

# Analisi delle politiche sanitarie in materia di cancro cervico-uterino nella zona degli Altipiani del Chiapas

*Cristina D'Eredità*

*Missione Etnologica Italiana in Messico*

Il diritto alla salute sessuale e riproduttiva è riconosciuto dall'ordinamento internazionale come uno dei diritti umani fondamentali. Tra gli obiettivi principali definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità vi è la prevenzione dai rischi di contagio da malattie infettive (HIV<sup>1</sup>, HPV<sup>2</sup>, etc.) e di gravidanze indesiderate. Coerentemente con questi obiettivi anche in Messico sono state elaborate diverse normative per arginare il contagio dal Virus del Papilloma Umano (HPV), causa principale dello sviluppo del cancro cervico-uterino. In questa sede vorrei proporre un'analisi delle strategie di intervento sanitario messe in atto in una zona circoscritta del Messico indigeno.

Una serie di elementi concorrono nel rendere il cancro cervico-uterino una patologia altamente prevenibile e curabile: l'aver individuato l'agente patogeno scatenante (HPV), il lento decorso della malattia (WHO 2007: 17), e la possibilità di una diagnosi precoce delle lesioni pre-cancerose. Nonostante queste considerazioni, nel 2010 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha reso noto che nel mondo ancora 250.000 donne ogni anno muoiono a causa di questa patologia, che si rivela fatale soprattutto nei paesi a basso reddito, laddove risulta problematico l'accesso ai programmi di *screening* o ai percorsi terapeutici. Tra gli stati messicani in cui, tra il 2004 ed il 2008, si è registrato il tasso di mortalità più elevato figurano per ordine di importanza: Chiapas; Zacatecas; Veracruz; Campeche; Colima (SSA 2008d)<sup>3</sup>.

Nei contesti indigeni messicani, tre distinti programmi sanitari implicano strategie di contenimento della morbi-mortalità della patologia: il programma *Oportunidades*, quello di *Planificación familiar* ed il programma di *Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino*. Attraverso l'analisi delle rappresentazioni "dall'alto" degli obiettivi pro-

grammatici esposti nei programmi e l'osservazione etnografica “dal basso” delle pratiche sanitarie quotidiane realizzate nella comunità indigena maya tzotzil di Zacualpa Ecatepec, intendo illustrare come l'intrecciarsi delle strategie attuative dei tre programmi, piuttosto che promuovere una reale riduzione dei fattori di rischio connessi alla patologia, ne possano favorire la diffusione.

### **Il cancro cervico-uterino: alcune premesse biomediche**

Il cancro cervico uterino (CaCu) si sviluppa in seguito all'infezione di un virus a trasmissione sessuale, il Papilloma Virus Umano (HPV), il quale può causare microscopiche lesioni interne sulle pareti della cervice uterina, che, se nel tempo non vengono curate, possono degenerare in una neoplasia.

Una delle caratteristiche fondamentali del CaCu è la sua asintomaticità. Negli stadi iniziali non si manifestano sintomi patologici, che invece acquistano evidenza solo in una fase avanzata della malattia (anomalo sanguinamento vaginale, dolore pelvico-addominale). La comunità scientifica internazionale è concorde nella definizione dei principali fattori di rischio per la contrazione del virus:

Inizio di relazioni sessuali in giovane età; mancato uso del profilattico (sebbene l'utilizzo non sembri garantire l'immunità); rapporti sessuali con più partner e con partner a rischio; prima gestazione in giovane età e gestazioni multiple; non sottoporsi periodicamente a visite diagnostiche e pap-test; fattori ereditari; basso livello socio economico (WHO 2007).

Il cancro cervico-uterino è stato definito dall'OMS un “problema di salute pubblica” e diversi paesi hanno assunto la lotta a questa patologia come una priorità sanitaria, da fronteggiare attraverso l'attuazione di programmi di *screening*. Attualmente è il secondo cancro più comune nei Paesi ad alto reddito e la causa più comune di morte oncologica nei Paesi a basso e medio reddito (CCA 2012: 6).

### **Il Chiapas e la comunità indigena maya tzotzil di Zacualpa Ecatepec**

Il Chiapas è un'entità federativa degli Stati Uniti del Messico, situato a sud-est, fra l'istmo di Tehuantepec e il Guatemala. Lo Stato conta 4.796.580 abitanti (INEGI 2011: 8), di cui un terzo di appartenenza indigena (1.136.000). Questi ultimi sono suddivisi in dodici gruppi etnici: tzeltal, tzotzil, chol, zoque, tojol-ab'al, kanjobal, mam, chuj, mop, kakchiquel, lacandón e jacalteco. La maggior parte della popolazione indigena del Chiapas vive in

agglomerati comunitari dispersi nelle zone rurali, sebbene negli ultimi decenni si stia assistendo ad importanti movimenti di urbanizzazione. Lo stato occupa l'ultimo posto nazionale nell'Indice di Sviluppo Umano e il secondo posto per gli indici di marginalizzazione. Le zone rurali del paese sono quelle maggiormente disagiate: qui otto abitanti su dieci vivono in una condizione di "povertà estrema" e con un regime alimentare insufficiente (Plan de Desarrollo Chiapas Solidario 2007-2012: 20)<sup>4</sup>.

Zacualpa Ecatepec<sup>5</sup> è una comunità indigena maya tzotzil, appartenente al Municipio di San Cristóbal de las Casas, da cui dista circa venticinque chilometri in direzione sud-ovest. Il villaggio, ubicato a circa 2.260 metri di altitudine, è immerso in uno scenario paesaggistico tipicamente montano, caratterizzato da declivi rocciosi e distese di boschi. La micro-regione in cui è situata Zacualpa Ecatepec è composta da altre quattro comunità, rispetto alle quali quella di cui mi sono occupata è la più prossima alla città, la più grande e quella con il più alto tasso di diffusione della lingua spagnola. All'interno della micro-regione, Zacualpa Ecatepec è sicuramente la realtà maggiormente permeata da logiche di controllo politico e implementazione infrastrutturale, non a caso è l'unica comunità ad avere una casa di salute governativa. Nei centri medici si svolgono le attività di prima assistenza medica, ma anche quelle di interesse demografico come la compilazione del censimento della popolazione, una funzione fondamentale del proceduralismo burocratico, non privo di implicazioni politiche<sup>6</sup>.

### **Le politiche sanitarie disposte in Messico**

In Messico il primo programma nazionale di *screening* è stato istituito nel 1974 (*Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino*: PN-DOC). A distanza di due decenni, a causa dell'inefficacia del PNDOC, è stata emanata la *Norma oficial mexicana, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino*<sup>7</sup> (NOM-014-SSA2-1994). La normativa prevede che ogni donna sessualmente attiva, senza alcuna distinzione d'età, possa sottoporsi gratuitamente agli esami citologici, presso tutte le unità mediche del settore pubblico. Le pazienti che risultano positive ad un primo pap-test<sup>8</sup> devono continuare a sottoporsi annualmente al controllo, fino ad ottenere due risultati negativi consecutivi, mentre, in caso di un riscontro negativo, la prova può essere ripetuta dopo tre anni.

In Chiapas, come nel resto del Paese, il settore della sanità pubblica è organizzato in maniera territoriale e stratificata: i servizi di I livello, forniti nei centri di salute o in cliniche; i servizi di II livello, forniti generalmente in ospedali con reparti specializzati; i servizi di III livello, in cui si prestano cure mediche specialistiche, come quelle oncologiche (Frenk 2010).

Per quanto riguarda il cancro cervico-uterino, la *Norma oficial mexicana* raccomanda che nei centri di primo livello si svolgano le campagne di *screening* e i seminari di informazione per la popolazione. I centri di secondo livello sono generalmente ospedali con reparti specializzati, in grado di fornire cure e trattamenti per lesioni cervicali. In Chiapas vi sono nove cliniche in cui vengono forniti trattamenti per il CaCu. Nella città di Tapachula, infine, vi è l'unico ospedale pubblico con un reparto oncologico (SSA 2008c: 34-35).

Durante la mia permanenza sul campo ho avuto modo di frequentare assiduamente la casa de salud della Secretaría de Salud (SSA)<sup>9</sup> di Zacualpa. Una casa di salute può essere definita come un primo nucleo di interesse all'interno di una rete di centri e servizi sanitari, suddivisi in livelli di competenze e prestazioni, che connettono una piccola comunità rurale, come Zacualpa, ad un territorio più ampio, come la cittadina di San Cristóbal de Las Casas o, a seconda della specificità di trattamento medico che si richiede, con il territorio statale del Chiapas. Il piccolo ambulatorio è rimasto chiuso per oltre un anno, a causa del trasferimento dell'infermiere di zona. Alla riapertura, sono state pianificate diverse attività che ho avuto modo di seguire da vicino: il censimento della popolazione, la campagna di vaccinazioni (tra cui quella contro lo HPV)<sup>10</sup> e gli incontri di pianificazione familiare.

Tra i fattori di rischio per la contrazione del virus, un ruolo importante è rivestito dai comportamenti e le pratiche legate alla salute sessuale e riproduttiva. Risulta allora interessante chiedersi: qual è il modello di un "corretto comportamento sessuale e riproduttivo" trasmesso dall'istituzione sanitaria alla popolazione? Per rispondere a tale quesito occorre prendere in considerazione tre programmi sanitari che, in differenti maniere, hanno un ruolo determinante nella gestione della patologia nei contesti locali e che sono stati oggetto della mia osservazione etnografica: il programma *Oportunidades*, quello di *Planificación Familiar* ed il PN-DOC.

### **Il programma governativo *Oportunidades* nel contesto della ricerca**

Il programma di welfare sociale *Oportunidades*, attivo da oltre dieci anni in Messico, consente alle donne con scarso reddito di accedere a contributi economici e a diversi servizi<sup>11</sup> (SEDESOL 2012: 5). L'obiettivo principale del programma è l'interruzione del ciclo inter-generazionale della povertà, attraverso l'applicazione di una strategia della "corresponsabilità" tra Stato e popolazione. Alla base vi è l'idea di un impegno reciproco: da parte del governo nel garantire servizi e sostegno economico, e da parte delle

beneficiarie nel frequentare assiduamente gli incontri informativi, le attività promosse per loro e per i loro figli nei centri di salute, e nel garantire la frequenza scolastica dei bambini. Il programma si rivolge alle madri di famiglia, pertanto in seguito alla prima gravidanza le donne possono presentare la loro richiesta di iscrizione presso gli uffici preposti. Tra i vincoli di *Oportunidades* compare l'obbligo a sottoporsi al pap-test per diagnosticare il cancro cervico-uterino, introdotto a causa degli alti indici di mortalità per la patologia, non efficacemente contenuti dalle politiche nazionali di *screening*. *Oportunidades* persegue un approccio basato sul modello della medicina preventiva, focalizzata sui controlli diagnostici di prevenzione e sulla trasmissione di informazioni alla popolazione (SEDESOL 2008, 2012)<sup>12</sup>.

Durante la permanenza sul campo ho avuto modo di assistere a tutti gli incontri e visite mediche organizzati nel quadro del programma, tra cui le lezioni di alfabetizzazione in età adulta. Nei discorsi dei medici e degli infermieri, chiamati ad esprimersi sul programma, è emerso come ricorrente il motivo del “lucro”<sup>13</sup>, della manipolazione del programma da parte della popolazione. Secondo il medico responsabile presso il distretto sanitario<sup>14</sup> della micro-regione in cui si trova Zacualpa, le madri di famiglia non sono realmente interessate a questioni inerenti la salute e l'educazione, piuttosto vedrebbero nel programma una fonte irrinunciabile di sussistenza:

*Attraverso gli incontri informativi (pláticas)<sup>15</sup> forse riusciamo ad aprire tre testoline o cinque o sei e questo è già un risultato, prima non ne aprivamo nessuna. Queste testoline che siamo riusciti ad aprire, dopo contribuiranno ad aprirne altre e nella comunità le cose inizieranno a cambiare [...]. Ricevono Oportunidades da dodici anni: perché non hanno studiato? Perché lo vedono come un lucro, vogliono solo i soldi! Se le dicessi: “Ti offro un programma ma non ci sarà nessun medico nella tua unità”, direbbero: “Va bene!”.*

Le osservazioni critiche espresse dal medico sono condivise anche dalla direttrice dell'ospedale di II livello la Clínica de la Mujer a San Cristóbal de las Casas, che osserva:

R. *Per quanto riguarda la salute mi sembra un programma eccellente! Se non rispettano le visite non ricevono il sussidio! Perlomeno è una maniera di obbligare le pazienti, perché si rechino al servizio medico e si sottopongano alle diverse visite di prevenzione.*

D. *E lei crede che in questa maniera si possa creare una consapevolezza?*

R. *Almeno si crea una consuetudine e la consuetudine può divenire un'abitudine.*

Ci si potrebbe domandare: come mai un programma fondato sui principi della medicina preventiva, nella pratica si risolve in una “costrizione”?

Il programma *Oportunidades* è stato giudicato da molti osservatori come «la quintessenza dei programmi neo-liberisti» (Molyneux 2006: 425). Le politiche liberiste sono caratterizzate da un apparente decentramento del potere, a cui corrisponde una crescente monetizzazione delle attività, sia politiche che sociali, sottoposte a regimi di calcolo e mete (tecniche *audit*). In questa configurazione politica, i soggetti iniziano ad essere concepiti diversamente e diviene fondamentale lo sviluppo di un'etica personale basata sulla responsabilità (Strathern 2000). Questa strategia politica implica che gli individui si responsabilizzino, si auto-amministrino, si auto-curino.

Nel corso della ricerca è emersa una certa dissonanza tra i giudizi esposti da medici e infermieri che operano sul campo e gli studi ufficiali svolti sul programma. *Oportunidades* è sottoposto a valutazione da parte di commissioni accademiche esterne (SEDESOL 2012: 15), che fondano la propria analisi sui dati prodotti dal programma, giudicati positivamente nell'aver alleviato le condizioni di povertà estrema ed aver facilitato l'accesso ai servizi ad un'ampia fascia della popolazione. Le valutazioni si fondano su approcci di tipo quantitativo, per cui la preoccupazione fondamentale dei medici ed infermieri che lavorano sul campo è il raggiungimento degli obiettivi e delle mete loro imposti<sup>16</sup>: in questo la “costrizione” sembra fare la differenza.

Un ulteriore elemento da prendere in considerazione è la definizione di “approccio di genere” adottata nella formulazione del programma (SSA 2012: 39). La regola fondamentale per poter ricevere *Oportunidades* è l'essere madri in una condizione di bisogno; il programma sembra promuovere uno stereotipo femminile che individua una donna, madre, dipendente, ed altruista, il cui lavoro fondamentale è prendersi cura dei propri figli e vegliare sulla loro salute, educazione e nutrizione.

Maxine Molyneux, analizzando il funzionamento del programma, ha messo in luce come questa stereotipizzazione dei soggetti femminili non promuova reali forme di *empowerment*. Le donne rientrano nel programma per la loro “naturale” propensione a servire le necessità degli altri; inoltre, da un'attenta analisi degli obiettivi programmatici di *Oportunidades* emerge quanto sia limitata l'offerta di una formazione professionale, come anche quella di asili nido per le donne che vorrebbero lavorare o studiare (Molyneux 2006: 439). In tal senso, il programma *Oportunidades*, piuttosto che promuovere le pari opportunità, sembra legittimare l'esclusione delle donne dagli ambiti decisionali della società civile.

### Gli incontri di *Planificación familiar*

In Messico, il 31 gennaio 1974, viene inserito nella Costituzione l'art. 40 che sancisce: l'equità di genere, il dovere da parte del governo di tutelare lo

sviluppo delle famiglie e il diritto delle stesse ad accedere ai programmi di pianificazione familiare. Nei decenni successivi, in seguito alla Conferenza Internazionale su “Popolazione e Sviluppo” (UNFPA, Il Cairo 1994), le strategie di pianificazione familiare subiscono un ripensamento importante e si impongono sulla scena internazionale nuovi concetti, come quello di “salute riproduttiva”. Con questa definizione vengono ribaditi il diritto a riprodursi e il diritto ad avere una gravidanza e un parto sicuri; inoltre, il concetto fa riferimento alla capacità, da parte degli individui, di scegliere il metodo contraccettivo più adeguato e conveniente, in maniera libera ed informata.

Il programma di Pianificazione Familiare attualmente vigente in Messico ha stabilito tra i suoi obiettivi “la prevenzione delle gravidanze non pianificate e ad alto rischio, la diminuzione del rischio di mortalità perinatale, di aborto e di infezioni a trasmissione sessuale”<sup>17</sup>.

Nella comunità di Zacualpa Ecatepec gli appuntamenti per la pianificazione familiare sono stati fissati per tutte le donne che hanno aderito al programma *Oportunidades*, ma questa è stata l'unica attività in cui si è registrata una scarsissima partecipazione. Delle duecentosessantuno beneficiarie, hanno partecipato un totale di trentacinque donne, di cui diciassette si erano sottoposte all'intervento definitivo di occlusione bilaterale delle tube di Falloppio<sup>18</sup>. Soltanto cinque donne hanno dichiarato di ricorrere al profilattico come metodo contraccettivo. In nessuno dei casi da me osservati, l'infermiere ha fornito informazioni circa le malattie a trasmissione sessuale e le relative precauzioni per il contagio.

Per i medici e gli infermieri la scarsa partecipazione delle donne di Zacualpa agli incontri di pianificazione familiare sarebbe da ricondursi al funzionamento di *Oportunidades*. Secondo quanto mi è stato riferito dal medico responsabile del PNDOP, nei diciotto municipi che compongono la zona degli Altipiani del Chiapas, la strategia del programma *Oportunidades*, che prevede per le beneficiarie un maggior introito economico a seconda del numero di figli, avrebbe indotto un incremento delle nascite, disincentivando la partecipazione ai programmi di *Planificación familiar*:

*In altri paesi si stipula sino alla seconda gravidanza, per offrire un servizio di qualità. Qui offrono un maggior sostegno economico a chi ha più bambini ed in questa maniera le donne sono esposte maggiormente a contrarre il HPV, a non pianificare, alla morte materna.*

A questa argomentazione ne va aggiunta un'altra di ordine istituzionale. Nell'ultimo decennio il programma di Pianificazione Familiare ha perso il suo ampio impatto iniziale (SSA 2008b) e, poiché in alcuni stati non sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati<sup>19</sup>, esso non ha ricevuto gli investimenti sperati.

Un ulteriore aspetto su cui ritengo doveroso soffermarmi riguarda l'esclusiva presenza femminile alle attività. Su questo argomento ho interrogato l'infermiere della comunità e la sua risposta è stata netta: "Per il *machismo*! Perché la salute è una cosa per donne!". L'esclusione degli uomini dagli incontri di pianificazione familiare sembra limitare la possibilità di negoziazione dei metodi contraccettivi più funzionali rispetto alla vita sessuale dei singoli, proprio perché non è fondata su una scelta informata da parte di entrambi i partner. Sembra legittimo supporre che proprio l'assenza degli uomini dalle attività sanitarie preventive sia uno dei fattori che determinano uno scarso uso del profilattico come metodo contraccettivo di barriera e la preoccupante diffusione delle malattie a trasmissione sessuale. Questa distinzione di genere si rivela ancor più problematica se si prende in considerazione il CaCu, rispetto al quale gli uomini rimangono esclusi da qualsiasi attività informativa, pur essendo i vettori principali della trasmissione della patologia.

### **Il cancro cervico uterino nella comunità di Zacualpa Ecatepec**

I fattori di rischio individuati dalla comunità scientifica internazionale per lo sviluppo del CaCu dipendono da determinanti sociali e da pratiche rischiose nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva. Per comprendere l'eziologia della patologia, quindi, occorre andare al di là della nosologia medica per cogliere come essa sia una manifestazione delle dinamiche sociali in cui il soggetto è coinvolto.

Nella comunità indigena di Zacualpa Ecatepec fattori quali la miseria, l'indigenza, il ruolo riservato alle donne incidono sul rischio di esposizione alla malattia e la sua degenerazione in forme gravi. Ad alimentare questo stato di vulnerabilità contribuisce in maniera significativa la diffusione delle lingue indigene<sup>20</sup> e la scarsa alfabetizzazione della popolazione. Per la maggior parte delle donne non è affatto semplice interagire con il sistema sanitario, di cui rimane spesso oscuro il linguaggio sofisticato, composto di sigle e fondato su conoscenze anatomiche molto spesso date per scontate. A mio avviso, queste barriere comunicative tra il sistema sanitario e la popolazione hanno inciso notevolmente nel determinare la scarsa conoscenza della malattia, nonostante i programmi di *screening* siano attivi da decenni.

Durante la mia permanenza nella comunità ho cercato sia di comprendere ed osservare il funzionamento dei servizi di monitoraggio della patologia, sia di indagare quali informazioni vengono trasmesse sul cancro cervico-uterino e sui controlli diagnostici alla popolazione.

La maggior parte delle donne interrogate ha restituito una rappresentazione alquanto approssimativa della patologia, ed anche coloro che si

sono sottoposte ad un intervento chirurgico non hanno una chiara opinione di cosa sia accaduto nel loro corpo. È il caso della Signora D.:

D. *Le hanno detto che era malata?*

R. *Sì l'utero, perché lo hanno bruciato, lo hanno bruciato e tagliato, non so cosa mi hanno fatto. C'era una ferita ed io sentivo che stavano lavorando, però non so. Io non potevo fare nulla [...]. Mi hanno detto solamente che si tratta di una malattia "guaginale", non so come si chiama "guaginale" [sic! per vaginale]*

Lungo il suo percorso di cura, la signora ha attraversato il centro di salute di Zacualpa, la clinica di I livello SEDEM e l'ospedale di II livello di Tuxtla Gutiérrez, ma alla fine dell'itinerario le informazioni acquisite sono sembrate piuttosto scarse.

Le direttive dell'OMS in merito al cancro cervico-uterino enfatizzano la corretta informazione preventiva da rivolgere alla popolazione. Una valida indicazione scientifico-medica è decisiva nell'ambito delle malattie a trasmissione sessuale, in quanto può stabilire scarti fondamentali tra la prevenzione ed il contagio, ed in ultima istanza tra la vita e la morte. Le donne della comunità di Zacualpa, dopo circa dieci anni dalla prima campagna, hanno sviluppato oramai una certa *compliance* nei confronti delle attività di *screening*; vi partecipano con sollecitudine e ne affermano l'utilità, ma questo riconoscimento non poggia su una reale conoscenza del perché venga effettuato il controllo, su quale sia la patologia da diagnosticare. Come messo in evidenza da un medico che presta servizio nella Clinica de la Mujer a San Cristóbal de las Casas, incentivare un approccio informativo da parte delle istituzioni sanitarie implicherebbe soffermare l'attenzione anche sugli aspetti sociali che acutizzano l'incidenza patologica:

R. *Non è una malattia che riguarda unicamente la donna, alla contrazione della malattia sono associati molti fattori che dipendono dalla stessa comunità di appartenenza, dalla società, ma continua ad essere percepito come un argomento tabù. Se hai il HPV sei promiscuo, se hai contratto il HPV chissà cosa hai fatto da giovane!*

Secondo le antropologhe messicane Luna Blanco e Sánchez Ramírez (2013), un approccio medico concentrato esclusivamente sulla dimensione biologica indurrebbe ad una "femminilizzazione della patologia". Un orientamento di tal tipo dimentica che il CaCu è una malattia a trasmissione sessuale, i cui vettori principali sono gli uomini. Questi ultimi sembrano invisibili all'azione sanitaria di base. Eppure, appare lecito domandarsi: di quanto si potrebbe abbassare l'incidenza della patologia se si diffondesse una conoscenza dei rischi, e quindi dei metodi preventivi adeguati, anche e soprattutto tra gli uomini?

Il caso della Signora J. è in tal senso significativo. Risultata positiva a pap-test nel 2008, è stata sottoposta a ben tre interventi, in quanto il virus continuava a persistere; infine, i medici hanno deciso di somministrare un trattamento anche al marito della donna e l'infezione è scomparsa.

*R. Mio marito ha modificato la sua maniera di pensare, si è reso conto che è anche sua la responsabilità rispetto a questa malattia e che, non solo le donne, ma anche gli uomini devono sottoporsi ai controlli [...]. È cambiata molto la nostra maniera di vivere, ora è mio marito che prende delle precauzioni per le malattie ed inoltre non rimango incinta da dodici anni.*

L'esperienza della malattia della Signora J. è stata propulsiva nel promuovere una relazione coniugale di corresponsabilità nei confronti non solo delle malattie a trasmissione sessuale, ma anche delle pratiche contraccettive all'interno del nucleo familiare.

Una prassi condivisa tra gli uomini, che acutizza l'incidenza della patologia, è la promiscuità sessuale, costume molto comune a Zacualpa, che le donne sembrano accettare come un dato di fatto. La Signora B. è risultata positiva al pap-test nel 2009 ed in seguito è stata sottoposta ad un intervento chirurgico:

*D. Sa come si trasmette il virus?*

*R. Perché l'uomo a volte si comporta male e va con altre donne, l'infezione la trasmette l'uomo.*

*D. E lei ne ha discusso con suo marito?*

*R. Mi ha detto che non ci crede perché lui non ha colpe. Io ho pensato che sì, può essere (ride). Può essere, perché sono uomini, non li possiamo controllare, non sappiamo dove vanno, non li vediamo, per cui non potrei dire che non è così. Sarebbe come distruggere la famiglia, quindi è meglio rimanere in silenzio, no? Non fa nulla, curiamo noi stesse e basta [...]. Tutti gli uomini sono uguali, tutti, perché lavorano. È la donna che deve aver cura di sé e dei bambini, [una donna] deve stare in casa ed aver cura dei bambini, nient'altro. Questo è il lavoro della donna.*

Questa donna sembra aver optato per mantenere un precario *status quo* in cui il marito continua presumibilmente ad esporsi al contagio, attraverso relazioni sessuali extra-coniugali non protette, mentre lei si prende cura della propria salute sottoponendosi alle visite di controllo.

Il "lavoro" della donna è quello di badare ai propri figli e prendersi cura della casa; forme di interdizione sociale ancorano il ruolo femminile ad un modello di docilità e condiscendenza, per cui i rapporti extra-coniugali sembrano assumere un'importanza secondaria rispetto alla tutela dell'equilibrio domestico. A livello socio-sanitario la conseguenza più grave di questa condizione è che le donne contraggono il HPV in seguito a rapporti sessuali con i propri mariti. Il pro-

filattico non viene utilizzato dagli uomini come mezzo contraccettivo di barriera ed in questo modo l'infezione viene trasmessa nella sfera coniugale.

Il discorso della signora B. risulta interessante anche perché delinea il ruolo culturalmente attribuito alla donna all'interno dei nuclei familiari e comunitari. Sto parlando di soggetti femminili a cui, sin dalla più tenera età, sono stati insegnati i concetti di pena e di vergüenza. La vergogna del conoscere il proprio corpo, che non deve essere esplorato, né detto, né mostrato. La vergogna nell'interagire con soggetti estranei, soprattutto se uomini. Questo concetto della *vergüenza* àncora i soggetti femminili ad un ambito ben delimitato, che è quello della famiglia e della comunità, in cui il loro modello di comportamento è socialmente ben definito, caratterizzato dalla remissività e dalla "pena".

Il tema ricorrente della *vergüenza* si è rivelato un elemento chiarificatore del ruolo socialmente attribuito alle donne. In tal senso vorrei riportare la testimonianza della Signora V.:

D. *Lei pensa che le donne di Zacualpa siano informate sulla salute?*

R. *Siamo donne indigene, molto chiuse. A loro dà pena essere viste, non vogliono essere viste nemmeno in casa, indossano gonne lunghe perché si vedano solo i piedi [...].*

D. *Cosa significa essere indigeni?*

R: *Essere indigeni significa essere poveri. Sei povero, non hai il denaro necessario per andare in città, non puoi muoverti, non hai soldi né nulla. Si sta in campagna, non si esce, non si conosce, non si hanno amicizie. Non hai nessuno altro se non le persone che conosci nella comunità. Questo significa essere indigeni, quello che ci uccide è la vergogna (vergüenza).*

D. *Secondo lei cosa significa avere vergogna?*

R. *Significa avere vergogna, è un'abitudine: è così che cresciamo. È una tradizione dei nostri genitori, che ci hanno insegnato ad avere sempre un po' di vergogna [...]. Non conosciamo nemmeno il nostro corpo, non arriviamo a conoscerlo, figurati a toccarci. È la vergogna che ci uccide, che ci fa ammalare, la vergogna. Perché non andiamo dai medici e non ci facciamo controllare? Per vergogna.*

D. *Anche gli uomini provano vergogna?*

R. *Solo le donne, perché gli uomini vanno a lavorare ed escono dalla comunità.*

La donna parla della vergogna come di un costume che viene trasmesso nell'educazione dei bambini indigeni; un soggetto perde la vergogna quando inizia ad uscire dalla comunità per scoprire il mondo. La signora fa anche riferimento alla realtà di Zacualpa, in cui si stanno abbandonando i vecchi costumi e si iniziano ad affermare nuovi modelli di comportamento. In questo senso, la scelta di partecipare ai controlli diagnostici è descritta nei termini positivi di una decisione presa da donne che, abban-

donata la pratica di sottoporsi all'autorità del marito, diventano autonome nel formulare le proprie scelte.

La *vergüenza* non è solo un sentimento; infatti in area maya è considerata una malattia che colpisce i soggetti in seguito a particolari eventi. Esther Hermitte, che ha svolto le sue ricerche nel villaggio tzeltal di Pinola, descrive la vergogna come una difficoltà di “assorbimento” di alcuni stati emozionali. Secondo l'antropologa questa malattia farebbe parte di quell'insieme di sanzioni che regolano il sistema sociale indigeno; uno scompenso che viene risolto prima che si trasformi in una malattia che attacchi la dimensione animica della persona, il suo *ch'uulel*<sup>21</sup>. In tal senso la vergogna è un meccanismo culturale che offre soluzioni adeguate a stati di crisi (Hermitte 1994: 114).

In anni più recenti l'antropologa Gracia Imberton ha svolto uno studio focalizzato sul tema della vergogna, nella colonia Río Grande nel municipio di Tila in Chiapas. Traendo spunto dalla definizione di campo di forze di Bourdieu, Gracia Imberton considera la *vergüenza* un riflesso dei conflitti sociali e delle tensioni che attraversano la società e che vengono incorporate dai soggetti, attraverso la manifestazione della malattia (Imberton 2002: 120). Assumendo questo punto di vista e tornando alla mia trattazione, il tema della *vergüenza* assume un significato ben più problematico. Il sentimento della *vergüenza* può essere interpretato come una strategia comunicativa che rende manifesti i conflitti inespressi dell'essere donne; un meccanismo di espressione dell'egemonia maschile sui corpi femminili.

Una donna per vergogna non esce dalla comunità, non si mostra in pubblico, rispetta il volere del marito e non interagisce con gli estranei. Superare la barriera della *vergüenza* comporterebbe assumere un atteggiamento assertivo ed autonomo, cosa che molte donne a Zacualpa stanno facendo; in questa prospettiva, risulta una conquista anche il sottoporsi ad un pap-test in maniera cosciente ed informata. Il sentimento della *vergüenza* è indicativo di una specifica relazione di riservatezza con il proprio corpo, pertanto, l'efficacia delle politiche *screening* per il cancro cervico-uterino si basa, anche, sull'acquisizioni da parte delle donne di nuove consapevolezza legate alla propria corporeità.

Per le donne si tratta di sviluppare pratiche e discorsi di *empowerment*, divenire indipendenti nelle proprie decisioni, iniziare a rivolgere domande e ad esigere risposte, anche dalle istituzioni sanitarie, che troppo spesso si rivolgono a loro come passive recettrici di servizi, piuttosto che come soggetti che sviluppano diverse logiche di autodefinizione.

## Conclusioni

Dall'analisi proposta è emerso come la gestione del cancro cervico-uterino in contesti locali sia un terreno di disputa tra differenti programmi di politiche sanitarie che, pur agendo negli stessi spazi, non sembrano assumere strategie coordinate, ma anzi molto spesso collidenti, neutralizzando la loro efficacia complessiva. Nei tre programmi presi in considerazione si afferma una formale adesione ai modelli della medicina preventiva, ma dall'osservazione etnografica è emerso come la pratica sanitaria comunitaria non sia sostenuta da adeguati modelli di informazione e prevenzione.

L'esclusione degli uomini dalle attività sanitarie riproduce fondamentali distinzioni di genere e, per quanto riguarda la gestione sanitaria del CaCu, induce una "femminilizzazione" (Luna Blanco, Fajardo Santana, Sánchez Ramírez 2013) della patologia, che si sostanzia nella responsabilizzazione e stigmatizzazione unicamente della componente femminile della società. Dalle esperienze delle donne è emerso come la loro sia una patologia sottaciuta, sebbene contratta all'interno del nucleo familiare e strettamente connessa al loro stato di vulnerabilità e di *vergüenza*. Le condizioni di vulnerabilità riscontrate sul campo non dipendono solo da un generale stato di indigenza economica, ma anche dalle modalità di intervento sanitario nei contesti locali. Questo insieme di fattori favorisce una maggior esposizione delle donne della comunità al cancro cervico-uterino e produce una condizione di violenza strutturale (Farmer 2006). Appare assolutamente prioritario elaborare differenti strategie di intervento in tali realtà; infatti, come afferma Ivo Quaranta:

Una volta che la malattia viene concepita come un processo sociale è evidente come anche il tema dell'intervento viene ad essere riproblematizzato: non più nei termini di mero trattamento farmacologico, ma di diritto di accesso ad esso; non più nei termini di modificazione del comportamento individuale, ma di aumentata capacità di negoziazione e di azione dei singoli (*empowerment*) attraverso la promozione dei loro diritti, non solo civili, ma anche sociali ed economici (Quaranta 2010: 101).

Il rispetto del diritto alla salute, come anche la tutela dell'equità di genere, sono elementi fondamentali senza i quali è difficile immaginare scenari di partecipazione e di *empowerment*, che sappiano produrre effetti positivi nella realtà sociale comunitaria, ma anche macroscopicamente in quella del paese. A mio avviso il contributo fondamentale che l'antropologia può offrire, in realtà così complesse e problematiche, è proprio quello di far luce sui fattori sociali, economici e politici che limitano la possibilità, per alcuni soggetti e per intere comunità, di negoziare i termini della propria vita.

## Note

1. Il virus dell'immunodeficienza umana o HIV (Human Immunodeficiency Virus) è l'agente responsabile della Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS).

2. Il Papilloma Virus Umano o HPV (*Human Papilloma Virus*) appartiene al gruppo dei papillomavirus. L'infezione da HPV può causare malattie cutanee non gravi, tumori benigni e tumori maligni come quello del collo dell'utero.

3. I dati sono consultabili sul sito del SINAI (Sistema Nacional de Información en Salud), <http://www.sinais.salud.gob.mx/>, consultato in data 05/10/2012.

4. <http://ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2011/CDPaneacionD/pdf/CHISLEY05.pdf> Consultato in data 10/10/2012]

5. Secondo i dati desunti dal Censimento della popolazione, compilato nella comunità nel maggio-giugno 2012, essa conta 953 abitanti, di cui 461 uomini e 492 donne.

6. Partecipare ad un censimento implica l'accettazione da parte dei soggetti di un'inchiesta sulle proprietà, sugli usi e costumi, sullo stato economico, sul grado di scolarizzazione e così via. Esso implica sempre un certo livello di *compliance* nell'accettare una valutazione da parte dello Stato sul proprio nucleo familiare. Attraverso la statistica i nuclei familiari, le micro e/o macro-economie si rendono "leggibili" al governo, e pertanto diventano più facilmente amministrabili. Inoltre, a partire dalla lettura di questi dati un governo può orientare le sue scelte politiche e le strategie di attuazione delle stesse. Ad esempio, a partire da quanto dichiarato dalla popolazione di Zacualpa che ha aderito al censimento 2012, sei nuove famiglie sono entrate a far parte del programma governativo *Oportunidades* di cui di seguito analizzo il funzionamento.

7. Ancora oggi i cardini delle politiche sanitarie di gestione del cancro cervico-uterino in Messico sono quelli descritti nella norma emanata nel 1994 (NOM-014), rivista ed ampliata nel marzo del 1998.

8. Il pap-test è il metodo di *screening* più diffuso per individuare un'eventuale infezione da HPV; consiste nel prelievo di alcune cellule del collo dell'utero, successivamente analizzate in laboratorio.

9. La Secretaría de Salud (SSA) è la principale istituzione sanitaria messicana istituita nel 1937 con il ruolo di coordinamento del Sistema Nazionale Sanitario.

10. Sul mercato farmaceutico mondiale sono attualmente disponibili due vaccini profilattici, che inducono anticorpi neutralizzanti tipo-specifici contro alcuni genotipi virali del HPV: il vaccino bivalente Cervarix e quello quadrivalente Gardasil. Nel 2006, l'OMS (WHO 2006) ha pubblicato una guida per l'introduzione dei vaccini anti HPV, in cui gli Stati nazionali sono invitati ad identificare la strategia più appropriata per garantire l'offerta del vaccino alla propria popolazione. La Repubblica Federale Messicana è stata tra i primi paesi a basso reddito ad introdurre un programma pilota, già a partire dal 2008. Attualmente in Messico la vaccinazione è gratuita e viene somministrata alle bambine a partire dai 9 anni di età, per lo più durante la *Semana Nacional de Salud* organizzata dalla Secretaría de Salud, e nelle scuole durante il quinto e sesto anno di scuola primaria.

11. *Oportunidades* garantisce alle beneficiarie i seguenti servizi: Risorse economiche bimestrali; Borse di studio per i bambini e le bambine; Borse di studio per le giovani donne che concludono gli studi superiori prima dei ventidue anni; Sostegno economico per l'acquisto di materiale scolastico; Pacchetti di servizi sanitari di base e seminari educativi; Supplementi alimentari per bambini denutriti; Supplementi alimentari per mamme in allattamento (SEDESOL 2012: 18-20). A tutte le beneficiarie del programma viene consegnato un quaderno in cui è riportato il calendario delle attività, dei controlli medici e dei seminari informativi, così come vengono pianificati dal personale medico e dagli

educatori; a questi ultimi spetta anche la valutazione della congruità del comportamento delle donne rispetto le attività promosse. Ad ogni assenza corrisponde una “falta”, qualora vengano accumulate due inottemperanze viene revocato il sostegno economico per un certo periodo di tempo.

12. <http://www.oportunidades.gob.mx> [consultato in data 10/10/2012]

13. Secondo la definizione fornita dal medico responsabile della micro-regione in cui si trova Zacualpa, di cui riporto uno stralcio d'intervista.

14. Nell'ambito dell'organizzazione del sistema sanitario pubblico messicano, un distretto sanitario è un centro amministrativo che si occupa dell'attuazione dei programmi sanitari rivolti alla popolazione.

15. Gli incontri informativi da rivolgere alla popolazione fanno parte delle principali strategie applicative del programma *Oportunidades* nei contesti rurali.

16. Durante la permanenza sul campo, nonostante le mie richieste, non sono riuscita ad accedere ad alcuni dati sensibili, come ad esempio i documenti in cui sono fissati gli obiettivi specifici stabiliti dagli uffici Sedesol – *Oportunidades* per ogni micro-regione del Chiapas. La carenza di questi dati non mi permette di dilungarmi dovutamente sul tema della monetizzazione delle attività mediche nei contesti locali, argomento di grande interesse che meriterebbe un ulteriore approfondimento.

17. <http://www.cnegsr.gob.mx/> [consultato in data 25/10/2012]

18. L'occlusione bilaterale delle tube di Falloppio, che in Messico è nota volgarmente come *salpingo*, è un metodo contraccettivo che implica la perdita definitiva della fertilità da parte della donna. Per la maggior parte delle donne di Zacualpa questo intervento è stato effettuato in seguito all'ultimo parto in ospedale.

19. “En 2006, en el país se registró una demanda insatisfecha de doce por ciento, las entidades con mayor problemática son: Chiapas, Guerrero, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí” (SSA 2008b: 22).

20. Secondo il Censimento della Popolazione effettuato a Zacualpa nel 2010, oltre il 50% degli abitanti della comunità si è dichiarato bilingue (il 31% degli uomini e il 22,1% delle donne). In effetti, un dibattito sempre vivo in Chiapas riguarda il plurilinguismo regionale e la necessità di mettere a disposizione della popolazione interpreti e traduttori con competenze specializzate, in grado di poter operare non solo una mediazione linguistica, ma anche culturale, all'interno dei diversi centri sanitari regionali. Ciò nonostante, sono ancora molto poche le strutture che possono avvalersi di questi servizi.

21. Al centro delle concezioni indigene del sé non c'è una volontà autonoma ed omogenea. L'essere umano è concepito come un microcosmo in cui convivono più essenze mutabili nel tempo e proiettabili nello spazio. Tra i nativi mesoamericani, ad ogni essere umano sono associate diverse categorie di anime, attribuite in parte al momento del concepimento o in base a particolari eventi che circondano la nascita. Per i Maya tzotzil e tzeltal del Chiapas le componenti animiche vengono generalmente indicate come: *?Ora, Ch'ulel e Chanul* (o *Wayjel*) (Fabrega & Silver 1973; Nash 1985; Villa Rojas 1990; Pitarch Ramón 1993; Gossen 1999).

## Bibliografia

- Aguilar-Pérez, J. A. et al. 2003. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Revista de Saúde Pública*, 37: 100-106 <http://www.rsp.fsp.usp.br/mensagem/pub/bemvindo.php?tipo=0>
- Aldrich, T. et al. 2004. Mexican physicians' knowledge and attitudes about

- the human papillomavirus and cervical cancer: a national survey. *Sexually Transmitted Infection*, 81: 135-141.
- Bird, C.E. & P. P. Rieker 1999. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science and Medicine*, 48, 6: 745-755.
- Blanco, L. M. A. 2009. *Cáncer cervicouterino: ¿enfermedad femenina o feminización de la enfermedad? Opciones médicas culturales frente al drama social de enfermar en la colonia Morales, San Luis Potosí*. Tesis de maestría de Antropología Social. Colegio de San Luis Potosí, México.
- Blanco, L. M. A., Fajardo Santana, H. & G. Sánchez Ramírez 2013. "Cáncer cervicouterino, ¿enfermedad femenina o feminización de la enfermedad?", in *Género y desarrollo. Problemas de población*, a cura di Flores Hernández, A. & A. Espejo Rodríguez, pp. 87-114. Tlaxcala: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Csordas, T. J. 1990. Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology*, 18, 1: 5-47.
- Espinosa Damián, G. & L. Paz Paredes 2003. La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva. *Sociológica*, 54: 125-153.
- Fabrega, H. & D. B. Silver 1973. *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan: An Ethnomedical Analysis*. Stanford: Stanford University Press.
- Farmer, P. 2006. Un'antropologia della violenza strutturale. *Antropologia. "Sofferenza Sociale"*, a cura di I. Quaranta, 6, 8: 17-49:
- Farmer, P. 2009. *Global Health in Times of Violence*. New Mexico: School for Advanced Research Advanced Seminar Series, James F. Brooks.
- Farmer, P. 2006. "Sofferenza e violenza strutturale, diritti sociali ed economici nell'era globale", in *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, a cura di I. Quaranta, pp. 265-302. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fassin, D. 2010. "Antropologia e salute pubblica. Comprendere l'inintelligibilità dell'AIDS in Sud Africa", in *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, a cura di Pellicchia, U. & F. Zanotelli, pp. 105-126. Firenze: Editpress.
- Foucault, M. 1969 [1963]. *Nascita della clinica: il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*. Torino: Einaudi.
- Frenk, D. 2010. *El Sistema de Salud de México*. México: Nostra Ediciones.
- Gossen, G. H. 1994. From Olmecs to Zapatistas: A Once and Future History of Souls. *American Anthropologist*, 96, 3: 553-570.
- Gupta, A. & J. Ferguson 1997. *Culture, power, place. Explorations in critical anthropology*. London: Duke University Press.
- Gutiérrez-Delgado, C., Báez-Mendoza C. et. al. 2007. Relación costo-efectividad de las intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 50, 2: 107-118.
- Héritier, F. 2002. *Il Male invisibile. Antropologia della malattia e meccanismi di esclusione*. Roma: E1.
- Héritier, F. 2002. *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*. Roma-Bari: Laterza.
- Hermitte, E. 1994 [1971]. *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya contemporáneo*. México: Gobierno del Estado de Chiapas – Instituto Chiapaneco de Cultura.

- Hernandez-Avila, M. et al. 1998. Evaluation of the cervical cancer screening programme in Mexico: a population-based case-control study. *International Journal of Epidemiology*, 27: 370-376.
- Hidalgo-Martínez, A. 2006. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Revista Biomédica*, 17: 81-84.
- Imberton Deneke, G.M. 2002. *La vergüenza. Enfermedad y conflicto en una comunidad chol*. México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Lazcano-Ponce, et al. 1999. "Programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino en países en vías de desarrollo. El caso de México", in *Cáncer Cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, pp. 157-174. México D.F.: Editorial Médica Panamericana.
- Linaldi-Yépez, F. et al. 2010. Indicadores de calidad en la detección oportuna de cáncer cervicouterino en unidades de primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48, 3: 243-252.
- Löwi, I. 2010. Cancer, women, and public health: the history of screening for cervical cancer. *História, Ciências*, 17, supl. 1: 53-67.
- Löwi, I. 2011. *A Woman's Disease. The History of Cervical Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Molyneux, M. 2006. Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: Progresas/Oportunidades, Mexico's Conditional Transfer Programme. *Social Policy and Administration*, 40, 4: 425-449.
- Nash, J. 1985. *In the Eyes of Ancestors: Belief and Behavior in a Maya Community*. New Haven: Yale University Press.
- Palacio-Mejía, L. S. 2003. Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Pública de México*, 45, supl. 3: 315-325.
- Pitarch Ramón, P. 2006 [1996]. *Ch'ulel: Una Etnografía de Las Almas Tzeltales*. México: Fondo de cultura Económica.
- Quaranta, I. (a cura di) 2006. *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Quaranta, I. 2010. "Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria", in *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, a cura di Pellicchia U. & F. Zanotelli, pp. 89-105. Firenze: Editpress.
- Reartes, D. L. 2010-2011. El diagnóstico de infección por el virus del papiloma humano (VPH): construcción social del contagio en parejas mexicanas. *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 29-32: 233-278.
- Sharma, A. & A. Gupta 2006. *The Anthropology of the State: a Reader*. Malden: Blackwell.
- Shore, C. & S. Wright 1997. *Anthropology of Policy: Critical Perspectives on Governance and Power*. London: Routledge.
- Strathern, M. 2000. *Audit Cultures: Anthropological Studies in Accountability, Ethics and the Academy*. London: Routledge.
- Torres-Ramírez, A. 2000. La planificación familiar en el ocaso del siglo XX. *Perinatología y Reproducción Humana*, 14: 108-114.

- Valenti, G. n.d.. "L'eziologia del cancro cervico-uterino tra le donne maya dello Yucatán: il 'contagio' come immagine contestativa tra percezione individuale e simbolismo sociale", in *Antropologia della salute indigena: popolazione nativa e istituzioni sanitarie in Messico*, a cura di A. Lupo. Roma: CISU, in stampa.
- Villa Rojas, A. 1990. *Etnografía tzeltal de Chiapas: Modalidades de una cosmovisión prehispánica*. Tuxtla Gutiérrez: Gobierno del Estado de Chiapas, Consejo Estatal para el Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura.

### Documenti informatici consultati

- CCA (Cervical Cancer Action), 2012. *Progreso en la Prevención del Cáncer Cervicouterino: Informe de Cervical Cancer Action*. <http://www.cervicalcanceraction.org/pubs/pubs.php> [Consultato in data 10/09/2012]
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), 2011. *Perspectiva Estadística de Chiapas*. México [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/estd\\_perspect/dic\\_2012/chis/Pers-chs.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/estd_perspect/dic_2012/chis/Pers-chs.pdf) [Consultato in data 15/10/2012]
- OPS (Pan American Health Organization), 2008. *Regional strategy and plan of action for cervical cancer prevention and control in Latin America and the Caribbean*. Washington [http://www.who.int/immunization/sage/6\\_CD48\\_rroe.pdf](http://www.who.int/immunization/sage/6_CD48_rroe.pdf) [Consultato in data 10/10/2012].
- SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social), 2008. *Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO)*. México [http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/ecr/2011\\_2012/ecr\\_11\\_12\\_pdho\\_informe\\_final.pdf](http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/ecr/2011_2012/ecr_11_12_pdho_informe_final.pdf) [Consultato in data 03/10/2012].
- SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social), 2012. *Oportunidades, 15 años de resultados. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO)*. México [http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/ecr/2011\\_2012/ecr\\_11\\_12\\_pdho\\_informe\\_final.pdf](http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/ecr/2011_2012/ecr_11_12_pdho_informe_final.pdf) [Consultato in data 10/10/2012].
- SSA (Secretaría de Salud), 2002. *Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino*. México: SSA.
- SSA (Secretaría de Salud), 2008a. *Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención*. México [http://www.geosalud.com/VPH/guias\\_clinicas/Guia%20de%20Practica%20Clinica%20para%20el%20Nivel%20Primario.%20Cancer%20cervico%20uterino.pdf](http://www.geosalud.com/VPH/guias_clinicas/Guia%20de%20Practica%20Clinica%20para%20el%20Nivel%20Primario.%20Cancer%20cervico%20uterino.pdf) [Consultato in data 25/10/2012].
- SSA (Secretaría de Salud), 2008b. *Programa de acción específico 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción*. México <http://www.spps.gob.mx/programas-y-proyectos.html> [Consultato in data 25/10/2012].
- SSA (Secretaría de Salud), 2008c. *Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino 2007-2012*. México <http://www.scribd.com/doc/23271121/PROGRAMA-CACU> [Consultato in data 28/10/2012]
- SSA (Secretaría de Salud), 2008d. *Las Cuentas en Salud en México*. México: Secretaría de Salud.

- SSA (Secretaría de Salud), 2012. *Oportunidades, 15 años de resultados*. México [http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/oportunidades\\_15\\_anos](http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/oportunidades_15_anos) [Consultato in data 25/10/2012].
- WHO 2007. *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*. Geneva, Switzerland [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008_spa.pdf) [Consultato in data 15/09/2012]
- WHO, 2006. *Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for Countries*. Ginevra. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO\\_RHR\\_06.11\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_RHR_06.11_eng.pdf) [Consultato in data 18/09/2012].
- WHO 2010. *Strengthening cervical cancer prevention and control*. Geneva [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/rhr\\_10\\_13/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/rhr_10_13/en/) [Consultato in data 15/09/2012].

## Riassunto

*Nel mondo ancora 250.000 donne ogni anno muoiono a causa del cancro cervico-uterino (OMS, 2010), una patologia al giorno d'oggi altamente prevenibile e curabile. In questo articolo propongo un'analisi di tre differenti programmi sanitari che implicano strategie di intervento nei contesti indigeni messicani per la prevenzione e cura del cancro cervico-uterino – il programma Oportunidades, quello di Planificación familiar ed il programma di Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino – per illustrare come un intervento sanitario poco strutturato, piuttosto che promuovere una reale riduzione dei fattori di rischio connessi alla patologia, ne potrebbe favorire la diffusione.*

*Parole chiave:* cancro cervico uterino, papilloma virus (HPV), programmi di screening, politiche sanitarie, contesti indigeni, Oportunidades, pianificazione familiare.

## Abstract

*Every year 250,000 women still die all over the world because of cervical cancer (WHO, 2010), which is nowadays a highly preventable and treatable disease. In this article I would like to offer an analysis of three different health programs that work on intervention strategies in the Mexican indigenous contexts for the prevention and treatment of cervical-uterine cancer. These programs are “Oportunidades”, “Planificación familiar” and “Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino”. Aim of these programs is to show how a not properly structured medical intervention, not only does not promote an actual reduction of risk factors associated with the disease, but it does encourage its spread.*

*Key words:* Cervical cancer; Human Papilloma Virus (HPV); screening programs; health policies; indigenous contexts; Oportunidades; Family planning programs.