



EL COLEGIO DE MÉXICO, A.C.
**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS Y DE
DESARROLLO URBANO**

**AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR CÁNCER CÉRVICOUTERINO
¿UN PROBLEMA DE GÉNERO?**

Tesis presentada por

Eugenia Martín Moreno

Para optar por el grado de

MAESTRO EN DEMOGRAFÍA

2000

MÉXICO, D.F.



A Pancho, Panchito y Emilio, los hombres de mi corazón

Agradecimientos

Con la presentación de este trabajo cierro un ciclo de mi vida académica, que por diversas razones había quedado inconcluso. En este proceso me acompañaron familiares, amigos y compañeras de trabajo, quienes siempre insistieron en la importancia de terminar la tesis. A todos ellos les agradezco su interés y constancia. Quiero hacer especial mención de mi amiga Silvia Llera Lomelí, *donde quiera que esté*.

Fue muy importante la contribución de la Dra. Sonia B. Fernández Cantón, Directora de Estadística de la Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, quien accedió amablemente a proporcionar la información sobre defunciones por cáncer cervicouterino, necesaria para el cálculo de los años de vida perdidos.

Desde sus inicios hasta la versión más acabada, fue invaluable el apoyo, la asesoría puntual y la presencia de mi directora de tesis, la Dra. Rosario Cárdenas Solórzano, a quien agradezco profundamente la paciencia y la confianza que depositó en mí y en este proyecto.

Finalmente, agradezco al Dr. Carlos Javier Echarri Cánovas por sus comentarios y sugerencias, que dieron al trabajo su versión final.

Resumen

En el presente trabajo se desarrollaron dos objetivos: El primero fue calcular el número de años de vida que una mujer mexicana pierde, en promedio, a causa del cáncer cervicouterino. El segundo objetivo, fue explicar ésta pérdida de vida a la luz de las categorías del sistema de género.

El cálculo del número de años se hizo para 1996 y para cada entidad federativa de la República Mexicana. El material utilizado consistió en tablas de mortalidad femeninas y defunciones femeninas registradas por causa, según grupos quinquenales de edad y entidad federativa.

Se encontró que los estados de Yucatán, Tabasco, Campeche, Guerrero, Quintana Roo y Oaxaca, agrupados en las regiones del golfo, pacífico y sureste, presentaron los valores más altos, situándose entre 0.35 y 0.29

Por el contrario, los estados de Baja California Norte, Baja California Sur y Sonora, ubicados geográficamente en la franja noroeste y Nuevo León en el noreste, registraron 0.15, 0.13, 0.15 y 0.14 años perdidos respectivamente. Es decir, hay una diferencia de más del doble entre ambos grupos de entidades.

Nayarit y Morelos registraron valores de 0.35 y 0.32, situándose entre los estados con mayor pérdida por esta causa. Es importante analizar la situación de estas entidades, porque además de ubicarse con valores elevados según el indicador de años de vida perdidos, también reportaron tener registros altos utilizando la tasa de mortalidad por causa de muerte. El Distrito Federal por su parte, se incluye entre los estados con registros más bajos, contribuyendo con 0.13 años de vida perdidos.

Para complementar el análisis sobre el comportamiento de éste fenómeno, se recurrió a la revisión de algunas variables socioeconómicas que nos permitieron caracterizar muy generalmente a dichos estados, y entender la influencia relativa que tienen estas variables, en la explicación de los años de vida perdidos.

El criterio de selección se apoyó en la revisión exhaustiva de las fuentes de información utilizadas, en donde se detectó que los estados con mayor pérdida de vida, eran los que, en términos generales, se caracterizaban por niveles de pobreza y analfabetismo y presentaban, además, serias dificultades para acceder a los servicios de salud.

Así, los porcentajes de analfabetismo, población indígena, población en pobreza, población urbana y población no derechohabiente, constituyeron los indicadores a partir de los cuales se centró el análisis.

Finalmente, se presentó como conclusión las posibles relaciones que existen entre la presencia de una enfermedad como el cáncer del cuello uterino y la explicación de categorías como la identidad, poder y desigualdad de género.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. SUBORDINACIÓN FEMENINA Y GÉNERO	7
I.1 Del patriarcado al concepto de género	8
I.2 El género	11
II. GÉNERO Y SALUD	16
II.1 Identidad y salud	16
II.2 Poder y salud	19
II.3 Desigualdad social de género y salud	22
III. MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICOUTERINO EN MÉXICO	27
III.1 Cáncer Cervicouterino. Definición y factores de riesgo	28
III.2 Estado actual del cáncer cervicouterino en el mundo	32
III.3 Mortalidad por cáncer cervicouterino en México	35
IV. MATERIAL Y MÉTODO	45
V. RESULTADOS	48
VI. CONCLUSIONES	53
ANEXO	61
BIBLIOGRAFIA	71

Introducción

Cercano el fin del milenio se han logrado avances significativos en materia de salud en el mundo. El conocimiento sobre el origen y causas de múltiples enfermedades es hoy en día una realidad innegable. Paralelamente, el progreso en salubridad y alimentación, el desarrollo de vacunas y medicamentos, la creación de una amplia infraestructura de servicio y el entrenamiento de personal de salud, son algunos de los principales factores que han transformado el panorama de salud en la mayoría de los países.

Sin embargo, los beneficios de este proceso modernizador no han sido distribuidos de manera equitativa. Aquellos países con amplios sectores de población en pobreza, permanecen al margen de la disminución de la tendencia promedio y continúan presentando alta mortalidad por infecciones. Al considerar aspectos como el nivel socioeconómico, la posición de clase, la etnia y el género, se observan diferencias sustanciales, siendo las regiones más pobres, en las localidades más pequeñas y de alta marginación, donde las necesidades de atención a la salud aún no han sido resueltas del todo (Alatorre y Langer, 1994). La situación epidemiológica de estos países se caracteriza, entonces, por una marcada desigualdad y vulnerabilidad ante la enfermedad y muerte (Frenk, 1990).

La crisis de los años ochentas, impactó negativamente la economía de muchos de los países en desarrollo, particularmente los de la región de América Latina. En México, el Estado asume abiertamente una política económica de ajuste para enfrentar la crisis, e impone un modelo basado en una transnacionalización creciente de la estructura productiva, con predominio de las industrias de punta y ligadas al capital extranjero. Entre las características más importantes de esta nueva estrategia económica sobresalen las siguientes: recorte al gasto público; reconversión industrial; liberalización del comercio y

privatización de empresas y servicios. En esencia, se trata de un adelgazamiento de la intervención estatal en la economía (Blanco y López, 1993).

En este marco, la política de salud también se reedificó, conformándose un Sistema Nacional de Salud cuyo objetivo era incrementar la eficiencia de los servicios y utilizar racionalmente los recursos. Entre las tareas gigantescas que se propusieron, tuvo un lugar destacado la descentralización de los servicios y la reorientación del gasto en salud.

La descentralización provocó el retraimiento del Estado en la producción de servicios y en el financiamiento. El traslado de responsabilidades y problemas a los gobiernos de los estados, sin los recursos técnicos y financieros trajo como consecuencia un desmantelamiento de programas y servicios. Los mecanismos de distribución del presupuesto federal se fragmentaron, concentrándose paradójicamente los recursos en los estados con mayor apoyo financiero. "...Los estados de Jalisco, Nuevo León, Tabasco y Estado de México concentraron en el trienio 1985-87 más del 50% del financiamiento federal (Blanco y López, 1993:52).

En los estados pobres, la ausencia de financiamiento provocó el deterioro de los servicios de salud y el abandono de programas populares. En muchos estados la descentralización no se realizó de manera concluyente, en los casos en que se concretó, prevaleció el clientelismo, autoritarismo, la pugna entre cúpulas de trabajadores. Se abandonaron los programas y servicios que estaban dirigidos a población abierta, profundizándose la desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad.

En este contexto, de profunda crisis económica y desigualdad social, la salud de la mujer es hoy una prioridad de organismos internacionales y gobiernos y también una problemática ampliamente debatida en distintos foros políticos y académicos. No son pocas las organizaciones de mujeres que han tenido como eje central de acción la lucha por la

salud. De igual manera, diversas instituciones académicas han abierto espacios para la reflexión y análisis de problemas sobre la reproducción, el aborto, la maternidad, la sexualidad, la violencia y una diversidad de aspectos sobre los daños a la salud femenina (Ravelo, 1990). No obstante el esfuerzo conjunto y las acciones emprendidas, el proceso salud, enfermedad y muerte por el que atraviesan las mujeres sigue presentándose con una complejidad creciente y con un sinnúmero de interrogantes aún sin resolver.

El tema que centra mi interés es la mortalidad por cáncer cervicouterino de mujeres mexicanas. La principal motivación que me acercó a esta problemática, fue el reconocimiento de que, siendo esta patología una de las mas prevenibles y altamente curables, sigue contribuyendo con un número muy alto de defunciones a la explicación de la mortalidad femenina, sobre todo de mujeres mayores de 30 años.

En la actualidad, la ciencia y tecnología han avanzado conjuntamente para resolver la mayoría de los problemas de salud que aquejan a las mujeres. Esto es particularmente cierto en el caso del cáncer cervicouterino, que de los ginecológicos resulta el más previsible si se detecta a tiempo y se siguen los mecanismos adecuados para su control y curación. La prueba del papanicoalou ha probado ser el elemento más decisivo en la prevención. En México, no obstante, por su incidencia entre mujeres mayores de 30 años, ocupa el primer lugar entre las neoplasias como causa de muerte.

Son numerosos los trabajos que han aportado elementos de explicación para entender la dinámica del cáncer cervicouterino entre mujeres mexicanas. Muchos de ellos, de corte médico, se han abocado al estudio histológico y celular, encontrando asociaciones entre tipos de alimentación, cargas genéticas y la aparición de células cancerígenas en el tejido del cuello uterino. Otros estudios, como el de Escandón y colaboradores (1992) y el de Lazcano y colaboradores (1996) han trabajado los aspectos epidemiológicos y la

revisión y análisis de los programas de detección oportuna del cáncer cervical. De igual manera, en tiempos recientes, organizaciones de mujeres han presionado para que la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud incluyera en su agenda, las modificaciones pertinentes en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de Cáncer del Cuello del Utero en la Atención Primaria (Pérez, 1998).

En la presente investigación, se pretende reflejar el impacto del cáncer cervicouterino en la sobrevivencia femenina, a través de un indicador de mortalidad prematura como es el número de años de vida perdidos. En efecto, la mortalidad por cáncer del cérvix es considerada una muerte prematura, dado que el mayor número de defunciones por esta causa, ocurren antes del promedio de vida esperado, afectando además a mujeres en plena etapa productiva. Para el quinquenio 1990-1995, la esperanza de vida femenina al nacimiento para la República Mexicana era de 75.11 años (CONAPO, 1998).

En este sentido, son dos los objetivos que orientan el desarrollo de este trabajo:

Un primer objetivo es establecer el exceso de mortalidad en edades relativamente jóvenes, a través del cálculo del número de años de vida que una mujer mexicana pierde en promedio debido al cáncer cervicouterino. El concepto de años de vida perdidos nos remite a establecer qué tan alejada está la sociedad de garantizar a su población la longevidad expresada en la esperanza de vida al nacimiento.

Un segundo objetivo es explicar estas muertes prematuras, como un problema de género, no sólo porque refleja una patología biológicamente específica de la mujer, sino también porque la valoración que ésta hace de su salud y las dificultades que enfrenta para cuidarla, reflejan el lugar que las mujeres ocupan en la sociedad y en la cultura.

Con la finalidad de contextualizar esta problemática, de ubicarla en un tiempo y espacio, de aclararme cuál es el estado de la investigación así como la presentación de los resultados, es que se ha organizado la información de este trabajo en seis capítulos fundamentales.

El primero es una reflexión general sobre la condición femenina y la forma en que ha sido abordada conceptual e históricamente. Así, en *Del patriarcado al género*, se presenta la discusión del por qué se ha colocado sistemáticamente a la mujer en una posición de desventaja y subordinación con respecto al varón.

El segundo apartado denominado *Género y salud*, se construyó a partir de las dimensiones analíticas del sistema de género y las repercusiones que éstas tienen en la salud de las mujeres. Cobra relevancia establecer cómo se construye la identidad femenina, de qué forma opera el *poder* en la relación entre los sexos y cuáles son las asimetrías genéricas. Cada una de estas dimensiones permite entender cómo las mujeres valoran y cuidan su salud.

Una descripción de las características generales del cáncer cervicouterino, los factores de riesgo, la prueba del papanicolaou e información epidemiológica sobre la situación del cáncer en países desarrollados y en México, son los elementos que conforman el contenido de la tercera parte.

La definición del material y método utilizado, así como la presentación de los resultados y su análisis por entidad federativa, se desglosan en el cuarto y quinto apartado respectivamente. La última parte la constituyen las conclusiones.

Es importante señalar que este trabajo es un ejercicio demográfico, que ha sido realizado con la intención de evaluar el impacto del cáncer cervicouterino en la vida de las mujeres mexicanas. El conocimiento aunque sea, de una fracción de vida que se pierde por

esta causa, nos alerta sobre la importancia que tiene ésta enfermedad, paradójicamente curable, pero cuya incidencia en mujeres jóvenes, sigue representando un problema de salud pública.

I. Subordinación femenina y género

El objetivo de éste primer apartado, es presentar algunas de las discusiones más recientes sobre la subordinación femenina y los términos en que ha sido abordada conceptual e históricamente. ¿Por qué hablar de subordinación femenina?

Se parte del hecho, históricamente registrado, que la sociedad y la cultura le ha asignado a la mujer, con respecto al hombre, una condición de inferioridad que ha permeado todos los ámbitos de su vida (Luna y Villarreal, 1994; Ramos, 1991). Se parte del supuesto, además, de que la discriminación de que han sido objeto las mujeres a lo largo de la historia, su invisibilidad, su vulnerabilidad, han tenido serias repercusiones en el acceso y atención a su salud.

El género, como concepto, nos permite identificar los factores socioculturales asociados al ser mujer y ser varón, que tienden a colocar a la mujer en condiciones de desventaja, afectando negativamente su bienestar, su salud y la de su familia.

En esta primera parte, se desarrollarán dos aspectos que tienen que ver con la discusión metodológica de la subordinación y el género como concepto.

En primer lugar, el recorrido que histórica y conceptualmente se ha tenido que dar para llegar al concepto de género, como una herramienta analítica que nos permita comprender el lugar desde el cual se relacionan las mujeres con su entorno social. Para ello, las reflexiones de Teresita de Barbieri (1993) sobre los diversos tropiezos y avances teórico-metodológicos que sobre la condición femenina se han dado, son particularmente aclaratorias de cómo se construye el objeto y sujeto de estudio.

En segundo lugar, una descripción muy general sobre los principales debates en torno a la definición de la categoría género. Los aportes de Marta Lamas, Gayle Rubin,

Mabel Burin, Emilce Dio Bleichmar y Teresita de Barbieri han sido fundamentales para establecer, por un lado, los elementos definitorios del concepto y por otro, las posibilidades de su utilización en las ciencias sociales.

I.I Del patriarcado al concepto de género

La reflexión sobre subordinación femenina nos remite necesariamente a la teoría feminista. ¿Por qué? El feminismo es una teoría del poder, su objetivo es la explicación del origen de la opresión, supresión y represión de las mujeres por el dominio masculino. Simone de Beauvoir (1981), fundadora de la teoría feminista contemporánea, escribió cómo la mujer, “el segundo sexo”, ha sido definida y caracterizada por la cultura patriarcal como un ser inferior al hombre.

Durante los años sesenta y setenta, el movimiento feminista se caracterizó por grandes movilizaciones de mujeres, quienes denunciaban diferentes experiencias de violencia, restricción y explotación de su sexualidad así como la nula participación en la mayoría de los puestos de poder político y económico. Estas movilizaciones y denuncias en contra de una subordinación laboral, política y sexual, surgen en varios países como desgajamiento de movimientos sociales más amplios. Así por ejemplo, en Estados Unidos, de las luchas por los derechos civiles de la población negra y en contra de la guerra de Vietnam. En Francia, como resultado del movimiento de mayo de 1968. En México, en el marco del movimiento estudiantil de 1968 y de los movimientos sindicales y urbano-populares que caracterizaron los años setenta.

A diferencia de las luchas de fines del siglo XIX y comienzos del XX de feministas y socialistas por los derechos ciudadanos, el movimiento de los años sesenta y setenta no tenía como único objetivo los derechos políticos (derecho al voto), sino que pugnaba por la igualdad en todos los planos (De Barbieri, 1986).

Este movimiento incluyó, además, como uno de sus principales planteamientos, el vacío teórico existente en las disciplinas sociales y humanas, acerca de los mecanismos de la subordinación femenina. En ese momento no existía una teoría que diera cuenta de la desigualdad entre hombres y mujeres. En efecto, mujeres universitarias e intelectuales se propusieron reconocer la historia y experiencia femenina a través de marcos teóricos preexistentes, como el liberalismo, marxismo y el psicoanálisis entre otros, encontrando que estas teorías tenían su limitante en la medida que no explicaban muchos de los problemas de la condición femenina. La razón fundamental de esta incapacidad teórica, era que las disciplinas no estaban libres tampoco de los efectos del género, por ello la introducción de la temática de la mujer redundaba en una teorización errónea (Tubert, 1996).

Una de las primeras propuestas surgidas del discurso feminista, conceptualizó la subordinación como resultado de un ordenamiento patriarcal. Kate Millet (1975) fue de las primeras que utilizó el concepto del *patriarcado* como una forma de explicar el sometimiento de las mujeres al varón, al padre. La cultura patriarcal, a través de un complicado sistema de restricciones educativas, legislativas y económicas define el lugar y las actividades que la mujer debe desarrollar, siempre en función del otro. Para la autora, el patriarcado era como una forma de poder universal, cuyo resultado era la subyugación de las mujeres por los hombres. Una institución basada en la violencia física y sexual.

Sin embargo y pese a que alcanzó gran difusión, el concepto de *patriarcado* resultó vacío de contenido, fue duramente criticado por su carácter transhistórico y quedó como sinónimo de dominación masculina, pero sin ningún valor explicativo.

Paralelamente, dice Teresita de Barbieri (1993), grupos de mujeres se dieron a la tarea de generar conocimientos sobre las condiciones de vida y los aportes femeninos a la cultura y a la sociedad. Recabaron información sobre la presencia del sexo femenino en la historia y las hicieron visibles ante los ojos de la ciencia. La postura metodológica era más empirista y su objetivo era registrar la información olvidada y/o negada sobre la vida y aportes de las mujeres a lo largo de la historia. En este contexto, surgieron los “estudios sobre la mujer” o “sobre las mujeres”.

En ese momento fueron dos las posturas que se distinguieron en la investigación sobre las mujeres. Una de ellas privilegiaría el estudio de la mujer y sus determinantes sociales. La otra, consideraría el estudio de la sociedad, sus formas de organización y funcionamiento como el eje central, a partir del cual se explicarían múltiples relaciones. Cobró relevancia el análisis entre mujer-mujer, varón-mujer y varón-varón. En este contexto, la subordinación femenina se entendió como resultado de determinadas formas de organización social donde lo masculino adquiere preeminencia sobre lo femenino.

Teresita de Barbieri finaliza señalando que, en esta búsqueda es donde surge y se expande el concepto de género como categoría de lo social.

I.2 El género

En las dos últimas décadas, el género ha sido la categoría más difundida y utilizada en el análisis de las relaciones entre mujeres y hombres. Es sorprendente su asimilación por los medios científicos y universitarios, como una herramienta analítica, como una categoría fundamental en la comprensión de la compleja interacción entre los sexos. Además, este concepto ha estimulado la investigación en diversos campos de las ciencias sociales, introduciendo nuevamente la controversia entre naturaleza/cultura, biológico/adquirido, interno/externo, público/privado, etc. (Bleichmar, 1992).

El término de género, data de los años cincuenta y es utilizado por el investigador John Money como “gender role” aludiendo con ello al conjunto de actividades atribuidas a mujeres y hombres (Burín, 1996). No obstante, es Robert Stoller (1968) quien estableció más claramente la distinción entre sexo y género, a partir de los resultados de sus investigaciones con niños y niñas, que por sus problemas anatómicos fueron educados de acuerdo con un sexo que fisiológicamente no les correspondía.

El género, a diferencia del sexo –que alude a las características biológicas de la diferenciación sexual- guarda relación con un orden simbólico, de significados sociales y culturales de la diferenciación. Una de las ideas centrales que supone este concepto, es que los modos de pensar, sentir y actuar en mujeres y hombres no obedecen a una dinámica natural, biológica e inmutable, sino que son resultado de construcciones histórico-sociales en las que se asignan, a través de procesos de socialización, características culturales y psicológicas diferentes para cada sexo.

Rubin (1996:37) define el género como:

El conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas.

En efecto, a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica se construyen prácticas, símbolos, normas y valores sociales que determinan las relaciones entre los seres humanos en tanto personas sexuadas.

En este mismo contexto, empezó a diferenciarse que sexo y género no son sinónimos. El sexo es con lo que uno nace y el género lo que uno adquiere.

Una de las definiciones más simples de género es la de “sexo asignado”. Esta debe entenderse como el dimorfismo de respuestas que dan los padres durante el nacimiento, al observar los órganos sexuales externos del bebé. A partir de este momento, se da la asignación, el rol o papel y la construcción de la identidad genérica. Estas son tres instancias básicas del concepto género (Bleichmar, 1992).

La asignación de género se refiere a la rotulación como varón o mujer a partir de la apariencia externa de los genitales. El rol de género es el conjunto de comportamientos y/o actividades que se espera desarrollen las personas de acuerdo a un sexo determinado. Aunque puede haber variaciones dependiendo del grupo cultural, social, económico y étnico, se haya claramente diferenciado qué conductas y actitudes se esperan de los varones y cuáles de las mujeres. Tienden a establecerse además, estereotipos y pautas morales diferentes para cada uno de los géneros. La identidad de género se construye entre los dos y tres años y se refiere a un proceso de autopercepción de lo que significa ser hombre o mujer. A partir de la identidad el/la niño/a estructura su experiencia vital (Figuroa, 1996). La identidad genérica es un mecanismo de identificación, a partir del cual se instruye sobre

uno mismo/a y la complementación acerca del otro/a. A su vez, el proceso es completado con la aprobación y/o desaprobación de los progenitores (Bleichmar, 1992).

Marta Lamas (1993) explica el concepto de género como la acción simbólica colectiva. Mediante el proceso de constitución del orden simbólico en una sociedad, se fabrican las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres. La diferencia sexual y la manera en cómo opera en la reproducción, marca la forma en que la sociedad organiza a los sexos de acuerdo a su supuesto papel natural.

Ante la realidad objetiva de que las mujeres engendran a los hijos, los paren y amamantan, prevalece la fuerza de la simbolización, mediante la cual se disminuye la importancia del papel de la mujer en la reproducción y se establece la superioridad masculina. Es así, que culturalmente se constituyen las concepciones sociales de la masculinidad y feminidad. El sujeto es fruto de este proceso de simbolización, cultural e históricamente determinado.

La importancia de lo "simbólico ha sido retomado por J. Scott con un abordaje particular. El género como un "...elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes..." (Scott, 1990:44). Esta definición comprende cuatro elementos interrelacionados. En primer lugar, los símbolos culturales que evocan representaciones múltiples. En segundo término, los conceptos normativos que interpretan los significados de los símbolos. Un tercer elemento lo conforman las nociones políticas, instituciones y organizaciones sociales.

Para Mabel Burín (1986), las pautas de configuración psíquica y social que permiten el establecimiento de la feminidad y masculinidad, se logran mediante los recursos de la socialización temprana. Es decir, a partir de construcciones sociales que aluden a

características culturales y psicológicas asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres. Bajo este criterio, el género se define como:

La red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y varones. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo genera diferencias entre los géneros femenino y masculino sino que, a la vez esas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos (Burín, 1986:64)

Es necesario destacar, dice la autora, que el género es una categoría *relacional e histórica*. En otras palabras, nunca aparece aislada, sino en conexión. Por ejemplo, el estudio de las relaciones entre el género femenino y el género masculino. Además, es una categoría que se construye a partir de distintas situaciones históricas, por lo tanto es cambiante y dinámica.

Para Teresita de Barbieri (1993), el género es un sistema de poder, resultado de un conflicto social. Las jerarquías entre los sexos no obedecen a un asunto de prestigio social, sino a la resolución de un conflicto hasta ahora desfavorable para la mujer. Para la autora, la perspectiva del género como poder y conflicto, permite analizar un sinnúmero de fenómenos: los sistemas de parentesco, filiación y herencia; la división social del trabajo y la dinámica que se establece entre los géneros; los espacios de poder, a través del reconocimiento de las formas y contenidos de la participación de los géneros en la esfera pública, el Estado, los partidos políticos. El género es un concepto de mayor generalidad y comprensión, que permite explorar las múltiples relaciones entre mujeres y varones, entre lo masculino y femenino.

Resulta una cuestión clave conocer cómo se construye y operacionaliza la diferencia entre los géneros y la explicación del por qué se coloca sistemáticamente a la mujer en una

posición de desventaja y subordinación. Cómo, por qué y en qué condiciones los varones se apropian de la capacidad reproductiva, de la sexualidad y de la fuerza de trabajo de las mujeres ¿En qué momento el poder de la gestación se trastocó en subordinación? ¿De qué manera la sociedad ha desvalorizado el trabajo femenino, siendo éste socialmente imprescindible? Estas y muchas otras preguntas, son temas que, desde diversas disciplinas, han sido abordadas para develar el eterno asunto de la condición femenina. En esta discusión, el concepto de género y los elementos que lo conforman, -como la construcción de la identidad genérica, su esencia fundamentalmente simbólica y cultural y el hecho de ser una categoría relacional y de poder- lo colocan en un lugar privilegiado en el análisis y reflexión de final de siglo.

En el siguiente apartado se abordarán las dimensiones analíticas del sistema de género y sus repercusiones en la salud de las mujeres.

II. Género y salud

Como se había planteado en el capítulo anterior, entre los elementos más importantes y presentes en la mayoría de las discusiones sobre el concepto de género, se encuentra la construcción social de la identidad genérica, el ejercicio del poder y las desigualdades sociales de género.

La intención primera de este segundo apartado, es establecer la relación que guardan estas dimensiones analíticas con diversos aspectos de la vida de mujeres y hombres. Más específicamente, el interés se centra en las repercusiones que estos entrecruzamientos de género tienen en la salud de las mujeres. Para resolver la relación entre esta construcción y sistema de relaciones con la salud, ha sido de particular importancia el trabajo de Iyonne Szasz (1997), en el que se reflexiona sobre los vínculos posibles entre género y salud.

II.1 Identidad y salud

Desde el nacimiento y a partir del sexo de origen, se estructura una identidad que nos hace varones o mujeres. La construcción de la misma, significa la asignación de esquemas que llevan a asumir un cuerpo vivido, a través de ciertas funciones predeterminadas socialmente. Esta asignación de identidad, consciente o inconscientemente, organizará el paso por la vida (Garduño, 1994).

¿De qué manera la asignación de estos esquemas influyen en la determinación de las condiciones de salud de las mujeres?

El cuerpo es el “lugar” donde se materializa la identidad de género. El cuerpo no es reducible a los sistemas fisiológicos, ni está desprendido ni aislado, sino que se trata de lo que se ha llamado un “cuerpo vivido”. Es decir, es el centro de la existencia desde el cual nos relacionamos con nuestro entorno, aprendemos el uso de las cosas, reconocemos los sistemas de expectativas y de las instituciones

Sobre el cuerpo femenino se ha erigido una simbolización explicada con base en un modelo desigual de la relación entre los géneros. En efecto, el cuerpo femenino es percibido por las propias mujeres como un espacio de esfuerzo y sufrimiento, sentimientos asociados a los estereotipos de género, principalmente en los ámbitos de la sexualidad y procreación (Szasz, 1997). Por ejemplo, Franca Basaglia (1983) sostiene que la consideración del cuerpo de la mujer como un “cuerpo para otros”. presupone una sexualidad esencialmente “para otros”, reducida a la función procreativa y al ejercicio de la maternidad.

El cuerpo de las mujeres es considerado como cuerpo-naturaleza, de instintos, natural, contrario a la cultura, a la razón y a la objetividad. La división sexual del trabajo, le confiere a las mujeres –en tanto reproductoras de la especie-la realización del trabajo doméstico y un cuerpo para el hogar (Basaglia, 1983).

En el cuerpo de cada mujer, es donde se materializan la salud, el bienestar, los daños y malestares y donde se manifiesta la muerte, como la concreción de las condiciones en que este cuerpo vivió. El hablar de salud, enfermedad y muerte, nos remite al control, cuidados y decisión que tienen las mujeres sobre su propio cuerpo ¿Cómo cuidar su cuerpo si se le ha asignado culturalmente una actividad de cuidado para otros?

El papel universal reproductor exige que la mujer sea el apoyo y la guía moral de la familia. La mujer es compañera social y sexual del hombre, madre que cuida y atiende a los

hijos. Debe ser la educadora, la socializadora, la transmisora de los factores sociales y culturales. Ante esta multiplicidad de roles, su desarrollo y cuidado se vuelve limitado, por no decir insuficiente para garantizar una mejor calidad de vida (Ibarra, 1995).

Numerosos estudios han señalado cómo la construcción de la identidad femenina alrededor de la maternidad, presiona hacia la procreación temprana, provocando que los eventos reproductivos y procreativos se constituyan en eventos de riesgo. Uno de los reflejos más sensibles de las circunstancias de vida de las mujeres y del lugar que ocupa en ellas, la búsqueda de la maternidad, es la mortalidad materna (Elú, 1993).

En el terreno de la sexualidad, la construcción de las identidades masculina y femenina tiene repercusiones en los comportamientos sexuales y en la salud. Las creencias, mitos y ritos de afirmación están vinculados, en la mayoría de las culturas, con un poderío sexual masculino, ejemplificado a través de su órgano sexual. Se expresa en un sentimiento de virilidad, fuerza y penetración que impone a la mujer la satisfacción del deseo masculino, en forma continua y en cualquier circunstancia. La virginidad, falta de erotismo y fidelidad sexual, son las asignaciones que la cultura le impone a la identidad femenina.

Entre los comportamientos que pueden afectar la salud sobresalen los siguientes: Se establecen relaciones coitales a edad temprana; se obstaculiza el uso de medidas preventivas contra el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS); así como la utilización de anticonceptivos. De igual manera, se avala la diversidad de parejas y de prácticas sexuales abusivas, basadas en el poder y la violencia (Szasz, 1997).

Un último aspecto, es el vínculo entre identidad y salud a través del concepto de riesgo. Los riesgos biológicos y los cuidados médicos no favorecen a los hombres con respecto a una vida sana y mayor longevidad. Los aspectos psicosociales y la manera como las mujeres reportan su salud las desfavorecen en este mismo sentido. Por lo que respecta a

los riesgos adquiridos por la forma de trabajo y tiempo libre, se afirma que algunos estilos de vida típicos en los varones como el consumo de drogas, tabaco y alcohol y ocupaciones peligrosas aumenta el riesgo de morbilidad. Por otra parte, una rutina agotadora, poco tiempo libre, sobrepeso, infelicidad, estrés y la presión de una multiplicidad de roles son algunos de los elementos que sitúan a las mujeres en mayor riesgo de enfermarse (Verbrugge, 1989).

II.2 Poder y salud

Los sistemas de género son sistemas de poder que expresan jerarquías sociales entre los géneros. Las relaciones de poder entre hombres y mujeres son un aspecto constitutivo del género, en el que se entremezclan e intercambian expresiones de lo masculino y femenino, la mayoría de las veces de manera confrontada y que coloca a la mujer en posiciones desventajosas para su vida y su salud.

Uno de los ámbitos desde donde se ejerce el poder es el de la sexualidad y la reproducción ¿En qué sentido? El relacionamiento sexual no implica únicamente un intercambio químico necesario para la reproducción, sino que la sexualidad involucra un conjunto de maneras, en que las personas se relacionan como seres sexuados, cuyas prácticas y acciones están cargadas de sentido. Estas prácticas y acciones están basadas, a su vez, en símbolos, normas y valores que son cambiantes en el tiempo. Así, se construyen ideas y representaciones en torno al cuerpo de varones y mujeres, sobre la fecundidad y las mismas relaciones sexuales (Barbieri, 1993).

Varones y mujeres tienen la posibilidad de producir placer en el cuerpo del otro/a. No obstante, las normas sociales y de moral sexual son diferentes para cada género. En el caso del género femenino, se le atribuye la función de atraer sexualmente, de proporcionar placer, de ser virgen y fiel al matrimonio. De igual manera, se le adoctrina para guardar silencio frente a sus propios deseos y sólo atender a su posibilidad procreativa. Para el varón, existe un conjunto de esquemas que introyecta desde la niñez, sobre la iniciativa, dominación y control sexual que debe tener en su relación con las mujeres.

Este silencio sobre sus propios deseos y necesidades, limita a la mujer la posibilidad de rechazar la relación sexual no deseada, impide la utilización de medidas preventivas contra el contagio de ETS y de anticonceptivos, así como restringe el acceso a servicios médicos y de detección, como por ejemplo, la prueba del papanicolaou.

La violencia sexual y física son expresiones también del ejercicio del poder, cuyas repercusiones en la salud de las mujeres son más evidentes que en otros ámbitos.

La violencia nos remite a un concepto de fuerza, dominio que, -como resultado de un desequilibrio de poder- tiene como objetivo perpetuar el control masculino. "...La violencia de género, es cualquier acto que involucre fuerza o coerción con una intención de perpetuar y/o promover relaciones jerárquicas de género..." (Lagarde, 1990:38).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), define la violencia de género como: todo acto que resulta o puede resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurren tanto en la vida pública como en la privada (ONU, 1981).

Son diversas las manifestaciones de la violencia como ejercicio del poder masculino sobre el femenino. Destaca la violencia física, sexual y psicológica. Se incluyen los golpes,

el abuso sexual de las niñas por algún miembro del hogar; en algunas culturas, la violencia relacionada con la dote y la mutilación genital; la violación conyugal y el atemorizamiento y humillación para someter, a través de la desvalorización, al género femenino (García Ramírez *et al.* 1997).

Estas agresiones producen daños diversos a la salud de las mujeres. Entre los malestares mentales se tienen la depresión, ansiedad, miedos, histeria, crisis nerviosas y estrés crónico. Entre los daños físicos, a grandes rasgos, se pueden señalar los embarazos no deseados, hemorragias vaginales, enfermedades de transmisión sexual (ETS), cefaleas, gastritis y colitis y problemas ginecológicos, que van desde ligeras infecciones, hasta enfermedades serias como el cáncer cervicouterino (García Ramírez *et al.* 1997).

La violencia se presenta a lo largo de toda la experiencia vital de las mujeres, pero cobra distintos matices de acuerdo a la clase, edad y pertenencia o no, a un grupo étnico. No obstante, en la mayoría de los casos, se crean situaciones de dependencia, temor, falta de autonomía y autoestima e incapacidad para tomar decisiones sobre, por ejemplo, los cuidados a la salud.

Un aspecto que ha sido estudiado recientemente desde la perspectiva feminista, es el relativo a las características de la práctica médica, su interacción con los pacientes (en su gran mayoría mujeres) y los efectos que ello ha tenido en las condiciones de salud.

En la prestación de servicios de salud, los médicos han sido formados bajo una concepción masculina, es decir, un modelo de ciencia que enfatiza la separación entre el sujeto que conoce y los objetos conocidos. El discurso está permeado por una serie de tecnicismos y términos clínicos que excluyen la opinión de las pacientes, desvalorizando sus sentimientos y formas de describir sus propios síntomas. Es así, que se establece una relación jerárquica y desigual, en la que los prestadores de servicios realizan sus funciones

bajo una serie de supuestos. Por ejemplo, que la mujer tiene como mandato primordial la reproducción y que los médicos con su entrenamiento, están mejor capacitados para entender estos “eventos biológicos”. Esta relación desigual puede tener efectos en la salud de las mujeres, tales como: la imposición de medidas terapéuticas inadecuadas, la interpretación errónea de síntomas y la omisión de otros cuidados necesarios (Castro y Bronfman, 1998).

II.3 Desigualdad social de género y salud

Para Ivonne Szasz (1997), la desigualdad social respecto al varón, es una de las dimensiones que ha sido más explorada en relación con la salud de la mujer. Esta desigualdad se expresa en un limitado control y acceso a los recursos, una posición subalterna con respecto a las relaciones de parentesco, disminución de su autonomía y desvalorización del trabajo femenino.

Existe toda una corriente de pensamiento que retoma el concepto de pobreza para explicar una serie de fenómenos de índole diversa. La pobreza, dice Vania Salles (1994), siempre ha existido, pero su incremento es notorio sobre todo a partir de los años ochenta cuando en muchos países los déficits fiscales no pudieron sostenerse y las erogaciones por concepto de deuda externa presionaron de tal manera a los gobiernos, que el estallamiento de la crisis fue inevitable. Como resultado de ello, el modelo neoliberal de reorganización de la economía, requería procesos de reajuste a nivel macro. La disminución forzosa de los subsidios en alimentación, servicios urbanos, de salud y educación, impactaron

negativamente las condiciones de los sectores más pobres y de un contingente amplio de clases medias.

La pobreza es un fenómeno global en el que se funde la crisis anacrónica del campo y la ciudad. Se manifiesta en un deterioro de las condiciones materiales de vida, tales como un subconsumo alimenticio, desnutrición y vulnerabilidad a las enfermedades, la falta de servicios básicos (agua, electricidad y drenaje) y una situación inestable de empleo e ingresos deprimidos (Szazs, 1994).

A principios de la década de los noventa, el concepto de pobreza es utilizado en conjunción con la construcción social de género, las causas que la originan y su transmisión entre generaciones. Entre las mediaciones y consecuencias de esta relación, se encuentra la salud de la mujer como una situación de especial consideración.

La construcción de un marco conceptual que incorpore la perspectiva de género en el estudio de la salud femenina, debe incluir las construcciones sociales de los géneros tanto en el plano socioeconómico como en el cultural. ¿Qué significa esto? La dimensión socioeconómica se manifiesta en desigualdades entre los géneros en el terreno de la escolaridad, los mercados de trabajo, las cargas de trabajo, el acceso a los espacios públicos y de decisión y también, por supuesto, a ingresos. La dimensión cultural está más bien relacionada con elementos normativos, valorativos, relacionales, simbólicos y subjetivos. En efecto, las visiones de género permean a las instituciones sociales, las políticas públicas y el conjunto de leyes y normas que regulan la procreación y la prestación de los servicios de salud. La normatividad es diferenciada para hombres y mujeres. En el plano valorativo, se construyen socialmente jerarquías diferenciales en los atributos masculinos y femeninos. Lo masculino cobra preeminencia sobre lo femenino, traduciéndose en relaciones desiguales y de acceso desigual al poder. Las desigualdades de género se manifiestan,

también, en grados de autonomía o dependencia de las mujeres en el control de su propio cuerpo, de su sexualidad, de la procreación y de su estado de salud. Otros factores culturales se refieren a identidades y subjetividad en torno al cuerpo, la maternidad y la propia sexualidad.

Estas dimensiones de género, están íntimamente relacionadas con daños a la salud, con perfiles de alimentación, nutrición e higiene, con decisiones sobre la sexualidad, la anticoncepción, con la adopción de medidas preventivas, el cuidado y la atención a la salud y también con el bienestar físico y emocional.

Para Langer y Lozano (1998), la desigualdad social de género es uno de los determinantes subyacentes de una propuesta conceptual que intenta explicar la dinámica de la salud femenina. En efecto, tomando como referencia el modelo elaborado por Mosley y Chen (1984) sobre la sobrevivencia infantil, desarrollan un esquema similar en el que se definen los determinantes subyacentes, próximos y los resultados. Entre los determinantes subyacentes tiene importancia la explicación de factores biológicos, la esperanza de vida, los aspectos socioculturales, la discriminación femenina y la desigualdad social.

La desigualdad de la mujer en relación con los otros miembros de la familia, afecta su acceso a nutrientes y a servicios de salud. En el marco elaborado por Langer y Lozano, esta desigualdad se explica como un determinante próximo. El estado nutricional, el acceso y utilización a los servicios de salud, los patrones reproductivos y los hábitos de salud conforman el conjunto de factores que permiten identificar los riesgos y/o elementos protectores de la salud femenina. En el primero de los casos, está ampliamente documentado que existen diferencias nutricionales entre los niños y las niñas. Los primeros reciben mejores dietas y una cantidad mayor que sus hermanas (Waldron, 1987). No obstante, en México, según los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición realizada por la

Secretaría de Salud en 1988, los parámetros de peso, talla y edad se encuentran muy cercanos para niños y niñas, por lo que no existen evidencias para pensar en una discriminación hacia el género femenino. Para Langer y Lozano, el acceso y la utilización a los servicios de salud es uno de los más importantes determinantes próximos que tiene repercusiones en la salud femenina. El uso de métodos anticonceptivos, la atención al parto y las campañas y programas de prevención, por ejemplo, del cáncer cervicouterino y la prueba del papanicolaou, son aspectos que, asociados a grado de escolaridad y nivel socioeconómico, permiten identificar quiénes y de qué manera están utilizando los servicios de salud y las repercusiones que ello tiene en sus perfiles de salud. Los patrones reproductivos están asociados a los valores culturales prevalecientes en una sociedad. Así, en las llamadas sociedades tradicionales, las mujeres se caracterizan por tener uniones a temprana edad, una elevada fecundidad, intervalos intergenésicos cortos y reproducción en edades extremas. Estos perfiles reproductivos representan riesgos para la salud de la madre y de los hijos.

En México, según datos de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987, los patrones reproductivos riesgosos para la salud se encuentran relacionados con los estratos socioeconómicos más bajos. Por ejemplo, las proporciones de usuarias de métodos anticonceptivos según estrato social, se encuentra que entre aquellas clasificadas como “pobres extremas” el porcentaje de “nunca usuarias” ascendía a más del 60% (Langer y Lozano, 1998). Finalmente, los nuevos hábitos entre las mujeres, como el consumo del alcohol, tabaco y drogas, también han influido en los perfiles de morbilidad.

La identidad genérica, las relaciones desiguales y de poder que se establecen entre los sexos, son dimensiones analíticas del sistema de género que permiten reflexionar sobre un sinnúmero de problemáticas sociales. En este trabajo, se ha querido presentar un

panorama muy general de la interacción de éstos conceptos con la dinámica de la salud de las mujeres.

La línea conductora que guió este apartado se basó en la idea de que la valoración que la mujer hace de su salud y las dificultades que enfrenta para cuidarla, reflejan el lugar que ocupa en la sociedad y en la cultura, lugar que se define por relaciones desiguales con los varones. Los intercambios entre lo masculino y femenino, hasta ahora, han reflejado una posición desventajosa y de subordinación para las mujeres. Ello se ha manifestado, entre otros aspectos, en los comportamientos sexuales, la sexualidad, la visualización y percepción del “cuerpo”, la división sexual del trabajo, la responsabilidad ante la reproducción y el cuidado de la salud.

Las interrelaciones entre género y salud, dada su complejidad, requieren concretarse en un contexto espacial y temporal. Un esfuerzo de este trabajo es explicar a la luz de las categorías del sistema de género (identidad, poder y desigualdad), la mortalidad por cáncer cervicouterino vista a través de un indicador como es el número de años de vida perdidos.

Si bien el ejercicio que en el marco de esta tesis se desarrolla no se basa estrictamente en una metodología de género, se ha recurrido a una reflexión general en este sentido, para entender cuáles son los mecanismos subyacentes que explican éste daño a la salud.

En el siguiente apartado se desarrolla una serie de aspectos sobre la mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres mexicanas

III. Mortalidad por cáncer cervicouterino en México

En México, el cáncer cervicouterino es considerado un problema de salud pública por su alta incidencia entre la población femenina. Cada año se registran más de 4,000 muertes como consecuencia de esta enfermedad, impactando la salud de las mujeres, en especial de aquellas en edad productiva (15-64). Las defunciones femeninas por esta causa pueden evitarse a través de una prueba citológica llamada papanicolaou, que detecta la enfermedad en su fase inicial, limitando con ello los daños causados. No obstante, en los últimos 25 años la tasa de mortalidad por esta causa ha tenido una tendencia creciente y constante que la sitúa entre las principales patologías del país. Diversos estudios señalan, también, que el cáncer cervicouterino está asociado a niveles de pobreza, promiscuidad y falta de servicios de salud eficientes. En efecto, la marginación, la violencia que se ejerce contra las mujeres y el control limitado que tienen sobre su vida sexual y reproductiva, por mencionar sólo algunos de los problemas que enfrentan, las hacen más propensas y vulnerables a determinados padecimientos como el cáncer cervicouterino. La mayoría de las muertes por esta causa podrían haberse evitado si las mujeres hubieran tenido disponibilidad y acceso a los servicios de prevención y detección temprana así como al tratamiento indicado para su curación (CIMAQ, 1995; Escandón *et al*, 1992; López, 1997; Restrepo, 1995).

Este capítulo se ha organizado en tres apartados. En primer término, se presenta una descripción de las características que definen el cáncer cervicouterino, los factores de riesgo y el examen citológico del papanicolaou, como un elemento decisivo en la prevención. En segundo término, se ilustra la problemática del carcinoma uterino en el mundo, utilizando para ello el comportamiento de las tasas y su comparación entre países.

Finalmente, la última parte está dedicada al análisis de la mortalidad por cáncer de cérvix en México. Se destaca la importancia que ha tenido en la explicación de la mortalidad adulta, particularmente de las defunciones femeninas ocurridas durante la edad productiva. Para ello, se recurre a la transición epidemiológica, como un concepto que explica el proceso de cambio de largo plazo en los patrones que caracterizan las condiciones de salud, enfermedad, incapacidad y muerte de una sociedad. De igual manera, se abordan algunos aspectos históricos y el estado actual que guarda el cáncer del cuello uterino como una enfermedad que forma parte de los daños a la salud de las mujeres mexicanas.

III.1 Cáncer cervicouterino. Definición y factores de riesgo

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por un desarrollo anormal y diseminado de células, que avanza de forma incontrolada invadiendo tejidos normales y provocando una alteración en el funcionamiento del organismo. En efecto, los procesos cancerosos resultan del daño que sufren los genes encargados de la regulación del crecimiento celular. Según su localización, se pueden distinguir dos tipos de tumoraciones: por un lado están los carcinomas, cuyo origen se encuentra en el tejido blando como la piel, las membranas mucosas y las glándulas. Los sarcomas son el segundo tipo que corresponde a los huesos, músculos, tendones y tejidos fibrosos. Finalmente las leucemias y los linfomas son también cánceres, que afectan el sistema productor de sangre y los ganglios linfáticos. En la mayoría de los casos se inicia como un padecimiento localizado para después expandirse a otras partes del cuerpo. Este patrón de diseminación es conocido como metástasis y el pronóstico es generalmente negativo.

El cáncer ó neoplasia como también se le conoce, es considerada como una enfermedad de carácter multifactorial. Es decir, las alteraciones genéticas pueden producirse por la exposición a variados agentes ambientales y del interior del propio organismo. Se denominan factores de riesgo a las condiciones que incrementan la probabilidad de padecerlo. Los carcinógenos o cancerígenos pueden ser de naturaleza variada, desde sustancias químicas, físicas y biológicas hasta dietas inadecuadas y hábitos dañinos como el tabaquismo y el alcohol.

El pronóstico de la enfermedad y su curación depende de un sinnúmero de variables que tienen que ver con la localización del tumor, lo avanzado o expandido que esté, la edad del paciente, su estado nutricional y/o inmunológico (López y Vandale-Toney, 1995).

Los cánceres que afectan a la mujer se localizan, principalmente, en el aparato reproductor. También conocidos como ginecológicos o femeninos, este tipo de cánceres superan todas las demás localizaciones. El carcinoma del cuello uterino es una afección del tracto genital femenino y es definido en los siguientes términos: "Carcinoma que ha roto la membrana basal en uno o varios sitios sin llegar a una profundidad mayor de 3 mm por debajo de dicha membrana, que no invade vasos linfáticos ni sanguíneos, y en el que las áreas de microinvación no son confluentes." (CIMAQ, 1995)

El cáncer del cervix es una patología en la cual las células neoplásicas malignas se sitúan en la superficie del cuello uterino. La fase inicial es conocida como carcinoma in situ, donde las células aún no han invadido tejidos. Si no se detecta a tiempo y se da el tratamiento adecuado, éstas pueden diseminarse invadiendo la zona pélvica y otras áreas circundantes.

Su aparición está asociada con una serie de aspectos -sobre todo de la vida sexual de las mujeres y sus parejas- que actúan sobre la capacidad de ciertas células de mantener su función normal. Entre los factores de riesgo destacan los siguientes:

- Mayor de 35 años
- Inicio temprano de relaciones sexuales
- Infecciones genitales por virus
- Enfermedades de transmisión sexual
- Múltiples parejas sexuales
- Deficiente higiene de la pareja
- Multiparidad
- Tabaquismo
- Dieta insuficiente en frutas y verduras

Es importante señalar que las infecciones genitales son frecuentes entre la población femenina, joven y sexualmente activa. Uno de los agentes transmisores es el virus del papiloma humano y las mujeres que lo padecen corren un mayor riesgo de desarrollar cáncer del cuello del útero. Dada la dificultad de reconocer los diversos tipos de virus, así como el tiempo de exposición y su efecto sobre el epitelio del cuello uterino, los analistas en la materia consideran que aún no puede declararse el papiloma como el agente causal definitivo de esta enfermedad.¹

Por otro lado, diversos estudios han tratado de demostrar que la promiscuidad masculina y femenina es un factor importante que incrementa el riesgo de padecer cáncer

¹ Para mayor información sobre la relación entre el virus del papiloma humano y el cancer cervical, veáse el artículo de Valle Gay, Armando. "Cáncer Cervico Uterino y Enfermedades de Transmisión Sexual" en *Cáncer Cervico Uterino*. Editora Ma. Del Carmen Elu. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. 1998, pp.59-76

cervicouterino. Ejemplo de ello es una investigación de casos y testigos efectuado en poblaciones de América Latina bajo la coordinación del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. Si bien las limitaciones propias del trabajo impiden obtener conclusiones definitivas sobre los patrones de conducta sexual y la presencia de esta patología, llama la atención que cada vez más se identifican los “ambientes de alto riesgo”, que unidos a una cultura de la pobreza y deficiencia en los servicios, los hacen vulnerables a este tipo de padecimiento (Restrepo, 1995).

En sus inicios, el cáncer del cuello uterino es asintomático y no suele producir molestias. Si la enfermedad ha avanzado, pueden presentarse problemas como hemorragias, dolor durante las relaciones sexuales y al orinar o defecar, fiebre, cansancio, palidez o pérdida de peso. Si no se detecta y se trata a tiempo, el cáncer se expande afectando órganos vecinos, pasando de ser un cáncer in situ a uno de tipo invasor. Entre ambos estadios transcurren aproximadamente de 10 a 12 años, por lo que resulta de vital importancia que las mujeres acudan periódicamente a las revisiones ginecológicas.

De todos los cánceres, los ginecológicos son los de más fácil detección y por lo tanto susceptibles de ser tratados. En efecto, el desarrollo lento de este cáncer ofrece posibilidades de identificarlo en su fase inicial a través de un examen citológico llamado “Papanicolaou”. Esta prueba de detección fue introducida por Papanicolaou en 1941 y consiste en examinar células obtenidas del cuello de la matriz durante una revisión ginecológica. Esta prueba permite identificar -cuando está bien realizada- con un alto grado de seguridad, la presencia de células cancerígenas y de otros agentes infecciosos.

En México, este examen es realizado en todo el país por diversas instituciones del sector salud. Según la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino (NOM-

CACU1998) debe ser un servicio gratuito, con una periodicidad anual a partir de los 25 años y después de dos resultados negativos consecutivos la revisión se hará cada tres años.

A pesar de que el cáncer del cuello del útero puede considerarse una neoplasia potencialmente curable, las cifras no obstante ofrecen un panorama distinto y complejo. Los tumores por esta causa siguen contribuyendo con un número importante de defunciones a nivel mundial.

III.2 Estado actual del cáncer cervicouterino en el mundo

El cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar a nivel mundial. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, la frecuencia anual es de 460 mil casos (CIMAQ, 1995). En los países desarrollados, la incidencia y mortalidad han disminuido considerablemente debido a la introducción de programas de detección temprana. En los países nórdicos, el mayor efecto protector ha sido la prevención a través de la prueba de citología vaginal. (papanicolaou). Los programas han sido desarrollados con éxito debido a su amplia cobertura y al control que han ejercido sobre la población tamizada y la periodicidad del examen. En Islandia, por ejemplo, se desarrolló el programa nacional de detección oportuna del cáncer, con una extensión a nivel nacional y una cobertura del 100%. El programa se inició en 1964 y alcanzó su máximo desarrollo en 1969. La población revisada tenía entre 25 y 69 años de edad y los porcentajes de reducción en la incidencia y mortalidad fueron de 70% y 62% respectivamente (Lazcano *et al*, 1996).

No obstante, a principios de los noventas, el cáncer del cuello del útero se ubicaba como la segunda causa de muerte entre las mujeres de todo el mundo. Entre las

norteamericanas de 25 a 44 años de edad, este cáncer ocupaba el tercer sitio en la lista de mortalidad por causas (Goldman, 1994; Kirkman, 1992; Polednak, 1991; Rudolph, 1993 y Samelson, 1994).

En Estados Unidos, las tasas de incidencia de cáncer invasor en las mujeres de raza negra casi duplican las registradas entre las mujeres blancas. De los tres grandes grupos étnicos y raciales en los Estados Unidos, las mujeres hispanas son las que en menor grado se realizan el papanicolaou. De las hispanas, las mexico-norteamericanas presentan las tasas más bajas de revisión y detección de cáncer por éste medio. Diversos estudios, afirma Suarez (1994), han encontrado como factores significativos los bajos ingresos, la ausencia de cobertura de atención y seguro médicos y el bajo nivel de escolaridad. En efecto, atendiendo aspectos como la raza y las minorías étnicas, son abundantes las propuestas de investigación que buscan encontrar las razones por las cuales estos grupos presentan tasas más altas de mortalidad y tasas más bajas de detección.

En esta línea, destaca el trabajo de Samelson y colaboradores (1994) quienes investigan la mortalidad por esta causa en la población negra de la ciudad de Chicago. El artículo es parte de un proyecto de investigación más amplio que incluye tres fases (descripción epidemiológica, estudio analítico y el diseño e implementación de un programa sobre estrategias de prevención). Dentro de la primera etapa, el exceso de muertes por cáncer del cérvix entre la población negra es consistente con información nacional, que refleja que las tasas de mortalidad en este grupo son dos veces mayores que las presentadas por la población blanca. La tasa ajustada de mortalidad por edad para las mujeres negras era de 10.0 por 100,000 mujeres frente a un valor de 4.6 para las de raza blanca. Entre las barreras al examen, se encontró que las mujeres económicamente más desprotegidas son las que reportaron no haberse practicado casi nunca esta prueba.

La investigación de Kisuki (1994) analiza las actitudes de las mujeres vietnamitas que viven en Massachusetts en torno al examen del papanicolaou. Se realizaron entrevistas por teléfono tanto en inglés como en vietnamita, a través de las cuales se obtuvo información sociodemográfica, de los servicios médicos y los aspectos culturales, como mitos y supersticiones que giran alrededor de la salud. Sobre la experiencia del papanicolaou, se encontró que sólo el 51.8% reportó haberse practicado el examen. Considerando el estado civil, el 70.4% de las mujeres solteras no se había examinado nunca. Las mujeres de más edad, casadas y con hijos consideraban necesario el examen y lo practicaban con mayor frecuencia. Las que tenían seguro médico estuvieron más dispuestas a realizarse esta prueba. Entre las conclusiones importantes, se encontró que las participantes se practican con menor frecuencia el papanicolaou que el resto de la población femenina en los Estados Unidos. Aún más, este estudio demostró que las mujeres vietnamitas no están usando los servicios preventivos para detectar el cáncer cervicouterino. La no utilización de este servicio se expresa en barreras específicas que están asociadas, por un lado, al bajo ingreso y por otro a ciertas concepciones culturales en torno al matrimonio, la virginidad y los sentimientos de vergüenza y pudor que causa la revisión ginecológica. Es sintomático el hecho de que un porcentaje alto de mujeres solteras no se realizan el estudio con la frecuencia debida. Existe desconocimiento y confusión sobre la importancia de practicarse este examen independientemente del estado marital.

En América Latina, Asia, África y Europa Oriental se presentan las tasas más altas de incidencia por cáncer cervicouterino. Por ejemplo, México conjuntamente con Centroamérica y el Caribe se ubicaban con tasas estandarizadas por edad que oscilaban entre 40.1 a 50.0 por 100,000 mujeres, comparadas con los valores registrados para Estados Unidos y Canadá de 7.6 a 10.0 (Lazcano *et al*, 1996). En relación a la mortalidad, tomando

nuevamente como patrón de comparación la tasa de mortalidad del Canadá (2.9), se encontró que durante el periodo 1980-1984, México se situaba entre los primeros cinco lugares, con una tasa ajustada por edad de 13.1 por 100.000. Le antecedían Dominica (17.6), Barbados (14.9), Chile (13.7) y Trinidad y Tobago (13.3). En la región de las Américas se producen anualmente de 20,000 a 30,000 defunciones por esta causa. Todas ellas previsibles y entre mujeres en edad productiva (Restrepo, 1995). La situación más preocupante es que la tendencia de la mortalidad por cáncer cervical se mantiene estacionaria, aún en los países como Cuba, Uruguay y Argentina donde se había registrado un descenso durante el decenio de 1970. En Chile, Colombia y Venezuela la tendencia ha sido ascendente y se presume que ello se ha debido, entre otras razones, al deterioro de los servicios de salud como resultado de la crisis económica de los ochentas (Restrepo, 1995).

En estos países, los programas de control se caracterizan por bajas coberturas y problemas en la calidad de los servicios. No existen seguimientos rutinarios y las citologías no se procesan en los tiempos adecuados. Los escasos recursos disponibles se desperdician aplicando pruebas en poblaciones de mujeres muy jóvenes, de manera repetida e injustificadamente (Restrepo, 1995).

III.3 Mortalidad por cáncer cervicouterino en México

Durante los últimos cien años, la transición de la salud ha reflejado un panorama epidemiológico de complejidad creciente en la mayoría de los países. Los cambios en las tendencias demográficas, socioeconómicas, culturales y de atención a la salud han incidido

en el desarrollo de nuevos patrones de morbilidad y mortalidad que afectan la salud de mujeres y hombres.

En México estos cambios se han reflejado, sobre todo, durante la segunda mitad de este siglo, afectando el perfil de salud-enfermedad de la población. Entre los más importantes cabe destacar los siguientes:

En primer lugar, el cambio de una fecundidad natural hacia otra controlada por métodos de anticoncepción, ha provocado una disminución en el número de hijos por mujer. Entre 1960 y 1965 la tasa global de fecundidad alcanzó su máximo histórico de siete hijos por mujer, para después descender en forma continua durante seis lustros y situarse en 3 hijos en 1995 (CONAPO, 1998). Esta reducción ha afectado la estructura por edad. Es decir, de una distribución etárea joven, se ha desplazado hacia una en que predominan los adultos. Esto se traduce, epidemiológicamente hablando, en un aumento en el número absoluto de personas expuestas a padecimientos no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

En segundo lugar, como resultado del proceso de industrialización y de la consolidación de las estructuras institucionales, los cambios en los factores de riesgo afectaron directamente la probabilidad de enfermar de la sociedad. El tránsito de una economía agrícola hacia otra de carácter industrial, tuvo repercusiones en los ámbitos ocupacionales, ambientales y socioculturales. Por ejemplo, la urbanización acelerada incluyó la adquisición de hábitos, como el tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, entre otros, que incrementaron los riesgos de contraer enfermedades crónicas. De igual manera, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y su creciente participación en los últimos decenios, es un factor que ha sido considerado en el análisis de las condiciones de salud de las mujeres. En este sentido, se confrontan dos teorías. Por un lado, en el modelo

de estrés se plantea que la combinación del trabajo y las responsabilidades familiares pueden ejercer suficiente presión como para afectar el estado de salud. Por otro, en el modelo de beneficios, se propone que el medio de trabajo ofrece la oportunidad de autoestima, confianza e independencia económica (Debert-Ribeiro, 1995).

Finalmente, los avances tecnológicos aplicados al campo de la medicina y la salud pública han influido en la cantidad, calidad, distribución y organización de los servicios de salud y sus efectos en las formas de enfermar y morir. Ello ha sido importante, sobre todo, en el manejo de enfermedades transmisibles. Por ejemplo, la rehidratación oral ha prevenido, no el riesgo de enfermar, sino el de morir por diarreas agudas entre la población infantil. Las campañas de vacunación, por el contrario, si han resultado en un descenso en la probabilidad de enfermar. En ambos casos, estas intervenciones han contribuido a reducir el peso proporcional de las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias entre los menores de cinco años.

En este contexto, el perfil epidemiológico en el país se ha caracterizado por una disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias y un aumento relativo de las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus y lesiones (accidentes y violencia). En 1940, el 60% de las defunciones se atribuían a las infecciones, parasitosis, diarreas y neumonías; las enfermedades no transmisibles originaban sólo el 7%; las muertes por lesiones representaban el 5%. Para 1996, las defunciones por enfermedades no transmisibles contribuían con el 62%; las relacionadas con padecimientos transmisibles, perinatales, maternos y desnutrición representaban el 21%; las muertes por accidentes y violencia aumentaron a un 15% (Frenk *et al*, 1998).

A excepción de los menores de un año y de los adultos entre 15 y 29 años, la mayoría de las defunciones en el país son debidas a enfermedades crónicas, no

transmisibles. En 1996, estas patologías fueron responsables de más de 60% de los años de vida perdidos entre la población masculina y de 74.1% entre la femenina (CONAPO, 1998).

En términos de la estructura por edad de la mortalidad, se ha dado un desplazamiento de la enfermedad y muerte de las edades más jóvenes hacia las más viejas. En 1990, el 15% de las defunciones correspondía a los menores de un año y el 46% a la población de 60 años y más. Para 1996, el peso relativo de las muertes de personas de 60 años y más aumentó a un 54%. (CONAPO, 1998). Bajo este patrón, la enfermedad tiende a cambiar de un estado agudo y transitorio hacia un estatus crónico que implica cuidados prolongados y cargas importantes para la familia (Frenk *et al.*, 1990)

No obstante, la articulación de todos estos factores muestra polarizaciones entre los estados más pobres y aquellos que presentan los mejores indicadores del país. En efecto, la transición demográfica es menos avanzada en las entidades con los niveles de pobreza más altos y con un sinnúmero de carencias relacionadas con el ingreso, vivienda, alimentación, educación y salud. Al observar el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil a nivel estatal, se encuentra una diferencia de más de el doble entre los valores registrados para el Distrito Federal y el conjunto de entidades como Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Veracruz e Hidalgo. Entre 1990 y 1995 las tasas de mortalidad infantil para el Distrito Federal y Chiapas eran de 20.7 y 48.4 defunciones respectivamente. (CONAPO, 1998)

En el cuadro epidemiológico mexicano coexisten, por un lado, las enfermedades crónico degenerativas con una participación predominante, la importancia creciente de la violencia como causa de muerte entre la población masculina y por otro, las enfermedades asociadas a infecciones, desnutrición y problemas reproductivos que afectan principalmente a mujeres y niños.

Al observar la estructura por causas, se corrobora la idea central argumentada anteriormente, sobre el predominio de las llamadas enfermedades no transmisibles sobre el resto de causas. En 1996, un 79% de las defunciones femeninas y un 66% de las masculinas se debía al grupo de enfermedades de tipo crónico. En efecto, un porcentaje mayor de mujeres que de hombres muere por este grupo de causas. No así en el caso de las enfermedades transmisibles, donde prácticamente no existe diferencia entre la población femenina y masculina (15% para ambos casos). La diferencia fundamental entre hombres y mujeres es la relativa al grupo denominado "lesiones y accidentes", donde la sobremortalidad masculina triplica la proporción de defunciones registrada para las mujeres (18% y 5% respectivamente) (CONAPO, 1998).

Entre 1992 y 1996 las principales causas de mortalidad general estaban representadas, en primer lugar por las enfermedades del corazón, seguidas por los tumores malignos, accidentes, diabetes mellitus y en quinto lugar la enfermedad cerebrovascular.

El análisis de las causas de la mortalidad por grupo de edad revela, como se había señalado, diferencias importantes. Para los menores de un año las principales causas de muerte están relacionadas con las afecciones propias del periodo perinatal, neumonía e influenza, anomalías congénitas, enfermedades infecciosas y desnutrición. En la edad preescolar, los accidentes representan la primera causa de muerte, seguida por enfermedades infecciosas y neumonía e influenza. Los accidentes nuevamente ocupan el primer lugar para aquella población en edad escolar y el segundo sitio lo ocupa la leucemia como una de las neoplasias más importantes en este grupo. Las enfermedades infecciosas como causa de muerte van perdiendo importancia según aumenta la edad. Durante la edad productiva (15 a 64 años), los accidentes representan la primera causa de muerte, seguida por los tumores malignos y las enfermedades del corazón. Entre los tumores malignos, el

del cuello del útero es el que registra la tasa más alta. Finalmente, las principales causas de muerte entre la población en edades post-productivas (después de los 65 años de edad) son las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes. (SSA, varios años).

Este breve repaso sobre las principales causas de muerte durante la primera mitad de los noventa, ilustra las tendencias predominantes de la transición epidemiológica en el país. Las enfermedades no transmisibles, -cardiovasculares, tumores malignos y diabetes- como responsables en más de un 60% de la mortalidad general. De igual manera, las enfermedades transmisibles siguen contribuyendo de manera significativa en la mortalidad infantil y preescolar. Destaca también la contribución muy importante de las lesiones (accidentes y violencia) en la sobremortalidad masculina.

En 1960, las defunciones por tumor maligno del útero (incluye cuello del útero) eran de 2,127; para 1990 se registraban 4,980. Los grupos de edad en los que se concentró el mayor número de muertes eran 35-44; 45-54 y 55-64 (OPS, 1995). De los tumores malignos, el del cuello uterino se ubica entre los tres primeros lugares de frecuencia en la mortalidad general. Durante cinco años (1992-1996), entre las principales causas de mortalidad en edad productiva, las defunciones por cáncer cervical, han ocupado el primer lugar, con una tasa que se ha mantenido alta y estable. En 1992 se registró una tasa de 5.4 por 100,000 habitantes entre 15 y 64 años. Para 1996, la tasa apenas varió a un 5.2 (SSA, varios años).

En México, se inicia la campaña nacional de lucha contra el cáncer en 1942. Sin embargo, no es sino hasta siete años después, que se dan las primeras acciones para instalar en el Hospital de la Mujer un programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino. En 1950, el Instituto Nacional de Cancerología inicia un curso sobre formación de recursos humanos para obtener y leer el papanicolaou. Durante los años sesenta se establecen

programas de detección en el IMSS y el ISSSTE. En 1974, por decreto presidencial, se fundó el Consejo Técnico de Lucha contra el Cáncer. Una década más tarde, se instituía el Registro Nacional de Cáncer, dependiente de la Dirección General de Medicina Preventiva de la Secretaría de Salud. En este contexto, diversas organizaciones públicas y privadas se dieron a la tarea de elaborar un programa nacional para prevenir y controlar el cáncer entre la población femenina. Su objetivo general era abatir las altas tasas de morbilidad y mortalidad que se venían presentando. Entre los objetivos específicos destacaban los siguientes:

- Promoción de la salud. Orientar sobre la importancia del diagnóstico oportuno y el conocimiento de los factores de riesgo.
- Prevención y control. Fomentar la práctica anual del examen del papanicolaou entre las mujeres que comenzaron su vida sexual.
- Atención médica. Dar tratamiento, control y seguimiento a los casos detectados.
- Salud Pública. Propiciar la investigación epidemiológica y la formación de recursos humanos.

Pese a la existencia de este programa desde hace más de 20 años, la mortalidad por cáncer cervicouterino sigue impactando la salud de las mujeres mexicanas. Una de las explicaciones que mayor aceptación ha tenido, es la que se refiere a los factores asociados a la calidad de los servicios y la cobertura del programa. En 1994 se efectuaron tres millones diez mil estudios citológicos en diversas instituciones del sector salud, que correspondían a una cobertura nacional de sólo el 26%. De este total, alrededor del 20% de las citologías se realizaron en mujeres menores de 25 años, grupo de edad en que sólo ocurrían 1.0% de las

defunciones. Al grupo de 65 y más años, donde el porcentaje de defunciones era del 35, sólo se le practicó el 4% de exámenes cervicales. (SSA, 1996)

Lazcano y colaboradores (1996) realizaron una investigación sobre el programa de detección oportuna de cáncer cervical. Encontraron que la disminución en la efectividad del mismo se debe a que las mujeres asisten tardíamente al diagnóstico, así como a factores relacionados con la cobertura y calidad del servicio. De una muestra aleatoria de especímenes, se notificó que el 64% carecían de células endocervicales, moco y metaplasia epidermoide, relacionadas con un error diagnóstico de 0.87. De igual manera, la precisión en los centros de lectura fue cuestionada, en la medida en que un 54% dio resultados falsos negativos. Se concluyó que la cobertura del programa es sumamente baja a escala nacional. Con los recursos e infraestructura disponible se estima que cubre únicamente al 20% de las mujeres en riesgo.

El cáncer cervicouterino es una enfermedad no transmisible cuya incidencia se ha incrementado a lo largo del tiempo. En 1970 la tasa de mortalidad era de 2.9 defunciones por cada 100 mil mujeres. Para 1995, se registró un valor de 4.9 defunciones (Martínez Canizales, 1998).

El total de defunciones registradas en 1993 y 1994 fue de 4,362 y 4,365 respectivamente. En ambos años, alrededor del 2% de las defunciones ocurrieron en mujeres menores de 30 años. El 90% se registró en mujeres mayores de cuarenta años. Los grupos de edad que concentraron el mayor número de defunciones en ambos años fueron en 1993 el grupo 45-49 y en 1994 el grupo 55-59. En 1994, la tasa nacional de mortalidad fue de 21.8 por cien mil mujeres para la población de 25 años en adelante (Sector Salud, 1996). Para 1995 y 1996, la tasa prácticamente no varió. No obstante, el cáncer cervical fue la

primera causa de muerte por neoplasia maligna en la población femenina de 25 años, con una tasa de mortalidad de 21.4 defunciones. (Martínez Canizales, 1998)

En un trabajo sobre la “Epidemiología del Cáncer Cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social” de Escandón y colaboradores (1992), se señala que de los 34 centros hospitalarios correspondientes a esta institución, esta neoplasia se ha mantenido como la primera causa de muerte entre la población femenina en 1990. Su distribución geográfica presenta un patrón desigual y heterogéneo. El rango de las tasas oscila entre 0.8 para el Estado de México y 66.6 defunciones por cada 100 mil derechohabientes en Colima. Los diez estados con las mayores tasas de mortalidad fueron los siguientes: Colima, Durango, Guerrero, Nayarit, Hidalgo, Chiapas, Morelos, Yucatán Puebla y Tamaulipas. Las entidades que registraron, por el contrario, las tasas más bajas fueron: Tlaxcala, Estado de México, Aguascalientes, Tabasco y el Distrito Federal. Los autores destacan que el cáncer cervicouterino es un problema de salud pública, fuertemente asociado con los niveles de marginación y pobreza en que viven amplios sectores de mujeres. Afirman también, que su naturaleza multifactorial y las dificultades para establecer medidas de protección, inciden negativamente en la ocurrencia del fenómeno. Por ejemplo, la cobertura para el servicio de detección temprana solamente incluye entre el 10 y 20 por ciento de las mujeres mayores de 25 años que se encuentran aseguradas en el Instituto. Otro de los factores que contribuye a la serie de obstáculos, son los procesos administrativos y la dilación para entregar los resultados. Concluyen sobre la necesidad de estudios y trabajos que apunten hacia los factores causales, el conocimiento veraz de su frecuencia y distribución a nivel nacional y en las diferentes regiones del país y la identificación de los grupos de riesgo.

En síntesis, a más de veinte años de implementarse el programa nacional de detección temprana del cáncer uterino, las cifras muestran un panorama distinto y sumamente complejo. Durante la primera mitad de los noventa, el cáncer del cervix fue la primera causa de muerte por neoplasias malignas entre las mujeres mayores de 25 años. Para 1996, la tasa de mortalidad era de 21.4 defunciones por cada cien mil mujeres de 25 años en adelante. En los estados, el análisis de las tasas refleja un patrón desigual y heterogéneo que evidencia la necesidad de investigar la frecuencia, causalidad y distribución a nivel nacional y por entidad federativa.

IV. Material y Método

El presente ejercicio tiene como propósito calcular el número de años de vida que una mujer mexicana pierde a causa del cáncer cervicouterino. El análisis se hace para el año de 1996 y para cada entidad federativa de la República Mexicana.

El material utilizado consistió en:

- Tablas de mortalidad femeninas.
- Defunciones femeninas registradas por causa, según grupos quinquenales de edad y entidad federativa.

Las tablas de mortalidad fueron elaboradas con el paquete demográfico Mort. Pak, empleando las tablas modelo de Coale y Demeny patrón oeste.

Los valores de las esperanzas de vida que sirvieron como dato de entrada a la estimación son las publicadas por el Consejo Nacional de Población.

Las defunciones fueron proporcionadas por la Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud.

Para el método de trabajo se tomó como referencia el artículo de Eduardo E. Arriaga (1994), quien propone un procedimiento sencillo para calcular el número de años de vida perdidos. Este índice, como señala el autor, no resuelve completamente todos los problemas asociados a la medición de la mortalidad prematura. Sin embargo, nos refleja más fielmente el nivel y los cambios absoluto y relativo de la mortalidad por causa de muerte y edad.

Los años de vida perdidos son aquellos que una persona no vivió como resultado de un fallecimiento prematuro. Es decir, si una mujer muere a la edad de 40 años, se considera

que, en función de la esperanza de vida, debería haber vivido más años. Aquellos años que le faltaron, que no vivió, corresponden a los años de vida perdidos.

Siguiendo la lógica del trabajo de Arriaga, se establece que como los años que cada persona debería vivir no se conocen, el concepto de años de vida perdidos requiere para su cálculo de supuestos. Dice el autor, "...Se conocen exactamente el número de años vividos por cada una de las personas que mueren, pero no sabemos cuántos años esas personas deberían haber vivido. Este hecho crea la posibilidad de tres tipos de análisis: a) suponer que la mortalidad es nula entre las dos edades elegidas para el análisis; b) suponer que entre las dos edades elegidas, aquellos que mueren a una edad determinada, habrían vivido tantos años como la población que queda viva a la misma edad; c) suponer que aquellos que mueren en una edad, si no hubieran muerto, habrían vivido tantos años como el resto de la población que queda viva a esa misma edad sin limitar la edad superior..." (Arriaga, 1994:3)

Para los fines de este trabajo, el cálculo del número de años que una mujer mexicana pierde a causa del cáncer cervicouterino, se realizará bajo el supuesto de mortalidad nula entre dos edades, siendo la edad inferior de 0 años y la superior de 84 años.

Bajo este primer supuesto, se asume que la distribución de las defunciones por causa de muerte de la tabla de mortalidad ${}_n d_x$ en cada edad, es igual a la observada en las defunciones registradas. Si las muertes registradas en las edades x , $x+n$ son ${}_n D_x$ y aquellas muertes por una causa específica j son ${}_n D_{x,j}$ entonces:

$${}_n d_{x,j} = {}_n d_x ({}_n D_{x,j} / {}_n D_x)$$

Aquellas personas que mueren de una causa específica j a la edad x , $x+n$ pierden tantos años de vida en esa edad como el producto de las defunciones de la causa de muerte por la

diferencia entre el intervalo de grupo de edad (n) (5 años) y el factor de separación de las defunciones ${}_n k_x$ (2.5). Los años de vida que pierden a partir de la edad x , $x+n$ es la diferencia de v y $x+n$, donde v es el límite superior de 80 años. En fórmula, el número de años perdidos de aquellos que mueren a la edad de x , $x+n$ por la causa j son:

$$AP_{x,j} = {}_n d_{x,j} [(n-{}_n k_x) + (v-x-n)]$$

El factor de separación es el mismo para cada grupo de edad, es decir, 2.5. El promedio de años de vida perdidos por persona viva a la edad inicial del intervalo de edades bajo estudio a , es:

$$ap_{x,j} = [{}_n d_{x,j} (v-{}_n k_x - x)] / l_a$$

Donde l_a es la función de personas vivas a la edad exacta a en la tabla de mortalidad. La suma para las edades de a a v da el promedio de años de vida perdidos por la causa de muerte j en el intervalo de edades (cuadro 1).

V. Resultados

En 1996, el total de años de vida perdidos debido al cáncer del cuello uterino por entidad federativa, registró el siguiente comportamiento: los estados de Yucatán, Tabasco, Campeche, Guerrero, Quintana Roo y Oaxaca, agrupados en las regiones del golfo, pacífico y sureste, presentaron los valores mas altos, situándose entre 0.35 y 0.29.

Por el contrario, los estados de Baja California Norte, Baja California Sur y Sonora, ubicados geográficamente en la franja noroeste y Nuevo León en el noreste, registraron 0.15, 0.13, 0.15 y 0.14 años perdidos respectivamente. Es decir, hay una diferencia de mas del doble entre ambos grupos de entidades (mapa 1 y gráfica 1).

Nayarit y Morelos registraron valores de 0.35 y 0.32, situándose entre los estados con mayor pérdida por esta causa. Es importante analizar la situación de estas entidades, porque además de ubicarse con valores elevados según el indicador de años de vida perdidos, también reportaron tener registros altos utilizando la tasa de mortalidad por causa de muerte. Por ejemplo en 1994 y 1995, de todas las entidades federativas, Nayarit presentó la tasa de mortalidad por cáncer del cuello del útero más elevada en los años referidos (7.8 y 9.0 defunciones por 100,000 habitantes). En 1996, la tasa mas alta correspondió a Morelos con 8.0 defunciones (Secretaría de Salud, 1994,1995 y 1996).

El Distrito Federal por su parte, se incluye entre los estados con registros más bajos, contribuyendo con 0.13 años de vida perdidos.

Para complementar el análisis sobre el comportamiento de éste fenómeno, se ha recurrido a la revisión de algunas variables socioeconómicas que nos permitan caracterizar muy generalmente a dichos estados, y entender la influencia relativa que tienen estas variables, en la explicación de los años de vida perdidos.

El criterio de selección se apoyó en la revisión exhaustiva de las fuentes de información utilizadas, en donde se detectó que los estados con mayor pérdida de vida, eran los que, en términos generales, se caracterizaban por niveles de pobreza y analfabetismo y presentaban, además, serias dificultades para acceder a los servicios de salud.

Así, los porcentajes de analfabetismo, población indígena, población en pobreza, población urbana y población no derechohabiente, constituyeron los indicadores a partir de los cuales se centró el análisis (cuadro 2).

Por medio de una regresión lineal, se trazaron líneas de tendencias de cada una de las variables seleccionadas con respecto a los años de vida perdidos. Entre las observaciones más importantes, destacan las siguientes:

Los porcentajes de analfabetismo en los estados de Yucatán (15%), Tabasco (11%), Campeche (13.8%), Guerrero (23.9%), Quintana Roo (9.7%) y Oaxaca (23.1), con excepción de Quintana Roo, están por arriba del valor nacional (10.6 %). Así, Guerrero y Oaxaca representan 6 y 7 veces los porcentajes registrados para Nuevo León y el Distrito Federal respectivamente.

Como se observa en la gráfica 2, las entidades que registraron entre 0.25 y 0.35 años de vida perdidos, presentaron niveles de analfabetismo entre el 10% y el 20%. Estos valores están por arriba del promedio nacional.

El porcentaje de población indígena está asociado, en su mayoría, con poblaciones que viven marginalmente de los beneficios de la modernización. Son grupos que presentan tasas elevadas de mortalidad infantil y materna como resultado del difícil acceso a los servicios de salud, ya sea por la lejanía geográfica o como consecuencia de prácticas y creencias arraigadas a su cultura. Entre los estados con mayor porcentaje de población indígena, destacan Yucatán (39.7%), Oaxaca (36.6%), Quintana Roo (26.1%) y Campeche

(15.9%). Estas entidades fueron, como ya se ha mencionado anteriormente, las que reportaron mayor pérdida en años de vida.

No obstante, en la gráfica 3, se muestra una gran dispersión de los valores con respecto a la línea de tendencia. La mayoría de las entidades federativas no tiene un porcentaje significativo de población indígena. Ello es indicativo, de que ésta variable, por si sola, no puede explicar la pérdida de vida. Solamente en el caso de Yucatán, que es el estado que presenta uno de los registros más altos de años de vida perdidos y de igual manera, registra el porcentaje de población indígena más alto.

Para la República Mexicana, según datos presentados en el boletín sobre la situación de la salud en México (SSA y OPS, 1995), el porcentaje de población en pobreza a nivel nacional era del 60.4. Este indicador se refiere a la población sin ingresos y con ingresos hasta dos salarios mínimos. Todos los estados agrupados en las regiones del golfo, pacífico y sureste, a excepción de Quintana Roo, presentaron valores por encima del nacional. Así, los porcentajes estuvieron en un rango de 70.5 a 77.2. Teniendo como base estas cifras, podría decirse que más de tres cuartas partes de la población de estas entidades se encuentran en un estado de pobreza. Para los estados como Baja California Sur, Nuevo León, Sonora y el Distrito Federal, menos de la mitad de su población enfrenta niveles de pobreza.

A diferencia de la gráfica anterior, la relación entre los años de vida perdidos y el porcentaje de población en pobreza, refleja, gráficamente, un ajuste mayor de sus valores a la línea de tendencia. Esto quiere decir, que las entidades, cuyos valores de años de vida perdidos están entre .10 y .15 son las que tiene menor porcentaje de población en pobreza. Por el contrario, una concentración importante de entidades con mayor pérdida, tiene también mayor porcentaje en pobreza (gráfica 4).

La población urbana está definida como aquella que agrupa 15 mil o más habitantes. Se caracteriza además, por tener centros de población grandes y medianos que cuentan con bienes y servicios básicos, como los de vivienda, salud, empleo, educación y vías de comunicación. La disponibilidad, variedad, nivel y cobertura, por ejemplo, en los servicios de salud, son mejores en las poblaciones urbanas con respecto a las rurales.

En este sentido, observamos una asociación inversa entre los porcentajes de población urbana y los años de vida perdidos por cáncer del cuello uterino. Es decir, a menor porcentaje de urbanización, mayor pérdida de vida. Efectivamente, todos los estados con registros más altos, a excepción de Quintana Roo, están por debajo del promedio nacional (59.90%). Por ejemplo, Oaxaca, Tabasco y Guerrero registraron porcentajes del 21.40, 34.30 y 38.20 respectivamente.

En el otro extremo, con menor pérdida de años de vida, las entidades de Sonora y Nuevo León en la franja norte y el Distrito Federal en el centro del país, presentaron porcentajes de 70.40, 88.70 y 98.60 (gráfica 5).

Finalmente, se muestra la relación entre el número de años perdidos por cáncer cervicouterino y la distribución porcentual de la población sin derechohabiencia. Las cifras reflejan nuevamente esta asociación inversa, en donde los estados como Yucatán, Tabasco, Campeche, Guerrero, Quintana Roo y Oaxaca, con mayores pérdidas de vida, presentan los porcentajes más altos sin derechohabiencia. Así, Guerrero y Oaxaca registran cerca del 80% de su población que no es derechohabiente. Baja California Sur, Sonora y Distrito Federal presentaron 42%, 43% y 46% de población sin derechohabiencia respectivamente. La población no derechohabiente, es aquella considerada como población abierta, que se encuentra en mayor proporción en las entidades más pobres. A pesar de tener una demanda

más alta, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención médica, existe una limitada cobertura de los servicios médicos de la Secretaría de Salud (Miranda *et al.* 1992).

La gráfica 6 presenta esta tendencia, en la que a mayor porcentaje de no derechohabencia, mayor pérdida en años de vida. Comparativamente con otras variables, el porcentaje de población no derechohabiente nos permite entender como en aquellos estados, como Tabasco y Oaxaca, entre el 70% y el 80% de su población no cuenta con cobertura y servicio médico. Ello tiene importantes repercusiones en la atención a la salud.

Estos resultados sobre los años de vida perdidos a causa del cáncer del cuello uterino entre mujeres mexicanas, nos dicen que a pesar de ser una enfermedad detectable y curable, sigue representando una pérdida en tiempo de vida. El valor de 0.35, el resultado mas alto, pareciera de poca importancia en relación con todos los años que una persona puede vivir, sin embargo, es un indicador del impacto que tiene la mortalidad por esta causa sobre la vida de las mujeres.

CONCLUSIONES

En la mayoría de los estudios y trabajos de investigación sobre cáncer del cuello uterino, ha predominado la perspectiva médica y epidemiológica. En efecto, en la búsqueda de relaciones causa-efecto entre los factores potencialmente patógenos y la aparición de la enfermedad, la medicina y la epidemiología han propuesto diversos modelos entre los llamados factores de riesgo y el efecto enfermedad. Uno de ellos es la combinación entre lo genéticamente transmitido y lo adquirido por la acción ambiental, de lo que resulta la resistencia o susceptibilidad a enfermar (Martínez, 1993).

Sin lugar a dudas, su contribución ha sido importante sobre todo para aportar información en relación al origen, desarrollo, detección y tratamiento del cáncer del cervix. No obstante, desde las ciencias sociales, nuevos enfoques se han desarrollado para dar cuenta de un problema, a todas luces complejo y que requiere del concurso de varias disciplinas.

En este contexto, el concepto de género se ha difundido como una herramienta analítica para entender múltiples relaciones entre los varones y las mujeres y sus determinaciones en distintos ámbitos de la vida. En el caso de la salud de las mujeres, se están recuperando aquellos factores socioculturales que obstaculizan la prevención y el tratamiento oportuno.

En el primer capítulo de este trabajo se abordó la discusión sobre la condición femenina y su situación subordinada con respecto al varón. Explicar cómo y por qué se había dado la discusión teórica al interior de las feministas resultaba imprescindible para contextualizar y delimitar esta categoría.

Como se dijo al principio de este trabajo, no se ha utilizado una metodología de género, pero se ha querido recurrir al sistema de género para explicar desde esta perspectiva, aquellos factores que están incidiendo y que dificultan que las mujeres cuiden su salud. Es así que el segundo capítulo revistió de singular importancia, en la medida en que se definieron estos elementos y las repercusiones en la salud, enfermedad y muerte de las mujeres.

En este sentido, un esfuerzo de este trabajo es explicar a la luz de las categorías del sistema de género (identidad, poder y desigualdad), aquellos aspectos relativos a la condición femenina y la presencia de una enfermedad como el cáncer cervicouterino y las implicaciones en tiempo de vida perdido. En términos generales, se puede mencionar las siguientes reflexiones:

El cáncer cervicouterino, como todas las enfermedades se alojan en un cuerpo sexuado. El cuerpo es el “lugar” donde se materializa la identidad de género. En el cuerpo de cada mujer, es donde también se materializan la salud, el bienestar, los daños y malestares y donde se manifiesta la muerte, como la concreción de las condiciones en que este cuerpo vivió. El hablar de salud, enfermedad y muerte, nos remite al control, cuidados y decisión que tienen las mujeres sobre su propio cuerpo ¿Cómo cuidar su cuerpo si se le ha asignado culturalmente una actividad de cuidado para otros? ¿Cómo sentir y atender sus malestares, si se le ha enseñado que el cuerpo femenino es un lugar de sacrificio y sufrimiento?. Para que se desarrolle un cáncer invasor, requiere un tiempo que oscila entre los 5 y 7 años. Su desarrollo implica que la mujer nunca se haya realizado un papanicolaou o que si se le detectó en los primeros estadios, nunca regresó para el tratamiento. Se afirma que es ignorancia y negligencia. Es probable, que estos comportamientos estén vinculados con los estereotipos genéricos, con el sentimiento de un cuerpo que no debe responder a

exigencias propias sino de otros. El cáncer del cuello uterino que ha invadido áreas cercanas y cuyo pronóstico es reservado, es un ejemplo de completo abandono de nuestro cuerpo.

El cáncer cervicouterino se localiza en una zona reproductiva y genital. Es decir, es el espacio donde se manifiesta la maternidad y la sexualidad. Ambos aspectos dotados de una carga valorativa y de simbolización. Ya se había señalado cómo la construcción de la identidad femenina alrededor de la maternidad, presiona hacia la procreación temprana, provocando que los eventos reproductivos y procreativos se constituyan en eventos de riesgo. La maternidad es considerada como una función inherente al ser mujer, por lo que las dolencias y malestares relacionadas con el aparato reproductivo son consideradas como naturales de la condición femenina.

En el terreno de la sexualidad, la construcción de la identidad femenina tiene repercusiones en los comportamientos sexuales y en la salud. Culturalmente se espera que las mujeres lleguen vírgenes al matrimonio, que sean fieles y satisfagan el deseo del “otro”. Las mujeres viven sus prácticas sexuales con un sentimiento de vergüenza y pecado, ausencia de placer y satisfacción propia. Ello propicia comportamientos que pueden afectar la salud. Se establecen relaciones coitales a edad temprana; se obstaculiza el uso de medidas preventivas contra el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS); así como la utilización de anticonceptivos. De igual manera, se avala la diversidad de parejas y de prácticas sexuales abusivas, basadas en el poder y la violencia.

En el capítulo 3 se señalan los factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino. De los nueve ahí mencionados, cuatro de ellos tienen que ver con estos comportamientos sexuales. En efecto, el inicio temprano de relaciones sexuales, las infecciones genitales por virus, las enfermedades de transmisión sexual y las múltiples parejas sexuales son factores

de riesgo para este cáncer y al mismo tiempo son comportamientos que se derivan de la construcción genérica.

Son diversas las manifestaciones de la violencia como ejercicio del poder masculino sobre el femenino. Destaca la violencia física, sexual y psicológica. Se incluyen los golpes, el abuso sexual de las niñas por algún miembro del hogar; en algunas culturas, la violencia relacionada con la dote y la mutilación genital; la violación conyugal y el atemorizamiento y humillación para someter, a través de la desvalorización, al género femenino.

Estas agresiones producen daños diversos a la salud de las mujeres. Entre los malestares mentales se tienen la depresión, ansiedad, miedos, histeria, crisis nerviosas y estrés crónico. Entre los daños físicos, a grandes rasgos, se pueden señalar los embarazos no deseados, hemorragias vaginales, enfermedades de transmisión sexual (ETS), cefaleas, gastritis y colitis y problemas ginecológicos, que van desde ligeras infecciones, hasta enfermedades serias como el cáncer cervicouterino.

Otro elemento que tiene que ver con el poder masculino sobre las condiciones de salud de las mujeres, es la práctica médica. Esta relación desigual puede tener efectos, tales como: la imposición de medidas terapéuticas inadecuadas, la interpretación errónea de síntomas y la omisión de otros cuidados necesarios.

La práctica médica jerárquica y autoritaria, aunada al sentimiento de vergüenza y pudor que invade a las mujeres la exploración de la zona genital, puede desalentar la práctica regular del examen del papanicolaou. Estos sentimientos de vergüenza y pudor tienen que ver con la construcción de la identidad femenina.

La desigualdad social respecto al varón, es una de las dimensiones que ha sido más explorada en relación con la salud de la mujer. Esta desigualdad se expresa en un limitado

control y acceso a los recursos, una posición subalterna con respecto a las relaciones de parentesco, disminución de su autonomía y desvalorización del trabajo femenino.

Estas dimensiones de género, están íntimamente relacionadas con daños a la salud, con perfiles de alimentación, nutrición e higiene, con decisiones sobre la sexualidad, la anticoncepción, con la adopción de medidas preventivas, el cuidado y la atención a la salud y también con el bienestar físico y emocional.

En este sentido, se reconoce por ejemplo, que la falta de vitaminas como la A, C y E son factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero. De igual manera, la doble y triple jornada, la función de socializadora y las prácticas alimentarias desventajosas generan una mayor vulnerabilidad ante padecimientos como el cáncer.

Las mujeres que se encuentran en situaciones económicas desventajosas. Es decir, en situación de pobreza y marginación, se tornan aún mas vulnerables y con mayores dificultades para acceder a los servicios de salud y por lo tanto cuidar su salud.

Finalmente, es importante señalar que el cáncer cervicouterino es una enfermedad que la mujer experimenta y asume individualmente. No obstante, se confirma cada vez más que en esta patología, la corresponsabilidad de los varones es fundamental para la prevención y tratamiento oportuno.

Por lo que respecta al tiempo de vida perdido como resultado de la mortalidad por cáncer cervicouterino, se tienen las siguientes conclusiones:

Los años de vida perdidos por esta patología no tienen una presencia homogénea en el país. Es decir, existen diferencias de más del doble al comparar diversos estados de la República Mexicana. Por ejemplo, entidades como Yucatán, Nayarit, Morelos, Tabasco, Campeche, Guerrero, Quintana Roo y Oaxaca registraron pérdida de entre 0.35 y 0.29 años.

Los valores para Baja California Sur, Nuevo León, Sonora y el Distrito Federal se ubicaron entre 0.13 y 0.15.

Una segunda conclusión importante es que los estados con mayor pérdida de vida, eran los que, en términos generales, se caracterizaban por niveles de pobreza y analfabetismo y presentaban, además, serias dificultades para acceder a los servicios de salud. Repasando algunos de los resultados se corrobora esta afirmación.

En relación al analfabetismo, se encontró que las entidades que registraron entre 0.25 y 0.35 años de vida perdidos, presentaron niveles de analfabetismo entre el 10% y el 20%. Estos valores están por arriba del promedio nacional (10.6).

Por otro lado, la relación entre los años de vida perdidos y el porcentaje de población en pobreza, confirma la idea tan difundida de que las mujeres más desprotegidas económicamente hablando, pueden resultar con mayores dificultades para acceder a los servicios de salud y por ende, cuidar la suya propia. En este caso, se refleja, gráficamente, un ajuste mayor de sus valores a la línea de tendencia. Esto quiere decir, que las entidades, cuyos valores de vida perdidos están entre 0.10 y 0.15 años son las que tiene menor porcentaje de población en póbrea. Por el contrario, una concentración importante de entidades con mayor pérdida, tiene también mayor porcentaje en pobreza.

De igual manera se observa una asociación inversa entre los porcentajes de población urbana y los años de vida perdidos por cáncer del cuello uterino. Es decir, a menor porcentaje de urbanización, mayor pérdida de vida. Efectivamente, todos los estados con registros más altos, a excepción de Quintana Roo, están por debajo del promedio nacional (59.90%). Por ejemplo, Oaxaca, Tabasco y Guerrero registraron porcentajes del 21.40, 34.30 y 38.20 respectivamente. En el otro extremo, con menor pérdida de años de

vida, las entidades de Sonora y Nuevo León en la franja norte y el Distrito Federal en el centro del país, presentaron porcentajes de 70.40, 88.70 y 98.60.

Los estados como Yucatán, Tabasco, Campeche, Guerrero, Quintana Roo y Oaxaca, con mayores fracciones de vida perdidos, presentan los porcentajes más altos sin derechohabencia. Así, Guerrero y Oaxaca registran cerca del 80% de su población que no es derechohabiente. Baja California Sur, Sonora y Distrito Federal presentaron 42%, 43% y 46% de población sin derechohabencia respectivamente.

Los resultados reflejan también, la incapacidad de la sociedad de garantizar a su población la longevidad expresada en la esperanza de vida. Es decir, la polarización económica, política y social del país, ha provocado desigualdad social y marginación en grandes sectores de la población. La inequidad en cobertura, financiamiento y atención en la salud ha provocado que las entidades del norte se beneficien de más recursos financieros y humanos que aquellas ubicadas en las regiones sur y sureste. Los estados más pobres, con porcentajes de analfabetismo superiores al promedio nacional, con población indígena abundante y grandes sectores de la población sin una cobertura adecuada de servicio médico, fueron los que registraron la mayor pérdida de años de vida.

El cáncer cervicouterino es una enfermedad que contribuye de manera importante en la explicación de la mortalidad femenina, sobre todo, de aquellas mujeres mayores de 30 años. Su etiología es de carácter multifactorial y numerosos estudios apuntan hacia la conducta sexual de las mujeres y sus parejas, como uno de los principales factores de riesgo. En este sentido, se hace necesario impulsar y desarrollar trabajos con metodología de género que nos permitan conocer aquellos factores socioculturales que están asociados con conductas sexuales de las mujeres y la presencia de una enfermedad como el cáncer del cuello uterino. También los estudios de caso pueden identificar las barreras y miedos que

preceden al examen del papanicolaou y al diagnóstico. Este tipo de información puede coadyuvar a un mejor conocimiento de la sexualidad de las mujeres y las repercusiones de ésta, en la salud femenina.

ANEXO

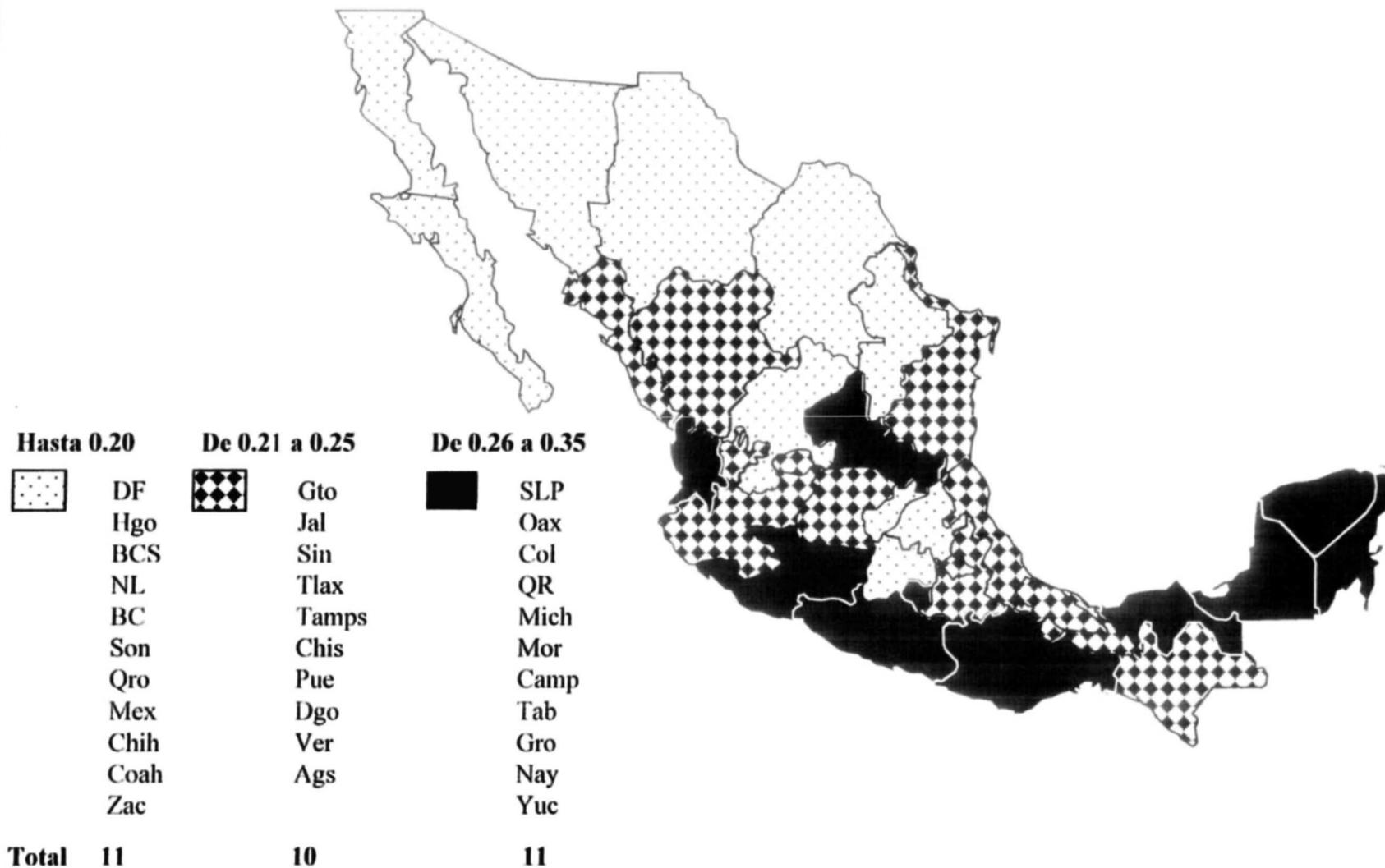
Cuadro No. 1
Población femenina, defunciones observadas totales, por causa
y años de vida perdidos según entidad federativa, 1996

<i>Entidad</i>	<i>Población femenina</i>	<i>Defunciones observadas totales</i>	<i>Defunciones observadas por CaCu</i>	<i>Años de vida perdidos</i>
		<i>nDx</i>	<i>nDxj</i>	<i>AVP</i>
Aguascalientes	440,396	1,605	44	0.25
Baja California	1,047,549	3,821	71	0.15
Baja California Sur	184,481	600	15	0.13
Campeche	319,525	1,011	37	0.32
Coahuila	1,093,181	4,497	109	0.19
Colima	245,241	986	30	0.29
Chiapas	1,794,206	6,593	167	0.23
Chihuahua	1,401,623	6,104	132	0.18
Distrito Federal	4,413,105	22,157	372	0.13
Durango	722,480	2,498	66	0.25
Guanajuato	2,267,464	9,696	183	0.21
Guerrero	1,483,150	4,369	165	0.32
Hidalgo	1,069,907	4,378	69	0.13
Jalisco	3,067,255	13,989	306	0.22
México	5,931,910	22,421	473	0.17
Michoacán	1,986,499	8,105	254	0.31
Morelos	736,581	2,812	112	0.32
Nayarit	448,073	1,622	64	0.35
Nuevo León	1,776,321	6,722	137	0.14
Oaxaca	1,646,485	8,210	199	0.29
Puebla	2,370,889	12,233	250	0.23
Querétaro	634,992	2,529	48	0.17
Quintana Roo	342,077	743	24	0.30
San Luis Potosí	1,113,263	4,569	118	0.28
Sinaloa	1,209,260	3,939	109	0.22
Sonora	1,036,603	4,200	94	0.15
Tabasco	876,526	2,915	100	0.32
Tamaulipas	1,272,628	4,898	139	0.23
Tlaxcala	448,534	1,937	51	0.22
Veracruz	3,413,444	13,973	406	0.25
Yucatán	783,187	3,591	120	0.35
Zacatecas	680,956	2,784	54	0.20

Fuente: Cálculos propios.

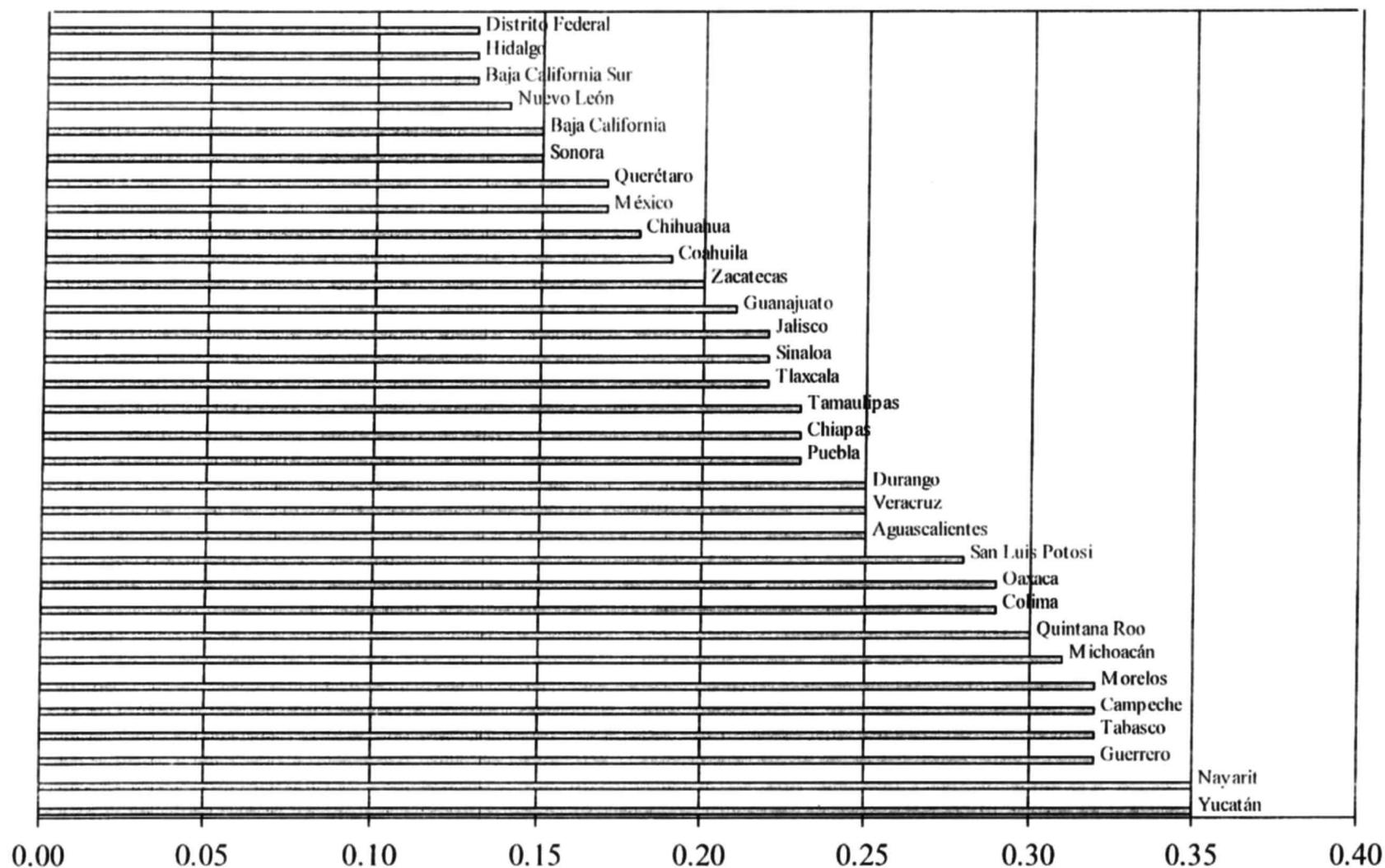
Mapa No.1

Años de vida perdidos por cáncer cervicouterino por entidad federativa 1996



Fuente Cuadro No. 1

Gráfica No. 1
Años de vida perdidos por cáncer cervicouterino según entidad federativa, 1996



Fuente: Cuadro No. 1

Cuadro No. 2

Años de vida perdidos por cáncer cervicouterino por entidad federativa y variables analizadas

Entidad	Años de vida perdidos	Analfabetismo	Población indígena	Población en		Población no derechohabiente
				pobreza	urbana	
				%		
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
Aguascalientes	0.25	5.60	0.10	52.60	72.00	43.00
Baja California	0.15	4.00	1.20	39.50	83.50	46.37
Baja California Sur	0.13	4.90	1.00	47.90	63.90	42.30
Campeche	0.32	13.80	15.90	70.50	52.90	62.59
Coahuila	0.19	4.80	0.10	52.20	82.90	33.71
Colima	0.29	8.60	0.40	54.50	69.60	49.15
Chiapas	0.23	26.00	25.10	76.70	27.20	85.54
Chihuahua	0.18	5.40	2.80	54.10	73.40	49.61
Distrito Federal	0.13	3.00	1.30	43.60	98.60	46.25
Durango	0.25	6.00	1.60	65.20	47.70	54.25
Guanajuato	0.21	14.10	0.10	62.10	56.80	68.78
Guerrero	0.32	23.90	12.70	74.10	38.20	79.78
Hidalgo	0.13	16.90	17.70	75.80	28.90	75.58
Jalisco	0.22	7.40	0.40	57.40	69.60	60.24
México	0.17	7.10	3.00	54.60	73.10	62.80
Michoacán	0.31	15.40	3.20	69.60	43.30	74.64
Morelos	0.32	10.60	2.00	58.30	59.20	65.04
Nayarit	0.35	10.10	4.10	63.80	43.20	64.11
Nuevo León	0.14	3.80	0.20	46.10	88.70	37.76
Oaxaca	0.29	23.10	36.60	77.20	21.40	79.79
Puebla	0.23	16.30	13.00	74.10	42.80	75.91
Querétaro	0.17	11.90	1.90	54.30	48.80	59.18
Quintana Roo	0.30	9.70	26.10	50.90	70.20	58.07
San Luis Potosí	0.28	13.20	11.20	71.30	45.80	67.51
Sinaloa	0.22	8.30	1.20	54.10	51.40	47.29
Sonora	0.15	4.90	2.60	47.40	70.40	43.31
Tabasco	0.32	11.00	3.40	68.30	34.30	74.07
Tamaulipas	0.23	6.00	0.40	56.10	76.00	51.22
Tlaxcala	0.22	8.80	3.50	73.30	37.20	73.16
Veracruz	0.25	16.40	9.90	72.20	40.90	72.22
Yucatán	0.35	15.00	39.70	76.00	58.00	60.84
Zacatecas	0.20	9.00	0.10	70.70	31.20	73.87

Fuente: Secretaría de Salud 1997.

Notas:

(a) Cálculos propios.

Del inciso b) al f), la información es con base en el Censo de Población y Vivienda 1995, INEGI.

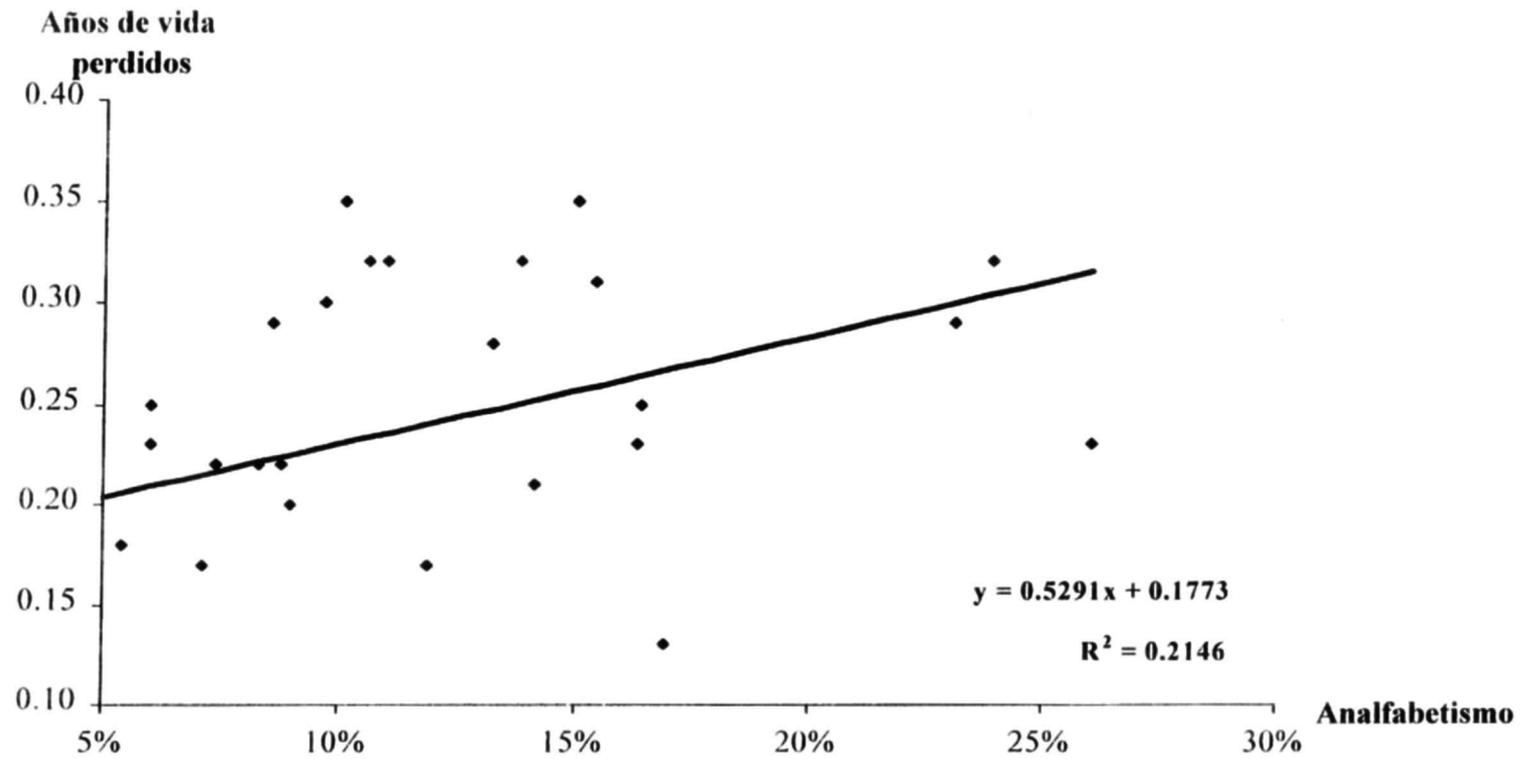
b) Analfabetismo considerado a partir de 15 años y más.

(c) Calculado con base a la población mayor de 5 años.

(d) Se refiere a la población sin ingresos y con ingresos de hasta 2 salarios mínimos.

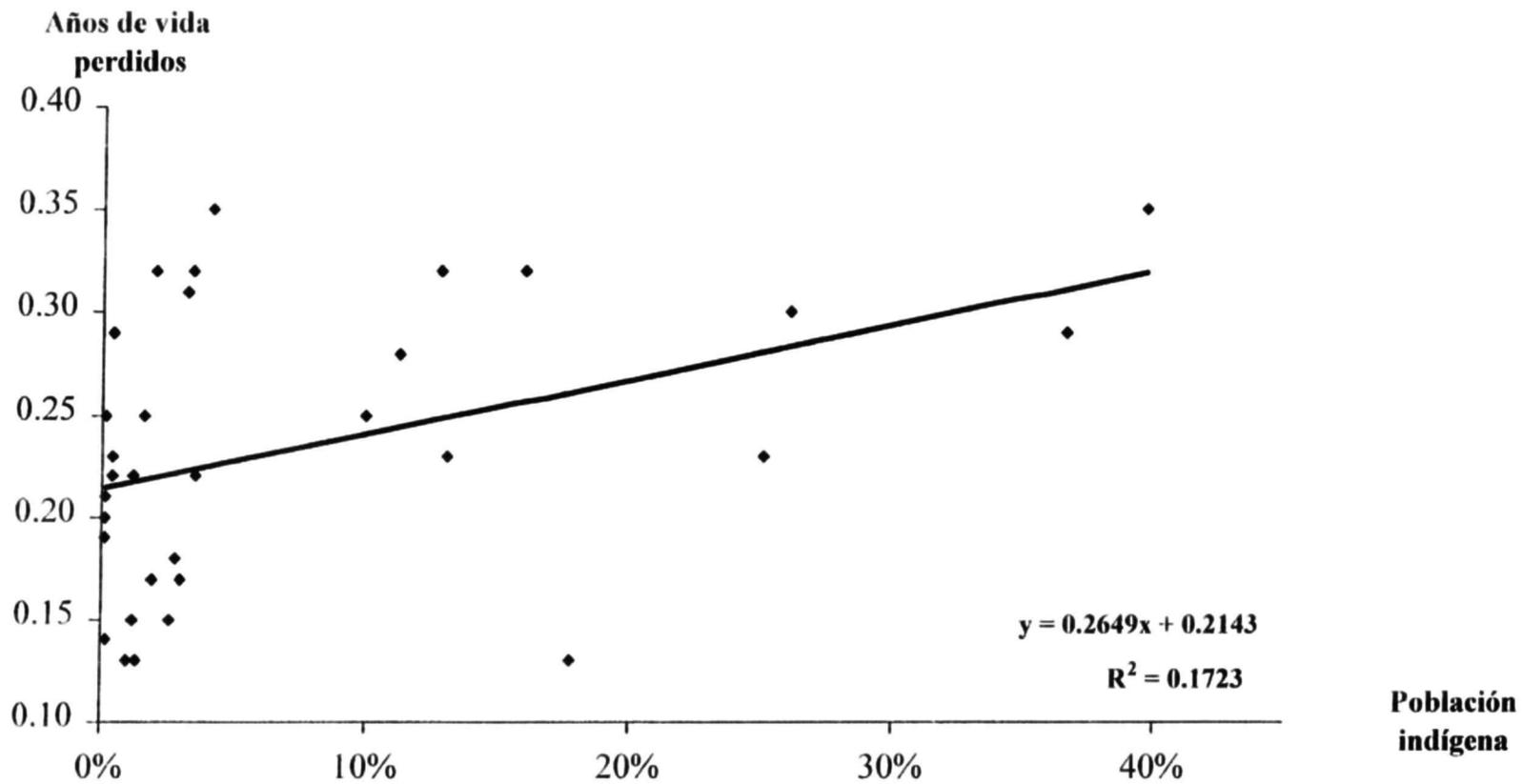
(e) Incluye población que habita en localidades de 15 mil y más habitantes.

Gráfica No. 2
Relación entre los años de vida perdidos y analfabetismo



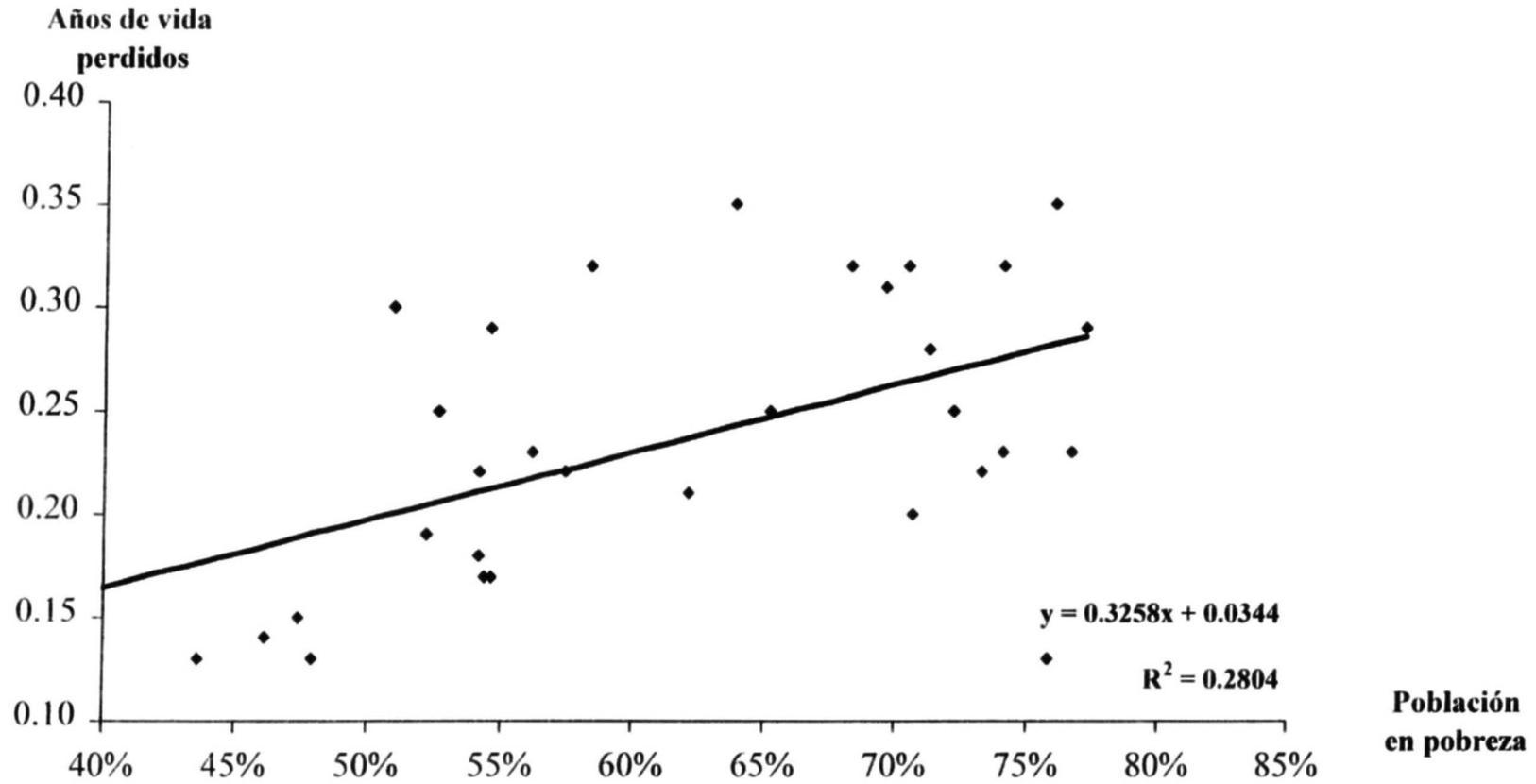
Fuente: Cuadro 2

Gráfica No. 3
Relación entre los años de vida perdidos y población indígena



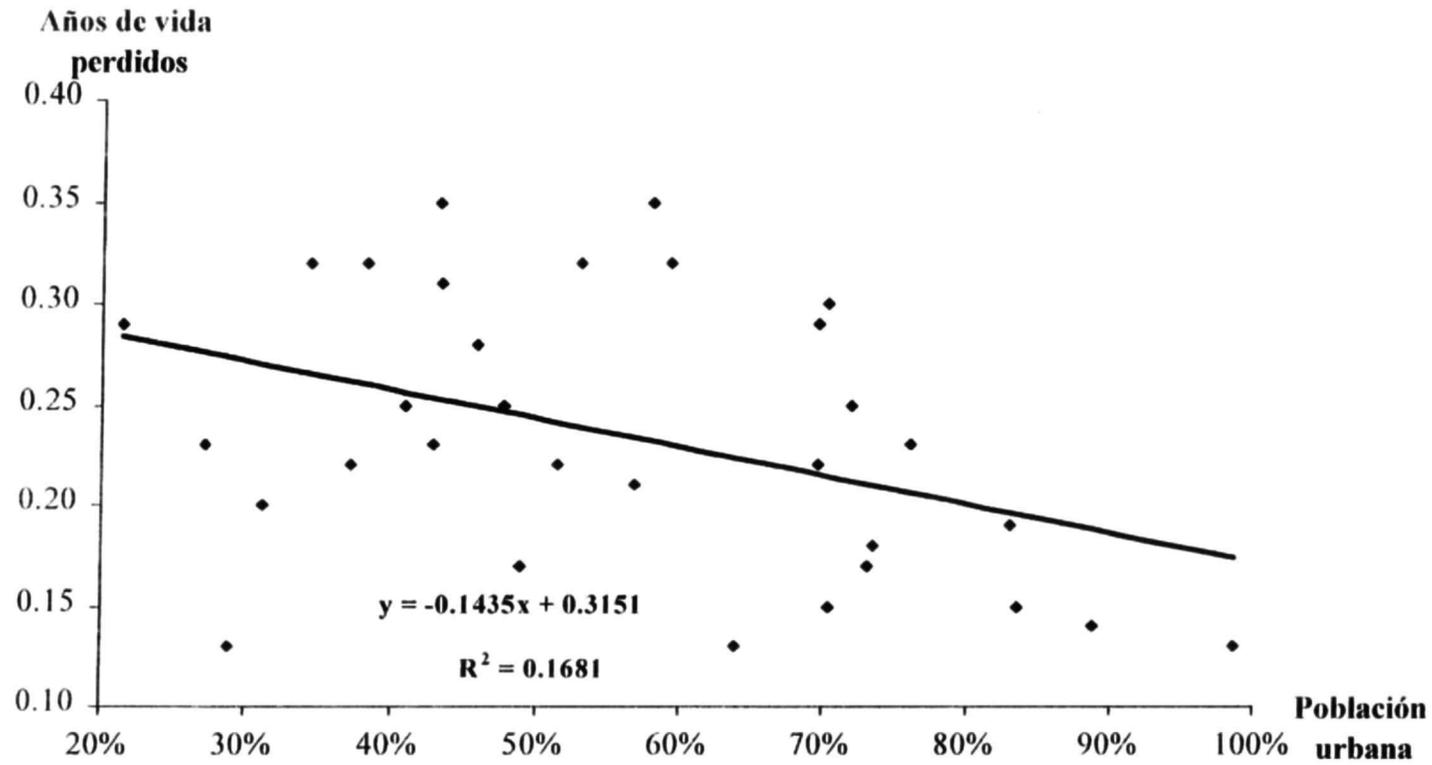
Fuente: Cuadro 2

Gráfica No. 4
Relación entre los años de vida perdidos y población en pobreza



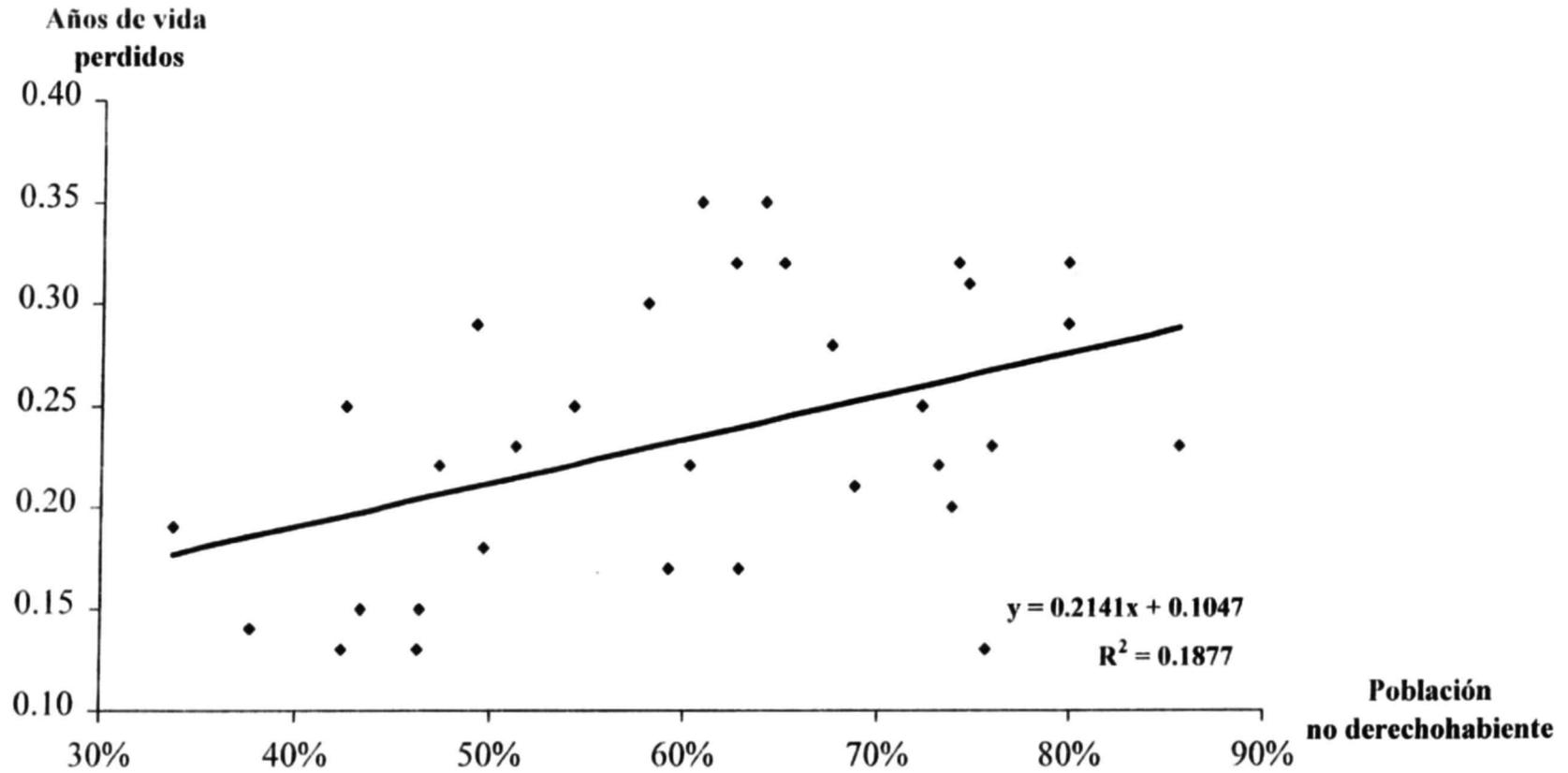
Fuente: Cuadro 2

Gráfica No. 5
Relación entre los años de vida perdidos y población urbana



Fuente: Cuadro 2

Gráfica No. 6
Relación entre los años de vida perdidos y población no derechohabiente



Fuente: Cuadro 2

BIBLIOGRAFIA

Alatorre, Javier, Ana Langer y Rafael Lozano (1994), "Mujer y Salud" en Javier Alatorre, Gloria Careaga, Clara Jusidman, Vania Salles, Cecilia Talamante y John Townsend (coords.), *Las mujeres en la pobreza*, México, GIMTRAP/COLMEX, pp. 217-241.

Arriaga, Eduardo (1994), "Measuring the level and change of Mortality by causes of deaths. The use of years of life lost", U.S. Bureau of the Census, pp. 1-11.

Ávila Rosas, Héctor (1995), "Los modelos médicos asistenciales en su relación con la mujer", en Sara Elena Pérez-Gil Romo, Juan Carlos Ramírez Rodríguez y Patricia Ravelo Blancas (coords.), *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*, México, CIESAS/Universidad de Guadalajara/INNSZ, pp. 41-44.

Basaglia, Franca (1983), *Mujer, locura y sociedad*, Puebla, Universidad Autónoma de Puebla.

Beauvoir, Simone (1981), *El segundo sexo*, Buenos Aires, Ediciones Siglo Veinte.

Blanco Gil, José y Oliva López Arellano (1993), *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*, México, UAM- Xochimilco.

Bleichmar, Emilce (1992), "Del sexo al género", *Revista Psiquiátrica Pública*, Vol. 4, núm. 1, pp. 17-30.

Burin, Mabel (1996), "Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables", en Emilce Dio Bleichmar y Mabel Burin (comps.), *Género, psicoanálisis, subjetividad*, Argentina, Editorial Paidós, pp. 61-99.

Castro, Roberto y Mario Bronfman (1998), "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión", en Juan Guillermo Figueroa Perea (coord.; con la colaboración de Ivonne Szasz Pianta), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 205-238.

Comunicación e información de la mujer (CIMAQ) (1995), "Cáncer. Carpeta informativa", *La Red por la Salud de las Mujeres (D.F.)*, pp.1-19.

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (1998), "La salud en México" *La situación demográfica de México*, México, CONAPO, pp. 27-36.

De Barbieri, Teresita (1986), "Movimientos Feministas", en Marcos Kaplan (coord.) *Grandes Tendencias Políticas Contemporáneas*, México, UNAM, pp.3-25

De Barbieri, Teresita (1993), "Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica", *Debates en Sociología*, núm. 18, UNAM, pp. 145-169.

Debert Ribeiro, Myriam (1995), "La mujer y la enfermedad crónica en América Latina", *Género, mujer y salud*, OPS, pp.89-96.

Elú Ma. Del Carmen (1993), *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*. México, FCE.

Escandón Romero, Celia *et al* (1992), "Epidemiología del cáncer cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social", *Salud Pública de México*, Vol. 34, núm.6, pp. 1-10

Figuroa Perea, Juan Guillermo (1996), *La perspectiva de género en la salud reproductiva*, México, SSA, pp. 1-29.

Frenk, Julio. Miguel A. González y Rafael Lozano (1998), "Seis tesis equivocadas sobre las políticas de salud en el combate a la pobreza". *Este país. Tendencias y opiniones*, núm.84, pp. 28-36.

Frenk, Julio (1990), "Salud, morbilidad y mortalidad por causas", en *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, México, INEGI/SOMEDE.

García Ramírez, Mayela, Azalia Calleja B., Emma Ma. Reyes y Rossana Castellanos (1997), "Violencia intrafamiliar, violencia de género" en Gloria Sayavedra Herrerías y Eugenia Flores Hernández (comps.), *Ser mujer: ¿ un riesgo para la salud ? Del malestar y enfermar. al poderío y la salud*. México, Red de Mujeres, pp.227-260.

Garduño Andrade, María de los Angeles (1994), "La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres", *Salud Problema*, núm. 25, UAM-Xochimilco, pp.17-26.

Goldman Daniel A. *et al* (1994), "Survey of El Paso physicians' breast and cervical cancer screening attitudes and practices", *Journal of Community Health*, Vol 19, no.2, pp. 75-85.

Ibarra Bellón, Araceli (1995), "Él dice, ella dice: Representaciones de género y maternidad en Jalisco", en Sara Elena Pérez-Gil Romo, Juan Carlos Ramírez Rodríguez y Patricia Ravelo Blancas (coords.), *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*, México, CIESAS/Universidad de Guadalajara/INNSZ, pp.147-164.

Kirkman, Bradford (1992), "Access to cancer screening services for women", *American Journal of Public Health*, Vol. 82, no. 5, pp.733-735.

Kisuki. Jenny (1994), "Factors associated with cervical cancer screening behavior among vietnamese women", *Journal of Community Health*, Vol.19, no.3, pp. 189-199.

Lagarde, Marcela (1990). "Educación popular y liderazgo de las mujeres" en *Red de Educación Popular entre Mujeres*.

Lamas, Marta (1993), "Algunas dificultades en el uso de la categoría género", ponencia presentada en el XII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, México, D.F., 29 de julio al 5 de agosto.

Langer, Ana y Rafael Lozano (1998), "Condición de la mujer y salud", en Juan Guillermo Figueroa Perea (coord.; con la colaboración de Ivonne Szasz Pianta), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 33-82.

Lazcano Ponce E., Patricia Nájera Aguilar, Alonso de Ruiz *et al* (1996), "Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical en México", en *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, Vol. 42, núm.3, pp. 123-140.

López Carrillo Lizbeth, Susan Vandale-Toney *et al* (1995), "Cáncer cervicouterino y mamario en la mujer mexicana", en Ana Langer y Kathryn Tolbert (eds.), *Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council/Edamex, pp. 317-341.

López Ríos, Olga (1997), "Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana", *Salud Pública de México*, pp. 16-24.

Luna G. Lola y Norma Villarreal (1994), *Historia, género y política*, Barcelona, Universidad de Barcelona.

Martínez Canizales, Georgina (1998), *Predictores del uso del examen del papanicolaou en las obreras de la industria maquiladora en Tijuana, B.C.*, tesis de maestría en demografía. Tijuana, Baja California, El Colegio de la Frontera Norte.

Martínez Salgado, Carolina (1993), *Sobrevivir en Malinalco. La salud al margen de la medicina*. México, El Colegio de México/UAM-Xochimilco.

Millet, Kate (1975), *Política sexual*, México, Ed. Aguilar.

Miranda Ocampo, Raúl *et al* (1992), "Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México", *Salud Pública de México*, Vol. 34, núm.6, pp. 576-584.

Mosley, W.Henry y Lincoln C. Chen (1984), "An analytical framework for the study of child survival in developing countries", en *Population and Development Review*, no.10, (supl.), pp. 25-45.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1981), *Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer*, ONU.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1995), *Estadísticas de Salud de las Américas*. publicación científica 556, Organización Panamericana de la Salud.

Pérez Palacios, Gregorio (1998), "El cáncer cervicouterino en el programa de Salud Reproductiva", en Ma. Del Carmen Elú (editora) *Cáncer Cérvico Uterino*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp.3-23.

Polednak Anthony P *et al* (1991), "Cervical cancer rates by population size of towns: implications for cancer control programs", *Journal of Community Health*, Vol. 16, no.6, pp. 315-323.

Programa Nacional Mujer, Salud y Desarrollo (PRONAMUSA) (1990), *La salud de la mujer en México. Cifras Comentadas*, México, Dirección General de Salud Materno Infantil, Secretaría de Salud.

Ramos Escandón, Carmen (1991), *El género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple*, México, UAM-Iztapalapa.

Ravelo, Patricia (1990), "La salud de la mujer desde la perspectiva antropológica: una revisión preliminar", *Salud Problema*, núm. 20, UAM-Xochimilco, pp. 29-39.

Restrepo, Helena (1995), "Epidemiología y control del cáncer de la mujer en América Latina y el Caribe", *Género, mujer y salud*, Organización Panamericana de la Salud, pp. 98-113.

Rubin, Gayle (1986), "El tráfico de las mujeres: notas sobre la economía política del sexo" en Marta Lamas *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG, pp. 35-96.

Rudolph Andrea *et al* (1993), "Cervical Cancer Prevention Project for Inner City Black and Latina Women", *Public Health Reports*, Vol.106, no.2, pp.156-160.

Salles, Vania (1994), "Pobreza, pobreza y más pobreza", en Javier Alatorre, Gloria Careaga, Clara Jusidman, Vania Salles, Cecilia Talamante y John Townsend (coords.), *Las mujeres en la pobreza*. México, GIMTRAP/COLMEX, pp. 47-71.

Samelson, Elizabeth *et al* (1994), "Racial differences in cervical cancer mortality in Chicago", *American Journal of Public Health*, Vol.84, no.6, pp. 1007-1009.

Scott, J (1990), "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en James Amellas S. y M. Nash, Ed. Alfons el Magnánim, Institución Valenciana de Estudios. Valencia.

Secretaría de Salud (SSA) (1996), *Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino*, Plan de Acción Sectorial, Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (SSA) (1992-1996), *Mortalidad 1992-1996*, Subsecretaría de Planeación, Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (SSA) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1995), "Situación de salud en México. Indicadores Básicos", Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud.

Suarez, Lucina (1994), "Pap smear and mammogram screening in mexican-american women: The effects of acculturation", *American Journal of Public Health*, Vol. 84, no.5, pp. 742-746.

Szasz, Ivonne (1994), "La pobreza desde la perspectiva de género: estado del conocimiento", en Javier Alatorre, Gloria Careaga, Clara Jusidman, Vania Salles, Cecilia Talamante y John Townsend (coords.), *Las mujeres en la pobreza*, México, GIMTRAP/COLMEX, pp.17-44.

Szasz, Ivonne (1997), "Género y Salud. Algunas Reflexiones" en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Del 2 al 6 de junio en Cocoyoc, Morelos, México.

Szasz, Ivonne (1998), "Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil", en Juan Guillermo Figueroa Perea (coord.; con la colaboración de Ivonne Szasz Pianta), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 313-331.

Tubert, Silvia (1996), "Psicoanálisis, feminismo, posmodernismo", en Emilce Bleichmar y Mabel Burín (comps.), *Género, psicoanálisis, subjetividad*, Argentina, Editorial Paidós, pp. 289-313.

Verbrugge, Lois, M. (1989), "Role burden and physical health of women and men", *Women and Health*, no.11, pp. 47-77.

Waldron, I. (1987), "Patterns and causes of excess female mortality among young children in developing countries", *World Health Statistics Quarterly*, no.40, pp. 194-210.