



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Cruz, César Torres

Usos conceptuales del género y la vulnerabilidad en políticas públicas de atención al Virus del Papiloma Humano (VPH) y al Cáncer Cervicouterino (CaCu) en México

Saúde em Debate, vol. 46, núm. 133, 2022, Abril-Junio, pp. 318-330

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213305>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406371514006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEM  
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Usos conceptuales del género y la vulnerabilidad en políticas públicas de atención al Virus del Papiloma Humano (VPH) y al Cáncer Cervicouterino (CaCu) en México

*Conceptual uses of gender and vulnerability in public policies for the Human Papillomavirus (HPV) and Cervical Cancer in Mexico*

César Torres Cruz<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213305

**RESUMEN** El Virus del Papiloma Humano (VPH) es un padecimiento de alto impacto a nivel global: más del 80% de las personas con vida sexual activa lo adquirirá en algún momento. La prevalencia y estragos es mayor en mujeres, pues este virus puede derivar en Cáncer Cervicouterino (CaCu). Desde hace tres décadas, ante el llamado de atención de muchas feministas, organismos de salud internacionales y gobiernos de muchos países han incorporado la perspectiva de género en la atención de estos y otros padecimientos de la salud sexual donde se ha destacado la noción de vulnerabilidad. El objetivo de este artículo es analizar, desde una perspectiva feminista, cuáles son los usos conceptuales que se hacen de la dupla género-vulnerabilidad en algunos documentos de políticas públicas para la atención del VPH y el CaCu de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud mexicana. A través de un análisis textual de estos documentos, es señalado que el uso conceptual de la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres por mandatos de género requiere ser vislumbrado desde ópticas que permita reconocer su agencia. Asimismo, se destaca la relevancia de incorporar a los varones a las políticas públicas de atención a estos padecimientos.

**PALABRAS-CLAVE** Virus del Papiloma Humano VPH. Cáncer de cuello uterino. México. Género y salud. Políticas públicas de salud.

**ABSTRACT** *The Human Papillomavirus (HPV) currently represents one of the most relevant sexual health problems worldwide, since at least, 80% of the sexually active population might acquire it at any time. Prevalence and injuries are more present among women, where this virus might cause cervical cancer. From three decades ago, several international health organizations as well as countries have adopted a feminist agenda at incorporating gender perspective to pay attention to these and other women's sexual health issues. The objective of this text is to analyze from a feminist perspective the conceptual uses of gender and vulnerability in some documents written by the World Health Organization, the Pan American Health Organization and the Mexican Health Secretariat for HPV and cervical cancer treatment. Throughout textual analyses to health attention documents, I highlight that these uses of vulnerability that Mexican women are exposed to need perspectives that shed light on women's agency. I also emphasize the necessity to incorporate men to these public policies.*

**KEYWORDS** *Human Papillomavirus, HPV. Cervical cancer. Mexico. Gender and health. Public health policies.*

<sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de México (Unam), Centro de Investigaciones y Estudios de Género (Cieg) - Ciudad de México, México.  
cesar\_torres@cieg.unam.mx



## Introducción

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es un padecimiento de alto impacto a nivel global. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 80% de las personas con vida sexual activa lo adquirirá en algún momento, ya que para el contagio no es necesario el coito, sino que basta con el contacto piel-genitales.

La prevalencia y los estragos son mayores en las mujeres. Existen más de 100 cepas o tipos del VPH: los de ‘alto riesgo’ (por ejemplo, el 16 y el 18) causan 70% de los casos de Cáncer Cervicouterino (CaCu) (además del de ano y vulva), y los de ‘bajo riesgo’ (tipos 6 y 11, que, aunque no son oncógenos, pueden provocar verrugas genitales y *papilomatosis* en vías respiratorias)<sup>1</sup>.

Además de la dimensión de género, existe una dimensión de clase social en el CaCu: un sistema inmunitario debilitado acelera el lapso de desarrollo del cáncer a partir de la aparición de lesiones por el VPH (de cinco a 15 años). Asimismo, influyen factores como la presencia de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el haber tenido más de tres partos, una edad temprana en el momento del primero, el uso de hormonas y el consumo de tabaco<sup>1</sup>. En México, en términos de morbilidad, en 2018, después de las enfermedades agudas y de vías urinarias, la vulvovaginitis [relacionada con el VPH] fue la cuarta causa de enfermedad en las mujeres, con 298,250 casos registrados<sup>2</sup>. El CaCu tuvo una ocurrencia anual de 13,960 casos<sup>3,4</sup>, de los 570,000 nuevos estimados en el mundo en ese año<sup>1</sup>.

En cuanto a las muertes asociadas con el CaCu a nivel mundial, se registran por cada año al menos 311,000, de las cuales 85% corresponden a casos en países con índices agudos de desigualdad económica, como México y el resto de América Latina<sup>1</sup>. Aunque el CaCu detectado en sus primeras fases puede ser curable, podemos apreciar que la falta de presupuesto en salud en estos países contribuye a que muchas mujeres sean diagnosticadas en fases avanzadas. En 2018, los decesos por

este tipo de cáncer en México representaron la primera causa de muerte en el grupo de mujeres de 25 a 34 años de edad, y la segunda, después del cáncer de mama, en los grupos de 35 a 44 y de 45 a 64<sup>5</sup>.

El objetivo de este artículo es analizar, desde una perspectiva feminista, los usos conceptuales que se hacen de la dupla género-vulnerabilidad en algunos documentos de políticas públicas para la atención del VPH y el CaCu de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Secretaría de Salud mexicana. Daré cuenta de que el uso conceptual de la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres por mandatos de género requiere ser vislumbrado desde ópticas que permitan reconocer su agencia. Asimismo, destaco la relevancia de incorporar a los varones a las políticas públicas de atención a estos padecimientos.

Respecto al panorama de investigación sobre el VPH y el CaCu, encontré en México textos publicados desde enfoques teóricos de salud pública; algunos se centran en la vacuna utilizada para la prevención de este virus<sup>6,7</sup>, otros en estrategias biomédicas para erradicar este tipo de cáncer<sup>8-10</sup>. Investigaciones que incluyen la perspectiva de género coinciden en la necesidad de tomar en consideración las condiciones sociales de estos padecimientos. En Colombia, un artículo indaga los efectos psicosociales que genera la prueba diagnóstica del VPH en mujeres<sup>11</sup>; en Argentina, un texto subraya el papel de las mujeres como factor para conocer y promover campañas preventivas que incidan en el esquema de vacunación<sup>12</sup>. En Brasil, se destacan dos trabajos: uno da cuenta del bajo nivel de información sobre el VPH en Teresina, Piauí, entre mujeres jóvenes<sup>13</sup>, y el otro resalta un patrón similar entre estudiantes de educación básica<sup>14</sup>.

En México, un libro, desde el enfoque sociodemográfico, da cuenta de los estereotipos asignados a la feminidad con el VPH en ciertas ópticas biomédicas<sup>15</sup>; un artículo analiza la relevancia de las redes sociales de apoyo para mujeres diagnosticadas con VPH y/o con CaCu en Sonora<sup>16</sup>; otro aborda las implicaciones subjetivas y de

género asociadas a vivir con este virus y/o cáncer en mujeres indígenas en Chiapas<sup>17</sup>, y uno más analiza la vida de mujeres con este padecimiento en un contexto semi-urbano de San Luis Potosí<sup>18</sup>. Este artículo forma parte de una investigación más amplia iniciada en el año 2020 y que será culminada en 2023 donde analizo algunas implicaciones socioculturales del VPH y el CaCu en la Ciudad de México.

## Precisiones conceptuales: sobre el género y la vulnerabilidad

Desde la década de 1980, el feminismo ha llamado la atención a organismos internacionales para que tomen en consideración los procesos sociales por los que mujeres y varones prevenimos, detectamos, atendemos los padecimientos y morimos de manera diferenciada, pues por un lado, los mandatos de género afectan a la salud de las mujeres, además de que sus cuerpos han sido producidos y vigilados a modo de estrategia de control patriarcal, mediante el escrutinio médico en experiencias tales como el aborto, el embarazo y el placer sexual, y por el otro, la socialización de los hombres y los mandatos de la masculinidad tienen altos costos en la salud<sup>19-21</sup>. Por ello, las feministas promovieron la noción de ‘vulnerabilidad’ para resaltar las maneras por las que las dimensiones estructurales hacen que las mujeres estén expuestas a ciertos padecimientos, como los relacionados con la salud sexual<sup>22-24</sup>.

Atendiendo a este llamado, la OMS incorporó desde 1990 a sus estrategias de incidencia política la perspectiva de género, para entender y remediar las condiciones de vulnerabilidad que experimentan las mujeres. A partir del 2014, este organismo internacional instó a todos los gobiernos miembros, pero de manera particular a los de países del ‘sur global’, a diseñar políticas públicas que incorporasen la perspectiva de género en la atención del VPH y el CaCu<sup>25-27</sup> para prevenir, tratar y controlar este tipo de cáncer en las mujeres. Esto se da

a través de la vacunación en la infancia (de los 9 a los 14 años de edad); la prevención por citología cervical para detectar células anormales (de los 25 a los 34 años); las pruebas de detección del VPH (de los 35 años en adelante); además de tratamientos como crioterapia, cuidados paliativos, cirugía, radioterapia y quimioterapia (a cualquier edad)<sup>1,28</sup>.

En México, se creó a finales de la década de 1990 en la Secretaría de Salud el programa ‘Mujer y Salud’, el cual fue transformado en 2003 en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR); con siete áreas de atención a problemáticas de género y salud. Este es el responsable de transversalizar la perspectiva de género a niveles federal y estatal y de crear programas y políticas públicas de atención sanitaria a nivel nacional en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, como el VPH y el CaCu<sup>29</sup>. Este Centro parte de un enfoque integral en salud, inserto en el Plan Nacional de Desarrollo del país, cuya meta incluye “sustentar sus actividades en un enfoque de género y salud para disminuir las desigualdades sociales de salud en México”<sup>30</sup>, por lo que es crucial analizar cómo es entendido el género y la vulnerabilidad por estos organismos sanitarios.

Retomo para este texto de las teorías feministas posestructuralistas, la comprensión de la vulnerabilidad desde dos ópticas teóricas: la de Judith Butler<sup>31-33</sup>, quien nos invita a pensar a la vulnerabilidad desde una condición ontológica que compartimos los seres humanos, pero sobre todo como una condición inducida (o de precarización) en ciertos sujetos. Para esta autora, “la vulnerabilidad no es una disposición subjetiva, sino una relación con un campo de objetos, fuerzas y pasiones que inciden y nos afectan de alguna manera”<sup>32(25)</sup>. Dicha vulnerabilidad

se encuentra siempre articulada en forma diferencial y no puede ser pensada adecuadamente ni por fuera de un campo diferenciado de poder ni por fuera del trabajo diferencial de normas específicas de reconocimiento<sup>33(72)</sup>.

Su análisis nos permite comprender los efectos de las acciones estatales en las vidas de las mujeres.

Retomo de Ana Amuchástegui y de Tasha N. Dubriwny el análisis crítico sobre las maneras en que los tratamientos estatales de la vulnerabilidad se han convertido en un paradigma que genera efectos paradójicos para la salud sexual de las mujeres. Pues, por un lado, reconocen los efectos de condiciones estructurales en las mujeres, pero por el otro, su comprensión de la vulnerabilidad está anclada en una perspectiva determinista que imposibilita ver los mecanismos de resistencia hacia los mandatos de género y la (re)significación de los padecimientos.

Amuchástegui toma como punto de partida el trabajo de acompañamiento e intervención con pares que realizan mujeres que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la Ciudad de México y subraya la existencia de una “organización gubernamental del sufrimiento”<sup>34(350-353)</sup> que funciona como

dispositivo de distribución de recursos e intervenciones [...] donde] el término vulnerabilidad acaba funcionando más como un atributo de las personas que como una ‘situación’<sup>34(350-353)</sup>.

En Estados Unidos, Dubriwny señala, a partir del análisis discursivo de la representación de las mujeres que padecen VPH, cáncer de mama, cervicouterino y enfermedades cardíacas, que el discurso dominante de la salud pública retoma ópticas neoliberales individualizantes donde mujeres de contextos urbanos son posicionadas como ‘vulnerables empoderadas’, y la mirada patriarcal las ve proclives a enfermar de padecimientos de índole sexual, pero también las responsabiliza de estos, lo que termina por ratificar los roles de género tradicionales<sup>35</sup>.

De acuerdo con esta autora, la salud pública promueve una noción homogénea de mujer (referido a mujeres blancas y heterosexuales); por lo que requiere de una perspectiva interseccional para comprender el papel de

la raza, la clase social, la orientación sexual, el contexto de origen y la edad en la creación de alternativas que incluyan a otras mujeres y dejen fuera comprensiones morales que contribuyan a estigmatizarlas<sup>35</sup>. Al unir estas perspectivas conceptuales, mi comprensión del género en relación con la vulnerabilidad parte de que ambas dimensiones son efecto de las relaciones de poder plasmadas en documentos de políticas públicas de atención al VPH y al CaCu.

## Material y métodos

El análisis textual de los documentos que contienen las directrices de las políticas públicas del VPH y el CaCu da cuenta de cómo son entendidos algunos conceptos clave. Como indica Alejandro Agudo, las políticas se hacen de palabras, se trata de un estilo de escritura,

un enfoque, una mirada selectiva que, mediante la movilización del significado y la producción y difusión de formas simbólicas, sostiene determinadas representaciones de la realidad y enfatiza unos aspectos a expensas de otros<sup>36(124)</sup>.

Utilizo como directriz teórica la perspectiva feminista de Sara Ahmed<sup>37</sup> quien propone un análisis que dé cuenta de la dimensión sociocultural y política implícita en textos públicos. Para ello analiza el uso de las emociones en políticas públicas de migración del Reino Unido. Si bien este artículo no se enfoca en la dimensión afectiva de las políticas públicas del VPH y el CaCu, retomo la invitación de esta autora a pensar en qué hacen y cómo trabajan los materiales textuales, es decir, en cómo generan efectos en las vidas de las personas, a modo de eficacia performativa. Desde la perspectiva de Ahmed, los conceptos no solo están en los textos, sino que circulan entre las personas, toman forma “como efectos de nombrarlos, lo que generalmente funciona mediante las atribuciones de causalidad”<sup>37(40-41)</sup>.

Ahmed no propone una serie de pasos a seguir para el análisis textual, lo que permite

apropiarse de su método. Para el análisis textual realicé una búsqueda exhaustiva durante más de un año (2020-2021) de documentos de políticas públicas de atención al VPH y al CaCu en portales de internet de la OMS, la OPS y la Secretaría de Salud de México. Después de una primera lectura, identifiqué que las nociones de ‘género’ y ‘vulnerabilidad’ son constantes en las políticas públicas de estos padecimientos. El criterio de selección fue el temático, me centré en documentos que incluyeran de manera enfática las nociones de género y vulnerabilidad y que tuvieran la información más actualizada respecto a la atención a estos padecimientos.

Del ámbito internacional analicé: a) El Plan de Acción sobre la prevención y el control del CaCu 2018-2030, de la OPS/OMS<sup>38</sup>; b) La nota informativa de la OMS del 2020 Papilomavirus Humanos (PVH) y CaCu<sup>28</sup>, si bien existen más documentos sobre la atención sugerida a estos padecimientos, considero que estos engloban las políticas públicas más relevantes. Del terreno mexicano analicé: a) La Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la atención y vigilancia epidemiológica del CaCu<sup>39</sup>; y b) La Guía para transversalizar la perspectiva de género en programas y acciones de la salud pública, del CNEGySR del 2019<sup>30</sup>, que, si bien no trata sobre el VPH y el CaCu de manera directa, fue crucial para saber cómo es entendido el género y la vulnerabilidad por este Centro.

Adicionalmente, contrasté la información vertida en estos documentos con entrevistas semiestructuradas vía digital que realicé con personal del CNEGySR. La titular del Centro firmó una carta de consentimiento informado como representante de las personas que respondieron las preguntas. Dado que las respuestas a las entrevistas fueron enviadas por correo electrónico, en el entendido de que se representan la postura de este Centro, la cual incluye el aporte de muchas de las personas que allí trabajan, no se indican los cargos de las personas que brindaron su testimonio ni otros elementos que hubiesen enriquecido el análisis (como edad o género), pues fue información

reservada. El criterio de selección de las personas entrevistadas fue aleatorio, supeditado a la información que me quisieron brindar, sin riesgo para las personas entrevistadas, ya que la investigación de la que se desprende este texto no tomó en cuenta ninguna de sus variables fisiológicas, psicológicas ni sociales, solo experiencias de su trabajo.

**Limitaciones del estudio:** esta investigación fue realizada durante el inicio de la pandemia de la covid-19, lo que imposibilitó que me pudiera acercar a personas para realizar entrevistas. Si bien la directora del CNEGySR se mostró accesible, su participación en la atención a los imprevistos de la pandemia y el acceso limitado a las personas que laboran en su centro determinaron la información que pude recabar vía digital.

El proyecto de investigación del que se desprendió este texto cuenta con la aprobación del Consejo Interno y la Comisión Dictaminadora del Centro de Investigaciones y Estudios de Género (CIEG) de la Unam respecto a la ética de investigación en trabajos con seres humanos. Dado que formamos parte del subsistema de humanidades, no contamos con comité de ética propio, pero expertas/os en bioética que forman parte de estos cuerpos colegiados validaron que el proyecto cumple con los estándares internacionales de ética, con trabajo de investigación con otras personas. A continuación, analizo dos dimensiones presentes en las políticas públicas: la vulnerabilidad biológica de las mujeres ante el VPH al poder derivar en CaCu, y la vulnerabilidad social inducida por los mandatos de género.

## Resultados y discusión

### Los usos de la vulnerabilidad en la relación causal VPH-CaCu en mujeres

Un elemento muy importante en las políticas públicas de atención al VPH y al CaCu de

la OMS<sup>1,28</sup>, la OPS<sup>38</sup> y la Secretaría de Salud mexicana<sup>39</sup> se relaciona con las maneras en que estas posicionan un elemento biológico como el desencadenante de un alto grado de vulnerabilidad al que las mujeres están expuestas: la relación causal VPH-CaCu. De acuerdo con la OMS, “Casi todos los casos de CaCu son atribuibles a infecciones por VPH”<sup>28(1)</sup>. El Plan de acción de la OPS/OMS sobre el control de este cáncer indica en el mismo tenor: “el cáncer cervicouterino está causado por la infección persistente por tipos de alto riesgo del VPH”<sup>38(6)</sup>. Empero, perspectivas feministas han criticado el carácter unívoco de esta supuesta causalidad: Alethia Guerrero, después de una búsqueda en textos epidemiológicos que analizan la correlación entre VPH/CaCu, y mediante una aguda reflexión filosófica, da cuenta de que hay un sesgo en esta relación causal, pues el VPH “no es un conjunto viral homogéneo y tener alguna de sus variantes no es una condición necesaria y suficiente para desarrollar cáncer”<sup>40(6)</sup>.

No encontré documentos que hablen de otros tipos de cáncer o cepas del VPH. Dicho tratamiento textual de la relación causal VPH-CaCu que sostienen la OMS, la OPS y la Secretaría de Salud en México deja de lado la atención a otros tipos de cáncer y a otras cepas de VPH que, si bien no son cancerígenas, producen estragos corporales, como la *papilomatosis*.

De la revisión de textos realizada por Guerrero, resalta que la transmisión vertical del VPH puede darse dentro del útero o en el parto. Respecto a las vías no sexuales de transmisión, destaca la ‘autoinoculación’ (mecanismo por el cual alguien podría tocar una verruga con el virus y llevarlo a otra parte del cuerpo) y la ‘heteroinoculación’ o el contacto de un área infectada de una persona con la de otra persona no afectada<sup>40</sup>. Sobre la transmisión de objetos a personas, esta autora señala la transmisión vía ‘iatrogenia’, pues un estudio en Europa<sup>41</sup> reportó casos la transmisión de VPH en contextos de exploración médica ginecológica. También sobresale la transmisión vía

‘fómites’, por la cual, de acuerdo con un texto en Venezuela<sup>42</sup>, hay 28 casos de niñas menores de ocho años con cepas de VPH de bajo riesgo que adquirieron el VPH por la madre, aparentemente al compartir jabones, toallas o ropa. Como asevera Guerrero, en México no contamos con datos ni información que nos permitan ver la magnitud y ocurrencia de este tipo de contagios<sup>40</sup>.

Sobre las posibilidades de contagio de VPH entre varones, encontré un estudio longitudinal con seguimiento durante cuatro años (2005 a 2009) a 87 varones entre los 18 y 24 años, asumidos como ‘vírgenes’, en México, Brasil y Estados Unidos, que no tuvieron prácticas sexuales penetrativas, pero adquirieron cepas de bajo riesgo del virus (con una prevalencia de 25% de casos); esto permite ver la necesidad de estudios que debatan las maneras de adquirir el VPH en diversas prácticas corporales, así como de crear políticas públicas enfocadas en estos casos<sup>43</sup>.

Personal del CNEGySR considera que el VPH no necesariamente está vinculado al CaCu, —como salió a relucir en una entrevista—:

*De acuerdo con la historia natural de la enfermedad del cáncer de cuello uterino, la infección por VPH es una condición necesaria, pero no la única suficiente para desarrollar una neoplasia; es más probable la evolución a cáncer *in situ* o invasor si existe una infección persistente por genotipos de alto riesgo oncogénico conjugada con otros co-factores.* (Personal del CNEGySR).

No obstante, en la práctica, este Centro replica la relación causal VPH-CaCu, pues en la Norma de Atención<sup>39</sup> y la Guía para transversalizar la perspectiva de género en programas y acciones de la salud pública<sup>30</sup> no son considerados otros estragos en la salud derivados del VPH. Cuando indagué en los mecanismos de atención para el VPH, resaltaron únicamente el CaCu: aunque mis interlocutoras/es reconocieron que la presencia del VPH en el cuerpo de una mujer no indica

necesariamente que existan lesiones cancerosas: llamaron la atención sobre la necesidad de realizar una citología en las clínicas donde ofrecen colposcopias.

En esta sección podemos ver, cómo indicó Ahmed, que los conceptos no solo están en los textos, sino que circulan entre las personas, toman forma “como efectos de nombrarlos, lo que generalmente funciona mediante las atribuciones de causalidad”<sup>37(40-41)</sup>, lo que conlleva fuertes implicaciones políticas dado que los sujetos son afectados por dichos conceptos. Con la relación causal VPH-CaCu, si bien se reconoce la vulnerabilidad física que conlleva la posibilidad de adquirir VPH y su eventual desarrollo en CaCu para muchas mujeres, las políticas públicas dejan de lado otros padecimientos provenientes de este virus que pudieran derivar en otro tipo de cánceres, igual de relevantes que el cervicouterino —como el anal, bucal, vaginal y faríngeo— que también representan tasas elevadas en América Latina.

Asimismo, se hace necesario situar la vulnerabilidad física dentro del contexto social en el que es producida, ya que si bien, todas las mujeres pueden padecer este virus, las tasas más elevadas de mortalidad se dan en América Latina (14.3%) y en África (25.6%)<sup>44</sup>. La comprensión del género en tanto factor que intensifica la vulnerabilidad a padecer y morir de CaCu derivado del VPH ha sido la estrategia principal de las políticas de atención a estos padecimientos. Veamos cómo es entendido el papel del género.

### **Concepciones sobre el género y la vulnerabilidad en las políticas públicas de atención al VPH y el CaCu**

La relación causal VPH-CaCu establecida en políticas públicas de atención a estos padecimientos contribuye a posicionar a las mujeres como vulnerables, entre otras cosas, por la influencia del patriarcado en el control de sus cuerpos. Al respecto, en una entrevista fue mencionado que, en México, uno de los

factores que contribuyen al diagnóstico tardío de esos padecimientos es el género:

*en el sentido de las construcciones sociales de ser mujeres en un sistema patriarcal y como eje que atraviesa todos los ámbitos de la vida. El acceso limitado a los recursos, el rol tradicional de cuidado y crianza de hijas e hijos, personas adultas mayores y con algún tipo de discapacidad; dobles o triples jornadas de trabajo, la priorización del cuidado de la salud del resto de los integrantes de la familia; la ubicación y organización de los servicios de salud, entre otros. (Personal del CNEgySR).*

Ante esta aseveración, consideré relevante analizar cómo es entendido el género por parte de autoridades sanitarias. Cuando cuestioné al personal del CNEgySR al respecto, me dijeron que para ellas/os el género:

*hace referencia a las características socialmente construidas, como son los atributos, roles, privilegios y restricciones que se le atribuye al hecho de ser hombre o mujer, mientras que el sexo se refiere a las características determinadas biológicamente. Las diferencias biológicas son universales, las sociales se aprenden [...] Cuando las personas o los grupos no se ajustan a los roles, estereotipos, responsabilidades o relaciones afines con los mandatos sociales, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, lo cual puede afectar negativamente a la salud. (Personal del CNEgySR).*

Dicha definición, también plasmada en su Guía para transversalizar la perspectiva de género en programas y acciones de la salud pública<sup>30</sup> se centra en una óptica feminista de la segunda ola<sup>45</sup>, la cual asume al sexo como ‘diferencias (binarias) biológicas universales’, lo que contribuye a entender las limitaciones que viven las mujeres por los mandatos sociales del género como hechos determinados por su sexo.

Como resaltan Ivonne Salas y María del Pilar Torre en una revisión exhaustiva que hicieron del uso de la perspectiva de género

en documentos gubernamentales sobre salud y nutrición en México, desde que el gobierno incorporó esta perspectiva a sus políticas públicas y programas de salud en el año 2000, la apuesta teórica y política está en reconocer los efectos del patriarcado en la salud de las mujeres<sup>46</sup>. Es decir, como si hablar de género fuese equivalente a entender lo que viven las mujeres, lo cual, si bien es necesario, deja de lado una óptica relacional que incluya a los varones. Como coinciden Amuchástegui<sup>34</sup> y Dubriwny<sup>35</sup>, la perspectiva que ve a la vulnerabilidad desde una mirada determinista como parte de los cuerpos de las mujeres, y no como una situación o serie de eventos inducidos por las normas de género, impide formular mecanismos de acción para superar estos problemas.

Cristina Herrera agrega, cuando analiza las políticas públicas en las que se instauró la atención a la violencia de género como un problema de salud pública en México, que, si bien estas políticas mantienen buenas intenciones, en la práctica, terminan por reforzar y no por eliminar las desigualdades de género que quieren combatir. Incluso, las/os profesionales de la salud replican nociones hegemónicas sobre el género, la etnia y la clase social cargados de prejuicios y misoginia para entender la violencia de género que experimentan las mujeres, donde las posicionan en un lugar dual de pasividad (porque son agredidas) y actividad (porque reinciden en la violencia), lo que “no contribuye a su fortalecimiento como sujetos con derechos y libertades”<sup>47(14)</sup>. Es decir, se preserva el orden de género (masculino) que forma parte de la constitución de la medicina que no ve a las mujeres como sujetos autónomos y razonables.

En el caso aquí analizado, dicha mirada estática del género contribuye a que la atención médica esté dirigida solo hacia las mujeres con prácticas heterosexuales, excluyendo tácitamente a los hombres, quienes son los principales transmisores del VPH, lo cual contribuye a reafirmar los estereotipos de género (como el de que las mujeres deben ser las cuidadoras de

todas las personas) y las responsabiliza de un padecimiento que adquirieron con otros. Así, es reforzado el papel de la medicina como instrumento de control patriarcal de los cuerpos de las mujeres.

Los hombres no están incluidos en las políticas públicas mexicanas, a pesar de que, de acuerdo con parámetros de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2, entre otros elementos, “la promiscuidad de la pareja debe ser considerada entre los factores de riesgo para CaCu”<sup>39(3)</sup>, referencia a los varones que tienen múltiples parejas sexuales. Cuando indagué en una entrevista con el CNEGySR el papel de los hombres en las políticas públicas mexicanas de atención al VPH, fue mencionado lo siguiente:

*La participación de los hombres en la prevención de la infección por VPH es de total relevancia para su prevención y juegan un papel clave, por ejemplo, desde el trabajo en la concientización del uso de condones para evitar ITS. Por otro lado, el modelo masculino hegemónico limita el libre ejercicio del derecho de las mujeres a la salud. La masculinidad es un esquema de género a través del cual las sociedades reglamentan una serie de creencias acerca de cómo deben ser los hombres y lo que pueden hacer, por lo que para abonar en la prevención del VPH y del CaCu es importante fomentar el autocuidado y las masculinidades saludables. (Personal del CNEGySR).*

Las autoridades sanitarias mexicanas no reconocieron ningún elemento específico de trabajo que estén realizando con hombres, ni siquiera en el campo de la educación sexual, el cual podría ser regulado por el gobierno mexicano, pues la OPS indica en su plan de acción sobre la prevención y el control del CaCu que los estados miembros definirán “los grupos de población prioritarios teniendo en cuenta el contexto y los perfiles epidemiológicos nacionales del cáncer cervicouterino”<sup>38(7)</sup>. Además de que este plan sugiere:

Fortalecer y ejecutar iniciativas de educación y concientización sobre la prevención de la

infección por VPH y el cáncer cervicouterino en las niñas, los niños y las poblaciones prioritarias con mayor prevalencia de infección por el VPH y en situación de vulnerabilidad<sup>38(21)</sup>.

Esta omisión va más allá, pues los esquemas de vacunación que ofrece la Secretaría de Salud de manera gratuita, a modo de estrategia de prevención, únicamente están dirigidos a niñas que no han iniciado su vida sexual:

*La infección por VPH se puede prevenir a través de la vacunación en mujeres menores de 15 años. En México, la Secretaría de Salud actualmente inicia el esquema de vacunación en adolescentes escolarizadas en quinto grado de primaria y de 11 años no escolarizadas.*

Respondieron por parte del CNEGySR. Los hombres quedan fuera de cualquier práctica concreta de intervención médica, a excepción de algunos estados donde se vacuna a niños en este rango de edad mediante protocolos de investigación epidemiológica<sup>48</sup>. Estas actividades contribuyen a reforzar los mandatos de género asociados a la feminidad, como indica Mónica Luna y colaboradoras<sup>18(16)</sup>:

Una resignación donde el sistema biomédico le quita nuevamente la carga de transmisión al varón, minimiza el papel de la pareja devolviendo a la mujer al mismo sistema cultural tradicional de género que presenta a la enfermedad como femenina y aumenta la vulnerabilidad en el proceso de atención de la salud de las mujeres.

Rail y colaboradoras agregan, al realizar un análisis discursivo sobre las campañas de atención al CaCu en Canadá, que la medicina contribuye a que las mujeres sean producidas como “vulnerables, peligrosas y como una amenaza de contagio de una ITS”<sup>49(626)</sup>. Esto permite apreciar que los documentos públicos, como nos recuerda Ahmed<sup>37</sup>, están plagados de intenciones políticas que repercuten en las desigualdades. El énfasis en la atención médica

solo a las mujeres refleja que las desigualdades de género se mantienen.

## Consideraciones finales

Las feministas han jugado un papel de incidencia crucial en las políticas públicas y programas de atención sanitaria a los padecimientos que enfrentan las mujeres y que son exacerbados por las desigualdades de género al posicionarlas en condiciones de vulnerabilidad. En los casos del VPH y el CaCu, dichas intervenciones feministas han contribuido a la incorporación de acciones estatales para aminorar la vulnerabilidad.

Si bien reconozco el esfuerzo que ha llevado a cabo el estado mexicano para incorporar la perspectiva de género, en este artículo ofrezco una crítica propositiva para que sea revisado el uso de la dupla género-vulnerabilidad en sus documentos de atención sanitaria, pues considero que el análisis aquí ofrecido permite ver que las estrategias de atención internacional y local, donde se entiende al género como equivalente a las complejidades que viven las mujeres, necesitan ser reconsideradas para incorporar perspectivas relacionales y que además permita reconocer su agencia en escenarios vulnerables. El trabajo con varones se hace urgente, pues, como Butler afirma, aunque las instituciones sociales y políticas están diseñadas para minimizar las condiciones de precariedad, es el mismo estado el que contribuye a que la precariedad se convierta en

una condición política inducida de vulnerabilidad maximizada, una exposición que sufren las poblaciones que están arbitrariamente sujetas a la violencia de estado, así como a otras formas de agresión no provocadas por los estados, pero contra las cuales estos no ofrecen una protección adecuada<sup>32(322-323)</sup>.

Además de reconocer los mecanismos que dan lugar a una interpretación de las mujeres como vulnerables, sugiero incorporar la

propuesta de Judith Butler para considerar la vulnerabilidad no como una condición de la que las mujeres tengan que ser rescatadas, sino como una condición movilizadora, una forma política y social que permita vislumbrar estrategias de resignificación y agencia ante los mandatos de género. Para Butler, Amuchástegui y Dubriwny<sup>33-35</sup>, entender a la vulnerabilidad solamente como sitio de pasividad, inacción y victimización, conlleva una mirada paternalista que no permite comprender los procesos de agencia de las mujeres, lo cual incluso interferiría en crear formas de control y regulación de sus cuerpos. Retomar estas ópticas en las políticas públicas del VPH y el CaCu permitirá expandir la mirada determinista de comprensión de las experiencias de salud de las mujeres y buscar espacios para resistir los mandatos de género, al tiempo que se ofrecerían alternativas que inviten a abrazar la vulnerabilidad y buscar herramientas de apoyo para las más desfavorecidas.

Quedan temas pendientes para el análisis. Uno de ellos es sobre las implicaciones

subjetivas de recepción de las políticas públicas de atención al VPH y al CaCu. Se hace necesario comprender los significados atribuidos por mujeres a estos padecimientos, así como las maneras en que se relacionan con la atención sanitaria a estos, a partir de las políticas públicas existentes. Otro tema se relaciona con incorporar marcos conceptuales como el de la ‘justicia reproductiva’ para pensar en la creación de mecanismos que permitan a las mujeres orientar sus destinos sexuales y reproductivos. También valdrá la pena profundizar en el orden de género (heteropatriarcal) de la medicina y las maneras en las que profesionales de la salud lo reproducen al atender a las mujeres, pues para modificar las políticas públicas, es necesario modificar el orden de género en esta disciplina.

## Colaborador

Torres Cruz C (0000-0003-3752-1005)\* es responsable de la elaboración del manuscrito. ■

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. 2019. [citado 2019 nov 5]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer).
2. México. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Anuario de Morbilidad 2018. 2019. [citado 2020 dec 9]. Disponible en: <http://187.191.75.115/anuario/html/anuarios.html>.
3. México. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018. 2015. [citado 2020 ago 7]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/programa-de-accion-especifico-prevencion-y-control-del-cancer-de-la-mujer-2013-2018-134126>.
4. México. Secretaría de Salud. Cubos dinámicos en México, 2017. Mortalidad. 2019. [citado 2020 oct 3]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/con>

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- [tenidos/basesdedatos/BD\\_Cubos\\_gobmx.html.](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/pc.asp?t=14&c=11817)
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. 2018. [citado 2021 ene 3]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/pc.asp?t=14&c=11817>.
  6. Torres-Poveda KJ, Cuadra-Hernández SM, Castro-Romero JI, et al. La política focalizada en el programa de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en México: aspectos éticos. Acta bioethica. 2011 [citado 2021 ene 3]; 17(1):85-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100010>.
  7. Lazcano-Ponce E, Torres-Ibarra L, Cruz-Valdez A, et al. Persistence of immunity when using different human papillomavirus vaccination schedules and booster-dose effects 5 years after primary vaccination. The J. infect. diseases. 2019 [citado 2021 ene 3]; 219(1):41-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiy465>.
  8. Franco EL. Prevention of cervical cancer in Latin America: Future challenges and opportunities. Salud Pública de México. 2018 [citado 2021 ene 3]; 60(6):609-611. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10071>.
  9. Herrero R. Eliminación del cáncer de cérvix en América Latina. salud pública de méxico. 2019 [citado 2021 ene 3]; 60(6):621-3. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10170>.
  10. Hurtado-Salgado E, Ortiz-Panizo E, Salmerón J, et al. Use of HPV testing in cervical cancer screening services in Mexico, 2008-2018: a nationwide database study. salud pública de méxico. 2019 [citado 2021 ene 3]; (60):722-33. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/9891>.
  11. Ceballos CW, Peñaloza JA, del Castillo AD, et al. Efectos psicológicos y sociales que genera la prueba del virus del papiloma humano: un estudio exploratorio. Revista Colombiana de cancerología. 2009 [citado 2021 ene 3]; 13(3):145-56. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(09\)70133-7](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(09)70133-7).
  12. Seman C. Análisis de las políticas públicas de prevención del cáncer de cuello uterino vinculadas al control del virus del papiloma humano (VPH) en Argentina/An Analysis of Argentina's Public Health Prevention Strategies of Cervical Cancer Related to the Control of the Human Papiloma Virus (HPV). 2016. [citado 2021 ene 3]. Disponible en: [https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3443&context=isp\\_collection&sei-redir=1&referer=https%253A%252F%252Fscholar.google.com%252Fscholar%253Fhl%253Den%2526as\\_sdt%253D0%25252C5%2526q%253DCSeman%25252C%252B2016%252BHPV%2526btnG%253D#search=%22CSeman%2C%202016%20HPV%22](https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3443&context=isp_collection&sei-redir=1&referer=https%253A%252F%252Fscholar.google.com%252Fscholar%253Fhl%253Den%2526as_sdt%253D0%25252C5%2526q%253DCSeman%25252C%252B2016%252BHPV%2526btnG%253D#search=%22CSeman%2C%202016%20HPV%22).
  13. Pereira KC, Assunção TB, Sousa LK, et al. Conhecimento de mulheres em idade fértil sobre o papiloma vírus humano. Enfer. Foco. 2011; 2(3).
  14. Nascimento MV, Souza I, Deus MD, et al. O que sabem os adolescentes do ensino básico público sobre o hpv. Semina: Ciênc. Bio Saúde. 2013 [citado 2021 ene 3]; 34(2):229-38. Disponible en: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2013v34n2p22983>.
  15. Gayet C. Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género. México: Secretaría de Salud; CENSIDA; 2015.
  16. Castro Vásquez MD, Arellano Gálvez MD. Redes sociales de apoyo y género: vivencia de mujeres con VPH, displasias y cáncer cervicouterino. La ventana. Rev estud. género. 2014; 5(39):208-40.
  17. Eroza E, Carrasco M, Freyermuth G. El virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino desde la perspectiva de los Derechos Humanos: La voz de mujeres indígenas migrantes en Chiapas. En: Comisión Nacional de los Derechos Humanos. El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México. Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos. Ciudad México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2015. p. 139-174.
  18. Blanco ML, Santana HF, Ramírez GS. Cáncer cervicouterino, enfermedad femenina o feminización

- de la enfermedad?. Gén. desar. Prob. la población I. 2013; 89-114.
19. Riska E. Gender and Medicalization and Biomedicalization Theories. En: Clarke A, Mamo L, Fosket JR, et al., editores. Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U. S. Durham; London: Duke University Press; 2010. p. 147-172.
20. Hartley H. "Big Pharma" in our bedrooms: an analysis of the medicalization of women's sexual problems. En: Texler M, Demos V, Kronenfeld J, editoras. Gender Perspectives on Health and Medicine: Key Themes. Bingley: Emerald Group Publishing Limited; 2003. p. 89-130.
21. De Keijzer B. El género y el proceso salud-enfermedad-atención. Gén Sal Cif. 2003; 1(3):3-7.
22. Rico B, Pamplona F. Equidad de género en salud. Gén Sal Cif. 2003; 1(2):3-5.
23. Panisello ML, Pastor I. Salud con igualdad: una propuesta para la incorporación de la perspectiva de género en los sistemas sanitarios. Ciênc. Saúde Colet. 2015 [citado 2021 ene 3]; (20):1555-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.10942014>.
24. Torres C. Biomedicina, vulnerabilidad, género y cuerpo en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes en la Ciudad de México. Debate Fem. 2019 [citado 2021 ene 3]; (57):36-58. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2019.57.04>.
25. Organización Mundial de la Salud. Roadmap for action, 2014-2019: integrating equity, gender, human rights and social determinants into the work of WHO. 2015. [citado 2020 nov 8]. Disponible en: <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/roadmap/en/>.
26. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017-Recomendations. Vaccine. 2017; 35(43):5753-5.
27. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Control integral de cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. 2016. [citado 2020 jul 15]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>.
28. Organização Mundial da Saúde. Papilomavírus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. 2020. [citado 2020 dic 30]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer).
29. Frenk J. Presentación. En: Rico B, Langer A, Espinosa G, compiladoras. Género y Política en Salud. México: Secretaría de Salud; 2003. p. 1-4.
30. México. Secretaría de Salud. Guía para transversalizar la perspectiva de género en programas y acciones de la salud pública. 2019. [citado 2019 nov 5]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/guia-para-transversalizar-la-perspectiva-de-genero-en-programas-y-acciones-de-salud-publica>.
31. Butler J. Vida precaria: el poder del duelo y la violencia. Buenos Aires: Paidós; 2006.
32. Butler J. Performatividad, precariedad y políticas sexuales. AIBR: Rev Antrop. Iberoamericana. 2009; 4(3):321-36.
33. Butler J. Rethinking Vulnerability and Resistance. En: Butler J, Gambetti Z, Sabsay L, editores. Vulnerability in Resistance. Durham; London: Duke University Press; 2015. p. 12-27.
34. Amuchástegui A. Gobernanza neoliberal en la epidemia del VIH/SIDA en mujeres en México: los efectos del paradigma de la vulnerabilidad. Estud. soc. 2017 [citado 2020 dic 30]; 35(104):343-71. Disponible en: <https://doi.org/10.24201/es.2017v35n104.1511>.
35. Dubriwny TN. The Vulnerable Empowered Woman. Feminism, Postfeminism, and Women's Health. New Jersey: Rutgers University; 2013.
36. Agudo A. La vida social de los documentos de las políticas públicas. Nueva antrop. 2015; 28(83):123-46.

37. Ahmed A. La Política Cultural de las Emociones. México: Programa Universitario de Estudios de Género; 2015.
38. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. El Plan de Acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030, de la OPS/OMS. 2019. [citado 2019 nov 5]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-prevencion-control-cancer-cervicouterino-2018-2030>.
39. México. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cercivouterino. 1994. [citado 2019 nov 22]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>.
40. Guerrero A. El VPH y su devenir cáncer: algunos elementos para replantear su prevención desde los nuevos materialismos feministas. [dissertación]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2020.
41. Bekkers RL, Massuger LF, Bulten J, et al. Epidemiological and clinical aspects of human papillomavirus detection in the prevention of cervical cancer. Rev. med. virol. 2004 [citado 2020 dic 30]; 14(2):95-105. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/rmv.416>.
42. Mora Perdomo E, Perdomo Soret L, Muñoz M, et al. Infección por VPH en niñas sin contacto sexual. Rev. Obstet. Ginec. Venezuela. 2013; 73(2):108-15.
43. Liu Z, Nyitray AG, Hwang LY, et al. Acquisition, persistence, and clearance of human papillomavirus infection among male virgins residing in Brazil, Mexico, and the United States. J Infect Dis. 2018 [citado 2020 dic 30]; 217(5):767-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/infdis/jix588>.
44. Simões LP, Junior GZ. Vírus HPV e o desenvolvimento de câncer de colo de útero – uma revisão bibliográfica. Rev uningá. 2019; 56(1):98-107.
45. Lamas M. Género. En: Moreno H, Alcántara E, coordinadoras. Conceptos clave en los estudios de género, volumen I. México: UNAM; 2016. p. 155-170.
46. Salas-Valenzuela M, Torre Medina-Mora MD. El concepto género en documentos gubernamentales sobre salud y nutrición en México. Salud colect. 2006; (2):35-45.
47. Herrera C. Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y políticas de salud en México. México: UNAM; FLACSO-México; INSP; 2009.
48. Pacheco-Domínguez RL, Durazo-Arvizu RA, López-Hernández A, et al. Seroprevalence of HPV serotypes 6, 11, 16 and 18 in unvaccinated children from Mexico City. Epid. Infect. 2019 [citado 2020 dic 30]; (147):E257. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0950268819001341>.
49. Rail G, Molino L, Fusco C, et al. HPV vaccination discourses and the construction of “at-risk” girls. Canad. J. Public Health. 2018 [citado 2020 dic 30]; 109(5):622-32. Disponible en: <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0108-8>.

---

Recibido en 25/06/2021  
 Aprobado en 12/02/2022  
 Conflicto de intereses: inexistente  
 Apoyo financiero: no hubo