

*Il cancro cervico-uterino come incorporazione  
delle disuguaglianze sociali:  
riflessioni intorno al rapporto genere/malattia  
tra le donne maya dello Yucatán*

Giorgia Valenti

laurea magistrale in Discipline etnoantropologiche e dottoranda in Etnologia e etnoantropologia (Sapienza Università di Roma)  
[giorgiavalenti@tiscali.it]

*Premessa: una malattia della povertà*

Il cancro cervico-uterino è una malattia della povertà: le più recenti pubblicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) descrivono un panorama epidemiologico mondiale all'interno del quale questa patologia risulta essere una delle prime cause di morte per malattia tra le donne dei paesi in via di sviluppo (WHO 2007, 2009). I tassi di incidenza e di mortalità per cancro cervico-uterino sono infatti di gran lunga maggiori nei paesi a basso reddito rispetto a quelli ad alto reddito; a tal proposito l'OMS denuncia che «più dell'80% delle donne con diagnosi recente di cancro cervico-uterino vivono in paesi in via di sviluppo e che a quasi tutte viene diagnosticato il cancro quando la malattia si trova ad uno stadio avanzato» (WHO 2007: 17). Negli ultimi trenta anni l'incidenza e la mortalità per cancro cervico-uterino nei paesi ad alto reddito è notevolmente diminuita, grazie all'applicazione di efficaci programmi nazionali di prevenzione. Non lo stesso è accaduto nei paesi a basso reddito, dove negli stessi anni tali programmi sono stati attivi ma con scarsi risultati, al punto che in molti casi il tasso di mortalità non solo non è diminuito ma ha trovato un aumento. Le disuguaglianze nell'impatto di questa patologia non sono però unicamente riconducibili a un dislivello di tipo economico e sociale tra "paesi poveri" e "paesi ricchi", in quanto anche in questi ultimi le donne delle zone rurali o più povere corrono un maggior rischio di ammalarsi (*ibidem*: 21); in questo senso, più che parlare di una malattia dei paesi in via di sviluppo ci si può riferire al cancro cervico-uterino come ad una malattia che colpisce le donne povere.

È a partire da tale constatazione che nasce l'interesse di riflettere sul rapporto genere/malattia a Tekax<sup>(1)</sup>, municipio situato nella regione meridionale dello Stato dello Yucatán (Messico). In Messico, conformemente al panorama epidemiologico tracciato dall'OMS, i tassi di incidenza e di mortalità per cancro cervico-uterino sono molto elevati; in particolar modo lo stato dello Yucatán ha occupato, negli ultimi quindici anni, i primi posti a livello nazionale in quanto a mortalità ad esso associata (SECRETARÍA DE SALUD 2007). Sono proprio le aree rurali dello stato ad alta prevalenza indigena, delle quali Tekax è parte, a presentare l'incidenza più elevata, comunità considerate al tempo stesso ad alta prevalenza indigena di lingua maya e ad alta emarginazione e che rappresentano le sacche di povertà dello Stato (INEGI 2000, 2005).

Il cancro cervico-uterino è uno dei pochi tipi di cancro per i quali la scienza medica abbia identificato un agente causale specifico, il Virus del papilloma umano (VPH), un virus a DNA la cui trasmissione avviene per via sessuale, in grado di determinare lesioni nei tessuti della cervice uterina, note come displasie, che, se non adeguatamente trattate, possono condurre al carcinoma (WHO 2009: 117-132)<sup>(2)</sup>. Non esiste alcun tipo di trattamento per eliminare l'infezione da VPH: nella maggioranza dei casi regredisce da sola (solo il 5% delle donne affette da tale infezione arrivano ad ammalarsi di cancro), ma quando ciò non accade può causare displasie lievi e, in assenza di cure adeguate, avviare il percorso che conduce al carcinoma. All'azione oncogena di questo virus si aggiungono alcuni cofattori di rischio: il tabagismo; l'infezione del Virus di immunodeficienza umana (HIV); l'inizio di relazioni sessuali in giovanissima età; rapporti sessuali con più partner e con partner a rischio; fattori di tipo ormonale come l'uso di contraccettivi orali; prima gestazione in giovanissima età e gestazioni multiple; il fattore ereditario; il regime alimentare; il basso livello socio-economico (WHO 2007).

Il decorso della malattia è molto lento: secondo le stime dell'OMS occorrono tra i 10 e i 20 anni prima che una lesione precancerosa prodotta dal VPH si trasformi in cancro invasore (WHO 2007: 17) e le displasie, prima che arrivino ad uno stadio avanzato, sono assolutamente curabili con interventi non invasivi e ad un costo relativamente modesto<sup>(3)</sup>. Per tale ragione, gli sforzi delle organizzazioni internazionali e dei governi sono da molti anni diretti alla prevenzione, attraverso campagne che puntano a garantire alla popolazione femminile in età fertile un test di *screening* periodico.

In Messico, conformemente alle direttive dell'OMS, il cancro cervico-uterino è oggetto di una specifica politica di prevenzione della quale il

governo federale messicano si fa carico per mezzo del *Programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino* (DOC) e del *Programa de desarrollo humano Oportunidades*. La normativa vigente in materia di prevenzione ha come obiettivi la riduzione della morbilità e della mortalità per questa patologia, mediante l'azione coordinata delle istituzioni del settore salute e di quelle del settore educativo (NOM 1998). L'attività di prevenzione consiste prima di tutto nella "promozione dello *screening*" attraverso campagne di educazione alla salute e prevede che le donne possano sottoporsi ad un test di *screening* (Pap-test) gratuitamente presso tutte le unità mediche del settore pubblico (SECRETARÍA DE SALUD 1998).

Si tratta di una malattia il cui impatto dovrebbe essere assolutamente arginabile, essendo un tumore facilmente prevenibile attraverso un test di *screening* periodico, caratterizzato da un decorso lentissimo e per il quale la scienza medica ha individuato un agente causale specifico, il che renderebbe possibile arginarne l'azione patogena. Tuttavia, tanto l'attuale profilo epidemiologico mondiale quanto quello del Messico mostrano come la conoscenza delle cause e delle cure, nonché la sostanziale prevedibilità, non siano caratteristiche sufficienti a contenere la malattia. Dati questi presupposti, la questione alla quale l'antropologia medica può dare il proprio contributo analitico è riconducibile al quesito di Paul Farmer: mediante quali meccanismi forze sociali, che vanno dalla povertà al razzismo, vengono a essere incorporate come esperienza individuale? (FARMER P. 2006a [2003]: 266). L'etnografia ha infatti messo in luce come il cancro cervico-uterino a Tekax possa essere affrontato attraverso quell'orientamento teorico che si propone di rintracciare, all'interno delle categorie e dei significati culturali della malattia, le strutture di dominio e di potere, concentrandosi sul rapporto tra il soggetto e l'ordine sociale e sull'incorporazione (*embodiment*) (CSORDAS T. 1990) dei processi storici, sociali e politici nelle biografie individuali (cfr. ad esempio AGAMBEN G. 1995; FARMER P. 2006a [2003], 2006b; FASSIN D. 1996, 2006 [2001]; QUARANTA I. 2006; RABINOW P. 1992; SCHEPER-HUGHES N. - LOCK M. 1987; SMITH B.E. 1981; TAUSSIG M. 2006; YOUNG A. 1982). A Tekax la sofferenza sociale legata alla malattia può essere ricondotta a quella che Paul Farmer definisce "violenza strutturale", «termine che denota una sofferenza che è 'strutturata' da forze e processi storicamente dati (spesso economicamente pilotati) che cospirano – attraverso la routine, il rituale o, come più spesso accade, la durezza della vita – nel limitare la capacità d'azione degli individui» (FARMER 2006a [2003]: 280). L'intento di questo scritto è quello di illustrare quali sono i fattori di ordine socio-politico che rendono le donne maya vulnerabili al cancro

cervico-uterino, favorendo il concomitante dispiegarsi dei fattori di rischio individuati dalla scienza medica<sup>(4)</sup>.

*Cosa espone le donne maya ai fattori di rischio individuati dalla scienza medica*

I primi fondamentali canali di espressione della violenza strutturale a Tekax sono la disuguaglianza di genere e la povertà; ad essi è possibile ricondurre l'esposizione delle donne maya tanto al VPH quanto agli altri co-fattori di rischio individuati dalla scienza medica.

È in primo luogo la povertà estrema, condizione che accomuna la maggior parte delle donne, a renderle vulnerabili a questa malattia. Essere una donna povera non significa soltanto non potere soddisfare i bisogni nutrizionali che garantiscono il benessere fisico, ma significa al contempo possedere generalmente un livello di istruzione scarso o nullo; ad un'educazione scolastica inadeguata è probabile corrisponda una ancor più inadeguata informazione sui rischi legati al VPH e quindi sulla prevenzione del cancro cervico-uterino, soprattutto in relazione all'utilizzo di metodi contraccettivi di barriera. Uno scarso livello di scolarizzazione vuol dire, inoltre, vedersi preclusa la possibilità di acquisire un impiego che possa contribuire al miglioramento della propria condizione e all'indipendenza economica dai mariti. Ciò ha significative conseguenze, in quanto per queste donne diviene estremamente difficoltoso emanciparsi dalla posizione di subordinazione nei confronti degli uomini, dai quali spesso subiscono violenze fisiche e psicologiche. La violenza domestica è una triste realtà che accomuna moltissime donne ma colpisce maggiormente quelle povere, coloro che non hanno altra scelta e altre risorse a cui attingere per il proprio sostentamento e per quello della famiglia. Tale condizione, generalizzata quanto quella di povertà e ad essa indissolubilmente legata, fa sì che le relazioni extra-coniugali dei mariti, spesso dediti all'alcool, sia una prassi alla quale le stesse mogli non sembrano attribuire grande importanza, in quanto problema secondario rispetto a quello della violenza domestica. Tanto le donne quanto il personale medico e infermieristico riferiscono che la promiscuità coniugale è un fenomeno profondamente radicato nel tessuto sociale, i cui responsabili sono individuati più spesso negli uomini che nelle donne, in quanto il "tradimento" entra facilmente a far parte dell'*habitus* (BOURDIEU P. 2003 [1972]) maschile come, in maniera analoga, la tolleranza di una relazione coniugale violenta rientra in quello femminile. A pregiudicare ulteriormente una realtà già così difficile è l'alcolismo, fenomeno di carattere prevalentemente maschile che taglia

trasversalmente tutti i livelli socio-economici, diffuso non soltanto nelle realtà rurali yucateche ma in tutti gli stati messicani (INEGI 2005). In una famiglia povera la presenza di un padre alcolista significa dover fronteggiare non solo i problemi relativi all'acuirsi della violenza domestica, ma anche quelli derivanti dalla necessità di difendere i pochi introiti familiari dai tentativi di dissipazione dei mariti dediti all'alcool. A tal proposito è significativa la testimonianza della signora V.:

«Per me è stato un po' difficile essere mamma, ma non difficile perché non l'ho accettato, difficile perché la mia vita è stata un po' difficile, perché lui mi maltrattava molto. Non dava una vita corretta ai miei figli, dico che non dava loro una vita corretta perché lui lavorava ma beveva molto, usciva per andare al lavoro e tornava ubriaco e a volte gli chiedevo qualcosa per i bambini: "Non ce l'ho". Dovevo lavorare io per sostenere i miei figli. Non gli importava se i suoi figli dovevano mangiare o no. Allora, questa è una cosa di cui come donne e come essere umani ci rendiamo conto» (signora V.).

Se per un verso le modalità secondo le quali la promiscuità sessuale si realizza sono connesse alla disuguaglianza di genere e alla povertà, dall'altro queste appaiono fortemente correlate al fenomeno migratorio. Tekax, come la maggior parte delle comunità rurali dello Yucatán, ha conosciuto da alcuni anni il progressivo incremento dei flussi migratori verso gli Stati Uniti o le località turistiche della costa. Si tratta di un fenomeno divenuto ormai strutturale, che ha assunto enormi proporzioni e i cui protagonisti sono prevalentemente uomini, giovani e meno giovani, che emigrano per lunghi periodi e, con i guadagni provenienti da impieghi poco qualificati, inviano denaro alle rispettive famiglie, per le quali spesso questo rappresenta l'unica forma di introito. Il fenomeno migratorio rappresenta un importante fattore favorente le relazioni extraconiugali, poiché separa le famiglie per periodi molto lunghi. Da un lato gli stessi medici considerano l'emigrazione una delle principali cause di una così diffusa promiscuità sessuale e quindi della grande diffusione del VPH, dall'altro il binomio emigrazione/relazioni extraconiugali mostra la sua pregnanza nel senso comune e nei significati sociali attribuiti a questa malattia<sup>(5)</sup>. Quando ad un siffatto insieme di condizioni favorevoli il dispiegarsi di pratiche sessuali promiscue non viene ad associarsi un adeguato utilizzo di metodi contraccettivi di barriera, la principale conseguenza è che le donne possono contrarre il VPH semplicemente avendo rapporti sessuali con i propri mariti. D'altra parte, tali rapporti non solo sono obbligate ad averli, ma anche laddove vi sia da parte delle mogli l'esplicita richiesta ai mariti di utilizzare il preservativo, questa non viene soddisfatta perché non gradita. Questo stato di cose fa sì che una donna povera e non istruita contragga

più facilmente il VPH rispetto ad una istruita e benestante. Lo stesso vale per i co-fattori di rischio: la denutrizione, l'inizio dell'attività sessuale e riproduttiva in giovanissima età sono manifestazioni connesse alla condizione di povertà. Le donne, infatti, soprattutto quelle appartenenti ad un basso livello socio-economico, tendono a sposarsi già a quindici anni ed ad avere il primo figlio a questa stessa età, cui generalmente segue un altissimo numero di gravidanze.

Povertà e disuguaglianza di genere non rappresentano, tuttavia, gli unici canali di espressione della violenza strutturale in questo contesto. Particolare attenzione merita, infatti, il ruolo della "sanità pubblica", intesa come gestione politica della salute governata dallo Stato (FASSIN D. 1996: 47), nello specifico dei meccanismi attraverso i quali il sistema sanitario agisce nell'ambito della prevenzione e della cura del cancro cervico-uterino. In questa prospettiva, un terzo fondamentale elemento da considerarsi "strutturante" può essere individuato nell'inefficienza del sistema sanitario pubblico. Significativo è il caso di cinque donne malate e ormai guarite per le quali la responsabilità dello stadio avanzato della loro malattia è attribuibile proprio all'inefficienza dei servizi sanitari. Queste donne, pur vivendo in una condizione di estrema povertà, si sottopongono tutte al pap-test da diversi anni con una cadenza di sei mesi o un anno, in conformità alle raccomandazioni del personale medico e come previsto dal Doc. Nonostante lo stato socioeconomico e lo scarsissimo o nullo livello di scolarizzazione, il controllo periodico alle quali esse si sottopongono è una pratica di *routine*, della cui importanza come metodo di prevenzione per il cancro cervico-uterino sono fortemente coscienti. Il primo elemento che accomuna le biografie di queste donne è la presunta "fulmineità" della loro malattia. Sono infatti incredibilmente brevi i periodi di tempo intercorsi tra l'ultimo pap-test, il cui risultato le dava completamente sane, e il successivo dal quale sono emerse diagnosi di displasie allo stadio avanzato e cancro *in situ*; si tratta di periodi che variano dai sei mesi ai due anni al massimo<sup>(6)</sup>.

Occorre ricordare che la peculiarità del cancro cervico-uterino è il lento decorso, per il quale l'OMS stima che occorran «tra i 10 e i 20 anni prima che una lesione precancerosa prodotta dal VPH si trasformi in cancro invasore» (WHO 2007: 17). Se vari organismi internazionali, a partire dall'OMS, raccomandano che lo *screening* sia al principio annuale per poi divenire addirittura trimestrale significa che i tempi di degenerazione delle displasie non possono essere dell'ordine di sei mesi, un anno o due anni. Per queste ragioni, è difficile credere che si tratti di tumori fulminei, ma

sembra più probabile che queste donne abbiano ricevuto ripetuti risultati negativi laddove già erano presenti delle displasie.

L'indagine etnografica ha effettivamente mostrato che le disposizioni federali in materia di prevenzione del cancro cervico-uterino, così come concretamente applicate, sono spesso lontane dal garantire la corretta prevenzione e presentano gravi malfunzionamenti<sup>(7)</sup>. In estrema sintesi, la procedura "corretta" cui il personale medico e amministrativo dichiara attenersi è la seguente: i pap-test vengono effettuati nel centro di salute di Tekax unicamente dall'infermiera P. I campioni prelevati vengono quindi inviati al Laboratorio statale di citopatologia di Mérida, l'unico in tutto lo stato. Qui, dopo l'analisi e l'emissione dei risultati, i responsi clinici sono nuovamente inviati alle cliniche di provenienza con tempi di attesa che variano a seconda dell'esito: quando questo è negativo occorrono circa due mesi perché ritorni al centro di salute di Tekax; quando si riscontra una displasia di qualunque livello il risultato viene invece rispedito a Tekax al massimo in una settimana con allegato l'appuntamento per la visita alla clinica di displasia di Ticul, un municipio a circa un'ora di autobus da Tekax. L'infermiera P. si occupa quindi di smistare i risultati tra i sette consultori dislocati in tutta l'area municipale, ma non di avvisare le pazienti che presentano risultati positivi; questo compito spetta invece alle infermiere che, a seconda del consultorio di loro competenza, si recano a casa delle pazienti e le informano personalmente del risultato, sollecitandole a recarsi all'ospedale in vista dell'intervento chirurgico (conizzazione cervicale) cui dovranno sottoporsi entro due mesi circa.

Tanto le donne quanto persone che ricoprono incarichi di diverso tipo all'interno delle istituzioni sanitarie<sup>(8)</sup> rilevano che l'organizzazione dei servizi sanitari pubblici preposti alla prevenzione, così come appena descritta, presenta dei "punti critici": una grande quantità dei campioni prelevati sono inadeguati per essere esaminati, perché il prelievo è effettuato male, il che potrebbe essere sintomatico di una generalizzata impreparazione del personale infermieristico nel realizzare i pap-test; i campioni vengono smarriti o nella fase di trasporto dai centri di salute di primo livello al Laboratorio statale di Mérida o nel laboratorio stesso; le infermiere, cui spetta il compito di avvisare le pazienti con displasie, non sempre sembrano svolgerlo.

Difficile stabilire quanto tali deficienze abbiano un peso nell'ambito del complessivo funzionamento dei servizi sanitari per la prevenzione del cancro cervico-uterino; ciò nonostante, l'ipotesi secondo cui una donna sana possa in sei mesi o un anno ritrovarsi con una displasia grave o con

un cancro all'utero si presenta molto improbabile, soprattutto quando riguarda cinque donne su cinque. Considerare queste vicende come "tumori fulminei" significherebbe occultare il ruolo e la responsabilità che i fattori di ordine sociale hanno avuto nell'espone queste donne al cancro cervico-uterino; le gravi mancanze di un sistema sanitario così gestito hanno avuto un'azione patogena non solo perché non hanno garantito la cura, ma in quanto hanno mantenuto queste donne nella convinzione di essere sane, limitando la loro capacità di azione nel difendersi dalla malattia. L'inefficienza dei servizi sanitari ha significato lasciare queste donne nella paradossale posizione di chi pensa di godere del benessere fisico, poiché si è assunta la responsabilità del proprio stato di salute sottoponendosi al pap-test, ma che in realtà è malata. Per tale ragione la "sanità pubblica", in quanto responsabile della gestione della salute collettiva, ha rappresentato per queste donne, e chissà per quante altre, uno dei fattori strutturanti il rischio di esposizione al cancro cervico-uterino.

La "sanità pubblica" non mostra di essere inefficiente soltanto dal punto di vista della gestione e dell'attuazione dei programmi di prevenzione, ma sono gli stessi criteri sui quali le politiche federali poggiano ad essere per molti aspetti fallimentari. Guardando alla politica sanitaria secondo foucaultiane cornici di bio-potere (FOUCAULT M. 1969 [1963], 1996 [1976]), si può riflettere sulle modalità attraverso le quali essa interviene nello spazio sociale e sulle logiche che sottendono la sua azione normativa. Ciò emerge attraverso il confronto tra i principi e le finalità cui i programmi federali dichiarano attenersi sul piano ufficiale e il loro concretizzarsi sul piano locale; tale confronto rende possibile evidenziare le "logiche" sulle quali il Doc e *Oportunidades* fondano la propria azione preventiva.

A partire dall'anno 2000 la Secretaría de salud de Yucatán (Ssy) – ente che gestisce i servizi sanitari a livello statale – ha attuato un importante cambiamento di strategia che mi è stato illustrato dal dr. S., responsabile del Doc dal 2000 al 2005 e attuale epidemiologo della Ssy e dell'Instituto mexicano del seguro social (IMSS)<sup>(9)</sup>: se prima l'obiettivo era realizzare un certo numero di pap-test ogni anno, ora la meta è incrementare la copertura, ossia raggiungere le donne che neanche una volta nella vita si sono sottoposte ad un test di *screening*. Tale cambiamento di strategia della Ssy sembra avere dato risultati incoraggianti nei termini della diminuzione del tasso di mortalità; ciononostante l'incidenza del cancro cervico-uterino si è mantenuta pressoché costante. Si tratta di un dato molto importante, in quanto denota il fatto che la politica di prevenzione ha sicuramente raggiunto dei risultati, ma attraverso lo *screening* e non

agendo sui fattori di rischio. La testimonianza del dr. S. è, a tal proposito, molto significativa.

«Guarda, siamo decisamente focalizzati sulla donna è uno...è una cosa che mi è rimasta da fare durante questo programma che mi appassiona moltissimo. Io ho sempre pensato che anche l'uomo debba essere coinvolto in questo tipo di problema, non solo perché l'uomo è quello che conta, che contra il virus, ossia il VPH, ma anche perché l'uomo deve, in senso buono, obbligare la propria moglie a sottoporsi al Pap-test, e dico in senso buono perché chi più dell'uomo deve seguirla: "Sai, già è passato un anno, non ti sei fatta il Pap-test, andiamo ti accompagno". [...] Però come ti dicevo la nostra cultura è difficile, l'uomo non è coinvolto e il maschilismo messicano continua ad influire molto: "Se qualcuno ti vede ti ammazzo" ed è vero, le maltrattano se vengono a sapere che qualcuno le ha viste intimamente» (dr. S., ex responsabile del Doc).

Secondo il dr. S. il problema verte esclusivamente sulla promozione dello *screening*: se l'incidenza della malattia e delle displasie di stadio avanzato rimane alta è perché l'attività di prevenzione attraverso il pap-test non è ancora sufficientemente efficace. Per quanto questo rappresenti sicuramente un fattore di enorme rilevanza, non si può non sottolineare che se il principale agente causale del cancro cervico-uterino è il VPH l'azione preventiva dovrebbe al tempo stesso concentrarsi su una campagna di sensibilizzazione all'uso del preservativo non soltanto diretta alle donne, ma anche e soprattutto agli uomini. Il dr. S. riconosce sì la necessità di coinvolgere gli uomini (della quale comunque non si è fatta menzione all'interno del programma che lui stesso ha diretto), ma pone l'accento sulla loro potenziale funzione di supporto alle donne: il marito invece di impedire alla propria moglie di rivolgersi al medico la dovrebbe convincere, aiutandola a superare quel retaggio culturale che rende così difficile il realizzarsi di un'adeguata azione preventiva. Non menziona iniziative in direzione della promozione all'uso del preservativo e nonostante affermi che sono «gli uomini quelli che contagiano», il programma è diretto esclusivamente alle donne. In tal senso, la logica sottostante il Doc appare eludere le radici del problema, occupandosi soltanto di lenirne di effetti.

Questo stesso tipo di logica, basata sulla prevenzione attraverso lo *screening* e sull'esclusivo coinvolgimento delle donne, si ripropone secondo gli stessi criteri in *Oportunidades*. Pur non trattandosi di un'iniziativa specificamente rivolta alla prevenzione del cancro cervico-uterino, *Oportunidades* svolge un importante ruolo in questo ambito. Con questo programma il governo federale si fa carico della persistente condizione di povertà del paese attraverso un'azione tesa ad estendere alla popolazione povera un pacchetto di servizi e di sussidi monetari, volti a garantire l'accesso a

livelli sufficienti di nutrizione, ai servizi primari di salute e all'educazione. Per ogni famiglia beneficiaria di *Oportunidades* viene individuata una titolare che riceve direttamente dei sussidi monetari, identificata con la persona di sesso femminile responsabile della cura dei bambini all'interno del nucleo familiare; si tratta quindi, nella stramaggioranza dei casi, della madre. Il coinvolgimento delle donne, come uniche responsabili della gestione del denaro, fa parte di una strategia volta, si sostiene, al miglioramento della condizione femminile e del ruolo che esse svolgono per lo sviluppo familiare e comunitario. Secondo il principio basilare di *Oportunidades*, quello della "corresponsabilità", i genitori, per poter usufruire del programma, devono previamente avere adempiuto a determinati obblighi, pena la sospensione dell'appoggio. Per quanto concerne l'assistenza medica, tutti i membri della famiglia hanno l'obbligo di sottoporsi periodicamente alle visite di controllo e prevenzione – che includono il pap-test – previste nel pacchetto base dei servizi di salute, mentre soltanto le madri sono obbligate a partecipare a degli incontri mensili di educazione alla salute, indetti nell'ambito dell'unità sanitaria di riferimento. L'aspetto interessante della strategia di *Oportunidades* risiede ancora una volta nell'esclusivo coinvolgimento delle donne e nell'esonero degli uomini dalla gestione del denaro e dalla partecipazione a questi incontri. A questo proposito, riporto di seguito un frammento di intervista della dr.ssa. A., responsabile della formazione della SEDESOL<sup>(10)</sup>, l'ente federale cui spetta la direzione del programma:

«Gli uomini hanno l'obbligo di sottoporsi alle visite, ma non di partecipare agli incontri di educazione alla salute, perché purtroppo gli uomini hanno questa cultura e non ci vanno, dicono: "Non voglio andare, non ne ho voglia, veditela tu". Gli uomini non sono molto attenti a queste cose [...] Le donne sono il fulcro. Il programma ha un obiettivo che è l'equità di genere, quindi per l'equità sono state appoggiate molto di più le donne. Quindi il programma appoggia di più le donne, per questo le donne sono le titolari beneficiarie alle quali si dà il denaro. Quando si dava agli uomini, non sempre arrivava o non arrivava completo. Al contrario le donne sono quelle che amministrano le spese, che sanno quanto comprano, quanto spende il bambino per la scuola» (dr.ssa A., responsabile della formazione della SEDESOL).

Il punto focale del discorso della dr.ssa A. si incentra su specifiche attitudini comportamentali, che identificherebbero altrettanto specifici *habitus* inerenti i ruoli di genere: gli uomini non sono culturalmente inclini ad amministrare il denaro e tanto meno a partecipare ad un incontro di educazione alla salute o sessuale; le donne, al contrario, sono più responsabili, si occupano dei figli e delle loro esigenze e quindi possono gestire i sussidi.

È innegabile che coinvolgere in determinate iniziative gli uomini presenta grandi difficoltà, che sono ampiamente confermate dai medici e dalle infermiere che si occupano fattivamente di organizzarle; tuttavia, questo non ne giustifica l'assenza. Non si tratta, quindi, di contestare le posizioni della dr.ssa A. perché non dimostrabili o inconsistenti, ma ciò che va evidenziato è che esse costituiscono il presupposto sul quale poggia l'obiettivo primario di *Oportunidades*, ossia l'equità di genere. Si afferma che il coinvolgimento delle donne, come uniche responsabili della gestione del denaro, faccia parte di una strategia volta al miglioramento della condizione femminile e alla promozione dell'uguaglianza di genere. La logica che sottende tale strategia appare estremamente contraddittoria e non può far altro che suscitare un fondamentale interrogativo: come l'esclusiva attribuzione alle donne della responsabilità di gestione dei sussidi e il conseguente esonero degli uomini, può essere veicolo di promozione delle pari opportunità? Sembrerebbe, al contrario, che tale strategia rafforzi quella disuguaglianza che si propone di combattere, proprio perché, partendo dal presupposto che «gli uomini sono irresponsabili e le donne giudiziose», propone un programma federale che renda «gli uomini più irresponsabili e le donne più giudiziose», così da combattere la disuguaglianza di genere. La SEDESOL giustifica la scelta delle donne quali titolari di *Oportunidades* nel seguente modo: «In tutti i casi si fa in modo che la madre di famiglia sia la depositaria e titolare dei benefici economici diretti al suo nucleo familiare [...] Il Programma poggia sul fatto che abitualmente le donne fanno un uso giudizioso, responsabile e fruttuoso dei mezzi che hanno alla loro portata a favore di tutti i membri della famiglia, in particolare per i bambini e per le bambine» (SEDESOL 1999: 7). Si tratta di un vero e proprio principio programmatico e non dell'opinione personale della dr.ssa A., il che induce a riflettere su quanto una politica di sviluppo sociale in tal modo concepita possa essere veicolo di promozione delle pari opportunità.

Le politiche statali attraverso il Doc e *Oportunidades* tendono a ripresentare e perpetuare la disuguaglianza di genere che si propongono di combattere, attraverso azioni che, lungi dall'offrire una via all'emancipazione delle donne povere, si dispiegano secondo logiche che rafforzano i ruoli di genere, in un contesto in cui essi implicano che la posizione della moglie sia quella di subordinazione al marito. Esse divengono, per molti versi, subalterne a quella cultura "maschilista" che ha un ruolo così preponderante nel determinare il disagio sociale delle donne, secondo una logica per la quale la posizione maschile e i significati ad essa connessi rappresentano una sorta di tabù che in quanto tale deve essere il più

possibile eluso. Ciò evidenzia una certa analogia tra “pensiero istituzionale” e “sapere comune”. Come afferma Mary Douglas, in ogni società le istituzioni strutturano il modo di pensare delle persone: «ogni istituzione controlla la memoria dei suoi membri, fa loro dimenticare le esperienze incompatibili con la propria immagine virtuosa e fa loro ricordare una serie di eventi che confermano la visione della natura che le è propria; fornisce loro categorie di pensiero, fissa i confini dell’autoconoscenza e definisce le identità; l’istituzione deve garantire l’edificio sociale sacralizzando i principi della giustizia» (DOUGLAS M. 1990: 169). Considerando la forza del legame mente-istituzioni e la capacità delle seconde di agire sulla prima, possiamo riflettere sulle identità e sulle categorie di pensiero che lo Stato nella forma della “salute pubblica” sta proponendo. Un “modello” che afferma di perseguire l’equità di genere caricando le donne di responsabilità dalle quali gli uomini sono ufficialmente esclusi. Il “pensiero istituzionale” può rivelarsi pericoloso proprio in virtù del legame che esso intrattiene con il “senso comune”.

La bio-politica della popolazione tenta di rispondere al problema del cancro cervico-uterino attraverso un’azione diretta al corpo malato, ossia quando la patologia è già manifesta e riscontrabile. Lo Stato, in quanto responsabile della gestione collettiva della malattia, mette in atto una politica di prevenzione che ignora le cause del suo manifestarsi, prima fra tutte il mancato utilizzo del preservativo e l’importante ruolo degli uomini nella trasmissione del VPH.

### *Conclusioni*

Il cancro cervico-uterino è una malattia socialmente determinata. L’individuazione dei fattori da considerarsi “determinanti” deve realizzarsi assumendo il punto di vista del soggetto che li subisce, quello di donne di etnia maya che vivono in un contesto sociale caratterizzato da povertà estrema. La povertà, la subalternità coniugale e il basso livello di scolarizzazione sono l’uno inestricabilmente connesso all’altro, in un circolo vizioso dal quale è estremamente difficoltoso affrancarsi e che conduce a contrarre il VPH e gli altri co-fattori di rischio del cancro cervico-uterino. In tal senso la violenza strutturale – come parte dell’assetto sociale ed economico e delle politiche che nascono al suo interno – ha limitato e limita la capacità di azione proprio delle donne più povere e meno istruite, di quelle che non hanno alternative. Se la povertà e la disuguaglianza di genere rappresentano i primi fattori strutturanti il rischio

di esposizione delle donne ai fattori di rischio individuati dalla scienza medica, la violenza strutturale si estende anche ad un secondo ordine di realtà, quello della sanità pubblica. Per un verso, l'inefficienza del sistema sanitario pubblico ha strutturato il rischio di esposizione delle donne al cancro cervico-uterino, perché le ha mantenute nella convinzione di essere sane, inibendo la possibilità concreta di difendersi dalla malattia. Si può infatti affermare che il corpo sia divenuto luogo di espressione dell'inefficiente e diseguale distribuzione delle risorse di cura e, di conseguenza, delle differenti possibilità di sopravvivere alla malattia o di morire. D'altro canto la sanità pubblica pare ignorare gli appena descritti luoghi di espressione della violenza strutturale e ciò si concretizza in politiche della prevenzione per alcuni aspetti miopi, in quanto elusive delle cause del cancro cervico-uterino, che sono proprio da individuarsi in quella serie di processi economici e sociali, "strutturanti" il rischio di esposizione delle donne povere a questa malattia. L'azione disciplinante del bio-potere si realizza esclusivamente sul corpo femminile e il "pensiero istituzionale" mostra di essere per molti aspetti partecipe delle dinamiche sociali, economiche e storiche che determinano la condizione di subordinazione della donna, in una sorta di connivenza con quella cultura "maschilista" che si propone di rimuovere. Guardando al concetto di salute come ad «uno spazio definito dai rapporti che il corpo fisico intrattiene con il corpo sociale» (FASSIN D. 1996: 35), il cancro cervico-uterino può configurarsi, in un siffatto contesto, come il prodotto di forze sociali di diversa matrice che agiscono in maniera concomitante e si incorporano nell'esperienza individuale.

## Note

<sup>(1)</sup> Tekax è uno dei municipi di più grande estensione territoriale dello Stato dello Yucatán, con una popolazione totale di 37.454 abitanti (INEGI 2005); è classificato come un municipio ad alta concentrazione indigena: il 94,1% della popolazione è considerata maya in base ad un criterio di identificazione di tipo linguistico.

<sup>(2)</sup> Le displasie ricevono il nome di Neoplasie intraepiteliali cervicali e sono indicate con la sigla CIN (*Cervical intraepithelial neoplasia*). A seconda dello stadio di sviluppo e quindi della gravità dell'alterazione nei tessuti, le neoplasie vengono classificate in CIN1 (displasia lieve), CIN2 (displasia moderata) e CIN3 (displasia grave). Si tratta di condizioni precancerose che se non adeguatamente trattate possono evolvere in adenocarcinoma *in situ* – stadio in cui il tumore non è ancora diffuso nel resto dell'organismo – e successivamente in tumore invasivo (WHO 2009).

<sup>(3)</sup> Le terapie adottate in caso di neoplasia sono soprattutto di tipo chirurgico e si avvalgono di metodologie escissionali che si effettuano generalmente in presenza di un CIN2 o di un CIN3. L'intervento chirurgico di tipo escissionale più utilizzato è la "conizzazione cervicale", che consi-

ste nell'asportazione di una porzione della cervice al fine di rimuovere una lesione precancerosa o cancerosa ancora molto limitata nella sua estensione (WHO 2007: 142).

<sup>(4)</sup> Questo lavoro è frutto di una ricerca etnografica che ho svolto dal settembre 2008 al febbraio 2009 nell'ambito di un progetto organizzato dal Centro de investigaciones regionales (CIR) "dr. Hideyo Noguchi" della Universidad autónoma de Yucatán Mérida (UADY), intitolato *Servicios de atención a cáncer cérvico-uterino y mamario: un esquema que requiere de alianza entre sistemas culturales* (cfr. ORTEGA CANTO J.E. - QUATTROCCHI P. 2008). Complessivamente sono state intervistate 29 persone, delle quali 16 donne (il campione di età varia dai 25 ai 65 anni e include sia donne malate o che hanno avuto la malattia sia donne sane), 6 medici, 2 infermiere, 2 terapeuti tradizionali (una *partera* e uno *yerbera*) e 3 funzionari pubblici incaricati di alcuni programmi federali.

<sup>(5)</sup> Per un approfondimento su questo tema cfr. VALENTI G. s.a.[b].

<sup>(6)</sup> Signora M. C.: dopo sei mesi dall'ultimo pap-test le diagnosticano un cancro *in situ*; signora I.: dopo un anno dall'ultimo pap-test le diagnosticano un CIN2; signora V.: dopo un anno dall'ultimo pap-test le diagnosticano un CIN3; signora A.: dopo due anni dall'ultimo pap-test le diagnosticano un CIN3; signora I.: dopo un anno dall'ultimo pap-test le diagnosticano CIN3.

<sup>(7)</sup> Per un approfondimento su questo tema cfr. VALENTI G. s.a.[a].

<sup>(8)</sup> La signora M., responsabile municipale di *Oportunidades*; il dr. C.R., ginecologo privato di Tekax; il dr. A., ginecologo della clinica di displasia di Ticul.

<sup>(9)</sup> La Secretaría de salud è l'istituzione responsabile del sistema sanitario messicano nel suo complesso: ad essa competono i servizi alla popolazione non assicurata. L'Imss è uno dei segmenti del sistema di salute pubblico messicano che si occupa di offrire la copertura sanitaria alla popolazione assicurata.

<sup>(10)</sup> Secretaría de desarrollo social (SEDESOL) è l'ente federale che ha il compito di coordinare la politica sociale del governo, al quale spetta la direzione del programma e la sua amministrazione.

## Riferimenti bibliografici

AGAMBEN Giorgio (1995), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino.

BOURDIEU Pierre (2003 [1972]), *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, traduz. dal francese di Irene MAFFI, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *Equisse d'une théorie de la pratique. Précédée de trois études d'ethnologie kabyle*, Droz, Genève, 1972].

CSORDAS Thomas J. (1990), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos. Journal of the Society for psychological anthropology", vol. 18, n. 1, 1990, pp. 5-47.

DOUGLAS Mary (1990 [1986]), *Come pensano le istituzioni*, Il Mulino, Torino [ediz. orig.: *How Institutions Think*, "The F.W. Abrams Lectures", Syracuse University Press, Syracuse, 1986].

FARMER Paul (2006a [2003]), *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*, pp. 265-302, in Ivo QUARANTA (curatore), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig. del saggio: *On suffering and structural violence. Social and economic rights in the global era*, pp. 29-50, in Paul FARMER (curatore), *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war of the poor*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London, 2003].

FARMER Paul (2006b), *Un'antropologia della violenza strutturale*, in Ivo QUARANTA (curatore), *Sofferenza Sociale "Antropologia"*, vol. 6, n. 8, 2006 (numero monografico), pp. 17-49.

FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France.

FASSIN Didier (2006 [2001]), *La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia*, pp. 303-332, in Ivo QUARANTA (curatore), *Antropologia Medica. I testi*

fondamentali, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *The biopolitics of otherness*, "Anthropology Today", vol. 17, n. 1, 2001, pp. 3-7].

FOUCAULT Michel (1969 [1963]), *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, traduz. dal francese di Alessandro Fontana, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Naissance de la clinique*, Press Universitaires de France, Paris, 1963].

FOUCAULT Michel (1996 [1976]), *La volontà di sapere*, traduz. dal francese di Pasquale Pasquino e Giovanna Procacci, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976].

INEGI (2000), *Anuario estadístico del Estado de Yucatán*, Gobierno del Estado de Yucatán, Mérida.

INEGI (2005), *Conteo de población y vivienda*, Gobierno del Estado de Yucatán, Mérida.

ORTEGA CANTO Judith Elena - QUATTROCCHI Patrizia (2008), *La perspectiva médico-anropológica en el estudio del cáncer cervico-uterino. ¿Cuáles los aportes?*, pp. 275-293, in RAMÍREZ SIERRA María Jesús - JIMÉNEZ COELLO Matilde - HEREDIA NAVARRETE Ramón Mario - MOGUEL RODRÍGUEZ William Alberto (curatori), *Investigación, salud y sociedad, 3. Las ciencias de la salud en el marco de los procesos de cambio y globalización*, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida.

QUARANTA IVO (2006), *Potere, corpo e malattia. Antropologia e Aids nei Grassfields del Camerun*, Meltemi, Roma.

RABINOW Paul 1982, *Masked I go forward. Reflection on the modern subject*, pp. 173-85, in Jay RUBY (curatore), *A crack in the mirror. Reflexive perspective in anthropology*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

SCHEPER-HUGHES Nancy - LOCK Margaret (1987), *The mindful body. A prolegomenon to future work in Medical anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 1, n. 1, 1987, pp. 6-41.

SECRETARÍA DE SALUD (1998), *Modificación a la norma oficial mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-199 /, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncercérvico uterino*, "Diario Oficial de la Federación" (México, D.F.), <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html> [consultato il 12 gennaio 2013].

SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social) (1999), *Más oportunidades para las familias pobres. Evaluación de resultados del Programa de educación, salud y alimentación: primeros avances*, Secretaría de Desarrollo Social, México (D.F.), [http://evaluacion.opportunities.gob.mx:8010/es/docs/docs\\_eval\\_1999.php](http://evaluacion.opportunities.gob.mx:8010/es/docs/docs_eval_1999.php) [consultato il 12 gennaio 2013].

SMITH Barbara Ellen (1981), *Black lung. The social production of disease*, "International Journal of Health Service", vol. 11, n. 3, 1981, pp. 343-359.

TAUSSIG Michael (2006 [1980]), *Reificazione e coscienza del paziente*, pp. 75-106, in Ivo QUARANTA, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig. del saggio: *Reification and the consciousness of the patient*, "Social, Science and Medicine", vol. 14b, 1980, pp. 3-13].

VALENTI Giorgia (s.a.[a]), *El cáncer cervicouterino en el municipio de Tekax: la enfermedad como corporalización de la pobreza y de la desigualdad de género*, in ORTEGA CANTO Judith (curatrice), *Los cánceres de las mujeres en Yucatán: pobreza, género y ambiente*, in corso di stampa.

VALENTI Giorgia (s a.[b]), *L'eziologia del cancro cervico-uterino tra le donne maya dello Yucatán: il "contagio" come immagine contestativa tra percezione individuale e simbolismo sociale*, pp. 77-103, in LUPO Alessandro (curatore), *Antropologia della salute indigena: popolazione nativa e istituzioni sanitarie in Messico*, CISU, Roma, in corso di stampa.

WHO (World Health Organization) (2007), *Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales*, World Health Organization, Geneva.

WHO (World Health Organization) (2009), *Human papillomavirus vaccines. WHO position paper*, "Weekly Epidemiological Record", vol. 84, n. 15, 2009, pp. 117-132.

YOUNG Alan (1982), *The Anthropology of illness and sickness*, "Annual Review on Anthropology", vol. 11, 1982, pp. 257-285.

## Scheda sull'Autrice

Giorgia Valenti è nata a Roma il 2 novembre 1982. Ha conseguito il diploma di laurea magistrale in Discipline etno-antropologiche” nell’anno accademico 2008/09 con una tesi dal titolo *Percezione, rappresentazione e gestione terapeutica del cancro cervico-uterino tra le donne maya dello Yucatán* presso la Sapienza Università di Roma. Attualmente è dottoranda in Etnologia e etnoantropologia presso la medesima Università. I suoi ambiti di interesse sono l’antropologia medica, l’antropologia della memoria e l’antropologia della violenza. Ha svolto indagini in Yucatán (Messico) su tematiche relative a genere e salute, salute riproduttiva e politiche della salute, dalle quali sono state tratte le seguenti pubblicazioni: *L’eziologia del cancro cervico-uterino tra le donne maya dello Yucatán: il “contagio” come immagine contestativa tra percezione individuale e simbolismo sociale*, in Alessandro Lupo (curatore), CISU, in corso di stampa / *El cáncer cervicouterino en el municipio de Tekax: la enfermedad como corporalización de la pobreza y de la desigualdad de género*, in ORTEGA CANTO Judith (curatore) *Los cánceres de las mujeres en Yucatán: pobreza, género y ambiente*, in corso di stampa.

Attualmente è impegnata in indagini sul tema della memoria della post-dittatura argentina, con particolare riferimento alla memoria traumatica dei familiari dei *desaparecidos* argentini.

## Riassunto

*Il cancro cervico-uterino come incorporazione delle disuguaglianze sociali: riflessioni intorno al rapporto genere/malattia tra le donne maya dello Yucatán*

Il presente articolo esamina la molteplicità di fattori che struttura il rischio quotidiano di esposizione al cancro cervico-uterino delle donne maya di Tekax, municipio dello stato dello Yucatán (Messico). Esso si propone di riflettere sulla relazione tra rapporti di genere e processi di salute/malattia/cura del cancro cervico-uterino, con l’intento di individuare le condizioni di ordine sociale, politico e economico che espongono le donne maya ai fattori di rischio identificati dalla scienza medica.

*Parole chiave:* cancro cervico-uterino; violenza strutturale, disuguaglianza di genere, povertà, bio-potere.

## Resumen

*El cáncer cervicouterino como corporalización de las desigualdades sociales: reflexiones en torno a la relación género/enfermedad entre las mujeres maya de Yucatán*

El presente artículo examina el conjunto de factores que estructura el riesgo cotidiano de exposición al cáncer cervicouterino de las mujeres maya de Tekax, municipio

del Estado de Yucatán (México). Este trabajo propone una reflexión en torno al tema de relaciones de género y procesos del salud/enfermedad/atención del cáncer cervicouterino, intentando individuar las condiciones de orden social, político y económico que exponen a las mujeres maya a los factores de riesgo indetificados por la ciencia médica.

*Palabras claves:* cáncer cervicouterino, violencia estructural, desigualdad de género, pobreza, biopoder.

## Résumé

*Le cancer du col utérin comme incorporation de l'inégalité sociale: réflexion sur le rapport genre/maladie parmi les femmes maya du Yucatán*

Cet article examine les multiples facteurs structurels au risque quotidien d'exposition du cancer du col utérin des femmes mayas du Tekax, ville de l'état du Yucatán (Mexique). Cet article nous propose de réfléchir sur la relation entre rapports de genre et processus de santé/maladie/soin du cancer du col utérin, avec l'intention de distinguer les conditions sociales, politiques et économiques qui exposent les femmes Mayas aux facteurs de risques examinés par la science médicale.

*Mots-clés:* cancer du col utérin, violence structurelle, inégalité de genre, pauvreté, biopouvoir.

## Abstract

*The cervical cancer as embodiment of social inequalities: considerations about the relationship gender/disease among Mayan women of Yucatán*

This paper investigates the multiplicity of factors that composes the daily risk of cervical cancer of Mayan women from Tekax, a Yucatán's village (Mexico). It proposes a reflection on the link between gender relations and health/disease/care, with the attempt of detect the social, economic and political conditions that make Mayan women vulnerable to risk factors identified by biomedical science.

*Keywords:* cervical cancer, structural violence, gender inequality, poverty, biopower.