

VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN EN LA CONFIGURACIÓN DE LOS RIESGOS DE LA SALUD: JALISCO ANTE EL CÁNCER

Psic Rosa Sandra Blancas Martínez¹

1. Introducción.

Jalisco se ha configurado ya desde hace un par de décadas como uno de los estados en los que ante la salud se configuran un sin fin de riesgos, que vulnera a la población tanto en la accesibilidad y asequibilidad, de los servicios y el cuidado de la salud.

Por la desigual distribución del gasto en salud al que se suma la inversión en infraestructura que abre nuevas vías de comunicación y que como resultado de una apuesta por el desarrollo, favorece la exposición a factores de riesgo ambientales que impactan a la población en condiciones de rurbanidad, en la que los estilos de vida rurales y urbanos se articulan, sus necesidades se vuelven más complejas y con ello sus demandas.

Complejidad y vulnerabilidad que incrementa ante los movimientos migratorios rural-urbanos dentro de la entidad, y de los estados más distantes: y los flujos urbano-urbanos provenientes del resto del país, que ante la interacción social y cultural, modifican tanto los patrones de comportamiento de la población, la percepción de la enfermedad, como los patrones de morbilidad.

Así, la antigua condición de urbanidad como determinante directo de la exposición a riesgos para desarrollar el Cáncer de Mama, adquiere una nueva condición de vulnerabilidad² y un foco de atención necesario mayor al previsto por el sector público y privado.

A esto se suma la exposición a riesgos laborales en especial por la manipulación de fibras acrílicas y derivados del petróleo en los parques y corredores industriales, en los que las mujeres siempre han tenido una activa participación como fuerza laboral, bajo condiciones de precariedad, reduciendo así, el acceso oportuno a los programas de detección de la seguridad social, pero siendo favorecidas aunque de manera insuficiente por las acciones estratégicas de la asistencia social.

¹Lic. Psicología . E-mail: rsatz@hotmail.es

² El fenómeno poblacional de riesgo se traduce a nivel individual en la susceptibilidad como fenómeno donde convergen las condiciones de trabajo, las condiciones de vida y los estilos de vida determinados por procesos sociales con la estructura y la función del cuerpo determinados por procesos biológicos, de acuerdo a (Frenk, J. y col. 1991).

El Cáncer y en particular el Cáncer de Mama, como enfermedad crónica degenerativa, se muestra como resultado del impacto de lo social sobre lo biológico, su manifestación suele estar determinada por factores de riesgo creados, o al menos generados por la acción del hombre que persigue los beneficios implícitos en el desarrollo. En tanto como enfermedad emergente da pie a nuevas poblaciones vulnerables, proyectando el incremento³ en su incidencia⁴, con cambios de carácter cualitativo y cuantitativo en el patrón de comportamiento de la enfermedad, dificultando el desarrollo de sistemas de salud que respondan a la equidad, con la adecuada identificación de la población a dónde dirigir sus acciones y desde dónde surge la necesidad.

Por lo que se pretende como objetivo identificar las nuevas fuentes de vulnerabilidad de la población como factor de riesgo para la salud a través del análisis del cambio en el patrón de morbilidad del cáncer de Mama, 1) como resultado del padecimiento, es decir, la población directamente afectada por el Cáncer de Mama; 2) como resultado de la propia estructura y dinámica poblacional resultado de la apuesta por el desarrollo urbano e industrial para mejorar las condiciones de vida, y que si bien han disminuido la mortalidad por enfermedades infecciosas, ante las enfermedades emergentes como es el Cáncer y en particular el Cáncer de Mama se suman a la configuración de riesgos de la salud y; 3) como resultado de la inequidad en la distribución e inversión de las estrategias de acción emprendidos para la atención integral del padecimiento.

Cada uno de éstos contextos enmarcados en los diferentes niveles de determinación de análisis de la salud (ver fig. 1) que hemos retomado de Julio Frenk y la Transición de la Salud propuesto por autores como Cadwell. Determinantes de la salud que debe ser concebidos como factores de riesgo, como procesos, atributos o exposiciones que determinan la probabilidad de que ocurra una enfermedad, muerte u otra condición de salud. de acuerdo a (Frenk J, y col. 1991); así, como la capacidad de una población para responder a estos sucesos, de acuerdo a la relación existente entre ellos y la manera en que se entrecruzan en sus diferentes niveles.

⁴ De acuerdo a su situación histórica una enfermedad es considerada como emergente sí: aún ya identificada no es posible desde el punto de vista médico conceptualizarla como entidad noseológica, es decir, en una población o cultura en la que dicha categoría no tiene coherencia y su validez no ha sido establecida (Kleinman, 1987), ; si aún ya existente en dicha población, solo ante los cambios cualitativos y cuantitativos de la enfermedad se repara en ella; si no existía en una región geográfica en particular hasta antes de que se introdujera proveniente de otra región; sí el agente desencadenante (factor de riesgo) de la enfermedad es nuevo o no existían las condiciones ambientales antes de que aparecieran las primeras manifestaciones clínicas (Sánchez-Amador, 1997).

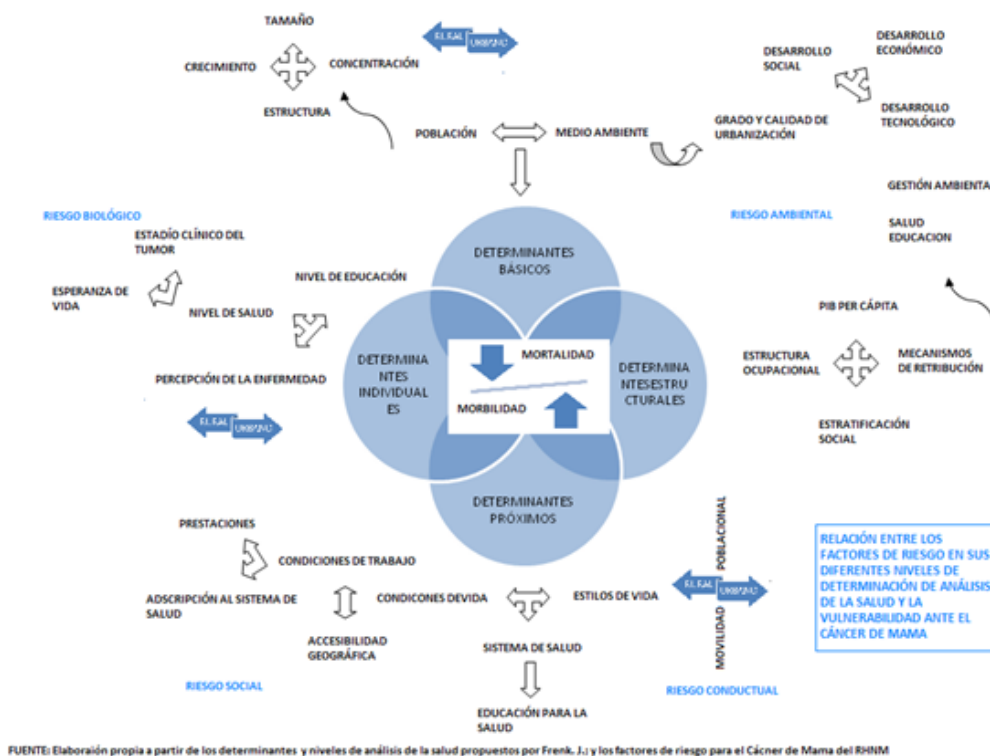


Fig 1

De tal forma que permite la observación del fenómeno como de las estrategias de acción generadas ante su incidencia (Determinantes Próximos), a través de la accesibilidad y asequibilidad de la población (Determinantes individuales), de los mecanismos de redistribución (Determinantes estructurales), como de la dinámica y estructura de la población (Determinantes básicos); que median el derecho de intercambio que vulneran a la población ante el derecho a la salud y la cartera de riesgos⁵.

2. Sustento Teórico

Nos encontramos en una época de transición, en la que lo complejo del mundo moderno trae aparejado con la transformación del orden tradicional de la organización social, económica, cultural y simbólica, la necesaria redirección de los sistemas de salud, ante las fuertes presiones demográficas y los complejos perfiles de daños originados en las formas de vida contemporáneas que plantean al frente curativo enormes desafíos (Martínez-Leal, 2002).

Que en cada país, región o subregión, pueden tomar muy diferentes figuraciones y trazar las más diversas trayectorias de acuerdo con los riesgos específicos a los que se encuentran expuestos sus habitantes (Cruz-Coke, 1987). En tanto las necesidades de la población se

⁵ la noción de riesgo de acuerdo a (Giddens, 1995), reviste una importancia central en una sociedad que se despidió del pasado, de las formas tradicionales de hacer las cosas, y se abre camino a un futuro problemático.

vuelven a su vez más complejas por las formas de vida contemporáneas y en los que los estilos de vida modernos se mezclan con los tradicionales y así sus exigencias, favoreciendo la exposición a factores de riesgo ambientales que impactan sobre el desarrollo de las enfermedades crónicas, en particular del Cáncer de Mama.

Las presiones crecen para desarrollar sistemas de salud que respondan a la equidad y ya que hay tantos modelos de transición como sociedades hay (Caldwell, 2001), hay que recurrir al estudio atento de las constelaciones causales que en cada contexto se originan (Martínez-Leal, 2002) Estos guardan estrechos vínculos con las circunstancias que prevalecen en el mundo en que transcurre la existencia de las poblaciones y las características del entorno ambiental (Corvalan, Kjellstrom y Smith, 1999). Así, por medio de múltiples mediaciones (Koefler, 1974; Kosik 1974; Zelman 1982) los factores de riesgo sociales y la problemática de salud de la población se articula; lo que implica responder a la pregunta hecha por Córdova (1986) acerca de cómo lo social reconforma o modela lo biológico, por medio de todo el proceso psíquico de simbolización del propio organismo y del mundo que nos rodea.

Haciéndose preciso explorar nuevas vías de articulación entre la política⁶ de población y la política social para enfrentar el portafolio de riesgos que se ha ido construyendo⁷. Por lo que se pretende explicar la relación existente entre los diferentes niveles de determinación de análisis de la salud propuestos por Frenk J. con los cambios en la salud de la población que conlleva la necesidad de identificar las fuentes de origen de vulnerabilidades potenciales para las enfermedades emergentes, en particular el Cáncer de Mama.

De acuerdo a (Caldwell, 1990) ,en distintos contextos, hace ya más de una década que un grupo multidisciplinario, empezó a reflexionar al respecto e introdujo bajo el nombre de transición de la salud una idea alternativa para tratar de ir mas allá de la propuesta inicial de Omran , es decir, que vaya más allá de la incorporación en de una especie de triple transición; la demográfica, la epidemiológica y la transición de los servicios de atención a la salud, crítica principal de (Frenk, J, 1989). Y que para autores como (Martínez-Leal, 2002), cuando se las adopta de manera acrítica, los diseños de política quedan muy rezagados, frente a los retos que plantean los problemas de salud en nuestros días.

⁶ Las políticas de salud de los 90s, no se preocuparon por modificar los riesgos que dan lugar a la mortalidad, o por diseñar modalidades de atención médica suficiente, oportuna y adecuada para las enfermedades emergentes que empezaban ya a inundar el panorama epidemiológico (Martínez-Leal, 2002).

⁷ los estilos de vida o el portafolio de riesgos que cada sociedad va construyendo, se percate de ello o no (Douglas-Wildawsky, 1982)

Por lo que de acuerdo a Frenk. J. debe entenderse a la transición de la salud como un proceso dinámico en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, socioeconómica, tecnológica, política, cultural y biológica. En tanto la transición epidemiológica debe ser vista como parte de este mismo proceso, en el que los patrones de salud y enfermedad se van transformando, como herramienta para comprender los determinantes y consecuencias de éstos cambios, con cierto patrón identificable (Frenk J. y col. 1991). O como diría (Lerner, 1973) y (Caldwell, 1989), como parte de una transición más amplia de la salud, donde la transición de la atención a la salud debe concebirse como los procesos de cambio en los patrones de respuesta social organizada a las condiciones de salud.

Para (Martínez Salgado, 1993), tanto los desenlaces individuales como la representación colectiva de su probabilidad de ocurrencia contenida en la noción epidemiológica de riesgo, encuentran su significado dentro del contexto cultural, local y familiar, en el que ocurren y explica como determinada población expuesta a ciertas condiciones de riesgo para la salud, no necesariamente presentará y/o desarrollará el patrón epidemiológico esperado, o bajo ciertas condiciones determinada población se incluirá en el comportamiento de un padecimiento al modificarse los factores de riesgo y las condiciones de vida de dicha población.

Los factores de riesgo por los estilos de vida, conductas dietarias, comportamiento reproductivo y factores de riesgo ambientales impactan tanto en las zonas más urbanizadas como en las áreas rurales colindantes que no cuentan con la adecuada distribución del gasto social para enfrentar los nuevos factores de riesgo que al implementar políticas de población que favorecen el desarrollo y su consecuente apertura de vías de comunicación⁸ hacia regiones marginadas⁹, aisladas o incomunicadas¹⁰ trae consigo, ya que parafraseando a Wirth *las influencias que las ciudades ejercen sobre la vida social del hombre son mayores de lo que indicaría el porcentaje de población urbana.*

⁸ Que favorece para Bardet (1963), que lo mejor de la civilización llegue a la tierra, entendiendo como éste último al sector rural en donde la actividad económica primordial está en referencia a la tierra, es decir, la agricultura; y al primero como lo urbano, en donde las condiciones de vida y los índices de bienestar están o al menos parecen, favorecer a la población.

⁹ La marginación se expresa tanto en la dificultad para propagar el progreso técnico en el conjunto de la estructura productiva y en las regiones del país, como en la exclusión de grupos sociales del proceso de desarrollo y del disfrute de sus beneficios (Anzoldo-Gómez C, Prado-López M, 2006)

¹⁰ Entendiendo que sólo en la medida en que un espacio se halle incomunicado podrá hablarse de cierta carga de intensidad variable de ruralidad. (Baigorri, A. 1995).

Por lo que se hace necesario explorar el comportamiento del Cáncer de Mama en relación con éste factor de riesgo bajo el concepto de rurbanización de (Bauer y Roux, 1976) y que (Baigorri, 1983) concibe como *la periferia de lo urbano, en donde éste último fenómeno ya no es únicamente en las ciudades*. Que se suma a la movilización de la población por lo que no se puede sólo realizar la correlación entre la morbilidad por Cáncer de Mama con el lugar de residencia y la condición rural y/o urbana actual, por la *extensión de estilos culturales, de modos de vida y de interacción social* que refiere (Baigorri, 1995).

De acuerdo a (Talcoli,(1990) y (Link,2001) tanto el desarrollo como la urbanización se encuentran ampliamente interconectados a través de las complejas interrelaciones espaciales e implican el constante flujo de población, de productos y de servicios, generan cambios de uso de suelo por el crecimiento urbano e industrial, así como cambios en la salud generados por los factores de riesgo ambiental (contaminación del entorno natural) y del comportamiento reproductivo.

Aquí los estilos de vida representan la manera en la cual estos grupos traducen su situación objetiva en patrones de conducta, generando así, riesgos conductuales, en donde de acuerdo (Frenk J.,1991) el contexto sociocultural se hace relevante. E implican para (Talcoli, 1998), *la reestructuración de las relaciones rurales urbanas en todos los sentidos, con efectos positivos y negativos sobre las zonas rurales*.

Estos movimientos migratorios suelen originarse al menos en uno de sus rasgos, en la búsqueda de alternativas para satisfacer las necesidades que la reproducción de la vida cotidiana plantea a los integrantes de determinados sectores, de acuerdo a autores como (Verduzco, s.f., Arizpe,1980), (Rodríguez y Venegas, 1983), (Balán,1982), (Oliveira y García 1984). En tanto para Martínez Salgado (1993), cada modalidad migratoria, al abrir nuevas alternativas para ciertos grupos y colocar a algunos de sus integrante en nuevos escenarios, puede adquirir diferentes significados como elemento de riesgo.

De acuerdo a éste mismo autor la configuración de los riesgos para la salud intervienen elementos económicos, geográficos, sociodemográficos, ecológicos, biológicos, psicosociales, componen los diversos escenarios en los que transcurre la vida humana y en los que se constituyen los riesgos para la salud, cuyos efectos tendrán también diferentes tiempos de latencia y variados desenlaces, en tanto las relaciones entre los daños a la salud y las condiciones socioeconómicas y sociodemográficas se gestan en situaciones específicas, historicosociales y espacialmente acotadas. (Martínez Salgado, 1993).

Por lo que la perspectiva de tipo macro, indispensable para comprender la red de relaciones más amplia en la que se encuentran los múltiples elementos que median entre las dimensiones económicas, sociales globales y los problemas de salud, requiere, sin embargo, de especificaciones cada vez más particulares (Martínez Salgado, 1993). Ante la exposición a agentes de cambio en el plano de la colectividad local, e individual dependientes del ámbito cultural y familiar¹¹.

De acuerdo a autores como (Bourdieu.1975), (Giddens.1981), (Oliveira y Salles.1986) ,el estudio de la morbilidad entreteje elementos macro y microsociales, de lo cotidiano y de los procesos de larga duración, de las estructuras sociales y de los planos individuales, de las dimensiones materiales y de las simbólicas; e involucran para (Martínez Salgado,1993) procesos con diferentes dinámicas y temporalidades.

Donde la enfermedad de acuerdo a (Canguilhem, 1978); (Foucault, 1976 y 1979); y (Pérez Tamayo, 1974), se refiere a ciertos momentos de la variación biológica del organismo humano y, aunque está referido a manifestaciones anatomo-fisiológicas de este organismo, su significado está íntimamente ligado a las circunstancias sociohistóricas y culturales que prevalecen en cada época,

En tanto la morbi-mortalidad es el punto obvio de encuentro de la epidemiología y la demografía (Martínez Salgado C. 1993), estos fenómenos se pueden vincular con las condiciones y estilos de vida de la población afectada, ante los cambios en el comportamiento reproductivo y los movimientos migratorios, que a su vez repercuten sobre las condiciones sociodemográficas, y cuál es el camino por el que ciertas condiciones socioeconómicas conducen a determinada magnitud y tipo de daños a la salud.

Así, de acuerdo a éste mismo autor, los tipos de enfermedades, las muertes a que conducen y la frecuencia con la que esto ocurre, afectan por una parte, a uno de los términos de la ecuación del tamaño poblacional, y por otra son los eventos en los que los riesgos para la salud se materializan y adquieren existencia. (Martínez Salgado C. 1993), en tanto la fecundidad y la migración tienen un significado no solo como factores que impactan el tamaño de la población¹² sino también como elementos que modifican los riesgos para la salud (Martínez Salgado C. 1993).

¹¹ Desde la perspectiva material como cultural, que modifican o no el origen y proceso de formación de la percepción y práctica de los riesgos y daños a la salud (Martínez Salgado, 1993)

¹²Hace referencia a la transición demográfica en los referentes a la estructura de la población y su tasa de crecimiento

En tanto los cambios en los estilos de vida como son los patrones de fecundidad, de acuerdo a (López-Ríos y Lazcano Ponce, 1997), tienen como consecuencia el aumento de la incidencia del Cáncer de Mama, en tanto que la fecundidad está estrechamente vinculada al nivel de desarrollo socioeconómico.

Así, las políticas de salud vistas desde autores como (Frenk J. 2007), son opciones sociales y la forma en que se formulan e implementan, influyen en que una sociedad pueda enfrentar, un ciclo ya sea virtuoso¹³ o vicioso entre su nivel de desarrollo y la forma en como funciona su sistema de salud¹⁴, las acciones preventivas deben ser parte de una estrategia que tienda otros puentes más en este caso entre las políticas sectoriales y las intersectoriales (Frenk, 2007), que respondan a la entramada red de interrelaciones de los fenómenos demográficos con los determinantes económicos, sociales, culturales y políticos de la calidad de vida.

Por lo que el estudio de la salud de la población tiene como objetos tanto la condiciones de salud¹⁵ como las respuestas a dichas condiciones (Fenk, J. y col 1991) ante las heterogeneidades internas que matizan la distribución de los riesgos y los daños a la salud.

3 La población vulnerable de Jalisco

Se puede observar como la distribución de la población con Cáncer dentro de la entidad, ha tenido sus modificaciones; para la década de los 90s, la población afectada provenía del municipio de Guadalajara, dentro del Área Conurbada de Guadalajara (ACG), en donde hasta la fecha y desde 1940 se encuentran la mayor parte de los parques industriales; sin embargo, para el 2008 se puede observar como el resto de los municipios que conforman el ACG concentran la mayor parte de la población con Cáncer de Mama dentro de la entidad expandiendo su territorio a municipios y localidades rurales de su periferia, y mientras la morbilidad estaba centrada en los adultos mayores, ahora la población joven y joven adulta se encuentra comprometida, sin derecho al servicio médico que prevea la detección oportuna, bajo condiciones desiguales de inserción en el aparato productivo.

¹³ Genera una respuesta que permite la instauración de nuevas políticas que favorecen el cambio social, su transformación y por lo tanto la funcionalidad de los sistemas de salud.

¹⁴ Es imposible que las políticas de población contribuyan a contrarrestar, en el ámbito de la competencia, las fuerzas que dan lugar a los distintos tipos de vulnerabilidad (CONAPO)

¹⁵ corresponde a la transición epidemiológica, concebida como el proceso de cambio de largo plazo de las condiciones de la salud de una sociedad determinada incluyendo cambio en los patrones de enfermedad, incapacidad y muerte (Frenk, J. y col. 1991)

De acuerdo a un estudio realizado por (García-Arias, 1990) en cáncer en la ZMG representaba el 4.34 % de las condiciones patológicas registradas durante el periodo de la década de los 70s y 80s, siendo el grupo de edad de 65 y más el más vulnerable, al que le correspondía el 3.75% del total de casos de cáncer en la zona. A partir de las zonas estudiadas por esta autora, se identifican 7 zonas principales en las que se concentra la población afectada por cáncer, por lugar de residencia: Se pueden identificar dos zonas (25 y 10) con población de Jalisco afectada por Cáncer en éste periodo que corresponden a la periferia de algunos parques industriales de la Zona Industrial de Guadalajara, Zona Industrial el Álamo, Parque Industrial el Álamo y Parque Industrial Santa Rosa con respecto a la zona 10; y Parque farmacéutico, Parque industrial Bugambilias, Parque Industrial San Agustín, Parque Industrial Guadalajara an Austin II y Parque Industrial San Anita con respecto a la zona 25.

Sin embargo, y dado que en algunas condiciones crónicas como lo es el Cáncer su comportamiento puede ser explicado más por el lugar de trabajo que por el de residencia (García-Arias, 1990), se hace necesario establecer una relación con la procedencia de los trabajadores de los parques industriales que corresponden a las zonas 1,3, 5 , 7 y 18 del cuadro anterior.

Ambos municipios han ocupado los primeros lugares en mortalidad por Cáncer de Mama, al menos hasta el 2004, en el que Guadalajara obtuvo el 34.96% de las defunciones por éste padecimiento y Zapopan contribuyó al total de muertes con el 17.48%, siendo Guadalajara el municipio con más defunciones por Ca. Mama para ese mismo año a nivel nacional.

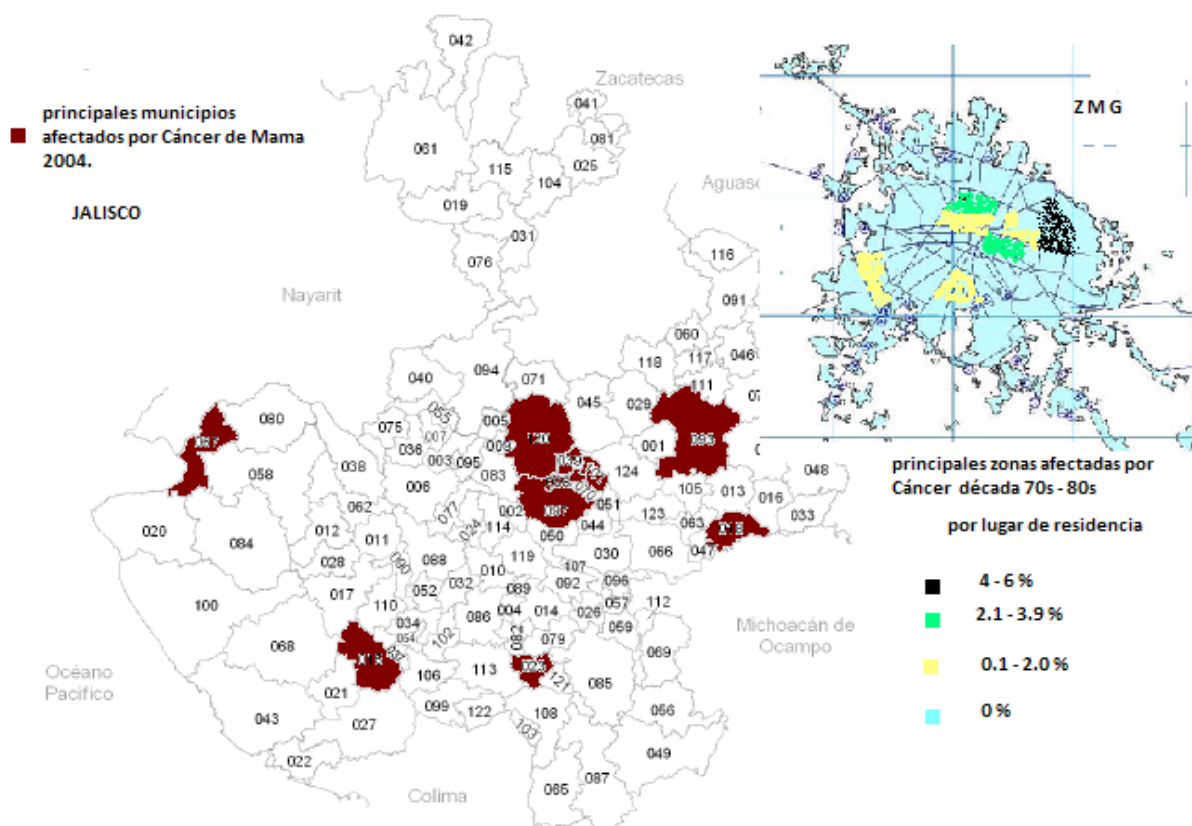


Figura 2. Distribución geográfica del Cáncer década de los 70s-80s ZMG vs Cáncer de Mama 2004 Jalisco

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos por García-Arias 1990/INEGI/CONAPO/Saa

En la figura 2, se puede observar cómo la distribución geográfica de la población afectada por Cáncer de Mama, para el año 2004, va más allá del Área Conurbada de Guadalajara que se había observado desde los años 70s, continúan implicados los municipios que conforman el ACG, siendo los principales afectados¹⁶ en orden de importancia: Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque, Tonalá y Tlajomulco de Zúñiga; que implican las jurisdicciones sanitarias de Hidalgo-Zapopan, Reforma-Tlaquepaque, Libertad-Tonalá y Juárez-Tlajomulco; sin embargo como se puede observar ésta distribución del Cáncer de Mama se extiende para el año de referencia a los municipios de Tepatitlán y La Barca pertenecientes a las jurisdicciones de del mismo nombre; a Zapotlán el Grande (Jurisdicción Cd. Guzmán) y Autlán de Navarro,(jurisdicción con el mismo nombre; y a Puerto Vallarta (jurisdicción Puerto Vallarta); siendo ésta última la más notoria por ser la más distante a las jurisdicciones más afectadas por el padecimiento.

¹⁶ Para el año 2004 se observaron 61 municipios afectados por Cáncer de Mama, en el presente escrito solo se hace referencia a los 10 más importantes, los 51 municipios restantes son colindantes con los mencionados aquí, por lo que se encuentran considerados en las jurisdicciones sanitarias correspondientes.

Para el 2000 Guadalajara concentraba el 21.57 (tasa de 95.59) del total de casos registrados de cáncer en Jalisco (7088, tasa 108.75), para el 2005 continua siendo Guadalajara quien concentra el 18.26% (números absolutos 1658; tasa 101.43) de los casos registrados de cáncer en la entidad (9081)(tasa 133.25) , le sigue Zapopan con 578 casos que representan el 6.36% del total (tasa 50.51), Tonalá (1.95%, tasa 42.23), Tlaquepaque (1.92%, 32.07) con 177 y 174 casos respectivamente; Puerto Vallarta¹⁷ y Tepatitlán de Morelos, (132, 1.45%, tasa 60.37) y (124, 1.37%, 97.27 tasa) respectivamente; en esta distribución de casos registrados de cáncer en Jalisco, Tlajomulco de Zúñiga solo tiene el .58% , con 53 casos y una tasa de 36.07%, mientras que en el municipio de el Salto solo se registraron 47 (0.52%) que representan una tasa para el municipio de 45.82. Para el 2008 Guadalajara obtuvo una tasa de 119.43. con el 22.31% (1886) de los casos totales de cáncer en Jalisco (9278, 8452 residentes), en los que el municipio de Zapopan cuenta con el 7.54% (637) de los casos, Tlaquepaque 2.71% (229), Tonalá el 1.82% (154), Tepatitlán de Morelos 1.6 (135) y Puerto Vallarta con una tasa del 1.5 (127).

Para el 2005 a la población femenina con cáncer le correspondió una tasa de 115.91 en tanto para los varones la tasa correspondiente fue de 91.00, siendo para las mujeres los grupos de edad con mayor participación a partir de los 35 años con el 78.92%. Mismos grupos de edad en los que se concentra el cáncer de mama en la entidad, siendo el 49.4% para la edades entre 40 y 64 años, el 34.17% para los grupos de edad de 35-39 y 65 y más.

Para el 2008 la tasa de morbilidad por cáncer para la población femenina disminuyó a 105.6, manteniéndose la misma tendencia para el 2008, donde la concentración de la población femenina afectada por cáncer de mama en los grupos de edad de 40-59 años con el 52.86% (657 casos), aumentando la incidencia para el grupo de 35-39 años con el 8.37% (104), que es muy similar con el grupo de edad de 60-64 (100) y 65-69 (91), y disminuyendo la morbilidad por este padecimiento a partir de la edad de 65 y más a las que solo les corresponde el 17.29% del total.

Para el periodo del 2006-2008 en Jalisco, se pueden identificar 5 jurisdicciones en las que se concentran los casos registrados de Cáncer de Mama, éstas jurisdicciones en orden de relevancia por el número de casos registrados son:

¹⁷ para el 2000 los municipios de Zapopan, Tlaquepaque, Tonalá, y Puerto Vallarta en conjunto tenían el 9.09% del total de casos de cáncer registrados en la entidad.

partir del 2002 de 5 parques industriales en Tlajomulco de Zúñiga: Parque industrial buganvillas, San Agustín y San Jorge localizados sobre la avenida López Mateos; Aeropuerto y Arayanes en la carretera a Chapala, que albergan 26 empresas d distintas ramas y que se suman a los 136 establecimientos de la industria maquiladora que alberga en estado de Jalisco.

Sin embargo, es en la jurisdicción sanitaria número 10 Hidalgo-Zapopan en quien pondremos mayor atención, para este mismo periodo en dicha jurisdicción se concentran 353 nuevos casos de cáncer de mama, que representan el 37.43% del número de casos registrados en la jurisdicción 13, y solo el 9.98% de los casos registrados en la entidad.

En ésta jurisdicción se encuentran los municipios de Guadalajara y Zapopan, ambos han tenido desde la década de los 70s población afectada por Cáncer, por la continua interacción de su población con la periferia del Área Conurbada de Guadalajara en donde desde 1904 se han establecido los corredores y parques industriales de la entidad.

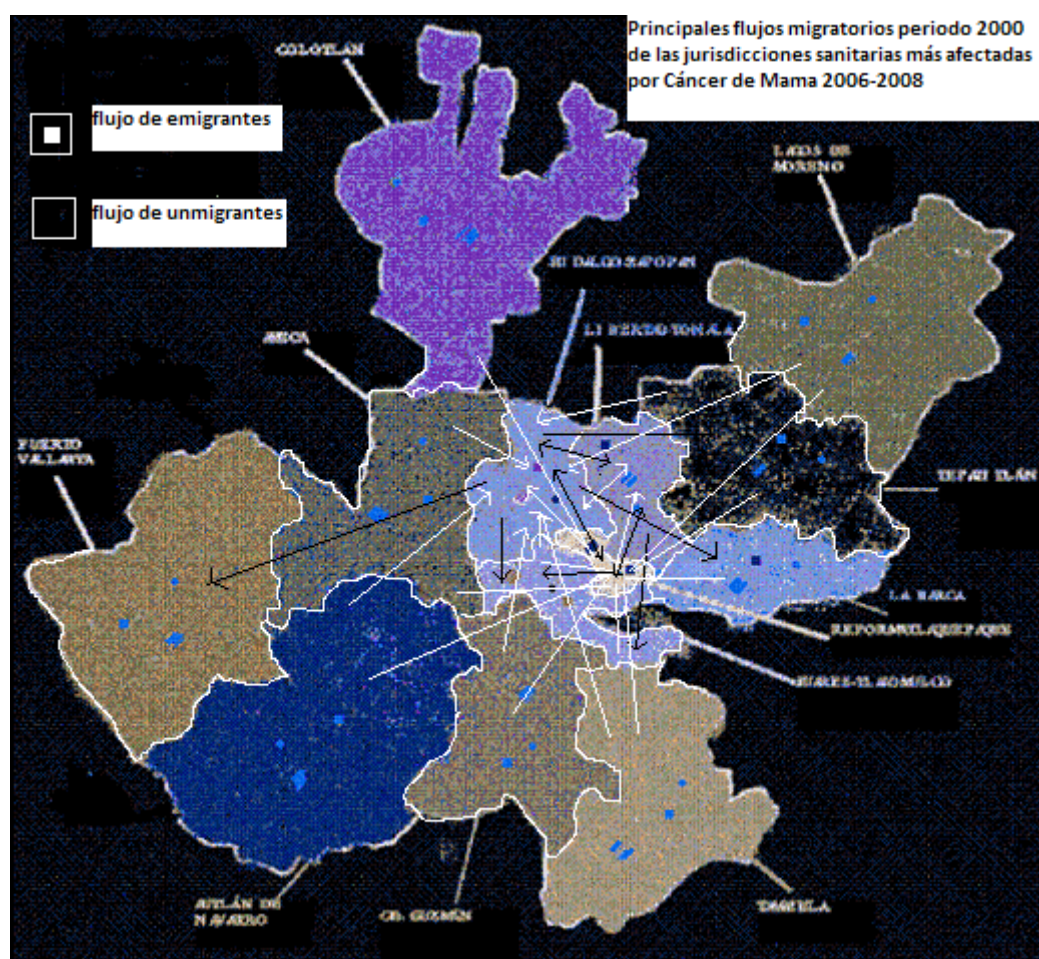


Figura 4. Principales flujos migratorios periodo 2000 de las jurisdicciones sanitarias más afectadas por Cáncer de Mama 2006-2008

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos del CPYV 2000 INEGI/

Estos movimientos poblacionales también es posible observarlos entre las diferentes jurisdicciones sanitarias, tomando como punto de partida las 3 más afectadas por el Cáncer de Mama para el periodo 2006-2008 ya mencionado, se tiene que la jurisdicción Reforma – Tlaquepaque es un activo captador de población de cada una de las jurisdicciones de Jalisco, en tanto expulsa población en dirección a Hidalgo-Zapopan (6625 migrantes, el 54% de ellos provenientes de Zapopan y el 45.3% de Guadalajara), Libertad- Tonalá (5987 de Tonalá), Juárez-Tlajomulco (1774 de Tlajomulco) y Reforma-Tlaquepaque (1589 de El Salto).

La jurisdicción sanitaria Hidalgo- Zapopan tiene como principales aportadores de población a las jurisdicciones de Ameca con 6298 migrantes, Reforma-Tlaquepaque con 3624, Tepatitlán con 2679 y Cd. guzmán con 2644; mientras que expulsa población hacia Reforma-Tlaquepaque principalmente de los municipios de Tlaquepaque y El Salto con 6475 y 311 migrantes respectivamente, Libertad-Tonalá con 2995, Juárez-Tlajomulco con 1725, Puerto Vallarta, Tepatitlán y La Barca en menor proporción.

La jurisdicción Libertad-Tonalá recibe población de Hidalgo-Zapopan específicamente de Guadalajara con 37599 habitantes y de Zapopan con 2995; de Reforma-Tlaquepaque que aporta 5987 migrantes; ésta jurisdicción sanitaria expulsa población hacia Hidalgo-Zapopan 2122 hacia Guadalajara y 1778 hacia Zapopan; Reforma-Tlaquepaque, con 2995 hacia Tlaquepaque y 1010 a El Salto; y 547 hacia Juárez-Tlajomulco.

Los principales flujos migratorios de los inmigrantes recientes de los municipios no pertenecientes al ACG, corresponden a municipios rurales como: Ayutla con una aportación a la concentración poblacional de 4095 habitantes, seguido por Ameca (3054), Atenguillo (3611), Acatic (3350), Acatlán de Juárez (3344), Amacueca (3054); en menores proporciones San Juan de Escobedo (2697), Autlán de Navarro (2584), Amatlán (2419), Ahualulco de Mercado (2278) y Atoyac (2275), lo que muestra como el patrón migratorio hacia el ACG dentro de la entidad de Jalisco sigue siendo rural-urbano, aunque ha disminuido como factor principal del crecimiento urbano.

La prevalencia de este patrón migratorio, aunque poco representativo, puede ser explicado al menos en parte, por la concentración de los corredores¹⁸, parques y zonas industriales dentro del ACG y su periferia.

¹⁸ ubicados en las localidades de Vila Real, Nuevo México, Zapopan, Los Gavilanes, San Agustín, La Tijera, Las Pintas, Las Pintitas, San José El Verde, El Quince y Guadalajara.

4. Conclusiones preliminares

El aumento de casos en los municipios de extrarradio de Guadalajara, en especial en la jurisdicción Juárez-Tlajomulco, puede ser explicada tanto por el aumento en la proliferación de parques y corredores industriales en el ACG que se extienden actualmente al municipio de Tlajomulco de Zúñiga; como por la disminución de inmigrantes recientes provenientes de los municipios no pertenecientes al ACG, la disminución de la población económicamente activa que trabaja en otros municipios que muestra la concentración de las actividades productivas, la disminución del flujo migratorio rural-urbano de inmigrantes absolutos; el aumento del flujo migratorio urbano-urbano proveniente de las principales entidades expulsoras de población del país, flujo que concentra el 68% de su población inmigrante en los grupos de edad productiva, grupo de edad que representa el 93.1% de la población inmigrante que trabaja lo que muestra la implicación en el flujo migratorio urbano-urbano de la movilidad laboral hacia la periferia de Guadalajara , lo que agrega a los factores de riesgos de la urbanización, las condiciones de rurbanidad dentro del Área por la *extensión de estilos culturales, de modos de vida y de interacción social* (Baigorri, 1995) que conllevan los flujos migratorios.

A lo que se suma las precarias condiciones en cuanto el acceso a la salud de la población no asegurada originaria e inmigrante, donde el municipio de Guadalajara solo concentra el 26.4% de la población asegurada de la entidad y el 20.30% de la no asegurada, recordando que Jalisco para el 2005 solo tenía el 51.27% del total de su población con derecho a la salud, 54.32% con seguridad social y el 45.68% atendidos por la asistencia social.

De forma similar se puede observar a partir de los movimientos poblacionales provenientes de las principales jurisdicciones sanitarias afectadas por el Cáncer de Mama, en especial de Libertad-Tonalá y Reforma-Tlaquepaque, la posible correlación de la distribución de la población afectada por el padecimiento con los principales flujos migratorios como factores que permean en la modificación del patrón geográfico de comportamiento de la morbilidad del Cáncer de Mama. Y cómo esta distribución de la población afectada por el padecimiento, que en las décadas de los 70s-80s se encontraba más relacionada con la concentración del desarrollo industrial, la movilidad laboral derivada por estas instalaciones y la concentración poblacional dentro del ACG; en este último periodo observado esta distribución se encuentra vinculada a la movilización poblacional a áreas menos urbanizadas y sin la presencia de desarrollo industrial, en particular la jurisdicción de Puerto Vallarta más vinculada con la inversión en turismo con población nacional en condiciones de rurbanidad

Sin embargo, dado que el proyecto de investigación aquí planteado se encuentra en las primeras etapas de desarrollo, no es posible plantear por el momento correlaciones precisas, ni mencionar en este breve escrito todos los movimientos poblacionales implicados y necesarios para explicar éste fenómeno dada su compleja relación con los diferentes niveles de determinación de análisis de la salud expuestos en este documento.

6. Bibliografía:

(Reuters), L. (19 de mayo de 2010). Un estudio vincula exposición a químicos con cáncer de mama. *el Economsta.es* .

BÉJAR Navarro, R. (1993). *Población y Desigualdad social en México*. Cuernavaca, morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.

Cohen, E. S. (2005). *Gestión social. Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales*. México: CEPAL Ed. Siglo XXI.

CONAPO. (2000). *La población de México en el Nuevo Siglo*.

DAVIS, S. (2001). Night shift work, light at night, at risk of breast cancer. *Journal cancer Institute* , Vol 93, No.20: 1557-1562.

FRENK, J. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salúd Pública* , vol. 49.

FRENK, J. y. (1993). Equidad y salud en México. En R. y. Béjar Navarro, *Población y desigualdad social en México*. Cuernavaca, Morelos: Centro Regional de Investigaciones multidisciplinarias, UNAM.

GARCÍA-ARIAS. Morbilidad y mortalidad en la Zona Metropolitana de Guadalajara en Crisis, conflicto y Supervivencia: estudios sobre la sociedad urbana en México. Guillermo Peña, 1990. CIESAS

FOLGADO. E., I. S.-A. (2006). El trabajo nocturno como riesgo laboral de Cáncer de Mama. Una revisión de medicina basada en evidencia. *Medicina y seguridad del trabajo* , Vol. LII No. 204: 63-70

GIDDENS, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona, España: Península. Edición en castellano.

GOFFMAN. (1995). En A. Giddens, *Modernidad e identidad del Yo*.

GONZÁLEZ-PIER, P. C.-D. (2007). Definición de Prioridades para las intervenciones de salud en el sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública de México* , vol. 49 supl. 1:S37-S52.

HANSEN, J. (Jan 2001). Increased breast cancer risk among women who work predominantly at night. *Epidemiology* , Vol 12, No. 1: 74-77.

KINGSBURY, K. (s.f.). La cara cambiante del cáncer de mama. *TIME* .

LABRECE, F. (2010). Montreal, Canada: Occupational and Environmental Medicine.

MARTÍNEZ Salgado, C. (1993). *Sobrevivir en Malinalco: la salud al margen de la medicina*. México: El Colegio de México, UNAM de Xochimilco.

MARTÍNEZ-LEAL. (2002). *La Transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia*. México: UNAM-X.

MONTEZUMA, D. (1989). La economía contra la política. En F. (. López Cámara, *Sociedad, desarrollo y sistema político en México*. Cuernavaca, Morelos: CRIM/UNAM.

OPS. Organización Panamericana de la Salud,. (2007).

RODRÍGUEZ Hernández, F. (1993). Desigualdad regional y distribución de los recursos para la atención de la salud en México. En R. y. Béjar Navarro, *Población y desigualdad social en México*. Cuenavaca, Morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.

SALINAS, P. S. (2009). Empleo Precario y competitividad en el Estado de Puebla. *14`Encuentro Nacional sobre Desarrollo Regional en México AMECIDER*. León, guanajuato: AMECIDER.

SCHERNHAMER. (2004). Epidemiology of urinary melatonin in women and its relation to other hormones and night work. *Cancer epidemiol, Biomarkers* , 6 prev 13(6).

STERN, C. (1990). La polarización epidemiológica en México: mortalidad por causas y desigualdad social. IV Reunión Nacional de Investigación demográfica en México. México: SOMEDE.

STEPHENSON, J. (2001). Epidemiological studies reveal link between night work and breast cancer. *The Lancet Oncology* , Vol 2, issue, 12, 723.

VITE, M. A. La focalización de los derechos sociales.

ZAVALA de Cosío, M. E. (1989). Dos momentos en la transición demográfica. *Demos. México, UNAM* .