



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

Cáncer cérvicouterino en Chile: análisis de un nuevo paradigma preventivo

MARÍA TERESA URRUTIA
Escuela de Enfermería



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año 10 / N° 78 / mayo 2015
ISSN 0718-9745

Cáncer cérvicouterino en Chile: análisis de un nuevo paradigma preventivo

MARÍA TERESA URRUTIA
Escuela de Enfermería

Introducción¹

El cáncer cérvicouterino (CC) es uno de los cánceres con la mortalidad más alta en el mundo (OPS, 2007). En el año 2012 más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de CC y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en las Américas (OPS, 2014). Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las Américas aumentará en un 45% para el año 2030 (OPS, 2014). Cabe señalar que las tasas de mortalidad por este cáncer son tres veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica (OPS, 2014), evidenciando la enorme desigualdad en salud entre países desarrollados y aquellos en vía de desarrollo.

En Chile el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de muerte en la mujer entre 20 y 44 años, la principal causa de muerte por cáncer en la mujer entre 20 y 44 años y la quinta causa en el grupo entre 45 y 64 años de edad (Minsal, 2005a). Cada año mueren cerca de 700 mujeres por esta enfermedad y se diagnostican cerca de 1.000 mujeres, transformándose en la causa principal de años de vida potencialmente perdidos (Minsal, 2005b).

Se considera como el principal agente causal del cáncer cérvicouterino al Virus Papiloma Humano (VPH), una infección de transmisión sexual, muy común en la población joven (National Cancer Institute, 2006). La alta incidencia de infección por VPH está asociada al inicio precoz de la actividad sexual, a mayor frecuencia de actividad sexual en la adolescencia y a mayor número de parejas sexuales. Ferreccio et al (2004) en un estudio

realizado en Chile demostraron una prevalencia de 14% de infección por VPH para las mujeres chilenas, donde el 71% era de alto riesgo.

Las dos principales estrategias utilizadas para prevenir el cáncer cérvicouterino son: (1) la detección de lesiones precancerosas (tamizaje² de CC), y (2) la vacunación contra el VPH, principal agente etiológico³ de este cáncer. Si estas dos estrategias de prevención se realizaran de manera efectiva, se podría evitar una gran cantidad de muertes causadas por esta enfermedad. En el caso de la detección a tiempo, si se realiza de manera efectiva el tamizaje de CC mediante el examen Papanicolaou (PAP), alcanzando una cobertura del 80% se podrían evitar el 75% de las muertes causadas por esta enfermedad. Y en el caso de la vacuna contra el VPH, su implementación puede llegar a prevenir el 70% de los casos (OPS, 2014).

En nuestro país ambas medidas preventivas están presentes. En el caso del examen PAP, este se inserta dentro del Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer Cérvicouterino⁴, transformándose en la medida más eficaz y rápida disponible a nivel del sistema público de salud para controlar el CC. Sin embargo, la cobertura a nivel nacional ha disminuido paulatinamente en los últimos cinco años, desde un 67% en el año 2008 hasta un 59% en 2011⁵, lo que lleva a preguntarse por las causas de esta tendencia y a analizar con mayor detalle este problema de salud, ya que la disminución en las tasas de adherencia al tamizaje podrían significar en un futuro cercano el aumento de las muertes producto de este cáncer.

1 El borrador de este documento fue presentado en un seminario realizado el 25 de marzo de 2015, en el que participaron como panelistas el Dr. Mauricio Cuello, la Dra. Cecilia González y el Dr. Iván Rojas, quienes entregaron valiosos comentarios.

2 El tamizaje es una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad.

3 Se llama agente etiológico a una entidad biológica, física o química capaz de causar enfermedad.

4 Ministerio de Salud de Chile, Guía Clínica Programa Cáncer Cérvicouterino. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/720bfefe91e9d2ede-04001011f010ff2.pdf>

5 Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Disponible en: <http://www.deis.cl/cobertura>

En relación a la vacuna contra el VPH, esta fue recientemente incorporada al Plan Nacional de Inmunizaciones⁶, por lo que quedó disponible de manera gratuita y obligatoria para todas las niñas de cuarto año básico de nuestro país. Sin embargo —y al igual que lo ocurrido en otros países—, la aceptabilidad por parte de los padres de las niñas beneficiadas podría dificultar el cumplimiento de las metas de cobertura propuestas para esta población, situación que debiera evaluarse una vez transcurridas las primeras experiencias de vacunación.

Dada la situación nacional actual, se hace necesario analizar este nuevo escenario de prevención del cáncer cérvicouterino al cual se ve enfrentado nuestro país. Dicho escenario establece, por un lado, la convivencia y efectividad de las dos estrategias de prevención establecidas en Chile, una hace más de 25 años (examen PAP), y la otra recientemente incorporada (vacuna VPH), ambas con indicadores de cobertura interesantes de analizar, dado que la primera va en descenso y respecto a la segunda aún no se conoce su cobertura una vez hecha la intervención completa —administradas las 2 dosis—. Por otro lado, sin dejar de centrar la atención en la mortalidad que esta enfermedad causa, en este nuevo contexto se debe considerar especialmente la situación en la cual viven las mujeres diagnosticadas y actualmente sobrevivientes de esta enfermedad.

El presente artículo tiene como objetivo plantear una propuesta para abordar la prevención del cáncer cérvicouterino, a partir del nuevo escenario de prevención al cual se enfrenta nuestro país. Primero se hará un análisis del contexto que presenta Chile con respecto al CC, para luego proponer un nuevo paradigma preventivo desde el cual enfrentar esta situación. Este nuevo paradigma tiene tres componentes, los cuales serán descritos, y para cada uno de ellos se considerarán lineamientos y recomendaciones de cómo afrontar desde esta nueva perspectiva este importante problema de salud.

Análisis del contexto nacional

Como se ha planteado, Chile ha vivido un cambio en relación a la situación del cáncer cérvicouterino, a sus principales indicadores y a las estrategias de enfrentamiento. Dicho cambio es una consecuencia, por un lado, del desarrollo social y económico de nuestro país, así como también de la gran cantidad de factores y consecuencias que esta enfermedad y su prevención involucra.

Los tres principales indicadores que dan cuenta de este cambio y que obligan a mirar desde un nuevo paradigma preventivo de esta enfermedad en nuestro país son: (1) la evolución de la mortalidad por CC en Chile, (2) la disminución de la cobertura del PAP, y (3) la reciente incorporación de la vacuna contra el VPH. A continuación se analiza la evolución de cada uno de ellos.

1. Mortalidad por cáncer cérvicouterino en Chile

La mortalidad por CC en nuestro país ha mostrado una clara disminución de 14,3 por cada 100.000 mujeres en el año 1990 a 5,7 por cada 100.000 mujeres en el año 2011 (Minsal, 2013). Entre las estrategias desarrolladas a nivel nacional para controlar la mortalidad por esta enfermedad se encuentran la creación del Programa Nacional de Cáncer Cérvicouterino en el año 1987 y la incorporación de la enfermedad dentro de las primeras 25 patologías AUGE en el año 2004. Ambas medidas sin duda contribuyeron al descenso de la mortalidad en Chile. Sin embargo, y a pesar de que el número de mujeres que mueren por esta enfermedad ha disminuido, la gran cantidad de mujeres diagnosticadas y sobrevivientes de CC obliga a instaurar estrategias para evaluar la calidad de atención recibida durante el proceso de diagnóstico y tratamiento, reconociendo el impacto que esta enfermedad conlleva en la mujer en la esfera física, psicológica y sexual, no tan solo desde la perspectiva de la muerte. Esta necesidad nos obliga, por una parte, a preocuparnos por mejorar la sobrevivencia de las mujeres ya diagnosticadas con CC y, por otra, a mejorar su calidad de vida.

2. Cobertura del PAP en Chile

En lo que respecta a la detección de la enfermedad, el tamizaje en Chile de cáncer cérvicouterino, conocido como examen PAP, se inserta dentro del Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer Cérvicouterino, el que se inicia en 1987 basado en recomendaciones de la OPS/OMS. Su creación tuvo como objetivo disminuir la tasa de mortalidad e incidencia por cáncer invasor a través de la detección de la enfermedad en etapas preinvasoras, así como la aplicación de tratamientos adecuados y oportunos. El programa considera la realización del PAP cada tres años a las mujeres entre 25 a 64 años, por un profesional capacitado (principalmente matrona), priorizando el grupo etario mayor de 35 años y a las mujeres “nunca PAP”, “PAP atrasado” o a quienes por indicación médica corresponda repetir el examen. Este

⁶ En el segundo semestre del año 2014. Más información en: <http://web.minsal.cl/vacunavph>

programa actualmente está inserto dentro de las actividades del Programa de Salud de la Mujer y del Examen de Medicina Preventiva del Adulto.

Cuando el resultado del PAP es positivo o se tiene sospecha clínica de cáncer cérvicouterino, se deriva a la mujer al nivel secundario de atención. Desde el año 2004, la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de los casos detectados están incluidos entre las Garantías Explícitas en Salud (GES). Este es el único cáncer que detectado a tiempo es curable en un 100%. La detección precoz a través del PAP sigue siendo la medida más eficaz y rápida disponible a nivel público de atención en Chile para controlar esta enfermedad.

A pesar del coordinado funcionamiento del programa y del éxito que ha tenido en el descenso de la mortalidad, la cobertura de PAP (porcentaje de mujeres que adhieren al tamizaje) a nivel nacional ha disminuido paulatinamente en los últimos cinco años, desde un 67% en el año 2008 hasta un 59% en 2011⁷. Las regiones con las más bajas coberturas en el año 2011 fueron las de Antofagasta, Atacama y Magallanes; y aquellas que sufrieron las mayores bajas en la cobertura de PAP desde el año 2008 al 2011 fueron la del Libertador Bernardo O'Higgins, del Maule y de Los Ríos. Solo dos de las 15 regiones aumentaron la cobertura de PAP en el mismo periodo (ver Tabla 1). En la Región Metropolitana el servicio de salud que tuvo más baja cobertura el año 2011 fue el Metropolitano Central y el que bajó en el mayor porcentaje su cobertura fue el Metropolitano Norte. Cabe destacar que ninguno de los servicios de salud de la Región Metropolitana aumentó la cobertura de PAP en el periodo 2008-2011 (ver Tabla 2).

Para reducir la mortalidad lo ideal es mantener una cobertura del PAP de 80%⁸, lo que evitaría 3 de cada 4 muertes por cáncer cérvicouterino; sin embargo, esta cobertura nunca se ha logrado en Chile. La cobertura de PAP con indicadores en descenso en los últimos años amerita analizar las causas, así como también intervenir de manera efectiva para detener o revertir esas cifras. Cabe señalar que no existen estudios que expliquen el descenso de la cobertura en Chile, lo que sería de gran utilidad para entender este comportamiento de la población.

3. Incorporación de la vacuna contra el VPH

El tercer factor que estimula un nuevo paradigma pre-

Tabla 1. **Porcentaje de cobertura Papanicolaou años 2008 y 2011 en mujeres beneficiarias de 25 a 64 años de edad en las regiones de Chile**

Región	Año 2008	Año 2011
Arica Parinacota	73,2%	65,2%
Tarapacá	72,4%	70,4%
Antofagasta	51,5%	45,5%
Atacama	55,0%	49,3%
Coquimbo	57,0%	55,3%
Valparaíso	73,2%	66,9%
Del Libertador Bernardo O'Higgins	76,2%	54,2%
Del Maule	78,8%	57,2%
Del Biobío	71,8%	65,2%
De la Araucanía	66,3%	62,9%
De los Lagos	44,3%	55,1%
De los Ríos	86,9%	72,2%
De Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	56,7%	59,3%
De Magallanes y de la Antártica Chilena	63,9%	52,7%
Metropolitana de Santiago	58,9%	56,0%
TOTAL	67,7%	59,0%

Fuente: Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS).

Tabla 2. **Porcentaje de cobertura Papanicolaou años 2008 y 2011 en mujeres beneficiarias de 25 a 64 años de edad en los Servicios de Salud de la Región Metropolitana**

Servicio de Salud	Año 2008	Año 2011
Metropolitano Norte	80,2%	59,1%
Metropolitano Occidente	61,5%	57,0%
Metropolitano Central	47,0%	45,5%
Metropolitano Oriente	79,2%	58,3%
Metropolitano Sur	63,8%	57,4%
Metropolitano Sur-Oriente	60,7%	57,2%

Fuente: Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS).

ventivo es la reciente incorporación de la vacuna contra el VPH al sistema público de salud. Al respecto es importante recordar que la alta incidencia de infección

7 Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Disponible en: <http://www.deis.cl/cobertura>

8 Ver noticia de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, mayo de 2007. Disponible en: <http://www.sochog.cl/sochog-prensa.php?id=63>

por VPH está asociada a conductas sexuales relacionadas con el inicio precoz de la actividad sexual, la mayor frecuencia de relaciones sexuales en la adolescencia y el mayor número de parejas sexuales. Esta situación nos obliga a relevar que las conductas sexuales son el principal factor de riesgo de infección por VPH y, por ende, un foco importante de intervención si se trata de prevenir el cáncer cérvicouterino en nuestro país. Aún no se han desarrollado intervenciones educativas dirigidas a la prevención de la infección por el VPH en Chile, por lo que urge la necesidad de incorporarlas prontamente y medir su impacto.

En relación a esto, la literatura internacional entrega información variada y útil. Una gran cantidad de investigaciones extranjeras se han centrado en medir el efecto de las intervenciones educativas en la adherencia a la vacuna del VPH (Abuelo et al, 2014; Chapman et al, 2010; Fregnani et al, 2013; Gargano et al, 2014), dada la problemática que la incorporación de la vacuna ha significado en diferentes países; sin embargo, hay también investigaciones que centran su estudio en el efecto que determinadas intervenciones educativas tiene en el conocimiento y creencias sobre el VPH tanto de padres como de adolescentes (Beatty et al, 2003; Chang et al, 2013; Kwan et al, 2011). La gran cantidad de literatura publicada en los últimos años nos señala que la incorporación de la vacuna contra el VPH no ha dejado de ser controversial (Ahken et al, 2015; Bartlett & Peterson, 2011), probablemente por la relación que dicha vacuna tiene con las conductas sexuales y, por ende, por el significado sociocultural que tiene adherir a ella. Dicha situación debiera ser evaluada en Chile.

Desde hace algunos años existen dos vacunas contra el VPH disponibles en Chile; sin embargo, por su alto costo –aproximadamente 150 dólares cada dosis– no fueron accesibles para la población de menores recursos económicos, lo que hasta hace poco generaba una importante inequidad en el acceso a esta estrategia preventiva. Esta situación fue revertida durante el segundo semestre del año 2014, con la incorporación de una de las dos vacunas contra el VPH al Plan de Inmunización chileno. Si bien esta incorporación permitirá disminuir la brecha de acceso que actualmente existe en la población, pone en riesgo la posibilidad de que dicha brecha permanezca en lo que se refiere a educación respecto al tema.

El reconocimiento del VPH como factor etiológico de cáncer cérvicouterino obliga a considerar las conductas sexuales de la población como un factor de riesgo para

enfermar y, por ende, a considerarlas como uno de los objetivos de intervención. La incorporación de la vacuna contra el VPH al Plan de Inmunización en Chile establece la necesidad de que dicha intervención sanitaria sea acompañada por un componente educativo eficiente dirigido a las niñas y adolescentes beneficiadas, como también a quienes cuidan de ellas (padres y profesores), para promover la adherencia a la vacunación entendiendo claramente el significado de ella, así como también para no olvidar otras prácticas preventivas relacionadas con la enfermedad.

Luego de describir los tres principales indicadores que dan cuenta del cambio que está viviendo nuestro país, a continuación se propone un nuevo paradigma preventivo de cáncer cérvicouterino, que contempla tres componentes, los que serán analizados y se entregarán recomendaciones para cada uno de ellos.

Propuesta de un nuevo paradigma preventivo de cáncer cérvicouterino en Chile

Tal como se describió anteriormente, nuestro país se enfrenta a una nueva era en lo que respecta a la prevención del cáncer cérvicouterino. En primer término, la mortalidad por este cáncer ha ido en descenso, lo que implica que aquellas mujeres que se diagnostican con CC han logrado una mayor expectativa de vida y, por lo tanto, existe un mayor número de mujeres “sobrevivientes” de esta enfermedad. Este primer punto nos obliga a centrar nuestros esfuerzos en mejorar la calidad de vida de estas mujeres, lo que se logra proporcionando una mejor calidad en la atención.

En segundo lugar, la cobertura del PAP en Chile ha mostrado un descenso sostenido en los últimos años, que podría estar reflejando que las campañas dirigidas al público objetivo del examen no están siendo exitosas. Dicha situación nos estimula a indagar sobre las causas por las cuales estas campañas no han permitido mantener o elevar la adherencia al tamizaje, así como también buscar otras causas por las cuales los indicadores de cobertura van en descenso.

Finalmente, el tercer factor que gatilla la necesidad de contar con un nuevo paradigma preventivo es la reciente incorporación de la vacuna contra el VPH al Programa Nacional de Inmunización, disponiendo una nueva estrategia de prevención primaria de cáncer cérvicouterino que deberá convivir con la estrategia de prevención secundaria, instalada hace más de 25 años, que es el examen PAP. Esta situación nos obliga, en primer lugar,

a asegurar la adherencia óptima a la vacuna VPH en la población objetivo y, en segundo lugar, a propiciar una coexistencia armónica de ambas estrategias preventivas. Estos dos imperativos debieran ser enfrentados junto con estrategias educativas dirigidas a la población de niñas, padres/apoderados y profesores.

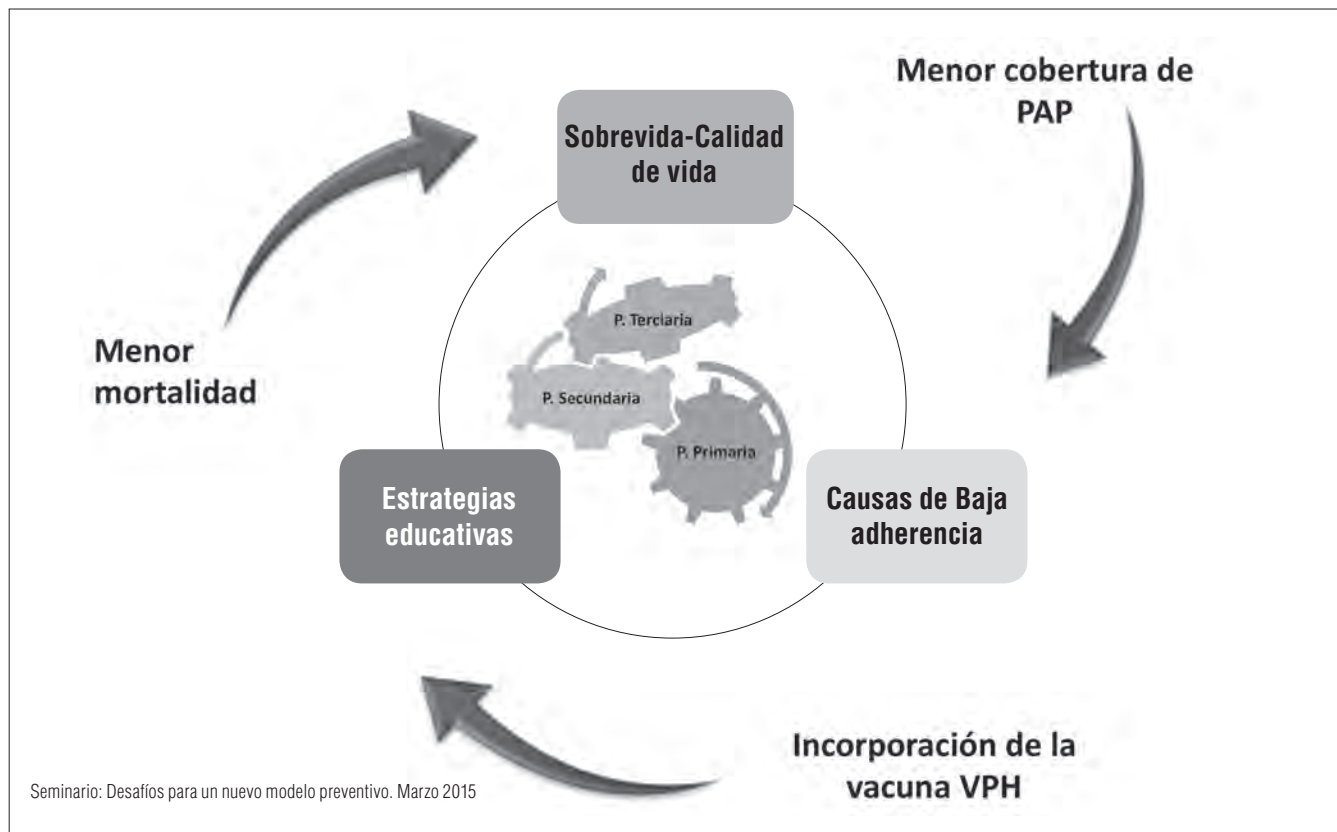
Por todo lo anterior, a continuación se plantea un nuevo paradigma preventivo de este cáncer, el cual contempla tres componentes principales: (i) sobrevida y calidad de vida de las mujeres con CC, (ii) adherencia al tamizaje de CC, y (iii) estrategias educativas preventivas en CC. Dichos componentes se encuentran en una relación dinámica entre ellos, catalizados por sus respectivos indicadores de cambio y cohabitando para lograr un equilibrio que permita enfrentar la prevención del CC desde las diferentes aristas que tiene, considerando en todo momento sus diferentes niveles de prevención⁹ como eje central (ver Figura 1).

A continuación se analiza cada uno de los componentes del nuevo paradigma propuesto, así como también posibles estrategias de enfrentamiento.

1. Sobrevida y calidad de vida de las mujeres con cáncer cérvicouterino

En relación a la sobrevida de las mujeres, los análisis en Chile señalan una sobrevida global a los cinco años cercana al 48% (Sepúlveda et al, 2008), y en estadios tempranos de la enfermedad sobre el 68%. Si bien la sobrevida de mujeres chilenas es parecida a la de otras realidades, se encuentra por debajo de las cifras reportadas internacionalmente que señalan valores cercanos al 72% de sobrevida a los cinco años (Cheung et al, 2011; Yépez et al, 2011). Son múltiples los factores que inciden en la sobrevida de las mujeres con cáncer cérvicouterino, entre los cuales se encuentran la edad, escolaridad, raza de la mujer, etapa en la cual fue diagnosticada la enfermedad, las características del tumor,

Figura 1. Nuevo paradigma preventivo de cáncer cérvicouterino



Fuente: elaboración propia.

⁹ La prevención primaria está relacionada con medidas orientadas a la población general, la secundaria con medidas orientadas a detectar la enfermedad en estadios precoces, y la terciaria dirigida al tratamiento y rehabilitación de esta enfermedad.

el tipo de tratamiento y el momento en el cual se lleva a cabo la terapia, entre otros factores (Cheung et al, 2011; Seamon et al, 2011; Sepúlveda et al, 2008). Los registros de cáncer juegan un importante rol en lo que respecta a la producción de datos para el seguimiento de mujeres como también para monitorear las tendencias de la enfermedad, y evaluar los recursos diagnósticos y terapéuticos utilizados.

La totalidad de los estudios nacionales de análisis de sobrevida en mujeres con CC (Sepúlveda et al, 2008; Solís et al, 2007) fueron hechos en forma previa a la implementación del Plan AUGE, con muestras que no superan los 170 casos o que solo incluyen algunos estadios de la enfermedad. Sepúlveda et al (2008) sugiere que el análisis de una cohorte de mujeres tratadas de manera estandarizada por un periodo de 10 años permitiría evaluar objetivamente el resultado de los tratamientos utilizados, situación que ya debiera ser resuelta con un estudio que incluya la sobrevida de mujeres tras el ingreso del CC como patología AUGE en el año 2004.

La importancia de analizar la puesta en marcha del programa AUGE desde la perspectiva de sobrevida de los usuarios está dada porque permite identificar factores determinantes de mortalidad de la usuaria, de la enfermedad y del tratamiento, y evaluar directa o indirectamente el sistema de diagnóstico y tratamiento actual del cáncer. El actual paradigma preventivo requiere de un estudio de sobrevida en mujeres con CC tras 10 años de inicio del plan AUGE, el cual claramente estaría alineado con los objetivos sanitarios 2011-2020¹⁰, permitiendo entregar información acerca de qué estrategias son necesarias para disminuir aún más la mortalidad por CC y generar información que permita apoyar la toma de decisiones, coordinación y control de la organización en ese nivel.

Evaluar la calidad de vida en mujeres con cáncer cérvicouterino fue un aspecto planteado como objetivo sanitario en las definiciones técnicas de las patologías AUGE 2004. La introducción de mediciones de calidad de vida contribuye a la innovación en lo referente a la forma de evaluar la intervención realizada, transformándose en la actualidad en una necesidad en lo referente a evaluación de resultados en salud. Si bien en el manejo del cáncer la reducción de la mortalidad y morbilidad son todavía el foco más importante de las investigaciones, la calidad de vida es un parámetro relevante en la evaluación de las

intervenciones realizadas, lo que se respalda en la gran cantidad de literatura publicada al respecto.

Las mujeres tratadas por cáncer no solo enfrentan cambios físicos, sino también psicológicos y sociales, por tanto medir su calidad de vida es una forma estandarizada de describir esos cambios producidos tanto por la enfermedad como por su tratamiento. La ginecología oncológica no queda al margen de la situación descrita y en particular en lo referente a patología cervical, pocos estudios han sido realizados a nivel mundial y nacional. Los resultados de las mediciones de la calidad de vida en mujeres con cáncer cérvicouterino podrán ayudar a los clínicos y autoridades sanitarias en la toma de decisiones en salud, junto con permitir que las mujeres afectadas por esta patología logren mejorar su calidad de vida tras el diagnóstico y tratamiento recibido.

Como se mencionó, son diversos los motivos que pueden afectar la calidad de vida, pues las mujeres con cáncer enfrentan cambios en la esfera física, sexual, social y psicológica. La etapa del diagnóstico es en sí misma una gran fuente de estrés, ya que el solo hecho de recibir un resultado alterado del PAP hace que la mujer presente mayor preocupación asociada principalmente a la percepción de riesgo de desarrollar cáncer. A lo anterior se agrega la preocupación por no poder tener hijos, sobre todo en aquellas mujeres que no lo han logrado previamente, como también el temor al abandono de la pareja a causa del diagnóstico o tratamiento recibido. Se suman, además, los síntomas físicos propios de la enfermedad y de la terapia asociada. Los cambios anatómicos resultantes del tratamiento pueden tener un significativo impacto en la autoimagen de la mujer, en su bienestar social y su sentido de feminidad. La mayoría de las usuarias presentan efectos psicológicos y sociales posteriores al tratamiento; muchas de ellas continúan pensando en su diagnóstico, en la recurrencia del cáncer, las metástasis y la muerte; los que se transforman en temores frecuentes entre las mujeres. Todo lo anterior, sumado al deterioro de la condición física, aumenta aún más el malestar. Muchas veces el solo temor a la recurrencia les puede impedir volver a un estado de normalidad prediagnóstico. Si bien la combinación de tratamientos ha resultado en una mejor sobrevida de las mujeres, se debe tener en consideración que la toxicidad de esas terapias se eleva, lo que hace necesario y relevante conocer y comprender cómo la mujer lo percibe y enfrenta.

¹⁰ Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Dada la mayor sobrevivencia de las mujeres se hace necesario conocer cómo es su calidad de vida, para así contar con indicadores nacionales al respecto, además de permitir describir de manera estandarizada el efecto físico, sexual, psicológico y social de la enfermedad y su terapia. La medición de este parámetro es reconocida como un factor determinante en la relación costo-beneficio de la atención brindada (Juraskova et al, 2003) y en la toma de decisiones de las autoridades en salud.

2. Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino

Diferentes iniciativas en Chile han sido implementadas en los últimos años con el objetivo de alcanzar la cobertura de 80% que se recomienda a nivel internacional; sin embargo, ninguna de ellas ha tenido éxito. En el año 2007 fue lanzada la campaña a nivel nacional contra esta enfermedad “Pasa la voz”, una iniciativa educativa que pretendía “concientizar a la población femenina sobre la existencia de esta enfermedad, la importancia de su detección y prevención a través de la realización del PAP”. Dicha campaña buscaba convertirse en una cadena de comunicación en el que cada mujer transmitiría a través de sus redes de contacto información sobre el cáncer cérvicouterino, a fin de generar conciencia de prevención y de detección precoz (Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2007).

La minuta de la última campaña del Ministerio de Salud en el año 2012 señala que el descenso paulatino de la cobertura a nivel nacional es “muy preocupante”, para lo cual se presenta como estrategia una campaña de comunicación para revertir el descenso en la cobertura. Dicha campaña establece seis mensajes, cuatro de los cuales invitan a difundir a nivel individual información acerca del examen Papanicolau (población objetivo, gratuidad, detección precoz, cobertura AUGE); el quinto mensaje invita a acudir al centro de salud más cercano; y el último de ellos a focalizar la campaña en la población de riesgo¹¹.

Si se analiza el foco de ambas campañas, y de otras realizadas previamente, este ha estado dirigido a nivel estrictamente individual, asumiendo que la no adherencia de la mujer al tamizaje es un resultado de la falta de conocimiento acerca del examen o de la enfermedad, y no de otras causas.

Si bien las campañas han sido elaboradas con un enfoque de riesgo, solo han considerado el “riesgo de enfer-

mar de cáncer cérvicouterino” sin considerar el “riesgo de no adherir al tamizaje”, factores que en Chile no han sido investigados aún y que a nivel internacional han sido utilizados principalmente en lo que respecta a la raza de la mujer en aquellos países que acogen diferentes grupos étnicos (Van Leewen et al, 2005).

Finalmente, las intervenciones realizadas han incluido solo variables biomédicas (como son los factores de riesgo para desarrollar la enfermedad) sin considerar variables “no biomédicas” que pudieran influir en la decisión de la mujer de adherir o no al tamizaje, como son aquellas relacionadas con las características psicosociales de la mujer, del sistema de salud y de su entorno. Al respecto cabe señalar que el estudio de las variables “no biomédicas” y su relación con resultados en salud ha sido estimulado en los últimos años por la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalando la necesidad de reconocer las limitaciones que tienen aquellas intervenciones en salud dirigidas solo a los riesgos individuales de enfermar y que no toman en cuenta el rol de la sociedad.

Es necesario, por lo tanto, avanzar en el análisis e intervención de las causas por las cuales hay una menor adherencia al tamizaje. Al respecto hay dos propuestas que pudieran ser consideradas. La primera de ellas es analizar la no adherencia al tamizaje bajo la perspectiva del modelo propuesto por la OMS de Determinantes Sociales (DS), y la segunda es desarrollar un registro a nivel nacional de tamizaje y detección de cáncer cérvicouterino.

El análisis de los determinantes sociales considera las características del contexto social que afectan la salud, así como también los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos en salud (WHO, 2010). La OMS los define como “aquellas circunstancias en que las personas viven y trabajan”. Este enfoque plantea que la posición social determina la salud a través de factores intermediarios. El efecto en la salud es indirecto, mediante una serie de determinantes específicos, los cuales están distribuidos de manera diferente en los grupos sociales (WHO, 2010).

Bajo el modelo de Determinantes Sociales es necesario considerar la educación, ocupación, ingreso y etnia de la mujer dentro de los factores principales que inciden en la adherencia, así como también una serie de otros factores intermediarios, entre los cuales cabe destacar las

11 Minuta Campaña para aumento cobertura PAP en mujeres de 25 a 64 años. Disponible en: http://www.colegiodematronasdechile.cl/documentos/InsumoCampanaPAP_SSy%20SEREMIS_2012.pdf

creencias, el conocimiento y la autoeficacia que las mujeres tienen en relación al tamizaje y el cáncer cérvicouterino, las características del sistema de salud y el uso que la mujer da a este, las condiciones de la vivienda y el sistema familiar, sin olvidar los factores biológicos y factores de riesgo para enfermar, ampliamente estudiados.

En relación al conocimiento y las creencias que la mujer tiene acerca del PAP y del cáncer cérvicouterino la literatura es clara: a mayor conocimiento mejor es la adherencia al PAP (Nguyen-Troung et al, 2012; MacLaughhlan et al, 2011; Nelson et al, 2009), y la ausencia de creencias negativas predicen una mejor adherencia al tamizaje. Dentro de las principales razones que impiden una mejor adherencia al tamizaje se encuentran el miedo o vergüenza de ir al médico (Williams et al, 2003), así como también la falta de conocimiento y el miedo al ridículo son importantes barreras para adherir al examen, junto con la preocupación por el dolor que pudiera causar este (Taylor et al, 2004). La autoeficacia, concepto introducido en salud por Albert Bandura (Baranowski et al, 2002) y definido como la convicción personal de poder realizar con éxito una conducta requerida que produzca resultados, también ha sido considerada una variable asociada a la adherencia al PAP. Lo anterior refuerza la necesidad de educar a la población en este tema, pero por sobre todo “desmitificar” algunos conceptos errados que se encuentran presentes en la población general y que merman la decisión de la mujer de realizarse el tamizaje, como por ejemplo creer que el PAP es útil solo en población sexualmente activa, o que si no se tiene síntomas no es necesario tomarse el PAP.

Por otra parte, es importante destacar que el contacto con un servicio de salud o profesional de salud es considerado un determinante positivo de adherencia al tamizaje, ya sea este a través de un control médico en el último tiempo o la posibilidad de contar con un prestador de salud de manera habitual. Es sabido que la intervención específica de un profesional de la salud es un buen predictor de adherencia al tamizaje, lo que probablemente se relaciona con la indicación que el profesional hace directamente a la mujer. La adherencia a otros tamizajes o conductas preventivas, como son la mamografía o el autoexamen de mama, han sido también consideradas como determinantes de mayor adherencia al PAP. De lo anterior se desprende la necesidad de que la indicación del PAP, y por ende la intervención preventiva, sea realizada no tan solo por los profesionales del área de salud de la mujer, sino por todos aquellos profesionales que toman contacto con ellas.

La ubicación de la vivienda, el tiempo de permanencia en la misma y el número de habitantes en el hogar han sido relacionados con la adherencia al tamizaje. Una mayor adherencia ha sido asociada a una menor cantidad de hogares arrendados (Eaker et al, 2001; Simou et al, 2010; Challier et al, 2000; Lin et al, 2009; Ramsey et al, 2001). Estos datos, entre otros, obligan a hacer una valoración acuciosa de las condiciones en las cuales la mujer se desenvuelve en el hogar para así focalizar la intervención en grupos de mayor riesgo de no adherir.

La segunda propuesta de intervención es el desarrollo de una base de datos a nivel nacional que considere información de la cobertura de PAP en la población objetivo tanto a nivel público como privado, así como también los exámenes realizados en la etapa diagnóstica de la enfermedad. Dicha propuesta permitiría, en primer lugar, completar el actual vacío de información al cual se enfrenta el profesional cuando la mujer, con justo derecho y libertad, navega desde el sistema de salud público al privado; en segundo lugar, esta iniciativa entregaría estadísticas de cobertura y diagnóstico de la enfermedad en el sistema privado de atención; y, finalmente, la presencia de una base de datos a nivel nacional permitiría entregar una cobertura real de la adherencia que las mujeres tienen al tamizaje. Este último punto es interesante de analizar, ya que actualmente las mujeres que se encuentran inscritas en el consultorio o centro de salud familiar municipal no siempre adhieren al tamizaje en el mismo centro o sistema de salud, y por lo tanto aparecen como no adherentes, cuando en realidad no lo son. La presencia de bases de datos en otra áreas han tenido muy buenos resultados (por ejemplo el Plan de Inmunización), por lo que dicha propuesta debiera ser considerada también aplicable al tamizaje y diagnóstico de cáncer cérvicouterino en nuestro país. La presencia de un sistema de registro nacional permitiría avanzar en la prevención de este cáncer, situando la etapa de *screening* (resultado de PAP) y diagnóstico (colposcopia y biopsia) de esta enfermedad en un mejor nivel de atención. Esto porque no existe un registro compartido entre el sistema público y privado, motivo por el cual no se puede acceder a la información entre ambos sistemas.

3. Estrategias educativas preventivas para el cáncer cérvicouterino

La incorporación de la vacuna contra el VPH debe ser acompañada de estrategias educativas efectivas dirigidas a las niñas, a sus madres/padres/cuidadores y al profesorado de los diferentes colegios con el objetivo de lograr los niveles de cobertura apropiados. Este último

grupo cobra real relevancia de ser intervenido dado que la vacunación en nuestro país es realizada en los colegios, por lo tanto son los profesores quienes reciben las inquietudes de los padres y apoderados y en quienes recae en gran parte el éxito de cobertura que pueda tener la vacuna.

Cabe señalar que las intervenciones educativas no deben estar centradas solamente en asegurar una buena cobertura de la vacuna, sino que también deben estar dirigidas a comprender correctamente el significado de la vacunación y cuál es la protección que esta entrega. Si bien las niñas beneficiadas por la vacunación no son aun población objetivo del tamizaje de cáncer cérvicouterino, sí se encuentran/encontrarán en riesgo de contraer el VPH, motivo por el cual la intervención educativa debe estar dirigida, además, al ámbito de las conductas sexuales. En un estudio realizado en Chile la edad de mayor prevalencia de VPH fue el grupo entre 15 y 24 años de edad (Ferrecio et al, 2004).

La vacunación contra el VPH debiera ser entregada junto a una educación profunda y acabada del real significado que tiene dicha intervención. En primer lugar, señalar que la infección por VPH se adquiere por contacto sexual, y que su mayor prevalencia se produce en los primeros años de vida sexual (Abarca et al, 2008), motivo que lleva a elegir a las niñas de 9 años como la población objetivo. En segundo término, establecer que la vacunación contra el VPH no protege de otras enfermedades de transmisión sexual, razón por la que la sexualidad responsable es un elemento que no debe ser olvidado al momento de educar a dicha población. Este aspecto es importante de considerar puesto que se debe evitar otorgar un falso sentido de seguridad ante los riesgos sexuales. En tercer lugar, es importante recalcar que la vacunación no libera a la beneficiada de controles ginecológicos habituales ni tampoco de no adherir al sistema de tamizaje vigente, destacando que si bien es una vacuna contra el virus causante de la enfermedad, esta igual podría desarrollarse si no se detecta a tiempo. Este punto es relevante de destacar para evitar que se entienda la vacunación como un método de reemplazo del tamizaje ya instaurado en Chile, y no como una medida adicional de protección. El desconocimiento de la infección por VPH como agente etiológico principal del cáncer cérvicouterino es un aspecto importante de considerar en la educación, así como también que dicha infección no presenta síntomas, por lo que no es posible de diagnosticar sin un contacto con un profesional del área de la salud de la mujer.

La adherencia a un control ginecológico es un aspecto también importante de contemplar al momento de educar a la población beneficiada. El control ginecológico debe ser considerado un eje de intervención/prevenición de cáncer cérvicouterino y debe ser promovido a edades tempranas de la mujer. En un estudio realizado en adolescentes chilenas de enseñanza media (Urrutia et al, 2012), más de la mitad de ellas nunca había acudido a un control ginecológico pese a que ya habían iniciado su actividad sexual. Cabe destacar que en ese mismo estudio una de cada cinco adolescentes que había acudido a control ginecológico lo había hecho por posible embarazo, situación que denota lo tardío que dicho recurso preventivo llega a la población adolescente. Es importante aprovechar esta oportunidad para desmitificar aspectos errados que se asocian al control ginecológico y que en nuestra cultura son altamente transmitidos de generación en generación.

La importancia de que la adolescente tenga un contacto con un profesional de salud con quien pueda discutir aspectos de sexualidad responsable se torna de gran relevancia en este nuevo escenario preventivo; sin embargo, la educación sexual debiera trascender la consulta de un profesional de salud y ser una responsabilidad compartida con el sector de la educación. Dado que la vacunación es llevada a cabo en los centros educativos de nuestro país, los profesores son también un grupo importante de ser intervenido para que potencien los esfuerzos del sector salud. Los profesores deben conocer los diferentes niveles de prevención del cáncer cérvicouterino y la importancia de su intervención en los adolescentes bajo su cuidado. Son ellos los que en la mayoría de los casos reciben las dudas que surgen en los adolescentes respecto a su vida sexual y serán ellos los responsables de responder correctamente dichas dudas, tanto para la protección contra la infección por VPH como del desarrollo de esta enfermedad.

Finalmente, pero no por eso menos relevante, es importante considerar las metodologías mediante las cuales se entregarán los contenidos educativos de prevención del cáncer cérvicouterino tanto a los adolescentes chilenos como a sus profesores. Al respecto se sugiere incorporar la tecnología al servicio de la prevención, mediante metodologías interactivas acordes a las nuevas generaciones de adolescentes, las que además entregan un cierto grado de anonimato en temas que para muchos de ellos son sensibles y difíciles de hablar con un adulto como es la sexualidad. Dichas herramientas permitirían también beneficiar a un mayor número de

personas, con el objetivo de apoyar la educación escolar presencial que darían los profesores en conjunto con los profesionales de la salud encargados de la prevención. Es sabido que intervenciones educativas por medio de tecnologías –*software*, páginas web, celulares, entre otros– han mostrado resultados favorables con un gran potencial de salud pública (Ritterband & Tate, 2009; Swendeman & Rotheram-Borus, 2010; Tate et al, 2009; Kiene & Barta, 2006; Roberto et al, 2007).

Luego de analizar cada uno de los componentes del nuevo paradigma preventivo propuesto, este se podría resumir en la Tabla 3, que contempla los antecedentes y las propuestas realizadas para cada uno de ellos.

Conclusiones

Nuestra actual realidad nacional obliga a remirar los esfuerzos preventivos frente al cáncer cérvicouterino y cómo están siendo llevados a cabo en la práctica. El nuevo paradigma propuesto considera que los tres principales componentes se desarrollen de manera simultánea, armoniosa y sinérgica, sin considerar a ninguno de ellos más o menos importante en este nuevo escenario. Esta coexistencia es la manera por la cual los esfuerzos por controlar la enfermedad y disminuir su incidencia

podrán ser realmente efectivos sin olvidarse de aquellas mujeres ya diagnosticadas y tratadas. Por ende, la presencia de los tres niveles de prevención es otra de las características de este nuevo paradigma, cuya armonía augura un éxito en la implementación de nuevas políticas de salud pública.

A su vez, los tres principales componentes del paradigma, si son abordados mediante las estrategias propuestas anteriormente, podrán generar con el tiempo nuevos focos de atención en la prevención de cáncer cérvicouterino, contribuyendo a la disminución de la mortalidad por esta enfermedad, así como a enfrentar problemas de adherencia al PAP o a la vacuna contra el VPH. Los nuevos focos de atención nos llevarán a centrar los esfuerzos en estudios que entreguen información para mejorar la calidad de atención de las sobrevivientes de este cáncer, en el análisis de impacto de las diferentes campañas educativas, así como también en la implementación de nuevas y variadas formas de educar a la población.

El cáncer cérvicouterino es una enfermedad prevalente en nuestro país, cuya prevención ha virado hacia nuevos horizontes, con grupos objetivos que hacen desafiante cualquier tipo de intervención actualmente en desarrollo y que nos obligan a responder de manera eficiente en este nuevo escenario.

Tabla 3. **Resumen del Nuevo Paradigma Preventivo: componentes, antecedentes y propuestas**

Componentes	Antecedentes	Propuestas
SOBREVIDA - CALIDAD DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrevida global a 5 años = 48% - 68% (bajo las cifras internacionales) • Múltiples factores inciden en la sobrevida 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de sobrevida nacional posterior al AUGE • Evaluar la calidad de vida • Evaluación directa o indirecta de la calidad de atención
ADHERENCIA AL TAMIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere cobertura del 80% • Múltiples campañas realizadas con enfoque de riesgo de enfermar • Se asume falta de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar determinantes sociales en la adherencia (variables NO biomédicas) • Crear un Registro nacional de tamizaje y diagnóstico de cáncer cérvicouterino
ESTRATEGIAS EDUCATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del VPH como agente etiológico de cáncer cérvicouterino • Desconocimiento de las características de la infección por VPH • Baja cobertura de control ginecológico en adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a niñas, padres y profesores • Mejorar adherencia y comprender el significado de la vacuna • Educación sexual - ginecológica • Metodologías acordes al público objetivo

Fuente: elaboración propia.

Referencias

- Abarca, K., Valenzuela, M.T., Vergara, R., Luchsinger, V., Muñoz, A., Jiménez de la Jara, J., Ripoll, E., Oryan, M., 2008. Declaración del Comité Consultivo de Inmunizaciones de la Sociedad Chilena de Infectología respecto a la vacuna anti virus papiloma humano. *Rev. Chil. Infect.*, 25 (6), 428-434.
- Abuelo, C.E., Levinson, K.L., Salmeron, J., Sologuren, C.V., Fernández, M.J., Belinson, J.L., 2014. The Peru Cervical Cancer Screening Study (PERCAPS): the design and implementation of a mother/daughter screen, treat, and vaccinate program in the Peruvian jungle. *J. Community Health*, 39 (3), 409-415.
- Ahken, S., Fleming, N., Dumont, T., Black, A., 2015. HPV awareness in higher-risk young women: the need for a targeted HPV catch-up vaccination program. *J. Obstet. Gynaecol. Can.*, 37 (2), 122-128.
- Bartlett, J.A. and Peterson, J.A., 2011. The Uptake of Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Among Adolescent Females in the United States: A Review of the Literature. *The Journal of School Nursing*, 27 (6), 434-446.
- Beatty, B.G., O'Connell, M., Ashikaga, T., Cooper, K., 2003. Human papillomavirus (HPV) education in middle and high schools of Vermont. *J. Sch. Health*, 73 (7), 253-257.
- Chang, I.J., Huang, R., He W, Z.S., Wang, S., Zhao, F., Smith, J.S., Qiao, Y.L., 2013. Effect of an educational intervention on HPV knowledge and vaccine attitudes among urban employed women and female undergraduate students in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 13 (1), 916.
- Challier, B., Meslans, Y., Viel, J., 2000. Deprived areas and attendance to screening of cervix uteri cancer in a French region. *Cancer Causes Control*, 11 (2), 157-162.
- Chapman, E., Venkat, P., Ko, E., Orezza, J.P., Del Carmen, M., Garner, E., 2010. Use of multimedia as an educational tool to improve human papillomavirus vaccine acceptability: a pilot study. *Gynecol. Oncol.*, 118 (2), 103-107.
- Cheung, F.Y., Mang, O., Law, S., 2011. *A population-based analysis of incidence, mortality, and stage-specific survival of cervical cancer patients in Hong Kong: 1997-2006*.
- Eaker, S., Adami, H., Sparén, P., 2001. Reasons women do not attend screening for cervical cancer: a population-based study in Sweden. *Prev. Med.*, 32 (6), 482-491.
- Ferreccio, C., Prado, R., Luzoro, A., Ampuero, S., Snijders, P., Meijer, C., et al, 2004. Population-based prevalence and age distribution of human papillomavirus among women in Santiago, Chile. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 13 (12), 2271-2276.
- Fregnani, H.T., Carvalho, A.L., Eluf-Neto, J., Ribeiro, K., Kuil, L., Silva, T.A., et al, 2013. A School-Based Human Papillomavirus Vaccination Program in Barretos, Brazil: Final Results of a Demonstrative Study. *PLoS One*, 8 (4).
- Gargano, L.M., Herbert, N.L., Painter, J.E., Sales, J.M., Vogt, T.M., Morfaw, C., et al, 2014. Development, theoretical framework, and evaluation of a parent and teacher-delivered intervention on adolescent vaccination. *Health Promotion Practice*, 15 (4), 556-567.
- Baranowski, T., Perry, Ch., Parcel, G., 2002. How individuals, environments, and health behavior interact. In: Glanz, K., Rimer, B. & Lewis, F. (eds.), *Health behavior and health education. Theory, research and practice* (pp. 41-44). San Francisco: Jossey Bass.
- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., Hacker, N., 2003. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psychooncology*, 12, 267-279.
- Kiene, S. & Barta, W., 2006. A brief individualized computer-delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior. *Journal of Adolescent Health*, 39 (3), 404-410. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.12.029
- Kwan, T.T., Tam, K.F., Lee, P.W., Chan, K.K., Ngan, H.Y., 2011. The effect of school-based cervical cancer education on perceptions towards human papillomavirus vaccination among Hong Kong Chinese adolescent girls. *Patient Educ. Couns.*, 84 (1), 118-122.
- Lin, M., Moskowitz, J., Kazinets, G., Ivey, S., Kim, Y.B., McDonnell, D., 2009. Adherence to Pap test guidelines: Variation among Asians in California. *Ethn. Dis.*, 19, 425-432.
- MacLaughlan, S., Lachance, J., Gjelsvik, A., 2011. Correlation between smoking status and cervical cancer screening: a cross-sectional study. *J. Low Genit. Tract Dis.*, 15 (2), 114-119.
- Ministerio de Salud (Minsal), 2005a. Mortalidad por causas. Disponible en: http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/causas05.asp?temp=TODAS_EDADES_MUJ.html
- Ministerio de Salud (Minsal), 2005b. Garantías explícitas en salud. Guía clínica cáncer cérvicouterino. Disponible en: <http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/CancerCervicouterino.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile (Minsal), 2013. Minsal vacunará a niñas de 9 años para prevenir cáncer de cuello. Disponible en: <http://web.minsal.cl/node/175>
- Nelson, W., Moser, R., Gaffey, A., Waldron, W., 2009. Adherence to cervical cancer screening guidelines for U.S. women aged 25-64: Data from the 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS). *J. Women's Health*, 18 (11), 1759-1768.

- Nguyen-Truong, C., Lee-Lin, F., Leo, M.C., Gedaly-Duff, V., Nail, L., Wang, P., Tran, T., 2012. A community-based participatory research approach to understanding Pap testing adherence among Vietnamese American immigrants. *JOGNN*, 41 (6), E26-40.
- National Cancer Institute, 2006. HPV vaccines for cervical cancer. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/hpv-vaccines>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2014. Cáncer Cérvicouterino [Online], Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2007. Prevención y detección temprana pueden evitar una escalada de muertes por cáncer en las Américas [Online]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps070204.htm>
- Ramsey, S., Cheadle, A., Neighbor, W., Gore, E., Temple, P., Staiger, T., Goldberg, H., 2001. Relative impact of patient and clinic actors on adherence to primary care preventive service guidelines: an exploratory study. *Medical Care*, 39 (9), 979-89.
- Ritterband, L., & Tate, D., 2009. The science of internet interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38 (1), 1-3. doi:10.1007/s12160-009-9132-5.
- Roberto, A., Zimmerman, R., Carlyle, K., Abner, E., Cupp, P., & Hansen, G., 2007. The effects of a computer-based pregnancy, STD, and HIV prevention intervention: A nine-school trial. *Health Communication*, 21 (2), 115-124. doi:10.1080/10410230701306990.
- Seamon, L., Tarrant, R., Fleming, S., Vanderpool, R., Pachtman, S., Podzielinski, I., Branscum, A., Feddock, J., Randall, M., DeSimone, C., 2011. Cervical cancer survival for patients referred to a tertiary care center in Kentucky. *Gynecologic Oncology*, 123, 565-570.
- Simou, E., Foundoulakis, E., Kourlaba, G., Maniadakis, N., 2010. Factors associated with the use of preventive services by women in Greece. *Eur. J. Public Health*, 21 (4), 512-519.
- Solis, J.A., Silva, M., Bravo, E., León, M., Merino, G., Díaz, R., Franck, C., Egaña, J., Martínez, S., Ross, K., 2007. Pronóstico de cáncer cérvicouterino estadios IIB-IIIB tratados con radio quimioterapia: experiencia Hospital Van Buren, Valparaíso, Chile. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.*, 58 (4).
- Sepúlveda, P., González, F., Napolitano, C., Roncone, E., Cavada, G., 2008. Cáncer de cuello uterino: Sobrevida a 3 y 5 años en Hospital San José. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 73 (3), 151-154.
- Swendeman, D., & Rotheram-Borus, M., 2010. Innovation in sexually transmitted disease and HIV prevention: internet and mobile phone delivery vehicles for global diffusion. *Current Opinion in Psychiatry*, 23 (2), 139-144.
- Tate, D.F., Finkelstein, E.A., Khavjou, O. & Gustafson, A., 2009. Cost effectiveness of internet interventions: review and recommendations. *Annals of Behavioral Medicine*, 38 (1), 40-45.
- Taylor, V., Yasui, Y., Burke, N., Nguyen, T., Acorda, E., Thai, H., Qu, P., Jackson, J.C., 2004. Pap testing adherence among Vietnamese American women. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 13 (4), 613-619.
- Urrutia, M.T., Concha, X., Riquelme, G., Padilla, O., 2012. Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvicouterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. *Rev. Chil. Infect.*, 29 (6), 600-606.
- Van Leeuwen, A., de Nooijer, P., Hop, W., 2005. Screening for cervical carcinoma. Participation and results for ethnic groups and socioeconomic status. *Cancer Cytopathol*, 105, 270-276.
- Williams, J., Santoso, J., Ling, F., Przepiorka, D., 2003. Pap smear non compliance among female obstetrics-gynecology residents. *Gynecol. Oncol.*, 90 (3), 597-600.
- World Health Organization (WHO), 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Yépez, M.C., Cerón, E., Hidalgo, A., Cerón, C., 2011. Supervivencia de mujeres con cáncer de cuello uterino. Municipio de Pasto, Colombia. *Revista Universidad y Salud*, 13 (2).

Centro UC

Políticas Públicas

www.politicaspUBLICAS.uc.cl
politicaspUBLICAS@uc.cl

SEDE CASA CENTRAL

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 340, piso 3, Santiago.
Teléfono (56-2) 2354 6637.

SEDE LO CONTADOR

El Comendador 1916, Providencia.
Teléfono (56-2) 2354 5658.

CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC

- Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal • Facultad de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos
- Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas • Facultad de Ciencias Sociales • Facultad de Derecho • Facultad de Educación
- Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política • Facultad de Ingeniería • Facultad de Medicina