

# SANMARTÍN

Fundación Universitaria

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD - PROGRAMA DE MEDICINA  
SEDE PASTO  
ONCOLOGIA  
SAN JUAN DE PASTO  
17/05/2022

## **CARACTERIZACION DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y CONDICIONES CLÍNICAS EN LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN HUDN PERIODO 2017-2020.**

**AUTORES:**

Dayana Valentina Madroñero Madroñero.  
Angie Karina Moncayo Moncayo.  
Oscar Iván Realpe Muñoz.  
Héctor Daniel Rodríguez Martínez.

**ASESORES METODOLOGICOS:**

Gloria Cristina Bolaños.  
Ana Isabel Vallejo.

**ASESOR CIENTIFICO:**

Filipo Moran

# CARACTERIZACION DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y CONDICIONES CLÍNICAS EN LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN HUDN PERIODO 2017-2020.

Dayana V. Madroñero M; Angie K. Moncayo M; Oscar I. Realpe M; Héctor D. Rodríguez M.  
FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD - PROGRAMA DE MEDICINA  
SEDE PASTO  
17/05/2022

## RESUMEN.

El CCU es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo, con 86% de los casos (1). Cabe destacar que hay un patrón geográficamente definido de cáncer de cérvix, relacionado con la desigualdad social, pobreza, y con predominio de régimen subsidiado, en estas regiones. La relevancia social de este estudio radica en que el CCU es un evento de salud pública y en los países de ingresos bajos y medianos, su incidencia es de casi el doble y su tasa de mortalidad el triple que las de los países de ingresos altos (1). Es por eso por lo que en este estudio se va a caracterizar los determinantes sociales de salud y condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en HUDN periodo 2017-2020. El tipo de estudio que se realizó fue cuantitativo observacional descriptivo, se excluyeron a pacientes gestantes y menores de edad. En el estudio se contó con 148 pacientes del sexo femenino quienes presentaron una mediana de edad de 58 años. La mayor proporción se concentró en el régimen subsidiado, siendo Emssanar la que aporta el 45% de las pacientes. En lo que respecta a las variables de acceso a los servicios de salud, se obtuvo que un 45% de las pacientes

reporto retraso al acceso de autorizaciones médicas y que la principal red de apoyo de estas pacientes fue la familiares del núcleo familiar. Los resultados también nos muestran que es necesario considerar la promoción y prevención del cáncer del cuello uterino, desde una perspectiva mucho más amplia, con un enfoque que va más allá de los fenómenos biomédicos.

### Palabras clave:

**CÁNCER:** es una enfermedad por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo. Es posible que el cáncer comience en cualquier parte del cuerpo humano, formado por billones de células

**CÁNCER DE CUELLO UTERINO:** es una enfermedad por la que se forman células malignas cancerosas en los tejidos del cuello uterino.

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD:** (DSS) Son las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen una persona.

**CITOLOGÍA:** Es una técnica se utiliza, para el diagnóstico de las lesiones cancerosas del cuello de útero, también permite el diagnóstico de otras infecciones de la zona.

**MULTIPARIDAD:** Corresponde a aquella condición por la cual la gestante ha tenido 2 o más partos.

**ACCESIBILIDAD:** Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud. Oportunidad: Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

**FACTORES DE RIESGO:** son condiciones, conductas, estilos de vida o situaciones que nos exponen a mayor riesgo de presentar una enfermedad, en este caso hablaremos de las enfermedades cardiovasculares.

## I. OBJETIVO.

### • OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Caracterizar los determinantes sociales de salud y condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en HUDN periodo 2017-2020.

### • OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Describir las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- ✓ Definir las condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino del HUDN.
- ✓ Describir los determinantes estructurales de la población objeto de estudio.
- ✓ Describir los determinantes intermedios de la población objeto de estudio.

## II. MARCO TEORICO.

El cáncer de cérvix, o también llamado cáncer cervical, o cáncer de cuello uterino, o carcinoma de cérvix que se incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. Es de las enfermedades más comunes en las mujeres. Las cifras de morbimortalidad anual en mujeres que desarrollan esta neoplasia han crecido de forma alarmante en las últimas décadas, y su principal causa es la infección por el virus del papiloma

humano (VPH). Ningún otro cáncer tiene una relación de causalidad tan bien establecida con un virus (2). La OMS recomienda la adopción de un enfoque integral para prevenir y controlar el CCU. El conjunto de medidas recomendadas abarca intervenciones a lo largo de la vida. El enfoque debe ser multidisciplinario e incluir componentes como la educación de la comunidad, la movilización social, la vacunación, la detección, el tratamiento y los cuidados paliativos (1).

Además, es importante tener en cuenta los determinantes sociales como el nivel socioeconómico, el género, la raza/etnicidad, la educación y el acceso a los servicios de salud que juegan un rol importante en la aparición del CCU. La situación de inequidad frente a estos determinantes sociales pone en mayor riesgo a las mujeres de padecerlo (3). La mortalidad por cáncer de CCU está asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables, encontrándose un mayor riesgo de mortalidad en regiones rurales dispersas, con bajo acceso a los servicios de salud y en grupos de menor nivel educativo.

El CCU es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo, con 86% de los casos. Se calcula que en 2018 hubo 570.000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. Se evidencia una mayor incidencia en mujeres entre 40 y 54 años, de las aproximadamente 311.000 defunciones por CCU que se registran cada año, más del 88% se producen en las regiones menos desarrolladas (1), es la causa más importante de años de vida perdidos

(por cáncer) entre las mujeres de América Latina y el Caribe, donde se concentra 13 % de los casos y 12 % de las muertes que ocurren anualmente en el mundo (4). Se calcula que en 2018 hubo 570.000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer (5).

El registro Poblacional de cáncer del Municipio de Pasto procesa información de los casos de cáncer que ocurren en el área rural y urbana del municipio de Pasto-Colombia. La población se distribuye el 81.7% en la zona urbana y 18.3% en la zona rural. Los estudios realizados en el período 1998-2007 mostraron que el cáncer que produce mayor morbimortalidad en hombres fue el de estómago y en mujeres el de cérvix. La incidencia de tumores cancerígenos en mujeres fue de: mama (17.3%), cérvix (16.0%) en segundo lugar y las principales causas de mortalidad por cáncer en mujeres fueron los tumores de: Estómago (16.7%), Cérvix (12.5%) (5). En Pasto la tendencia de la incidencia de CCU ha bajado sin embargo la tendencia de la mortalidad se mantiene constante, resultados que reflejan dificultades en la detección temprana y tratamiento oportuno (6).

Desde los determinantes sociales de salud (DSS), estos son factores modulantes en la adherencia al tratamiento, por lo tanto, se deben tener en cuenta en la atención clínica terciaria (7). La OMS ha elaborado una guía sobre cómo prevenir y combatir el CCU mediante la vacunación, el cribado y el tratamiento del cáncer invasivo. La Organización colabora con los países y los asociados para elaborar y aplicar programas

integrales. En mayo de 2018, se comenzó a adoptar medidas destinadas a eliminar el CCU (1). En relación con la atención terciaria, se analiza los estadios del CCU y los tratamientos teniendo en cuenta las características clínicas y epidemiológicas de cada paciente. (8). Varios estudios confirman que, aunque la mayoría de las infecciones por VPH desaparecen por sí mismas y la mayoría de las lesiones precancerosas se resuelven de forma espontánea, todas las mujeres corren el riesgo de que las infecciones por VPH se cronifiquen y las lesiones precancerosas evolucionen hacia el cáncer de cérvix invasivo (1,9,10). Otros factores de riesgo que se relacionen directamente con este cáncer son: Ser joven, Iniciar vida sexual <18 años, Múltiples parejas sexuales, ITS, Tabaquismo, Inmunosupresión, Mujer de 30 años sin citología, Multiparidad, Pareja hombre con VPH, Pareja promiscua, Déficit ácido fólico (11). Cuando una mujer presente síntomas sospechosos de CCU, debe ser derivada a un centro apropiado para su evaluación, diagnóstico y tratamiento.

En el departamento de Nariño, existen poblaciones de mujeres dentro de la costa, la sierra y la selva, así como minorías étnicas (Indígenas, afrodescendientes)(12), que se encuentran en una posición de inequidad respecto a los determinantes sociales de salud antes mencionados y por tanto están en situación de vulnerabilidad frente al CCU. Estas minorías y las mujeres de bajos recursos económicos están en desventaja de acceder a los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento para CCU, y también están asociadas

a una supervivencia más corta después de realizado el diagnóstico (13,14).

### III. DESARROLLO.

**TIPO DE ESTUDIO:** El estudio se basó en el paradigma positivista que orienta la investigación, de enfoque cuantitativo, de acuerdo con el control de la asignación, observacional, de acuerdo con la finalidad, descriptivo, de acuerdo con el seguimiento, transversal, de acuerdo con el tiempo, retrospectivo.

**ÁREA DE ESTUDIO:** Oncología

**POBLACIÓN DE ESTUDIO:** 148 mujeres que fueron diagnóstico de cáncer de cuello uterino y que asistieron al HUDN en el periodo 2017-2020

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Mujeres con diagnóstico de cáncer cuello uterino
- ✓ Mujeres mayores de 18 años
- ✓ Mujeres diagnosticadas que fueron tratadas en HUDN
- ✓ Historias clínicas de todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino que recibieron tratamiento en el HDN

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Mujeres gestantes
- ✓ Historias clínicas de mujeres que fueron diagnosticadas en años superiores e inferiores a los estipulados en nuestra investigación.

Se tomó el 100% de las mujeres diagnosticadas con patología cervical neoplásica en HUDN, que fue igual a 148 pacientes con revisión de historia clínica y 86 pacientes que aceptaron la encuesta telefónica. Se realizó una lista de las pacientes con los números de teléfono y previo entrenamiento de los investigadores, se inició las llamadas a las pacientes o familiares, explicando el objetivo de la investigación, el alcance, los beneficios y solicitando el consentimiento para realizar la encuesta.

La recolección de datos se divide en 2 fases, la primera consiste en aplicar el instrumento en la historia clínica, donde se aborda las variables correspondientes y luego se realizó encuesta telefónica, a la población objeto de estudio por parte de los estudiantes de la FUSM, donde se aplicó el cuestionario CCUDSS4, de tipo estructurado o elaborado por los investigadores, se tuvo como primera fuente encuesta a paciente, si la paciente estaba fallecida, se tomó en cuenta como segunda fuente, a familiar que estuvo en todo el proceso de la enfermedad, y en casos que familiar no respondió o los números telefónicos fueron nulos, se tomó una tercera fuente, que es el referente de cáncer, además se realizó la

aplicación de un consentimiento informado, ya sea de manera electrónica donde se envió vía correo electrónico, para que la paciente haga la firma de este, si no existe accesos a estos medios, se aplicara vía telefónica, donde la llamada fueron grabadas, para constancias del consentimiento previo, para los dos casos se explicó y se resolvieron toda duda existente, y así poder recibir la aceptación previa de las pacientes, todas las llamadas fueron grabadas y archivadas como evidencia.

#### **IV. RESULTADOS.**

Resultados de las características sociodemográficas de la población objeto de estudio. La edad promedio de la muestra estudiada fue de 58 años, con una edad mínima de veintinueve años y la máxima de noventa y un años. El treinta punto cuatro por ciento de las mujeres son casadas, el veintisiete punto siete por ciento en unión libre y el veintitrés por ciento solteras. El cuarenta y cinco por ciento de las pacientes pertenecían a régimen subsidiado siendo la EPS con mayor aporte de pacientes Emssanar y en el régimen contributivo en cincuenta y cinco por ciento fueron pacientes de la nueva EPS.

Resultados las condiciones clínicas de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino del HUDN. Se encontró que la mayoría de las pacientes eran multíparas, de las cuales el veintiséis por ciento de las pacientes tuvieron dos hijos, un dieciocho por ciento tuvo tres hijos, y solo el ocho por ciento tuvieron hasta

cinco hijos. En el número de parejas sexuales el veintinueve por ciento habían tenido entre una y dos parejas y hasta el veinticinco por ciento tuvieron entre tres y cuatro parejas sexuales. En los antecedentes familiares encontramos que hasta el cuarenta y tres por ciento de las pacientes de este estudio si tenían antecedentes de cáncer. Se encontró que el sesenta y dos por ciento se realizaron la toma de la citología. El noventa y cinco por ciento de las pacientes fueron diagnosticadas por medio de una biopsia y el cincuenta y dos por ciento se les realizo la toma de colposcopia.

Con respecto al tratamiento tenemos que el noventa y uno por ciento de las pacientes recibieron tratamiento, el setenta y siete por ciento recibieron quimioterapia, el setenta y ocho por ciento recibió radioterapia, y tan solo el cuarenta y siete por ciento de las pacientes recibieron braquiterapia. De toda la muestra el sesenta y cinco por ciento de las pacientes se recuperaron, y el diez y seis por ciento no lograron recuperarse en su totalidad. El cuarenta y uno por ciento presentaron metástasis y el estadio en el que se realizaron la mayoría de los diagnósticos fue 3B con el veintinueve por ciento y en de menor incidencia fue 1B1 con tan solo el seis por ciento.

Resultados de los determinantes estructurales de la población objeto de estudio. En la raza el cincuenta y seis por ciento eran mestizas, un diez y ocho por ciento indígenas y a la población afro solo pertenecían el diez por ciento. Mayor incidencia en zona urbana que rural con el cincuenta y uno por ciento, y cuarenta y cinco por ciento, respectivamente. El cincuenta

y dos por ciento pertenecían al estrato 1, y el cero punto siete por ciento pertenecían a estrato 4. En los ingresos mensuales el cuarenta y tres por ciento vivían con menos de un salario mínimo y en su mayoría solo tenían una básica primaria que pertenecían al veinticinco por ciento y solo el cuatro punto siete por ciento contaban con título Universitario. Se encontró que hasta el cuarenta y cinco por ciento de las pacientes dejaron de trabajar a causa de la enfermedad, por lo tanto, hasta el cuarenta y siete por ciento de ellas dependían económicamente de alguien más.

Resultado de los determinantes intermedios de la población objeto de estudio. Se obtuvo que hubo retraso en las autorizaciones medicas en un cuarenta y cinco por ciento, el cincuenta por ciento de las pacientes refieren que las consultas oncológicas fueron oportunas, en cuanto a al acceso a quimioterapias, radioterapias y medicamentos un treinta y ocho, treinta y cuatro y treinta y seis por ciento, respectivamente, fue de manera oportuna. Con referencia a la red de apoyo el cincuenta y ocho por ciento tenían una red de apoyo interna, y en cuarenta y cinco por ciento los integrantes de su núcleo familiar eran quienes les ayudaban en sus cuidados. Un treinta y nueve por ciento reportaron que si hubo prioridad por las pacientes oncológicas. El treinta y cinco por ciento de las pacientes tenían una vivienda propia, el veintinueve por ciento referían presentar humedad en las habitaciones, las vías de tránsito del treinta y tres por ciento eran pavimentadas, y que el cincuenta y siete por ciento contaba con agua potable, sesenta y dos por ciento

contaba con energía, cincuenta y dos por ciento tenía red de alcantarillado.

## V. DISCUSION.

La edad media para diagnóstico de cáncer es de 58 años (percentil 25 46 años percentil 75 70 años), coincide con la bibliografía en la que se indica que entre las edades de 44 y 60 años es donde se encuentra la mayor cantidad de diagnósticos realizados con cáncer de cérvix (15).

El ochenta y un por ciento de las mujeres que participaron en este estudio pertenecían al régimen subsidiado esto es equiparable con otros estudios, como el de Sosa donde nos da a conocer que las personas de estrato bajo tienen mayor dificultad para acceder a un sistema de salud oportuno, por ende, encontramos mayor incidencia en el régimen subsidiado (16).

En el estudio realizado por Gallegos y otras bibliografías, se encontró que un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino, es ser unja mujer múltipara, ya que tener 3 o más partos, incrementa el riesgo de adquirir este cáncer en un 2.31 veces más, que en una mujer no múltipara (17).

El estudio realizado por Rodríguez, arrojó que la población presentaba dificultad en el acceso para la toma de citología, lo cual lo atribuye a una excusa frecuente para no realizársela de recurrente y como está estipulado (18), por otro lado, en el estudio realizado por Sarmiento y Amaya, el cual muestra que el 85% de las citologías fueron normales antes del

diagnóstico de cáncer de cuello uterino (19), estos estudios en comparación el nuestro, encontramos que el 62% de la población se realizó citología aun con las limitaciones que se presentan a la hora de sacar la cita o asistir a la misma.

En este estudio la mayoría de las pacientes manifestaron que el acceso a una autorización médica siempre presentaba retraso, y eso se lo ha visto a través de los años como lo manifestó Laura Naranjo, et al. Nos habla de dificultad en el acceso por falta de oportunidad para la atención, demoras o negación de la autorización e insatisfacción por problemas de salud no resueltos e ineficiencia en la atención (20).

Silvia Guadalupe, Et al encontraron que los familiares más cercanos fueron los encargados de proveer económica y emocionalmente a estas pacientes durante su enfermedad; en nuestro estudio encontramos que en mayor proporción los familiares de núcleo familiar son los encargados del cuidado, apoyo, alimentación, entre otras atenciones necesarias de estas pacientes (21).

En este estudio encontramos que en este grupo poblacional si se logró la integración de una atención adecuada y se brindó el manejo según las necesidades de cada paciente, con el conocimiento científico y práctico pertinente del personal médico, lo que coincide con la bibliografía de Tedros Adhanom donde nos menciona que , para alcanzar una eficacia óptima, la atención se debe fundamentar en una buena relación médico paciente y contar con las capacidades suficientes

para una atención integral de las pacientes oncológicas (22).

## **VI. CONCLUSIONES.**

La mayor incidencia de cáncer de cérvix se dio con una mediana de edad de 58 años (percentil 25 46 años – percentil 75 70 años). Se encontró en el estudio que existe una relación estrecha con la presencia del CCU y la paridad de la mujer. Es necesario considerar la prevención de cáncer de cérvix desde una perspectiva mucho más amplia, con un enfoque que va más allá de los fenómenos biomédicos que la falta de adherencia al tamizaje conlleva, sino como una problemática social que explica dicho comportamiento en salud. Se requieren investigaciones que consideren los diferentes factores o determinantes, y sus respectivas interrelaciones en grupos de mujeres que adhieren y que no adhieren al tamizaje

En cuanto al nivel socioeconómico se observó que hay mayor incidencia de pacientes de estrato 1 por lo que se pudo concluir que estrato bajo es directamente proporcional con el desarrollo de cáncer de cérvix. Por otro lado, también se concluye que el nivel de educación tiene gran importancia dentro de los determinantes sociales de la salud ya que se pudo evidenciar en diferentes estudios que a menor nivel educativo mayor incidencia de este cáncer.

El acompañamiento y la ayuda familiar fue la principal red de apoyo, lo cual impulsa a conformar una buena condición emocional y además favorece la adherencia al tratamiento de estas pacientes. Dentro de la revisión bibliográfica realizada, hay

determinantes sociales que no se han evaluado durante investigaciones previas.

## VII. REFERENCIAS.

1. OMS. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino, 2019. 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. Rocha-Buelvas A, Trujillo-Montalvo E, Hidalgo-Patiño C, Hidalgo-Eraso Á. Carga de cáncer del departamento de Nariño y subregiones, Colombia, 2010. 2014;32:15.
3. Benites-Zapata VA. Determinantes sociales para cáncer de cuello uterino. 2013 [citado 19 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.1.1994.9924>
4. Minsalud. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino (2014).
5. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de cuello uterino: Síntomas y signos. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/s%C3%ADntomas-y-signos>
6. Brome Bohórquez MR, Montoya Restrepo DM, Salcedo LA. Cancer incidence and mortality in Medellín-Colombia, 2010-2014. *cm*. 1 de enero de 2018;49(1):81-8.
7. OMS. Cáncer cervicouterino,. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es)
8. OMS. Comprehensive Cervical Cancer Control A guide to essential practice, Second edition. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf;jsessionid=2F6C7D0AD1B91143F0F9D9EC46B66F4D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf;jsessionid=2F6C7D0AD1B91143F0F9D9EC46B66F4D?sequence=1)
9. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017, 2018. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980457/15-20.pdf>
10. Rojas. V. La ecologización de la coloración del Papanicolaou en el diagnóstico del cáncer de cuello uterino 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im183c.pdf>
11. OMS. Nueva guía de la OMS para la prevención y el control del cáncer cervicouterino.2014. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/preventing-cervical-cancer/es/>
12. Minsalud. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
13. PAHO. Determinantes e inequidades en salud. 2012. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en)
14. Minsalud. Informe Técnico Sexta edición Desigualdades Sociales en Salud en Colombia Informe Nacional 2015. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.%20Desigualdades%20sociales.pdf>
15. Prevención y control del cáncer de cuello uterino 1.pdf.
16. EDWIN LEANDRO SOSA SABOYÁ. DETERMINANTES SOCIALES Y SU ASOCIACIÓN CON LA NO TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL EN LA POBLACIÓN RURAL DE COLOMBIA [Internet]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/25396/DETERMINANTES%20SOC%20-%20CCV%20%20RP1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Gallegos Toribio R, Fuentes Vargas MA, Gonzales Menéndez JM. FACTORES DEL ESTILO DE VIDA PREDISONENTES A DISPLASIA CERVICAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA

AUXILIADORA, 2013-2017. RFMH [Internet]. 10 de abril de 2019 [citado 29 de mayo de 2022];19(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n2/a04v19n2.pdf>

18. 5 Cáncer de cérvix y autorresponsabilidad perfilando el riesgo de abstención al Papanicolaou entre las mujeres chilenas mediante Árboles de Decisión.pdf.
19. 6 Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y resultados de prueba de Papanicolaou en adolescentes marginadas de Bogotá, Colombia.pdf.
20. Turner BS. The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. En: Handbook of Social Studies in Health and Medicine [Internet]. London: SAGE Publications Ltd; 2000 [citado 29 de mayo de 2022]. p. 9-23. Disponible en: [https://sk.sagepub.com/reference/hdbk\\_socstudyhealth/n2.xml](https://sk.sagepub.com/reference/hdbk_socstudyhealth/n2.xml)
21. Soltero-Rivera S. Determinantes sociales de la salud de la OMS en mujeres mexicanas con el virus de papiloma. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2694>
22. Adhanom T. Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cerv-cancer-elimn-strategy-16dec-12pm.pdf>