

Erika Patricia Rojas-González^{1a}

¹Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Sociales y Administración, Departamento de Ciencias Sociales. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Doi: 10.5281/zenodo.14367077

ORCID

0000-0002-5290-0110^a

Resumen

Este artículo tiene como objetivo examinar los programas sociales en México dirigidos a la prevención del cáncer cervicouterino, con un enfoque de género. Se analiza la implementación del examen de Papanicolaou en el contexto de políticas públicas y se evalúa cómo estas iniciativas han impactado en el acceso de las mujeres a la atención médica. Además, se explora si dichos programas han logrado reducir los obstáculos existentes o si, por el contrario, han contribuido a perpetuarlos. Finalmente, se revisan los factores de riesgo contemplados por estos programas y su efectividad en la reducción de las tasas de mortalidad asociadas al cáncer cervicouterino en México.

Palabras clave:

Planes y Programas de Salud
Género y Salud
Neoplasias
Neoplasias del Cuello Uterino

Keywords:

Health Programs and Plans
Gender and Health
Neoplasms
Uterine Cervical Neoplasms

Abstract

The objective of this scientific article is to identify and discuss programs linked to preventive methods of cervical cancer in Mexico and incorporated into the gender perspective, as well as in medical care for users of the Pap test, to have a broader view of what has been done, I reiterate regarding the prevention of this disease and how not performing the Pap test can affect, that is, whether these policies or programs have contributed to perpetuating some obstacles or have helped to eliminate them. Likewise, a general analysis of the established programs will be carried out, as well as a description of the risk factors of the programs, which have the purpose of reducing mortality rates from cervical cancer in Mexico.

Correspondencia:

Erika Patricia Rojas González-

Correo electrónico:

erika.rojas@uacj.mx

Fecha de recepción:

15/07/2024

Fecha de aceptación:

15/11/2024

Introducción

En cuanto a tasas de mortalidad de cáncer cervicouterino (CaCu), a nivel mundial prevalece una incidencia de 600,000 casos para el año 2022. Asimismo, más del 94% de las 350,000 muertes por esta enfermedad en el año señalado se originaron en países cuya renta per cápita es de niveles bajo y medio, como los estados que conforman América Central, Asia Sudoriental y las naciones localizadas al sur del desierto del Sahara.¹

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública y la información para la prevención y control del cáncer cervical en México, el cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte por neoplasias en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 9430 casos nuevos y 4330 muertes para el año 2020 entre mujeres de 20 años o más.²

Conviene subrayar que las altas cifras por CaCu nos llevan a preguntarnos las razones por las que muchas mujeres siguen sin hacer uso del examen de detección oportuna. Esta situación puede deberse a que las pacientes no han sido suficientemente informadas acerca de los beneficios para su salud o a que existen algunos impedimentos que no se han detectado, lo cual indica fallas en el desempeño de los programas de detección oportuna y la necesidad de mejorar el programa de diagnóstico temprano para este padecimiento.³

Perspectiva de género y políticas públicas en cuestión de salud

Castillo y Morales⁴ mencionan que la perspectiva de género permite analizar y entender las características que definen a las mujeres y a los hombres de una manera específica, así como sus semejanzas y sus diferencias. Señalan que esta perspectiva de género no es solo una categoría, es una teoría que abarca *categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos* referentes a un cúmulo de fenómenos históricos construidos en torno al sexo. Indican que, como categoría, corresponde al orden sociocultural establecido sobre la base de la sexualidad y esta, a su vez es, se define históricamente por un orden genérico. De igual modo, enfatizan que para una mejor comprensión sobre la teoría de género es preciso profundizar en los mecanismos de relación que permiten concentrar a las personas y a los grupos sociales.

Ya que la perspectiva de género evidencia también cómo la concepción liberal e idealista que *avala* la igualdad entre los sexos señalada en las leyes y promulgada por los

gobiernos y Estados es solo un *mito cultural*. Las condicionantes de etnia, clase social y casta, así como de raza, modifican los roles sociales y perspectivas asignadas al hombre y a la mujer en una determinada sociedad, y esto, a su vez, condiciona oportunidades y accesos, así como limitantes para cada uno de ellos en los diversos ámbitos: sociales, culturales, económicos y políticas.

Asimismo, Rico *et al.*⁵ señalan que la incorporación de la perspectiva de género a las políticas públicas es producto de un cúmulo de esfuerzos de distintos grupos dentro de la sociedad, de entre ellos los de las mujeres que proclaman legitimidad en cuestión de equidad de género. También mencionan que existe un creciente interés por las investigaciones científicas en torno a las teorías de género y por la generación de conocimiento sobre las relaciones de género y la desigualdad entre las oportunidades de hombres y mujeres en sociedades en desarrollo que afecta en gran parte las cuestiones de salud.

A su vez, Ochoa⁶ señala que la perspectiva de género en las políticas públicas es: *El conjunto de mecanismos y herramientas que inciden en los planes y programas, en las leyes, acciones públicas, en los bienes y servicios tendientes a desmontar y eliminar las inequidades y toda forma de subordinación y dominio entre los sexos*. También, afirma que incidir en las políticas públicas significa una modificación a los contenidos sexistas que están implícitos en la sociedad y, por lo tanto, en las acciones del gobierno. Menciona la necesidad de introducir en la administración pública contenidos sobre la concepción de equidad de género, de la no discriminación, del reconocimiento de derechos y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

Es necesario enfatizar que algunos de los beneficios que aporta incorporar una perspectiva de género en políticas públicas son: garantizar una equidad de género, así como la inclusión de las mujeres en los beneficios de su desarrollo integral, una resignificación y transformación de las relaciones de género que incurren cotidianamente en las prácticas y que han afectado su pleno desarrollo en los diferentes ámbitos: sociales, culturales, económicas y esto a su vez ha conllevado en unas prácticas erróneas que afectan su potencial.

Un beneficio en la incorporación de la perspectiva de género en materia de políticas públicas de salud es que se efectúe un empoderamiento en la mujer para que erradique las limitantes socioculturales, como la discriminación y estigmatización por parte de la sociedad que impiden su pleno desarrollo, y que se vea reflejado en un mejoramiento de su salud, en este caso, para que accedan a la

prueba de Papanicolaou (Pap). Es decir, que las medidas preventivas repercutan en la disminución de la mortalidad por cáncer cervicouterino.

La implicación de una perspectiva de género referente a la salud permite visualizar las condicionantes, tanto sociales, culturales y económicas, que impiden a las mujeres no tener plenitud en su estado de salud; por ejemplo, que los factores sociales, culturales y económicos no sean barreras para acceder a los exámenes, ni los costos y tiempo de traslado a los centros de salud; así como el acceso a tratamiento si el resultado fuese adverso. También, esta implicación de perspectiva de género permite cuestionar el impacto de los programas que emite el gobierno en favor de la salud de la mujer.

Cabe mencionar que, a partir del 2003 con la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se señala que en los programas nacionales de salud se incorpora la perspectiva de género.

La metodología que se utilizó para este documento científico es el análisis de contenido, donde se examinan de manera sistemática los materiales textuales, como documentos o discursos, para identificar los factores de la problemática actual de la mortalidad por cáncer cervicouterino.

Evolución de los programas sobre Detección de Cáncer Cervicouterino en México

- Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer (1974)⁷
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) - Programa de acción. Cáncer cervicouterino 2003-2006⁸
- Programa de Acción. Cáncer cervicouterino 2007-2012⁹
- Programa de Acción. Cáncer cervicouterino 2013-2018¹⁰
- Programa de Acción Específico de Prevención y Control de Cáncer 2021-2024¹¹

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2- NOM-014-S4

La Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer cervicouterino. Publicada el 31 de mayo de 2007 en el Diario Oficial de la Federación.¹²

En cuanto a la modificación de la NOM-014-SSA2-1994, se menciona que se han resuelto muchas interrogantes sobre la *etiología* del cáncer cervicouterino y hoy en día se encuentran en desarrollo nuevas alternativas, como en la detección y prevención primaria (vacunas preventivas) y estas, a su vez, se irán incorporando de acuerdo a los estudios de costo y efectividad que se realicen, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, que es el eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer cervicouterino.

Además, esta normatividad señala que su objetivo es proporcionar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaCu. También propone que su campo de aplicación sea de *observancia obligatoria* para todo el personal de salud de los diferentes sectores, tanto de detección como de diagnóstico, y, por supuesto, de tratamiento. Así como un control y vigilancia del cáncer cervicouterino, tanto públicos, como sociales, así como privados que realizan acciones preventivas. Asimismo, señala que como prevención primaria es necesario establecer premisas de educación en salud para reducir las conductas sexuales de alto riesgo e incluir el uso del condón, promover relaciones sexuales monogámicas y el uso de las *vacunas profilácticas* contra los virus de los papilomas humanos (16 y 18) asociados al cáncer cervicouterino.

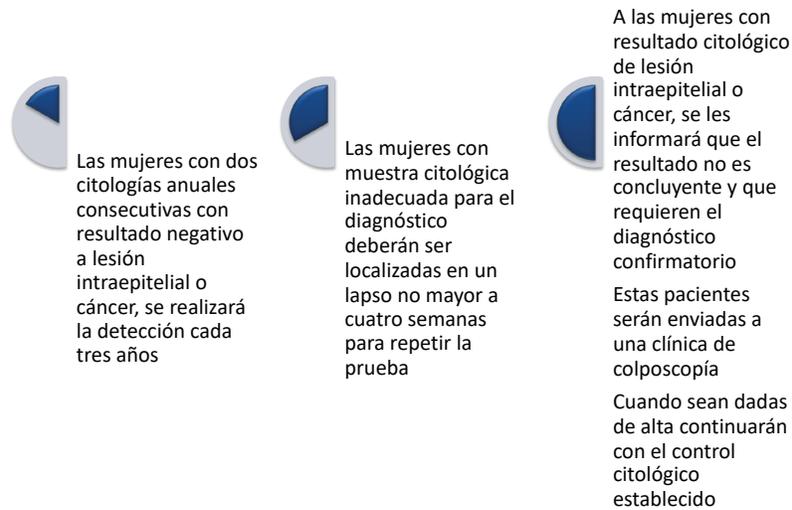
Se sugiere que el uso, aplicación, dosis, indicaciones y periodicidad sean establecidos de acuerdo con la NOM-36-SSA2-2002, en cuanto a la prevención y control de enfermedades; así como con respecto a la aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. En la *figura 1* se muestra el procedimiento para una intervención de detección oportuna de CaCu con base en esta normativa.

Discusión

A continuación, se expone el análisis general a los programas establecidos para bajar las tasas de mortalidad por CaCu.

En lo referente a los objetivos, así como las estrategias establecidas en los programas examinados anteriormente, se puede mencionar que carecen de una perspectiva de género, ya que como lo indica Ochoa:⁶ las mujeres tienen los mismos derechos y el respeto debe ser equivalente para todas las personas, pero existen necesidades específicas que distan mucho de ser homogéneas; por lo tanto,

Figura 1 Procedimiento para una intervención de detección oportuna de CaCu con base en la NOM-36-SSA2-2002



Fuente: Elaboración propia basada en la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994

es necesario conocer la especificidad de cada una de estas, para que las leyes y las políticas públicas respondan a ellas.

Además, en los programas examinados se señala que se debe atender a las pacientes de acuerdo con las características de la población (urbana, urbana marginada, rural e indígena), pero no indican cómo llegar a permear en las actitudes o prácticas donde el hombre no permite la realización preventiva hacia el CaCu, es decir, una de las vertientes que no se explora es la cuestión cultural ni de inequidad.

Considerando que, como lo mencionan Lazcano Ponce *et al.*,¹³ en poblaciones rurales las mujeres no se realizan la prueba Pap porque sus parejas no se lo permiten, y Torres Poveda¹⁴ señala que, a pesar de avances en el sistema de salud en México, la mujer indígena seguirá siendo susceptible a desarrollar cáncer cervicouterino mientras sigan permaneciendo en condiciones de inequidad para el acceso a la salud.

Por lo que, a pesar de que actualmente existe el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva,⁹ en estos programas no se contempla cómo acabar con las relaciones de poder asimétricas, que, como lo afirma Moreno,¹⁵ actualmente existen entre las parejas, donde las condicionantes de género propician la subordinación y dependencia económica de las mujeres con respecto a los hombres, lo que limita el acceso a la prueba de Papanicolaou, pues señala la autora que las mujeres no cuentan con los medios económicos para desplazarse a los lugares donde se les puede practicar.

Otra condicionante sociocultural que no está contemplada en ningún programa de gobierno, ya que solo mencionan sobre la orientación a las mujeres y hombres sobre su compromiso en el autocuidado de la salud y sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad, es la de las múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer). Ya que no se contempla cómo abordar el factor sociocultural, pues, como lo mencionan Moreno¹⁵ e Hidalgo Martínez,³ no se ha puesto la atención que se requiere al hecho de que el hombre puede ser el portador del VPH.

Se debe agregar que en nuestra sociedad una de las limitantes que se ha encontrado para realizarse el tamizaje de prevención es que las mujeres tienden a vincular las causas del cáncer cervicouterino con factores que, en nuestro contexto cultural, son valorados como negativos: señalan con frecuencia que se debe a que las mujeres tienen múltiples parejas sexuales –promiscuidad– y no los hombres.

Es decir, las mujeres no le dan importancia a las relaciones de sus parejas con otras mujeres y que ellos también pueden ser portadores y transmisores del virus del papiloma humano (VPH) (Lazcano Ponce, *et al.*)¹⁶ En sí, la sociedad no considera el papel que juega el hombre en la transmisión del VPH, asignando cómo única responsable a la mujer.

Por consiguiente, se presupone que no hay un conocimiento claro acerca de la vinculación entre las prácticas sexuales de los hombres y el cáncer cervicouterino, ya que

muchas mujeres consideran un padecimiento propio de las mujeres.³

Por otra parte, León Maldonado *et al.*¹⁷ mencionan que en México se introdujo recientemente la detección del VPH de alto riesgo al programa de detección y control del CaCu, por lo que se tiene como encomienda que se utilice para reemplazar a la prueba de Papanicolaou como método primario de prevención ante el cáncer cervicouterino. Acorde con lo planteado, se deberían resaltar estos cuestionamientos hacia una perspectiva dirigida a la educación del hombre, con tintes de cambios culturales y, por lo tanto, de idiosincrasia, para que se refleje en las prácticas sobre la sexualidad de él.

Habría que señalar también que esta prueba es altamente sensible (la sensibilidad es la capacidad de la prueba para detectar la enfermedad). Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, es decir, la probabilidad de que se obtenga en la prueba un resultado positivo para un sujeto enfermo. Pese a los beneficios mencionados sobre la prueba de detección del VPH, estos mismos autores mencionan que recibir un diagnóstico positivo trae consigo efectos psicosociales en las mujeres como: ansiedad, angustia y confusión, así como sentimientos de culpa y la estigmatización por parte de la sociedad.

Estas experiencias denotan que es indispensable terminar con las prácticas excluyentes existentes entre cada uno de los grupos de la sociedad. Algunas, las más preocupantes, se encuentran en las relaciones de género, en la desigualdad social y el acceso a la salud, así como en las relaciones de poder asimétricas que se ejercen entre estos dos actores sociales. Además, en los programas examinados, en ningún momento se habla de pláticas sobre equidad de género a los hombres respecto al tema de la sexualidad o, específicamente, sobre la detección del VPH y cáncer cervicouterino.

Hasta ahora no se ha establecido una estrategia para empoderar a las mujeres que les permita tomar decisiones en beneficio de su salud, aún contra la falta de voluntad o ante la negación de sus parejas. A pesar de que se realizó la semana de concientización, no se incluyó al hombre en pláticas sobre el virus del papiloma humano, lo que podría contribuir a que este hiciera conciencia como posible portador y transmisor, y que enfatizaría sobre los cuestionamientos de equidad de género en los factores de riesgo.

Asimismo, en los programas no se contempla la cuestión sobre cómo abordar la vulnerabilidad de la mujer por cuestiones socioculturales. Arellano y Castro¹⁸ mencionan

que las mujeres y las niñas son particularmente vulnerables en países donde las desigualdades de género persisten, mostrándose en las prácticas culturales o religiosas, y esto provoca que sean dependientes de los hombres en los ámbitos económicos y sociales. Esta dependencia es generada por cuestiones de género, pues la falta de oportunidades educativas y económicas limita la capacidad de las mujeres para ejercer su propia autonomía sobre su salud.

Otro de los factores que no se incluye en las campañas de información para la prevención del CaCu ni en las políticas de atención es la desigualdad de poder al interior de las relaciones de pareja. Moreno¹⁵ señala que en diversos sectores de la sociedad se considera que el cuerpo de la mujer es intocable y donde hablar de la sexualidad es un tabú.

De hecho, algunas formas de moralidad religiosa consideran este padecimiento como una forma de castigo, por lo que se les asigna a las mujeres la culpabilidad y responsabilidad de esa enfermedad. Esto, según la creencia cultural, donde el CaCu representa una consecuencia de la desobediencia de normas socioculturales establecidas en la sociedad. Otra situación que se presenta, y no se contempla en los programas, es la percepción de la mujer acerca del diagnóstico de cáncer como sinónimo de muerte.¹³ Al respecto, existen mitos y prejuicios muy arraigados que impiden el cuidado y la recuperación de la salud.¹⁹ El enfoque de los programas por el personal de salud deberá orientarse a la promoción y prevención en la atención oportuna, periódica y de calidad para la detección y/o tratamiento, para garantizar la calidad de la información e incidir sobre el factor social y cultural de la población en México.

En lo referente a la modificación de la NOM-014-SSA2-1994, en la que como prevención primaria se establecen premisas de educación en salud para reducir conductas sexuales de alto riesgo, que incluyen el uso del condón, la promoción de relaciones sexuales monogámicas y el uso de las vacunas contra los VPH asociados más frecuentemente al cáncer cervicouterino, está implícito que es un cuestionamiento hacia la mujer, ya que estos programas tienen la visión de que la vacunación sea para mujeres de edad temprana, es decir, niñas, en ningún momento enfatiza que las condicionantes sean tanto para mujeres como para hombres o niños, siendo ellos posibles portadores, como ya se ha mencionado anteriormente.

Es decir, en los programas se habla de vacunar a las niñas, escolarizadas y no escolarizadas, pero desde ese enfoque no se visualiza la perspectiva de género, pues con ese referente se sigue estigmatizando que las mujeres son las únicas responsables sobre esa enfermedad.

En la NOM-014-SSA2-1994 se señala que se deberá dar especial atención a las áreas rurales e indígenas y a las zonas urbanas en marginación, a través de estrategias de extensión de la cobertura. No se refleja un análisis exhaustivo de cada una de las etnias existentes en México, puesto que cada una tiene sus propios aspectos culturales, es decir, como lo hemos señalado en esta evaluación, no contempla lo referente al aspecto cultural y la aceptación a este planteamiento de prevención sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano, como lo menciona Torres¹⁴ sobre el respeto a las tradiciones culturales de los pueblos: “*La cultura de cada grupo humano debe ser tomada en cuenta al planificar y ejecutar un programa de vacunación, por lo que, en la implementación de las recomendaciones de vacunación en México*”.

Se deben tomar en cuenta las recomendaciones sobre la vacuna del VPH en México, tanto los conceptos sociales de salud como los prejuicios y representaciones antropológicas sobre el cuerpo de la mujer, que son condicionantes para que la población acepte la viabilidad de las vacunas como método preventivo del CaCu. Estos condicionantes culturales deben enfocarse en la población indígena, la cual tiene más vulnerabilidad para desarrollar el cáncer cervicouterino.

A su vez, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)¹⁰ en los retos del programa de acción 2013-2018 no señala las acciones específicas para la disminución de la desigualdad entre mujeres y hombres, denominada como “*condicionantes socioeconómicas y las brechas de desigualdad*” existentes y que representan un desafío para disminuir el CaCu.

Es decir, no sugieren en específico cómo inmiscuirse en actividades de prevención a mujeres y hombres que habitan en las áreas *urbano-marginadas* con niveles educativos bajos. El CNEGSR⁹ señala que en esas zonas existe un índice mayor de mortalidad de cáncer cervicouterino e indican que, como factor de riesgo, se registra muy escasa participación en actividades de detección temprana, por lo cual se asocia a menor nivel educativo.

Cabe destacar que los programas analizados en este trabajo científico mencionan la importancia de la intervención oportuna por parte de personal capacitado para dar seguimiento a las mujeres con resultados anómalos. Aunque se ha incrementado el número de clínicas especializadas en displasias, los estudios realizados muestran que los resultados no coinciden con lo propuesto en las normativas. Cuando los casos donde la prueba de Papanicolaou es positiva se les dice a las pacientes que necesitan

otras consultas, que es necesario realizar más exámenes, porque es posible que tengan un cáncer, lo que conlleva a la desesperación de las mujeres. Este efecto se hace presente especialmente entre las mujeres de menores recursos y educación, porque les resulta difícil comprender y acudir a otras consultas por el tiempo y el costo que esto provoca en su familia.¹³

De igual manera, otro de los problemas que presenta el programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino, vinculado a la perspectiva de género, es que no tiene en cuenta la diversidad étnica, económica, cultural y el lugar de residencia de las mujeres en el diseño de los programas informativos, lo que complica que la información llegue de manera adecuada a las usuarias. En otras palabras, esta diversidad de situaciones condiciona el acceso real de las mujeres a los servicios de salud y, por ende, a la posibilidad de realizarse el examen de detección oportuna. Sin embargo, no hay desde la Secretaría de Salud programas específicos que puedan atender las diferencias (etnia, raza, edad, condición social) entre la población usuaria para que los programas preventivos se lleven a cabo.

Además, otra de las condicionantes que impide el acceso es el lenguaje médico, con el que están redactados los párrafos de los programas de prevención, por lo que no se logra su total comprensión, por lo que, como Lazcano Ponce *et al.*¹³ afirman, un alto porcentaje de mujeres no acuden a realizarse la prueba Papanicolaou debido a su rezago educativo y salarial.

Tejada *et al.*²⁰ señalan que un factor importante en cuanto a la falla del programa de Detección Oportuna de Cáncer cervicouterino es la falta de información adecuada respecto a la utilidad del examen de Pap, ya que señalan que las diferencias socioeconómicas y algunos enfoques mal detallados de los servicios médicos han incidido para que muchas mujeres perciban los exámenes de diagnóstico o tamizaje no como una fase de prevención sino de cura.

Habría que decir también que una de las deficiencias para la realización de la prueba Pap en los servicios de salud es la mala atención, pues asiduamente se registran malos tratos y se originan hechos que marcan de manera negativa la experiencia; en consecuencia, provocan que las mujeres no vuelvan a realizarse la prueba.

Cabe mencionar que otra de las aparentes fallas tiene que ver con la implementación del programa de detección oportuna, si bien se plantea inmiscuir a la mujer y al hombre (factores de riesgo), en la práctica sigue existiendo una

ausencia de enfoque de género, ya que se han documentado conductas discriminatorias por parte del personal de salud en algunos centros de atención médica.¹⁸

Asimismo, otro problema relacionado con los programas de detección oportuna tiene que ver con problemas operativos, como la baja sensibilidad del Papanicolaou, de tal manera que casi un 40% de los casos, principalmente en etapas tempranas no se reconocen, ya que se requiere personal y equipo especializado para asegurar una buena toma y la interpretación de la prueba depende de la capacidad del laboratorista.¹³ Por último, los esfuerzos para aumentar la cobertura del programa de tamizaje han arrojado *“pocos resultados debido a barreras de acceso por cuestiones geográficas y situaciones de percepción cultural”*.²¹

En concreto, los hallazgos presentados anteriormente indican lo opuesto a lo que menciona Gómez²² respecto a las dimensiones de equidad referentes a la salud; es decir, se deben identificar las inequidades de género, y así disfrutar del estado de salud, de no enfermarse, discapacitarse o morir por causas prevenibles, y acceder a la atención médica de acuerdo con la necesidad de cada paciente. Asimismo, el financiamiento de la atención debe ser acorde a la capacidad de pago, a la distribución de las responsabilidades y al poder en la producción de la salud.

Con respecto a los programas examinados en este apartado no se demuestra esa identificación de inequidades por parte de la administración pública para que los contenidos sobre equidad de género estén contemplados en los programas existentes. En estudios realizados en México no se visualiza que las mujeres tengan oportunidad de disfrutar a plenitud de su estado de salud.

En relación con las interrogantes sobre la equidad de género en salud que se plantean en el presente trabajo, especialmente respecto a la posibilidad de no enfermarse, incapacitarse o morir por causas prevenibles, las condicionantes socioculturales afectan los enfoques mencionados. Además, en cuanto al acceso a la atención según las necesidades, los estudios revisados no reflejan un acceso “real” a una atención preventiva de salud. Aunque los programas proponen de manera general la atención a las mujeres, no consideran adecuadamente las necesidades socioculturales y económicas particulares de cada una de ellas.

Por una parte, está la estigmatización y vulnerabilidad de la mujer para tener una mayor información o conoci-

miento de la enfermedad, y, por el otro, no se visualiza que el hombre tenga una capacitación a través de la cual se sensibilice sobre esta problemática. En conclusión, los factores sociales, culturales y económicos no se ven contemplados en los programas examinados y esto se manifiesta en lo que se ha referenciado a lo largo de este trabajo, la alta mortalidad por cáncer cervicouterino en México.

Conclusiones

Abordar estos desafíos requiere de un enfoque integral que incluya mejorar el acceso a los servicios de salud, aumentar la conciencia y los niveles de educación sobre la importancia de la detección temprana, así como fortalecer la infraestructura de salud, reducir las desigualdades socioeconómicas y garantizar un seguimiento adecuado y continuo en la atención médica.

La perspectiva de género en las políticas de salud en México fue puesta en marcha a partir del siglo XXI. Sin embargo, la somera revisión realizada en este apartado, así como las cifras altas de mortalidad por CaCu, cáncer de mama y notables barreras de género que impiden el uso pleno por parte de la población objetivo de exámenes de detección oportuna, reflejan los fallos en los programas existentes y en las políticas públicas, en torno a la equidad social, de género y de salud.

De manera fundamental se pretende lograr un cambio sociocultural que posibilite la transmisión y el acercamiento de conocimiento de los programas existentes en México sobre la prevención de cáncer cervicouterino a los representantes de la sociedad, la exigencia de ofrecer oportunidades de educación y salud a todos sus miembros -hombres y mujeres-, y que permita a estos actores sociales una modificación ideológica en cada uno de ellos, y, por supuesto, un cambio estructural en prácticas socioculturales referenciando la salud reproductiva y sexual.

Asimismo, este cambio ideológico y de prácticas posiblemente encontrará grandes obstáculos. No obstante, debe entenderse que dicha modificación es fundamental para que existan políticas públicas con un desarrollo factible a favor de las mujeres mexicanas, puesto que, hasta este siglo, únicamente se han diseñado políticas públicas fallidas con implementaciones sesgadas que se evidencian en la alta mortalidad existente en México por cáncer cervicouterino.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Cáncer de cuello uterino. OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino,350%20000%20muertes%20en%202022>.
2. Instituto Nacional de Salud Pública, Prevención y control del cáncer cervical en México. INSP; 2021. consultado el 07 de julio de 2024, disponible en https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISP_Cancer_Cervical.pdf
3. Hidalgo-Martínez A. El cáncer cervicouterino, su impacto en México y por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Rev Biomed.* 17:81-84 (2006).
4. Castillo M, Morales L. Salud Reproductiva: un análisis desde la perspectiva de género. Guatemala, Guatemala: Fundación Guatemala; 2001.
5. Rico B, Troncoso E, López M, et al. Políticas Públicas en salud, género y mujer. *Caleidoscopio de la Salud.* 2010.
6. Ochoa MC. Políticas públicas con perspectiva de género. México; UNAM: 2011.
7. Facultad de Medicina UNAM, Consultado el día 15 de noviembre de 2022, disponible en http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/libros/pdfs/cancer_155-174.pdf
8. Programa de Acción de Salud. Cáncer cervicouterino, Secretaría de Salud (2002), consultado el 23 de enero del 2019, disponible en <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7104.pdf>
9. Programa de Acción de Salud. Cáncer cervicouterino, consultado el 09 de marzo de 2023 disponible en http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CaCu/pae_cacu.pdf
10. Programa de Acción de Salud, Cáncer cervicouterino, consultado en 17 de agosto de 2023, disponible en <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html>
11. Programa de Acción Específico de Prevención y Control de Cáncer 2021-2024, Secretaría de Salud, consultado el 01 de junio de 2024, disponible en https://drive.google.com/file/d/1dl1jc8bF_tmjtpvFr_Rx9wUr8dAGMd1Z/view
12. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Publicada el 31 de mayo de 2007, en el Diario Oficial de la Federación, consultado el 01 de septiembre de 2022, disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4868716&fecha=06/03/1998#gsc.tab=0
13. Lazcano-Ponce H, Donadio F Rodríguez A, et al. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Trabajadoras del sexo acerca del Virus del Papiloma Humano, Centro de Salud de Santa Ana. Panamá; 2013.
14. Torres-Poveda KJ, Arredondo A, Duarte MB, et al. La mujer indígena, vulnerable a cáncer cervicouterino: perspectiva desde modelos conceptuales de salud pública. *Revista Salud en Tabasco* 2008;14 (3):3-15.
15. Moreno Tetlacuilo LM. Boletín UNAM-DGCS-741. Ciudad de México: UNAM; 2014. Disponible en http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2014_741.html, revisado el 15 de julio de 2019.
16. Lazcano-Ponce E, Yunes-Díaz. EM. Evolución de las pruebas de tamizaje para la detección oportuna de cáncer. *Gamo.* 2006;(5)4:91-92.
17. León-Maldonado L, Allen-Leigh B, Lazcano-Ponce E. Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidades de mujeres de Michoacán, México. *Salud Pública Méx.* 2014;56(5).
18. Arellano GMC, Castro-Vázquez MC. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estud Soc.* 2013;21(42).
19. Caraveo-Valdez R. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del Cáncer Cervicouterino. *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2004;22:49-59.
20. Tejada-Tayabas LM, Hernández-Ibarra LE, Pastor-Durango MP. Fortalezas y debilidades del programa para la detección y el control del cáncer cervicouterino. Evaluación cualitativa en San Luis Potosí, México. *Gac Sanit.* 2012;26(4).
21. Gutiérrez-Delgado C, Báez-Mendoza C, González-Pier E, et al. Relación costo-efectividad de las intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México.* 2008;50(2):5.
22. Gómez E. Equidad, Género y Salud: Mitos y Realidades. *SITUA.* 2000; 8(16):3.

.....
Cómo citar este artículo/To reference this article:

Rojas-González EP. Análisis de los programas de salud sobre el cáncer cervicouterino en México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025; 33(1):e1498. doi:10.5281/zenodo.14367077