admite que la construcción de la realidad pueda resumirse a su interpretación” (Araya-Umaña, 2002: 18-19)

Y este ligero cambio de enfoque resulta de gran importancia sobre todo en los estudios de la salud humana, pues si bien desde la teoría hermenéutica se considera que la naturaleza es también un concepto cultural –y evidentemente “lo natural” también es susceptible de representación social-, la realidad objetiva en la que las personas enferman y mueren no se debe perder de vista. Y aunque ningún sujeto o grupo social la pueda abordar de manera

absoluta, desde la teoría de las representaciones sociales se sabe que está ahí y sobre ella se producen los universos simbólicos, y también sobre ella interactúan entre sí las diferencias culturales, por lo que también es una manera de evitar el relativismo cultural inserto en algunos enfoques antropológicos, y sirve también para discutir con más sustancia el concepto de interculturalidad que se aborda en el apartado de las conclusiones.

Para Moscovici (citado en Araya-Umaña, 2002: 16-17) la base de la teoría de las representaciones sociales se resume en las siguientes posturas epistemológicas:

- Cambiar el foco de nuestro interés y de nuestras investigaciones del plano individual al plano colectivo, lo cual nos conduce a dar prioridad a los lazos intersubjetivos y sociales más que a los lazos sujeto-objeto.
- Acabar con la separación existente entre los procesos y los contenidos del pensamiento social y siguiendo el ejemplo de la antropología y el psicoanálisis, elucidar los mecanismos viendo el contenido que de ellos resulta y deducir los contenidos partiendo de los mecanismos.
- Revertir el rol de laboratorio y el rol de observación, es decir, emprender el estudio de las representaciones sociales en su propio contexto preocupándonos por nuestras realidades.

Tomando en cuenta dichos supuestos básicos, se elaboran entonces las herramientas y técnicas de recolección y análisis de datos.

0.4.1 Método de recolección de datos

Existen tres líneas de investigación de las representaciones sociales que se han ido perfilando a través del tiempo (Pereira de Sá [1998] citado en Araya-Umaña, 2002: 47-48):

“• Escuela clásica: desarrollada por Denise Jodelet en estrecha cercanía con la propuesta de Serge Moscovici. El énfasis está más en el aspecto constituyente que en el aspecto constituido de las representaciones. Metodológicamente recurre, por excelencia, al uso de técnicas cualitativas, en especial las entrevistas en profundidad y el análisis de contenido.

• Escuela de Aix-en- Provence: esta escuela es desarrollada desde 1976 por Jean Claude Abric y está centrada en los procesos cognitivos. Se le conoce como el enfoque

INTRODUCCIÓN

estructural de las representaciones sociales. Por excelencia recurre a las técnicas experimentales.

- Escuela de Ginebra. El máximo exponente es Willen Doise. Es conocida como la escuela sociológica pues se centra en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales”.

La autora Araya-Umaña (2002) distingue entre el enfoque procesual y el estructural, según se trate de la escuela de Moscovici / Jodelet o de la escuela de Abric, respectivamente. El primero recurre a métodos cualitativos pues “privilegia el análisis de lo social, de la cultura y de las interacciones sociales” (2002: 48); mientras que el segundo enfoque enfatiza más a los análisis cuantitativos, pues en éste se “privilegia el funcionamiento cognitivo y el del aparato psíquico y para ello recurre a los postulados que se derivan del método experimental así como a sofisticados análisis multivariados” (2002: 48)

El presente estudio se centra en el enfoque procesual, cuyo énfasis está en el proceso social y en el contenido de la representación social más que en los mecanismos cognitivos. Por lo tanto, el método de recolección de datos es de carácter cualitativo. En cuanto a las herramientas de recolección de datos, se aplicaron entrevistas a profundidad (EP) a través de cuestionarios semidirigidos -para efectos de comparación-, en conjunción con técnicas etnográficas y posteriormente se realizó el análisis de contenido del discurso.

Hay autores que distinguen entre entrevistas a profundidad y cuestionario; este último puede contener preguntas abiertas o cerradas, de acuerdo a la libertad de extensión en la respuesta que se le dé al sujeto. Si sólo contiene preguntas cerradas por lo general se le denomina encuesta. En este sentido, de la entrevista a profundidad se dice que

“con esta técnica, la propia investigadora o investigador es el instrumento de la investigación y no el protocolo o guión de la entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas” (Taylor y Bodgan, [1992] en Araya-Umaña: 55).

Se entiende que la investigadora tiene que estar en contacto continuo y permanente con los sujetos de estudio hasta llegar a conocer, en cierto grado, cuáles son las preguntas que se deben hacer y cómo se deben hacerlas. Cabe mencionar que este trabajo de investigación

INTRODUCCIÓN

tiene como antecedente la elaboración de la tesis de licenciatura en antropología social, *Imágenes rituales. Referentes de la cosmovisión maya actual: el caso del tip'te'* (Chávez Arias: 2009), en el que se abordaron temas en relación a las representaciones sociales sobre el cuerpo humano y la interpretación sociocultural de los desajustes físicos entre población mayahablante. Por ello se tuvo la oportunidad de realizar un cuestionario que rescatara algunos aspectos culturales en relación al universo simbólico de los sujetos sociales del estudio. Entre las ventajas del uso del cuestionario, según Araya-Umaña, frente a lo que ella distingue como entrevista a profundidad

“está la estandarización que no solo reduce los costos, sino también los riesgos que se derivan de las posturas subjetivas de las personas que entrevistan. Sin embargo la estandarización es también una limitante pues inhibe la expresión libre de las personas al sujetarlas a las interrogantes que les son propuestas y al limitar sus propias interrogaciones. Por lo anterior, para el estudio de las RS, el cuestionario debe ser concebido de manera que permita y valore la actividad de la persona interrogada, por medio de la inclusión de un número mayor de preguntas abiertas y proponiendo a la persona entrevistada un amplio abanico de respuestas” (Araya-Umaña, 2002: 57)

En tal entendido, se realizó un cuestionario sólo de preguntas abiertas dividido en ocho tópicos principales: vida cotidiana, dinámica familiar, oficio de partera, cuerpo humano / cuerpo femenino, cáncer en general / cáncer cérvico uterino en particular, examen citológico o prueba Papanicolaou, experiencias de interacción con prestadores de servicios de salud e identidad / etnicidad. En cada entrevista se indaga también en el uso de expresiones en lengua maya con el fin de comprender mejor el universo simbólico de las representaciones sociales en el propio idioma materno de los sujetos entrevistados (cuando fue necesario se requirió de la ayuda de un intérprete).

El cuestionario se diseñó de tal manera que está basado en el conocimiento de las cuatro funciones de las representaciones sociales:

- La comprensión, función que posibilita pensar el mundo y sus relaciones.
- La valoración, que permite calificar o enjuiciar hechos.

- La comunicación, a partir de la cual las personas interactúan mediante la creación y recreación de las representaciones sociales.
- La actuación, que está condicionada por las representaciones sociales. (Sandoval [1997] citado en Araya-Umaña: 37)

Por otra parte, el estudio sociohistórico de la zona de estudio (capítulo 2) nos permite un acercamiento de carácter etnográfico, el cual

“permite recoger el contenido de una representación social, referirla directamente a su contexto y estudiar sus relaciones con las prácticas sociales establecidas por el grupo. De esta manera es posible combinar las técnicas etnográficas, entre otras, con encuestas; cuestionarios y análisis históricos” (Araya-Umaña, 2002: 59).

0.4.2 Método de análisis de datos

Las entrevistas fueron grabadas en digital y posteriormente transcritas. Cada una de ellas tuvo una duración de alrededor de 60 minutos. Los sujetos del estudio de las representaciones desde la perspectiva local fueron dos parteras mayahablantes de la localidad de Felipe Carrillo Puerto y dos parteras mayahablantes de Chunchuhub, ambas localidades pertenecientes al municipio de Felipe Carrillo Puerto.

“por las técnicas que son utilizadas en la investigación cualitativa... el tipo de dato recogido suele expresarse en cadenas verbales y no mediante valores numéricos... Dado su carácter polisémico, su naturaleza predominantemente verbal, su irrepetibilidad y el gran volumen que suele recogerse, el análisis de datos es visto como una de las tareas de mayor dificultad en el proceso de la investigación cualitativa” (Araya-Umaña, 2002: 69).

El resultado fue alrededor de 250 minutos de grabación, que al momento de transcribir integraron aproximadamente 80 páginas de discurso. Para el análisis, se usó la técnica propuesta por la *Grounded Theory*, la cual consiste en “descubrir la teoría desde los datos a través de un método general de análisis comparativo” (Glaser y Strauss, 1967).

INTRODUCCIÓN

“una teoría fundada empíricamente deberá explicar al mismo tiempo de describir, lo que hace de esta metodología una alternativa indicada para el estudio de las representaciones sociales, ya que permite tanto el estudio de sus contenidos (aspecto descriptivo) como de su estructura interna (aspecto explicativo). Sus procedimientos de análisis, efectivamente, permiten reconstruir las representaciones en dos etapas: 1) análisis descriptivo y 2) análisis relacional” (Araya-Umaña, 2002: 70).

En la primera etapa, se realizó el análisis descriptivo de los datos. En un primer momento se codificó la información obtenida a través de la fragmentación, la conceptualización y la articulación analítica, es decir, se articularon de una nueva manera centrando el tema del análisis solamente en la representación social en torno al cáncer cérvico uterino, cuyos elementos se encontraban difuminados a lo largo del resto de los tópicos de la entrevista (ver anexo A: entrevista a profundidad). “Los conceptos y códigos generados a través de la codificación tienen un carácter provisional. Este tipo de codificación se denomina *codificación abierta* y su objetivo principal es abrir la indagación” (Araya-Umaña, 2002: 71).

En un segundo paso, se realizó una comparación permanente y constante entre los datos codificados de las cuatro entrevistas. Los resultados se fueron registrando en cadenas verbales de manera gráfica y manual, con el fin de establecer las relaciones que correspondían al discurso común generado por las parteras.

“La segunda etapa es el análisis relacional o reconstrucción del núcleo figurativo. Este análisis incluye dos pasos sucesivos: *la codificación axial* y *la codificación selectiva*. Su objetivo es establecer relaciones o conexiones entre los diferentes contenidos que arrojan los resultados descriptivos” (Araya-Umaña, 2002: 71).

Aplicado al análisis de las representaciones sociales, lo que se intenta descubrir es el aparato conceptual sobre el que se soporta el objeto de la representación. En este sentido, el objetivo de la codificación axial es “generar diversos modelos comprensivos sobre diferentes aspectos que se destacan en los resultados” (Araya-Umaña, 2002: 72). En un segundo paso, la codificación selectiva construye “un modelo comprensivo general, que

articula los aspectos esenciales de los resultados en torno a un fenómeno central” (Araya-Umaña, 2002: 72); es decir, en torno al núcleo de la representación social.

El resultado final del procedimiento es una cadena verbal que articula y da sentido al discurso común generado por los sujetos individuales, el cual describe y explica los elementos en torno al objeto de la representación. Se hará notar que las representaciones sociales alrededor del cáncer cérvico uterino, su diagnóstico, causalidad, factores de riesgo, etc., son cualitativamente distintos en términos culturales según el grupo social que los genera, y las implicaciones que ello tiene en el discurso de la interculturalidad en salud.

Capítulo 1. Panorama epidemiológico y normativo del cáncer cérvico uterino

1.1 Introducción

En el presente capítulo se expone de manera general la situación epidemiológica del cáncer cérvico uterino y los esfuerzos encaminados a su prevención. Para tal objeto el capítulo se divide en dos ejes: epidemiológico y normativo. En el primer eje se presentan las estadísticas de morbilidad y mortalidad en tres niveles -internacional, nacional y estatal- y su relación con los indicadores socio-económicos con los que actualmente se le identifica; el segundo eje tiene por objetivo describir el contexto normativo oficial de las políticas de prevención del cáncer cérvico uterino e integra el enfoque de los organismos internacionales y nacionales en los cuales se basan los lineamientos generales de las acciones locales para la prevención y tratamiento del cáncer cérvico uterino.

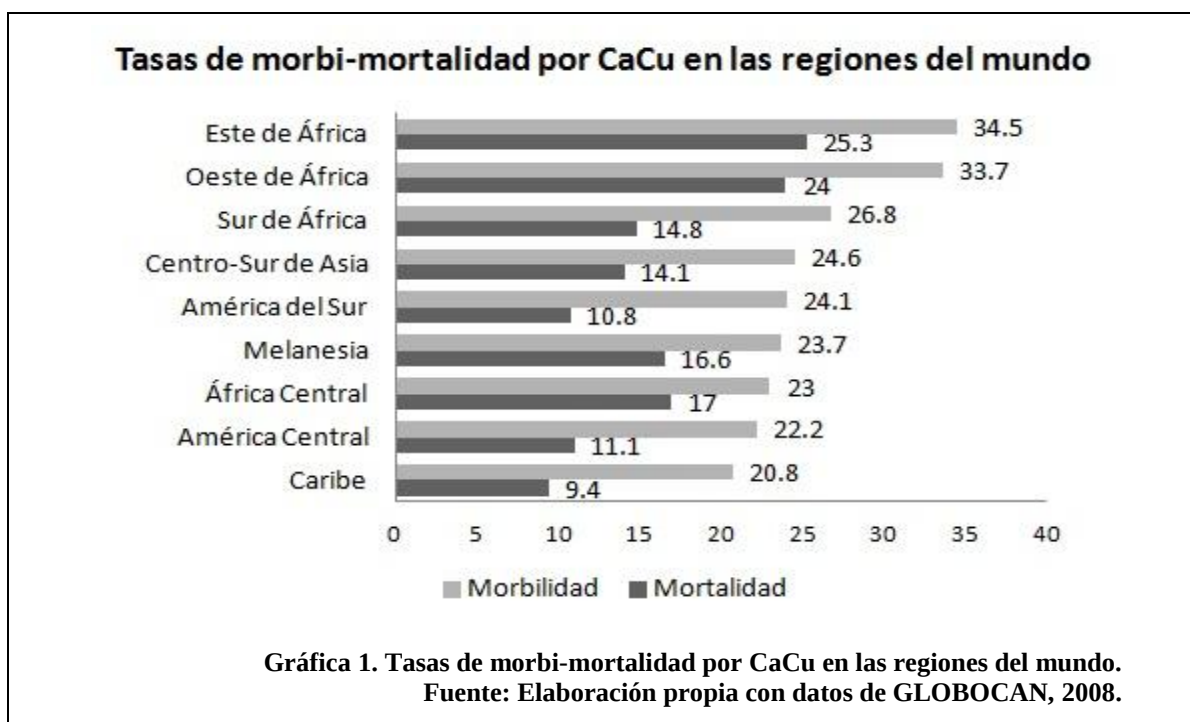
1.2 Panorama epidemiológico mundial

El proyecto GLOBOCAN¹ (*Cancer Incidence and Mortality Worldwide*), tiene como objetivo proveer información estadística actual sobre la incidencia y mortalidad de los más comunes tipos de cáncer en todos los países del mundo, a partir del nivel nacional. Las primeras y más actuales estimaciones son presentadas para el año 2008. Estas estimaciones están basadas mayormente en los datos más recientes de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC por sus siglas en inglés). El proyecto GLOBOCAN es un esfuerzo conjunto de la IARC y la OMS para establecer una fuente de datos estadísticos confiable y uniforme sobre el cáncer, por lo que las estimaciones presentes no podrán ser efectivamente comparables con publicadas anteriores, es decir, las diferencias observadas pueden ser el resultado de un cambio en la metodología y no debe interpretarse como un efecto de tendencia en el tiempo. Por estas razones los datos internacionales son presentados aquí de manera sincrónica, pues no se tiene información veraz sobre la evolución epidemiológica a nivel mundial del cáncer cérvico uterino.

La creciente incidencia del cáncer de cuello del útero o cáncer cérvico uterino (CaCu)

¹ “The aim of the project is to provide contemporary estimates of the incidence of, mortality and prevalence from major type of cancers, at national level, for 184 countries of the world” [<http://globocan.iarc.fr/>].

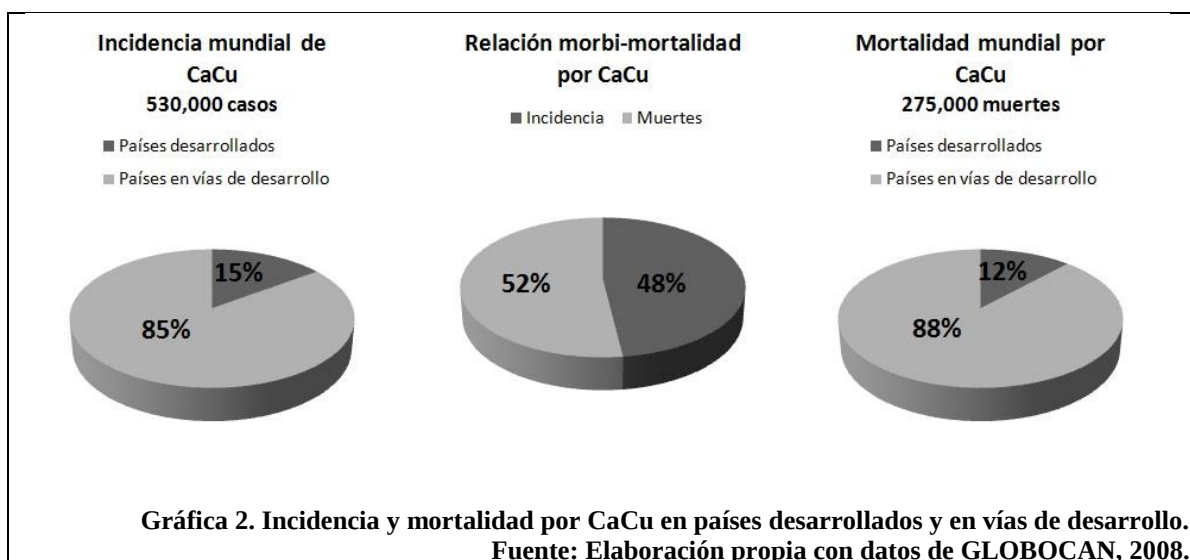
representa una preocupación en la agenda pública mundial. El CaCu es el primer cáncer más común en las mujeres², y el séptimo entre todos, con un estimado de medio millón de nuevos casos anuales. Más del 85% de la incidencia mundial ocurre en los países en vías de desarrollo.



La gráfica 1 hace referencia a las regiones³ de mayor riesgo. La tabla incluye a las tres regiones de América Latina: América del Sur está en quinto lugar con una tasa de morbilidad de 24.1 casos por cada 100,000 mujeres y una tasa de mortalidad de 10.8/100,000; América Central alcanza el octavo lugar (22.2 y 11.1/100,000) seguido por el Caribe (20.8 y 9.4/100,000). A nivel global, el CaCu fue responsable de 275 mil muertes en 2008 (gráfica 2), esto es 52% de los casos registrados. Alrededor del 88% de estas muertes ocurrieron: en África (53,000), en América Latina y el Caribe (31,700), y en Asia (159,800).

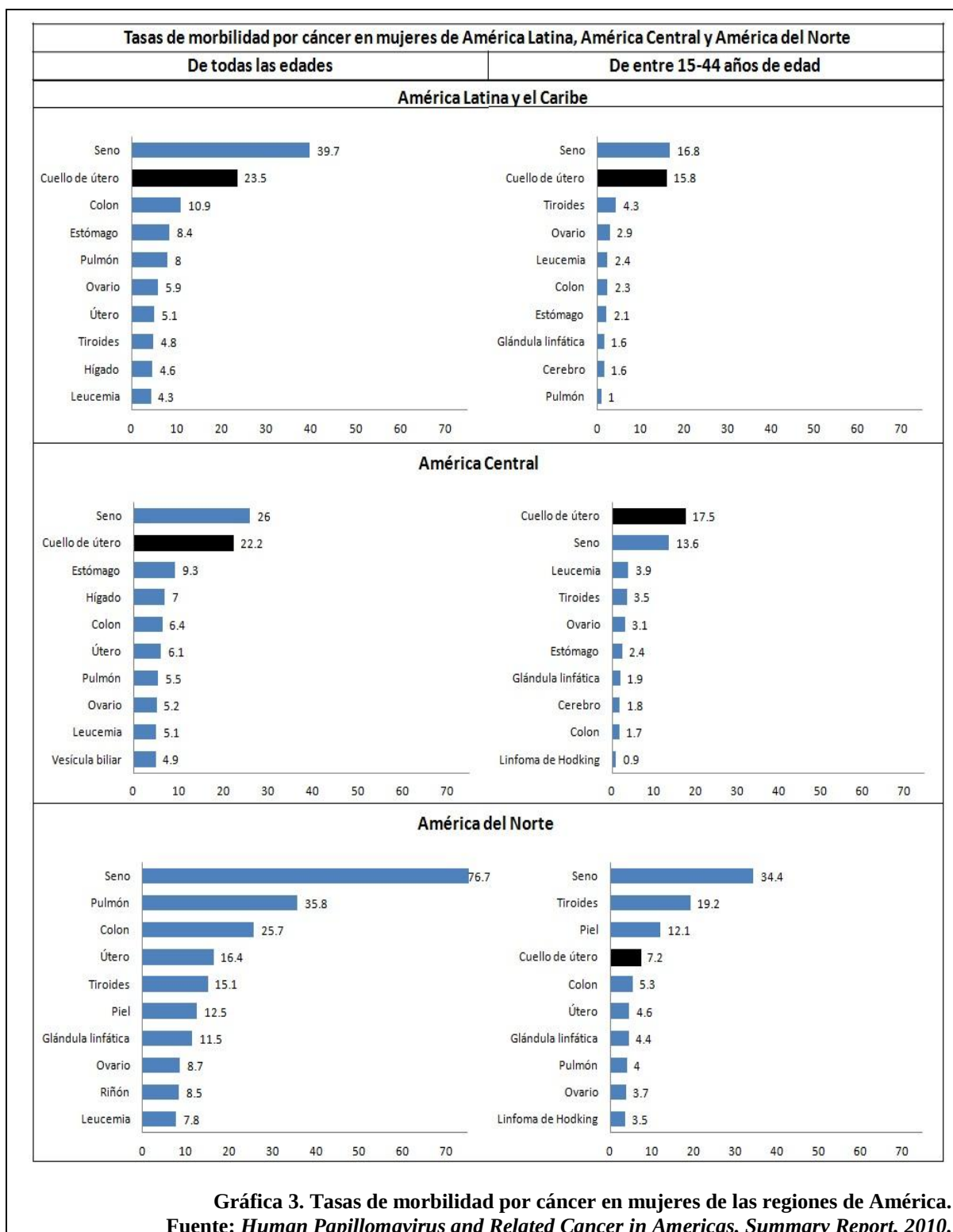
² Otros estudios lo consideran el segundo cáncer más común entre la población femenina mundial, después del cáncer de mama. *Human Papillomavirus and Related Cancers, WHO/ICO Summary Report, 2010.*

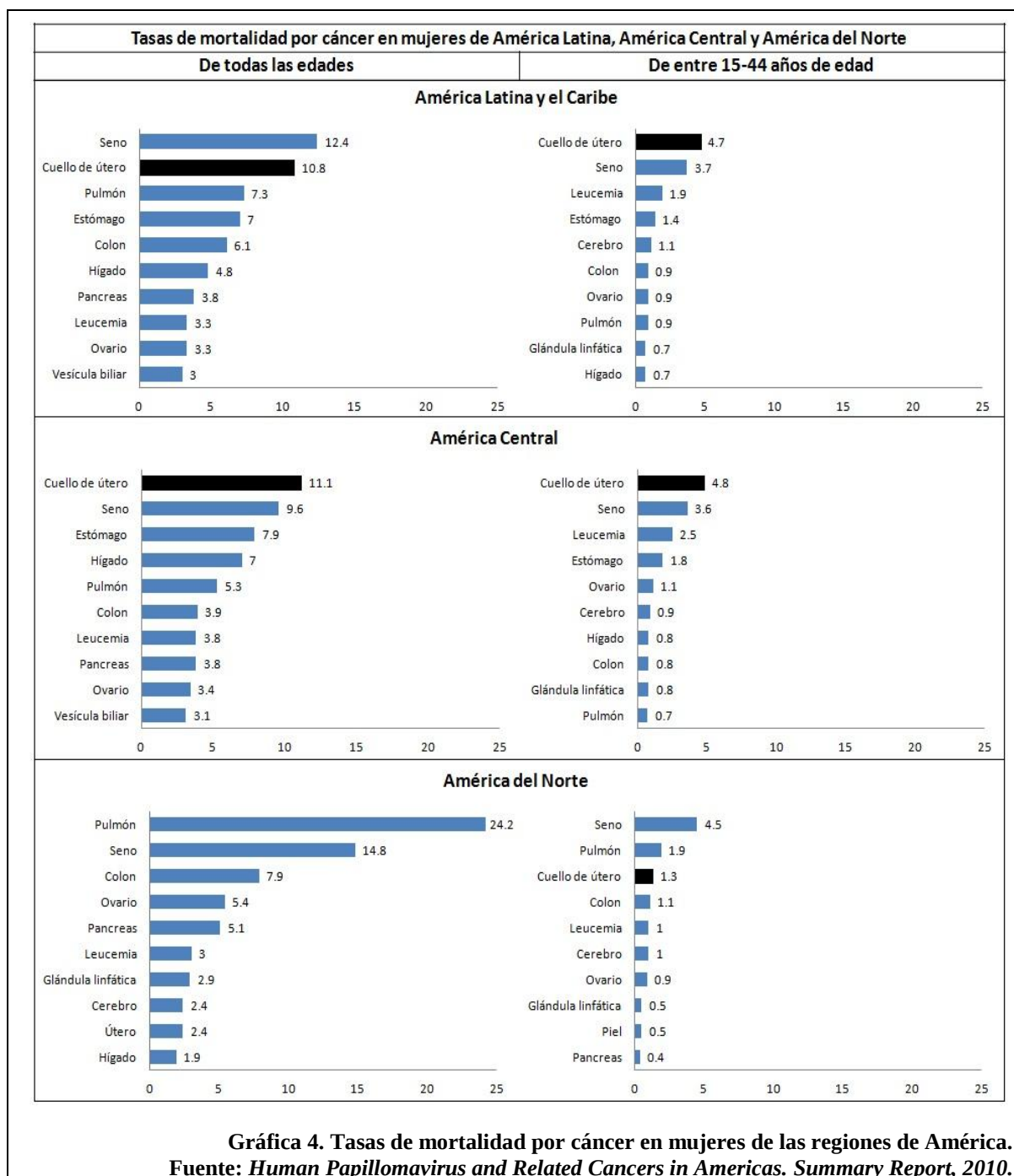
³ La regionalización presentada corresponde a la utilizada por la Organización de las Naciones Unidas, de la cual se desprende la metodología de la OMS y otros organismos internacionales.



Para el caso del continente americano se tiene el reporte de septiembre de 2010, el cual corresponde a la tercera edición de WHO/ICO (Organización Mundial de la Salud y el Instituto Catalán de Oncología) sobre el “Virus del Papiloma Humano y cánceres relacionados” cuyos datos también se basan principalmente en el producto del IARC: el GLOBOCAN, 2008. Se sabe que América tiene una población de 336 millones de mujeres de 15 o más años de edad que están en riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino.

Como se puede observar en la Gráfica 3, la tasa de América Central (región donde se ubica México) sobrepasa ligeramente la tasa general para América Latina en la incidencia del CaCu en mujeres en edad de mayor riesgo, alcanzado el primer lugar en tipo de cáncer de mayor incidencia, mientras que para América del Norte la tasa de morbilidad por CaCu tiene el cuarto lugar, y para las mujeres de todas las edades, -sin contemplar el rango de edad de riesgo- en América del Norte ni siquiera figura entre las diez causas más comunes de cáncer; en este caso es el cáncer de seno el que alcanza una tasa desproporcionada en relación con el resto de las regiones de América. Más adelante se hará notar que, en el mapa específico para México, se puede observar también una clara relación entre la incidencia de cáncer de seno más alta en correspondencia con la zona norte, industrialmente más desarrollada. La relación tiende a invertirse, respecto al cáncer cérvico uterino el cual está asociado a zonas de mayor de marginación, pero en ninguna región del mundo dejan de ser dos de los tipos de cáncer más comunes entre las mujeres.

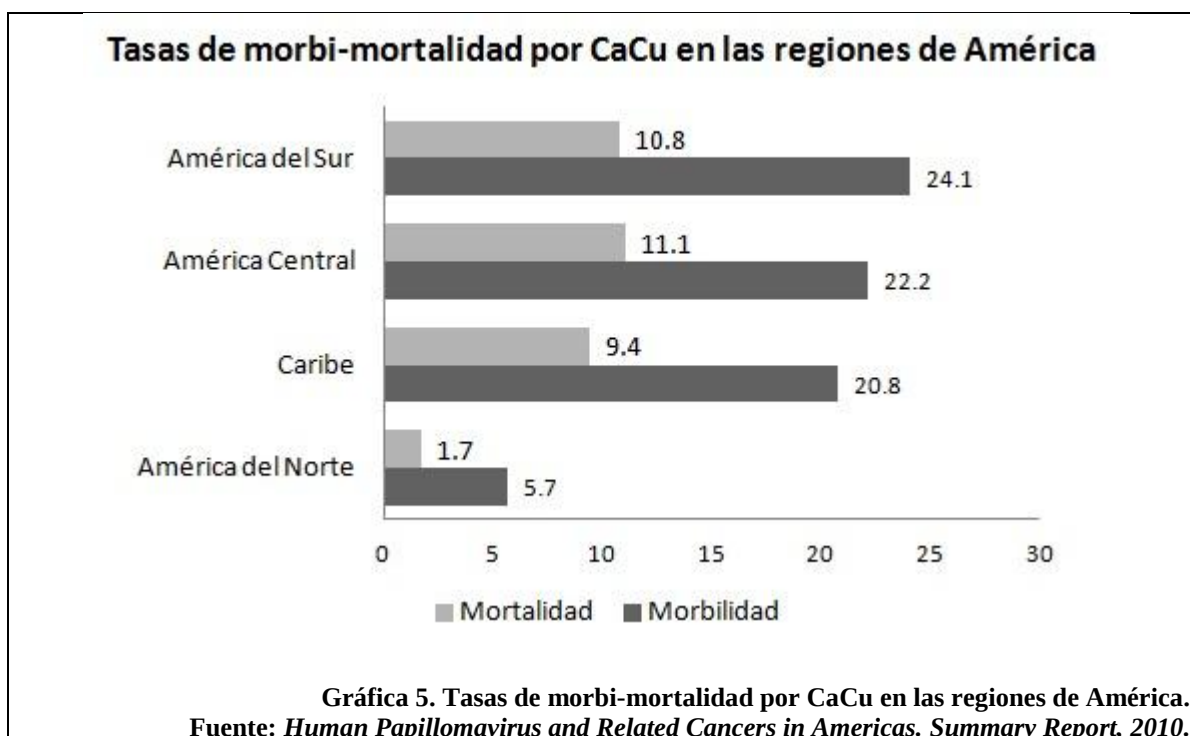




En la gráfica 4 se hace notar que el cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar de mortandad en América Latina y el Caribe en mujeres de todas las edades, especialmente en el rango de edad de mayor riesgo; mientras el cáncer de seno apenas supera la tasa de cáncer cérvico uterino en mujeres de todas las edades. El caso es diferente para América del Norte, el cual presenta una tasa de mortalidad por CaCu de 1.3/100,000, ocupando así el

tercer lugar entre mujeres de 15 a 44 años de edad, y no figura en las causas de mortalidad por los diez principales tipos de cáncer entre las mujeres de todas las edades.

En comparación con el resto de las regiones de América (Gráfica 5) se observa un segundo lugar en morbilidad para el caso de América Central con una proporción de 22.2 casos por cada 100,000 mujeres, ligeramente por debajo de América del Sur, región que ocupa el quinto lugar de mayor riesgo en incidencia de CaCu (ver Gráfica 1).

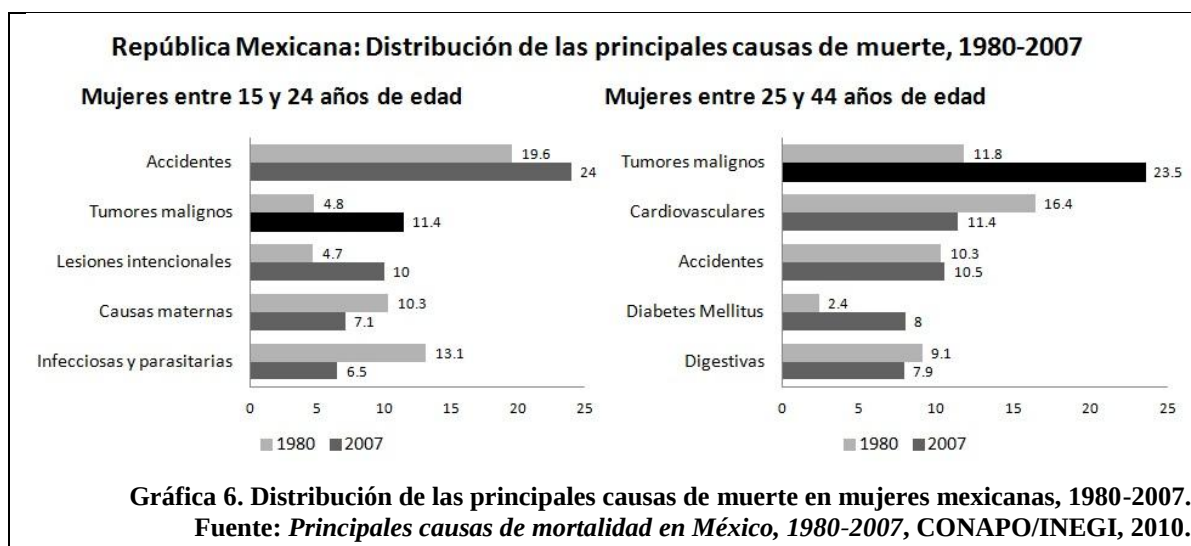


La zona de estudio que nos ocupa, es la Zona Maya del Estado de Quintana Roo. Por su ubicación geográfica, queda estadísticamente integrada al territorio mexicano, y socio-demográficamente vinculada a Centroamérica y al Caribe. Si bien los estadísticos anteriores integran a México en la región centroamericana, al ser el CaCu un problema de carácter epidemiológico, también es pertinente destacar los vínculos que la zona en cuestión tiene con la región norte del Caribe, por lo que comparte también ciertas características y problemáticas con dicha región.

1.3 Panorama epidemiológico nacional

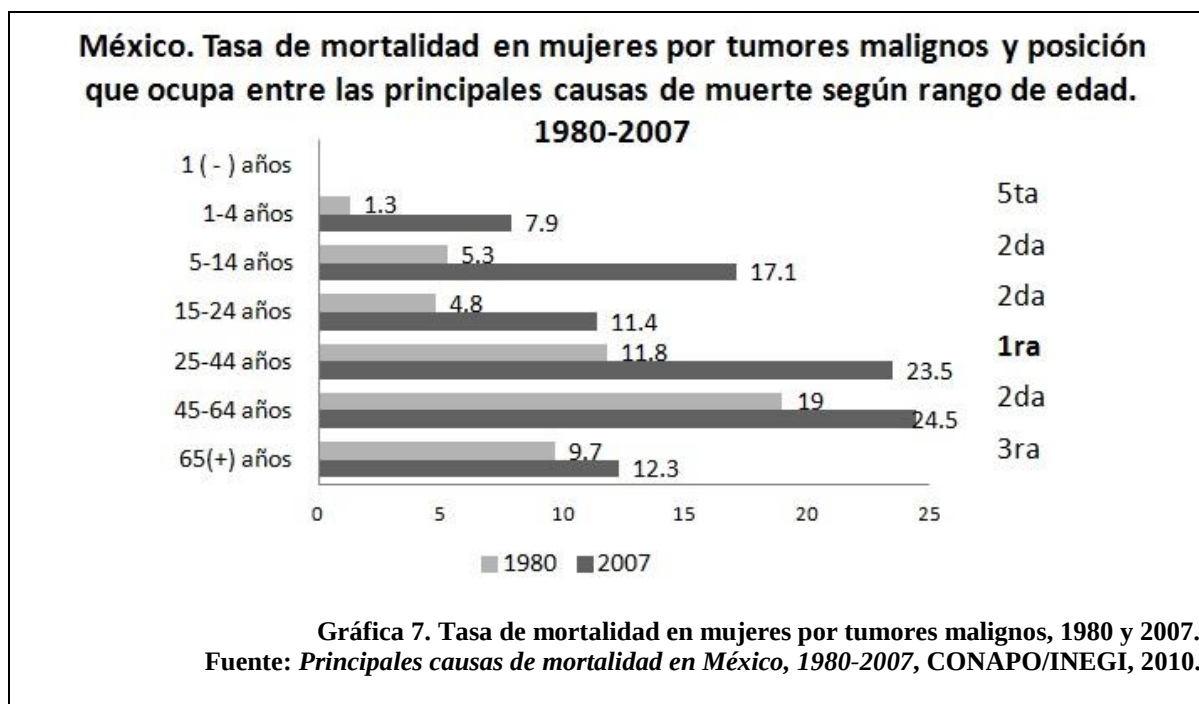
En este apartado se presentan las estadísticas para la República Mexicana. El cáncer es la

segunda causa de muerte a nivel nacional (SPPS, 2008: 9) y el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas en la población femenina (CONAVE, 2010: 5). Para el caso de México sí se tiene un diagnóstico sobre la evolución de las principales causas de mortalidad desde 1980 hasta el año 2007 (CONAPO, 2010).



En la gráfica 6 se muestra la evolución de la causa de muerte en el grupo etario de mayor riesgo de desarrollar CaCu: 15 a 44 años. Los tumores malignos representan la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 24 años de edad y la primera causa en mujeres de 25 a 44 años. Se puede observar la disminución de las muertes maternas y el aumento de la Diabetes Mellitus en una proporción considerable durante el periodo de tres décadas. Las muertes por tumores malignos aumentan poco más del doble entre 1980 y 2007 en ambos grupos de edad.

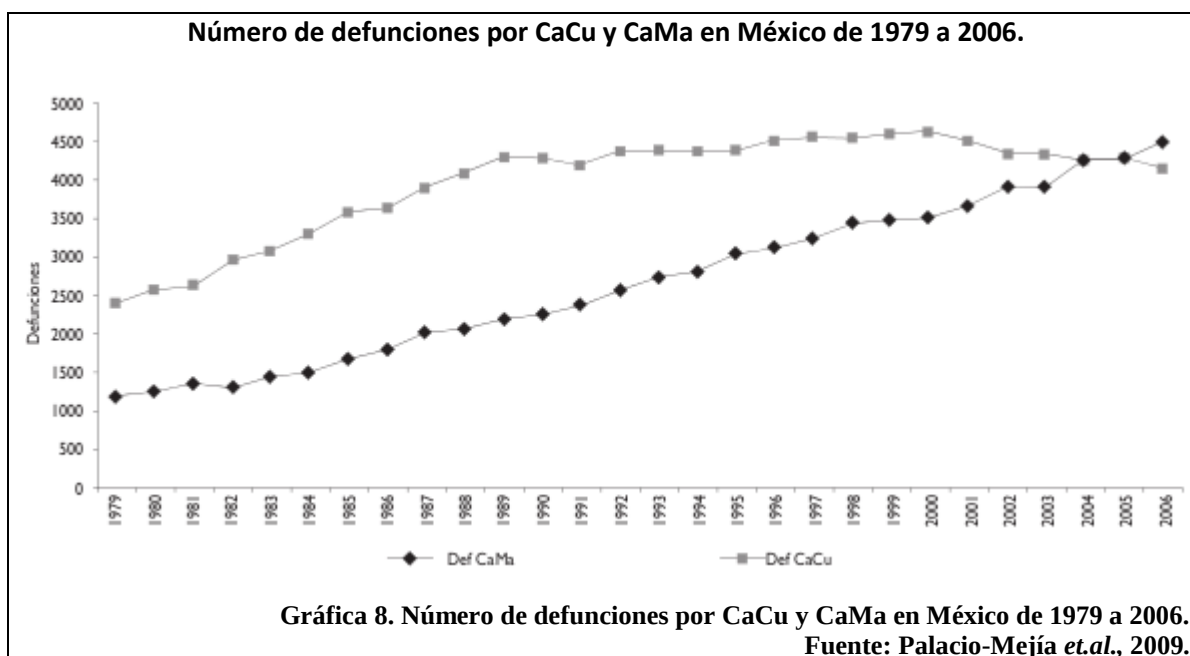
La gráfica 7 representa la proporción creciente de mortandad por temores malignos en el lapso de tres décadas en todos los grupos de edad, así como el lugar que ocupan los tumores malignos como causa de muerte según la edad de las mujeres.



Es representativo que las mujeres entre 5 y 24 años tengan como segunda causa de muerte el desarrollo de tumores malignos, después de accidentes, aunque es importante aclarar que el periodo de edad de entre 5 y 14 años está asociado al desarrollo de otros tipos cánceres distintos al cérvico uterino. Las tasas de mortalidad crecen en el rango de edad de entre 15 y 64 años, disminuyendo drásticamente en adultos mayores. Es importante aclarar que aunque el periodo de entre 45 y 64 años presente una tasa más elevada de mortalidad por tumores malignos, no representa la primera causa de muerte debido a que el CaCu (recordemos, primer lugar en tipos de neoplasias malignas en México) se desarrolla a partir del contagio en la edad reproductiva y se manifiesta en etapas avanzadas alrededor de diez años después. La primera causa de muerte entre las mujeres entre 45 y 64 años es la Diabetes Mellitus y las mujeres de 65 y más presentan accidentes cardiovasculares seguidos de Diabetes Mellitus antes que tumores malignos.

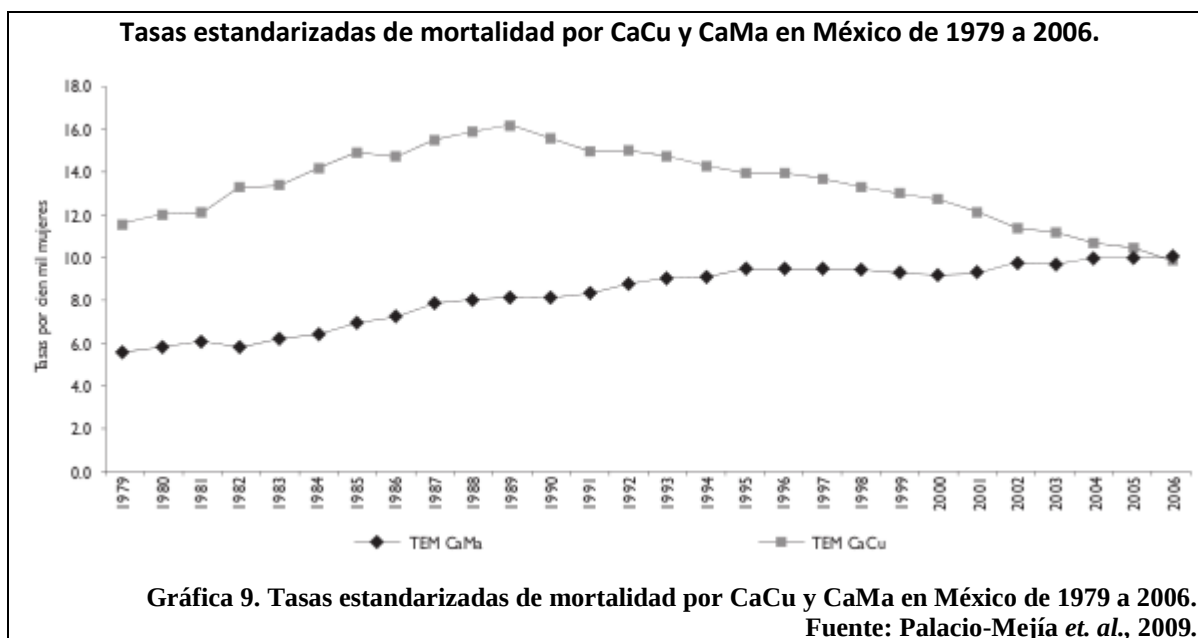
Los tumores malignos de mayor incidencia en mujeres mexicanas son el cáncer del cérvix uterino (CaCu) y el cáncer de mama (CaMa). Aunque no es objetivo de este estudio abordar la problemática del CaMa, sí es de interés mostrar una comparación entre la incidencia de ambos tipos de cáncer debido a su distribución geográfica de acuerdo a factores socioeconómicos. Entre 1979 y 2006 el CaCu ha tenido un descenso relativo de aproximadamente 1.2% anual, mientras que el CaMa se ha incrementado, en el mismo

periodo, en promedio 1.7% anual. Sin embargo, ambos cánceres han tenido un incremento notorio en números absolutos (gráficas 8 y 9). Al principio del periodo, las muertes por CaCu eran dos veces más que las de CaMa; al final del periodo, la tasa de mortalidad es igual (SINAIS, 2008).



A lo largo de tres décadas existe una tendencia a invertirse el número de muertes por CaCu y CaMa (Gráfica 8). Mientras que las defunciones por CaCu sostuvieron una elevación creciente hasta el año 2000, posteriormente fueron disminuyendo, y los casos de muerte por CaMa alcanzaron y tienden a superar a los casos de CaCu en el último lustro de la década 2000-2010. Las tasas de mortalidad (Gráfica 9) por CaMa han sido ascendentes de 5.6 mujeres fallecidas por cada 100,000 en 1979 hasta una tasa de 10.1/100,000 en 2006. La tasa de mortalidad por CaCu alcanza 16.2 casos de mujeres fallecidas por cada 100,000 en 1989 y comienza a disminuir hasta 9.9/100,000 en 2006⁴ (Palacio-Mejía, Lazcano-Ponce, Allen-Leigh y Hernández-Ávila, 2009).

⁴ Los autores se basan en las estadísticas vitales de mortalidad del INEGI/SSA.



Según el análisis de Palacio Mejía *et. al.*, las diferencias regionales en la mortalidad por CaCu y CaMa en México se distribuyen en virtud de tres categorías: la entidad federativa, la regionalización del país según el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012⁵ y el lugar de residencia⁶ ya sea rural o urbano.

La distribución regional de tasas de mortalidad por CaCu y CaMa también tiende a invertirse en el espacio (figura 1). Mientras que la mortalidad por CaCu es mayor en las regiones centro y sur del país, el CaMa es mayor en la región norte y el Distrito Federal y considerablemente menor en la región sur.

Como sucede también a nivel mundial, en México la mortalidad por CaCu se concentra en las zonas de más alta marginación mientras que la mortalidad por CaMa tiende a elevarse en las zonas de mayor desarrollo económico. Según los índices del Consejo Nacional de Población, si bien las entidades federativas no están distribuidas uniformemente, sí existe una tendencia a la concentración de las entidades con muy alto grado de marginación en la región sur, y las entidades con muy bajo grado de marginación

⁵ El cual divide las 32 entidades de México en tres subregiones: norte, centro y sur. Los autores del estudio extraen al Distrito Federal de la región centro debido a la concentración de servicios de salud en la ciudad y su bajo índice de marginación.

⁶ Tomando como referencia la categorización propuesta por el INEGI: rural= menos de 2,499 habitantes; urbano= más de 2,500 habitantes.

en la región norte (CONAPO, 2010).

Tasas estandarizadas de mortalidad por CaCu y CaMa por regiones de México en el 2006.

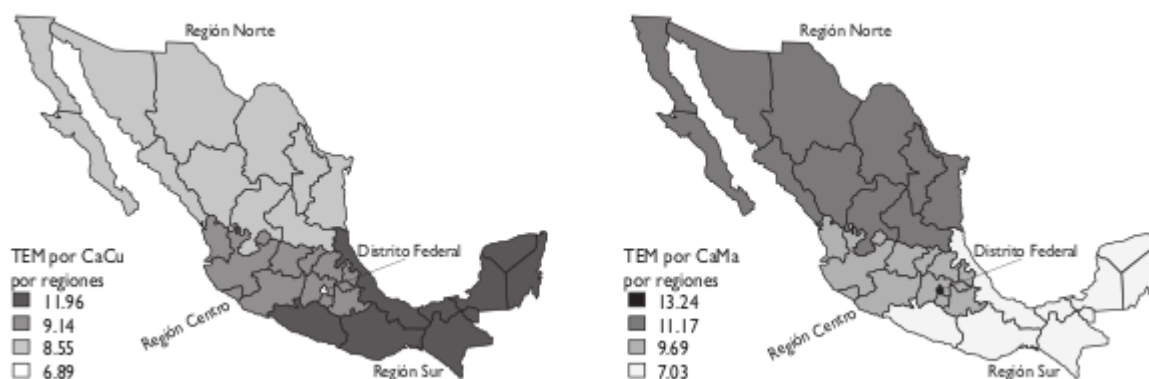


Figura 1. Tasas Estandarizadas de Mortalidad por CaCu y CaMa por regiones de México en 2006.

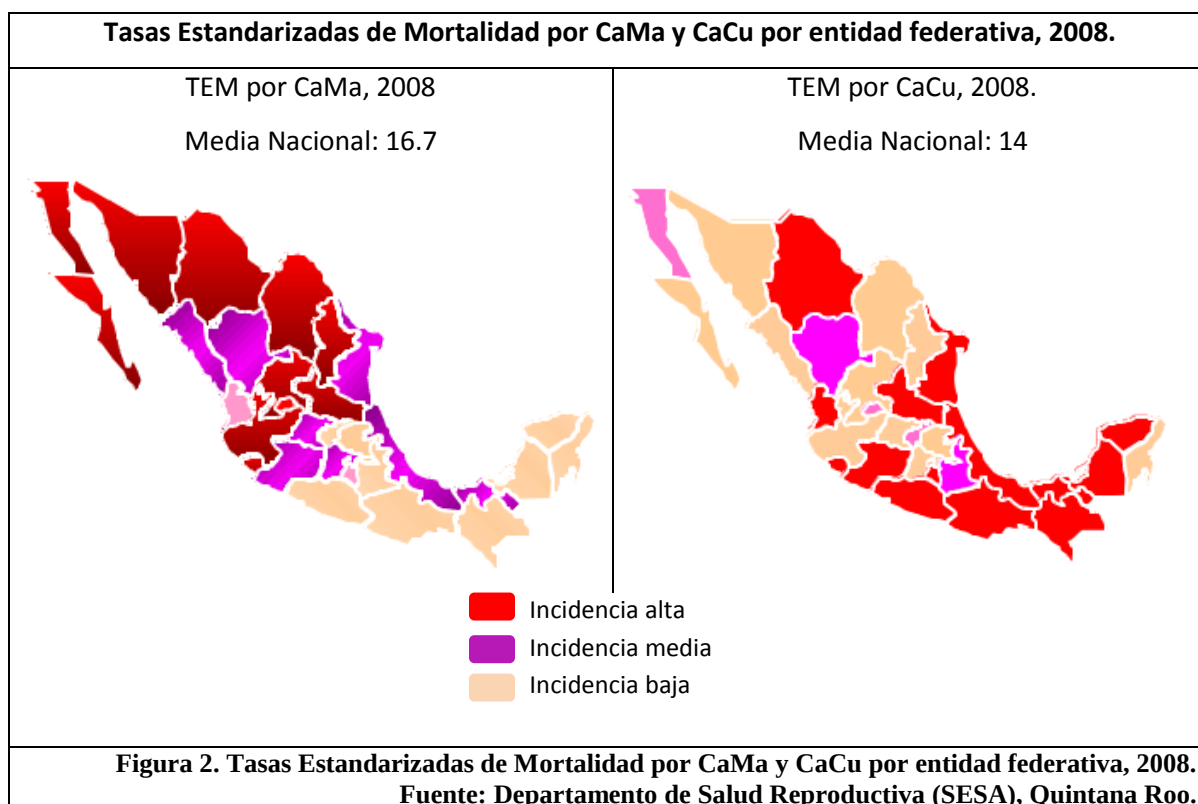
Fuente: Palacio-Mejía et. al., 2009.

Aunado a lo anterior, las evidencias muestran que en las zonas rurales de México, por tener un mayor grado de marginación social, geográfico y económico, las mujeres que enferman de cáncer tienen una mayor probabilidad de morir debido, entre otros factores, a que no reciben un diagnóstico oportuno, y por tanto el tratamiento es tardío (Palacio-Mejía *et al*, 2009). Si a ello le agregamos el factor étnico, que redunda en una marginación de tipo cultural, la problemática se complejiza, pues se ponen en juego sistemas de acción que algunas veces entran en franca contradicción y algunas otras ignoran los puentes de diálogo que podrían ser de provecho para el logro de objetivos, cumplimiento de metas y satisfacción de necesidades.

1.4 Panorama epidemiológico en el Estado de Quintana Roo.

En relación con el entorno nacional, Quintana Roo pasó de un grado bajo de marginación en 2005 a un grado de marginación medio en 2010 (CONAPO 2005/2010). El resto de los estados que componen la región sur muestran un alto grado de marginación: Yucatán, Campeche, Tabasco y Veracruz; y un muy alto grado de marginación: Chiapas, Oaxaca y Guerrero. En este sentido, se hace notar la incidencia de CaMa y CaCu por entidad federativa en el año 2008 (figura 2). En general, los estados del sur presentan una baja

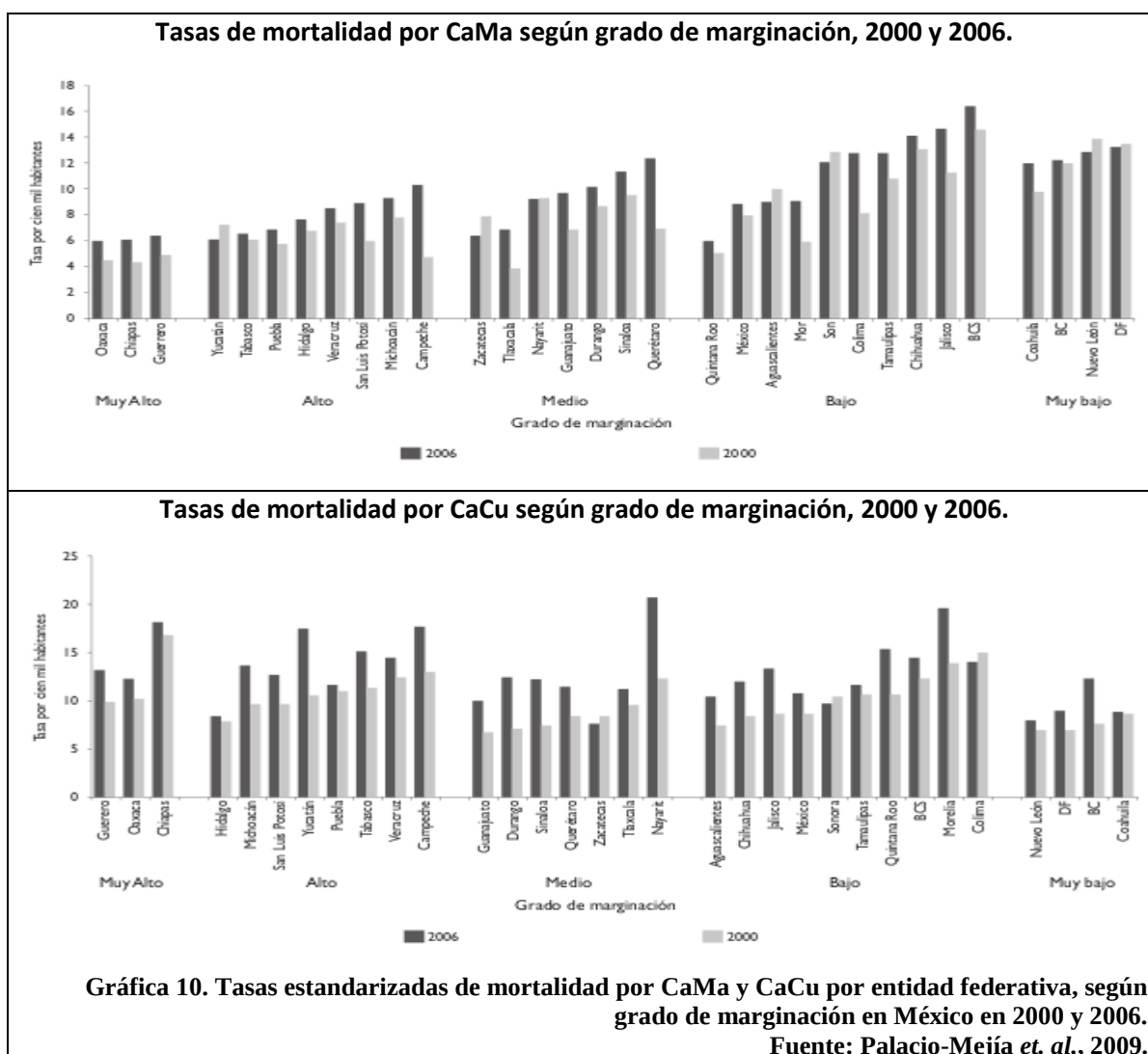
incidencia de mortalidad por CaMa (con excepción de Veracruz con incidencia media) y, a la inversa, siete estados de la región sur tienen una alta incidencia de mortalidad por CaCu, con excepción de Quintana Roo, que al parecer, presenta una baja incidencia de casos de CaCu.



Si se toma en cuenta la tendencia inversa de padecer uno u otro tipo de cáncer en relación al grado de marginación, se presenta en las tasas de mortalidad (Gráfica 10) en mujeres mayores a 25 años, una tendencia más regular en relación al CaMa, pues se observa claramente cómo la tasa aumenta conforme disminuye el grado de marginación de la entidad. En Quintana Roo la tasa de mortalidad por CaMa es de las más bajas a nivel nacional a pesar de que en el 2005 se encontraba en un grado de marginación bajo, esto quizá se pueda explicar en tanto que comparte los factores de riesgo con el resto de la región sur.

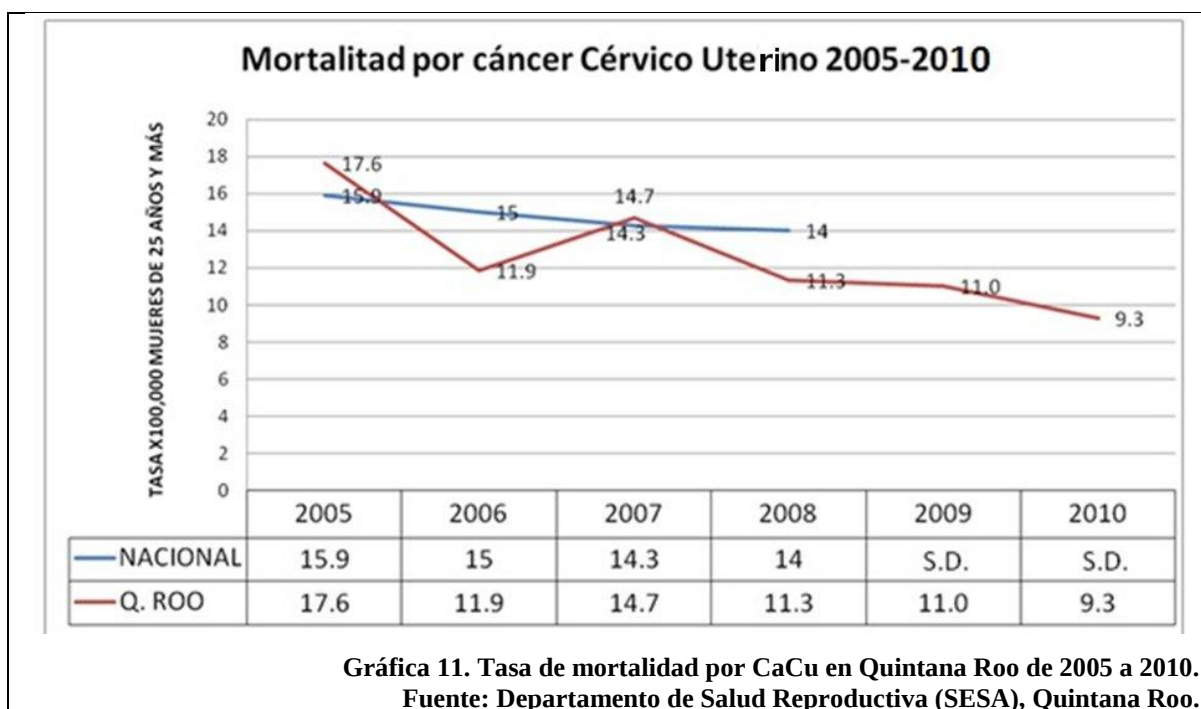
En cambio, la distribución de las tasas de mortalidad por CaCu en relación al grado de marginación por entidad federativa, resulta más irregular, no pudiéndose establecer una relación más o menos directa como en el caso del CaMa. A pesar de su grado de

marginación entonces bajo, Quintana Roo alcanzó una tasa de mortalidad por CaCu de 11.9/100,000 (según SESA) y de alrededor de 16/100,000 en 2006 (según INEGI/SSA) sólo después de Nayarit, Morelos, Chiapas, Yucatán y Campeche que registran los más altos índices de mortalidad por CaCu en el 2006 (Gráfica 10). Al ser el CaCu una enfermedad desarrollada a partir del VPH transmitido por vía sexual, es importante hacer énfasis en los factores de riesgo compartidos con las entidades sureñas de mayor índice de mortalidad. Se observa también (gráfica 10) un sostenido aumento de la tasa de mortalidad por CaCu en todas las entidades en el año 2006 frente al 2000 excepto en Zacatecas, Sonora y Colima.



La tasa de mortalidad de Quintana Roo descendió de 17.6 casos por cada 100,000

mujeres de 25 años y más a 9.3/100,000 en el año 2010. La entidad presenta una tasa anual con fluctuaciones marcadas respecto a la media nacional. Aunque por lo general tiende a ser decreciente, en los años 2005 y 2007 Quintana Roo superó ligeramente a la media nacional (Gráfica 11).



En relación a la cuestión de residencia rural/urbana, Quintana Roo presenta una paradoja interesante (Gráfica 12), 99% de sus localidades tienen un número menor a 2,500 habitantes mientras que el 88% de la población total se concentra en el 1% de las localidades mayores a 2,500 habitantes como sigue: 18% se asienta en localidades entre 2,500 a 100,000 habitantes; 23% se concentra en localidades entre 100,000 a 500,000; y, 47%, casi la mitad de la población del Estado se concentra en la única localidad mayor a 500,000 habitantes: Cancún.

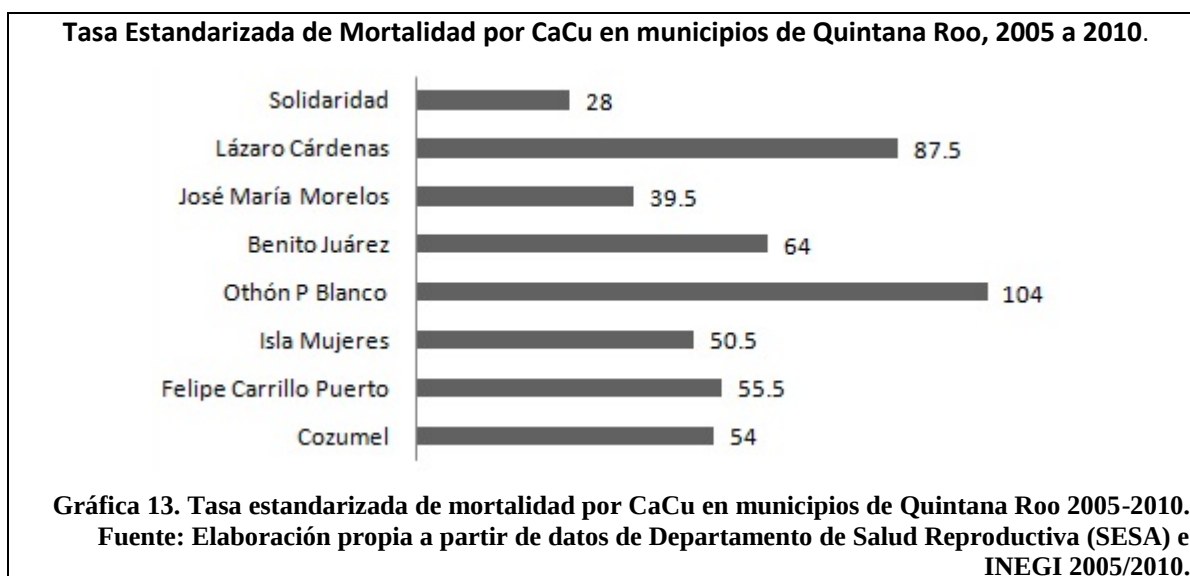


Los datos anteriores ofrecen un panorama general de la problemática sociodemográfica en la región (la cual se detalla con más precisión en el capítulo 2) y las dificultades para tratar el problema de la incidencia y mortalidad por CaCu según el tipo de residencia. Existe una importante migración laboral, de carácter temporal y definitivo, de los pobladores de zonas rurales a los centros turísticos del oriente del estado. Cancún es considerado el principal polo turístico y debido a la densidad demográfica de la ciudad, el municipio de Benito Juárez presenta el mayor número de muertes por CaCu entre 2005 y 2010, seguido de Othón P Blanco (Cuadro 1).

Número de muertes por CaCu en los municipios de Quintana Roo de 2005 a 2010						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cozumel	0	3	1	1	6	0
Felipe Carrillo Puerto	2	1	4	0	2	0
Isla Mujeres	1	0	0	0	1	0
Othón P. Blanco	13	3	14	15	10	8
Benito Juárez	23	19	20	16	14	15
José María Morelos	0	1	0	1	0	1
Lázaro Cárdenas	1	0	0	1	1	2
Solidaridad	0	3	3	1	2	1
Total	40	30	42	35	36	28

Cuadro 1. Número de muertes por CaCu en los municipios de Quintana Roo de 2005 a 2010.
Fuente: Departamento de Salud Reproductiva (SESA), Quintana Roo.

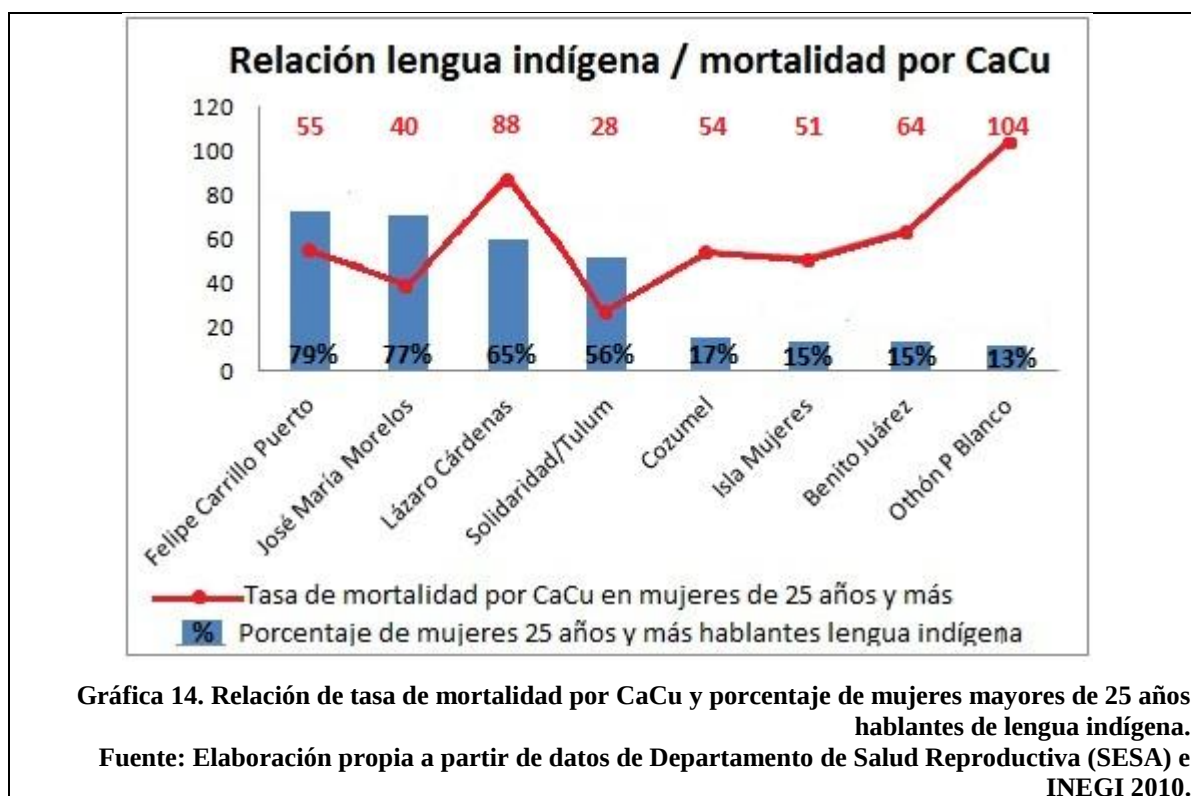
El Cuadro 1 muestra los datos en números absolutos, no obstante, la tasa estandarizada de mortalidad (TEM) por CaCu ubica al municipio de Othón P Blanco en primer lugar con una tasa de 104 muertes por cada 100,000 mujeres de 25 años y más, seguido de Lázaro Cárdenas con 87.5/100,000 y en tercer lugar el municipio de Benito Juárez con una tasa de 64/100,000. (Gráfica 13).



Para finalizar esta sección, se vinculará el panorama epidemiológico con el tema de estudio específico a través de relacionar las tasas de mortalidad por municipio con el porcentaje de mujeres de 25 años y más hablantes de lengua indígena.

En la base de datos proporcionada por el personal de la Secretaría de Salud de Quintana Roo, no hay datos exclusivos para Tulum debido a su reciente consolidación como municipio en mayo de 2008, por lo que los datos de la tasa de mortalidad son para el municipio de Solidaridad; sin embargo, según el Censo de Población (INEGI, 2010), entre Tulum y Solidaridad hay una diferencia importante entre la proporción de mujeres hablantes de lengua indígena, en Solidaridad es de 14% mientras que en Tulum es de 42%.

Según se observa en la gráfica 14, la tasa de mortalidad en Solidaridad es considerablemente más baja que en el resto de los municipios y comparte casi la misma proporción de hablantes de lengua indígena con los municipios de menor presencia indígena: Cozumel, Isla Mujeres, Benito Juárez y Othón P. Blanco cuya tasa promedio de mortalidad por CaCu es de 60 defunciones por cada 100,000 mujeres.



Mientras que los municipios con mayor presencia indígena: Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos, Lázaro Cárdena y Tulum presentan una tasa promedio de 61 defunciones por CaCu por cada 100,000 mujeres de 25 años y más. En conclusión, se puede observar que no existe una relación directa entre la lengua y la mortalidad por cáncer cérvico uterino en la entidad de Quintana Roo.

1.5 Contexto normativo oficial

En la década de 1960 inician en México las acciones de detección por citología cervical (Prueba de Papanicolaou) y en 1970 se establece un programa nacional de detección (IMSP, 2008: 26). El 16 de enero de 1995 se publica por vez primera en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino (NOM-014-SSA2-1994). En la década de 1990 tras considerar la creciente morbilidad y mortalidad por este tipo de neoplasia y tras observar las experiencias exitosas de los países desarrollados en el diagnóstico preventivo, las instituciones de salud en México (precedidas por el

Sistema Nacional de Salud cuya coordinación recae en la Secretaría de Salud la cual es el enlace entre los sectores público, social y privado) deciden cambiar el enfoque en la prestación de los servicios a través del énfasis en la prevención.

La NOM-014-SSA2-1994 plantea como estrategias la coordinación de los sectores públicos y privados y lograr una participación activa de la comunidad en la solución de la problemática, dos cuestiones que representan el cambio de enfoque de gran magnitud en las instituciones de salud, el cual, no obstante, es relativamente reciente y está en construcción.

Se entiende que todos los programas en los diferentes niveles de administración pública, tienen como marco de acción esta norma oficial mexicana (NOM) pues los dos objetivos claramente establecidos en el proyecto de 1994 son: 1) uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, detección y tratamiento del cáncer del cuello del útero y de la mama; y 2) esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado, que realicen acciones de prevención, detección y tratamiento del cáncer del cuello del útero y de la mama.

Existen posteriormente dos fechas de modificación a la NOM-014-SSA2-1994 en los años 1998 y 2007, al final se oficializa una norma especial para el cáncer mamario, la NOM-041-SSA2-2002, dejando la MOM-014 exclusivamente para el cáncer cérvico uterino. La última modificación vigente (NOM-014-SSA2-1994/18mayo07) está relacionada con los avances sobre la etiología del cáncer y el desarrollo de nuevas alternativas de detección y terapia, así como la inserción de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) que se ha ido incorporando en México a partir del año 2009 de acuerdo a criterios de marginación social. Por ejemplo, se han elegido al año los cien municipios que presentan un mayor grado de marginación en la república mexicana vacunando en Quintana Roo a 4000 niñas en 2009, 4400 en 2010 y 4400 en 2011 (Departamento de Salud Reproductiva, SESA, comunicación personal, julio 2011). En la modificación del año 2007, se le agrega al objetivo 2: “se deberá dar especial atención a las áreas rurales e indígenas y a las zonas urbano-marginadas, a través de estrategias de extensión de cobertura” (NOM-014-SSA2-1994/18mayo07).

Una vez descubierta la etiología específica de la enfermedad (contagio por VPH transmitido por vía sexual, principalmente tipos 16 y 18) desde la década de 1980, se han

realizado reiteradamente estudios en todo el mundo que han confirmado y han propuesto otras variantes del virus de alto riesgo (VPH-AR). Hoy se considera que los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68 son VPH-AR asociados al CaCu en más de 95% de los casos. En México, en los años 2000 y 2001 se encontró que 95.8% de casos de mujeres que presentan CaCu invasor están asociados a VPH-AR, de las cuales 45.1% corresponden al VPH-16. Estudios anteriores en México y otros países han reflejado similares porcentajes (Tirado-Gómez, Mohar-Betancourt, López-Cervantes, García-Carrancá, Franco-Marina y Borges, 2005: 346).

Ante este panorama de certeza científica, incluidos el desarrollo de métodos más confiables para identificar la presencia del VPH (Captura de híbridos) y de la vacuna que, se espera, logre prevenir la infección de los VPH-AR, se apuesta por la investigación interdisciplinaria como el mejor instrumento para el control epidemiológico de esta enfermedad (Mohar, 2003: 302); ya que los factores de riesgo no ginecológicos que incrementan la probabilidad de padecer CaCu son todos de carácter sociocultural: inicio de vida sexual activa antes de los 20 años, paridad mayor a tres hijos, nivel socioeconómico y educativo bajos sobre la hipótesis de que impiden el acceso a los servicios de salud y, por ende, a la detección temprana (Tirado-Gómez *et. al.*, 2005: 347), tener más de dos compañeros sexuales o que el compañero haya tenido más de dos compañeras sexuales, limitación de la cobertura en la asistencia social, deficiente concientización, consumo de tabaco, dietas bajas en folatos y altas en carbohidratos, hábitos higiénicos-dietéticos deficientes, sedentarismo y obesidad (Velázquez-Osuna, 2011: 40), contraer el virus de inmunodeficiencia humana, tener una historia familiar de CaCu (OPS, 2001) algunos autores agregan, contundentemente, el uso de anticonceptivos orales, que el resto de la literatura pone en duda, y a su vez son los mismos que toman con reservas los factores de tipo genético como precursores de CaCu (Velázquez-Osuna, 2011: 40; Muñoz N, *Vaccine* 2006 citado en WHO/ICO, 2010).

En todas partes se llega a la conclusión de que la prevención, a través del diagnóstico y tratamiento oportuno, es la mejor manera de combatir la morbi-mortalidad asociada al CaCu, pues los países desarrollados han dado evidencias suficientes, pero las propuestas sobre cómo lograrlo son múltiples y desde diferentes enfoques.

1.5.1 El enfoque de la Norma Oficial Mexicana.

Debido a su función en la administración pública, la NOM es de carácter obligatorio y abarcativo de todas las instituciones de salud pública y privada en México, por lo que es prioritario analizar su enfoque a través de sus estrategias de acción.

La NOM-014-SSA2-1994/18mayo07 establece las acciones de promoción, difusión, información de los factores de riesgo, educación para la salud y concientización en el autocuidado bajo la forma de *consejerías* que se promueven entre el prestador de servicios y la usuaria (punto 6. Consejería) al momento de la consulta o en cualquier oportunidad que se tenga. Se le informa sobre la enfermedad, las conductas sexuales de alto riesgo y otros factores riesgosos, el uso de vacunas profilácticas y las posibilidades de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno (punto 7.1. Prevención primaria). Los factores de riesgo están bien definidos para efectos de esta Norma y son: mujeres de 24 a 64 años de edad, inicio de vida sexual antes de los 18 años, antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual, presencia de VPH, múltiples parejas sexuales, tabaquismo, desnutrición, deficiencia de antioxidantes, inmunodeficiencias y NUNCA HABERSE PRACTICADO EL ESTUDIO CITOLÓGICO⁷ (punto 7.1.2. Factores de riesgo). Las actividades de participación social quedan bajo control del personal de salud encargado de promover la participación de grupos organizados y líderes comunitarios como informadores y promotores; integrar a la población femenina de agrupaciones (varias) y asociaciones civiles a participar en acciones intensivas y permanentes de detección oportuna; y, capacitar a promotores institucionales y voluntarios bajo los lineamientos de esta Norma (punto 7.1.3. Actividades de participación social).

El resto de la norma son cuestiones técnicas sobre: 8. Detección oportuna; 9. Diagnóstico, tratamiento y control de las lesiones intraepiteliales; 10. Diagnóstico, tratamiento y control del cáncer invasor; 11. Sistema de vigilancia epidemiológica; 12. De la capacitación y actualización del personal de salud profesional y técnico del nivel operativo; 13. Control de Calidad; y, 14. Evaluación. Cuestión que se tratará más adelante en el apartado de “Infraestructura estatal para la prevención y atención del cáncer cérvico uterino”.

⁷ Las mayúsculas son de ellos: NOM-014-SSA2-199418mayo07.

1.5.2 El enfoque del Instituto Nacional de Salud Pública.

A través de las publicaciones periódicas sobre cáncer cérvico uterino en la revista *Salud Pública de México* del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el médico Alejandro Mohar rescata algunos puntos relacionados con los retos y propuestas para una mayor eficacia del *Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino* especialmente en los países en desarrollo.

El INSP destaca el mayor costo y morbilidad asociados a los intentos curativos en etapas avanzadas del cáncer cérvico uterino debido a que prevalece una inadecuada prevención y diagnóstico temprano, lo que obliga a realizar estudios de costo/beneficio en el diagnóstico de esta patología. Una de las propuestas es incluir de manera sistemática junto con la citología, los nuevos métodos de detección molecular de ADN del VPH el cual ha demostrado una eficacia del 100% (Mohar, 2003: 302) a diferencia de la citología cervical cuya falibilidad es relativamente alta (Dzul-Rosado, Puerto-Solís y González-Losa, 2004). Esta técnica de la biología molecular (Captura de Híbridos y Reacción en Cadena de Polimerasa –RCP-) no es desconocida para la NOM-014-SSA-1994, pero hasta ahora se toma sólo como complemento arbitrario de la citología cervical por lo que se propone su gradual integración sistemática.

Por otro lado, “el desarrollo de vacunas es aún temprano; los resultados iniciales son alentadores, pero también indican que sólo con el paso del tiempo –puede ser más de una década- se podrá definir su incorporación como medida universal de prevención primaria” (Mohar, 2003: 302). El debate propuesto por el ISPN gira entonces alrededor de los factores tecno-científicos asociados al diagnóstico y a la prevención: cómo instrumentar y financiar en la población abierta el binomio de técnicas (citología y biología molecular); seguirle la pista a la vacuna contra VPH una vez definidos sus efectos; mejorar la calidad y cobertura del programa de detección oportuna; solicitar los recursos económicos necesarios para incorporar las nuevas técnicas. Desde una perspectiva social, el autor propone un enfoque distinto al de la NOM: “el esfuerzo en la prevención primaria no es sólo para las mujeres, sino también para su pareja sexual, la cual debe de participar en los programas de educación para la salud” (Mohar, 2003: 302) aunque el VPH sea asintomático en varones.

1.5.3 El enfoque de la Organización Panamericana de la Salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), conjuntamente con el Programa para Tecnologías Apropriadas en Salud (PATH), la Corporación JHPIEGO, la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) y AVSC Internacional, con el apoyo de la Fundación Bill y Melinda Gates han formado la *Alianza para la Prevención del Cáncer Cérvico uterino* (ACCP por sus siglas en inglés), la cual promueve la prevención del cáncer cérvico uterino en los países en desarrollo.

Como otras propuestas, también apuestan por el examen citológico periódico como “la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cérvico uterino” (OPS, 2001), y en este sentido considera los desafíos que representa para las mujeres latinoamericanas realizarse esta prueba, especialmente para las más pobres:

- Las mujeres, en particular las de países en desarrollo, no tienen acceso a los servicios de salud gratuitos, o no tienen dinero para pagar los análisis. Además, si estos servicios están disponibles probablemente están en los centros urbanos, limitando su acceso a las mujeres que viven en zonas rurales.
- Comúnmente, la mujer le da prioridad a la salud de su familia que a la propia. Si hay dinero para servicios médicos, ella lo gastará en sus hijos y no en sí misma.
- El temor a su pareja también puede desalentar a la mujer de hacerse las pruebas periódicas para detectar el cáncer cérvico uterino. Él puede oponerse a que visite al ginecólogo, a pagar por la prueba o por el costo del transporte a la clínica o al hospital.
- En muchas sociedades la mujer no controla sus relaciones sexuales. El que la mujer tenga o no control de cuándo, cómo y con quien tiene contacto sexual es de suma importancia para poder protegerse contra el VPH.
- Las experiencias negativas con médicos u otros profesionales de la salud en general pueden también ser un impedimento a someterse a los exámenes periódicos.
- En Latinoamérica los exámenes normalmente tienden a estar vinculados a los programas de planificación familiar, beneficiando primordialmente a mujeres menores de 30 años. Dado que el grupo de mujeres que corre el mayor riesgo de

cáncer cérvico uterino es de 25-60 años de edad, estos programas no son muy eficaces.

- La falta de información sobre el procedimiento, o el temor a los resultados puede disuadir a la mujer de hacerse los exámenes periódicos.

Por otro lado, el diagnóstico de la OPS afirma que “la incidencia y la severidad de una enfermedad tan fácilmente detectable y prevenible debería convertirse en un llamado a la acción para los profesionales de la salud, los formuladores de política y defensoras de género” (OPS, 2001).

- El mensaje sobre el cáncer cérvico uterino debería darle prioridad a los aspectos de prevención y no al tratamiento de la enfermedad y sus consecuencias. Donde existan se deben estimular los programas de pruebas para detectar el cáncer cérvico uterino y las mujeres deben ser informadas ampliamente acerca del procedimiento y sus beneficios.
- La capacidad de la mujer de controlar su salud sexual y reproductiva ha sido una prioridad en la abogacía de género desde hace muchos años. Ahora también debe convertirse en una prioridad de salud pública no sólo para la protección contra el VPH y el cáncer cérvico uterino, sino también para reducir la propagación del VIH/SIDA y otras ETS.
- Los médicos y demás profesionales de la salud deben ser capacitados para reconocer que el género y el lugar de la mujer en la sociedad tienen un impacto profundo en su salud y en la atención que recibe.

1.5.4 El enfoque del Instituto Mesoamericano de Salud Pública.

Bajo este sugerente nombre, y bajo el auspicio de la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Salud, se inicia en el 2008 el *Proyecto Mesoamérica*, cuya planeación data del año 2001, tras la creación del Plan Puebla Panamá, “en donde uno de los proyectos principales en materia de salud fue el Programa Mesoamericano de Vigilancia Epidemiológica” (IMSP, 2008: 3).

La región aquí considerada *mesoamericana* incluye a todos los países de

Centroamérica, a México y Colombia. “El Proyecto Mesoamérica busca dar un renovado impulso a los proyectos sociales de largo alcance como el desarrollo del Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP), vertebrado a su vez por medio del Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP)” (IMSP, 2008: 3).

Los esfuerzos de coordinación entre estos países en materia de salud responden a la necesidad regional de evitar que “los problemas de salud se incrementen rápidamente y se vuelvan más complejos en el contexto de la actual transición epidemiológica y demográfica” (IMSP, 2008: 3).

En este contexto se diseña el *Plan Integral para el desarrollo de un Sistema Mesoamericano de Salud Pública*, de los cuales uno de sus objetivos es crear un *Programa Regional de Prevención del cáncer cérvico uterino en Mesoamérica*. El enfoque no es distinto a los anteriores en el sentido de que sus objetivos son:

- Fortalecer la detección del cáncer cérvico uterino y abatir la elevada mortalidad.
- Promover el aseguramiento universal de la detección, diagnóstico y tratamiento.
- Brindar atención de calidad a través del fortalecimiento de capacidades e incorporación de nuevas tecnologías.

Las propuestas de focalización de acciones en población de alto riesgo: población indígena, población urbano-marginada, presenta los siguiente objetivos:

- Identificación e incorporación al programa de mujeres que nunca se han realizado una citología cervical. Ello a través de promotores comunitarios y de la reorganización del programa para asegurar el manejo, tratamiento y seguimiento de los casos en las clínicas de colposcopia y centros oncológicos.
- Instrumentar la intervención de una opción de prevención, donde se lleven a cabo acciones de detección con base en la citología cervical y la detección del virus del papiloma humano (VPH) en los municipios o localidades con mayor marginación. Esta estrategia se extenderá gradualmente al resto de comunidades, siempre con el criterio de grado de marginación.
- Campañas de promoción de la detección, a través de medios masivos de comunicación, radiodifusoras locales, promotores comunitarios, para invitar a las mujeres a realizarse la detección y hacer estas pruebas gratuitamente.

En concordancia con lo propuesto por el Instituto Nacional de Salud Pública, el IMSP promueve la incorporación de nuevas tecnologías biomoleculares de detección de VPH (Captura de Híbridos y RCP), “la cual, combinada con la citología cervical es altamente costo-efectiva, para lo cual se requiere crear laboratorios de VPH e incorporar la prueba al programa, con su organización logística específica” (IMSP, 2008: 27). También sugieren capacitación y recapitación del personal laborista en citología cervical y colposcopia porque “desafortunadamente, la calidad es deficiente en muchos de nuestros países” (IMSP, 2008: 27).

1.6 Conclusión

En síntesis, se dice en la NOM-014-SSA2-1994/18mayo07 que el eje fundamental del *Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino* le da mayor acento a la participación activa comunitaria mediante educación para la salud, acciones de promoción, difusión, información de los factores de riesgo y concientización en el autocuidado de la salud, sin embargo, el concepto de “participación activa comunitaria” que se propone es fundamentalmente de carácter vertical y unilateral, se privilegia la relación “personal médico - usuario de los servicios”, subordinando otras formas de participación social como asociaciones civiles, agrupaciones y líderes comunitarios a la necesaria capacitación bajo los lineamientos de la NOM. No obstante resulta una herramienta útil y esencial en la uniformidad de los procedimientos técnicos para la prevención, detección, diagnóstico, tratamientos, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, así como para la evaluación y sistematización de registros nacionales. Se plantea además, en la modificación de 2007 la especial atención a las áreas rurales e indígenas y a las zonas urbano-marginadas, únicamente a través de estrategias de extensión de cobertura.

Por su parte el Instituto Nacional de Salud Pública es el ala científica que, en parte, soporta las decisiones en materia de Salud Pública en el país. En este sentido, promueve un enfoque crítico sobre los avances y rezagos de los temas a tratar. Para el caso del *Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino* pone énfasis en la incorporación de las nuevas tecnologías de diagnóstico. Su base crítica proviene del desarrollo de las ciencias naturales en cuestiones médicas y deja puesta la mesa a los decisores políticos “¿Qué queda

entonces por hacer? El quehacer científico ha cumplido, ahora corresponde a aquellos que toman decisiones el incorporar recursos, educación y los medios necesarios para detener esta enfermedad” (Mohar, 2003: 303). No descuida el contexto de estar hablando desde y para un país con grandes rezagos socioeconómicos, pero no trata de manera directa el enfoque sociocultural de la problemática. No obstante es muy rescatable el enfoque de género que hace en relación a una educación que incorpore la perspectiva masculina en la educación para la salud del cáncer cérvico uterino.

Es la Organización Panamericana de la Salud la que promueve más el enfoque sociocultural y de género en su diagnóstico. Las conclusiones a las que llega, van de la mano con otros estudios en México (Hidalgo-Martínez, 2006) y América Latina (Wiener-Ceballos, Vejarano-Velandia, Caicedo-Mera, Tovar-Murillo y Cendales-Duarte, 2006) los cuáles llegan a conclusiones muy similares; sutilezas importantes a la hora de evaluar la eficacia del programa nacional de prevención del CaCu, que además muestra los puntos clave en los que se deben programar las acciones de diferentes instancias de la sociedad civil que promueven la lucha contra esta patología.

Por último se tiene el enfoque del Instituto Mesoamericano de Salud Pública, cuyos pivotes son esencialmente una combinación entre la NOM y el enfoque del INSP. Las principales particularidades de este proyecto giran en torno a la cooperación internacional debido a que los retos ante el cáncer cérvico uterino son similares en toda la región de México, Centroamérica y Colombia⁸: rezagos sociales, limitado acceso a los servicios de salud de la población más vulnerable y una clara desigualdad social y en salud. Se orienta en la focalización de acciones en población de alto riesgo: población indígena, población urbano-marginada, pero no hace propuestas más que en el sentido vertical de la cobertura y la incorporación y disseminación de la tecnología de punta y de estrategias de prevención.

⁸ La incorporación de Colombia parece obedecer más a un objetivo meramente político, pues si se justifica en términos epidemiológicos su inclusión no así la exclusión del resto de los países de América Latina.

Capítulo 2. Contexto sociocultural de la Zona Maya

2.1 Introducción

Para comprender mejor el proceso de regionalización del Estado de Quintana Roo en su dimensión dinámica, con el objetivo de no pensar en la zona de estudio, la zona maya, como una zona culturalmente aislada, sino por el contrario favorecer la conceptualización de la complejidad cultural que la región total reviste, se harán cortes analíticos espacio – temporales basados en las condiciones materiales y las relaciones de producción, para poder entender la distribución demográfica caracterizada por la dispersión y polarización, lo que genera un fuerte flujo migratorio, tanto definitivo como temporal, y con ello, una trama de representaciones y prácticas culturales que, en nuestro caso de estudio, no se pueden entender como reductos de un pasado indígena intacto, sino como producto en transformación de interacciones identitarias intensas y frecuentes.

Para efectos comparativos se analizarán las tres zonas socioeconómicas de la región a través de cuatro décadas de soberanía estatal, poniendo especial énfasis en los procesos sociodemográficos de la zona maya.

Se retoma el concepto de región propuesto por Alicia Barabas y Miguel Bartolomé (1977) en el sentido de dotar al espacio de una dinámica propia en la que interactúan la estructura (eje espacial) y la función (eje temporal), para mostrar los contextos sociales y económicos en los que se dan las relaciones entre los sujetos de este estudio. Para ello se parte de la división y subdivisión territorial político-administrativa, los recursos materiales y las proyecciones para su desarrollo en la década de 1970 a partir de los datos presentados en el estudio sobre la región en el momento de la conformación de Quintana Roo como Estado independiente presentados por los mismos autores. En el recorrido histórico por las décadas de 1980 y 1990 se sigue a Alfredo César Dachary y Stella Maris Arnais (1998) para posteriormente contrastarlos con los datos obtenidos de las fuentes oficiales en la década de 2000. De esta manera se obtendrá un panorama de la región de contenido funcional y dinámico que explique las características de los procesos interculturales entre los servidores de la salud, así como sus prácticas y representaciones respecto a la enfermedad del cáncer cérvico uterino.

2.2 Poblamiento del Territorio de Quintana Roo

Actualmente, Quintana Roo está conformada por diez municipios los cuales registran una intensa dinámica de conformación política administrativa debido a su calidad de “estado joven”, con no más de cuatro décadas de nombramiento como entidad federativa independiente. El proceso de poblamiento y conformación del territorio separado de los estados de Yucatán y Campeche al iniciar el siglo XX está íntimamente ligado al proceso histórico conocido como la Guerra de Castas cuyos componentes no se explican solamente desde una perspectiva materialista histórica, sino también se le agregan las teorías de la identidad⁹.

Se entiende que las tierras selváticas del territorio, erróneamente consideradas como inhabitadas durante la Colonia¹⁰, fueron el refugio de los grupos insurrectos a lo largo del periodo de guerra en la segunda mitad del siglo XIX, grupos que en el proceso de lucha se fueron aliando o confrontando, fortaleciendo o diluyendo de acuerdo a los acontecimientos concretos. Tres centros políticos de resistencia irradiaban según su ubicación: en el norte Chan Santa Cruz del Este, en el centro Noh Kah Santa Cruz X-Balam Nah, y en el sur Chichanhá. Al determinarse la conformación del Territorio de Quintana Roo como estrategia definitiva de pacificación entre los años 1898 y 1902, los pactos y alianzas dieron como resultado el reconocimiento de Noh Kah Santa Cruz X-Balam Nah (hoy la ciudad de Felipe Carrillo Puerto) como capital de la zona de refugio de los macehuales, integrando a su vez políticas de poblamiento y desarrollo para el resto del territorio en sus zonas norte, centro-occidental y sur, a lo largo del siglo XX.

Entre 1902 y 1915, en el territorio no existió una política de desarrollo específica. La administración corría a cargo del ejército nacional, mientras que el reducto de territorio

⁹ En esta tesis no se aborda detalladamente este tema. Para una revisión más extensa se recomienda “La Guerra de Castas de Yucatán” de Nelson Reed (1964 primera edición en inglés; 1971 primera edición en español) y el “Machete y la Cruz” (2005) de Don Dumond.

¹⁰ Los indios que se resistían a las reducciones y al peonaje en las haciendas durante el periodo colonial (Bracamonte y Solís, 2006), y a los abusos en el proceso de reestructuración liberal en la época postindependentista, eran los llamados *huítes* o *wíites*, que huían y se refugiaban en la parte oriental de la península. En los primeros años del enfrentamiento, los macehuales se encontraron con ellos, conformando un sólo grupo identitario autodenominado macehual (Bartolomé y Barabas, 1977).

cedido a los rebeldes era administrado, también militarmente, por líderes macehuales. Ya para 1915, el interés explícito del gobierno posrevolucionario en Quintana Roo fue la explotación de la madera y el chicle, lo que provoca una fractura en la unidad macehual debido a la posición que cada líder tenía con respecto a las relaciones que habrían de establecerse con los nacionales. El sargento Francisco May, asentado en Yokdzonot, y cuyo territorio abarcaba 20,000 hectáreas desde San Antonio Muxil hasta Bacalar, estaba por lo general más dispuesto a negociar y sacar provecho de la explotación maderera y chiclera, permitiendo el asentamiento de mestizos en su territorio; por su parte, Juan Bautista Vega, situado en Chumpón y Tulum, y cuya jurisdicción abarcaba la región norte y centro costera, prefería la absoluta autonomía y la nula intervención de cualquier tipo de relación con la gente fuera del grupo macehual; esta resistencia pudo mantenerse hasta 1922, año en que se instalan campamentos chicleros entre Boca Paila y los pueblos de Chumpón. (Bartolomé y Barabas, 1977: 43-46).

Siendo Estados Unidos el principal comprador, era de esperarse que el mercado del chicle se viera mermado con la recesión de 1929. Este hecho propicia una situación de vulnerabilidad en la región que obliga a May a aceptar un convenio con el gobierno federal que resta gran parte de autonomía al territorio macehual, provocando un enorme descontento entre los habitantes, quienes respondieron retirando la Cruz de Chan Cah¹¹ y estableciendo el santuario esta vez en La Guardia (hoy Tixcacal Guardia). Así, los seguidores de la Santa Cruz se dividieron en dos grupos: los que reconocían a Chan Cah y a May, y los autodenominados “separados” quienes seguían rechazando la intromisión y cualquier contacto con los blancos (Villa Rojas, 1946 [1977]: 36).

Los puntos que abarcaba el convenio entre May y el gobierno federal establecían que:

- 1) Los jefes mayas tenían desde ahora concesiones federales sobre las explotaciones forestales;
- 2) Debían respetar las concesiones que el gobierno diera, en esas tierras, a otras personas;
- 3) Permitir el tránsito de comerciantes;
- 4) Permitir la apertura y garantizar el funcionamiento de escuelas rurales en los pueblos (esos intentos venían fracasando desde 1926);
- 5) Pedir permiso al gobierno sobre la extensión de tierra dedicada a la agricultura;
- 6)

¹¹ El culto a la Cruz Parlante era el elemento aglutinante de la unidad macehual desde 1850. Su morada representaba el sitio de mayor autoridad, por lo que permaneció mucho tiempo en Noh Cah Santa Cruz Balam Nah (hoy Felipe Carrillo Puerto), pero en 1915 cuando el sitio fue devuelto a las autoridades macehuales por el general Alvarado, el grupo macehual prefirió asentar a la Cruz en Chan Cah.

Dejar la administración de la justicia en manos de las leyes nacionales; 7) Aceptar que Santa Cruz de Bravo pasaba a ser un distrito que debía ser gobernado por un subdelegado del gobierno del Territorio, ayudado por cinco representantes macehuales. (Ávila Zapata en Bartolomé y Barabas, 1977).

Tras el colapso de la economía del Territorio y la consiguiente dificultad en su administración, en 1931 es reintegrado (repartido) a los estados de Yucatán y Campeche. En campaña presidencial Lázaro Cárdenas promete restituirlo. Una vez en el poder, en 1935 lo reintegra y pone en marcha una serie de medidas tendientes a la revitalización del Territorio, entre ellas, una nueva colonización, oficial y dirigida (Bartolomé y Barabas, 1977: 50). En 1936 se crea el Comité Prodefensa del Territorio para evitar posteriores intentos de desmembramiento territorial.

Con las expropiaciones cardenistas y la dotación ejidal, fueron repartidos entre campesinos, principalmente yucatecos, los latifundios del norte del Territorio, concedidos desde principios del siglo XX a las compañías “Colonizadora” y “Agrícola”. El sur fue colonizado por mexicanos de diversos orígenes, principalmente de Veracruz y Tabasco (estados de tradición chiclera) y en Payo Obispo se estableció un aserradero. El Territorio cobraba nuevo impulso colonizador con la creación de obras de infraestructura y el trazado de carreteras entre Peto – Carrillo Puerto (nombre que se le dió a Santa Cruz) – Bacalar - X-Calak – Punta Guerrero; y la reconstrucción del ferrocarril (Bartolomé y Barabas, 1977: 50).

A su vez, por el declive del mercado del henequén, Yucatán expulsa gran catidad de población que se establece también en la zona central del Territorio,

“Los inmigrantes siguen con los métodos de producción de los habitantes tradicionales. Ellos mismos han constituido un grupo muy pobre en su propio estado, sin tierra, trabajadores agrícolas, trabajadores estacionales... en los bosques de extracción de chicle y hacia los centros turísticos en desarrollo” (Baas y van Gendt, 1978: 16).

En 1942 se suprimieron las dotaciones ejidales, por lo que la colonización masiva disminuyó para revitalizarse en la década de 1970 a partir de los nuevos proyectos de desarrollo en la entidad. El desarrollo en la región central fue distinta, los macehuales con

más arraigo y memoria histórica se resistieron más tiempo a la legalización de sus propiedades a través del ejido, pero el resto de los campesinos no. Así, los primeros se enfrentaron con la inminente reducción y limitación de su rango de aprovechamiento, que por otra parte resultaba el más pobre en términos forestales, y aún agrícolas. Sólo los más renuentes finalmente se resistieron abiertamente a la economía de mercado, manteniendo en su aislamiento una economía agrícola de autoconsumo y una identidad concientemente diferenciada del resto de los macehuales y de los nuevos grupos étnicos que poco a poco los iban llevando a una situación de sitio. En este sentido Bartolomé y Barabás (1977) reconocen tres subtribus que resisten de manera diferenciada las presiones de la dinámica territorial con mayor apego en la tradición macehual: Chumpón, Chan Cah Veracruz y X-Cacal Guardia. En estos santuarios el culto a la cruz parlante sigue formando parte de la tradición e identidad de sus habitantes, no obstante la economía de mercado ha ido penetrando paulatinamente y con más intensidad en las últimas dos décadas a raíz del desmembramiento político-administrativo con la creación de los municipios de Solidaridad y de Tulum que representan polos poderosos de atracción para los habitantes de la región.

Hasta aquí se hace notar cinco etapas en el proceso de desarrollo de Quintana Roo durante el siglo XX hasta su conformación como estado federal:

1902-1915: etapa de establecimiento del Territorio y pacificación que coincide con el periodo convulsivo de la Revolución Social nacional, por lo que la política propia para el Territorio no es claramente definida. Se caracteriza por el cese de hostilidades y el inicio de negociaciones militarmente administradas para establecer la incipiente economía de mercado basada en la explotación y aprovechamiento forestal.

1915-1929: etapa de auge de la explotación chiclera cuyo estancamiento se asocia directamente a los acontecimientos de carácter internacional que colapsan la economía de mercado. Sin embargo, en este periodo se sientan las bases para integrar al Territorio en una economía estratégica, uniando rutas de comercio pluviales, ferroviarias y carreteras. En este periodo se intentan poner en marcha las políticas de integración nacional posrevolucionarias, lo que provoca una nueva escisión étnica en el subgrupo de los mayas macehuales.

1931-1935: A partir 1928, se reconocieron, a través de la Ley Orgánica del Distrito y Territorio Federal de Quintana Roo, cuatro delegaciones: Cozumel, Isla Mujeres, Felipe Carrillo Puerto y Payo Obispo, las cuales debido a la dificultad de su administración por el colapso del mercado del chicle son reintegradas, las primeras tres al estado de Yucatán y la última a Campeche.

1935-1942: Es reintegrado el Territorio de Quintana Roo, registrándose la primera colonización masiva oficial dirigida con base en un proyecto de desarrollo estructurado también con base en la explotación forestal y aprovechamiento de la resina del chicozapote. Se caracteriza por la repartición ejidal, la formación de cooperativas y la división geográfica étnicamente diferenciada: en el Norte se establecen grupos campesinos mayas provenientes de Yucatán que a pesar de la lengua común no se identifican culturalmente con los macehuales, en el centro continúan resistiendo los mayas macehuales y algunos se adhieren al proceso de repartición ejidal sin perder su identificación étnica, y el sur lo colonizan mexicanos de diversos orígenes acostumbrados a la explotación forestal.

1942-1974: etapa que comprende desde la suspensión de la repartición ejidal, y por lo tanto de la colonización dirigida, al establecimiento del Estado Federal de Quintana Roo. Se caracteriza por el agotamiento del proyecto cardenista, el abuso a las cooperativas por parte de los gobiernos territoriales designados desde la capital del país y la gestación de un nuevo proyecto de desarrollo regional que integra al sector secundario y terciario a través de la industria turística, la producción de la caña de azúcar y el establecimiento de la “Zona Libre” en la totalidad del Territorio.

En 1974 el estado de Quintana Roo nace con siete municipios, estos son, las ex-delegaciones de Cozumel, Felipe Carrillo Puerto, Isla Mujeres y Payo Obispo (hoy Othón P. Blanco); y la fundación en 1975 y 1976 de los municipios de Benito Juárez, José María Morelos y Lázaro Cárdenas. En este mismo periodo se registra otra oleada de migración yucateca, no dirigida pero sí apoyada oficialmente, estableciéndose así una vecindad entre los mayas macehuales de Felipe Carrillo Puerto y los mayas yucatecos de Lázaro Cárdenas

y de José María Morelos. Los rasgos comunes superficiales como el idioma, el vestuario y las prácticas agrícolas son suficientes para que la mirada externa los identifique como un sólo grupo homogéneo de mayas peninsulares establecidos en Quintana Roo, a pesar de que la identificación entre ellos no se presente debido a las características diferenciales propias más profundas como el culto a la Cruz Parlante y la estratificación asociada a la milicia de los macehuales frente a la conformación de gremios católicos y, en un principio, un generalizado desprecio por parte de los mayas yucatecos hacia las creencias y costumbres de los macehuales considerados estos últimos como “indios salvajes, sin cultura” por los yucatecos autodenominados “mestizos”, no obstante la integración paulatina fue inminente, con una memoria cada vez más nublada respecto a su origen diferenciado.

2.3 El Estado de Quintana Roo, sus regiones y su desarrollo.

“Hasta 1960 no hay un crecimiento económico autónomo. Los dos actores más importantes, el gobierno y las empresas, tienen sus intereses reales fuera de Quintana Roo” (Baas y van Gendt, 1978: 16). La década de 1970 marcó entonces una dinámica de rupturas y ajustes caracterizada por la presión ejercida a través del Estado para llevar a cabo el proyecto de desarrollo integral (más bien integracionista) de la entidad, al que nadie oponía resistencia a excepción de los “separados” que se veían cada vez más reducidos en sus pequeñas poblaciones aisladas y hostiles a la influencia externa, incluyendo la influencia del grupo mayor macehual integrado a la dinámica regional a través de la infraestructura de Estado como escuelas y otros servicios e incluso a través de la representación política, pues a partir de 1968, “la designación de delegados y subdelegados debía realizarse por votación popular en asambleas generales de los habitantes de los poblados” (Bartolomé y Barabas, 1977: 82).

“Después de 1960 la contradicción – entre sectores, clases y regiones – se agudiza rápidamente. Es entonces cuando el gobierno adopta por primera vez una política para el territorio” (Baas y van Gendt, 1978: 16). En este mismo tenor, surge en la década de 1970 la llamada “Zona Maya”, originalmente compuesta por los municipios de Felipe Carrillo Puerto, Lázaro Cárdenas y José María Morelos. Se trata de una región elegida por el Programa de Desarrollo Socio-económico de la Zona Maya (PRODEMAY con auspicio de UNICEF) y por el Programa de Inversiones para el Desarrollo Rural (PIDER). Dentro del sistema de desarrollo regional que se pretendía impulsar, ésta era considerada una Zona de

Desarrollo Especial, “debido a que dicha zona se distingue, de manera general, del resto de los municipios de Quintana Roo, ya que en ella habita una población maya que subsiste a través de la aplicación de métodos tradicionales de agricultura, y así mismo, por sus características fisiográficas es proclive a tener pocas posibilidades de desarrollo en la industria y en el turismo” (Baas y van Gendt, 1978: 1). A partir de 1972, comienza el desarrollo de una infraestructura física y social en la zona. En 1993 se escinde la Zona Maya para crear el municipio de Solidaridad y en 2008 el de Tulum. Ambos municipios son considerados hoy parte de la Zona Maya a excepción de sus costas las cuales son consideradas Zona Norte o Zona Costera, junto con los municipios de Benito Juárez, Cozumel e Isla Mujeres. En la Zona Sur actual se consideran los municipios de Othón P. Blanco y, a partir de 2011, Bacalar.

Zonas socioeconómicas de Quintana Roo		
	1975	2011
Zona Norte o Costera	Cozumel Isla Mujeres Benito Juárez	Cozumel Isla Mujeres Benito Juárez Costa de Solidaridad Costa de Tulum
Zona Maya	Felipe Carrillo Puerto Lázaro Cárdenas José María Morelos	Felipe Carrillo Puerto Lázaro Cárdenas José María Morelos Solidaridad Tulum
Zona Sur	Othón P. Blanco	Othón P. Blanco Bacalar

Cuadro 2. Zonas socioeconómicas de Quintana Roo.
Fuente: Elaboración propia con datos del Gobierno del Estado.

Es a partir de la década de creación del Estado (1970) que se ponen en marcha los proyectos previstos en las zonas:

“Chetumal asume una función como ciudad puerto y como pequeño centro industrial. La costa cercana a Isla Mujeres, Cancún y Cozumel fue convertida en un paraíso turístico. Se comenzaron proyectos agrícolas en gran escala... estimulados sobre todo en el sur del Estado, porque allí la tierra es más fructífera y el suelo es más fácilmente laborable. Se estimula a gente de todo México para venir a vivir y trabajar en los

llamados “Nuevos Centros de Población Ejidal”. La Zona Maya queda fuera de este desarrollo”. (Baas y van Gendt, 1978: 16).

En conjunto, este modelo de desarrollo turístico, agroindustrial y pesquero derivó en que Quintana Roo “durante el periodo 1971 – 1976 tuvo el crecimiento más espectacular del país triplicando el nacional” (Dachary y Arnaiz, 1998: 427). Pero a partir de la crisis económica de la década de 1980, el desequilibrio se acentuó y las consecuencias se aprecian en la actualidad, por ejemplo, en la concentración socio-demográfica y económica principalmente en el complejo turístico de los municipios de Benito Juárez, Cozumel e Isla Mujeres, que en la década de 1990 continúa creciendo a raíz del desarrollo del proyecto corredor turístico “Riviera Maya”¹²; mientras tanto, para la Zona Sur que se reservó el desarrollo agroindustrial, forestal y ganadero, a partir de la construcción del Ingenio Azucarero en los márgenes del Río Hondo en 1971 se dirige una nueva colonización masiva alrededor de los ejidos de Pucté y de Álvaro Obregón, creando en las localidades de Javier Rojo Gómez y Álvaro Obregón Nuevo una concentración de población actual de alrededor de 6,000 habitantes que para la alta dispersión demográfica del municipio de Othón P. Blanco, ocupa el segundo centro urbano poblacional sólo después de la ciudad capital, Chetumal, la cual registra actualmente alrededor de 150,000 habitantes. La ciudad de Bacalar, con aproximadamente 11,000 habitantes se convierte en el año 2011 en la cabecera de un nuevo municipio cuya franja territorial separará el lindero entre los municipios de Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos, con el municipio de Othón P. Blanco. La Zona Maya sigue siendo una zona deprimida en términos económicos y la de menor concentración poblacional en todo el Estado.

No se considera que el concepto de región surge y se agota en la división político-administrativa, pues como se indicó anteriormente estas delimitaciones territoriales surgen de proyectos políticos determinados por coyunturas históricas y no por la ausencia o declive en la intensidad de las relaciones sociales en el conjunto más amplio. Por lo tanto lo que aquí se definirá como región no implica la separación o aislamiento del conjunto más

¹² Ya en la década de 1970 no sólo estaba en marcha el gran complejo Cancún, sino también la preparación de toda la franja costera del Caribe hasta Tulum (subtribu de Chumpon), las lagunas del Sur, la ampliación de la infraestructura turística isleña y la consolidación y reconstrucción de importantes sitios arqueológicos como Tulum, Cobá, Punta Cancún, Cozumel y otros. (Bartolomé y Barabas, 1977: 93).

amplio peninsular, nacional o internacional, lo que sí implica es una conceptualización teórica basada en que el reconocimiento de Quintana Roo como entidad federativa dentro del conjunto nacional dota

“de cierta autosuficiencia en la medida que la mayor parte de las funciones y servicios están representados, de suerte que la región es capaz de satisfacer la mayor parte de las necesidades de sus habitantes (en tanto que se convierte en una) unidad jurídico-administrativa, económica y política, sujeta a un impulso de desarrollo” (Bartolomé y Barabas, 1977: 81).

En un sentido más restringido, Bartolomé y Barabas hablan de “regiones internas” las cuales definen como “espacios organizados por la interdependencia de una metrópoli y sus satélites, que pueden satisfacer un mínimo de necesidades económicas, políticas, sociales, etc., con cierta independencia de la región total” (1977: 81). Nos referimos a las regiones Norte, Centro y Sur en este sentido, división válida para la situación histórica en la década de 1970. No debe confundirse con la división por “Zonas socio-económicas” vista anteriormente las cuales se delimitan por las actividades productivas en el espacio geográfico que ocupan generando dinámicas socio-demográficas diferenciales independientemente del radio de acción regional que generen los polos de desarrollo económico.

Con la puesta en marcha de los proyectos de desarrollo antes mencionados durante el periodo de nacimiento del estado, se pretende que se vayan gestando nuevas relaciones entre las metrópolis y sus satélites, se busca que los polos en crecimiento desplacen a las antiguas metrópolis: Cancún a Mérida y Valladolid como metrópolis de la región Norte, Felipe Carrillo Puerto como metrópoli del Centro desplazando a Peto, y que Chetumal continúe configurándose como metrópoli de la región Sur (Bartolomé y Barabas, 1977). En el panorama histórico y actual se aprecia la manera en que la población satélite, en especial de la zona maya, generó nuevas formas de relaciones de producción con las nuevas metrópolis, antes acostumbrada a la relativa autosubsistencia con una incipiente inserción de moneda corriente a través del aprovechamiento forestal y ahora como principal expulsora de mano de obra fuertemente dependiente del capital turístico, lo que implica también una transformación en las relaciones interculturales que se venían gestando antes

de 1970.

La distribución poblacional entre 1950 y 1970, a raíz de las colonizaciones precedentes y el aumento poblacional natural crece cuantitativamente, pero no se modifica sustancialmente la tendencia en la distribución demográfica. La zona central y la zona sur ocupaban hasta entonces un porcentaje poblacional más alto que la zona norte,

“en la primera (zona central) es más notable el incremento producido en las décadas de 1960 y 1970, aunque la distribución de la población parece indicar una concentración básicamente urbana. Esto se justifica, en gran medida, debido a que esta región posee la mayor reserva de chicozapote, y que gran parte de ella no ha sido utilizada para asentamientos humanos ni para el cultivo; por el contrario, en las regiones norte y sur se manifiesta un crecimiento rural bastante superior al urbano, producto de las colonizaciones que se encauzaron hacia ellas” (Bartolomé y Barabas, 1977: 85).

En cambio para el censo poblacional del 2010 la situación demográfica muestra un cambio cualitativo significativo como consecuencia del desarrollo turístico de la Zona Norte, la cual concentra el 70% de la población total del Estado en los municipios de menor extensión geográfica, lo que da cuenta de una evidente polarización asimétrica.

En el cuadro 3 se aprecia no solo el desplazamiento en la concentración demográfica de la Zona Sur a la Zona Norte; también da cuenta de las características de tal concentración poblacional, pues en cuarenta años la Zona Norte absorbió un porcentaje muy elevado de las otras zonas que en 1970 mostraban una distribución más equitativa al no concentrar más de la mitad de la población del Territorio en ninguna de ellas. No obstante,

“a partir de 1983, la crisis afecta a todo el país, pero en mayor medida a los Estados fronterizos a partir de la apertura comercial. Esta situación vino a acentuar las diferenciaciones dentro del Estado, ya que en la zona norte siguió la inversión oficial y privada y en la zona sur comenzó una crisis que hasta hoy no ha concluido, y que se va acentuando por la mayor apertura comercial del país” (Dachary y Arnaiz, 1998: 427).

Tamaño de población y porcentaje relativo estatal por zona					
Zona	Municipio	1970		2010	
		Población total	Porcentaje zona x	Población total	Porcentaje zona x
Zona Costera	Cozumel	12, 622	22%	79, 535	70%
	Isla Mujeres	6, 867		16, 203	
	Benito Juárez	N.A.*		661, 176	
	Costa Solidaridad	N.A.		156, 842	
	Costa Tulum	N.A.		18, 233	
Zona Maya	F. Carrillo Puerto	32, 314	37%	75, 026	11%
	Lázaro Cárdenas	N.A.		25, 333	
	J. María Morelos	N.A.		36, 179	
	Solidaridad	N.A.		2, 468	
	Tulum	N.A.		2, 030	
Zona Sur	Othón P. Blanco	36, 346	41%	203, 762	19%
	Bacalar	N.A.		40, 791	

Cuadro 3. Tamaño de población y porcentaje relativo estatal por zona.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Bartolomé y Barabas (1977) e INEGI, 2010.
 *N.A.: No Aplica.

En 1994 la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte desplazó a la Zona Libre comercial de la ciudad de Chetumal al país de Belice. Como refiere César Dachary (1998), lo que antes era un área geográfica amplia, mínimamente poblada, aislada entre sí, sin diversificación, altamente dependiente de un mercado exterior, pero muy poco polarizada como sociedad civil, aunque manteniendo a la zona maya como un área separada y más atrasada, se convierte en un área altamente polarizada y desigual, pues a diferencia de la situación anterior, este nuevo modelo “articula a las zonas internas del Estado en situación desigual, ya que la zona maya periférica a la turística se transforma en el abastecedor de fuerza de trabajo y de algunos mínimos productos de abastecimiento” (Dachary, 1998: 428-430).

Poco antes de la creación del estado independiente de Quintana Roo, Bartolomé y Barabas (1977) ya pronosticaban una situación difícil para la zona maya, la cual no sólo tenía que ver con las características fisiográficas y económicas de la zona, sino con la articulación que ésta iba a tener con las demás zonas. En 1960 “en la región central el número de quintanarroenses casi coincidía con el número de macehuales; pero para 1970 se registró un incremento poblacional de 7000 individuos, crecimiento que no proviene del

grupo macehual sino de la sociedad regional”¹³, así, pensando en términos étnicos, los autores refieren que las divisiones ejidales, conjuntamente con el aumento de la población, las posibilidades de expansión territorial de los macehuales se verían seriamente limitadas;

“en efecto, un crecimiento demográfico alto en el grupo chocaría con fronteras ejidales que no pueden ser ampliadas, ya que las tierras disponibles son reservadas para los contingentes colonizadores, y por lo tanto las nuevas familias se verían circunscriptas a un hábitat estrecho, pobre e insuficiente” (Bartolomé y Barabas, 1977: 83-85).

En este marco contextual se articula la actual distribución sociodemográfica de Quintana Roo, la cual concentra su población de acuerdo al siguiente cuadro:

Distribución poblacional y densidad demográfica, Quintana Roo, 2010									
Municipio		Coz.	FCP	IM	OPB	BJ	JMM	LC	Sol. Tul.
Número total de localidades		122	216	104	727	295	129	82	148
Rango	Tipo								
1 a 249 habitantes	01	120	167	102	656	289	102	62	144
250 a 499 habitantes	02		19		16	1	10	7	1
500 a 999 habitantes	03	1	18		26	1	9	5	1
1, 000 a 2, 499 habitantes	04		7		22		6	7	3
2, 500 a 4, 999 habitantes	05		4	1	4		1		
5, 000 a 9, 999 habitantes	06				1	2		1	1
10, 000 a 14, 999 habitantes	07			1	1	1	1		
15, 000 a 29, 999 habitantes	08		1						1
30, 000 a 49, 999 habitantes	09								
50, 000 a 99, 999 habitantes	10	1							
100, 000 a 249, 999 habitantes	11				1				1
250, 000 a 499, 999 habitantes	12								
500, 000 a 999, 999 habitantes	13					1			
1, 000, 000 y más habitantes	14								

Cuadro 4. Distribución poblacional y densidad demográfica, Quintana Roo, 2010.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEGI, 2010.

En el cuadro se aprecia una casi absoluta concentración de habitantes en las más grandes ciudades de los municipios de la zona norte a diferencia de los municipios de la

¹³ Como “sociedad regional” Bartolomé y Barabas describen al “conjunto de individuos, instituciones y vectores de acción políticos económicos y sociales que actúan sobre una población indígena” (1977: 80). Sin embargo, en la actualidad, resulta un concepto simplificador que no explica la complejidad del contexto social intercultural que aquí se intenta abordar.

zona maya y de la zona sur, que si bien tienen una apabullante mayoría de localidades del tipo 01 (con menos de 250 hab.), presentan una distribución más equitativa de localidades rurales del tipo 02 al 04 (de 250 a 2,500 hab.). La repartición ejidal en relación con tal distribución no es suficiente para que este tipo de localidades pequeñas tenga un crecimiento sostenido, y más aún, la agricultura de subsistencia con las técnicas tradicionales con que se practica, no representa una verdadera fuente de sustento para las familias que abruptamente se vieron envueltas en un sistema económico monetario capitalista absorbido y reproducido prácticamente por la Zona Norte.

La Zona Norte actual, delimitada socio-económicamente como ya se dijo por la zona costera turística, absorbe el excedente poblacional de la región norte (principalmente el municipio de Lázaro Cárdenas) que en 1970 se fue constituyendo en su mayoría por campesinos mayas yucatecos y campesinos de otros estados mexicanos (principalmente Veracruz) y su descendencia quintanarroense, que en ese entonces los macehuales los identificaban étnicamente como mayeros y huaches respectivamente; los llamados dzules constituían entonces una minoría urbana mexicana y contingentes turísticos extranjeros (Bartolomé y Barabas, 1977: 87-88) ubicados en los actuales complejos turísticos.

Pero a lo largo de cuarenta años, la Zona Norte en crecimiento también fue absorbiendo temporal y definitivamente a la población de la región central, la cual a principios de la década de 1970 ubicaba en su parte occidental a campesinos yucatecos mayeros, y en el centro urbano comercial de Felipe Carrillo Puerto a mexicanos (huaches) y mayeros (Bartolomé y Barabas, 1977: 88). En aquellos años tenía sentido hablar de las regiones internas como las definieran los autores (región norte, central y sur) en cuanto a una organización espacial respecto a la interdependencia entre una metrópoli y sus satélites, pues a partir de la distribución poblacional relativamente equilibrada según el desarrollo socio-económico de las zonas (ver cuadro 3) se puede entender que en las regiones se satisfacían un mínimo de necesidades económicas, políticas, sociales, etc., con cierta independencia de la región total, como lo definieran Bartolomé y Barabas (1977: 81). Para la conformación de la región central como tal, en la década de 1970

“los estudios realizados por diferentes instituciones nacionales (tanto públicas como privadas) han determinado que la agricultura milpera, a pesar de ser la ocupación del

sector mayoritario de la población activa, no puede seguir constituyendo la parte más significativa de la economía del Territorio, debido a la pobreza del suelo, a la inconveniencia de los factores hidrológicos y climáticos, así como a la dificultad de tecnificar a la población agrícola dedicada al cultivo de maíz y frijol; de ahí que el sector bancario disminuye o dificulta los créditos en esta explotación, a fin de volcar al campesinado a otros cultivos, considerados como más redituables para el desarrollo de la entidad, como hortalizas, frutales y cereales... A principios de 1973 comenzaron a funcionar las primeras unidades “modelo” de producción agropecuaria y agrícola” (Bartolomé y Barabas, 1977: 92).

Así, la transformación económica estatal estaba definida: de una economía maicera y forestal, se generarían desarrollos económicos en términos regionales: un desarrollo turístico (norte y sur), ganadero (centro) y piscícola (costas), complementado por agricultura tecnificada de hortalizas y frutales (centro). Dicho planeamiento, “para la Zona Maya significó que el medio productivo que fue durante años el mismo, no estuvo más en condiciones de asegurar la subsistencia debido a su inserción en la economía de mercado” (Baas y van Gendt, 1978: 6).

Sin embargo, este proceso de metropolización por subregiones o regiones internas se vio interrumpido por el acelerado proceso de desarrollo de la Zona Norte y el relativo descuido, a pesar de los esfuerzos, de lo que se constituyó por los mismos motivos previstos de rezago social como la Zona Maya, que como vimos integra las características socio-económicas de toda la región central y de la parte occidental de la región norte. “Durante decenios se ha podido mantener un equilibrio precario entre el poder adquisitivo reducido del medio y el modo de producción; ahora se tiene que llegar a la producción de un surplus para poder tener los medios suficientes, dentro del mismo equilibrio, quedando ambas variables constantes” (Baas y van Gendt, 1978: 6). Es por ello que la estrategia adoptada por los habitantes de esta zona haya sido la de escindir a la unidad doméstica para diversificar las actividades productivas que en la mayoría de los casos siguen siendo estacionales (construcción, servicios turísticos, milpa, extracción forestal, pesca) con las transformaciones en las prácticas y en la percepción del mundo que ello implica en los individuos y en la unidad en su conjunto. Por ende, hoy en día es más preciso hablar de una regionalización polarizada socio-económicamente entre la zona costera y la zona maya, las

cuales ya no se corresponden más con una región norte y una región central de relativa autonomía.

La región sur, que en 1970 era la más poblada de las zonas (41%) no escapa totalmente del proceso de polarización regional actual si tomamos en cuenta que hoy sólo contiene al 19% de la población total del estado frente al 70% de la concentración en la zona norte o costera. Más aún si consideramos la colonización inicial similar que en las otras zonas de campesinos mexicanos colonizadores, mayeros, y sus descendientes quintanarroenses, dedicados a la agricultura de subsistencia y a la extracción forestal. No obstante, el polo de concentración poblacional que ha ejercido Chetumal como capital del estado, y en menor medida el desarrollo de la industria de extracción de caña en la región fronteriza, indican que se puede hablar de otro polo de metropolización en el Estado, mucho menor en términos económicos y demográficos que el polo de desarrollo del norte, pero no por ello menos atractivo sobre todo para la población ubicada más al sur del estado. Ya desde un principio se preveía que

“la mecánica institucional tiende a la creación de dos polos de desarrollo principales: Cancún (desarrollo turístico) en el norte y Chetumal (desarrollo agropecuario) en el sur, ambos irradiándose hacia el centro”, pero la región central no llegó a consolidarse según los planes de desarrollo regional, la cual además de combinar ambos intereses en los polos norte y sur “tiende también a transformarse en centro industrial” (Bartolomé y Barabas, 1977: 88).

En este sentido, y siguiendo la lógica de Bartolomé y Barabas (1977) el resultado actual en el estado de Quintana Roo es la existencia de dos regiones (norte y sur, pues la central no llegó a consolidarse) que, generan desplazamientos temporales y definitivos de la población ubicada en las zonas socio-económicas más deprimidas, identificando a la Zona Maya como la que presenta un mayor rezago.

Hasta aquí queda claro que la Zona Maya no se identifica con un conjunto étnico ni remotamente homogéneo, pero también que las fronteras étnicas (en sentido territorial) que en la década de 1970 Bartolomé y Barabas veían consolidarse (1977: 88) más bien se están reconfigurando a través del cambio generacional. Sigue existiendo un reducido contingente autodenominado macehual que expresa sus propias categorías étnicas en términos de

dzules, mayeros, huaches, etc. pero con los que ahora sí está en constante interacción. Y también están los mayeros, nacidos quintanarroenses, que pueden ser descendientes de campesinos mayas yucatecos o de macehuales a los que indiferentemente les van a denominar “los antiguos”, y les van a conferir una serie de atributos y conocimientos de los cuales las nuevas generaciones no pueden o no quieren apropiarse. En el contingente mestizo hay dos categorías, los que reconocen una ascendencia maya regional pero que hoy ya se han asimilado a la cultura mestiza y los que reconocen una ascendencia de mexicanos de otra parte de la república pero que hoy se consideran quintanarroenses. De esta manera, las llamadas “fronteras étnicas” en realidad no se configuran como tales, sino que se da una situación de interculturalidad en términos más amplios (no sólo étnicos, sino laborales, religiosos, educativos, etc.) y en contextos situacionales bien específicos que van a resultar, en algunas ocasiones en identificación, y en otras ocasiones en diferenciación con el otro en interacción.

Ahora bien, si se quisiera hacer justicia a la definición de Zona Maya en sus términos socio-económicos establecidos, también debería incluirse a la población del norte-occidente del municipio de Othón P. Blanco y del occidente del municipio de Bacalar, y en este punto recordar que hay poblaciones como Mayabalam y Cuchumatán originadas en la década de 1980 a raíz del refugio solicitado al gobierno mexicano por parte de perseguidos políticos durante la guerra civil de Guatemala, lo que en términos reales complejiza el análisis de la situación intercultural, pero en términos generales y abstractos simplifica la percepción étnica al ser ellos considerados ya sea como indígenas mayas, o como guatemaltecos, denominaciones que ellos mismos no se autoconfieren. Para fines prácticos de análisis se conserva la división por zonas socio-económicas retomada por César Dachary (zona norte, zona maya, zona sur) pero se analizan los procesos de urbanización con más detalle.

2.4 Procesos de regionalización en Zona Maya

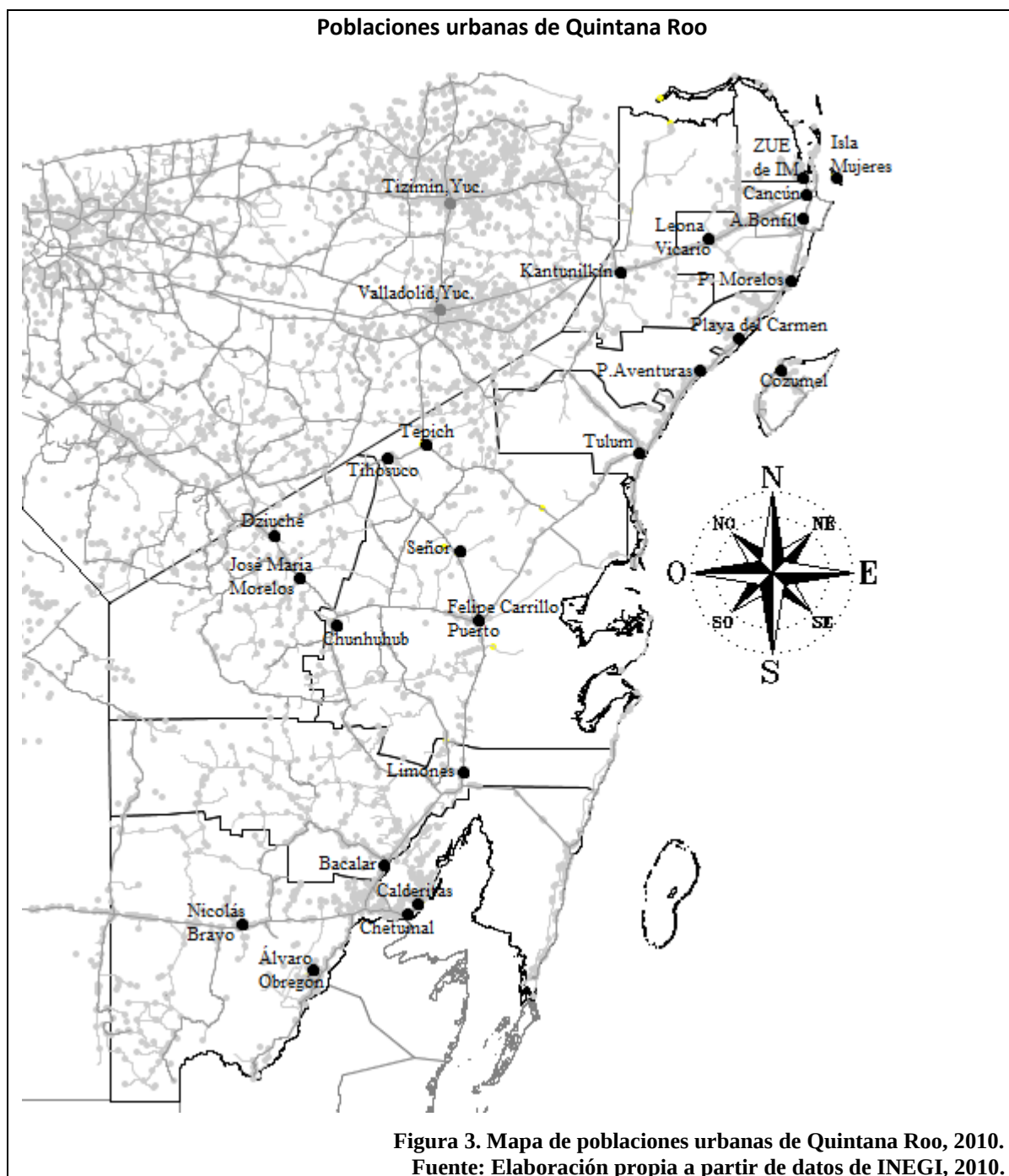
Tomando en cuenta el criterio del INEGI que considera población urbana a una concentración mayor a los 2,500 habitantes, y dada la importancia que dichas localidades tienen en la totalidad del estado de Quintana Roo debido a su muy reducido número respecto a las localidades consideradas rurales, se presenta a continuación un panorama de los centros urbanos mayores a 2,500 habitantes y su relación con la regionalización

socioeconómica de la entidad (ver Cuadro 5 y Figura 3).

Porcentaje de concentración urbana y rural por zona, municipio y ciudad, 2010					
Zona	Municipio	Concentración urbana		Concentración rural	
Zona Costera	Cozumel (79, 535 hab.)	Cozumel (77, 236 hab.)	97%	121/122 localidades (2, 299 hab.)	3%
	Isla Mujeres (16,203 hab.)	Isla Mujeres (12, 642 hab.) Zona Urbana del ejido de Isla Mujeres (2, 653 hab.)	94%	102/104 localidades (908 hab.)	6%
	Benito Juárez (661, 176 hab.)	Cancún (628, 306 hab.) Alfredo V. Bonfil (14, 900 hab.) Puerto Morelos (9, 188 hab.) Leona Vicario (6, 517 hab.)	95%	291/295 localidades (32, 870 hab.)	5%
	Solidaridad (159, 310 hab.)	Playa del Carmen (149, 923 hab.) Puerto Aventuras (5, 979 hab.)	98%	146/148 localidades (3, 408 hab.)	2%
	Tulum (20, 263 hab.)	Tulum (18, 233 hab.)	90%	169/170 localidades (2, 030 hab.)	10%
Zona Maya	F.Carrillo Puerto (75,026 hab.)	F. Carrillo Puerto (25,744 hab.) Tihosuco (4,994 hab.) Chunhuhub (4,644 hab.) Señor (3,095 hab.) Tepich (2,753 hab.)	55%	211/216 localidades (33, 796 hab.)	45%
	J.M. Morelos (36, 179 hab.)	José María Morelos (11,750 hab.) Dziuché (2,870 hab.)	40%	127/129 localidades (21, 559 hab.)	60%
	Lázaro Cárdenas (25, 333 hab.)	Kantunilkin (7, 150 hab.)	28%	81/82 localidades (18, 183 hab.)	72%
Zona Sur	Othón P. Blanco (244, 553 hab.)	Chetumal (151, 243 hab.) Bacalar (11, 048 hab.) Calderitas (5, 326 hab.) Nicolás Bravo (4, 011 hab.) Javier Rojo Gómez (2, 911 hab.) Álvaro Obregón (2, 869 hab.) Limonos (2, 535 hab.)	74%	720/727 localidades (64, 610 hab.)	26%

Cuadro 5. Porcentaje de concentración urbana y rural por zona, municipio y ciudad, 2010.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEGI, 2010.



En la zona norte, la ciudad turística de Cozumel concentra el 97% de la población municipal; 121 de las 122 localidades de la Isla tienen mucho menos de 2,500 habitantes, es más, sumando la población de las 121 localidades rurales del municipio no alcanza más de 2,500 habitantes. Tal distribución nos indica la existencia de un solo polo socio-económico municipal cuya actividad principal es el turismo. Considerando que el estado de Quintana

Roo en su conjunto aporta el mayor PIB nacional por concepto de turismo, “Cozumel (para el 2008) ocupa el cuarto lugar de los municipios respecto a su participación al PIB estatal” en el mismo sentido (Lozano y Cabrera, 2011: 113).

Isla Mujeres es también un municipio cuya actividad se enfoca al turismo de sol y playa. Su geografía no sólo comprende la isla sino también una parte continental, no obstante es la isla la que concentra la mayor parte de la población seguida de su contraparte costera: la Zona Urbana del Ejido Isla Mujeres que alcanza apenas los 2,653 habitantes. Ambas manchas urbanas representan el 94% del total municipal, cuyo restante 6% está distribuido en 102 pequeñas localidades menores a 250 habitantes que juntas no alcanzan los 1,000 habitantes. Una parte del municipio de la zona continental “se encuentra reservada para un futuro desarrollo turístico y por ahora no representa mayor importancia en la productividad económica de la isla” (Lozano y Cabrera, 2011: 129).

El municipio de Benito Juárez es el más importante generador del PIB estatal. Aporta más del 50% al estado (Lozano y Cabrera, 2011: 92). La ciudad de Cancún no sólo concentra el 95% de la población total municipal sino que el municipio en su conjunto concentra el 50% de la población quintanarroense. Cancún rebasa por mucho el número de habitantes de cualquier otra ciudad del estado. Alfredo V. Bonfil, Puerto Morelos y Leona Vicario son otros centros urbanos en crecimiento a raíz de la actividad turística costera. A diferencia de los municipios anteriores, Benito Juárez tiene una población rural mucho más numerosa en términos absolutos (32,870 habitantes), no obstante en términos relativos representa la misma distribución demográfica de una lógica productiva polarizada casi en su totalidad por la producción turística.

El municipio de Solidaridad es el ejemplo más representativo de la lógica de desarrollo implementada. La aceleración del crecimiento urbano en el transcurso de una década fue la más acentuada a nivel nacional (de 63,752 a 159,310 habitantes). La polarización urbano / rural es la más acuciante de todo el estado concentrando sólo en dos puntos costeros (Playa del Carmen y Puerto Aventuras) al 98% de la población municipal. Su acelerado crecimiento provocó la creación en 2008 del municipio de Tulum que por la historia de la ocupación maya durante los siglos XIX y XX, este último presenta características en su población que lo asimilan a la Zona Maya, como el culto a la cruz parlante en algunos sectores rurales y urbanos.

La ciudad de Tulum representa el 90% de la población del municipio. Como parte de los asentamientos turísticos del proyecto “Riviera Maya” comparte las características socio-económicas del resto de los municipios de la Zona Norte. Aunque su población rural es la más alta de todos los municipios de la zona norte (10%), su distribución es también altamente polarizada pues de 170 localidades, 169 tienen menos de 2,500 habitantes y en suma sus habitantes apenas alcanzan los 2,000.

Como se aprecia en el cuadro 5, la Zona Norte o Costera en conjunto comparte características demográficas que la distinguen de las otras zonas, concentrando a más del 90% de la población en un sólo centro urbano municipal, y esto es consecuencia de la actividad económica centrada en la industria turística de sol y playa, cuyos sectores más dinámicos son el comercio, hoteles y restaurantes, transporte, construcción y servicios inmobiliarios; por su parte, los sectores agropecuarios y mineros por lo general presentan crecimiento negativo, y juntos, estos municipios generaron alrededor del 87% del PIB estatal para el año 2008 (Lozano y Cabrera, 2011). En las décadas precedentes 1980 y 1990 la zona turística capitalizó “más del 75% del PIB estatal” (Dachary y Arnaiz, 1998: 428).

La zona maya en cambio presenta una distribución muy distinta en su población. La concentración urbana presenta un relativo equilibrio con la población rural, lo que indica procesos socio-económicos diferenciales que propician que se le siga considerando la zona más pobre y marginada de la entidad. A la vez es la zona de mayor dispersión demográfica considerando que su extensión abarca casi la mitad del territorio de la entidad mientras que su población total alcanza solo el 11%. Por otra parte, “la agricultura que se practica en la zona todavía es de subsistencia y no forma parte importante en la producción económica municipal” (Lozano y Cabrera, 2011: 159).

El municipio de Felipe Carrillo Puerto con 216 localidades, tiene cinco con una población mayor a 2,500 habitantes, no obstante es el centro urbano de Felipe Carrillo Puerto el que concentra el 34% de la población del municipio. Tihosuco, Chunchuhub, Señor y Tepich son también poblaciones centrales (entre 2,500 y 5,000 habitantes) que sin llegar a conformar una regionalización socio-económica de importancia registran un crecimiento relativamente mayor porque son poblaciones centenarias, que se ubican en las carreteras principales y concentran servicios públicos y comerciales. Para el total del municipio durante el periodo entre 2003 y 2008 el sector más dinámico fue el del comercio, seguido

del transporte, los medios masivos y las actividades de gobierno, los cuales tuvieron un crecimiento mayor al del estado (Lozano y Cabrera, 2011: 159-161). La población esparcida en 211 localidades menores a 2,500 habitantes representa un 45% de la población municipal; por lo general se trata de unidades domésticas que se dedican a la agricultura de subsistencia y reciben el apoyo monetario de familiares que residen y/o trabajan en las ciudades turísticas y en menor medida en Felipe Carrillo Puerto.

Dachary y Arnaiz (1998) a partir de un estudio de campo realizado a fines de la década de 1980, dividen al municipio de Felipe Carrillo Puerto en 4 subzonas:

1) la subzona forestal al sur del municipio, ubicada en el eje carretero Chetumal – Cancún. Su población es mayoritariamente maya, presenta una fuerte emigración temporal de población joven por motivos laborales y de estudio. Hay una nula inmigración hacia esa subzona. Sus actividades económicas son la explotación forestal, el corte y labrado de durmientes y el chicle; se practica el cultivo de la milpa de abastecimiento y poca ganadería. Sus centralidades son Noh-Bec y Felipe Carrillo Puerto;

2) la subzona agrícola combina población maya y nuevos inmigrantes, su población registra emigración temporal a zona turística. Su actividad económica se basa en la milpa de autoconsumo, cultivo de cítricos en pequeña proporción y ganadería de traspatio, con una franja de tierras de riego de 260 ha que producen frutales, chile jalapeño, maíz y frijol. Su centralidad es Chunhuhub, centro distribuidor, mercado de los durmientes y centro de educación de toda la zona maya; Felipe Carrillo Puerto y Valladolid son centros de abastecimiento de esta subzona;

3) los autores no mencionan cuál es la subzona 3, sin embargo podría estar representada por las localidades del norte del municipio, entre las carreteras Felipe Carrillo Puerto – Valladolid y Felipe Carrillo Puerto – Tulum. Comprende las localidades macehuales de Chumpón, Tixcacal Guardia, Señor, Tihosuco y Tepich. Las centralidades de esta subzona estarían representadas por estas dos últimas localidades y por Valladolid como áreas de abastecimiento y comercio, y Tulum como centro turístico más cercano;

4) la subzona 4 está prácticamente inhabitada por tratarse de la “Reserva de la biosfera de Sian Ka'an”, no obstante con un centro de poblamiento, Punta Allen en la costa, un asentamiento de aproximadamente 600 habitantes, estacionales en su mayoría, provenientes de los municipios de Felipe Carrillo Puerto y Tulum, dedicados a la pesca de temporada,

principalmente langosta.

José María Morelos tiene la mitad de población que Felipe Carrillo Puerto. Su principal ciudad homónima concentra al 32% de la población municipal, seguida de Dziuché con un 8%. El municipio es en su mayoría rural con 127 localidades menores a 2,500 habitantes que representan el 60% de la población. Durante la primera década del siglo XXI “los sectores que sostienen la economía son: servicios educativos, agropecuario, sector comercio y sector construcción. Es importante destacar que los tres primeros aportan aproximadamente el 50% del PIB” (Lozano y Cabrera, 2011: 149). Dachary y Arnaiz (1998) distinguen 4 subzonas en José María Morelos:

1) la subzona norte es un área marginal extrema que presenta una fuerte emigración temporal hacia la zona turística. Sus actividades económicas son la agricultura milpera de temporal; para 1990 los proyectos ganaderos habían fracasado, actualmente esta actividad se concentra en pocas familias con un capital importante y también la apicultura está en retroceso. Su centralidad la representa Dziuché, población comercial y única con servicios mínimos en el municipio;

2) la subzona centro, también se caracteriza por una fuerte expulsión de población joven hacia zona turística (92% en 1988). Sus actividades económicas son los cultivos de la milpa y cítricos, la ganadería es mínima, se constituye en parte del área forestal por lo que también se generaba a fines de 1990 el labrado de durmientes en 50% de las localidades. Su centralidad es José María Morelos;

3) la subzona sur es el área menos poblada, presenta una fuerte emigración laboral, y por la escasez de agua entre otras cosas es considerada la subzona más pobre del municipio. Sus actividades económicas son el labrado de durmientes, la apicultura y la milpa. Su centralidad es Chunhuhub y José María Morelos;

4) existe un vacío demográfico en la subzona más al sur, en el área de límite con Campeche, a la altura del Punto Put.

El municipio de Lázaro Cárdenas se compone de 82 localidades de las cuales sólo Kantunilkin tiene una cantidad de habitantes por encima de los 2,500 que representan el 28% de la concentración poblacional total del municipio. Es por lo tanto el municipio con mayor población rural dispersa de todo el estado y es también el que presenta un mayor rezago y marginación. Los principales sectores que más aportan a la economía municipal

son aquellos relacionados con los servicios educativos, el agropecuario (agricultura, ganadería, aprovechamiento forestal, pesca y caza), el comercio, la construcción y las actividades de gobierno, los cuales representan el 58% del PIB municipal, siendo los sectores agropecuario y de construcción los que menos crecimiento estable y más fluctuación presentaron en el periodo 2003-2008 (Lozano y Cabrera, 2011: 138). La subdivisión hecha por Dachary y Arnaiz (1998) para el municipio de Lázaro Cárdenas es:

1) la subzona costera, representada por Holbox y Chiquilá, pueblos pescadores de inmigración principalmente veracruzana. Sus actividades económicas son la pesca comercial (y en la actualidad se fomenta el turismo). La subzona es abastecedora de mano de obra y productos marinos de Isla Mujeres;

2) en la subzona centro-noroeste las actividades económicas son la milpa, la ganadería, la apicultura y una reducida actividad forestal. Su centralidad es Kantunilkin;

3) la subzona comprendida en el Corredor Valladolid – Cancún presenta una fuerte emigración hacia Cancún. Sus actividades económicas son la porcicultura para mercado en Cancún, la apicultura en pequeña escala y la fabricación de durmientes sólo en Nuevo Valladolid y Santo Domingo. Su centralidad está ubicada en Ignacio Zaragoza;

4) la subzona sur es el área marginal del municipio, presenta una mínima integración y muy escasa población con fuerte emigración hacia Cancún. Sus actividades económicas son la milpa de autoconsumo y recolección de chit (palma de huano) que se vende en Cancún. Su centralidad es Ignacio Zaragoza (localidad fuera de la subzona).

El municipio de Othón P. Blanco, que representaba la totalidad de la Zona Sur antes de su división para el registro de Bacalar como municipio, registraba una población urbana del 74% concentrada en 7 ciudades: Chetumal, Bacalar, Calderitas, Nicolás Bravo, Javier Rojo Gómez y Limones. No obstante de presentar la mayor cantidad de centros urbanos de todos los municipios de Quintana Roo, también presenta la mayor cantidad de localidades menores a 2,500 habitantes (720) lo que indica una alta dispersión demográfica con una concentración muy acentuada en la ciudad de Chetumal, capital del estado, la cual concentra al 62% de la población municipal. Calderitas es básicamente una zona conurbada de la ciudad de Chetumal; Bacalar es el centro urbano conocido más antiguo desde antes de la formación del Territorio de Quintana Roo, en la época colonial e independiente funcionaba como punto de vigilancia fronteriza y fuerte militar, su conformación como

municipio independiente fundará su proceso de desarrollo principalmente en el sector turismo a través del aprovechamiento no sólo de su costa, sino del resto de sus mantos acuíferos y ruinas arqueológicas. Las localidades de Javier Rojo Gómez y Álvaro Obregón, entre otras ubicadas en la ribera del Río Hondo basan su economía principalmente en la industria de la transformación de la caña de azúcar, actividad que representa un porcentaje importante del PIB municipal (6% en la estructura porcentual de los sectores más dinámicos, Lozano y Cabrera, 2011: 169). Por su parte, Nicolás Bravo y Limones son centros urbanos no muy grandes, que alcanzan una relativa importancia sobre todo comercial en sus respectivas subzonas sureñas por el hecho de estar en los linderos de las dos carreteras principales del municipio: Chetumal – X-Pujil y Chetumal – Felipe Carrillo Puerto, respectivamente.

Comparativo municipal demográfico y económico			
	Municipio	Población relativa estatal	Aportación municipal al PIB estatal
Municipios grandes	Benito Juárez	49.9%	62.62%
	Othón P. Blanco	18.5%	10.18%
	Solidaridad/Tulum	13.6%	17%
	Cozumel	6%	6.25%
Municipios pequeños	Felipe Carrillo Puerto	5.7%	1.95%
	José María Morelos	2.8%	0.76%
	Lázaro Cárdenas	1.9%	0.47%
	Isla Mujeres	1.3%	0.31%

Cuadro 6. Comparativo municipal demográfico y económico.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Lozano y Cabrera (2011) e INEGI, 2010.

Como se aprecia en el cuadro anterior y considerando la breve descripción por municipios y la subregionalización y distribución de centralidades de acuerdo a las actividades productivas, se hace notar la polarización en la zona norte desde una perspectiva demográfica y económica. Ésta es seguida, con amplio margen, por la zona sur, marginando de facto el desarrollo socio-económico en la zona maya.

Respecto a la aportación de cada zona al PIB estatal, se sabe que durante las décadas de 1970 y 1980 la Zona Norte capitalizaba 75% del PIB estatal, seguida de la zona sur que apenas llegaba a un 21% y la zona maya que quizá llegó a representar un 4% (Dachary y Arnaiz, 1998: 428). Para las siguientes dos décadas, debido a la apertura comercial y al

cada vez más intenso posicionamiento y crecimiento del complejo turístico en el plano internacional, el desequilibrio en vez de reducirse se acentúa: para 1990 y 2000 el PIB representado por la Zona Norte es de aproximadamente 87%, la zona sur representa un 10% y la zona maya no alcanza el 3% (Lozano y Cabrera, 2011).

Desde la perspectiva de algunos indicadores del desarrollo regional, la brecha también tiende a crecer como se muestra a continuación en el cuadro 7.

Principales indicadores del desarrollo por zonas					
Indicadores	Años	Zona Costera	Zona Maya	Zona Sur	Quintana Roo
Localidades	1980	284	353	140	777
	1990	437	429	437	1,303
	2000	973	435	759	2,167
	2010	839	427	727	1,993
Población (%)	1980	28.9	27.8	43.4	100
	1990	47.1	17.9	35	100
	2000	63.4	12.8	23.8	100
	2010	70.9	10.5	18.6	100
No nativos (%)	1980	68.2	36.7	53.4	54.2
	1990	71.1	29.4	52.1	57
	2000	61.3	28.1	43.2	56.4
	2010	55.8	27.2	36.9	52.6
Lengua indígena (%)	1980	26.1	69.5	20	36.6
	1990	25.6	75.7	19	32.2
	2000	14.7	60	12	19.8
	2010	10.5	55.1	8.9	14.8
Analfabetos (%)	1980	10.3	30.2	13.4	16.9
	1990	6.5	24.1	12.9	12.3
	2000	3.1	10.9	6	4.8
	2010	2.1	8.8	5	3.3
Población Económicamente Activa ocupada (%)	1980	10.3	63.6	25.9	29.1
	1990	7.5	61.6	28.1	19.6
	2000	43.4	30	35.6	39.9
	2010	45.6	32.7	40.4	43.3

Cuadro 7. Principales indicadores del desarrollo por zonas.
Fuente: Dachary y Arnaiz (1998) completada con datos de INEGI 2000 y 2010.

A lo largo del capítulo se observa cómo la conformación de la Zona Maya va aparejado

a un desarrollo económico estatal que en cuarenta años ha concentrado drásticamente a la población en la Zona Costera en detrimento de las otras zonas socioeconómicas. La Zona Maya representa un 10% del total estatal en donde más de la mitad de sus habitantes son nativos de la zona, hablan lengua indígena, y aunque ha disminuido la tasa de analfabetismo, aún presenta la más alta respecto a las otras zonas y el indicador más bajo de población económicamente activa ocupada.

2.5 Infraestructura sanitaria en la entidad.

La Dirección General de los Servicios Estatales de Salud, divide a la entidad para la administración de los servicios de salud, en tres jurisdicciones sanitarias (Cuadro 8):

Jurisdicciones sanitarias del Estado de Quintana Roo			
Clave Jurisdiccional	Jurisdicción sanitaria	Clave del municipio	Nombre del municipio
01	Chetumal	004	Othón P. Blanco
02	Cancún	001	Cozumel
		003	Isla Mujeres
		005	Benito Juárez
		007	Lázaro Cárdenas
		008	Solidaridad
		009	Tulum
03	Felipe Carrillo Puerto	002	Felipe Carrillo Puerto
		006	José María Morelos

Cuadro 8. Jurisdicciones sanitarias del Estado de Quintana Roo.
Fuente: SESA, Quintana Roo.

En total, la entidad cuenta con 230 unidades médicas distribuidas según brinden consulta externa y hospitalaria a población asegurada y no asegurada (Cuadro 9). Se puede observar la preeminencia de instituciones públicas que brindan consulta externa a población no asegurada.

Éstas son las unidades de primer nivel, rurales, urbanas y móviles donde presuntamente se cubre en su totalidad la atención preventiva del cáncer de cuello del útero a través de la citología cervical.

Unidades médicas de las instituciones públicas de salud, Quintana Roo			
	Población asegurada	Población no asegurada	Total
De consulta externa	16	195	211
Hospitalarias	10	9	19
Total	26	204	230

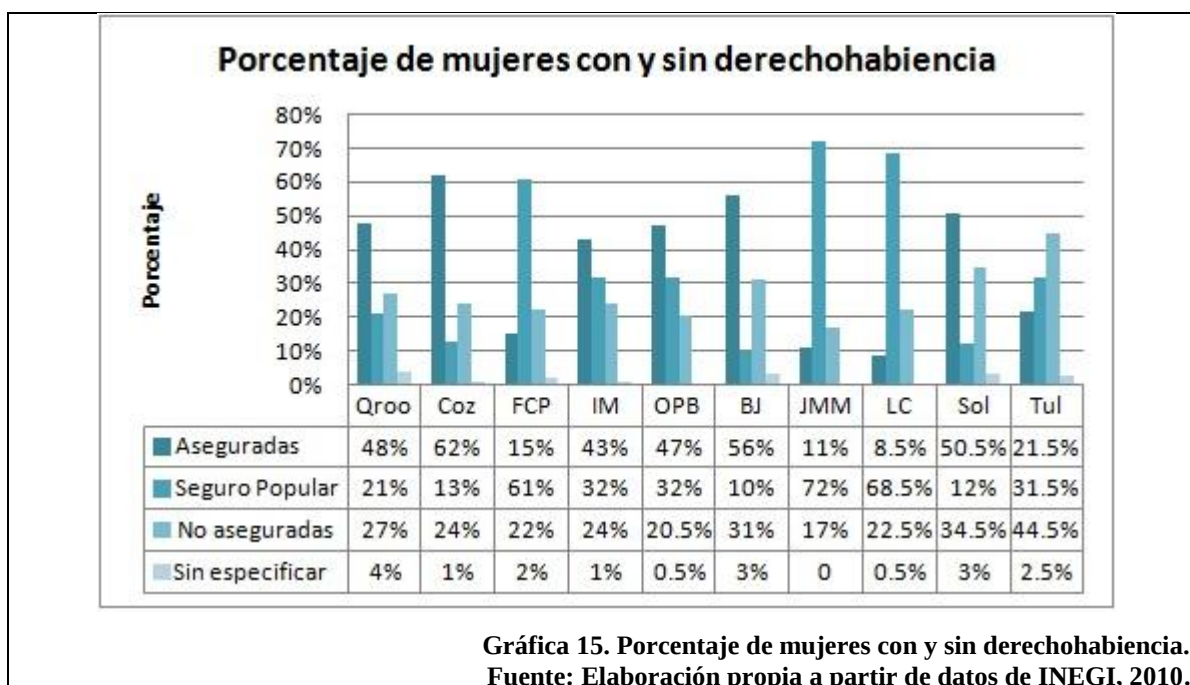
Cuadro 9. Unidades médicas de las instituciones públicas de salud, Quintana Roo.**Fuente: Perspectiva estadística Quintana Roo, INEGI, 2011.**

Las instituciones públicas para la población que se atiende a través del seguro popular están distribuidas en el estado según se muestra en el cuadro 10. Se hace notar una prevalencia de Unidades Médicas Rurales y móviles (149) sobre las urbanas (29), y de instituciones de primer nivel de atención (178) sobre las de segundo nivel más especializado (24). También se nota una concentración de los servicios en el municipio de Othón P. Blanco (80).

Infraestructura en Salud para población no asegurada.									
Unidad	Rural	Urbana	Móvil	Hospital Integral	Hospital General	Hospital Especialidades	Clínica Leucemia	UNEME	Total
01-OPB	63	6	4		1	1	1	4	80
02-Coz		2			1			1	4
02-IM		1		1					2
02-BJ	4	15	3		1			5	28
02-LC	14			1					15
02-Sol	5	3		1				1	10
02-Tul	2	1							3
03-FCP	32	1	3		1			2	39
03-JM	19			1				1	21
Total	139	29	10	4	4	1	1	14	202

Cuadro 10. Infraestructura en Salud para población no asegurada.**Fuente: SESA.**

La población de mujeres en el estado de Quintana Roo cuenta con una seguridad social en salud de manera diferencial según el municipio tenga mayor o menor presencia indígena (Gráfica 15). Se observa una mayor cobertura del Seguro Popular en poblaciones con mayor presencia indígena: Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos, Lázaro Cárdenas y Tulum; frente a los servicios públicos de seguridad social (IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEDEMAR, PEMEX, etc.) que son más comunes en los municipios con menor presencia indígena: Cozumel, Isla Mujeres, Othón P. Blanco, Benito Juárez y Solidaridad.



La cobertura de la seguridad social para la atención a la salud manifiesta una relativamente alta proporción de mujeres no aseguradas principalmente en los principales municipios cuya economía se basa en el sector terciario a través de los servicios turísticos (ver gráfica 15): Tulum (1°), Solidaridad (2°), Benito Juárez (3°), Cozumel e Isla Mujeres (4°). Le sigue Lázaro Cárdenas, Carrillo Puerto, Othón P. Blanco y José María Morelos con 22.5%, 22%, 20.5% y 17% respectivamente de población femenina no asegurada.

En este contexto estatal en que el 27% de la población femenina de todas las edades no cuenta con seguridad social pública o privada se inserta el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Capítulo 3. Representaciones sociales sobre el cáncer cérvico uterino

3.1 Introducción

En el capítulo 1 se presentó el panorama epidemiológico del cáncer cérvico uterino en la región bajo estudio, y en el capítulo 2 se expusieron otros indicadores de carácter social, económico y demográfico que dan un panorama global de las condiciones de la Zona Maya en Quintana Roo. En esta ocasión, se presentan los discursos y las prácticas asociados a la enfermedad desde el punto de vista la medicina científica y tradicional, ambos a nivel local.

En este capítulo se intenta conocer cómo se insertan las representaciones sociales de la medicina científica y las consecuentes prácticas de las políticas de salud pública, en los sistemas simbólico-conceptuales de los usuarios finales. Se aborda la temática desde el punto de vista de la identidad y la etnicidad.

Se trata de un estudio exploratorio realizado a través de entrevistas a profundidad con parteras de la llamada Zona Maya del estado de Quintana Roo, México, para conocer, a través de cuatro estudios de caso, cuáles son las representaciones que se generan acerca de un elemento exógeno recurrente (la prevención primaria -consultoría- y secundaria -tamizaje- del cáncer cérvico uterino) y a partir de los conocimientos previos sobre el cuerpo humano, la salud y la enfermedad que las especialistas manifiestan.

3.2 El marco teórico

Enfocar el estudio desde esquemas teóricos de la identidad y de la etnicidad, permitirá establecer algunas claves de acción para el ejercicio efectivo de una política pública intercultural en salud, entendida ésta no sólo como el reconocimiento, valoración e inclusión de saberes y prácticas tradicionales, sino también como la oportunidad de generar espacios de diálogo e intercambio de perspectivas sobre problemáticas comunes y prioritarias desde el punto de vista de la epidemiología social, de las cuales el cáncer cérvico uterino sirve sólo como ejemplo.

Como se hizo evidente a detalle en el capítulo 2, la conformación político administrativa de la Zona Maya en conjunción con el modelo de desarrollo turístico priorizado en el Estado a partir de su configuración como tal, derivó en una profunda

desigualdad regional que al paso de los años tiende a profundizarse. Al mismo tiempo, la identificación automática del concepto Zona Maya con los indicadores de marginación y pobreza tiende a acentuar la percepción generalizada de equiparar lo indígena con lo pobre, y desde la tradición de las prácticas políticas nacionales, con la necesidad de intervención a través de la asistencia social reproduciendo las prácticas meramente paternalistas.

La recurrencia de displasias y cáncer cérvico uterino está asociada a su vez, como se expresó en el primer capítulo, a índices altos de marginación y pobreza, y al ser una enfermedad en alto grado prevenible se ha convertido en un indicador político importante que ha derivado en la implementación intensiva y sistematizada de acciones para su prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica. Se entiende que por ser una problemática de carácter nacional, y ser sólo una de las tantas patologías asociadas a determinantes sociales, la implementación de su control como política pública con miras a ser culturalmente pertinente tiene que ser una contribución de las ciencias sociales interesadas en el proceso salud – enfermedad – atención.

Un elemento central en el presente análisis es el concepto de representaciones sociales considerando que el mismo se presenta “siempre que la reflexión se orienta hacia la necesidad de interpretar un universo simbólico que al ser compartido por las personas, posibilita su acción e interrelación en lo cotidiano, sirve de soporte para las ideologías dominantes y facilita la institucionalización de algunas prácticas sociales” (Eslava y Puntel, 2002: 61). En este sentido se entiende la interrelación entre representaciones y prácticas como guías de acción de un grupo culturalmente delimitado. Ahora, para entender la interacción entre universos simbólicos diferentes es necesario recurrir al concepto de identidad en el marco de una teoría de la interculturalidad.

Para comprender los procesos sociales que se generan a raíz de la interacción de representaciones sociales que pretenden influir en otro universo simbólico (para generar prácticas de prevención por ejemplo) resulta necesario en primer lugar *desesencializar* la identidad. No sólo no pueden existir programas de carácter intercultural *a priori* a un diagnóstico regionalizado y necesariamente histórico. Además, de ningún tipo de análisis social puede surgir el contenido culturalmente pertinente dirigido a cierta población. En otras palabras, si el objetivo de la política pública es concientizar a la gente para generar hábitos de vida saludables (prevención primaria) y conductas preventivas de intervención

(prevención secundaria) ante determinada problemática de salud, y se intenta para ello un acercamiento diagnóstico de tipo cultural, no es suficiente “conocer la cosmovisión” del grupo objetivo como se intentó (vagamente) en los primeros momentos del desarrollo de un programa de interrelación con la medicina tradicional. En su experiencia desde 1982, Roberto Campos expresa: “... con sorpresa nos enteramos que la capacitación al personal médico que ingresaba al sistema se realizaba únicamente sobre aspectos administrativos-organizacionales, y cuando se abordaba algún tema antropológico era con materiales etnográficos de los años cuarenta del siglo pasado” (Campos Navarro, 2004: 135).

A mi parecer, los estudios referentes a la cosmovisión de un grupo no son suficientes en la persecución de una política intercultural en salud, sobre todo porque se considera, aún hoy de manera generalizada, que: 1) la cosmovisión es exclusiva de los grupos indígenas; 2) perdura intacta en el tiempo y es su esencia; 3) hay la tendencia de homogeneizar idílicamente a una población por sus características externas (caso de la Zona Maya); 4) las prioridades de la política pública cambian continuamente y no se ha encontrado la manera en que la cosmovisión pueda ser “la clave” para generar los cambios de conducta deseados (obviamente porque las visiones del mundo también se transforman). Tampoco resulta necesario ni útil pretender un acercamiento a la cosmovisión de otros grupos si se parte de estas premisas erróneas.

Por eso es necesario revisar el concepto de identidad y etnicidad, con el objeto de asentar las bases metodológicas mediante las cuales se pueda acceder a diferentes tipos de población según su contexto, y no para concientizar y generar los cambios de conducta deseables desde la acostumbrada intervención unilateral; pues el gremio médico también tendría que poner continuamente en perspectiva su propio discurso cuyas pretensiones de superioridad han resultado ser en cierta medida un obstáculo que genera un fenómeno de saturación mental en el usuario de los servicios de salud pública porque no se ha generado un espacio intercultural pertinente donde el objetivo no sólo sea la asimilación correcta de la información por parte del usuario, sino también su derecho a réplica, a ser escuchado y comprendido tanto en sus costumbres, como en las condiciones estructurales que impiden que actúe según las indicaciones médicas adecuadas.

Para abordar los universos simbólicos sobre el cáncer cérvico uterino se recurrió a entrevistas dirigidas a servidores públicos relacionados directamente con el tema y al

análisis del discurso en noticias y artículos locales para tener el panorama desde el punto de vista de la medicina científica local. También se realizaron entrevistas a profundidad (EP) con parteras de Felipe Carrillo Puerto y Chunhuhub integradas de tal manera que cubrieran, además de las representaciones sobre el cáncer cérvico uterino, diferentes aspectos relacionados con la identidad y la etnicidad. En ambos grupos se exploraron también las percepciones personales sobre su interacción mutua, para tener una noción de las representaciones que se hacen sobre “el otro” en interacción.

Para presentar los datos obtenidos en el marco de una teoría de las identidades sociales “o, más precisamente, de una teoría de la producción y atribución de identidades sociales a través de operaciones recíprocas de reconocimiento” (Giménez, 2009: 150) se asume la propuesta inicial de Gilberto Giménez: “la identidad de un determinado actor social resulta, en un momento dado, de una especie de transacción entre auto- y hetero-reconocimiento... según la presencia e intensidad de los polos que la constituyen” (Giménez, 2009: 30).

Este punto de partida lleva a considerar en primer lugar a la identidad no como “una esencia, un atributo o una propiedad intrínseca del sujeto, sino que tiene un carácter intersubjetivo y relacional” (Giménez, 2009: 30). Las identidades se construyen, se deconstruyen y se reconfiguran en diferentes situaciones de la vida cotidiana de una misma persona.

“La identidad es el conjunto de repertorios culturales interiorizados (representaciones, valores, símbolos...) relativamente estables, a través de los cuales los actores sociales (individuales o colectivos) se reconocen entre sí, demarcan sus fronteras y se distinguen de los demás actores en una situación determinada, todo ello dentro de un espacio históricamente específico y socialmente estructurado.” (Giménez, 2009: 135).

Es decir, la identidad tiene al menos tres características; es intersubjetiva, relacional y situacional.

Al hablar de las parteras tradicionales de la Zona Maya, estamos ante tres categorías de la identidad: de género, de gremio y de etnia. Las cuales se analizarán por separado desde tres esferas de acción: intersubjetiva, relacional y situacional a través de las relaciones que se establecen con las prácticas y los discursos de los actores sociales representantes de los servicios de salud pública. Al ser el tema central el cáncer cérvico uterino, se concluye el

capítulo sintetizando las representaciones sociales en torno al mismo, y se rescata el concepto de interculturalidad como base para la acción de una política de salud pública eficaz.

3.3 Los actores sociales y el contexto

Para acceder a las representaciones del primer grupo médico se tienen los datos obtenidos de entrevistas hechas a las jefes de Departamento de Salud Reproductiva del Estado (Quim. Guadalupe Cetina) y de la Jurisdicción 3 (Dra. Lidia Analco); al entonces Director de los Servicios Estatales de Salud (Dr. Saúl Badillo); y se rescatan entrevistas públicas alusivas al tema hechas al titular de la Secretaría de Salud del Estado (Dr. Rafael Humberto Alpuche) y al presidente del Colegio de Médicos de Quintana Roo (Dr. Javier Lara), así como otros artículos de periódicos y revistas.

El grupo de parteras tradicionales se identifica a raíz de los censos levantados por la propia Secretaría de Salud y la Comisión de Derechos Indígenas, y pasa por un momento de fortalecimiento a partir de la conformación de una Asociación Civil surgida en el municipio de Tulum en el primer lustro del 2000 con seis miembros fundadoras.

Parteras Tradicionales Unidas *Tumben Cuxtal*¹⁴, A. C. recibe posteriormente un apoyo económico del Programa de Apoyo a las Culturas Municipales y Comunitarias (PACMyC) con el que se gesta una Unión de Parteras de 35 miembros en 2007, promoviendo talleres, actividades y congresos para revitalizar la función de la partería tradicional.

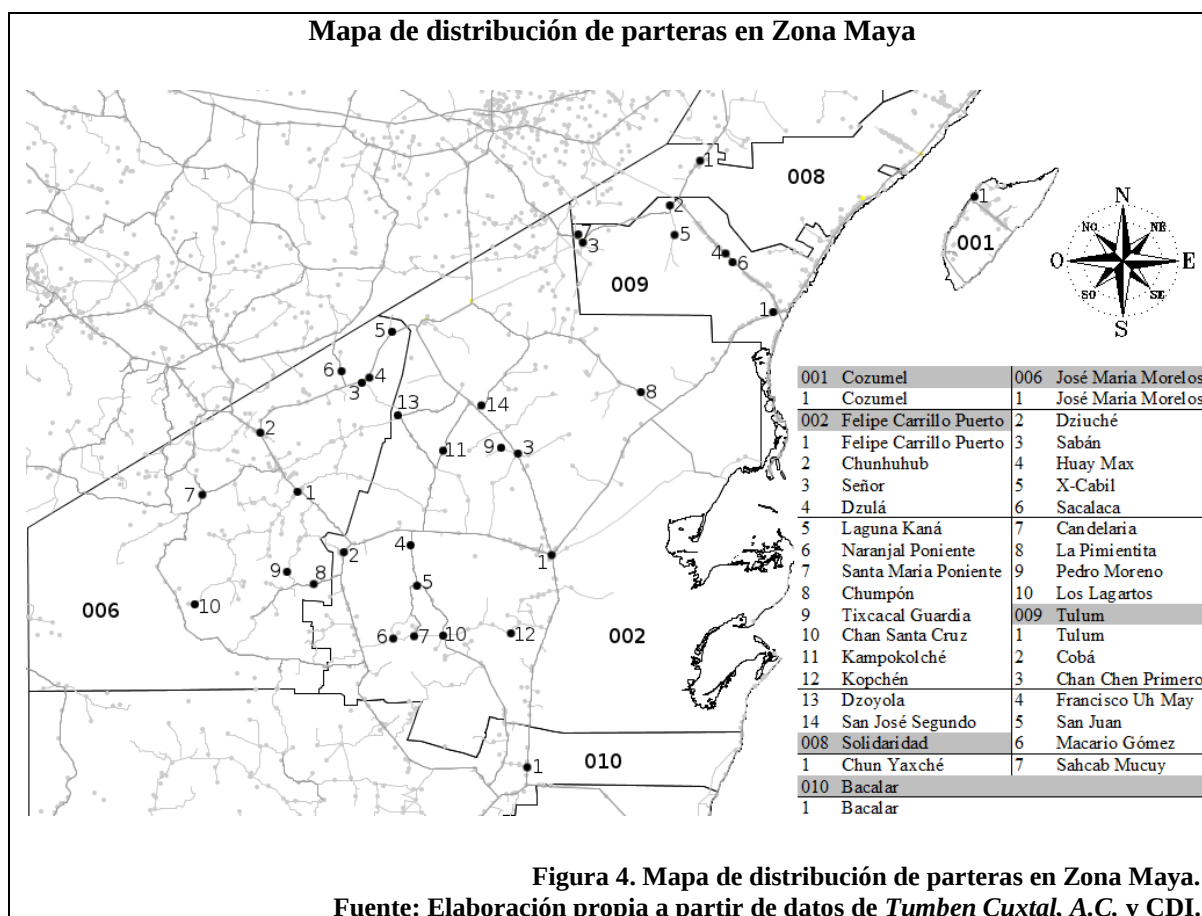
Actualmente se busca continuar gestionando actividades que motiven la Unión de Parteras en toda la Zona Maya, y las entrevistas que aquí se presentan fueron hechas con parteras del municipio de Felipe Carrillo Puerto que han participado en una o dos actividades del grupo, todas ellas hablantes de la lengua maya y originarias del estado de Quintana Roo.

De un grupo de 71 miembros de agentes de salud tradicionales censados, 6 son *j-men*¹⁵ (hombres), 5 son sobadoras y 60 son parteras concentrados en los municipios de Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos y Tulum y en menor medida en Solidaridad, Cozumel

¹⁴ Vida Nueva.

¹⁵ *J-men* y *x-men* son los sustantivos usados para definir respectivamente a hombres y mujeres poseedores y practicantes del conocimiento mágico-ritual en las localidades de habla maya.

y Bacalar según se muestra en la Figura 4.



Desde la teoría de las identidades sociales: “la pertenencia social reviste diferentes grados, que pueden ir de la membresía meramente nominal o periférica a la membresía militante e incluso conformista, y no excluye por sí misma la posibilidad del disenso” (Lorenzi-Cioldi en Giménez, 2009: 31). Así, las parteras en oficio, y más en específico las parteras de la Zona Maya, se mueven entre la colectividad y el grupo, es decir, como colectivo experimentan cierto sentimiento de solidaridad aún en ausencia de toda interacción y contacto próximo “porque comparten ciertos valores y porque un sentimiento de obligación moral los impulsa a responder como es debido a las expectativas ligadas a ciertos roles sociales” (Merton en Giménez, 2009: 32); lo que hace que el proceso de consolidación como grupo, definido por la frecuencia de interacciones en espacios próximos, esté cargado de motivaciones y expectativas que sin duda fortalecen los procesos

de identificación en lo personal y en lo colectivo.

Doña Aurelia Cahuich de 57 años de edad es partera en Felipe Carrillo Puerto, es maya-hablante monolingüe; con la ayuda de una traductora durante la entrevista se le preguntó qué opinión le merecían los talleres y eventos que se hacían en el grupo *Tumben Cuxtal*, a lo que respondió:

“Sí, pues le gusta como el intercambio que hay allá ¿no? porque hay muchas cosas que explican y ella no lo sabe, entonces hay gente que le dice, y le explica y le muestra, entonces entre ellos van así como que compartiendo todo lo que ellos saben” (E.P. Partera Aurelia, febrero de 2012).

La idea básica de la conformación del grupo de Parteras Tradicionales Unidas *Tumben Cuxtal* (Vida Nueva), a diferencia de los cursos de capacitación que se brindan por parte del Sistema de Salud, es la revitalización de la partería tradicional y el fomento de lo que actualmente a nivel internacional se conoce como parto humanitario. La iniciativa fue promovida en un principio por Sabrina von Escher, partera suiza radicada en la Zona Maya desde 1990 quien formó una familia con un hombre oriundo de la región y socializó con parteras tradicionales quienes consideran que es loable el esfuerzo de mantener, revitalizar y darle un mayor valor a la práctica de la partería tradicional. En este sentido se promovieron varios talleres en busca del intercambio de conocimientos entre las especialistas tradicionales, sin la intervención de agentes externos al sistema de parteras, por lo que el idioma utilizado era principalmente el maya y el espacio recreaba un ambiente familiar y de horizontalidad cuyo fin era el mutuo reconocimiento del trabajo de otras mujeres en otras localidades de la Zona Maya. Se le preguntó a Sabrina la percepción que tenía respecto a la disposición de las parteras de Tulum con las que lleva más años trabajando a diferencia de las parteras en los municipios de Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos, con las que apenas comienza la labor:

“Hay mucha diferencia, cuando tú ya tienes años trabajando con ellas porque saben expresarse, no tienen miedo son, están volviendo luchadoras, sienten la unión entre el grupo, porque esos son los temas que trabajamos; más que la atención al parto, capacitación, bla bla bla, porque eso viene de por sí cuando estamos juntos en un viaje

pues hablamos de nuestros partos y cómo se puede hacer, entonces realmente el trabajo de base es cómo llevarnos mejor como seres humanos para fortalecer ese trabajo” (EP Partera Sabrina, febrero de 2012).

La creación de este tipo de espacios propicia en las mujeres además de un sentimiento de unidad que contrarresta el aislamiento gremial, el fortalecimiento de núcleos de representaciones sociales que van más allá de la práctica de un oficio;

“Bueno la visión es que rescatamos la partería tradicional, la podemos incorporar en un sistema y mejorar la atención, porque hay mucha falta de mejorar la atención, entonces yo quiero rescatar pero yo también soy muy crítica en el sentido de, y autocrítica ¿no? siempre siento que podemos mejorarnos, es que luego viene que, no sé, que te atacan como progresista, que ya lo quieres profesionalizar... pero eso no es, sí es mi idea de mejorarlo, pero no distorsionarlo, o no quitar cosas esenciales, entonces yo siento como te dije, una partera para ser mejor tiene que hacer un progreso individual” (EP Partera Sabrina, febrero de 2012).

Reforzar la tradición no significa enclaustrar la identidad reproduciendo discursos y prácticas carentes de nueva información. A la tradición

“lo que la define esencialmente es el hecho de conferir al pasado una autoridad trascendente para regular el presente. Y la base de esa autoridad no es la antigüedad, como pudiera parecer a primera vista, sino la convicción de que la continuidad con el pasado es capaz de incorporar incluso las innovaciones y re-interpretaciones que exige el presente” (Giménez, 2009: 144).

En contraste con los cursos de capacitación, los talleres y eventos de este grupo trascienden la autopercepción como receptores pasivos de un conocimiento que tienen que absorber, para autopercebirse como gestores del propio conocimiento que van a compartir

“Pues a veces cuando hay reuniones, siempre me gusta participar para intercambiar conocimientos... porque uno está aprendiendo de los demás... encuentras muchas cosas para platicar con ellas, con estas personas, sí porque a veces dices saber, y sin

embardo lo que te dicen no lo sabes, vas aprendiendo en la práctica, la manera en que ellos trabajan, cómo convive, cómo ven los partos ellos en sus comunidades... yo la verdad quiero aprender, es como le dije a Sabrina, quisiera aprender más, más sobre la partería porque ahora pues eso se va perdiendo, y como mujeres y como madres no debemos de permitir que se desapareciera ¿no? es mejor seguirlo” (EP Partera Modesta, febrero de 2012).

“Pertenecer a un grupo o a una comunidad implica compartir -al menos parcialmente un núcleo de representaciones (...) Las representaciones sociales -siempre socialmente contextualizadas e internamente estructuradas- sirven como marcos de percepción e interpretación de la realidad, y también como guías de los comportamientos y prácticas de los agentes sociales (...) también definen la identidad y la especificidad de los grupos” (Giménez, 2009: 33).

Doña Bernardina Góngora de 55 años de edad, además de ser partera es médico tradicional y *x-men*, y es una de las ocho miembros fundadoras del Centro Regional de Medicina Tradicional *Much' meyajtik maaya tsaj* que funciona desde el 2008. Se le preguntó sobre la importancia de las reuniones periódicas del grupo de parteras, si le gustaría que hubiese más actividades:

“Pues claro que sí, que haya más actividades para un intercambio, lo primero mira, lo que más me preocupa ahora de los partos que se están llevando, es que, que se preocupen cuando menos de las parturientas cuando terminen de dar a luz, que lleve un baño cálido, que lleve algo que relaje el cuerpo, que tenga bueno al momento de parir es el cuerpo que trabaja como dice, acelerado, entonces al terminar de parir que lleve un buen baño calentito como una terapia, como algo que ella reflexione lo que ha tenido que sufrir del dolor, y también reflexione que debe de cuidar su cuerpo para dar de amamantar a su bebé. Que esos descuidos no sucedan sino que haya más amor hacia la maternidad” (EP Partera Berna, febrero de 2012).

Todas las parteras entrevistadas mencionan el baño caliente postparto como fase de la atención integral de la mujer, y lo refieren como una enseñanza de sus madres y abuelas. Este tipo de prácticas, porque tienen un sentido claramente percibido como imprescindible

e insustituible, son las consideradas “esenciales” de la partería tradicional, son las prácticas que a través de la creación del grupo se intentan socializar, reflexionar, conservar y mejorar.

Desde el punto de vista de la teoría de las representaciones sociales en una colectividad o en un grupo, la posibilidad del disenso siempre está presente, pues

“... los individuos modulan siempre de modo idiosincrático el núcleo de las representaciones compartidas, lo que excluye el modelo del unanimismo y del consenso. Por consiguiente, pueden existir divergencias y hasta contradicciones de comportamiento entre individuos de un mismo grupo que comparten un mismo haz de representaciones sociales” (Giménez, 2009: 34).

Esto sucede en el caso de una partera, quien difiere de sus compañeras respecto a la opinión que les merece las actividades del grupo:

“Esta vez me vinieron a invitar que porque hubo un evento aquí en Carrillo pero no, yo digo es que ahorita tengo mucho compromiso, como veo gente de los pueblitos, se aliviaron, por eso no pude ir, no pude ir, no me gusta andar así en los eventos también así, digo que mejor no, cuando hay cursos de parteras pues voy a tomar los cursos allá en Carrillo, pero eventos así no” (EP Partera Elsa, febrero de 2012).

Este fenómeno refuerza, sin embargo, la tesis del no unanimismo, pues aunque se evite la proximidad física, se da el caso de que a través de la pertenencia social a un colectivo más amplio “los individuos internalizan de forma idiosincrásica e individualizada las representaciones sociales propias de sus grupos de referencia” (Giménez, 2009: 34) como resulta de representaciones sociales manifestadas por la misma partera en torno a las prácticas de la partería tradicional y también en torno a la enfermedad del cáncer cérvico uterino que se abordará más adelante. Se hará notar que las representaciones no son unívocas ni uniformes pero sí comparten en cierto grado el atributo de ser guías (similares) para la acción social.

Las identidades se estructuran en un contexto socio-económico y cultural determinado. Un conjunto de individuos, al compartir condiciones similares, reflejan representaciones

sociales también similares que constituyen un mismo universo simbólico-conceptual. Se retoma este último punto como base para introducir el siguiente concepto analítico: identidades colectivas, las cuales

“no pueden considerarse como simples agregados de individuos (en cuyo caso la identidad colectiva sería también un simple agregado de identidades individuales), pero tampoco como entidades abusivamente personificadas que trasciendan a los individuos que los constituyen (lo que implicaría la hipostatización de la identidad colectiva). Se trata más bien de entidades relacionales que se presentan como totalidades diferentes de los individuos que las componen y que en cuanto tales obedecen a procesos y mecanismos específicos (Lipiansky, 1992: 88). Dichas entidades relacionales están constituidas por individuos vinculados entre sí por un común sentimiento de pertenencia, lo que implica...compartir un núcleo de símbolos y representaciones sociales y, por lo mismo, una orientación común a la acción” (Giménez,2009: 37-38).

Por otro lado, la consideración del cáncer cérvico uterino como una enfermedad 100% prevenible a través del tamizaje, propició a lo largo de dos décadas una serie de acciones sistemáticas para reducir la morbi-mortalidad por esta causa, principalmente en población vulnerable. A nivel técnico, durante el segundo lustro de la década 2000 se introdujeron proyectos piloto como la técnica molecular de realizar pruebas de VPH con captura de híbridos, “en ellos han participado 300 mil mexicanas de 125 municipios altamente marginados” (Ugalde, 2010: 46) incluidos los municipios de Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos, y en el Estado de Quintana Roo “se han vacunado a más de nueve mil niñas de nueve años con la vacuna contra el VPH” además de la campaña estatal permanente que contempla la realización de: “exploración clínica de mama en mujeres de 25 a 69 años; mastografías en mujeres de 50 a 59 años; citologías en mujeres de 25 a 34 años y pruebas de híbridos de VPH2 en mujeres de 35 a 64 años de edad” (entrevista a Alpuche Delgado, *Diario Respuesta*, 2011). Estas acciones técnicas se realizan en conjunción con otros ministerios como la Secretaría de Desarrollo Social a través del programa IMSS-Oportunidades el cual incluyó la atención a la citología cervical y captura de híbridos como una cita obligatoria sujeta a sanción económica

“Mayormente sí va uno ahora, acá por Oportunidades así, si no vas te ponen falta, no te paga un mes (¿antes no iban?)... casi no, de antes no hacían eso, pero en que por Oportunidades así, pues tienen que ir de por sí, a la fuerza tienen que ir porque saben si no van no les pagan mes, también si no llevan sus hijos para que los pesen para que los mida así, ya no les pagan también un mes, lo reportan las enfermeras y ya estuvo así, no les pagan” (EP Partera Elsa, febrero de 2012).

Los índices de mortandad a nivel estatal y nacional han disminuido, sin embargo esto no se debe a una transformación en las determinantes sociales, sino a una atención oportuna por una detección temprana, que por otro lado no es infalible pues existen siete citotecnólogos en el Estado que revisan 50 laminillas diarias con eventuales incidencias de diagnóstico tanto de falsos positivos como de falsos negativos a través de la técnica de citología cervical (Papanicolaou); mientras que las pruebas de VPH con captura de híbridos “requiere de un robot capaz de analizar en promedio 704 muestras moleculares en seis horas, con una efectividad superior a los resultados que se logran con el Papanicolaou” (Ugalde, 2010: 46), tecnología con la que el Estado aún no cuenta. Hasta ahora este tipo de muestras se envían al Laboratorio Regional de Campeche.

En las representaciones sociales de la medicina científica se percibe una preocupación por implementar las nuevas tecnologías, mientras que en la esfera de la política pública y los funcionarios médicos locales se apunta hacia la sistematización adecuada de estas implementaciones tecnológicas.

“Al contrario de los elevados costos de la vacuna contra el VPH, cuyo precio por dosis duplica el de toda la cartilla nacional de vacunación, que se estima en poco más de 2 mil pesos por individuo, el mayor impacto de la prueba molecular en el presupuesto de salud de extenderse a todo el país, sería al inicio para la adquisición de robots para el análisis de diagnóstico; y aunque se prevé que en cinco años los laboratorios bajen el precio de la vacuna del VPH, México está en la antesala de prevenir el cáncer cérvico uterino con índices del primer mundo” (Ugalde, 2010: 46).

No se descarta que estos esfuerzos han ido acompañados de programas de educación en

salud dirigidos a la población con el fin de propiciar hábitos saludables y evitar los factores de riesgo. Desde el punto de vista médico institucional las campañas han sido eficaces porque se ha ampliado la cobertura y han disminuido los índices de mortalidad en el estado “el cáncer cérvico uterino ya no es nuestra preocupación, ahora se está poniendo más énfasis en el cáncer de mama” (Departamento de Salud Reproductiva Estatal). También en las representaciones sociales de las parteras entrevistadas se observa una apropiación del discurso de prevención a través de la revisión oportuna, y esta misma actitud es percibida por los prestadores de los servicios de salud:

“Sí, yo digo que las señoras ya están concientizadas más porque, haz la cuenta en los últimos años les empezamos en serio a cáncer cérvico uterino y la señora así como que ya; incluso a nosotros nos facilita lo de Oportunidades porque lo marcamos como una cita, y ellas, ahora que ya salió lo de híbridos, unas que si sale negativo tu prueba de híbrido dentro de cinco años te citamos, ellas decían cuando entró "no, no, no" ya la costumbre o no sé, ellas ya quieren "no" quieren que al año, o sea ya saben que al año, y ya se hicieron a la idea de que al año tienen que ir. Entonces yo ya lo pondría un poquito más en las mujeres que tienen un nivel en lo económico un poquito más alto (que no participan del programa IMSS-Oportunidades), todavía en esas mujeres, siento que por la pena o no sé, a veces no van, o por la desidia, por el trabajo, por sus hijos, por las múltiples (ocupaciones), ya ves que trabajan, atienden sus hijos, como que no le dan mucha importancia, en cambio las otras señoras como van constantemente a sus pláticas se les explica, ellas ya están muy concientizadas, ellas ya saben, incluso en su cartilla ellas ya saben que ya les toca, ya están al pendiente, tal día les toca entonces ya van. Entonces yo todavía diría que las señoras que tienen más ocupaciones o múltiples ocupaciones aquí, le digo porque estamos hablando, bueno le hablo de cabecera a comunidad, entonces tenemos más aceptación por parte de lo que es comunidad a lo que es una cabecera, en las cabeceras veo que la gente, las mujeres, creo que por múltiples ocupaciones que tienen, y dijéramos al último si le da tiempo, y si se acuerdan” (Dra. Lidia Analco, Salud Reproductiva Jurisdicción 3).

Cabe entonces preguntar, ¿Son las representaciones sociales sobre la enfermedad lo que motiva a la población a adoptar ciertas conductas preventivas?, o ¿Son las prácticas de estímulo/castigo impuestas por el modelo hegemónico guiadas por sus representaciones

sociales sobre pobreza/marginalidad lo que determina el “éxito” del programa de prevención?

Para responder a la primer pregunta sin el riesgo de caer en la trampa de “medir el grado de concientización de la gente”, es decir, de saber en qué medida los individuos han adoptado el discurso médico científico sobre los factores de riesgo y las conductas preventivas, es necesario continuar enmarcando a las representaciones en la teoría de las identidades, entendiendo que la oposición entre representaciones y realidad es una falsa dicotomía. Con esto no se quiere decir que la realidad es “absolutamente relativa” a los individuos y grupos que la conciben, sino que la realidad sólo puede ser nombrada a través de las representaciones sociales necesariamente generadas por colectivos sociales que además están en continua interacción. Relativizar, en este caso, el discurso médico hegemónico “no es, por tanto, ejercitarse en relativismo cultural sino en el relacionismo de lo cultural donde vivimos...” (Fornet Betancourt, 1994: 25).

Según Robert Fossaert (1983), “el contexto que define las condiciones de posibilidad de las diversas formas de identidades colectivas en el plano macro-social son las diferentes configuraciones de las redes de sociabilidad (“mundos de la vida”), históricamente determinadas por los diferentes modos de producción” (en Giménez, 2009: 60). En este sentido, se tiene por un lado un grupo de médicos científicos investigadores, funcionarios públicos y prestadores de servicios de salud operativos que actúan dentro de un modelo de producción económica capitalista en el cuál se ha desarrollado la medicina científica y sus avances tecnológicos y han generado un conjunto de representaciones sociales alrededor de ello; y que buscan incidir en las prácticas de un grupo culturalmente diferenciado, que en este caso muy particular, se trata de un grupo de individuos en edad reproductiva que en el marco de desarrollo capitalista se enfrentan, como mujeres, a procesos familiares de migración laboral temporal o definitiva; como médicos tradicionales o parteras, actúan en el marco de una serie de regulaciones y asistencialismo social por parte de los servicios de salud pública, y en lo cultural son “étnicamente diferentes” en un marco tripolar contradictorio de negación, exclusión y revitalización de las identidades étnicas.

Acompañando a la teoría de las identidades estructurada por Gilberto Giménez a raíz de un compendio de literatura por él expuesto, se enumeran a continuación “algunas proposiciones axiomáticas en torno a las identidades colectivas, con el objeto de prevenir

malentendidos” (Giménez, 2009: 39-40):

- 1) Sus condiciones sociales de posibilidad son las mismas que las que condicionan la formación de todo grupo social: la proximidad de los agentes individuales en el espacio social.
- 2) La formación de las identidades colectivas no implica en absoluto que éstas se hallen vinculadas a la existencia de un grupo organizado.
- 3) Existe una 'distinción inadecuada' entre agentes colectivos e identidades colectivas, en la medida en que éstas sólo constituyen la dimensión subjetiva de los primeros, y no su expresión exhaustiva. Por lo tanto la identidad colectiva no es sinónimo de actor social.
- 4) No todos los actores de una acción colectiva comparten unívocamente y en el mismo grado las representaciones sociales que definen subjetivamente la identidad colectiva de su grupo de pertenencia.
- 5) Frecuentemente las identidades colectivas constituyen uno de los prerequisites de la acción colectiva. Pero de aquí no se infiere que toda identidad colectiva genere siempre una acción colectiva, ni que esta tenga siempre por fuente obligada una identidad colectiva.
- 6) Las identidades colectivas no tienen necesariamente por efecto la despersonalización y la uniformización de los comportamientos individuales (salvo en el caso de las llamadas “instituciones totales”, como un monasterio o una institución carcelaria).

3.4 Identidades colectivas y representaciones sociales

El análisis de las representaciones sobre el cáncer cérvico uterino bajo la perspectiva de una propuesta de acción intercultural tiene que ser abordado entonces en el nivel de lo relacional tomando en cuenta las identidades colectivas que lo construyen, apropian y socializan, y el tipo de relación que se ejerce que en este caso es unilateral (un colectivo social se dirige al otro a través de un esquema de cono informacional, limitando en gran medida las posibilidades de retroalimentación); también tiene que ser abordado en el nivel de lo intersubjetivo que en el caso de la esfera médica científica es de mucho más fácil acceso pues las representaciones sobre la enfermedad que le hacen llegar a la población utilizan todo tipo de medios de comunicación masiva y debido a su necesidad de instrumentalización el discurso presenta un alto grado de coherencia y uniformidad, por

ello en esta investigación se enfatiza y profundiza en las representaciones sociales del otro grupo carente de canales institucionales para expresar su voz. El análisis de las representaciones también tiene que abordarse desde el nivel de lo situacional pues si bien el ejercicio del poder está presente estructuralmente hablando, a nivel de la identidad situacional se perciben los cambios de actitudes en la relación con “el otro” en tanto se prioriza una de las identidades sobre otras del mismo sujeto en una situación determinada.

El cáncer cérvico uterino es una enfermedad exclusiva de las mujeres. Este hecho natural conlleva connotaciones sociales y culturales de enorme magnitud. Los programas para su prevención están dirigidos a ellas y sobre ellas cae directamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propio cuerpo, además del de su familia, dado el marco operativo del programa IMSS-Oportunidades. Esto conlleva a una serie de representaciones sociales respecto a la femineidad que se expresan en una autopercepción identitaria también colectiva, determinada diacrónica y sincrónicamente y socializada generacionalmente tanto de manera vertical como horizontal. Respecto a ser mujer, al igual que los demás tipos de identidades

“más que de permanencia, habría que hablar de continuidad en el cambio en el sentido de que la identidad a la que nos referimos es la que corresponde a un proceso dinámico (según una dialéctica de recomposiciones y rupturas), y no a una constancia substancial (...) (Las identidades) se mantienen y duran adaptándose al entorno y recomponiéndose incesantemente, sin dejar de ser las mismas. Se trata de un proceso siempre abierto y, por ende, nunca definitivo ni acabado” (Giménez, 2009: 41).

Tomando en cuenta la función de la identidad como oposición, las parteras expresaron su autopercepción de ser mujeres en contraste con los varones:

“qué bien que soy mujer (risas)... no, porque, claro que una mujer sufre, también, le da a luz a su hijo en el parto, pero un hombre sufre más porque él tiene que trabajar así toda su vida, en cambio una mujer se alivia, el esposo sale a trabajar, te trae dinero, pues yo, pero no todos los esposos son así también, pues por eso yo estoy orgullosa, porque doy gracias a Dios, él también cuando sale así a trabajar, viene, todo su dinero, agarra cien pesos, pues digo, pues está bien que soy mujer así, yo no me voy a matar

así trabajando también, yo viene, lo sobo aquí y ya, en cambio él como hombre pues de antes iba hasta en Cancún a trabajar, pues digo que está más duro la vida de un hombre, que una mujer, claro” (EP Partera Elsa, 52 años, febrero de 2012).

La percepción diferencial sobre “el otro” en cuestión determina la valoración que sobre sí mismo se tiene (incluso cuando el contexto social es similar). Aunque no hay que olvidar el carácter situacional de la identidad que determina el tipo de respuesta, lo que aquí se destaca es la representación sobre el ser mujer, es decir, el conjunto de símbolos interrelacionados en torno al objeto de la representación (por ejemplo, actividad cotidiana diferencial) y aunque la valoración también forma parte de la representación social habría que distinguir analíticamente el concepto, pues es la valoración en torno a la relación con los otros sujetos lo que va a determinar si se autopercibe la propia identidad como algo positivo o como algo negativo:

“es que le estoy diciendo que si hubiese tenido la oportunidad de volver a nacer qué le gustaría ser, un hombre o una mujer, y ella dice pues que la verdad que el trabajo de una mujer que tiene que hacer todo, tiene que lavar, tiene que cocinar, tiene que trapear, tiene que hacer todo, en cambio un hombre pues solamente va a la milpa, y pues si tú lo ves desde ese lado, pues también el hombre no sabes qué trabaja, hace mucho trabajo en el monte y cuando venga se acuesta pues porque está cansado, no es porque no quiera ayudar a la mujer, entonces así como que le pensaba y decía, "pues ni modos, eres mujer y tienes que aprender a vivirlo", pero estaba dudando más así como, si tuviera la oportunidad mejor se iría por el otro lado (EP Partera Aurelia, febrero de 2012).

En general “... los actores sociales -sean estos individuales o colectivos- tienden, en primera instancia, a valorar positivamente su identidad, lo que tiene por consecuencia estimular la autoestima, la creatividad, el orgullo de pertenencia, la solidaridad grupal, la voluntad de autonomía y la capacidad de resistencia contra la penetración excesiva de elementos exteriores... la percepción negativa de la propia identidad genera frustración, desmoralización, complejo de inferioridad, insatisfacción y crisis” (Giménez, 2009: 44)

“sí porque mi orgullo de ser mujer, pues soy madre, tengo mis tres hijos, a pesar de los tropiezos que he tenido en mi matrimonio, no me interesa si esté el papá o no esté, saco a mis hijos adelante, por eso digo que ser mujer estoy orgullosísima porque lo hago para ellos, por ellos, siento que lo hago por ellos, una mujer que ama a sus hijos, por lo hijos es capaz de sobresalir, cómo te podría decir, de derrumbar todo lo que haya y seguir adelante” (EP Modesta, Aprendiz de partera, febrero de 2012).

A pesar de que las circunstancias en relación con “el otro” pueden ser adversas, y el sujeto perciba que está en una situación de desventaja por algún atributo de su identidad autoafirmada o designada “... a la larga resulta imposible una percepción totalmente negativa, la conciencia de la propia inferioridad puede convertirse en valor, conforme al conocido mecanismo señalado por Hegel en su Fenomenología del Espíritu (“Dialéctica del amo y del esclavo”))” (Giménez, 2009: 58). Esto quiere decir que lo que se valora negativamente como una desventaja puede adquirir el atributo de un valor superior que equilibra la correlación de fuerzas, por ejemplo, la que sufre es valiente, el que es pobre es honesto, el que sirve es de carácter noble, etc.

“ser mujer es una gran ventaja porque como mujer nos aprendemos a valorar más que los hombres, por qué, porque yo puedo decir soy mujer, tuve a mis hijos, los sufrí, pero tengo a mis hijos, y el caballero ¿qué va a sufrir? el caballero se digna de que él montó, él disfrutó pero no sabe lo que es dolor de parto, y la mujer es muy mujer que sufrió dolores de parto y dio lo mejor que tiene de su parte para que nazca su bebé y para que lo tenga en los brazos la primera vez, entonces eso es la dignidad de una mujer. Una mujer que pare a su hijo normal, vía así parto sabe lo que es ser madre, pero cuando es una cesárea no le da suficiente cariño a su hijo porque no sintió el dolor, sintió el dolor al momento pero cuando le hicieron cesárea qué dolor va a sufrir, pero cuando uno llega a parir en vía así vaginal, sabe lo que es el dolor, sabe cómo lo parió, y le va a dar más cariño, le va a dar más motivo porque una mujer que pare es peor que una leona, porque defiende a su cachorro con la mejor manera que tenga en la mano, y los caballeros no, el caballero si hace algo un hijo, “¡no!, que solucione su problema él lo buscó” ¿por qué lo dice acaso? ¡porque no le dolió! él como macho, no, si tengo diez hijos doce hijos con mi vieja “lo hice”, lo hizo, pero lo gozó un placer, pero la mujer no, la mujer durante nueve meses lo tuvo en el vientre, durante los

tiempos estuvo consolándolo su hijo, agarrándolo, cómo se mueve, cómo está. Eso es una motivación, más de orgullo como mujer, yo como mujer como dicen "¿nunca viste la tele? ¿por qué tuviste tantos hijos?" no porque no haya visto la tele, simplemente como decían de antes uno no está abierto sus ojos, que decían "uno cuando se case que Dios le mande los hijos que quiera" uno tiene que dar los hijos que el esposo quiera, ¡y mangos, no es así! ahora me doy cuenta que no, uno tiene que decidir cuántos hijos puede dar, ahora no hay que decir "yo por amor a mi marido dí diez hijos" ¡no, al contrario! me expuse a muchas enfermedades, me expuse a que yo me muera en obra de parto, nunca pensé en mí misma, pensé en mi orgullo de mujer darle a mi marido los hijos que él quiera porque lo quiero, pero no es así, ahora mi mensaje para las mujeres: que dialoguen con los maridos, que platiquen cuántos hijos puedan tener, y que defiendan sus derechos también de mujer, no que sean pisoteados sus orgullos la verdad, eso es para mí cero en conducta, los hombres para mí es cero en conducta de esa manera, y como mujer mexicana hay que aprender a valorarnos desde el primer hijo, y eso es el trabajo. (EP Berna, *x-men* y Partera, febrero de 2012).

En los ejemplos expuestos se muestra una correlación entre la asunción de un determinado género y con ello el rol que conlleva, en este caso ser esposa y ser madre, ambos papeles ligados al sufrimiento físico y emocional, y al mismo tiempo un sentimiento de orgullo y dignidad por el hecho de lograr superar las adversidades. Así, el rol de partera también se presenta, a veces ligado a la identidad de género. Doña Berna habla de su experiencia en el grupo *Tumben Cuxtal* de la siguiente manera:

“pues me gusta del grupo aquí por esta Sabrina que anda defendiendo mucho a la mujer, y me gusta participar y también es que le digo a Sabrina cuando haya un proyecto que nunca se olvide de las personas como yo, como yo que tengo mucha experiencia para ayudar a mis otras parteras, para que mis otras parteras que aprendan a defenderse, aprendan a valorar lo que son, y aprendan a expresar lo que es, lo que sienten en carne viva, lo que siente uno en casa, hay que sacarlo, hay que decirlo, es como dicen si a mí no me conviene que hable que le quede la camisa a quien le quede, pero yo hablo con esta verdad que llevo, ese es mi punto de vista de mujer... sí, yo es lo que pido como mujer, fortalecer lo que es, y para que haya una gran validez del trabajo” (EP Berna, *x-men* y Partera, febrero de 2010)

El oficio de partera está cargado de fuertes cargas emotivas que intersubjetivamente se relacionan con las representaciones atribuidas al género, una mezcla valorativa entre sufrimiento y orgullo.

“dice que pues ser partera también implica sufrir un poquito, porque mientras no nace el bebé está la señora sufriendo, y tú como partera también pues, sufriendo, sintiendo lo que ella siente porque tú ya pasaste por esa situación y sabes que es algo doloroso, y mientras no nazca el bebé ella también siente el dolor y también ella sufre” (EP Partera Aurelia, febrero de 2012).

“miedo es cuando veo así a las señoras. con dolor así, de antes pues dudaba yo, que tal si se muere, que tal si así pues me daba miedo así ver cómo sufren las señoras, pero pues ahora ya me acostumbré a verlo también, no se muere, ‘ah no, no se muere, cómo se va a morir, no, no, no se muere digo’ y cuando veo que ya tardó mucho así me medio desespero, pero hay unos que cuando apenas rápido se alivia” (EP Partera Elsa, febrero de 2012).

Respecto a las identidades colectivas asumidas por las entrevistadas, es el oficio (en estos casos heredado pero asumido también por elección personal) el eje de la identidad autoafirmada y del reconocimiento mutuo a nivel colectivo, y la identidad de género atraviesa este mismo proceso inacabado entre la hetero y autoidentificación.

“[La partera] es la madrina de un bebé porque ves nacer un bebé, eres la madrina, porque lo bañaste la primera vez, le diste el primer soplo de vida, y acá se respeta mucho a las parteras por lo niños, respeta, ahí viene mi madrina, ahí viene mi abuelita, todo ese es un gran respeto... motivo de dignidad de ser partera, es que recibas un parto, o que digamos es digno recibir un parto de buen ver, cuando nace el bebé pega el primer grito que no hubo complicaciones, para ti es un orgullo de ver ese bebé, de atender este bebé bien, que el bebé nació bien que a la mamá no le pasó nada, ese es un gran orgullo de una partera (EP Berna, *x-men* y Partera, febrero de 2012).

Se trata de una identidad asumida, valorada positivamente en alto grado por las que ejercen

el oficio, dado que la asunción es voluntaria pues si no les gusta pueden dejar de ejercer la partería, a diferencia de la identidad de género por ejemplo. No obstante ellas reconocen las dificultades del oficio en diversas situaciones, en las que a nivel relacional “el otro” puede ser agente de conflicto ya sea en la esfera doméstica, comunitaria o institucional, como se muestra respectivamente en los siguientes párrafos:

(En la esfera doméstica) “entonces esto es una lucha interior porque si tú vives en una sociedad que te oprime por ser mujer y todo, automáticamente tú como partera tienes que empezar un proceso de liberación, de tus miedos, que si tienes que viajar el esposo te va a decir "no, no te vayas, chingada madre" o te pega, te acosa, pues yo lo he vivido, para mí fue todo un proceso, y es lo que siento que tal vez hay algo más atrás de todo este trabajo que es el desarrollo personal, entonces cuando viene el desarrollo personal te vas a dar cuenta que sí necesitamos mejorarnos por el bienestar de las que estamos atendiendo, ya no te puedes hacer la vista gorda, en cambio si eres una partera que no quiere salir de su espacio, ni quiere compartir, ni quiere hacer, hay parteras así que nos dicen "nosotras no queremos formar parte de ningún grupo, yo estoy bien como estoy, no me interesa" bla bla bla, y guarda tensión no tiene espacios para mejoramiento, yo pienso, porque es un desarrollo que tienes que hacer...

(En la esfera comunitaria) “una desventaja que pueda ser partera también que porque hay maridos que reprimen mucho a la partería, hay maridos cuando termina de dar a luz la parturienta que después "ahí nos vemos no hay dinero para que te pague del servicio que diste, bye". Y con un médico no, con un médico cuando sale la que está dando a luz está pagando y con una partera no, tienes que esperar a veces hasta cinco, seis veces que termine de pagar, y cuánto es lo que cobra ¿700 pesos para ocho días? ¡mira! y el hospital te cobra 5 mil / 6 mil pesos un parto, eso es una fuerza, regalado, te motiva, por qué, por qué la desventaja de ser partera, vas a donde vas, hay que le ayudas a tener un bebé te están pagando, hay que de cosas hasta mentadas de madre lleva una partera que ni siquiera la atienden” (EP Berna, *x-men* y Partera, febrero de 2012).

“ya tiene año y medio que me debe ahorita, no me quieren pagar, fui a cobrarlo la semana pasada, dijo que no tiene no tiene, año y medio ahorita no ha tenido hasta

hoy... de por sí a la alcaldía, ahístá la semana pasada llevó 400 pesos, sólo así a lo pagan, en la alcaldía, ahorita dos ya pasé a la alcaldía, hay unos que lo pagan, unos también se escapa, no hace tiempo atendí uno, se escapó, se fue, cuando llegué no está... sí a \$1,500 un parto, así te estoy diciendo, sólo digo de nombre así 1,500 porque no lo pagan, ahorita entrando le digo a mi esposo, ahorita "voy a dejar de ver partos" le digo "un tronadito y que salga la alcaldía, me pagan y ya estuvo, no vuelvo a atender partos" en cambio de los pueblitos cuando vienen también tienen juntado su dinero, digo a veces ¿cómo lo hacen? viven en el monte, le digo, y aquí que es medio pueblo así no trabajan así, le digo, no más son flojos lo que aquí, no les gusta trabajar, esos son lo que nacen el bebé sólo así gratis también le digo, si no pagan ni tienen dinero por qué no van a Carrillo, en el Seguro, pues ahí gratis los atienden, le digo, pero tienen miedo que los corten también por eso no van allá" (EP Elsa, Partera, 52 años, febrero de 2012).

(En la esfera institucional) "digo que sí, que sí hay prejuicio, porque una vez me tocó llevar a una persona, estaba teniendo a su bebé, pero pues como no tenía yo ni material para atenderla, la lleve al hospital, y tomaba yo cursos de partería igual pero como te puedo decir, no tenía yo material para trabajar ¿no? al momento del parto decidí llevarla pero una señorita salió a regañarme, salí regañada que porque esperé tiempo de llevarla, y le digo "pues yo no sabía, la persona me la topé", igual la recogí en la calle (la partera iba en su automóvil), veo cómo se quebraba de dolor, dijeron "siempre habla a los médicos" y paré, y veía como que la chica estaba embarazada, y bajé para apoyarla, le digo "sabes qué, vamos para que alguien te vea, yo no puedo llevarte a mi casa porque no tengo material", fíjate que el tiempo que, que llevamos, que la llevé salí regañada, que yo no debí de recogerla, que no debí de atenderla de la manera en que la estaba atendiendo y eso lo dejaría en manos de la seguridad pública, si es que pasa. Pero si estás viendo cómo estaba la mujer ¿tú que harías? ¿no harías lo mismo? aunque te regañen no importa, sabes que estás salvando una vida... a mi no me importaba que me haya regañado porque salvé una vida, es un bebé que viene al mundo" (EP Modesta, Aprendiz de partera, 36 años, febrero de 2012).

En el mismo tenor, en las siguientes narrativas se reconoce claramente el atributo situacional de la identidad, en la que tras una experiencia de valoración negativa deciden ocultar su identidad de oficio en situaciones similares posteriores:

“los médicos del centro (Unidad Médica Rural de Chunhuhub)...mayormente tratan bien, como por ejemplo aquí sí me tratan bien, pero hay donde hay veces llevo a mi paciente así cuando veo de plano que no puedo atender, lo llevo, y yo les digo soy partera, quiero entrar a atender el parto con ustedes, pero dicen "no, no, señora, tú no" "y así cómo voy a aprender más entonces" le digo, si para eso vamos a los cursos, porque en los cursos nos dicen "sí puede atender, sólo que llegues con tu identificación, entras a atender parto con ellos" pero en Carrillo no, en Morelos sí una vez me dejaron que yo entre, hasta con la doctora, yo ayudé a la doctora así, la tenaza así, pero aquí en Carrillo no, por más que diga que eres partera, no, no tratan bien a uno, en cambio aquí (en Chunhuhub) pues como ya lo saben así también, pues ellos no, cuando yo llegue así, "¡hay esa doña Elsa!" pero aquí mayormente no atienden partos acá, los mandan en Carrillo (la cabecera municipal), no atienden ellos, pero estoy diciendo, me tratan bien porque me dan material para que yo trabaje así, cuando no tengo guantes voy, y ellos me lo dan de por sí” (EP Elsa, Partera, febrero de 2012)

En todas las narrativas la identidad étnica es casi invisible, y cuando se intenta abordar de manera directa o indirecta durante las entrevistas los datos refieren que no es una preocupación en la cotidianeidad de los sujetos. Por ejemplo en esta última anécdota, cuando se invita a doña Elsa a reflexionar sobre la situación, sobre lo que ella percibía como motivo de no haberla dejado pasar a ver el parto ella responde, no a partir de la identidad de género, mucho menos desde la identidad étnica, sino desde una identidad de clase que deriva en el estatus y en una diferencia cultural respecto al oficio:

“ajá, yo es lo que yo no entiendo, ¿pues por qué no me dejan, por qué no me dejaron pasar? eso me sentaba pensando acá ¿pues por qué me hicieron esto así, me traen menos, o porque soy pobre, o porque ellos piensan que tienen estudio, yo no tengo estudio, por qué me hicieron? pero no le hace, digo, yo como llevo otro paciente ahora, yo llego y yo le digo que hable, solito lo pasan, para que voy a decir así soy partera o quiero pasar con ella, pues ahora así lo hago también voy así, pues hablo con ellos, le digo que, ya ni digo si lo voy a pasar a ver cómo lo van a atender ellos también, ah no sé por qué lo hicieron así ¿por qué crees que lo hicieron así, no me dejaron que yo entre?... como son practicantes, no saben aprender más también,

quieren ver cómo se hace la cesárea, pues a lo mejor están sus maestros allá también para que los enseñen, como están aprendiendo así, a lo mejor por eso también. Es lo que dicen hasta de los pueblitos, ¿por qué cuando va uno con partera se alivia, por qué cuando va uno con médico, ya cuando fue allá, yanu' cesárea le hicieron, por qué? porque a ellos no les gusta esperar, en cambio una partera, toda la noche estás allá, estás acostada pero está pendiente así cómo va su dolor, cada cuánto, así cada cinco minutos, cada diez minutos, porque cuando es cada diez minutos, falta, en cambio cuando veas cada tres minutos, cinco minutos, tres minutos, el parto ya está llegando la hora, pero ellos es lo que no esperan, como hay muchos también, pues ni modo, no pueden esperar ellos... tengo una hija dice "mami, yo de doctora voy a estudiar, para que yo atienda partos" dice "pero yo no voy a hacer cesáreas" dice" (EP Elsa, Partera, febrero de 2012).

Es como dice Aída Hernández Castillo (2001) “entre el etnocentrismo feminista y el esencialismo étnico (están) las mujeres indígenas y sus demandas de género”. Como se explica en el capítulo 2, resulta imposible designar a la Zona Maya de Quintana Roo como zona indígena culturalmente homogénea, debido a los procesos históricos identitarios particulares, aunque a la vista del observador externo salten a la vista “atributos objetivos de la identidad indígena” como son la lengua maya, la agricultura tradicional que hoy se combina con una creciente migración laboral, en algunos casos la vestimenta, la vida religiosa y ritual propia de los pueblos indígenas, la existencia de médicos tradicionales, y para los materialistas históricos, una relativa homogeneidad en el contexto socioeconómico co-dependiente de los flujos del capital. No quiere decir que todos estos fenómenos no convivan en un mismo espacio, o que lo que se presenta a la vista del observador son meras ilusiones; tampoco se quiere decir que no hay estratos de población que en situaciones concretas asuman una identidad indígena con fines particulares o colectivos. Lo que se intenta decir es que la identidad étnica pasa a segundo plano o es prácticamente invisible, cuando se trata de representaciones sociales en torno a la enfermedad del cáncer cérvico uterino. Pasa lo mismo en ambos colectivos sociales, ni la esfera de la medicina científica reconoce al otro como indígena, ni las parteras tradicionales se autoreconocen como étnicamente indígenas, o al menos no es una preocupación latente como en el caso de otras identidades colectivas que sí asumen de manera activa.

Desde el paradigma histórico de una ciencia social positivista, objetivizante, Max Weber define a las comunidades étnicas en los siguientes términos “una etnia (...) se definiría como una forma de identidad englobante situada entre la fase de tribalización y de provincialización en el proceso histórico del desarrollo social. Se trataría, por lo tanto, de una forma de identidad ligada a modalidades precapitalistas de desarrollo. Lo que no obsta para que perdure más allá de su propia fase histórica, subsumida bajo formas más modernas de identidad (la nación) en calidad de “minoría étnica” por ejemplo” (Giménez, 2009: 61).

“ser maya porque ellos tuvieron mucha sabiduría, ellos tenían la sabiduría, tenían dinero, y el dinero para ellos era un juguete, nunca supieron si tenía validez el dinero, sino que hubo mucho intercambio de lo que es, si yo quiero algo lo cambio con algo, ahora no es así, pero el dinero es no más una falsedad es un orgullo, es bueno que digamos que el dinero lo hace todo, y de antes no, de antes tenías que trabajar para obtener lo que tienes” (EP Berna, *x-men* y Partera, febrero de 2012).

Superado el paradigma de la objetividad científica y asumida la hermenéutica del sujeto desde un punto de vista fenomenológico se tiene una definición más apegada al punto de vista del actor social “El grupo étnico es aquel grupo que a partir de las semejanzas más variadas entre los miembros del grupo cree en la descendencia de antepasados comunes y se delimita con respecto a los demás grupos en virtud de la representación de un vínculo de sangre. El léxico de la etnicidad refleja la gramática de la familia porque el cemento que une al grupo está constituido por la convicción de un origen común” (Dimitri D'Andrea, en Giménez, 2009: 63).

“sí, mayormente los que no aprenden el español, sí a veces suceden cosas de que les encierran un hijo, y cuando ellos van para que les hagan justicia, no les hacen justicia, lo primero que no les entienden que dice, y los marginan de esa manera. Eso es lo que más duele cuando uno de nuestros hermanos que sean rechazados por la sociedad... sí es una gran ayuda que en cada institución haya una persona traductora de la maya, porque así se entendería más y se ayudaría a mis hermanos” (EP Berna, *x-men* y Partera, febrero de 2012).

Pero esta definición presenta la problemática de que cuando se asume la relacionalidad y la situacionalidad de las identidades, se desvanece como concepto que nombra una realidad objetiva para aparecer como mero instrumento analítico de fenómenos sociales a los ojos del investigador interesado “En última instancia la etnicización es un proceso por el que ciertas colectividades son definidas y percibidas como foráneas (outsiders), es decir, como extranjeras en sus propios territorios” (Oommen en Giménez, 2009: 124), en cuyo caso no existen grupos étnicos, sino grupos históricamente etnicizados, y esto es muy claro para el caso del maya yucateco: “Es a partir de los estudios de Francisco Pimentel y Manuel Orozco y Berra sobre las lenguas indígenas de México, publicados en 1862 y 1864 respectivamente, que los lingüistas adoptaron el término *maya* para denominar una familia de lenguas relacionadas en el sur de Mesoamérica” (Mason en Voss, 2008: 59). Como lengua, el maya yucateco

“abarca todo el estado de Yucatán, el área septentrional del estado de Campeche, con los municipios de Calkiní, Hecelchakan, Tenabo y el norte del municipio de Hopelchén, y la parte central del estado de Quintana Roo, con los municipios de Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos y la parte meridional del municipio de Solidaridad (y de Tulum), extendiéndose de allí hacia el distrito Corozal en el norte de Belice” (Voss, 2008: 59).

Así, lo mismo que para los lingüistas, es también para los sujetos heterodesignados como étnicamente mayas, su atributo de ser mayas desde la autopercepción no tiene que ver con costumbres o cosmovisiones indígenas ancestrales así nombradas, sino con el simple hecho de manejar o no la lengua maya:

“doña Aurelia percibe que la diferencia entre la Zona Maya y otras regiones es la lengua y el trabajo o el vestido pero no tiene mucho más significado, es que le estoy preguntando que si hay alguna diferencia o se siente orgullosa al ser de la Zona Maya y pues dice que sí, y le dije las comparaciones con otros estados, y dice que no lo sabe porque no conoce los otros estados, entonces que no podría diferenciar, entonces ella piensa que es igual ser de este, de la Zona Maya o ser de otros estados” (EP Aurelia, Partera, febrero de 2012).

“[¿Usted es descendiente de los mayas? ¿O no se siente así?] pues hablar la maya, maya, maya no lo sé, pero yo creo que sí porque si no cómo hablo un poco, sí...ser maya significa... significa muchas cosas porque, muchas cosas que puedes entender, y muchas cosas que si no lo entiendes puedes preguntarlo, preguntarlo y sabes que lo puedes pronunciar y lo entiendes muy bien... sí de hecho hablo pero no la maya, maya, maya, la de antiguamente, la de antiguamente no... sí, sí se está perdiendo, se está perdiendo, igual hablando del lenguaje maya, no muchas personas lo hablan, porque lo primero que nada aunque sepan no quieren hablarlo, prefieren enseñarles a sus hijos de hablar español y no la maya, sí” (EP Modesta, Aprendiz de partera, febrero de 2012).

“Se podría proponer que una tendencia generalizada es que el reemplazo lingüístico esté acompañado por el renunciamiento étnico” (Miguel Ángel Bartolomé en Giménez, 2009: 136), y en estos casos se nota claramente la dificultad de conceptualizar la identificación étnica como tal por parte de los sujetos. También desde la esfera médica hegemónica se considera hasta cierto punto inútil y engorroso establecer una clasificación de los usuarios, de por sí “el Estado tiende a la mono identificación, sea porque reconoce una sola identidad legítima para sus ciudadanos de derecho pleno, sea porque tiende a aplicar etiquetas reductivas a las minorías y a los extranjeros que habitan en su territorio” (Giménez, 2009: 137).

Los tímidos esfuerzos que se han hecho para incluir una perspectiva intercultural en salud por parte de los servicios médicos burocráticos, no han generado grandes frutos al menos en el estado de Quintana Roo y en algunos casos es porque se carece de sentido tomar ciertas medidas consideradas bajo la percepción aún dominante de que lo intercultural se relaciona con lo indígena y nada más, como por ejemplo, el Sistema de Información de Cáncer en la Mujer (SICAM) implementó hace algunos años en su plataforma la categoría de indígena, la cual en el caso de la entidad se ha ignorado a partir de razones justificadas

“pues no sé de dónde haya salido eso pero yo pienso que pues, no sé a qué se refieran con indígena, o sea, necesitamos primero tener ubicado, o dar una definición de lo que

es indígena para poder clasificarlo, normalmente nosotros, en lo personal yo todo lo meto como normal, o sea, no, para mí no hay indígena, para mí todos somos iguales y van al mismo lugar, no hay problema, yo ahí en eso sí, todas somos iguales y llegue quien llegue se ingresa y no, o sea, no estoy clasificando porque también sería, a parte que sería más trabajo porque te digo necesitaríamos definir qué es, y para mí no, o sea no, todos van a la SICAM y todos se atienden por igual, porque han venido, porque así como vienen también maestras, vienen otros, aquí se atienden todos, no se les niega a nadie la atención, sea derechohabiente o no sea derechohabiente, entonces todos por igual y no, hasta ahorita no, así no, como que no, del SICAM no, esa clasificación pues no” (Dra. Lidia Analco, Salud Reproductiva Jurisdicción 3, febrero de 2012).

Lo que sí sucede como medida necesaria es que el 90% del personal operativo en el área de salud pública en la Zona Maya, hablan el idioma maya, así como los talleres informativos del programa IMSS-Oportunidades son impartidos en los casos necesarios en esta lengua, pero “...la mera existencia objetivamente observable de una determinada configuración cultural no genera automáticamente una identidad. Se requiere todavía de parte de los actores sociales la voluntad de distinguirse socialmente a través de una reelaboración subjetiva y selectiva de algunos de sus elementos” (Giménez, 2009: 136). En este caso, se instrumentaliza la lengua maya en función de la necesidad de comunicación con la población monolingüe que se reduce cada vez más, pero cuando el usuario es bilingüe, la lengua preferida es el español, y tanto el servidor público como el usuario dan la pauta para que así sea.

“...el procedimiento más decisivo para dar cuenta de esta diversidad es el recurso a una teoría de las identidades sociales que permite abordar a los grupos históricamente etnicizados no ya desde el exterior y con un afán clasificatorio, sino desde el punto de vista subjetivo de los propios grupos en cuestión. Por eso carece de sentido hablar de la identidad étnica en general. La identidad es siempre un problema concreto y un enigma que debe resolverse para cada grupo o colectividad en particular desde la perspectiva de sus miembros” (Giménez, 2009: 134).

Entonces, para presentar una propuesta en la que se incluya el paradigma de la interculturalidad en los servicios de salud, el eje de la identidad no debe ser considerada

desde la perspectiva de la etnicidad, es más, el eje de la identidad no debe ser considerado *a priori* sino que se debe estudiar cada caso particular, el contexto y los objetivos a perseguir pues el lugar propio de la identidad “es la relación social, es decir, la relación entre los grupos sociales...es una construcción social porque se realiza en el interior de marcos sociales que determinan la posición de los actores y, por lo mismo, orientan sus representaciones y acciones” (Giménez, 2009: 136), y dado que la realidad es dinámica, no queda más que construir un paradigma general de lo que se entiende por interculturalidad en salud, y a partir de ello hacer diagnósticos particulares que guíen las acciones concretas a realizar.

3.5 Representaciones sociales en torno al cáncer cérvico uterino

Para sintetizar la teoría de las identidades sociales propuesta por Gilberto Giménez y que enmarca los datos obtenidos en campo en relación a las representaciones sociales de los sujetos

“Hemos presentado aquí (...) una concepción relacional y situacional de la identidad, que está muy lejos de la intuición substancialista del sentido común. Se trata de una verdadera inversión de perspectivas inicialmente introducida por Fredrik Barth... Los grupos étnicos y sus fronteras (1976). Esta concepción puede ser resumida en las siguientes proposiciones:

- 1) Presenta la identidad como resultado de una construcción social que pertenece al orden de las representaciones sociales, y no como un dato objetivo.
- 2) Pero se trata de una construcción que se realiza no de manera arbitraria y subjetiva, sino dentro de marcos sociales constriñentes que determinan las posiciones de los agentes y orientan sus representaciones y opciones.
- 3) En cuanto “constructo”, la identidad se elabora dentro de un sistema de relaciones que oponen un grupo a otros grupos con los cuales está en contacto.
- 4) La identidad se construye y se reconstruye constantemente en el seno de los intercambios sociales; por eso el centro de análisis de los procesos identitarios es la relación social” (Giménez, 2009: 138).

Sirva aclarar estos supuestos básicos, para referir a continuación las representaciones sociales sobre la enfermedad del cáncer cérvico uterino expresadas por las parteras. En este

contexto se entiende que las mujeres entrevistadas son beneficiarias del programa IMSS-Oportunidades y participan de éste en su calidad de madres de familia, independientemente de otras identidades que asuman en otras situaciones. Además, en su calidad de parteras, tienen un mayor contacto con los servidores públicos de la salud tanto por los cursos de partería a los que asisten como por las situaciones particulares en que tienen que interactuar a causa de la atención de una mujer embarazada. También se entiende que su experiencia en la atención al cuerpo de la mujer embarazada y las “sobadas” o masajes que proporcionan también a los varones para el reacomodo de órganos desajustados, da origen a una serie de representaciones en torno al cuerpo humano que se socializan tanto en la red gremial como en los usuarios de sus servicios.

Ahora bien, el principal escenario relacional en el que se aborda el tema del cáncer cérvico uterino es en relación al programa IMSS-Oportunidades a través de las campañas de orientación y las jornadas informativas que se llevan a cabo de manera obligatoria y periódica. Los temas se abordan en torno a siete ejes:

1. Educación y cultura (fomento de la educación para adultos)
2. Salud (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer de próstata, de mama y cérvico uterino)
3. Vivienda y ecología (piso firme, fauna nociva [enfermedades zoonóticas], tratamiento y cuidado del agua)
4. Servicios públicos (prevención de desastres)
5. Deportes y recreación (Fomento deportivo, deporte femenino)
6. Derechos (cultura de la denuncia, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, derechos laborales)
7. Salud mental (familia, prevención de la violencia intrafamiliar, educación y disciplina para niñas y niños)

El universo simbólico que se expresa en las campañas de orientación y las jornadas informativas, en torno al cáncer cérvico uterino está 90% enfocado a las conductas preventivas, y menos en la etiología o en la historia natural de la enfermedad, sólo se menciona al virus del papiloma humano o VPH como su causante directo para

posteriormente reforzar la información sobre los factores de riesgo, síntomas de alarma y medidas preventivas. Esto se explica dada la cantidad de temas que se manejan, pues “es importante diseñar mensajes cortos que retomen los factores de riesgo y las medidas preventivas de las enfermedades crónico-degenerativas” (Primer catálogo V 2.0 PCT-19012011, 2011: 29). Se usa todo tipo de recursos didácticos para transmitir los siguientes mensajes:

Factores de riesgo:

1. Mujeres menores de 30 años que no se han realizado la citología o Papanicolaou
2. Mujeres que utilizan anticonceptivos orales¹⁶ (pastillas)
3. Mujeres con infección del virus del papiloma humano
4. Antecedentes de infección de transmisión sexual
5. Múltiples parejas sexuales
6. Inicio de relaciones sexuales a temprana edad (antes de los 18)
7. Deficiencia de ácido fólico
8. Fumar

“Es difícil detectar el cáncer cérvico uterino en sus primeras etapas de desarrollo. Sin embargo, conforme avanza se pueden observar los siguientes síntomas” (Primer catálogo V 2.0 PCT-19012011, 2011: 29):

1. Sangrado vaginal después del acto sexual, entre periodos de menstruación o después de la menopausia
2. Flujo vaginal, líquido con sangrado que pudiera ser excesivo y con olor desagradable
3. Dolor en el área de la pelvis o durante el acto sexual

“Medidas preventivas” (Primer catálogo V 2.0 PCT-19012011, 2011: 30):

1. Utiliza condón para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. El Virus del Papiloma Humano (VPH) está asociado con el cáncer cérvico uterino

¹⁶ Como se hace mención en el capítulo uno, este factor de riesgo no está enteramente consensuado en el área del metadiscurso biomédico.

2. Aplaza el comienzo de tu vida sexual
3. Evita el cigarro
4. Realiza revisiones periódicas con el ginecólogo (aunque estas pueden variar según su historial médico)

A raíz de esta información un tanto fragmentada y con importantes implicaciones culturales, en el universo simbólico-conceptual de las usuarias se van construyendo asociaciones relacionadas con contenidos mentales previos, dados por experiencias pasadas y presentes, y se va configurando una explicación coherente que le dé sentido en un marco lógico a la información recibida. Las parteras tienen una disposición mental diferencial al resto de las usuarias porque a la experiencia y conocimiento en torno a su propio cuerpo se suma el contacto con aspectos íntimos de otras mujeres en torno a la salud reproductiva y sexual, y a la vez son ellas una figura de autoridad para otras mujeres con las que comparte su “mundo de sentido”. En este contexto se entienden las narrativas conformadas a partir de las entrevistas a profundidad. Debido a que las entrevistas tratan diversas temáticas, se decidió elegir sólo lo correspondiente a las representaciones sobre el cuerpo, el cáncer, y la citología cervical, dejando a un lado por el momento temáticas como contexto socio-económico, vida cotidiana y familiar, aprendizaje y ejercicio de la partería y otras cuestiones de la medicina tradicional, dinámicas identitarias, experiencias de interacción con los prestadores de los servicios de salud, y algunas precisiones de léxico en maya yucateco. El orden presentado no es el mismo como se fue dando la entrevista, sino que se hizo primero un análisis y luego una síntesis con el fin de estructurar las narrativas en torno a las representaciones sobre el cáncer cérvico uterino.

3.5.1 Narrativas sobre cáncer cérvico uterino

Caso 1

Aurelia Cahuich Canul de 57 años de edad es sobadora y partera, hija de una reconocida partera y madre de una partera en formación. Es hablante monolingüe del maya yucateco y durante la entrevista Silvia Caamal fungió como intérprete, razón por la cual la narrativa está en tercera persona.

(*Sobre la matriz*) “Cuando uno es muchacha entre 15, 16, 17 años no puede hacer trabajo de partera, porque se tiene la costumbre, o bueno se sabe de que sí tu lo haces, lo que pasa es al estar recibiendo un bebé, lo que haces tú como no has tenido hijos, es que se te abre la matriz, ahora sí que saca una hemorragia (...) también muchas veces cuando uno tiene dolor más abajo, lo que hace es que se te baja lo que es la matriz, donde viene lo que es la menstruación, donde está el aparato del bebé se va, entonces dicen que si no te componen eso, te llega a dar así como escalofríos o calentura, porque no te lo componen, sino que todo tu bebé se cae y ya, entonces te lo tienen que volver a subir para que quedes bien (...) infección, dice que pues cuando está abajo su matriz lo que le pasa es que empiezas a pasar manchas blancas, o manchas amarillas, o similar que sea, entonces lo que se necesita es volver a subirla para que no te pase eso (...) dice que se da a veces por, porque te resbales, o por algo así, o porque tienes relaciones sexuales con una persona si tienes baja tu matriz te va a dar así como un ardor, *k'íinam*, *u yeeli'*, empieza a arder, te va a dar un ardor así un dolor, y a veces ese dolor no te deja dormir, entonces tienen que darte medicamento caliente para que quedes bien”.

“Es que dice ella que una vez se le bajó su matriz, entonces como ella vivía en un pueblo entonces no más su esposo lo hizo fue por la luz, y se lo ponía en lo que es abajo para que le genere calor, y no le de mucho dolor, porque dice que duele mucho, mucho, mucho, mucho entonces dice que cuando le entraba lo calentito abajo se dormía, y cuando le venían los dolores, otra vez su dolor, su dolor, su dolor, su dolor, entonces (...) dice que su esposo, pues la quiere mucho, o sea no la maltrata ni nada, pero pues a veces a uno le llegan las enfermedades, entonces esa vez vino su mamá, se la subió, y ya quedó bien, entonces ella dice que la matriz se te baja, entonces se nos atraviesa así, así como un huevo, se nos atraviesa en medio, entonces al momento de querer caminar nos lastima, entonces su mamá dice que viene, te abre las piernas y te toca, si ella siente que la matriz está baja, entonces lo que ella hace es darte un medicamento y sobarte y alzar lo que es la matriz y subirlo otra vez a su lugar. Entonces dice que su mamá es chingona, sabe detectar eso, solamente con tocarte tantito puede saber si tu matriz está baja, o tu matriz está en su lugar... dice que también para los hombres que llegan a tener problemas, empiezan a buscar así a su mamá, entonces lo que hacen es bajar el cuerito, entonces bajan el cuerito y les ponen un

medicamento en la parte de alrededor y lo vuelven a acomodar y ya con eso se les cura”.

“También ella dice que sabe preparar medicamentos para cuando alguien tiene esos síntomas, o le arde o algo así, les prepara medicamentos, o para las manchas les da el medicamento y ya con eso ya se les quita (...) dice que a parte del que tomas, a parte para que te laves, ese tiene que ser a medida que te medio queme la mano, así calentito, entonces vas sintiendo cómo te va entrando el calor cuando lo vas haciendo (...) dice que hay hierbas que son de aquí, hay hierbas que están en el monte y hay hierbas que compras, pero no, no sabe cómo se llama pero si los ve los puede reconocer (...) dice que cuando tienes baja tu matriz no puedes tener relaciones sexuales porque te duele, pues el hombre no siente nada pero puede ser que él hasta sufra el dolor porque te arde”.

(Sobre el cáncer) “dice ella pues, pues que no sabe pero cuando escucha la palabra cáncer que piensa en algo que, que es una enfermedad que muere rápido uno, pero y tampoco sabe cuál es la cura... dice que ya era una señora grande cuando empezó a escuchar la palabra cáncer, que antes no, los abuelos no hablaban sobre esa enfermedad (...) que no sabe sobre el tema del cáncer, dice que el único cáncer que ha escuchado es sobre los senos, que tiene una señora que conoce que le mandaron a cortar sus senos y murió la señora, dice que no, no conoce (...) no, no ha escuchado del cáncer (...) pues dice que ella, que no sabe el medicamento entonces lo que le diría (a su paciente) "anda al doctor porque yo no puedo curarte”.

(Del Papanicolaou) “dice que es que tienes que ir al hospital para que te chequen, si tienes alguna enfermedad o no, y dentro de un mes vas por los resultados (...) dice que para que tú vayas a hacerte el Papanicolaou te tiene que doler una tripa, entonces ella hace como un año que no ha ido, y le digo y por qué no ha ido, porque dice que no le ha dolido, entonces porque cuando tú vayas necesitas tener un dolor para que te digan que tienes alguna enfermedad, pero normalmente se lo va a hacer cada seis meses (...) dice que ella cuando fue por primera vez ya tenía tres hijos, su hija ahorita ya tiene 30 años, entonces ella solamente vivía en el monte antes, entonces ella fue porque le dolía, entonces la trataron bien, le pusieron una pantalla y le agarraron la prueba, se la pusieron y ya dentro de un mes

fue por el resultado, y estaba bien (...) es que le hicieron un legrado, y entonces ya le hacen el legrado le pasaba una mancha, entonces, como le pasaba la mancha, pues le dolía, entonces por eso ella fue a hacerse el Papanicolaou, pero le dijeron que era normal, le dieron un tratamiento y quedó bien”.

Caso 2

Modesta Cohuo Cahuich de 36 años de edad vive en Felipe Carrillo Puerto desde hace 20 años, es hija de doña Aurelia Cahuich, es sobadora y está aprendiendo el oficio de partera, no de parte de su mamá, sino de su abuela, quien a veces le habla para que vaya a ayudarla en la atención de un parto.

(Comunicación generacional en relación a la sexualidad) “Si, siempre me hablaban cuando yo era muchacha, siempre nos decían este que, del tema de la sexualidad que, uno se podía embarazar que este, cómo atender a los hijos, cómo cuidarse de cuando uno tiene novio. Esa vez me dijo que si tienes novio nunca dejes que aunque te diga vamos a alguna parte ¿no? para que te lleve es para que tengas algo que ver con él de las relaciones sexuales, mejor decirle "no" y ya, eso, ¿más cosas? no me acuerdo ¿de esas cosas ya ni me acuerdo! (...) al que le hablo de temas sexuales es al más grande le hablo entre el estudio y la sexualidad, ¿por qué? porque si él está estudiando, puede tener amigas, novias, todo eso, pero tampoco puede comprometerse a que embarace a alguna muchacha, él tendría que enfrentar las consecuencias, como estudiante a él, le digo que al él no le conviene, es mejor terminar la carrera y luego con gusto, se case. (...) Ha cambiado en que, anteriormente cuando ven que llevas a un muchacho y por eso te pegan, te pegan, dicen que porqué tienes que llevarlo, que es tu esposo. ¡ay ya sabes!, que qué nos iba a dar, como son los antepasados, la mujer no, no es la que, la que este ¿como te puedo decir? no tenemos más libertad, en cambio ahora no, a veces veo en la calle, a muchachitas andando con su novio y todo eso (...) lo peor que le podría pasar (a una niña o adolescente) es cuando a veces si van en la escuela, y alguien que las viole, y ya es una trauma psicológica que se le está pasando a la muchacha, o a la niña, y de hecho eso no solamente a las niñas, hasta un adulto, porque a veces, no te la esperas, y llega alguien te lastima, te viola, te queda psicológicamente (...) aquí, no muchos, pero sí he escuchado que sucede”.

(Sobre la matriz) “cuando a veces la matriz está muy abajo, habría que sobarle la panza para subírselo de nuevo”.

(Sobre el cáncer) “cuando escucho la palabra cáncer, bueno para mí que es una enfermedad que si nosotros nos ponemos en las manos de los médicos puede ser que cure no sé, por qué, porque ahora hay muchos químicos que igual nos pueden salvar, tanto el cáncer en la matriz como el cáncer de mama si lo detectamos a tiempo (...) Displasia es cuando se te quita un poco de, como se le podría decir, para ver si este, o qué es lo que tiene tu matriz, o es algún tumor, tiene alguien miomas ¿no? creo que para eso sirve, no, no sé muy bien (...) en la clínica, cada vez que tenemos reunión de las personas que tienen Oportunidades, cada vez que vamos ahí a veces tocamos el tema de cáncer de mama, de cáncer de la matriz, te muestran como comienza, que tan maligno es, son unos vídeos que nos enseñan”.

(Causas del CaCu) “puede ser algún golpe que uno tenga, como cuando alguien está embarazada, en que el bebé patea o algo y te llega a lastimar, puede ser que eso no llegue a sanar, y se convierta en cáncer. O es otra persona que lo contagia por medio del sexo (...) se previene siempre con condón, o no tener relaciones sexuales (...) es por virus creo (...) no podría mencionarte por que (ademán de "no sé")”.

(Prevención ¿Cómo se detecta?) “mmm, no me acuerdo no sabría decirte, ya lo habíamos visto ese tema pero como si me entrara aquí (risas) (...) por medio de los médicos será, porque sólo así no sé cómo se detectaría (...) no sé, no sabemos la curación de esa enfermedad (...) pues, lo único que haría es llevarla (a sus pacientes) al médico para que le den un tratamiento (...) la verdad sí, la verdad sí, me gustaría hablarle igual para que ellas se cuiden, vayan con un médico y se chequen cada vez que ellas puedan, para que no se enfermen, porque la salud es muy valiosa, valiosa para ellas”.

(del Papanicolaou) “el Papanicolaou es cuando vas que te chequen la matriz creo que con una cosita, como cepillito, te quitan un poco de, ¡ay no sé cómo se llama! esa cosa que le quitan a la mujer, y luego lo llevan al laboratorio y te dicen si tienes este, si tienes, cómo

decir, miomas, o maligno o benigno (...) pues, la primera vez yo no sabía qué era, no sabía qué era, nunca lo había escuchado, pues te quitan un poco de las células y luego lo mandan a un laboratorio, luego en dos meses te dicen, qué día vas a regresar, a ver resultado, cómo sale el resultado (...) antes, antes de que tenga Oportunidades (...) pues porque fue cuando tuve a mi primer hijo, porque yo no sabía de nada, yo era muchacha no sabía de cuerpos, cuando tuve mi primer hijo fue cuando fui (...) pues no sabría decirle (a qué edad debe ir su hija), de todos modos pues le platicaría y ya”.

Caso 3

Elsa González Ayala de 52 años, es partera y sobadora en Chunhuhub

(Comunicación generacional en relación a la sexualidad) “ahora se los explica en la escuela, ahora ya no se los digo pero ella viene "mami ¿sabes qué? hay quienes nos dieron condón en la escuela" y así, así me explicó así, así el maestro (...) digo así pues ya está bien, así ya lo saben también pues se lo están explicando con los maestros "si ustedes algún día llegan a hacer algo, lo saben" les digo a ellas”.

(sobre anticoncepción) “yo se los explico así de eso a las que terminan de aliviarse así, yo se los empiezo a explicar que se cuiden, porque muchas dicen yo no quiero usar así anticonceptivos, quiero cuidarme sólo así, entonces yo les digo cómo deben de cuidarse, cuando pasa por ejemplo, hoy te quedas limpia, tu no vas a tener relación con tu esposo, espera quince días porque ya es para bajar su regla, ya se va a bajar otra vez así le digo, así no te embarazas le digo, pero si ustedes se quieren cuidar sólo así (...) ajá para que no se embaracen, también si quieren tener relaciones pero el semen no lo va a dejar el hombre adentro, si no que "tú tienes que ponerte de acuerdo con él" le digo, y él cuando sienta que ya está así para salir él lo saca atrás le digo, así se pueden cuidar también ustedes, le digo, "porque con condón mi esposo no le gusta" y yo se los empiezo a explicar cómo se debe, porque allá nos explican también, pero este pues hay unos que hacen así, pero hay unos también hasta con sus pastillas, como mi vecina acá, está usando pastillas y se embarazó, vino aquí para que yo la sobe le digo "estás embarazada", "no" dice "yo estoy planificando" pero "no sé, tú de por sí estás embarazada" le digo "¿y cómo?" y fue a decir allá en el

centro como de allá agarra las pastillas, "no" dicen, "tu no puedes embarazarte porque estás planificando, tienes tu pastilla, diario de diario, te la traigo" dicen los señores, no puede ser dice, entonces la señora siguió así con su pastilla, aunque ya le dije así, un día entonces hemorragia le dio, entonces cuando la llevaron pues le dijeron "sí, tienes 4 meses, es un aborto" y dice "ay porque no creí lo que me dijo doña Elsa, yo confié más a los médicos, que a ella, pues digo, no es verdad que me dice, solo, no, no estoy, sólo falló doña Elsa" pero dice que lo abortó, se arrepintió y se lo fue a decir a las enfermeras, que sí abortó así (...) para el acomodo de la matriz sí, pues ahí vino aquí y se la subí otra vez, le di su masaje así, se la subí, le hice hasta la amarrada, pues todo quedó bien otra vez, hace tiempo se embarazó otra vez y ya tuvo a su hijo, 48 años en que tuvo el último entonces, cuando estaba planificando también se quedó otra vez así, y esta vez cuando se lo dije entonces dejó su pastilla y si lo logró y es una niña, ya nació (...) no le sirvió de nada, es lo que está diciendo "con todo y mi pastilla me quedé así" "es que con Dios no puede uno" le digo".

(Sobre el cáncer) "¿está triste eso! (...) cáncer de mama (...) en la matriz también, eso nos da también (...) el cáncer empieza con flujo algo así ¿no? lo que es sacar sangre, y todo (...) sí porque su hermanita de mi nuera, de así se murió ella, cuando vino así como, hace como dos años cuando vino así sólo con agua para pasando, hay que le dije, pero como ella es hermana, dice "no doña Elsa" me dice "Dios me va a curar" dice "los médicos no curan, sino que Dios cura más y es más efectivo" me dice "cura más efectivo porque es Dios" me dice, así me dijo, pero no es así "tú debes de ir con médico también" le digo "porque Dios no se baja y te cura sino que tú tienes que ir con médico para que te curen" le digo "no" dice "Dios me lo cura" y se fue, como dos años regresó, la estaba yo sobando otra vez cuando se levanta sangre otra vez, estaba manchada con sangre, le dije, "hace como dos años sólo flujo, agua se estaba pasando, ahorita mira es sangre ¿no fuiste al doctor?" "no, no fui", y no se alivió, hace como menos de un año ahorita que se murió (...) sí, sí (le daba medicina herbal) pero ya estaba avanzado, ya para eso no, no puede hacer nada, ahorita todavía ni los médicos pudieron (...) para el flujo, si *hach* empezando así, si uno tiene flujo así, si lo toma eso se queda bien (...) tomado, orinado lo va hacer uno, corta las infecciones que tiene, orinado, muchas he curado así con esas hierbas así también (...) ahí está, ese es el maguey, ese es el maguey morado, con tres hojas de aguacate y tres hojas de zapote, con

eso lo sancochas, puro eso durante dos meses, puro eso vas a tomar, con eso orinado vas a hacer.

(A la hermanita de su nuera) sí le dolía, sí, si hasta aquí cuando venía "¡doña Elsa, ven a verme!" aquí con mi nuera acá a lado, ya la pasamos, y ya se acostaba la pobrecita, y me gritaba "¡doña Elsa, ven a verme!" dice, la voy a ver "¡me duele mucho, acá, acá y mis pies!" me dice, pues así se murió, la llevaron (...) ja, "tu k'íinan" decía "tu k'íinam in nak'e, tu k'íinam co'on a wileh"¹⁷ me decía, y voy así, pero ¿qué más ahí le hago? ya estaba avanzado esa enfermedad, según ellos es que ellos dicen "Dios me va a curar" es que ellos tienen que, así también, pero se confían mucho.

(...) sí hablaban (los antiguos) nuestra mamá sí nos hablaba de cáncer, hay veces así, cómo debemos de cuidarnos. "Cuando siente un poco de dolor, va a que le suba la matriz, porque se pega la matriz" dice "hay veces haya se forma también la enfermedad, porque tarda está pegado allá" dice, ella así nos decía de antes también pues, así conocen aquí, aquí en Quintana Roo, cuando siente una señora que le duele acá, viene acá y yo lo sobo y se lo subo también, ¡ay rico! hasta lo sienten así como le sube eso (...) sí, hay veces cuando vienen así (sus pacientes) me dicen "doña Elsa ¿no será que cáncer tengo? me duele mucho acá" pero les digo "¡ah! no pienses eso, ¿pasas flujo?" primero le digo "no" dice "yo flujo nada", "no, sólo tu matriz está abajo" y lo subo también y deja también de doler así, ah, pero hay unos que llegan así medio desesperados así también, pero dice "ya hicieron mi Papanicolaou, no sale nada" "no porque es sólo tu matriz que está abajo" le digo".

(*Causas de CaCu*) "pues este yo digo, en que andaba, como ella (su pariente) de muchacha andaba con muchos hombres de antes, por eso yo se los digo "hijas, eso de andar pues con hombres y hombres y hombres, hay veces te lastiman" lastiman a uno y allá se empieza a formar entonces el cáncer, porque cáncer no creo que venga sólo, hay veces también si una es mayor de edad, por sus hijos de uno también, hay veces sí da el cáncer también, pero mayormente le digo "en que anda uno en veces así, hay hombres que son puercos, no creas que te cuida como su marido de uno" le digo, por eso porque esa muchacha andaba sólo así, como dos chamacos con su esposo de aquí, luego se fue en Cancún, se juntó con otro, así (...) porque hay veces, cuando llega a tener relaciones uno así con los hombres, no es como

¹⁷ "Duele... duele mi panza, duele, ven a verme"

si fuera su esposo de uno, no, porque hay hombres no sabes, que tal si están borrachos, si está, como sea, creo pues te lastiman así, yo digo que es por eso también que pasa a uno también eso. (...) es de por sí, si es Dios o así lo tiene algo, pues así se va a morir uno también pues así, pero muchos dicen así en que anda uno así, bueno según, mi difunta mamá los antiguos así dicen, "ella debe de cuidarse, su marido de uno es su marido de uno, es lo que te tiene mandado Dios, si tu llegas es como que agarres un zapato así una chancla que no es tu medida lo pones te tiene que ampollar tu pie", mi difunta mamá así nos decía, "igual eso, si tu marido tienes, vas con otro hombre hay veces por eso se lastima uno por dentro, porque no es tuyo no es lo que te tiene mandado Dios" mi difunta mamá así nos decía de antes, "es como que pongas un zapato que no es tuyo, de por sí te tiene que lastimar porque no te queda, hay veces está muy apretado, hay veces está grande, se lastima, pero Dios que te tiene mandado es ese, ese de por sí con ese se debe de conformar uno" pues mi difunta mi mamá así nos decía, pues gracias a Dios pues todos mis hermanos también, yo no he escuchado con que así anda, porque mi difunta mamá así nos platicaba de antes, que no debe hacer cosas uno, luego hay veces nos pone así, empezamos a platicar con ella de eso así, de cáncer, y hay veces en que uno anda sólo así, porque uno, Dios tiene su, de por sí es su compañero de uno, es su medida, de por sí Dios de por sí sabe, si tu llegas a andar te pueden lastimar, por eso el cáncer, yo digo que, pues no sé, mi difunta mamá así lo decía”.

(Prevención) “Deben cuidarse (...) pues así no tener *hach* relaciones diario si no también, cuando terminan también de aliviarse como la señora, pues deben de sancocharle algo para que se laven para la infección también, ajá porque hay unas con tres regadillas ya estuvo así, en cambio yo no, les sancocho este guayaba, hoja de guayaba, hoja de granada, de robles, todo eso lo sancocho, lo lavo bien bien así entonces lo sancocho, y eso entonces lo empiezo a lavar con jabón así (...) después del parto, antes del parto yo les digo que se bañen bien, porque ahorita el bebé necesita venir donde hay algo así limpio, le digo "lávate bien hasta por dentro" le digo "porque el bebé ya está viniendo" le digo, se bañan bien así, cuando se alivia entonces vuelvo a lavar con eso, con todo que le estoy diciendo cuando terminen de aliviarse”.

(del Papanicolaou) “¡ah! da vergüenza, da así como pena, pero ni modos tiene que ir uno también, es su bien de uno de por sí, en cambio acá de enfrente también allá, no van, ellos no van, aunque tienen oportunidades cuando se los dicen así no van... pues ellos según como son hermanos "no, sólo confiamos en Dios", el primero que hablaba de ellos así, que confía en Dios, yo sí confío en Dios también pero necesito que me vean también, que tal si tengo infección y yo no lo sé, ajá, mejor así, pues si sale que tengo infección pues me pasan con médico, consulto, me dan así medicamentos, yo digo. No, ellos no van. Hay quien pena le da "no, vas en Morelos o en Carrillo" le digo "así no te va a ver otra vez" le digo, pero, mayormente sí va uno ahora, acá por Oportunidades así, si no vas te ponen falta, no te paga un mes (risas) (...) casi no, de antes no hacían eso, pero en que por oportunidades así, pues tienen que ir de por sí, a la fuerza tienen que ir porque saben si no van no les pagan mes, también si no llevan sus hijos para que los pesen para que los mida así, ya no les pagan también un mes, lo reportan las enfermeras y ya estuvo así, no les pagan. Por eso ahora pus muchos ya llevan sus hijos, de antes por eso había niños desnutridos, pues ahorita no tanto porque les dan su alimento de leche, cosas les dan en el centro así, ja, pero de antes pues no había nada, sólo creces tus hijos, ya estuvo, pero ahora no, les dan vitamina, a las mujeres les dan ácido fólico, de antes no daban esas cosas así, barato, "sólo tienes que comer bien" te dicen”.

Caso 4

Doña Bernardina Góngora Tuz de 55 años de edad es sobadora, partera, médico tradicional y *x-men*, en el Centro Regional de Medicina Tradicional “Much' meyajtik maaya tsaj”

(Comunicación generacional en relación a la sexualidad) “bueno, antiguamente los padres no hablaban de temas sexuales, ¿porqué? porque ellos tenían el temor, tenían lo que es una, bueno lo que es la sexualidad lo guardaban ellos como algo íntimo en el cuerpo, no decían, porque ellos al tener relaciones, no lo decían, se tenían que guardar, tenían que esperar la madrugada para que hagan el acto sexual, ¿por qué? porque nosotros, yo como mujer, y como que nunca vi a mi mamá acostada con mi papá, nunca desde el uso de razón, hasta de bañarse tenían que bañarse ya cuando nosotros terminábamos de bañar. Ahora no, ahora los hijos que van a la escuela, les hablan de sexo, les hablan de todo, pero mayormente también

ahí hay mucho problema, porque cuando ahora les dan condones, les dan pastillas, les dan cómo se debe de usar, cómo se deben controlar, y mayormente ellos tienen esa curiosidad de conocer el sexo, de hacer el sexo, y cuando ellos de temprana edad cuando hacen el sexo, ahí viene enfermedades. Ahí vienen bacterias, porque el cuerpo todavía no está adaptado para tener una relación (...) yo sí le hablo a mis hijas de esos temas, principalmente cuando tienen pechos grandes, tienen pechos grandes, les hablo como a veces, como con mi hija que da pecho una que tengo, y la otra es soltera, cuando uno da pecho sabes que la leche se va formando, pero cuando a veces se le inflama mucho y llega a tener un golpe también puede tener consecuencias, por eso cuando uno se vaya a bañar tiene que alzar la mano pa arriba, y hacerse la valoración en el seno, si detectas algo aquí anormal que digamos como una bolita, consúltalo al médico, no es vergüenza que un médico que te valore, pero uno tiene que acudir de veras, entonces de esa manera uno mismo puedes valorar los senos, porque cuando haces esto, puedes valorar todo. Eso nosotros platicamos mucho con las jovencitas, con personas adultas”.

(enfermedades en la matriz) “cuando hay un aborto accidental si acuden, nosotros como parteras, tenemos que sobarlos, verle la matriz, acomodar la matriz, acomodar la matriz y apretarla, para que pueda el cuerpo no sangrar mucho cuando se cae su primer periodo, porque cuando uno aborta al mes ya está volviendo a menstruar, pero hay que acomodar la cadera para que no venga una hemorragia, no tenga complicaciones, simplemente hay que valorar, hay que diagnosticar qué es lo que podemos hacer a esa paciente (...) cuando necesitan método anticonceptivo, por eso nosotros trabajamos conjuntamente con el médico del centro, es orientarla a que vaya y que platique, pero hay que tener una plática con su pareja para tomar de acuerdo a qué método pueden usar. Eso es una manera de dialogar con la pareja. (...) (En la matriz) te puede dar una infección porque si tiene uno pantalón, usas algo así, y de repente te bañas con agua fría, está caliente esto y imagínate que puede uno tener hasta, ahí vienen las dichas bacterias de miomas, hay vienen las dichas miomas, ahí viene todo eso, ahora el papiloma humano, eso viene de contagioso, viene de la transmisión sexual, que tiene una persona que tiene este problema, se lo transmite a una mujer cuando la mujer no tiene defensa en el cuerpo, porque también como el tal, lo que es el SIDA, el SIDA hay personas que es transmisor del SIDA, del virus del SIDA y no se lo

desarrolla, pero él transmite, transmite y transmite, y la persona que está muy baja de, de que digamos, baja de defensas en el cuerpo, se le presenta un año, o menos del año ya tiene ese virus (...) Una niña chiquita cuando se le baja la menstruación, le puede venir provocaciones irregularidades, porque todavía ese cuerpo no ha desarrollado lo suficiente y cuando se le baja la menstruación puede que lo vuelva a ver al año, puede volver a verlo a los seis meses, y puede también hemorragia ahora en las niñas, porque desarrollan rápidamente (...) La jovencita puede tener más problemas de que tenga este, tenga lo que es bacterial, tenga bacterias, porque a veces de nacimiento, por eso ahora cuando nace un bebé se le checa lo que es su tamiz, para dialogar con el tiempo esa niña cómo va a desarrollar, por qué que tal que la desarrolla pero la bacteria la lleva desde nacimiento, llevan ese virus en el cuerpo, y cuando ya llegan de nueve a diez años, desarrolla el cuerpo, así de rapidito empieza a reglar y todavía no ha madurado lo que es la matriz, lo que es el ovario, y eso hay que tener mucha precaución para que esos padres acudan a un ginecólogo, con el ginecólogo para ver en qué consiste, porque puede ser también que está muy baja su defensa en el cuerpo, puede ser también que tenga virus también de leucemia. Sí porque está muy baja, está muy débil y provoca que se le baje eso (...) Y a una mujer madura también, mayormente cuando empieza a sangrar demasiado es que porque esa mujer puede tener complicaciones en la matriz, puede también que esté desarrollando un quiste, o puede ser que está desarrollando una mioma, mayormente la mioma es lo que está provocando a nivel internacional nivel, lo que es el ser humano, la dichosa mioma (...) pero esa mioma viene a consecuencia de infecciones que llega a tener la mujer, que nunca toma en cuenta las cosas, y cuando uno se embaraza y tiene una infección, y como tiene calor la matriz, se va estirando más la piel, y cuando ya nace el bebé se vuelve a encoger pero deja esa pequeña verruga, al dejar esa verruga ahí vienen las consecuencias, cuando tiene marido, hacen sexo, y se va topando en esto, topando en esto, y se va ampollando, cuando se ampolla, cuando baja la menstruación no cierra, sino que tres días que se quita vuelve a bajarse, tres días que se quita vuelve a bajarse porque es una infección vaginal (...) Del mioma, pues yo, bueno desde hace mucho tiempo que escuchamos que uno debe tener una relación no más cada ocho días, no tener relación a diario porque la matriz se lastima, se inflama, entonces uno se debía de cuidar por eso como dicen mis abuelos, mi mamá, dicen que no es bueno tener tanta relación porque se lastima lo que es el cuello de la matriz, y

según la forma en que vaya haciendo uno el sexo, porque hay muchas maneras que uno, bueno, gustan la tele, gustan la compu formas eróticas que digamos, ahora yo digo mira hasta aprendí a hablar de eróticos (risas) entonces de esa manera hacen de varias posiciones, de lo que gustan, de lo que, y ellos tienen esa fantasía, pero esa fantasía no sirve porque se lastiman ambos, porque ahora dese cuenta que ahora, ahora qué pasa con los niños, qué pasa con las niñas, que los adultos prefieren violar a una niña, prefieren tener sexo, hacerle sexo a un niño y no a una niña, ¿por qué pasa esas cosas?, porque la mente de uno ya está muy ido más para allá, que lastiman al ser humano, que lastiman una inocencia, y esa inocencia cuando nace que lo lastimen cómo quedaría, ya se pierde completamente, y ahora no, entonces en eso por eso yo platico mucho con las señoras, les digo yo tuve catorce hijos, yo me apunto cada año que me hagan mi Papanicolaou, mi bioscopía, eso, bueno, yo conozco mi cuerpo, cada ser humano conoce su cuerpo, cuando veas algo anormal en tu cuerpo ¡aguas! ve y cuenta qué es lo que pasa. Si tienes un flujo ve si es amarillo, ve si es blanco, ve si tiene mal olor, previénete de una vez, acude al médico para que vea qué es lo que tienes porque puede ser que también tengas una infección del marido que sale y se va a trabajar, no sabes con qué mujer se acostó, y también puede tener una virus de gonorrea, una virus de diferentes enfermedades (...) sí, acá se da mucho, y lo que pasa que los hombres, acá el hombre como es macho, como dicen macho mexicano, cuando se va a trabajar el machito ¿no? cuando cobra su primer dinero va a gozar de su sexo ¿no? pero pobrecito de la persona que lo hace porque no se previene no se cuida, y si no pone condón a quién va a perjudicar, a su familia, y a ella también que puede también tener una virus y que también él sea transmisor de una SIDA”.

(Prevención) “pues primeramente los servicios que estamos haciendo, que cuando menos cada mes que tomen sus duchas vaginales, que tomen sus duchas vaginales, que haya una limpieza general en el cuerpo para que no haya esas bacterias, y también cuando vaya a tener relación con su marido que se bañe el marido, que se bañe la mujer para que haya una relación limpia, porque a veces si viene del campo, viene sudoroso viene todo, y al agarrar esto para orinar también vienen bacterias, y la mujer también si uno se limpia de esta manera llega a tener bacterias vaginal, uno siempre se tiene que limpiar para atrás, yo así aconsejo a mis pacientes (...) fue parte de lo que mi mamá, de mi experiencia de mujer,

porque yo de mujer de lo que es que no debo tener relaciones diario lo fui teniendo yo, fui teniendo que debo de cuidarme, debo de tener, empecé a impartir lo que es mi sabiduría, lo que es a mis pacientes, por eso me tienen tanta confianza que me hablan, ven a mi domicilio ven por acá, ven por allá, y así acudo”.

(sobre el cáncer) “(...) pero ahora gracias a dios que esa timidez ya se está yendo, porque hay muchas muertes, hay muchas muertes, sobre las personas que les da pena acudir a un médico, se mueren con cáncer, se mueren con papiloma, porque hay muchas enfermedades que vienen de transmisión sexual, entonces la base de eso, pues comienza con bacteria, y de esa bacteria va cavando otro tramo de la piel que es muy sensible, se acomoda un cáncer, una papiloma, algo ya, o herpes o lo que sea, entonces ahora se trata de prevenir, orientar, es lo que nosotros hacemos en esta comunidad, yo siguiendo a una muchacha que tiene una hemorragia o que tiene digamos que la menstruación se le baja antes de los 21 días antes de los 28 días, aguas, ahí tengo que orientar a la muchacha que se haga su prueba de Papanicolaou, que se haga una bioscopía, algo así de la matriz para ver en qué, qué es lo que pasa con ella, o pueda ser que está trabajando rápidamente su organismo, hay que ver la manera de controlar para evitar, porque ahora no sólo las personas casadas llegan a tener cáncer, hasta la juventud ahora a veces sufren de caídas, y se magulla lo que es la matriz, y de ahí vienen las infecciones (...) en esa época (la de sus padres) sí se hablaba del cáncer, de la úlcera, de todo, pero más sin embargo nadie iba al médico, simplemente, no, vamos a buscar esto, cuando había un tumor, un quiste, era medicina que se buscaba que se ponía como cataplasma en el vientre o se daba pa tomar y se eliminaba, pero en esa época también no había refrescos, no había tanta coca que te contenga tanto gas, mayormente uno se alimentaba con lo más natural, tomaba atole de camote, atole de yuca, tomaba lo que es atole de maíz molido, pero ahora qué, las cosas que se usan ya tienen mucha química, tanto la carne, tanto todo es mucha química, y de antes no. Sí, sí había cáncer, desde hace muchos años había cáncer, pero no había tanta mortandad como ahora. (...) cuando viene la palabra cáncer en la mente de uno, es una preocupación muy fuerte porque sabes si estás viendo a cierta compañera, de repente escuchas que tiene cáncer, te da mucha pena, mucha lástima, dirás ¿por qué no vio por su cuerpo? ¿por qué no apoyó a su cita? ¿por qué no fue para que le hagan su Papanicolaou? no debía pasar esto, pobrecita, se va a caer su cabello lo

principalmente que piensas, no, de sus terapias se le va a caer el cabello, le va a pasar esto, es lo principalmente que le preocupa a uno (...) el cáncer es como la muerte, la cáncer es un fantasma, que no tiene cuerpo, pero tiene una gran fuerza que destruye al ser humano, es un enemigo muy fuerte, peor que el diablo, porque el diablo cuando causa algo avisa, pasó un accidente, pero el cáncer es silencioso, el cáncer cuando ya, ataca de golpe, por eso ahora mucho ojo, mucho ojo a la mujer, que se de cuenta que se valore lo que es su cuerpo, porque pobres las que padecen cáncer, saben de antemano que están desahuciadas, cualquier momento puede tener una hemorragia, cualquier momento puede venir una sorpresa en la vida de ellas. (...) pues efectos que tiene, según supuestamente que las mujeres que lo han tenido supuestamente que les viene ligeros dolores en el tronco del vientre y es cuando se les debe mandar a un hospital, con un ginecólogo para que vean qué, por qué le está pasando (...) pues se previene según dicen que los raspan, les queman el, lo que es la matriz o se lo congelan, al congelamiento pues viene de que se evitan las bacterias, pues yo sé que es así, porque nunca me lo han hecho, nunca he visto así pero cuando menos la videncia que tengo es lo que me hace ver las cosas, y cuando pasan los diagnósticos me dicen "ah todo lo que dijiste es verdad ¿eres médico?" "no, soy médico tradicional pero tengo la experiencia, más de un médico que es científico" sí. (...) ... se detecta porque cuando cae la primera menstruación siempre viene cayendo hasta en 28 días, pero si antes de los 28 días te baja otra vez, tarda ocho / nueve días la menstruación es que no es algo normal, algo, alguna bacteria hay en eso, así se detecta eso, se comienza a detectar de los periodos que vienen bajando, viene abundante, o se les tranca que no se les baja (...) como se cura es acudir al médico, nosotros podemos darle medicina pero el doctor no, es cortar un pedazo, estudiar, y ver qué se puede hacer, antes que avance (...) nosotros usamos la hierba de *booxtekak'*, la hierba de anticancerosa, y usamos la hierba de lo que es el maguey morado, o árnica (...) duchas vaginales, duchas vaginales y se puede tomar también de ello, eso es efectivo también para cuando apenas está comenzando, apenas se está desarrollando, se muere desde la raíz, ya, ya queda bien uno, cuando apenas se está comenzando pero si no, no (...) el cáncer se puede curar pero se tiene que detectar a tiempo, porque si el cáncer es silencioso no da dolor, sino que viene como un ladrón, cuando se ocupa ya, ya minó todo el cuerpo, ahora por eso, ahora, las recomendaciones que nosotros que hacemos es que se hagan su prueba del Papanicolaou, es que se hagan la mastografía,

punto, eso, para detectar cualquier tumor que tenga en el cuerpo. (...) Sí, la displasia es, pues es una este, que digamos de que le hacen a la mujer le van quemando la matriz, le van quemando la matriz a base de eso, después, si no cede le quitan la matriz completo, y eso pobre una mujer cuando pierda todo su organismo de lo que es, porque allí viene todo, eliminando lo que pasa en ese cuerpo y en el útero, en todo, ahí eliminan las toxinas, ahí eliminan todo, y cuando una persona se le quita cómo queda, queda como digamos un árbol sin tronco, sin raíz, sin nada, qué va a sentir, puede tener relación pero no es la misma sensación que estén completos sus órganos (...) hay una compañera en el pueblo que gracias a lo que le hicieron se salvó su vida, lleva ocho años ahorita que le quitaron la matriz y es una mujer tranquila (...) dice ella que no (le dolió), que no porque la adormecieron, pero sí da gracias ella a Dios y a nosotros que la aconsejamos porque si no cada quince días estaba menstruando, cada quince días estaba con mancha y mancha, pero desde que le quitaron eso ya se quedó bien... de antes le dolía constante, cada que le bajaba la menstruación duele, duele, pero ahora no, ya tiene ahorita como ocho años que se lo hicieron y está bien de salud todo, sí (...) como dolor de parto, le venían dolores así como dolor de parto pero no, ya de eso, ya, tranquilo”.

(*Causas del CaCu*) “el cáncer cerviuterino a consecuencia de embarazos grandes, a causa de embarazos grandes porque la matriz no, no está apto para sostener un producto fuerte y también a causa también de que haya tenido infección, y también pasa eso (...) ajá sí, porque cuando se ladea el ovario o se ladea esto (*u na' u nak'* que es cualquier parte del aparato reproductor femenino) es que ya la mujer no puede dar hijos, la mujer puede tener infecciones (...) las miomas también, las miomas consisten en bacterias, simplemente en bacterias consiste todo eso, por no valorar lo que es su cuerpo (...) eso viene de que la mujer no se aprende a cuidar, que hace el sexo a temprana edad, y experiencias muy fuertes que digamos, y en eso vienen todas las consecuencias (...) no, cuando es un mal de otra persona, es otra cosa que le puede pasar, como que se le baja su autoestima, o le de como tipo epilepsia, esos sí son males, hay maldades pero desde que sea del cuerpo o de eso, no son maldades, sino que no se previno (...) no, eso no viene contaminación del agua, porque si fuera llega de contaminación ¡ay cuántos! la mayoría tendría que pasar, como poner un veneno al aire, mataría a todos, eso no viene de eso, viene a consecuencia de que el cuerpo

está débil, está sensible, porque cada ser humano es diferente la piel que tiene (...) no, simplemente que yo pienso, lo que pasa que las personas que terminan de parir alcanzan cosas pesadas, inadecuadas, y es cuando cae lo que es la matriz y cuando vienen esas infecciones (...) por la caída de la matriz, y viene también porque no se cuida (...) que no aprende a cuidar también puede ser (...) que no cargue cosas pesadas, todo eso (...) sí es cuando se descompone la matriz”.

(Del Papanicolaou) “sí cada año, y cuando una persona de edad como yo, tengo yo 55 años, ahora ya es otro método, ya es híbrido, cuando se le hace uno ahora hasta los dos años se te vuelve a hacer o los tres años (...) es más seguro, pero para mí no es más seguro porque confías demasiado de que te va a tocar tal tiempo, pero si ese tiempo que no te cuidaste puede venir otra cosa (...) preferiría que se hiciera como antes cada año porque te previenes más, pero si cada cinco o no sé cuantos años es como dice el fantasma está dormido y de repente pum llega el silencioso allá como agarrando lo que es, que no es, entonces yo preferiría que sea eso pero como son los médicos los que tienen la ciencia (...) ahora acuden, ahora acuden es obligatorio, ahora bueno digo yo que es obligatorio de esa manera que entró oportunidades porque la mayoría de las familias tienen oportunidades, ahora y si no acuden no cobran un mes entero, lo que, no es cobro, no es salario, no es nada, si no algo que les regala el gobierno, pero tampoco es regalado del gobierno porque es donde cobran presupuestos, y entonces ellos prefieren cobrar, acudir a su plática, acudir a su peso, acudir a todo esto porque si ellos no van saben que no les van a pagar (...) no iba para nada, no iba, no iba para nada (antes), y casualmente en el pueblo murió una señora que jamás dijo qué es lo que tenía, ya cuando se lo detectó ya su matriz estaba ocupado rotundamente por el cáncer y el cáncer cuando ocupa está muy feo, porque son verrugas lo que sale en el cuerpo, son como verrugas, sí son tumores así, porque se murió una compañera mía que es igual de mi edad con ella, y se descayó y se hinchó todo esto acá, y la sangre, cuando comencé a inyectarlo cada tercer día con una ampolla, gentamicina que es pal dolor, y ya después, según primer así cada día, ya después dos veces al día, y ya después no hacía esta ampolla, dolor insoportable sí, y se le cayó el cabello... y la están tratando con quimio le hicieron tratamiento (...) tenía que irse a Mérida, hasta Mérida, y entonces siempre falleció ella, porque ya estaba cundido todo eso”.

3.5.2 Resultados

Tras un análisis contrastivo de las narrativas, se puede proponer un mapa de las representaciones sobre el cáncer cérvico uterino. Parece haber una relación directa entre cáncer cérvico uterino e infecciones por lastimaduras o por laceración en la piel del tronco de la panza (*chuum nak'*) o del tronco de la matriz (*chuum matrisa'*), es decir en el epitelio del aparato reproductivo que a nivel interno tiene el nombre genérico de matriz o la mamá de la panza (*u mama u nak'*, *u na' u nak'*) sin distinción entre útero, ovarios, trompas de falopio, cuello o vagina, se trata del aparato donde viene la menstruación y donde se acomoda el bebé. Los órganos externos se conocen como *péel* o pelvis con sus labios superiores e inferiores (*u chi' u péel*).

Una de las afecciones más comunes en esta parte del cuerpo es que se cae (*luubul mama u nak'*), se ladea, se descompone (de su lugar), se magulla, se atraviesa como un huevo, y si no se atiende provoca escalofríos, calentura, infecciones que se manifiestan a través de flujos blancos o amarillos y con mal olor, con dolores punzantes (*k'íinam*) o que arde (*u yeeli'*) al caminar o al tener relaciones sexuales. Algunas causas de las infecciones provocadas por la caída de la matriz son los partos y los abortos, por lo que después de estos eventos es necesario sobar, administrar medicina de carga caliente y una fuente de calor para atenuar el dolor. También suele caerse por resbalones o caídas, por maltratos o golpes (la presencia de la violencia doméstica es algo común), por cargar cosas pesadas. La caída de la matriz no es sinónimo de lastimadura de la matriz, ni es causa exclusiva de las laceraciones, pero mucho tiempo abajo, si no se atiende con premura, la matriz “se pega” y se puede lastimar, sobre todo en el contacto sexual doloroso en el que el pene lacera, provocando infecciones.

El cáncer tiene sus causas en eventos muy parecidos a los que provocan las infecciones. Ellas refieren por ejemplo los golpes, los embarazos cuando son múltiples, o cuando el producto es muy grande, o cuando el bebé patea fuerte o cuando la caída de la matriz no es atendida. También refieren como causa de este cáncer a los virus, bacterias o miomas (en una sola entidad conceptual) los cuales se acomodan o arraigan en piel sensible, por lo general lastimada y en cuerpos temporalmente débiles (*ma' toh u yóoli'* quiere decir que no está recto su ánimo). Por eso todas ellas consideran necesario acudir al

médico para que revise por dentro mediante pruebas de laboratorio y administre tratamiento contra las infecciones, además del que ellas pueden proporcionar el cual es efectivo siempre y cuando la infección no esté muy avanzada.

Respecto al contagio sexual, cuando los prestadores de los servicios de salud hablan de una infección por virus del papiloma humano, es posible que se haga una asociación mental automática con el concepto de infección como algo visible (y por eso sólo con los aparatos técnicos del doctor se puede ver) y sensible, esa herida lacerante que se produce en la piel en forma de úlcera, tumores, verrugas, quistes, llagas entre las laceraciones cutáneas mencionadas. Es decir, el hombre puede ser portador de bacterias o virus, o puede no serlo, pues lo que causa la enfermedad es que el agente maligno se acomode en piel sensible o lastimada, o que el hombre mismo lacere la zona debido a comportamientos sexuales inadecuados como estar con otro hombre que no es de tu medida (parejas múltiples), inmadurez sexual (relaciones tempranas o abuso sexual infantil) o la infidelidad del esposo, fenómeno común en la zona debido a la migración laboral. La infección por virus o bacterias, así como puede provocar cáncer, también puede provocar herpes o SIDA o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual.

Por eso entre las medidas de prevención del mismo cáncer de la matriz se encuentran el uso del condón y la abstinencia sexual; regulaciones en las relaciones sexuales, éstas tienen que ser higiénicas, monoándricas, en lapsos no menores a ocho días y en posiciones tradicionales, todo ello para evitar laceraciones innecesarias o infección por contaminación; otra medida de prevención mencionada son las duchas vaginales mensuales, una limpieza diaria adecuada en la zona vaginal, y los baños post-parto con los que se busca tanto la relajación y equilibrio corporal, como la reflexión personal, y también sirve para evitar infecciones posteriores.

Otros eventos que pueden provocar infecciones y a la larga un cáncer son los cambios de temperatura corporal, por ejemplo si se está caliente durante la menstruación, o después del parto o el coito y se usa agua fría para bañarse; o el mismo embarazo puede provocar infección pues con el calor de la matriz y el estiramiento de la piel, al nacer el niño se encoge otra vez pero deja una verruga, que al tener relaciones sexuales se va lastimando, ampollando y provoca una infección vaginal.

Los síntomas que refieren respecto al cáncer van desde el flujo, el dolor y las

irregularidades menstruales hasta las hemorragias, en un proceso que va desde la infección hasta el desarrollo del cáncer mismo. El cáncer muy avanzado no tiene cura, por eso es importante prevenir, y aunque no descartan la citología cervical pues es imprescindible para que se puedan ver los miomas, las infecciones, las verrugas, las heridas que a simple vista es imposible, también se refieren a las medidas preventivas que ellas como médicos tradicionales pueden proporcionar. Cura para el cáncer ellas no tienen pero sí para lo que consideran las infecciones previas; ante síntomas como dolor, ardor y manchas o flujo vaginal.

El tratamiento consiste en una exploración al tacto y un masaje para reacomodar la matriz y la administración de medicamentos de infusiones herbales de carga caliente vía oral o para lavado, utilizando una combinación de maguey morado con hojas de aguacate y zapote, o una combinación de la hierba *booxtekak'*, la anticancerosa, maguey morado y árnica, o para el baño post-parto se usan hojas de naranja, de guayaba, de granada y corteza de roble, solas o en combinación. Desde el punto de vista de las entrevistadas, los médicos tampoco tienen cura para el cáncer en etapas avanzadas, pero a través de la experiencia propia o ajena, refieren los tratamientos de diagnóstico y combate de displasias y neoplasias de la medicina científica al describir técnicas como la colposcopia, biopsia, crioterapia, histerectomía y quimioterapia, aunque no los nombren tal cual.

Como se aprecia, el papel de las parteras va más allá de atender a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, también son solicitadas cuando la mujer tiene abortos espontáneos para el reajuste de la matriz; o cuando necesitan consejería sobre anticoncepción para lo cual ellas explican las técnicas del ritmo y el coito interrumpido, y/o refieren a la mujer al centro de salud para la dotación de anticonceptivos orales u otros. El cambio generacional en torno a las conductas sexuales y reproductivas es percibido por igual, lo que cambia son las valoraciones que ante éste se tienen.

Por lo general mencionan que hay mayor libertad para la mujer en relación al noviazgo; también mayor exposición sensorial a las manifestaciones sexuales y mayor información sobre embarazo y anticoncepción. Estas tres variables se suelen percibir como factores de riesgo asociados a la salud sexual, pero también la falta de información es percibida como tal. Entre los riesgos percibidos en relación a la sexualidad respecto a ser niña, joven o mujer adulta se encuentran las violaciones, las hemorragias, las

irregularidades menstruales, la exposición a bacterias y virus, las complicaciones de la matriz, y el abuso sexual infantil.

En cuanto a las causas de algunas enfermedades que se consideran propias de las cosmovisiones indígenas como son los castigos divinos por faltas sociales, las cargas emocionales negativas o el mal echado, ninguna de ellas está relacionada con el cáncer cérvico uterino, aunque no se descarta que hay enfermedades que sí se asocian a ellas; tampoco otras causas como la contaminación ambiental son asociadas a esta enfermedad. La causa directa son las infecciones en la matriz con todo el complejo universo simbólico-conceptual que la acompaña.

3.6 Conclusiones.

Las representaciones sociales sobre el cáncer cérvico uterino se constituyen desde dos colectivos identitarios fundados en las transacciones de auto- y heteroreconocimiento, intra- e intergrupales. Las dinámicas históricas y cotidianas de construcción de dichas representaciones dan como resultado dos universos simbólico-conceptuales cualitativamente distintos.

En la praxis, un grupo identitario (hegemónico) intenta insertar sus representaciones en las prácticas del otro grupo sin considerar las representaciones previas del grupo objetivo ni las representaciones resultantes del proceso de intervención. Sea cual sea el colectivo identitario al que se dirigen las técnicas de educación en salud, la intervención sería más efectiva aplicando criterios de interculturalidad en salud a través del establecimiento de espacios de diálogo y canales de retroalimentación, evitando caer en la etiquetación de las identidades. “Todo el esfuerzo de los grupos minoritarios se orienta, no tanto a reappropriarse una identidad que frecuentemente es la que les ha sido otorgada por el grupo dominante, sino a reappropriarse los medios para definir por sí mismos, y según sus propios criterios, su identidad” (Giménez, 2009: 137).

En el caso concreto presentado, los ejes de la identidad desde los cuales se construyen las representaciones sobre el cáncer cérvico uterino desde el punto de vista de la población bajo estudio son el de género, seguido del de oficio y casi es nula la identidad étnica, esto es en las dimensiones intersubjetiva (desde el punto de vista de los sujetos sociales) y relacional (tanto intra- como intergrupales). En otras situaciones la identidad de oficio suele

resaltar sobre las otras identidades (cursos de partería) u ocultarse en la dinámica de la relación (conflictos entre agentes de la salud por la atención de un parto, etc.).

Es claro que existe un universo simbólico conceptual bien estructurado, que se refuerza en la socialización, que apunta no sólo a reforzarse a través del acercamiento espacial intergrupal autónomo (grupo *Tumben Cuxtal*) sino a transformarse de una manera más automática a raíz de la nueva información que se asimila en una estructura de sentido más familiar. Es decir, a las técnicas de participación comunitaria establecidas institucionalmente se pueden agregar esfuerzos para la consolidación de un grupo autónomo en el que se discutan y reflexionen diversos temas (que en este caso competen a la salud sexual y reproductiva de la mujer). Ya se ha experimentado que el tipo de eventos promovidos potencializan las identidades (de género, de oficio e incluso étnica) y profundizan la identificación (que refuerza los lazos de solidaridad y potencializa los recursos de capital social en situaciones de vulnerabilidad).

Se trata de un proceso de eventual y paulatino empoderamiento que coloca el universo simbólico-conceptual colectivo en un plano visible de negociación en el escenario de las relaciones de poder en donde hasta ahora la medicina científica *está* hegemónica. Enfatizo en el verbo estar considerando que el poder hegemónico no es un objeto que se posee y por lo tanto le da esencia al poseedor (una medicina no *es* hegemónica), sino que se considera a la hegemonía desde una perspectiva transaccional, que como la identidad es intersubjetiva, relacional y situacional; hasta ahora la medicina científica se ha ejercido de manera unilateral y coercitiva (*está* hegemónica).

En una relación desigual se presentan los conflictos de reconocimiento recíproco, y hasta ahora parece ser que la aceptación unilateral de las prácticas de la medicina científica por parte de la población, bastan y son suficientes desde el punto de vista hegemónico que no busca el diálogo ni relativiza sus perspectivas, sino que busca incidir en las conductas sólo desde sus propios términos. Pero

“cuando no apuntan al aniquilamiento recíproco, los conflictos estimulan la generación de nuevas leyes, fomentan innovaciones institucionales y abren mayores espacios de libertad e igualdad (...) Todo parece indicar entonces que Maquiavelo tenía razón. La lucha permanente por el reconocimiento parece ser la energía que garantiza el sano dinamismo y el buen funcionamiento de la sociedad, estimulando la

renovación de las instituciones y ampliando espacios de libertad e igualdad para todos los ciudadanos, cualquiera sea su color, su raza, su religión, su género o su clase social.” (Giménez, 2009: 199).

Aún más, en el marco de una gestión intercultural en salud se pueden relativizar los sustratos informativos provenientes de la medicina científica internacional, adaptándose y transformándose en sus propias circunstancias locales. Se pueden ensayar mecanismos de *pensar respectivo*, “es el pensar para el cual es radicalmente constitutivo disponer en sí mismo de un lugar para el otro, para las otras voces... es pensar de un sujeto transformado, de un sujeto que no conoce al otro, sino que ha aprendido a conocer con el otro” (Fornet Betancourt, 1994: 26) cuyas bases potenciales se encuentran ya asentadas en ciertas situaciones locales como la aquí presentada, pero la inercia por un lado, de las políticas públicas de carácter asistencialista y enfocada en la cobertura de metas sin dejar espacio a la reflexión y autocrítica, y por otro lado, la autopercepción generalizada de la medicina científica como el único medio eficiente ante los problemas de salud, provocan una invisibilización y debilitamiento de los grupos en proceso de empoderamiento autónomo, que de cambiar el paradigma resultaría sin duda enriquecedor para ambas partes.

Capítulo 4. Cáncer cérvico uterino y políticas públicas

4.1 Introducción

Se pretende en este apartado realizar una evaluación y análisis crítico del Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre cáncer cérvico uterino (PAE.CaCu) y su funcionamiento en el estado de Quintana Roo. A lo largo del texto se intercalan en el análisis los siguientes objetivos específicos: 1) Describir los puntos esenciales del programa nacional; 2) Analizar las acciones concretas y evaluar los resultados para el Estado de Quintana Roo; y; 3) Reflexionar sobre una posible vinculación del PAE.CaCu y sociedad civil a la luz de las teorías de las políticas públicas, metodología y técnicas prospectivas de Thomas Miklos y del capital social de Robert Putnam.

4.2 Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre Cáncer Cérvico uterino

El Programa de Acción Específico 2007-2012 sobre Cáncer Cérvico uterino en México considera de manera explícita que esta neoplasia

“afecta principalmente a las mujeres más pobres y vulnerables (...) Esta distribución no es aleatoria (...) de ahí que la persistencia de una alta mortalidad por esta causa obedece por un lado a falta de recursos e inversión y por otro, a fallas en la organización y operación de los servicios de salud para la detección temprana y atención del cáncer cérvico uterino. (...) de manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en estados con un menor índice de desarrollo humano y en zonas rurales” (PAE.CaCu, 2008:11).

En relación con el entorno nacional, Quintana Roo pasó de un grado bajo de marginación en 2005 a un grado de marginación medio en 2010 (CONAPO 2005/2010), lo que representa un índice de pobreza mayor en la entidad relacionado con la reducción del poder adquisitivo de la población a raíz de la crisis del 2008 (CONEVAL, 2011). No obstante, la reducción paulatina de la tasa de mortalidad por CaCu en la entidad refleja una aplicación relativamente exitosa de las acciones para el control del cáncer cérvico uterino.

Se aprecia que el énfasis de la política pública en relación al control de esta

enfermedad está en la prevención primaria (campanas de información sobre determinantes) y secundaria (a través del tamizaje).

El marco conceptual con el que opera el programa está basado en diagnósticos y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud hacia los países en vías de desarrollo. En ese documento se reconoce que

“por motivos numerosos, tanto la población objetivo como el personal de salud, frecuentemente no se apegan a las recomendaciones de los programas de tamizaje... El fracaso de los programas de prevención en los países en desarrollo es multicausal, por un lado se relaciona con la falta de demanda oportuna por la población blanco (acuden cuando tienen síntomas de la enfermedad, los cuales se manifiestan en las etapas tardías) y por otro, con la falta de organización y control de calidad de los servicios involucrados” (PAE.CaCu, 2008:13).

Las recomendaciones y guías de acción se resumen en el cuadro 11.

Programas de prevención del CaCu mediante detección temprana	
Componentes	1.- Tamizaje 2.- Diagnóstico temprano
Condiciones	1.-Estar apoyada por un programa de tamizaje organizado, como el medio para alcanzar altas coberturas en la población en riesgo 2.- Mantenerse como parte de la rutina de la práctica médica 3.- Promoción para que las mujeres se realicen las pruebas de tamizaje con la periodicidad requerida 4.- Asegurar el diagnóstico de confirmación y el tratamiento adecuado
Principios que determinan su impacto	1.- La sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo positivo o negativo de la prueba 2.- <i>La aceptación de la población del método de tamizaje</i> 3.- La magnitud del problema de salud pública 4.- La accesibilidad a un tratamiento efectivo que reduzca la morbilidad y la mortalidad 5.- Conocimiento de la historia natural del padecimiento y que pueda ser identificado en etapa preclínica (factibilidad) 6.- Programa poblacional accesible a toda la población en riesgo y que opere con estándares de calidad
Indicadores de efectividad	1.- Alcanzar coberturas de tamizaje en la población blanco asintomática, iguales o mayores a 80%, con un periodo entre detecciones de 3 años con la citología cervical o de 5 años con la prueba de VPH después de un resultado negativo 2.- Ofrecer exámenes de calidad aceptables para la población 3.- Asegurar diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos en resultados anormales
Puntos para la planeación,	1.- <i>Programa y presupuesto necesarios deben elaborarse por un grupo multidisciplinario, deben incluir diagnóstico de necesidades y capacidades para proveer</i>

instrumentación y evaluación	<i>información y educación a la población; tamizaje, diagnóstico y tratamiento; capacitación; sistema de información para monitoreo y evaluación</i> 2.- Servicios accesibles, aceptables, sostenibles, de calidad, confiables y <i>culturalmente adecuados</i> 3.- Sistema de referencia para seguimiento y tratamiento 4.- <i>Trabajadores de salud comunitarios para promoción, seguimiento y atención paliativa en áreas marginadas</i> 5.- <i>Actividades de información y educación deben incluir campañas en medios de difusión masiva, educación grupal y la consejería directa por el personal de salud (no debe ser sustituida por la entrega impersonal de material impreso)</i> 6.- Todo el personal del programa de tamizaje debe tener continua capacitación con métodos didácticos en entrenamiento simulado y en servicio 7.- Mejora continua, monitoreo y evaluación 8.- Sistemas de información centrados en la calidad y cobertura 9.- Los servicios preventivos deben asociarse también al tratamiento y atención paliativa y, si es posible, integrados dentro de un plan nacional de control de cáncer 10.- Planeación estratégica basada en diagnósticos reales de necesidades y capacidades. El bajo desempeño de los programas es causado por una planeación e instrumentación pobres, con falta de monitoreo y evaluación.
Otras recomendaciones	1.- <i>Se debe considerar el entorno social, cultural y económico de la población a la que van dirigidos</i> 2.- <i>Es indispensable tomar en cuenta la perspectiva de género en salud (conceptos como valoración social, capacidad de decisión o propiedad sobre los recursos y actividades, nivel de autonomía, capacidad de negociación)</i>

Cuadro 11. Marco conceptual con el que opera el programa 2007-2012 sobre CaCu.**Fuente: PAE.CaCu 2007-2012.**

Bajo este marco de acción, la problemática es percibida como un proceso de participación y retroalimentación entre la esfera pública (los servicios e instituciones de salud) y la privada (la población en riesgo y otros grupos de la sociedad civil). Por un lado, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se compromete a mejorar los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento; y por el otro, las ciudadanas mexicanas se comprometen a utilizar los servicios de detección temprana y, en su caso, darle continuidad al tratamiento oportuno. Dado que a nivel internacional hay un fuerte vínculo directamente proporcional entre los niveles de pobreza y marginación y la incidencia de cáncer cérvico uterino

“(…) durante la presente administración el Sistema Nacional de Salud tiene como propósito fundamental disminuir las diferencias en los indicadores relacionados con esta materia entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios de alta y muy alta marginación” (PAE.CaCu, 2008:15).

En esta misma línea de razonamiento, el programa se vincula con el “eje 3. Igualdad de Oportunidades” del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012; y se vincula en específico con el Programa Sectorial de Salud PROSESA 2007-2012 en la meta 1.6. “Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino por 100,000 mujeres de 25 y más años de edad. Esta meta se clasifica en el PROSESA como estratégica y su seguimiento será también monitoreado por la oficina de la presidencia” y con la línea de acción 2.13. “Promover la prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico uterino y de mama, incluida en la estrategia 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades”.

Como se puede apreciar, en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus instituciones recae la mayor parte de la responsabilidad no sólo del diagnóstico, el tratamiento y el manejo paliativo de la enfermedad en sus etapas avanzadas, cuestiones que en sí mismas implican un grado de compromiso y coordinación institucional que requiere los mayores esfuerzos; sino también se percibe al SNS como responsable en el nivel más bajo de la promoción y educación en salud, y en el nivel más alto del monitoreo y evaluación del programa.

Lo que aquí se sugiere, sin necesidad de suprimir responsabilidades en marcha, es proponer la participación organizada de la sociedad civil en el primer nivel de prevención el cual es la garantía para que las mujeres acepten las acciones de tamizaje y asimilen con menor ansiedad los cambios técnicos que se suscitan por el avance de las investigaciones. En el cuadro 11 se marca con cursiva los puntos en los que se debe tener una incidencia organizada por parte de la sociedad civil, pues, no obstante los esfuerzos y éxitos del sector salud en la promoción de la prevención del cáncer cérvico uterino, se da mayor prioridad a los ámbitos propios de su injerencia, tales como la calidad en el diagnóstico oportuno, la capacitación del personal y la ampliación de la cobertura, cuestiones que sin duda merecen la mayor atención por parte de las instituciones del SNS. Así mismo, todos los esfuerzos que se hagan en el plano de la educación en salud deben tomar en cuenta la perspectiva intercultural que genere procesos de auto-reflexión propios de cada grupo sociocultural al que va dirigido el programa.

4.2.1 Organización del programa

El Programa de Acción Específico tiene por misión “disminuir al máximo la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino”; y visualiza que

“en el 2012, las instituciones del Sistema Nacional de Salud trabajan de manera coordinada en las acciones de promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento y evaluación del programa de cáncer cérvico uterino, con políticas que revierten la inequidad social y de acceso a los servicios de salud, con atención cordial y de calidad que se manifiesta en la satisfacción de las usuarias y sus familiares por los servicios recibidos, y que logra en el año 2020 un México libre de mortalidad prematura por cáncer cérvico uterino” (PAE.CaCu, 2008:25)

Organización del Programa		
Objetivos	Estrategias	Líneas de acción
1 Mejorar el conocimiento de la población sobre los determinantes del CaCu a través de acciones integradas de promoción de la salud que motiven la adopción de conductas que protejan la salud y promuevan la demanda de la detección	1 Campañas de comunicación educativa para promover la detección	1.1 Coordinación con las áreas de Promoción de la Salud, Comunicación Social, instituciones de salud y organizaciones civiles para el desarrollo de campañas de difusión masiva, ferias y eventos, alineación de mensajes para sensibilizar, informar y motivar 1.2 Informar sobre VPH de manera objetiva, clara, adecuada a las diferentes audiencias y dirigida a la desmitificación 1.3 Material educativo comprensible y adecuado para las diferentes audiencias > áreas rurales e indígenas > prueba de VPH, la vacunación y el Papanicolaou 1.4 Fomentar la participación de la sociedad civil organizada en la sensibilización y educación sobre CaCu y VPH 1.5 Desarrollar encuestas sobre las percepción de la población en relación con los factores de riesgo, la prevención y la detección oportuna del CaCu
2 Alcanzar coberturas de tamizaje de 85% en mujeres de 25 a 34 años con la prueba Papanicolaou cada tres años y en mujeres de 35 a 64 años con prueba de VPH cada 5 años	2 Mejorar la cobertura y calidad de las acciones de prevención y detección especialmente en áreas marginadas	2.1 En cada contacto con los servicios de salud, ofrecer y realizar la detección de acuerdo a la edad 2.2 Vincular acciones con la Red Mexicana de Municipios por la Salud y redes estatales 2.3 Detección en áreas rurales a través de las Caravanas de Salud 2.4 Desarrollar un sistema de información con base poblacional para invitar de forma organizada a las mujeres a efectuarse la detección cada tres o cinco años, en áreas urbanas. 2.5 Evaluar la introducción de la vacunación contra el VPH

		2.6 Adecuar en áreas rurales y marginadas la instrumentación de la detección con la prueba de VPH, a través de estrategias adecuadas al contexto cultural y que favorezcan el tratamiento oportuno 2.7 Ampliar los horarios de atención para mejorar la accesibilidad a la detección
	3 Instrumentar gradualmente la detección a través del tamizaje primario con la prueba del VPH	3.1 Instalar y estandarizar laboratorios para el procesamiento de la captura de híbridos, regionalizados de acuerdo con la población a cubrir 3.2 Capacitar y acreditar al personal para la toma de VPH y Papanicolaou 3.3 Crear centros de excelencia de citología cervical y colposcopia 3.4 Elaborar y difundir los manuales de procedimientos para las instituciones del SNS 3.5 Capacitar a los responsables estatales y jurisdiccionales del programa
3 Mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del CaCu, a través de la formación y la capacitación continua del personal de salud	4 Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento	4.1 Campañas de información para todo el personal de salud sobre políticas e indicaciones 4.2 Programas de capacitación para citotecnólogos, patólogos y colposcopistas en servicio, a distancia o por otros métodos efectivos 4.3 Promover la formación suficiente y de calidad de colposcopistas, patólogos y personal multidisciplinario 4.4 Difundir y facilitar la aplicación de la normatividad en CaCu
4 Reorganizar y fortalecer los servicios de diagnóstico y tratamiento del CaCu con base en las mejores prácticas, en coordinación con las instituciones del SNS	5 Promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal para la detección y atención del CaCu	5.1 Instrumentos normativos que regulen la construcción, equipamiento y recursos humanos para clínicas de colposcopia, laboratorios de patología y de prueba VPH 5.2 Diagnostico de las necesidades (personal, equipo, instalaciones) laboratorios cito, pato y colpos de acuerdo a las necesidades futuras derivadas de la incorporación de la prueba de VPH 5.3 Promover la creación de servicios o centros de atención oncológica en los estados que no cuenten con estos, gestionar número suficiente de personal a través de la asignación suficiente de recursos presupuestales 5.4 Gestionar y vigilar el abasto oportuno, suficiente y de calidad de insumos, instrumental y medicamentos (política prioritaria) 5.5 Mantener actualizado el diagnóstico de recursos humanos, físicos y materiales
	6 Fomentar el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral con calidad y	6.1 Investigación en servicios de salud que incluya el diagnóstico sobre el funcionamiento actual del programa 6.2 Establecer la regionalización para la referencia y atención integral de lesiones precursoras y CaCu > diagnóstico, tratamiento y seguimiento 6.3 Establecer coordinación con autoridades estatales,

	oportunidad, así como la gratuidad de la atención	municipales y la comunidad para el traslado y albergue de pacientes de zonas rurales a clínicas de colposcopia o centros oncológicos 6.4 Informar al personal y a las pacientes sin seguridad social sobre las gestiones para acceder a la atención gratuita 6.5 Guías clínicas para unificar los procedimientos del diagnóstico, tratamiento integral, referencia y contrarreferencia 6.6 Atención de excelencia > acreditación del personal y certificación de unidades, clínicas, hospitales y centros oncológicos 6.7 Coordinación con instancias competentes > verificar la aplicación de la normatividad
	7 Unificar las acciones a través del consenso y la coordinación permanente	7.1 Promover la participación institucional, interinstitucional y de la sociedad organizada en los Consejos, Comités y Subcomités relacionados con las acciones del programa 7.2 Fomentar programas de trabajo alineados con el programa de acción del CaCu 7.3 Establecer mecanismos de seguimiento sistemático a los acuerdos y compromisos establecidos 7.4 Desarrollar reuniones nacionales, regionales o locales interinstitucionales con el objetivo de dar seguimiento al cumplimiento de las metas y compromisos establecidos
5 Consolidar el sistema de información para el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica, con el fin de disponer de información confiable y sistemática para la mejora continua del programa, el aseguramiento de la calidad y la rendición de cuentas	8 Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua y rendición de cuentas	8.1 Desarrollar un sistema de información (observatorio de cáncer de la mujer) unificado para su utilización en los establecimientos de salud públicos y privados 8.2 Consolidar el monitoreo y la evaluación sistemática de la atención integral a través de indicadores de proceso y resultado 8.3 Establecer el registro de cáncer de la mujer y la vigilancia epidemiológica en coordinación con las áreas involucradas 8.4 Asegurar el mantenimiento del sistema de información 8.5 Vigilar la suficiencia de personal y de equipo para la operación continua del sistema en todos los niveles de atención

Cuadro 12. Organización del Programa.
Fuente: PAE.CaCu 2007-2012.

El cuadro 13, es realizado a partir del panorama organizativo expuesto en el cuadro 12. La siguiente no pretende ser una evaluación exhaustiva pues se carece de datos suficientes para su elaboración, sin embargo las recomendaciones vertidas son producto de la información surgida de la investigación de campo (capítulo 3).

Acciones realizadas y áreas de oportunidad del Programa, Quintana Roo 2012			
Objetivos	Estrategias	Acciones realizadas	Áreas de oportunidad
1	1	Campañas tradicionales de educación e información unilateral	Promover el diálogo intercultural en salud para generar procesos de apropiación del conocimiento (ver capítulo <i>Conclusiones</i>)
2	2	Se implementaron caravanas de salud en áreas rurales Se utiliza el SICAM Se introdujo la vacuna contra el VPH	Organizar de manera más coordinada y de calidad la alimentación del SICAM Evaluación pendiente de costo / beneficio / efectividad de la introducción de la vacuna contra el VPH en otras áreas rurales y en áreas urbanas
	3	Se estableció un laboratorio regional para el procesamiento de la captura de híbridos en Campeche	
3	4	Se capacitó de manera continua al personal	
4	5	Se realizaron las auditorías con la periodicidad requerida	Evaluar la pertinencia de gestionar la creación de servicios y centros de atención oncológica en la entidad ¹⁸
	6	Está establecida la regionalización de la referencia y la contrarreferencia	Promover un programa de apoyo de traslado y estancia para la atención de las pacientes diagnosticadas positivas
	7		Promover la participación de la sociedad organizada en reuniones pertinentes
5	8	Se alimenta el SICAM y a la vez se mantienen registros manuales	Fomentar la confianza y capacitación del personal en el manejo del SICAM

Cuadro 13. Acciones realizadas y áreas de oportunidad del Programa, Quintana Roo 2012.
Fuente: Elaboración propia en relación al cuadro 12 “Organización del Programa”.

En el cuadro 14 se muestran las metas anuales del PAECaCu 2007-2012, y posteriormente se muestran los datos que se tienen al respecto para el estado de Quintana Roo en el año 2011. Cabe mencionar que la evaluación trimestral se hace a través del Sistema de Información de Cáncer en la Mujer (SICAM), y que su utilización por parte del personal encargado de verter la información genera desconfianza debido a que se percibe una serie problemas técnicos en la plataforma los cuales producen información considerada poco fidedigna; empero es lo que se tiene hasta ahora para evaluar la cobertura.

¹⁸ En mayo 2012 se inaugura el primer centro médico de tercer nivel en la entidad en la ciudad de Cancún, equipado con la tecnología necesaria para el tratamiento de ésta y otras neoplasias.

Metas anuales 2007-2012								
Estrategia PAE	Unidad de medida	Metas	Años					
			2007	2008	2009	2010	2011	2012
Metas de resultado								
2	Cobertura %	Alcanzar la cobertura de detección (PAP) cada 3 años en mujeres de 25 a 34 años de edad	81	82	83	84	85	85
2	Cobertura %	Alcanzar la cobertura de detección (VPH-PAP) cada 5 años en mujeres de 35 a 64 años de edad	---	10	25	45	65	85
Metas de proceso								
2, 4	Por ciento %	Incrementar la identificación de LIEAG en detección primaria PAP	0.7	0.9	1.0	1.2	1.3	1.5
2, 3	Por ciento %	Lograr un porcentaje adecuado de positividad con el tamizaje primario con prueba de VPH	---	9	9	9	9	9
6	Por ciento %	Acreditar a los colposcopistas, citotecnólogos y anatomopatólogos del sector salud en la detección, diagnóstico o tratamiento del CaCu	---	30	60	80	>90	>90
Metas de impacto								
7	Tasa de mortalidad x 100 mil	Disminuir la tasa de mortalidad por CaCu en mujeres de 25 y más años de edad	14.2	13.5	12.8	12.1	11.5	10.9
2, 7	Por ciento %	Reducir las diferencias en la tasa de mortalidad por CaCu entre los cinco estados con mayores y menores tasas	8.3	16.6	24.9	33.2	41.5	50

Cuadro 14. Metas Anuales 2007-2012. Fuente: PAE.CaCu 2007-2012.

Las metas de resultado registradas para el estado de Quintana Roo en el año 2011 están por encima del promedio nacional. En relación a la cobertura de detección del cáncer cérvico uterino por citología vaginal en mujeres de 25 a 34 años de edad, el porcentaje nacional alcanzado para el año 2011 fue de 41.75%; mientras que para el estado de Quintana Roo fue de 53.92%. Respecto a la cobertura de pruebas de VPH realizadas a mujeres entre 35 y 64 años de edad, el porcentaje nacional alcanzado para el mismo año fue

de 35.41% y para el estado de Quintana Roo fue de 66.01%.

4.2.2 Infraestructura

Los indicadores de estructura que garantizarán la suficiencia de recursos son los que se muestran en el cuadro 15.

Indicadores de estructura			
Indicadores y unidades	Un laboratorio de citología por cada 70,000 a 90,000 mujeres de 25 a 64 años de edad	Una clínica de colposcopia en hospitales con población de 400 a 500 mil habitantes	Un laboratorio de anatomía patológica en hospitales con población de 400 a 500 mil habitantes
De personal	- Un médico citólogo o citopatólogo - Tres citotecnólogos - Un técnico en tinción - Una recepcionista - Un capturista	- Un médico ginecólogo u oncólogo capacitado en colposcopia - Una enfermera - Una trabajadora social - Un capturista	- Un anatomopatólogo - Un histotecnólogo - Una recepcionista - Un auxiliar administrativo
De productividad	Debe alcanzar la lectura de 33, 600 laminillas anuales	Debe alcanzar de 3, 300 a 5, 500 colposcopías anuales, de las cuales entre 990 y 1, 650 serán para pacientes de primera vez	Debe alcanzar 3, 500 estudios anuales (2, 500 si el patólogo realiza actividades administrativas y docentes regularmente)
De equipo técnico	- Un microscopio de rutina por citotecnólogo - Un microscopio de doble observación - Un tren de tinción - Una campana de extracción de gases tóxicos - Un equipo de cómputo conectado a línea de internet - Mobiliario para las áreas de proceso (recepción, tinción, lectura y archivo)	- Un colposcopio - Una unidad de electrocirugía - Un evacuador de humo - Una mesa de Pilcher - Pinzas de biopsia (renovables cada dos años) - Instrumental mínimo necesario - Un equipo de cómputo conectado a línea de Internet	- Un procesador automatizado de tejidos - Centro de inclusión - Dispensador de parafina - Micrótomos - Baño de flotación - Estufa de laboratorio - Tren de tinción - Microscopio binocular por patólogo - Mobiliario para cada área de proceso (recepción, laboratorio, interpretación y archivo)

Cuadro 15. Indicadores de estructura.

Fuente: PAE.CaCu 2007-2012.

Según el informe del PAE, la infraestructura actual “... en las 32 entidades federativas ... es heterogénea ... para atender la demanda de la población en riesgo la cual, debido a la transición demográfica y epidemiológica día con día irá creciendo” (PAE.CaCu, 2008:35-36). A continuación se muestran los recursos físicos y materiales, y los recursos humanos

registrados en el Programa en el ámbito nacional y en el estado de Quintana Roo. (Cuadro 16).

Recursos físicos y humanos por institución en Quintana Roo			
		Quintana Roo	Total nacional
Recursos físicos			
SSA	Laboratorio de citología	2	119
	Unidad de patología	1	70
	Clínica de colposcopia	3	182
IMSS	Laboratorio de citología	2	89
	Unidad de patología	1	60
	Clínica de colposcopia	3	135
ISSSTE	Laboratorio de citología	1	46
	Unidad de patología	1	38
	Clínica de colposcopia	1	48
Recursos humanos			
SSA	Citotecnólogo	8	481
	Colposcopista	3	247
	Patólogo	3	127
IMSS	Citotecnólogo	3	327
	Colposcopista	3	135
	Patólogo	2	89
ISSSTE	Citotecnólogo	2	119
	Colposcopista	1	45
	Patólogo	1	48

Cuadro 16. Recursos físicos humanos por institución en Quintana Roo.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de PAE.CaCu 2007-2012.

Al año 2011, la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino relativa a la detección oportuna a través del tamizaje, en teoría se lleva a cabo en las 211 unidades médicas de consulta externa del estado, 56 de ellas en la jurisdicción 3 (municipios de Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos). Las muestras o laminillas son enviadas al Laboratorio Estatal de Salud Pública. El estado cuenta con dos sedes: una ubicada en Chetumal (se inaugura en el año 2010), se ocupa de las jurisdicciones 1 y 3 con un personal conformado por cuatro citotecnólogos; otro laboratorio está en Cancún, atiende la jurisdicción 2 con tres citotecnólogos. El patólogo es uno en la entidad, se encuentra los sábados en Chetumal, algunas veces en Cancún y generalmente labora en el IMSS de Playa del Carmen. En este sentido es posible que los datos del cuadro 16 presenten duplicidad tanto de recursos físicos como humanos, pues el Laboratorio Estatal de Salud Pública atiende las laminillas

provenientes de las instituciones públicas de la Secretaría de Salud, y además las del Hospital Militar y Naval. Las muestras citológicas tomadas en instituciones privadas, y las del IMSS y el ISSSTE son enviadas a Mérida para su valoración. Las nuevas técnicas biomoleculares, como la Captura de Híbridos, son aplicadas en Quintana Roo y analizadas en el laboratorio regional en el estado de Campeche. La citología líquido, que algunos hospitales privados en el estado dicen ofrecer, sólo se aplica en el Hospital de Cancerología en el Distrito Federal, debido a su elevado costo (cada muestra cuesta \$1,800.00) y en el estado no hay equipo para realizarla. En Quintana Roo se intentó aplicar la técnica de comparar imágenes citológicas a través de medios computarizados, pero no se adoptó de manera definitiva debido a su alto margen de error. Por lo pronto la citología cervical, la cual no observa directamente el VPH (como si lo hace la tecnología biomolecular) sino solamente los cambios morfológicos de la célula a través del microscopio, es la técnica más usada actualmente en el estado para la detección oportuna de alguna lesión precursora. Esto deriva que el margen de error siga siendo amplio resultando falsos positivos y displasias no detectadas valoradas como resultados negativos.

En caso de presentar la paciente alguna anomalía celular de bajo o alto grado o cáncer in situ o invasor, y después de ser valorada por el patólogo en conjunto con el citotecnólogo que la detectó, la paciente es enviada a la clínica de displasias. Quintana Roo cuenta con tres clínicas de displasias en sus Hospitales Generales de Chetumal (Jurisdicción 1), Cancún (Jurisdicción 2) y recientemente, Felipe Carrillo Puerto (Jurisdicción 3). Los médicos colposcopistas de estas clínicas atienden también los casos de otras instancias como el IMSS o el ISSSTE y de las clínicas privadas. Ahí se realiza una biopsia cuya muestra es enviada al patólogo y al histotecnólogo, quien, en conjunto con el colposcopista que extrajo la muestra valoran según el método de clasificación Bethesda, si la lesión es una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), cuyo diagnóstico definitivo se da a través de un examen histopatológico, y entonces se opta por aplicar un tratamiento conservador (criocirugía, electrocirugía o laserterapia) en la misma clínica de displasias, o simplemente por la vigilancia cada seis meses. Si el examen histopatológico arroja una lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG), se decide (presuntamente a través del Comité de Ética) si se aplicará a la paciente un tratamiento conservador o uno quirúrgico (histerectomía extrafascial) también resuelto en los Hospitales Generales del estado.

Cuando no es necesario referirla al tercer nivel, la paciente asiste cada tres meses a la clínica de displasias para su control, dependiendo la evolución de la lesión celular. Cuando el diagnóstico definitivo resulta ser cáncer invasor, la paciente necesita ser referida al tercer nivel de atención para su tratamiento oncológico. La entidad no contaba, hasta mayo de 2012, con infraestructura de tercer nivel, ni tampoco con personal gineco-oncólogo por lo que las pacientes tenían que viajar a la ciudad de Mérida, Yucatán. Actualmente la ciudad de Cancún cuenta con un hospital de tercer nivel que atiende ésta y otras neoplasias. El Seguro Popular, y otros, cubren el tratamiento, pero no los gastos y privaciones económicas derivadas de un diagnóstico de cáncer invasor.

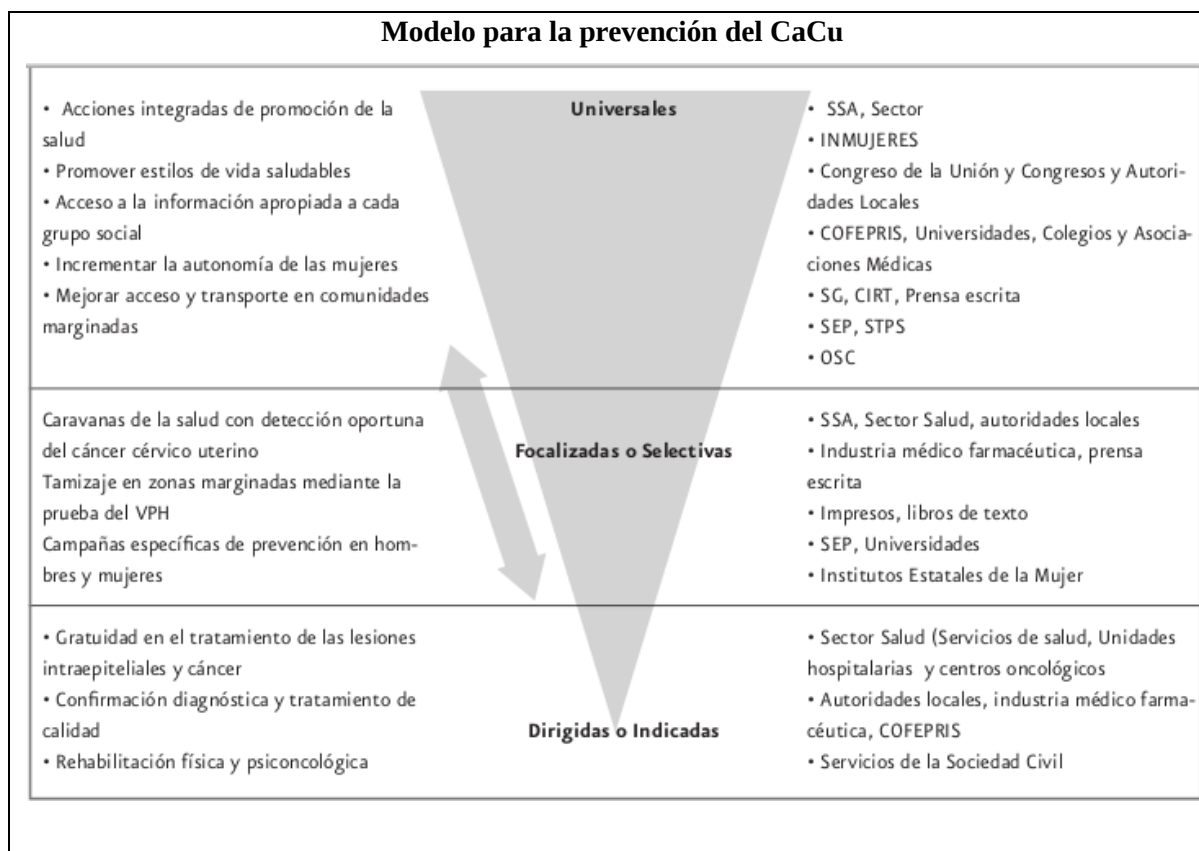
Uno de los mayores problemas de infraestructura presentes en la entidad tiene que ver con la concentración de los servicios en las zonas urbanas, aunado a la falta de personal paramédico (enfermeras, trabajadores sociales) que les den seguimiento a las pacientes diagnosticadas con algún tipo de displasia leve, moderada o severa, cuya figura está contemplada pero a veces el presupuesto no alcanza para su contratación y capacitación.

4.2.3 El modelo para la prevención

El Programa de Acción específico del Cáncer Cérvico Uterino distingue tres niveles de prevención de acuerdo con el modelo ecológico. Cada nivel presenta estrategias específicas según al grupo de población al que va dirigido:

- 1) Universal, dirigidas a toda la población;
- 2) Focalizada o selectiva, dirigida a la población femenina blanco según su grupo de edad
- 3) Dirigida o indicada, orientadas a las mujeres con lesiones precursoras o cáncer identificadas en la detección (PAECaCu, 2008:26 y 33).

El cuadro 17 muestra las intervenciones y acciones para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y las instituciones y mecanismos para su implementación.



Cuadro 17. Intervenciones y acciones para la prevención y control del CaCu.
Fuente: PAE.CaCu 2007-2012.

Si para el caso de Quintana Roo se sigue el argumento de que la población más vulnerable a contraer el VPH y desarrollar cáncer cérvico uterino contempla tres condiciones identitarias: ser mujer, ser rural, ser indígena, por lo tanto, su grado de marginación es mayor, es entonces de esperar que las instituciones de la Secretaría Estatal de Salud del estado de Quintana Roo (SESA) enfaticen en ampliar la cobertura de detección en estas áreas marginadas. Son los municipios de Felipe Carrillo Puerto, José María Morelos, Lázaro Cárdenas y Tulum los que tienen una población femenina mayor a 25 años de edad que son hablantes de lengua indígena y representan la mitad o más de la población femenina de la entidad. Las estrategias que ha seguido el estado para ampliar la cobertura del tamizaje son dos: 1) acercar el servicio a través de las Caravanas de Salud a las áreas remotas las cuales han demostrado tener un buen resultado; y, 2) condicionar el apoyo económico del programa Oportunidades a las mujeres beneficiarias que integren el grupo de Población Objetivo. Es así como se ha logrado ampliar la cobertura en las zonas prioritarias. En términos generales y de corto plazo el método resulta eficaz. Sin embargo,

se dejan de lado las estrategias universales (del cuadro 17) de acciones integradas de promover estilos de vida saludables, adecuar la información apropiada a cada grupo social, incrementar la autonomía de las mujeres y, en general, acrecentar la participación comunitaria.

Los conceptos de valoración social, capacidad de decisión o propiedad sobre los recursos y actividades, nivel de autonomía, capacidad de negociación, considerados indispensables en las recomendaciones de la OMS, se sustituyen por medios coercitivos y por lo tanto vulnerables para su sostenibilidad dado que dependen de un condicionante económico el cual, si llega a desaparecer según la tendencia económica mundial de reducir los programas sociales de naciones en crisis, dejaría en el mismo estado endeble a las mismas mujeres en condición de marginación.

En el capítulo 1 se perfilaban las determinantes socio-culturales y los desafíos, según la Organización Panamericana de la Salud, que representa para las mujeres latinoamericanas realizarse la prueba de detección de VPH y displasia celular, especialmente para las más pobres (OPS, 2001). A raíz de lo expuesto en los capítulos precedentes se tiene que para el caso de Quintana Roo, las mujeres habitantes de la Zona Maya sí cuentan con acceso gratuito de atención a la salud preventiva; mientras que la cita impuesta como obligación a través del programa IMSS-Oportunidades funciona como candado para la autoatención en el mismo nivel que la de sus hijos y familia a quienes se supone las mujeres latinoamericanas dan prioridad sobre sí mismas. Sin embargo, por los datos obtenidos a través de las entrevistas se observa que variables consideradas por la OPS como el temor a la pareja, el escaso control sobre las relaciones sexuales, algunas experiencias negativas con médicos y personal de salud y el temor a los resultados son aún barreras que disuaden a la mujer de realizarse los análisis clínicos oportunos. En esta ocasión nos encontramos también con otra variable que merece una mayor profundidad investigativa: la adscripción a grupos religiosos protestantes y/o bíblicos no católicos, que evitan la consulta médica en función de la fe exclusiva en la intervención directa del poder divino.

Como se aprecia, la labor de las campañas de información y educación en salud conlleva aristas más profundas en la pretensión de alcanzar las metas de cobertura de tamizaje que, en términos logísticos, escapan de las acciones que pudiesen emprender las instituciones del Sistema Nacional de Salud y otras dependencias del Estado. Grupos de la

sociedad civil, organizados en redes sociales con las normas de reciprocidad asociadas a ellas, tal como Robert Putnam (2003) asimila al concepto de “capital social”, tendrían un papel activo en el fortalecimiento de identidades colectivas, de género, de clase, de etnia y de profesión, que resultase en una apropiación del conocimiento médico desde las propias circunstancias socio-culturales del grupo al que se dirige la información.

En respuesta a estas circunstancias la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) ha creado en el 2002 la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) bajo el entendido de que el reconocimiento de la diversidad cultural (incluyendo la perspectiva de género) por parte de las instituciones de salud incide en la resolución de problemáticas diversas en el plano de la salud pública. No obstante la asimilación de esta perspectiva y el desarrollo mismo de las prácticas institucionales en este sentido está en pleno proceso y algunas entidades no han impulsado la inserción de direcciones estatales que ejecuten y monitoreen políticas públicas de salud con perspectiva intercultural, como es el caso de Quintana Roo.

La cuestión sobre cómo las prácticas médicas de los pueblos originarios de México pueden insertarse en el Sistema Nacional de Salud, es sólo uno de los objetivos de la DMTyDI. El término amplio en el que se entiende el término intercultural en la Política de Interculturalidad en Salud de la DGPLADES “implica el reconocimiento a la importancia de la participación de la población, de sus expectativas y condiciones en la definición de qué hacer y cómo hacer para la promoción y la atención de la salud” (DGPLADES/DMTyDI, 2002). En el ámbito del control del cáncer cérvico uterino queda definido que las acciones deben enfocarse más en la prevención que en la atención, y los esfuerzos de las instituciones de salud han sido loables al respecto al grado de reducir paulatinamente la incidencia y mortalidad por esta neoplasia, no obstante las metas en la cobertura de tamizaje no han sido alcanzadas y el CaCu sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina mexicana; ante el panorama y la presión internacional por aumentar los índices de desarrollo humano en el país, las instituciones de salud en coordinación con otras dependencias del país han optado por la medida de condicionar el apoyo del programa Oportunidades como se mencionó antes, y esto ha derivado en un aumento sin precedentes de la cobertura de tamizaje al menos en las zonas rurales del estado de Quintana Roo. Así, para los servicios de salud, el problema ha

quedado parcialmente resuelto.

En el Plan de Acción Específico 2007-2012 sobre cáncer cérvico uterino, al puntualizar los niveles de responsabilidad, se reconoce que “el mecanismo para lograr acuerdos ha sido la instalación del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer (en el que periódicamente) participan dos grandes grupos: el institucional de los niveles federal y estatal, y el de los organismos no gubernamentales y grupos de la sociedad civil que contribuyen con el apoyo a valiosas actividades del Programa” (PAECaCu, 2008: 37-38). En el cuadro 18 figuran los organismos responsables de implementar las estrategias correspondientes a los objetivos del programa, donde el gris claro son los propietarios de la responsabilidad y el gris oscuro son los organismos participantes.

Acciones	CNE GYSR	SEGURO POPULAR	DGCES	DGPS DGCS	Coord Hosp	SESAs	DGPLADES CENETEC	DGTI DGIS	INSP	INCAN/ C Oncol	Instituciones del Sistema Nacional de Salud
Desarrollar campañas de promoción de la salud para promover la demanda de detección											
Mejorar la cobertura y calidad de prevención y detección											
Instrumentar detección de prueba de VPH											
Impulsar la capacitación y formación de personal											
Promover la gestión adecuada de estructura física y personal											
Promover el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento											
Unificar acciones con inst. del SNS, organizaciones médicas y sociedad civil											
Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática el programa											
Gris claro: Propietarios de la responsabilidad; Gris oscuro: Organismos participantes.											

Cuadro 18. Matriz de responsabilidades.
Fuente: PAE.CaCu 2007-2012.

Se puede apreciar que en la primera estrategia, la cual se corresponde directamente con el análisis y discusión en este estudio, la Dirección General de Promoción de la Salud y la Dirección General de Comunicación Social, junto con los Servicios Estatales de Salud, y demás instituciones del SNS, son los organismos directamente responsables de desarrollar las campañas que promuevan la demanda de la detección por parte de las mujeres, mientras que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva participa de manera tangencial en el objetivo. En este momento coyuntural del reconocimiento de la diversidad en salud aún no se contempla la DGPLADES, a través de su Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural como un actor clave para el desarrollo de campañas que partan de un diagnóstico de las barreras y motivaciones culturales y sociales que en cada región, entidad y municipio del país las mujeres tengan para realizarse o no la detección.

Si bien es cierto que un programa de acción es a nivel nacional, se podría comenzar a delegar responsabilidades a nivel local, a través de los SESAs y la DMTyDI, para la realización de diagnósticos sistemáticos, pues “los especialistas en estudios comparativos de la política y la sociedad saben que todos los buenos análisis son en última instancia locales, en el sentido de que deben fundarse en las características singulares de sociedades concretas” (Putnam, 2003: 644). También es recomendable evaluar la mejor manera fortalecer el capital social en el sentido que lo entienden Lyda Judson Hanifan y posteriores pensadores, y que se puede resumir en la sentencia de Michael Woolcock y Deepa Narayan (citados en Putnam, 2003: 12): “Las comunidades con recursos variados de redes sociales y asociaciones cívicas se encuentran en una posición más sólida para hacer frente a la pobreza y la vulnerabilidad, resolver disputas y sacar partido a oportunidades nuevas”.

En concreto para el estado de Quintana Roo, ¿qué se puede hacer para que las mujeres-población-objetivo del programa sobre cáncer cérvico uterino en las comunidades rurales más apartadas demanden por sí mismas la detección que ofrecen los servicios de salud?

Haciendo un ejercicio general (e individual, lo cual limita mucho el análisis) a partir de la metodología prospectiva (Miklos, Jiménez y Arroyo, 2008) se tiene, en primer lugar la visualización de los siguientes futuros:

- 1.- En el presente alcanzado en el 2012 en Quintana Roo de la proyección del futuro

hecha en el 2007 no se alcanzan las metas de cobertura de 85% y sigue habiendo problemas de diagnóstico derivados de la metodología de detección utilizada a pesar de la capacitación del personal.

2.- El futuro proyectado a partir de las tendencias: se irá incrementando paulatinamente la cobertura a partir de las estrategias implementadas, la detección sistemática será más ordenada a raíz de la utilización eficiente del SICAM, y los diagnósticos erróneos se reducirán por la implementación de nuevas tecnologías de detección.

3.- El futuro esperado en la visión del programa al 2020: México está libre de mortalidad prematura por cáncer cérvico uterino. Esto se visualiza no sólo por la total cobertura del tamizaje sino también por la aplicación de la vacuna contra el VPH que se espera rinda frutos 25 años después de su primera aplicación.

4.- El futuro no deseado: la lenta pero en apariencia segura tendencia se revierte. Puede ser por dos motivos: las mujeres no demandan la detección y no se ven obligadas a hacerlo; o, el sistema de salud no se da abasto por razones de recorte presupuestal, cambios demográficos abruptos o ambos.

5.- El futurible aquí elegido: las mujeres fortalecen redes sociales de identidades colectivas encaminadas a fortalecer a su vez conceptos como valoración social, capacidad de decisión o propiedad sobre los recursos y actividades, nivel de autonomía, capacidad de negociación, que le permiten decidir sobre su cuerpo, salud y relaciones sexuales de manera informada lo que genera cambios de hábitos, como aquellos que se consideran riesgosos para el contagio de VPH, VIH y otras ETS; y aquellos que se consideran saludables para mantenerse informada sobre el estado de salud de su cuerpo aprovechando los esfuerzos que los servicios de salud ya están ofreciendo, a la vez que el SNS se preocupa por mejorar la calidad de los mismos.

4.3 Conclusiones

La idea aquí no es diseñar una política pública con todas sus implicaciones, sino sólo dar un panorama posible a partir de los elementos que se tienen, y la manera en que se pueden vincular para que el resultado sea beneficioso. “La idea central de la teoría del capital social es sumamente sencilla: las redes sociales importan. Las redes poseen valor, ante todo, para quienes se hallan en ellas” (Putnam, 2003: 13). ¿Cómo lograr que estas redes sociales

generen todo el valor potencial que tienen?

En el capítulo 3 se consideró la importancia de la formación de grupos en el fortalecimiento de las identidades colectivas; y se estudió el universo simbólico en un colectivo de parteras cuyas reuniones externas a las promovidas por el sector salud para su capacitación, han sido pocas, pero sustanciales, no sólo para colegiar la práctica del “parto humanitario” en un proceso autónomo y no vertical sino también para fortalecer la valoración que las integrantes tienen respecto a su condición identitaria en tres aspectos básicos: ser mujer, ser partera y ser portadoras de una tradición médica distintiva. Si se tuviera el presupuesto suficiente para realizar reuniones periódicas sin duda se generarían procesos de apropiación del conocimiento, sobre todo sobre salud sexual y reproductiva, tema en el cual son autoridad de facto en sus propias localidades.

Según se aprecia en el mapa del capítulo anterior su radio de acción contempla la totalidad de la Zona Maya por lo que el escenario de su incidencia cuantitativa es factible siempre y cuando se realicen esfuerzos también institucionales para promover la revitalización de la partería tradicional en conjunto con el monitoreo médico mensual acostumbrado con el fin de considerar los embarazos de alto riesgo en las unidades médicas especializadas.

Según el método prospectivo se tienen entonces los siguientes actores implicados:

Tipo	Actores	Rol
Sociedad	Mujeres y familias indirectamente implicadas en contacto con la partera en su propia localidad	Recibir (de la partera) / dar información (a otras personas) Producir (reconocimiento social) / consumir (servicio de partera)
Comunidad / Colectividad	Promotores: DGPLADES / DMTyDI Asociaciones civiles: (“ <i>Tumben Cuxtal</i> ”, “ <i>Much’ meyajtik maaya tsaj</i> ”, etc.) Patrocinadores: iniciativa privada, ONG’s, otros	Promover y dar sustentabilidad al proyecto
Mediador	Especialistas y gestores interculturales	Coordinar e informar el ejercicio de las actividades de los proyectos de salud pública

Cuadro 19. Propuesta de acción intercultural en salud.
Fuente: Elaboración propia a partir del método prospectivo de Putnam, 2003.

Con el auto y hetero-reconocimiento de las actividades propias del gremio de parteras y a través de reuniones periódicas y la gestión de un mediador intercultural que no

represente una figura de autoridad como pudiera ser un médico, se crearían las condiciones necesarias para gestar reflexiones asimiladas adecuadamente en términos culturales y, al mismo tiempo, afines a los intereses de salud pública.

En el marco conceptual de la teoría del capital social, se tiene que el fortalecimiento de una red ya existente, presupone la voluntad política de todas las partes implicadas, ante todo de la vinculación de la colectividad y los mediadores, a sabiendas de que el resto del proceso que implica la información en cascada hacia la sociedad se da en automático a razón de la autoridad moral que representa la figura de la partera en sus propias localidades.

El fortalecimiento de la asociación civil daría por resultado una red de capital social del tipo formal “con directivos reconocidos, requisitos de afiliación, reuniones regulares, etc.” (Putnam, 2003: 17); denso y tenue a la vez, esto depende de la periodicidad de las reuniones, pero no dejaría de tener todas la ventajas del capital social tenue a razón de que los miembros con frecuencia guiarán a otros miembros “probablemente hacia posibilidades desconocidas” (Putnam, 2003: 18); vuelto hacia dentro en el sentido del fortalecimiento de la valoración de la identidad, y a la vez vuelto hacia fuera, pues las parteras son ya de por sí un canal de información para con su sociedad; y por último, sería un capital social que tiende puentes pues la apropiación del conocimiento auto-reflexivo y crítico se da a partir de insumos nuevos del exterior en una relación de carácter intercultural con los conocimientos previos que se poseen, y a su vez es vinculante en tanto que asocia personas del mismo género, etnia y gremio.

La iniciativa podría ser recibida por la DGPLADES a través de la DMTyDI, o incentivada por otro tipo de organismos no gubernamentales o del sector privado, siempre y cuando se haga una gestión inteligente con el objetivo de empezar a vincular los programas de salud pública con los intereses del programa de salud intercultural, puesto que ninguna problemática escapa a los constreñimientos culturales y sociales de la población a la que va dirigida.

Para concluir, se puede añadir que el fortalecimiento del capital social de este grupo en específico permite, además, un manejo dinámico –por su mismo carácter auto-reflexivo- de la información, acorde con la dinámica propia de la generación de los conocimientos y aplicaciones científico-técnicas (prueba del VPH, vacuna, cambio de material del espéculo, modificación de la periodicidad de la prueba de tamizaje, etc.); lo que sucede con la manera

tradicional-vertical, y a veces coercitiva de transmitir la información es establecer cierta desconfianza en las usuarias, es decir, las preguntas ¿por qué antes era así y de pronto es así? se podrían responder en un ambiente social creado para hablar ampliamente de estos temas y no solamente en el sentido imperativo al que están acostumbradas.

Consideraciones finales. La prevención del cáncer cérvico uterino desde el paradigma de la interculturalidad

Con el fin de sintetizar los resultados de la investigación aquí expuesta se retoma como antecedente los estudios hechos por Peter Baas, Leonard van Gendt y Nancy van Weesep-Smyth en el marco del Programa de Desarrollo Socioeconómico de la Zona Maya (PRODEMAY) auspiciado por UNICEF, cuyo trabajo de campo fue realizado entre agosto y noviembre de 1977. Sirvan sus diagnósticos y propuestas como ejemplos de la necesidad histórica de integrar el paradigma de la interculturalidad no sólo en los estudios académicos sobre salud sino en las prácticas mismas de las realidades sociales; y sirva también para discutir el concepto, desindianizando su definición y aplicándolo a diversas realidades en contextos sociales más amplios, pues estos autores no constriñen su visión de la Zona Maya al indigenismo imperante de la época y tampoco usan el término ‘interculturalidad’ para describir propuestas que, sin embargo, son afines al concepto. Con esto se quiere decir que antes de dar definiciones es preciso notar que “... los nombres con que nombramos las cosas desde nuestras tradiciones de origen son nombres contextuales, que necesitan ser redimensionados desde las perspectivas que se abren en los nombres de otras tradiciones culturales” (Fornet-Betancourt, 2002: 159).

Para abordar el tema de la interculturalidad se sigue a Raúl Fornet Betancourt quien parte de la imposibilidad de dar una definición, o para ser más precisos, abre la posibilidad de no dar una definición del concepto de interculturalidad pues tal proceder de la ciencia occidental implica en sí mismo una delimitación, fragmentación y parcelación en un marco de referencias teóricas que nos obliga a reducir la interculturalidad a un ‘objeto de estudio’, es decir, ver a los sujetos “más como un 'objetivo' de estudio que como gestores y autores de los procesos en cuestión” (Fornet-Betancourt, 2002: 157). Por eso se hace énfasis, siguiendo a Gilberto Giménez (capítulo 3) en las características de intersubjetividad, situacionalidad y relacionalidad que presentan las identidades sociales, con el fin de evitar la esencialización de la otredad que se empeña en conservar su ‘pureza’, pues no es lo mismo revitalización, revaloración y conservación que apertura, reconocimiento y diálogo entre sujetos en interacción dinámica.

Este último proceso, “superando el horizonte de la tolerancia de las diferencias culturales, propone el desarrollo de una práctica de la convivencia y del enriquecimiento mutuo como eje para generar tanto a nivel teórico como práctico procesos de transformación cultural en las culturas en diálogo”. (Fornet-Betancourt, 2002: 160).

Hace cuarenta años, comenzó la gestión autónoma de un estado soberano. Por las características de su formación histórica (capítulo 2) en Quintana Roo se formó la Zona Maya como espacio vulnerable en el desarrollo integral del estado. En este espacio se concentraba, entonces, la mayor parte de la población estatal la cual era de origen indígena. Poco a poco, la población mestiza proveniente de distintos estados y países, fue desplazando demográficamente a los pobladores campesinos mayas, al mismo tiempo que la Zona Maya enflaquece debido a la migración a las zonas de mayor crecimiento económico, lo que hoy en día sigue acrecentando su vulnerabilidad social.

En la década de 1970, ante la creación de la Zona Maya como “zona de desarrollo especial”, en los diagnósticos se planteó ya la idea de que “el ofrecimiento de servicios formales por parte del gobierno no es una garantía para un desarrollo general autónomo sostenido” (Bass y van Gendt, 1978: 7). No obstante, esto no se tomó en cuenta en la gestión de la infraestructura. En una actitud integracionista, los objetivos del gobierno en lo que respecta a la prestación de servicios y sus efectos no consideraron resolver cuestiones como: en interés de qué grupo particular se formulan los objetivos, y en qué medida la participación de la población es tomada en cuenta en la formulación, el contenido y la organización de los servicios. Aquí se enfatiza en que el aspecto del idioma no era el único ni el principal limitante, sí lo era por el contrario la tendencia a la diferenciación étnica por parte del grupo macehual, como lo explican Bartolomé y Barabas (1977) y como se expone en el capítulo 2. En este sentido los asesores Peter Baas y Leonard van Gendt detectan dos problemas principales

“En el primer aspecto, podemos pensar en el problema del desacostumbramiento, de la desconfianza, incluso de la hostilidad hacia un servicio, el estatus social y la percepción del espacio por el usuario. En el segundo aspecto se puede pensar en el carácter inadaptado del contenido, el trabajo con los foráneos que ofrecen los servicios y por ejemplo, no entienden la lengua Maya” (Bass y van Gendt, 1978: 8).

En este sentido, la propuesta que se presenta en esta tesis a la luz de las nuevas teorías de las identidades sociales (Giménez, 2009), es repensar el problema de la identidad, con el fin de evitar estereotipos generados en momentos históricos, y ante todo diseñar canales de comunicación para la participación ciudadana -en términos culturales más que cívicos- cuyo fin sea “deconstruir la ideología monoculturalista de la coherencia identitaria para rehacer la identidad... desde la convivencia intercultural... en términos de un proceso contextual y universal a la vez y que, por eso mismo, se reconfigura continuamente” (Fornet-Betancourt, 2007: 14).

“Los factores históricos deben ser tomados en serio en el sentido de que se reconozca que la gente actúa en base en experiencias pasadas: este es el contenido de las costumbres. En vez de tratar de convencer a la gente que sus costumbres son indeseables, y tratar de modernizarlas, se debería crear un nuevo contexto histórico – un periodo de buena experiencia con asistencia sanitaria a nivel local-, que encaje con las necesidades y definiciones de los habitantes, creará la confianza necesaria” (van Weesep-Smyth, 1979: 50).

Abrir los canales de comunicación significa no sólo dar cabida a la diversidad de representaciones sociales en torno a un problema común, sino, ante todo, poner dichas representaciones en diálogo a través de una “razón interdiscursiva” la cual “descentra culturalmente la reflexión y la centra en el momento de la interconexión” (Fornet-Betancourt, 1994: 3). En términos de nuestro tema significa descentralizar los canales de la comunicación vertical y unilateral, y abrir las posibilidades de reciprocidad en la que los colectivos manifiesten sus preocupaciones y reflexiones, y donde sus prácticas, lejos de ser tomadas como reminiscencias tradicionales desde el punto de vista culturalista, sean integradas en un nuevo modelo médico en el que el discurso de las representaciones sociales hegemónicas también se transformen en el contacto con las otras representaciones. En términos de Fornet Betancourt es aprender a ver en este caso a los médicos y parteras tradicionales de la Zona Maya

“como palabra que comunica una perspectiva que nos *localiza*, remitiéndonos así a nuestros propios límites; pero ofreciéndonos con ello al mismo tiempo la fecunda

posibilidad de reperspectivizar nuestra perspectiva inicial y entrar de este modo en el proceso de universalización que se inicia justamente en ese momento de la transculturación” (Fornet-Betancourt, 1994: 22 subrayado original).

Ya desde 1976, Nancy van Weesep-Smyth rescata este aspecto comunicativo en la asistencia sanitaria en las comunidades de la Zona Maya. Colaboradora de UNICEF con el gobierno de Quintana Roo y crítica del diagnóstico hecho por el PRODEMAY (Programa de Desarrollo Socio-económico de la Zona Maya), la autora rescata el presupuesto de Baas y van Gendt sobre la consideración imperante de que “la participación de la comunidad es la clave para la organización y el mantenimiento de los servicios básicos” (van Weesep-Smyth, 1979: 1). El principal problema que ella nota, lo expresa en el siguiente planteamiento

“La utilización de los servicios médicos es considerada por el PRODEMAY como un problema, la política de descentralización no ha mejorado la situación sanitaria como se había esperado. Las clínicas fundadas por las diferentes organizaciones de desarrollo son insuficientemente utilizadas por la población. Esta es la situación general en la región maya. Según los encargados de los servicios médicos, la reacción de la población se debe al tradicionalismo, y a una inexplicable atracción que los doctores privados tienen para los habitantes. Los encargados concluyen que la única forma de aumentar el uso de los servicios médicos es educar a la gente y combatir su tendencia al uso de remedios rápidos pero no efectivos” (van Weesep-Smyth, 1979: 52).

Los términos de participación social que ella propone, no responden al mismo sentido en el que se propone dicha participación desde las políticas públicas sanitarias actuales, que privilegian la “consultoría y educación en salud” sobre la reciprocidad comunicativa. Además, ella observa que

“El principio de autosuficiencia que condujo a la descentralización de los servicios, está frustrado por el hecho de que la comunicación va en una sola dirección: desde arriba hacia abajo. La descentralización del servicio sanitario no quiere decir que la población participe en su planeación y en su funcionamiento. Las necesidades de la

población son definidas para ellos y no por ellos. La comunicación recíproca, que puede transmitir las necesidades 'sentidas' -como son definidas por la población- y la forma en que se les debe aliviar, no ocurre". (van Weesep-Smyth, 1979: 48).

La opción de integrar a los mismos habitantes mayahablantes en el sistema estructural de la atención sanitaria no fue ni ha sido una estrategia que dé resultado en el desarrollo autónomo e integral, y mucho menos de carácter intercultural, en la prestación de los servicios de salud. La incorporación de "auxiliares sanitarios" se refiere a incluir personal nativo de la Zona Maya en las instituciones oficiales –y por lo tanto inducirlos al sistema de valores y representaciones sociales de las mismas- y no a una participación endógena. El diagnóstico PRODEMAY (1976: 173 citado en van Weesep-Smyth, 1979: 1) concluye con una serie de prioridades respecto a la participación de la comunidad en la que se sugiere precisamente esta estrategia la cual, hasta fechas actuales, es continuada, y aunque se sabe necesaria, también se considera insuficiente en términos de comunicación intercultural

"Podemos resumir esta estrategia como el entrenamiento de miembros de la comunidad, con el fin de proveer a su gente de servicios de salud modernos, de acuerdo a la realidad socio-cultural de cada comunidad... se da por supuesto que la comunicación en la comunidad misma es efectiva, ya que el auxiliar sanitario es miembro de ésta" (van Weesep-Smyth, 1979: 1).

Dicho supuesto no resulta ser del todo cierto. En las entrevistas realizadas se aprecia el hecho de que el personal de salud hable la lengua maya, pero también se identifica que se prefiere el uso del español cuando la persona usuaria es bilingüe. También se reconoce que las consultorías y la transmisión de información en esta lengua responden más a un proceso de traducción literal, en el que se utilizan muchos préstamos del español que no tienen cabida en el universo simbólico en idioma maya (por ejemplo las partes específicas del aparato reproductor femenino y otros conceptos como virus, bacterias, etc.), en detrimento de una traducción de *contenido de las representaciones sociales* mismas.

Así, en una propuesta de carácter intercultural se reconoce que la prestación de servicios de salud y transmisión de campañas informativas por parte de miembros de la misma comunidad no resulta una estrategia suficiente, pues parte de supuestos que no se

evalúan, por ejemplo

“Se supone que la enfermera debe introducir al doctor a la población, y ayudarle a romper la barrera de contactos evidentes. Sin embargo, el contacto de la enfermera con los habitantes también depende de su personalidad. El código de la SSA no evalúa su trabajo en base al comportamiento orientado hacia la comunidad. Se supone que los habitantes tendrán confianza en la enfermera automáticamente y se comunicarán con ella informalmente. Desafortunadamente, lo contrario puede ser cierto, aumentando en vez de reduciendo el problema de contacto entre el centro sanitario y los habitantes” (van Weesep-Smyth, 1979: 26).

Por su parte, Baas y van Gendt (1978) propusieron la pertinencia de considerar el acceso a los servicios públicos con base en tres categorías: acceso geográfico, accesibilidad material – costos, credenciales, certificados, etc. - y accesibilidad inmaterial – determinado por el origen socio-económico y socio-cultural del usuario; y advierten:

“Si no se respeta una de las categorías de condiciones el uso puede ser trabado en gran medida. Los más pobres, los marginales en la sociedad, van a ser los más afectados por esas trabas. Y el proceso de marginación que se trata de parar con la entrega de servicios va a ser, por el contrario, acentuado” (Bass y van Gendt, 1978: 9).

La clase social es determinante en las condiciones de vulnerabilidad y en el mismo eje de esta “accesibilidad inmaterial” se encuentra también el origen socio-cultural del usuario. Por tal motivo los autores comparan la Zona Maya con el municipio de Othón P. Blanco o Zona Sur en la década de 1970; al respecto llegan a la conclusión de que

“en todas las provisiones la Zona Maya como conjunto queda atrás cuantitativamente de Othón P. Blanco [sin embargo] hemos podido constatar que los pueblos más pequeños de menos de 300 habitantes, tienen los mismos problemas en OPB que en los tres municipios de la Zona Maya” (Bass y van Gendt, 1978: 22).

Por tal motivo es necesario no constreñir la noción de interculturalidad a una dialéctica simple entre “poblaciones indígenas tradicionales” y “sociedades mestizas occidentales”,

sobre todo cuando las ciencias sociales han creado también un conjunto de representaciones en torno a lo que se considera el “indígena” o el “maya” en este mismo juego de las definiciones que limitan la realidad social. Y para abarcar de manera eficiente la problemática de la vulnerabilidad social, de carácter multicultural, en el estado de Quintana Roo, habría entonces que

“orientar el diálogo intercultural en la voluntad de hacer justicia sin reservas a esa nueva cualidad de la relación (comunicación recíproca), significa... para los participantes de este diálogo no solamente despedirse del hábito de buscar el acceso comunicativo al otro convirtiéndolo en *objeto de interés* u *objeto de investigación*, porque el otro no es ya mera materia para pensar por un pensamiento dispuesto precisamente a asimilarlo como lo *pensado* o *conocido*, sino sujeto de un pensamiento propio en proceso” (Fornet-Betancourt, 1994: 5).

El problema radica entonces en proponer cómo estandarizar los servicios públicos para fines de gestión y evaluación nacional e internacional, y al mismo tiempo flexibilizar su organización en razón de la adaptabilidad cultural de cada localidad. La cuestión es importante debido a que desde la creación del Estado ya se identificaban algunos aspectos que resultaban (y resultan) una traba para el acceso hacia estos servicios:

- “1.- Falta de adaptación; el contenido de lo que se ofrece es muchas veces completamente extraño para la gente. Ejemplo: aparatos técnicos en proyectos de riego, contenido de libros escolares, etc.
- 2.- Falta de continuidad de los que otorgan servicios. Ejemplo: pasantes en el sector salud cambian cada año en los centros de salud, los maestros no permanecen mucho tiempo en una misma escuela.
- 3.- Falta de medios.
- 4.- Falta de interrelaciones. Ejemplo: intercambio de conocimientos, datos y experiencias.
- 5.- Demasiado pocas localidades pueden aprovechar de un servicio por la falta de medios. Ejemplo: albergues, escuelas completas y centros de salud” (Bass y van Gendt, 1978: 62).

Hoy en día, se puede observar que la prioridad por parte del gobierno se centró en el punto 5 (ampliación de cobertura), pero se descuidó por completo el resto. Adaptación del contenido, falta de continuidad y falta de interrelaciones, todo ello, se acerca a la propuesta intercultural que aquí se plantea.

Generar canales de comunicación recíproca en el encuentro con los usuarios, que se gesten y trasformen según las necesidades y contradicciones de la población misma; y no sólo ampliar la cobertura y condicionar el servicio a través de programas de asistencia social que, por lo demás, también necesitan una seria evaluación, pues “el problema de adaptación cultural es inherente a instituciones que definen sus normas externamente y cuyo personal es intercambiable” (van Weesep-Smyth, 1979: 43).

El ejemplo que aquí se presenta de los programas de prevención del cáncer cérvico uterino, en realidad no responden a una manera integral de prevenir la enfermedad, sino que se busca la detección oportuna del VPH para una atención temprana pero se descuidan los factores socio-culturales que, en la población concreta, inciden en la transmisión del VPH. También se descuida la interpretación que se hace de la enfermedad, la cual, en este caso presentado tiene puntos de coincidencia con el modelo médico hegemónico, como la aceptación de la auscultación biomédica, lo cual desde el punto de vista de los médicos científicos locales es condición suficiente para darle prioridad a otras campañas sanitarias (cáncer de mama, diabetes, obesidad son las prioritarias).

Por supuesto que los problemas de salud en la agenda pública deben considerar las prioridades de acuerdo a los indicadores de morbilidad y mortalidad. No obstante, los esfuerzos que se hacen son desgastantes cuando la población no acepta o no asimila el mensaje que se quiere transmitir en términos de autocuidado de la salud y prevención de la enfermedad. En el caso del cáncer cérvico uterino, la vía rápida para disminuir los indicadores de mortalidad fue, además de ampliar la cobertura del tamizaje, condicionar el apoyo del programa IMSS-Oportunidades. Pero la debilidad que esto representa es evidente, pues no todas las enfermedades pueden entrar a la cartilla condicionada; y a la vez, no se genera una verdadera conciencia del autocuidado y de participación comunitaria para la solución de problemas de salud ambiental por ejemplo.

Dichos cambios de hábitos y concientización de la población, se han buscado por mucho tiempo en cada campaña de salud, no obstante se continúa en la misma línea del

paradigma monocultural de la ciencia biomédica, cuyas representaciones sociales no se toman como tales, sino que se quieren imponer a la población como verdades objetivas.

Es necesario un cambio urgente de enfoque, tomar en serio las recomendaciones de la política intercultural en salud propuestas en el marco de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la DGPLADES¹⁹ y trabajar en conjunto para integrar un paradigma intercultural en un marco de las identidades sociales que no petrifique ni esencialice la otredad cultural; que al dinamizar el enfoque, se tenga el cuidado de

“no convertir nuestra propia manera de pensar en el lugar del encuentro con el otro; es decir, no hacer de nuestro mundo categorial el centro desde el cual nosotros *comprendemos* al otro, en el sentido de definido y determinado a la luz de nuestro horizonte de comprensión. Ese *entender* asimila e incorpora por reducción, pero no se cumple como conocimiento que reconoce en el otro una fuente de sentido de igual originariedad y dignidad” (Fornet-Betancourt, 1994: 6).

Por razones históricas ya mencionadas en el capítulo 2, en la década de 1970 se hacía evidente que “el sector tradicional evita contacto oficial con personas tan definidamente identificadas con el sector moderno” (van Weesep-Smyth, 1979: 44). Hoy en día, el sector tradicional, en su intento por colegiarse, se ve a menudo menguado básicamente por razones económicas y seguidamente por otras razones de carácter organizativo que merece la pena un estudio propio.

Como se observó en esta investigación, los representantes de uno y otro sector o modelo médico, manejan una serie de representaciones diferenciadas que no se comunican entre sí de manera horizontal, y cuya transformación es unilateral (el sector tradicional se transforma debido a la asimilación coherente con un esquema simbólico de configuración propia). El enfoque del estudio de van Weesep-Smyth propone que “para el mejoramiento de los servicios existentes [es imprescindible] el mejoramiento de la comunicación”. (van Weesep-Smyth, 1979: 45). En la perspectiva que ella presenta

¹⁹ Dirección de Planeación y Desarrollo en Salud [<http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtti.html>].

“La descripción de interacción social ilustra cómo la comunicación perturbada puede tener repercusiones para el individuo y la comunidad. Cualquier servicio –que sea gubernamental o privado, no obstante los motivos de los promotores– que se impone en una comunidad puede ser o poco utilizado, o peor, puede destruir las estructuras autónomas –como en este caso la infraestructura social y cultural de asistencia sanitaria tradicional– y marginar a parte de la población –como en este caso las víctimas económicas del sector moderno y los practicantes de la medicina tradicional” (van Weesep-Smyth, 1979: 46).

En las interrelaciones entre el personal prestador de servicios de salud y los usuarios, se manifiesta a través de las entrevistas aquí presentadas que el trato cambia según la misma persona sea percibida por el personal de salud como un usuario común, o como un representante de la medicina tradicional; recordemos que “las representaciones sociales, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa” (Araya, 2002: 11).

El trato a los sujetos en tanto representantes de la medicina tradicional suele ser preferencial en las clínicas locales, y marginal, o francamente discriminatorio cuando se presenta una crisis en un centro de salud en donde no se han establecido relaciones interpersonales entre los representantes de ambas medicinas. A nivel de los usuarios en general, se encontró en torno a la atención del sector moderno que “aspectos positivos para unos [profesional, modernidad] son negativos para otros [frivolidad, voracidad, incompetencia]” (van Weesep-Smyth, 1979: 43).

Por otro lado, el proceso de incorporación, específicamente de las parteras tradicionales de la Zona Maya, en las estructuras oficiales de las instituciones de salud, tiene también una larga historia que se puede rastrear en esta década de formación del Estado:

“Por medio de un programa estatal de acción sanitaria en cooperación con el DIF, las parteras tradicionales tienen la oportunidad de asistir a un curso en partería -en Valladolid y Chetumal- por el cual obtienen un diploma. El diploma les da un estatus legal y el derecho a cobrar una cuota mínima por su servicio... Las parteras con

diploma están oficialmente reconocidas por el servicio de salud como educadas en técnicas modernas -especialmente higiene-. Como estas parteras se presentan como agentes de la medicina moderna, los habitantes las consideran oficial en todos los aspectos de la asistencia sanitaria. En vista de sus pacientes esto incluye la preparación de remedios para toda clase de enfermedades, o sea, parte del papel tradicional de las parteras. Aunque los doctores aconsejan en contra del auto-medicamento, esta nueva interpretación del papel de las parteras en la asistencia sanitaria no les ayuda en sus intereses. No es que sus remedios tradicionales le hagan daño al paciente, sino que el tratamiento de la partera prolonga el tiempo que el paciente necesita para encontrar un doctor” (van Weesep-Smyth, 1979: 29).

Aquí también se observa cómo el papel de la partera va más allá de la atención del embarazo, parto y puerperio, y el reconocimiento de su autoridad a nivel local, por lo que sus representaciones sociales sobre otro tipo de enfermedades, sean éstas interceptadas por conceptos de la medicina científica o no, tienen un papel comunicativo preponderante en relación con el resto de los habitantes de la localidad.

El problema que van Weesep-Smyth refleja sobre la tardanza en la atención alópata debida al tratamiento con remedios tradicionales, es de suma importancia en el tema del cáncer cérvico uterino, pues como se pudo observar, el núcleo de la representación del cáncer visto como laceración cutánea (o epitelial) en la matriz cuyo síntoma temprano es el flujo vaginal, hasta fechas recientes es que se complementa, también desde la perspectiva intersubjetiva de las parteras, con la citología cervical. Es decir, las parteras, sin aminorar su legitimación ante la población, le están dando cabida a la atención complementaria de sus pacientes al referirlas continuamente al centro médico tras el reconocimiento de sus límites cognitivos y técnicos. ¿Pero lo hace así el sector de la medicina científica? Se sabe que

“existen problemas respecto a la efectividad de tanto el método moderno como el tradicional. Las curas tradicionales tratan de reunir los recursos del propio cuerpo para combatir la enfermedad, y usan medicinas herbarias que no dañan el cuerpo o causan complicaciones. Pero un estado débil de salud no siempre permite una recuperación (rápida) sobre esta base. Los métodos modernos dan alivio rápido pero frecuentemente conmueven el cuerpo ya débil” (van Weesep-Smyth, 1979: 15).

La pregunta es por qué el modelo médico científico no ha estado dispuesto a dimitir su hegemonía a través de reconocer sus propias limitaciones, y no le ha dado cabida a la complementariedad, a la atención integral de la salud. Siempre que lo ha hecho ha sido a nivel personal, en el que el médico acepta que su paciente está siendo atendido por otro modelo y muestra indiferencia ante esta situación, o en el mejor de los casos muestra un interés genuino en el conocimiento de las otras medicinas. Pero a nivel estructural de las instituciones “aunque han habido iniciativas de parte del servicio sanitario del gobierno y de doctores privados para establecer contacto con el sector tradicional, estos programas no han podido abrir canales de comunicación continua” (van Weesep-Smyth, 1979: 47-48). En el caso particular de las parteras por ejemplo, histórica y actualmente

“se organizaron cursos de higiene y otros aspectos de tratamiento de partos para las parteras, de las cuales se espera que mejoren la asistencia disponible en la comunidad y que manden los casos difíciles al doctor. Las parteras que han completado el curso del gobierno perciben su diploma como garantía para cobrar más por sus servicios. Como consecuencia la gente va a las parteras clandestinas, que a su vez evitan cualquier contacto con el sector moderno por miedo de represalias y multas... El contacto entre el sector moderno y el sector tradicional es evitado. Existe mucha desconfianza entre los auxiliares sanitarios reconocidos y los no reconocidos” (van Weesep-Smyth, 1979: 47-48).

Por eso es importante discutir lo que significa “abrir canales de comunicación recíproca” en un sentido intercultural con el fin de evitar, entre otras cosas, basar los programas de interculturalidad en salud en supuestos falsos tales como que “el ideal de desarrollo integral de la comunidad se basa en la idea de que en el pueblo existe una armonía de intereses” cuando en la realidad sucede que “el fiarse en los consejos de un representante del pueblo no es lo mismo que abrir canales para la comunicación recíproca” (van Weesep-Smyth, 1979: 49).

En honor a la justicia, se reconoce que los prestadores de los servicios de salud hacen su trabajo lo mejor que pueden según lo permitan los contextos sociales y políticos concretos. El esfuerzo y los resultados positivos en este sentido son innegables. Pero la

propuesta intercultural no se basa en que ellos (como sujetos y como institución) hagan algo más, sino por el contrario

“no es misión sino dimisión... actitud vivencial... contracción del volumen de lo que somos... se concretiza primero como una paciente acción de renuncia a sacralizar los orígenes de las tradiciones culturales... renuncia a convertir las tradiciones que llamamos propias en un itinerario escrupulosamente establecido... renuncia a ensanchar las 'zonas de influencia' en su correspondiente formación contextual... renuncia a decantar identidades delimitando entre lo propio y lo ajeno... renuncia a centrar lo que cada cultura llama propio en un centro estático... renuncia a sincretizar las diferencias sobre la base de un supuesto fondo común estable... renuncia a la teleología de la unidad” (Fornet-Betancourt, 2007: 12-13).

Siguiendo a Fornet Betancourt (1994, 2007), se trata de establecer renunciaciones que en su vertiente positiva se traducen en acción intercultural, de disminuir las zonas de influencias de lo propio y de acrecentar el espacio de la escucha de la voz del otro. En dicho espacio se darán casos “a veces en convergencia y otras en divergencia pero siempre en flujo relacional” (Fornet-Betancourt, 2007: 14). Y el flujo relacional tiene por fuerza que ser bilateral y horizontal.

Es necesario someter al conocimiento que es producto de la medicina científica, a las mismas reglas de anclaje y objetivación características de las representaciones sociales, pues en todo momento “somos conscientes de la contextualidad e historicidad que afectan a todo tipo de saber humano” (Fornet-Betancourt, 1994: 1). Establecer espacios para el diálogo intercultural debe ser un proceso continuamente abierto

“eminentemente polifónico donde se consigue la sintonía y armonía de las diversas voces por el continuo contraste con el otro y el continuo aprender de sus opiniones y experiencias... es puesta en práctica de una actitud hermenéutica que parte del supuesto de que la finitud humana, tanto a nivel individual como cultural, impone renunciar a la tendencia, tan propia a toda cultura, de absolutizar o de sacralizar lo propio; fomentando por el contrario el hábito de intercambiar y de contrastar [en donde] la voz de cada uno es percibida al mismo tiempo como un modelo de interpretación también posible” (Fornet-Betancourt, 1994: 2-3)

El enfoque de la medicina científica sobre la educación en salud debe pasar de la intención de la inculturación a la disposición por intertransculturación, se tendría que enfrentar al “desafío hermenéutico que representa el diálogo intercultural... la necesidad de replantear los presupuestos de nuestra propia teoría del entender” (Fornet-Betancourt, 1994: 6).

Hasta ahora, en muchos casos las propias ciencias han padecido de este monoculturalismo etnocéntrico, sobre todo cuando se trata de poblaciones catalogadas como indígenas, en este sentido

“el material disponible adolece frecuentemente de deficiencias metodológicas que no lo invalidan como fuente o recurso de primera mano, pero que sí limitan su manejo en considerable medida desde una perspectiva intercultural... el acceso a lo indígena, a lo afroamericano o a lo popular está determinado muchas veces por criterios filosóficos occidentales” (Fornet-Betancourt, 1994: 21).

Concretamente, el autor se refiere a los enfoques integracionistas y comparativos de la antropología social y cultural que la han acompañado a lo largo del desarrollo de las ciencias sociales. Por ello el diálogo intercultural o el establecimiento de los canales de comunicación recíproca

“no se hace con la intención de integrar, de asimilar o de aglutinar el pensamiento del otro en mi manera de pensar. No se trata de enriquecer nuestra perspectiva, instrumentalizando la del otro en función de la nuestra... igualmente el procedimiento comparativo, sobre todo... cuando el punto de partida de la comparación son los logros del propio pensamiento y no se busca en el otro sino aquello que es parecido a lo nuestro... la novedad... radica... en que... arriesgamos realmente la determinación cultural de nuestra manera de pensar, al encontrarnos con voces culturales que se ofrecen como perspectivas para reubicar y presentarnos a nosotros mismos, acaso desde un universo complementario que sólo el otro puede comunicar con su palabra, reperspectivizada la perspectiva filosófica con que inicialmente concurrimos a la convocación de voces” (Fornet-Betancourt, 1994: 25).

Sirvan las teorías de las identidades sociales que privilegian los enfoques intersubjetivos,

relacionales, socio-contextuales y situacionales para reubicar la representación social que tenemos de la otredad, y sirva el paradigma de la interculturalidad (en proceso) para considerar a las otras voces como auténticos interlocutores y no como objetos-sujetos de estudio. “El otro, en este caso el indígena o el afroamericano, deja de ser percibido como lo *interpretable*, porque irrumpe como *intérprete*; como sujeto que me ofrece una perspectiva desde la que yo me puedo interpretar y ver” (Fornet-Betancourt, 1994: 22, subrayado original).

En el contexto actual, en el que ya se lleva camino recorrido y se puede aprender de las experiencias pasadas resultaría interesante poner en práctica las propuestas ya perfiladas, pero ignoradas, en el momento en que se tenía presente la tendencia a la marginalidad de la Zona Maya en Quintana Roo. Se percibe que con la creación del Estado en 1974

“se crea más autonomía... pero un desarrollo fuertemente marginado queda existente. Los sectores productivos tienen apenas una influencia positiva en el interior. Están todavía en manos de empresas cuyos intereses están fuera de Quintana Roo. El gobierno, para tener un presupuesto propio, tiene que exigir el pago de impuestos por parte de los campesinos; ellos sólo pueden pagarle con muchas dificultades. Este grupo sigue teniendo una existencia marginal, sin mucha perspectiva sobre un futuro mejor” (Bass y van Gendt, 1978: 16-17).

En la cuestión concreta sobre los servicios de salud pública, se reconoce y se propone que

“el sector tradicional tiene muchos aspectos positivos, y podría beneficiar la asistencia sanitaria local si su uso fuese controlado... el programa de asistencia debe utilizar los recursos que hay; debe tratar de encajar los otros sectores dentro de la estructura del servicio sanitario del gobierno” (van Weesep-Smyth, 1979: 51).

Y la mejor manera en que esta complementariedad sea controlada, no es la integración de individuos representantes del sector tradicional, en la misma estructura institucional; ni la capacitación de los mismos en búsqueda de una “mejor atención” en términos biomédicos. La propuesta es la comunicación recíproca, traducida en diálogo intercultural, cuyos presupuestos básicos se enumeran a continuación, siguiendo la propuesta de Raúl Fornet

Betancourt (1994):

- 1) “crear las condiciones para que los pueblos hablen con voz propia... cultivar una 'apertura descentrada' ante el otro, es decir, no buscarlo desde nosotros o desde nuestro punto de vista, sino dejarnos interpelar por su alteridad y tratar de encontrarlo desde su horizonte propio” (Fornet-Betancourt, 1994: 7-8).
- 2) Tener una “disposición a fundar una nueva dinámica de totalización universalizante con el otro, basada en el reconocimiento, el respeto y la solidaridad recíprocos. O sea, que para que el aprendizaje y la comunicación interculturales puedan ser posibles no bastaría con una disposición de benevolencia frente al otro, pero finalizada por la propia posición cultural; porque ello llevaría a la incorporación selectiva del otro o incluso a su instrumentalización. Interculturalidad no apunta pues a la incorporación del otro en lo propio... Busca más bien la transfiguración de lo propio y de lo ajeno en base a la interacción y en vistas a la creación de un espacio común compartido determinado por la convivencia” (Fornet-Betancourt, 1994: 8).
- 3) Fomentar un cambio de actitud ante La Verdad, “para este modelo la verdad no es ni condición, ni situación, sino proceso” (Fornet-Betancourt, 1994: 9).
- 4) El pensar respectivo (ver capítulo 3) que contrarresta al relativismo cultural “afirma la pluriversión de la realidad, pero sin abandonarla al aislamiento... sino abriendo el espacio formal para pensar su substancial conexión” (Fornet-Betancourt, 1994: 9).
- 5) “cultivo de ese terreno *inter*, donde toda definición apresurada es un error, así como toda precipitada declaración de armonía puede ser expresión solapada de dominación... cultivo de la disposición a dejar al otro indefinido desde nuestra posición, para que su alteridad se comunique sin bloqueos” (Fornet-Betancourt, 1994: 10).

Un nuevo modelo de relación social en salud está abierto a la comprensión de las representaciones sociales y prácticas de los grupos sociales en los que pretende incidir. Esta tesis pretende ser una contribución en este sentido, con el fin de poner en perspectiva el contexto y las posibilidades de acción. “Los troncos propios en cada cultura son universales concretos. No hay *particularidades* y *universalidad*, sino universalidades históricas. Y todo dependerá entonces de si esas universalidades se capacitan para el encuentro solidario entre sí, o no” (Fornet-Betancourt, 1994: 15).

Anexo A. Entrevista a profundidad.

Lugar:

Fecha:

Vida cotidiana

¿Cuál es su nombre y su edad?

Cuénteme un día normal en su vida desde que se levanta hasta que se acuesta.

Dinámica familiar

¿Cuántos hijos tiene? ¿De qué edades?

¿A qué se dedican sus hijos?

¿Preferiría que ella/os trabajen o sigan estudiando? ¿Por qué?

¿Usted percibe algún ingreso? Ya sea por becas, trabajo o comercio

¿A qué se dedica su esposo? ¿Cómo cuánto gana?

¿Alguien más en la familia aporta de su trabajo el dinero para la casa?

Cuénteme sobre sus papás ¿Dónde vivían? ¿A qué se dedicaban? (si era partera o médico ¿sabía más, o menos que usted ahora?) ¿De qué enfermaron o murieron?

¿Alguna vez su mamá le habló sobre temas sexuales o del cuerpo de la mujer?

¿Qué anécdota recuerda al respecto?

¿Usted habla con sus hijas de estos temas?

¿Cree que la relación entre su mamá y usted ha sido diferente que la de usted con sus hijas?

¿Qué ha cambiado?

Oficio

¿Usted es partera? *X-yoot'*, *x-k'an chaampal*, *x-ilaj k'oja'an* ¿*X-alansaj* ya no se usa? ¿Con qué otros nombres se conoce a la partera?

¿Usted sabe sobar/acomodar: ciclo reproductivo, el pasmo, el útero o matriz, ante un aborto (*éemsaj áal*, *úuchil loob ti' na'*), el cirro y otros órganos (*nak'*, *choochel*, *puk'sik'al*, *xiich'*, otros), el empacho? ¿Qué más?

¿A qué edad comenzó a aprender y cómo? ¿Quién le enseñó?

¿Alguna hija, sobrina o alguien joven que conozca muestra interés por aprender el oficio?
 ¿Cuándo atendió su primer parto?
 Cuénteme lo que recuerda de aquella experiencia.
 ¿Qué sensaciones le provoca traer un niño al mundo?
 ¿Qué sensaciones tiene cuando las cosas salen mal?
 ¿Cómo comenzó a ser parte del grupo *Tumben Cuxtal*?
 ¿Ha aprendido algo nuevo sobre ser partera en este grupo? ¿Cómo qué cosas?
 ¿Le gustaría que se hagan más actividades en este grupo? ¿Cómo cuáles?
 ¿Hay otra razón por la que la visiten que no sea por embarazo? (anticoncepción, aborto, acomodo de matriz, sobada de otro tipo como el cirro por ejemplo, qué más)
 ¿Qué es lo que le da más miedo de su trabajo? ¿Por qué?
 ¿Cuál es la diferencia entre *yoot'* o *yeet'* y *páats'*?
 ¿*Xookech u búulil u táab u tuuch utia'al u yojeeltik jaytiul paalal ku bin u siijil?* ¿*wa ma'*?
 [¿Sabe contar los “frijolitos” del cordón umbilical para saber cuántos hijos tendrá la mujer?]

Cuerpo humano / femenino

¿Qué órganos tenemos adentro los seres humanos? ¿Qué pasa si se mueven (*k'askunaj*)?
 ¿Por qué se mueven? ¿Cómo se alinean, cómo se ordenan (*utskinaj*)?
 El cirro es una parte del cuerpo humano, cuando se descompone hacia (arriba-abajo-derecha-izquierda) ¿qué síntomas manifiesta?
 ¿Usted ha escuchado algo sobre que el cuerpo humano tiene una orientación [Norte-Oriente]? ¿Quién lo dice? ¿Qué opina sobre esto?
 ¿Cómo se dicen las partes del cuerpo? (antropomorfización) (dedos, dientes, lengua, protuberancias)
 ¿Cuáles son las diferencias entre el cuerpo del hombre y el de la mujer?
 ¿“Vagina y Pene” son palabras malas? ¿De qué otras formas se dice “vagina (*ba'al*, *t'aan*) y pene” (*toon*, *xiibil*)? ¿Qué son/para qué sirven?
 ¿Cómo se dice en maya matriz-útero, trompas, ovarios, labios-conducto (*u chi' peel*) cuello del útero, clítoris (*u yáak peel*), el flujo normal/malo que sale de la vagina (*u yiits peel*, *u ta' peel*, *u k'áab peel*)? ¿Qué son/para qué sirven?

¿Cómo se le llama al periodo menstrual (*ém k'i'ik'el, ém k'oja'ani', ts'o'ok u yilik u nook*)? ¿*yaj óol, élel óol, k'ux óol*? [términos para dolor]

¿Qué sería lo peor que le podría pasar a una niña / jovencita / mujer madura respecto a su cuerpo / su sexualidad?

¿Alguna vez alguien ha tomado una decisión sobre su propio cuerpo? ¿Algún prestador de servicios médicos se ha sobrepasado con el cuerpo de la mujer?

¿Cómo se dice dolor (de parto, *yaj, chi'ibal, k'i'inan, éelel k'i'inan, k'ux, ch'otnak*, cólico)?

¿Le gustaría que sus hijas sepan mucho sobre su cuerpo / su sexualidad o prefiere que se mantengan alejadas de estos temas? ¿Por qué?

Cáncer en general

¿Qué le viene a la mente cuando escucha la palabra “cáncer”?

Si el cáncer fuera una persona ¿cómo se imagina a esta persona? (género / edad / aspecto / actitud)

¿Conoce a alguien que haya enfermado de cáncer (de lo que sea)?

¿Por qué usted cree que se enfermó?

¿Qué tiene que hacer una persona enferma de cáncer?

¿Conoce algún medio natural (hierba / sobada) o sagrado (rito / rezo) para tratar el cáncer?

De las siguientes ¿Cuáles cree usted que sean alguna causas por las que las personas enferman de cáncer? Puede señalar más de una.

- 1) es un castigo por mal comportamiento de la persona o de sus padres o familiares
- 2) es un mal que otra persona le hecha para hacer mal al que enferma o a alguien de su familia
- 3) es por la contaminación del ambiente, de los alimentos, del agua (dar ejemplos)
- 4) es la propia envidia o coraje que las personas cargan lo que hace que se enfermen
- 5) es por virus o bacterias
- 6) es porque se descomponen los órganos y no se los componen

¿Puede mencionar alguna otra cosa que crea que causa el cáncer?

Cáncer cérvico uterino (CaCu)

¿Ha escuchado hablar de cáncer que les da solamente a las mujeres? ¿Cuáles?

¿Ha escuchado hablar de las displasias? ¿Qué, dónde?

Ha escuchado hablar del cáncer cérvico uterino, cáncer del cuello del útero, de la matriz, o algún otro nombre que tenga que ver con el aparato reproductor de la mujer?

¿Dónde ha escuchado hablar de éste? (en la tele, en oportunidades, enfermeras, doctores, hijas, vecinas, etc.)

¿Conoce a alguien que haya enfermado de displasia o de CaCu?

¿Usted sabe si a esta persona le duele (cómo le duele)?

¿A esta persona, usted la ve que *yaj u yóol, mina'an u yóol, jach t'o'onan*? [estados de ánimo] ¿*wa ma'* como si nada?

Si el CaCu fuera una persona ¿cómo se imagina a esta persona? (género / edad / aspecto / actitud)

¿Qué sabe sobre este cáncer? ¿Es igual que los otros o es diferente?

¿Qué lo causa?

¿Qué efectos tiene?

¿Cómo se previene?

¿Cómo se detecta?

¿Cómo se cura?

¿Hay alguna forma de curar el CaCu que no sea yendo al hospital? ¿O alguna cosa que se haga aquí en el pueblo, en sus casas, que ayude al tratamiento en el hospital? ¿Conoce algún medio natural (hierba / sobada) o sagrado (rito / rezo) para tratar este cáncer?

De las siguientes ¿Cuáles cree usted que sean alguna causas por las que las mujeres enferman de CaCu? Puede señalar más de uno.

- 1) es un castigo por mal comportamiento de la mujer o de sus padres o familiares
 - 2) es un mal que otra persona le hecha para hacer mal a esa mujer o a alguien de su familia
 - 3) es por la contaminación del ambiente, de los alimentos, del agua (dar ejemplos)
 - 4) es la propia envidia o coraje que las personas cargan lo que hace que se enfermen
 - 5) es por no seguir los consejos del embarazo o la menstruación (¿Cuáles?)
 - 6) es por virus o bacterias
 - 7) es porque se descomponen los órganos y no se los componen ¿cuáles órganos?
- ¿Puede mencionar alguna otra cosa que crea que causa el cáncer en las mujeres?
- ¿Usted piensa que es una enfermedad caliente, fría, o ninguna de estas?

¿Habla con sus pacientes del CaCu? ¿Como que les dice? ¿Ellas le preguntan a usted de este tema?

Examen citológico

¿Ha escuchado hablar de la citología cervical? ¿Y del Papanicolaou? ¿Qué ha escuchado?

¿Alguna vez ha ido a la clínica para que le hagan el Papanicolaou?

¿Por qué no? ó ¿cómo fue la experiencia?

¿Llevaría a sus hijas para que les hicieran el Papanicolaou? ¿Por qué?

Cuando visita la clínica ¿el personal de salud le explica bien qué es lo que le van a hacer?

Experiencias de interacción

¿Cómo es el trato del personal de salud hacia usted como paciente?

¿Hay alguna anécdota agradable / desagradable que recuerde cuando ha ido a la clínica como paciente? (de preferencia por Papanicolaou, si no por lo que sea)

¿Cómo es el trato del personal de salud hacia usted como partera?

¿Hay alguna anécdota agradable / desagradable que recuerde cuando ha estado en contacto con el personal de salud debido a su oficio de partera?

¿Quién prefiere que realice estos exámenes: mujeres, varones, o depende sólo del trato de esta persona?

Identidad / etnicidad

[Para conocer su adscripción a redes de pertenencias identitarias – de género, de oficio, de clase social, de grupo nacional/regional/étnico]

¿Puede contarme alguna situación o anécdota en la que ser mujer haya sido una ventaja? (motivo de orgullo / de confianza)

¿Puede contarme alguna situación o anécdota en la que ser mujer haya sido una desventaja? (discriminación / motivo de rechazo)

¿Puede contarme alguna situación o anécdota en la que ser partera haya sido una ventaja? (motivo de orgullo / de confianza)

¿Puede contarme alguna situación o anécdota en la que ser partera haya sido una

desventaja? (discriminación / motivo de rechazo)

¿Puede contarme alguna situación o anécdota en la que ser de pueblo haya sido una ventaja? (motivo de orgullo / de confianza)

¿Puede contarme alguna situación o anécdota en la que ser de pueblo haya sido una desventaja? (discriminación / motivo de rechazo)

¿Usted es descendiente de los mayas? ¿Por qué? ¿Qué significa para usted ser maya?

Ser descendiente de los mayas es motivo de orgullo ¿cierto o falso?

¿Puede contarme alguna situación o anécdota en la que ser descendiente de los mayas haya sido una ventaja? (motivo de orgullo / de confianza)

¿Cree que hay situaciones en las que ser maya puede ser una desventaja? (motivo de discriminación / rechazo)

¿Puede contarme una anécdota que le haya sucedido a una persona que haya sido discriminado o rechazado por ser maya?

¿Le gustaría que el personal de salud / las pláticas, hablaran la maya? ¿Por qué?

Supongamos que una partera va al centro de salud a solicitar ayuda porque el parto que estaba atendiendo se complicó, y el doctor o doctora, en vez de ayudarle de buena gana la empieza a regañar, le dice que no sabe lo que hace y hasta la insulta.

¿Conoce una persona que le haya sucedido esto?

¿Por qué piensa usted que el personal de salud tenga ese comportamiento hacia esa persona? (respuesta libre luego auxiliada por las cinco respuestas de identidad [1) Por ser mujer; 2) Por dedicarse a ser partera; 3) Por ser pobre; 4) Por ser de pueblo y hablar maya; 5) Por pura ignorancia del personal de salud]). ¿Es común que el personal de salud se comporte así, o es raro?

¿Le gusta ser parte del grupo "Parteras Tradicionales Unidas Tumben Cuxtal"? ¿Qué es lo que más le gusta?

¿Cree que formar parte del grupo puede ayudar a fortalecer su identidad como mujeres / como parteras / como mayas?

Por último ¿usted cree que las nuevas generaciones están perdiendo el significado / el valor de ser mujeres / de ser parteras / de ser mayas? ¿A qué cree que se debe?

Referencias bibliográficas

- Araya Umaña, Sandra (2002), *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Cuaderno de Ciencias Sociales 127, Costa Rica: FLACSO.
- Baas, Peter y Leonard van Gendt (1978), *Estudio sobre la organización espacial de los servicios básicos en la Zona Maya*. Amsterdam: Instituto de Geografía y Planificación de la Universidad Libre de Amsterdam.
- Bartolomé, Miguel Alberto y Alicia Mabel Barabas (1977), *La resistencia maya. Relaciones interétnicas en el oriente de la península de Yucatán*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia / Secretaría de Educación Pública (Colección científica, etnología 53).
- Bracamonte, Pedro y Gabriela Solís (2006), "Insumisos e idólatras. Los mayas del Caribe Peninsular durante la Colonia", en Carlos Macías Richard *El Caribe Mexicano. Origen Y Conformación, Siglos XVI-XVII*, México: Universidad de Quintana Roo / Porrúa, pp. 425-522
- Campos Navarro, Roberto (2004), "Experiencias sobre salud intercultural en América Latina" en Gerardo Fernández Juárez (Coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Chávez Arias, Nancy Paola (2009) *Imágenes rituales. Referentes de la cosmovisión maya actual: el caso del tip'te'*, Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Antropología, México: Universidad Autónoma de Querétaro.
- Dachary, Alfredo César y Stella Maris Arnaiz Burne (1983), *Estudios socioeconómicos preliminares de Quintana Roo. Sector agropecuario y forestal (1902-1980)*. México: Centro de Investigaciones de Quintana Roo.
- Dachary, Alfredo César y Stella Maris Arnaiz Burne (1998), *El Caribe Mexicano, una frontera olvidada*. México: Universidad de Quintana Roo.
- Dzul Rosado, K., Puerto Solís, M., & González Losa, M. (2004), "Cáncer cervicouterino: métodos actuales para su detección". *Revista Biomédica*, Vol. 15, Núm. 4, pp. 233-241.
- Eslava Albarracín, Daniel Gonzálo y Puntel de Almeida, María Cecilia (2002), "Representaciones sociales de salud y enfermedad. Investigando el estado del arte". *Ciencia y Enfermería*. Vol. 8, Núm. 2, pp. 59-72.
- Fornet Betancourt, Raúl (1994), *Filosofía intercultural*. México: Universidad de Nayarit.

- Fornet Betancourt, Raúl (2002), "Lo intercultural: el problema de y con su definición" en *Pasos*, septiembre-octubre Núm. 103, San José, Costa Rica, pp. 157-160.
- Fornet Betancourt, Raúl (2007), *Interculturalidad y religión. Para una lectura intercultural de la crisis actual del cristianismo*. Quito, Ecuador: Abya-Yala.
- Giménez, Gilberto (2009), *Identidades sociales*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Glaser, B. y A. Strauss (1967), *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Hernández Castillo, Aída (2001), "Entre el etnocentrismo feminista y el esencialismo étnico. Las mujeres indígenas y sus demandas de género". *Debate feminista*, Vol. 12, Núm. 24, pp. 1-28.
- Hidalgo Martínez, A. C. (2006), "El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna". *Revista Biomédica*, Vol. 17, Núm. 1, pp. 81-84.
- Lozano Cortés, René y Luis Fernando Cabrera (2011), *Quintana Roo: Producto interno bruto municipal (1993-2008) y matriz insumo-producto*, México: Universidad de Quintana Roo / Consejo Quintanarroense de Ciencia y Tecnología.
- Menéndez, Eduardo L. (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Miklos, Thomas; Edgar Jiménez y Margarita Arroyo (2008), "Metodología y técnicas prospectivas para la elaboración de políticas públicas". *Prospectiva, gobernabilidad y riesgo político. Instrumentos para la acción*, México: Limusa, pp. 59-102.
- Mohar, A. (2003), "Prevención del cáncer cervical: el caso de los países en desarrollo". *Salud Pública de México*, Vol. 45, Suplemento 3, pp. 302-303.
- Palacio Mejía, L. S., Lazcano Ponce, E., Allen Leigh, B., & Hernández Ávila, M. (2009), "Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006". *Salud Pública de México*, Vol. 51, Suplemento 2, pp. 208-219.
- Putnam, Robert D. (2003), *El declive del capital social. Un estudio internacional sobre sociedades y el sentido comunitario*, Barcelona: Galaxia Gutenberg.

- Rojas Soriano, Raúl (1990), *Crisis, salud, enfermedad y práctica médica*. México: Plaza y Valdés.
- Tirado Gómez, L. L., Mohar Betancourt, A., López Cervantes, M., García Carrancá, A., Franco Marina, F., & Borges, G. (2005), “Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas”. *Salud Pública de México*, Vol. 47, Núm. 5, pp. 342-350.
- Ugalde, Alberto (2010), “La prevención oportuna del cáncer cérvicouterino”. *Estos días. El Semanario de Quintana Roo*, Núm. 160, 2 de agosto, p. 46.
- Van Weesep-Smyth, Nancy (1979), *Una evaluación de la asistencia sanitaria en una comunidad maya*, Amsterdam: Instituto de Geografía y Planificación de la Universidad Libre de Amsterdam.
- Velázquez Osuna, E. (2011), *20 respuestas para cáncer cervicouterino*. México: Editorial Vergara.
- Villa Rojas, Alfonso (1946[1977]) “Los Mayas del actual Territorio Quintana Roo” en *Enciclopedia Yucatanense*. México: Gobierno del Estado de Yucatán, pp. 31-62.
- Voss, Alexander W. (2008), “El desarrollo del maya peninsular: siglos VII a XVI” en *Los mayas contemporáneos*, Julio Robertos Jiménez, Ever Canul Góngora y Manuel Buenrostro Alba (Coord.). México: Universidad de Quintana Roo / Centro de Estudios Interculturales / Plaza y Valdés.
- Wiesner Ceballos, C., Vejarano Velandia, M., Caicedo Mera, J., Tovar Murillo, S., & Cendales Duarte, R. (2006), “La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones”. *Revista Salud Pública*, Vol. 8, Núm. 3, pp. 185-196.
- Zolla, Carlos (2008), “Antropología médica, salud y medicina en la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán”, en Baez, Jorge F. (Coord.), *Memorial crítico: diálogos con la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán en el centenario de su natalicio*. Xalapa, México: Gobierno del Estado de Veracruz.

Otras fuentes consultadas

- Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE). (2010). *Manual para la vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico-uterino*. México: Secretaría de Salud.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), (2011), *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México*.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), (2010), XLIII Periodo de Sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo "Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo". *Principales causas de mortalidad en México. 1980-2007* (págs. 1-59). Nueva York: Secretaría General del Consejo Nacional de Población.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), (consultado 19 de noviembre de 2011). *Índices de marginación*. Recuperado el 13 de octubre de 2011, de <http://www.conapo.gob.mx/>
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) / Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI), *Interculturalidad en Salud. Síntesis ejecutiva*, México, s/f.
- Declaración de Alma-Ata* (1978), Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. URSS: OMS / PAHO.
- Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP), (2008). *Plan Integral para el Desarrollo de un Sistema Mesoamericano de Salud Pública*. México: Secretaria de Relaciones Exteriores / Secretaría de Salud.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2000), *Censo de Población y vivienda*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2005), *Conteo de Población y vivienda*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2010), *Censo de Población y vivienda*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2011), *Perspectiva estadística Quintana Roo*. México.
- International Agency for Research on Cancer / World Health Organization (IARC/WHO), (consultado 15 de diciembre de 2010). *Cancer Incidence and Mortality Worldwide, GLOBOCAN, 2008*. Recuperado el 5 de septiembre de 2011, de <http://globocan.iarc.fr/>

Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, *NOM-014-SSA2-1994* (Diario Oficial de la Federación 26 de abril de 1994).

Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, *NOM-014-SSA2-1994/18mayo07* (Diario Oficial de la Federación 18 de mayo de 2007).

Organización Panamericana de la Salud (OPS-PAHO), (2001) *Hoja informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo*, Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.

Primer Catálogo de temas para realizar técnicas de participación social, (2011), Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno Federal, V 2.0 PCT-19012011.

Secretaría Estatal de Salud (SESA) / Dirección de Servicios de Salud / Departamento de Salud Reproductiva (2008 y 2010), *Mortalidad por cáncer de mama y cervicouterino por entidad federativa*, Chetumal, Quintana Roo.

Secretaría de Salud (SSA) / Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2008) *Programa de Acción Específico 2007-2012 Cáncer Cérvico Uterino*, México.

Sistema de Información de Cáncer en la Mujer (SICAM), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2011), *Metas trimestrales acumuladas 2011 para la estrategia de VPH*, Chetumal, Quintana Roo.

Sistema de Información de Cáncer en la Mujer (SICAM), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2011), *Metas trimestrales acumuladas 2011 por la detección con citología cervical*, Chetumal, Quintana Roo.

Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). (2008). *Situación de la Salud en México. Indicadores Básicos, 2006*. México: Secretaría de Salud / Organización Panamericana de la Salud.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), (2008). *Programa de acción específico, 2007-2012. Cáncer cervicouterino*. México: Secretaría de Salud.

World Health Organization / Institut Catalá d'Oncologia / Information Centre of HPV and Cervical Cancer (2010), *Human Papillomavirus and Related Cancers in Americas. Summary Report*. Barcelona.