



Revista Peruana de Medicina  
Experimental y Salud Pública  
ISSN: 1726-4642  
revmedex@ins.gob.pe  
Instituto Nacional de Salud  
Perú

Morán, Flavia; Cárcamo, César; Valderrama, María; García, Patricia J.  
PREFERENCIAS Y SATISFACCIÓN HACIA UN PROGRAMA DE TAMIZAJE CON  
PRUEBAS AUTOADMINISTRADAS DE DETECCIÓN DEL VIRUS DE PAPILOMA  
HUMANO

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 34, núm. 2, 2017, pp.  
228-232

Instituto Nacional de Salud  
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36352106009>

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

# PREFERENCIAS Y SATISFACCIÓN HACIA UN PROGRAMA DE TAMIZAJE CON PRUEBAS AUTOADMINISTRADAS DE DETECCIÓN DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

Flavia Morán<sup>1,a</sup>, César Cárcamo<sup>2,b</sup>, María Valderrama<sup>2,c</sup>, Patricia J. García<sup>2,d</sup>

## RESUMEN

Estudio transversal que describe preferencias y satisfacción hacia un programa de tamizaje de cáncer cervical con pruebas rápidas autoadministradas, para la detección del virus de papiloma humano (VPH). De las 2090 usuarias captadas por el programa en Ventanilla Callao-Perú, se seleccionó aleatoriamente a 97 para ser encuestadas. Asimismo, se realizaron entrevistas a mujeres líderes de la comunidad, encargadas de ofrecer las pruebas. El 74,2% de las usuarias se sintió, cuanto menos, satisfecha con el programa. El 68% de las mujeres prefiere la autotoma de la prueba, principalmente por demandar menos tiempo. De las mujeres que prefieren la toma en el centro de salud, el 90,3% lo hace por la seguridad de que la prueba sea realizada correctamente. La inclusión de líderes comunitarias en el programa permitió una buena difusión de la prueba y de los pasos para realizarla.

**Palabras clave:** *Tamizaje masivo; Pruebas de ADN del Papillomavirus Humano; Pruebas en el Punto de Atención; Autoadministración; Satisfacción del paciente (fuente: DeCS BIREME).*

## PREFERENCES AND SATISFACTION TOWARDS A SCREENING PROGRAM WITH SELF-ADMINISTERED HUMAN PAPILLOMA VIRUS DETECTION TESTS

### ABSTRACT

Cross-sectional study describing preferences and satisfaction towards a cervical cancer screening program with self-administered rapid tests for the detection of human papillomavirus (HPV). Of 2 090 users picked by the program in Ventanilla Callao - Peru, 97 were randomly selected to be surveyed. In addition, interviews were conducted with women leaders of the community, in charge of providing the evidence. 74.2% of the users felt, at least, satisfied with the program. 68% of women prefer to take the test, mainly by demanding less time. Of women who prefer to take the test at the Health Center, 90.3% do so for the safety of the test being done correctly. The inclusion of community leaders in the program allowed a good diffusion of the test and the steps to carry it out.

**Key words:** *Mass Screening; Human Papillomavirus DNA Tests; Point-of-Care Testing; Self administration, Patient Satisfaction (source: MeSH NLM).*

## INTRODUCCIÓN

En el Perú, el cáncer cervical es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de 15 a 44 años<sup>(1)</sup>. Sin embargo, la cobertura del tamizaje a nivel nacional oscila entre 30,9 a 62,7%. La mayoría de programas de detección están basados en la prueba de Papanicolaou (PAP) que presenta barreras como las distancias largas hasta el centro de salud<sup>(5)</sup>, incomodidad durante el examen pélvico<sup>(6)</sup> y la

demora en la devolución de resultados<sup>(7)</sup>. Una alternativa para el despistaje son las pruebas rápidas de detección del virus del papiloma humano (VPH). El careHPV (QIAGEN, Gaithersburg, MD, USA) es una prueba que, a pesar de ser molecular, es simple, rápida, accesible, barata, y que puede ser utilizada en condiciones de bajos recursos y en condiciones ambientales muy variables<sup>(8)</sup>. Asimismo, el careHPV vaginal ha demostrado mayor sensibilidad para la detección de neoplasia intraepitelial

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Estudiante de Medicina; <sup>b</sup> médico, doctor en Epidemiología; <sup>c</sup> obstetra, magíster en Obstetricia; <sup>d</sup> médico, doctora en Medicina

Recibido: 20/10/2016 Aprobado: 19/04/2017 En línea: 28/06/2017

cervical NIC2 (69,6%) y NIC3 (71,3%) que la prueba de Inspección visual con ácido acético (IVAA) (59,8% y 62,7%) o la de PAP (58,4 y 62,7%). En cuanto a las especificidades agrupadas del careHPV vaginal, prueba de IVAA y PAP, se han reportado valores de 90,6%, 84,2%, y 87,7%, respectivamente <sup>(9)</sup>.

Con la hipótesis de que esta nueva estrategia pueda ayudar a suplir las barreras hacia el tamizaje, en agosto del 2015 se implementó un estudio de investigación operativa llamado HOPE. El objetivo era evaluar la factibilidad de un modelo de despistaje de cáncer cervical en Ventanilla, Callao, que incluya (i) el uso del careHPV, (ii) toma de muestras domiciliarias con hisopos vaginales autoadministrados (autotoma) y (iii) la participación de mujeres líderes de la comunidad como agentes de cambio. El programa HOPE se implementó durante siete meses en coordinación con la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Callao y tres centros de salud. La población objetivo eran mujeres de 25 a 59 años. Las mujeres líderes comunitarias ofrecían el careHPV y cada mujer realizaba la autotoma de la prueba, colocaba su muestra en un sobre y lo depositaba en uno de los buzones del programa HOPE ubicados en los centros de salud. El personal del programa recogía los sobres y los enviaba al laboratorio de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Callao para que las muestras sean procesadas. Finalmente, se enviaba un mensaje de texto con los resultados de la prueba en caso sean mujeres VPH- o con una cita para acudir al centro de salud en caso sean VPH+. En el centro de salud se explicaban los resultados y se ofrecían otras pruebas gratuitamente como PAP, colposcopia y tratamiento, según sea necesario.

Al ser la primera vez que se implementa una prueba molecular de bajo costo, que articula la participación de líderes comunitarias y envío de resultados por mensaje de texto, era de suma importancia conocer la experiencia de las usuarias y las líderes comunitarias. Un programa de salud adaptado a las preferencias de las usuarias y con el cual se sienten satisfechas tiene un efecto predictivo para una buena cobertura <sup>(10)</sup>.

El objetivo de este estudio es determinar las preferencias y satisfacción en usuarias de un programa de tamizaje con pruebas autoadministradas de detección del VPH en Ventanilla, Callao.

## EL ESTUDIO

Estudio transversal, implementado en base al proyecto de investigación HOPE. Se utilizó metodología cuantitativa y cualitativa de manera complementaria. Aproximaciones cualitativas han demostrado ser útiles en investigaciones en servicios de salud ya que pueden explorar de manera más profunda vínculos entre conceptos y comportamientos de las usuarias <sup>(11)</sup>.

## MENSAJES CLAVE

**Motivación para realizar el estudio.** Un programa de tamizaje adaptado a las preferencias de las usuarias y con el cual se sienten satisfechas podría mejorar la cobertura del mismo.

**Principales hallazgos.** El 74,2% de las usuarias se sintió cuanto menos satisfecha con el programa. El 68% prefiere la autotoma de la prueba principalmente por demandar menos tiempo.

**Implicancias.** Un programa con pruebas autoadministradas de VPH puede tener una alta receptividad. Se requiere mejorar la seguridad en las usuarias de que la prueba puede ser autoadministrada correctamente, así como la difusión de información sobre cáncer cervical y el VPH al momento de la prueba.

El estudio se realizó en Ventanilla en Callao-Perú entre febrero y mayo de 2016. De 2090 usuarias del programa HOPE captadas entre agosto de 2015 y febrero de 2016, se seleccionó aleatoriamente una muestra para ser encuestada, bajo el criterio de que se hayan realizado la prueba rápida de detección del VPH. Con un nivel de confianza del 95%, una muestra de 92 personas presentó errores en las estimaciones no mayores del 10%. Sin embargo, se consideró un 8% de no respuesta en base a la experiencia en estudios previos con encuestas domiciliarias <sup>(12)</sup>, por lo que el estudio planteó finalmente la inclusión de 100 mujeres para ser encuestadas.

La encuesta fue elaborada a partir de modelos en estudios previos <sup>(13-15)</sup> y consta de 29 preguntas que fueron validadas por expertos. Incluye variables para caracterización sociodemográfica de las usuarias y variables de preferencias en cuanto a la autoadministración de la prueba. Las variables de satisfacción hacia los diferentes aspectos del programa se encuentran en una escala de cinco opciones, pues la satisfacción hacia los servicios de salud es reconocida como un concepto multidimensional e instrumentos con una gama de opciones de respuesta tienen buenas propiedades psicométricas <sup>(16)</sup>. Una única encuestadora previamente entrenada aplicó el instrumento según la disponibilidad de las usuarias y luego de recibir su consentimiento verbal. La encuesta se realizó vía telefónica; en el caso de mujeres cuyo número de celular no estaba disponible, se realizó una visita domiciliaria para aplicar la encuesta en un ambiente privado.

El análisis descriptivo de las variables cuantitativas se realizó a través de medidas de tendencia central y de dispersión, de acuerdo a la normalidad evaluada por la prueba de Shapiro-Wilk. Para variables categóricas se hizo uso de frecuencias y porcentajes. El software estadístico utilizado para el análisis de la información fue STATA 13.0.

De 52 mujeres líderes que reclutó el programa HOPE de manera voluntaria, se seleccionó a un grupo propositivamente para ser entrevistado hasta llegar a un punto de saturación. La entrevista semiestructurada fue evaluada por expertos, aplicada por una única entrevistadora, grabada y transcrita. Los códigos fueron desarrollados en base a los temas principales que se exploraban: percepción de la recepción del programa entre las usuarias, dificultades durante el desarrollo de programa, continuidad de su participación difundiendo la prueba, y recomendaciones. Algunos códigos se establecieron previamente a las entrevistas y otros fueron surgiendo conforme se iban revisando los transcritos.

El protocolo y el uso de instrumentos fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La información se recolectó de manera anónima y confidencial.

## HALLAZGOS

De las 100 mujeres seleccionadas para participación, se logró encuestar a 97. A 52 mediante llamadas telefónicas y a 45 mediante visitas domiciliarias. Las características sociodemográficas se detallan en la tabla 1.

El 71,1% (69) se enteró del programa por una líder comunitaria designada por el programa para ofrecer

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las usuarias de un programa de tamizaje de cáncer cervical en Ventanilla, Perú (n=98)

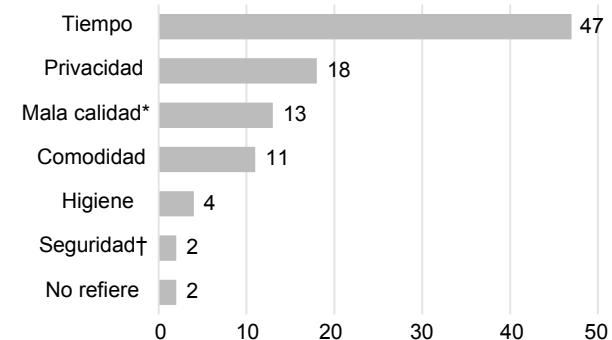
Característica	n (%)
Edad (años)	
<30	14 (14,4)
30-39	34 (35,1)
40-49	39 (40,2)
50-59	10 (10,3)
Estado civil	
Soltera	18 (18,6)
Casada	28 (28,9)
Conviviente	46 (47,4)
Divorciada	2 (2,1)
Viuda	3 (3,1)
Grado de instrucción	
Primaria incompleta	10 (10,3)
Primaria completa	17 (17,5)
Secundaria incompleta	14 (14,4)
Secundaria completa	41 (42,3)
Técnica	11 (11,3)
Universitaria	2 (2,1)
Ninguno	2 (2,1)
Ocupación	
Ama de casa	60 (61,9)
Comercio	12 (12,4)
Servicio	25 (25,8)

las pruebas entre sus vecinas. El 48,5% (47) de las usuarias sabía de la existencia del cáncer cervical antes del programa y el 94,9% (92) cree que es prevenible. Solo el 8,3% (8) asocia el VPH con el cáncer cervical. El 24,7% (24) asocia un resultado positivo de la prueba de VPH con tener cáncer cervical, el 16,5% (16) con tener una enfermedad, el 17,5% (17) con tener el VPH y el 41,3% (40) no sabía el significado de un resultado positivo.

En cuanto a las preferencias entre las usuarias, el 68,0% (66) prefieren la autotoma que la toma en un centro de salud. Las razones se detallan en la Figura 1. De las mujeres que prefieren realizarse la prueba en el centro de salud, el 90,3% (28) lo hace por la seguridad de que la prueba se realice correctamente. Por otro lado, el 7,2% (7) de las usuarias refiere sentir incomodidad y dolor al momento de realizarse la prueba.

En la Tabla 2 se observa que un aspecto del programa con el que varias mujeres se sintieron insatisfechas fue la información recibida sobre el cáncer cervical y VPH al momento de ofrecer la prueba. El 96,9% (94) dijo que volvería a participar del programa y un 99% (96) lo recomendaría a familiares y amigos.

La saturación de las entrevistas se alcanzó con diez líderes comunitarias, quienes reportaron en su totalidad sentirse satisfechas de haber participado ofreciendo las pruebas de VPH. Una líder comentó el beneficio de ser parte de una organización de la comunidad como el programa de "Vaso de Leche" o ser dueña de una tienda, lo cual significaba un punto de reunión muy accesible para la entrega y promoción de la prueba. Todas las líderes refieren que, en un inicio, las mujeres se sentían inseguras ante una prueba. Una líder dijo: *Algunas [respondían] con desconfianza, pero cuando le hablábamos de*



\*Mala calidad en la atención por parte del personal de salud

†Seguridad de que la prueba se realice correctamente

Algunas de las usuarias eligieron más de una razón para su preferencia.

**Figura 1.** Razones para la preferencia de autotoma entre las usuarias de un programa de tamizaje con pruebas autoadministradas de detección de VPH en Ventanilla, Callao- Perú.

**Tabla 2.** Niveles de satisfacción entre las usuarias de un programa de tamizaje con pruebas autoadministradas de detección de VPH en Ventanilla, Callao-Perú

Preguntas	Muy satisfecha	Satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Insatisfecha	Muy insatisfecha
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Información recibida sobre el cáncer cervical y VPH al momento de ofrecer la prueba	9 (9,3)	23 (23,7)	23 (23,7)	42 (43,3)	0 (0,0)
Información recibida sobre los pasos para realizar la prueba	24 (24,7)	63 (64,9)	7 (7,2)	3 (3,2)	0 (0,0)
Recibir el resultado de la prueba por mensaje de texto*	28 (54,9)	16 (31,4)	6 (11,7)	1 (2,0)	0 (0,0)
Tiempo en el que recibió los resultados de la prueba*	23 (45,1)	16 (31,4)	4 (7,8)	7 (13,7)	1 (2,0)
Información recibida sobre el procedimiento que se realizaría en el centro de salud †	5 (33,3)	6 (40,0)	2 (13,3)	1 (6,7)	1 (6,7)
Satisfacción global con el programa	36 (37,1)	36 (37,1)	18 (18,6)	7 (7,2)	0 (0,0)

VPH: virus papiloma humano

\*Solo aplica a las mujeres que ya habían recibido sus resultados al momento de realizar la encuesta (n=51)

†Solo aplica a las mujeres con resultado VPH positivo que fueron citadas al centro de salud para hacerse una colposcopía como parte del programa (n=15)

*nuestra propia experiencia, lo iban valorando.* Otra líder dijo: *Les parecía raro que ellas mismas puedan hacer la prueba, decían ‘¿por qué no lo hace un especialista en el tema?’, cuando ya les explicaba mejor, entendían...* *Como a veces hay ginecólogos hombres, da un poquito de vergüenza, les parecía muy bien que lo hagan en su propia casa, tranquilas, sin que nadie las vea.* Dos de las líderes comentaban que en algunas usuarias hay temor por hacerse pruebas preventivas, sobre todo por saber si tienen alguna enfermedad y prefieren nunca recibir los resultados. Todas las líderes dijeron que les gustaría continuar con su labor, pero que necesitarían recursos. Una líder dijo: *Lo que quisieramos es juntar un importe para poder obtener más pruebas, más materiales para muchas mujeres que faltan entregar...sí creo que funcionaría ese sistema.*

## DISCUSIÓN

El careHPV, con su modalidad de autotoma, tuvo acogida en la mayoría de las usuarias (68,0%), quienes reportaron preferirla, principalmente, por demandar menos tiempo, la privacidad y porque se evita la mala calidad de atención del personal de salud (poco cuidado, poca delicadeza al momento del examen, examen brusco y rápido), siendo muy pocas las mujeres que reportaron dolor o incomodidad. Estos resultados coinciden con estudios nacionales en Manchay (Lima) e Iquitos donde se reporta una preferencia por la autotoma de 81,4% e incomodidad y dolor con la autotoma de 11,6% (7). De esta manera, se presenta un avance en afrontar barreras para el tamizaje de cáncer cervical como el tiempo de espera dentro del centro de salud,

la incomodidad y la vergüenza al momento del examen pélvico (18-20). Las líderes comunitarias refirieron que, cuando la ofrecían, algunas mujeres desconfiaban de la prueba por la inseguridad de que sea autoadministrada correctamente, esta es una duda que ha persistido, como se evidencia en las razones para preferir la toma en el centro de salud. Este hallazgo también podría significar una desconfianza de las usuarias respecto a la validez de los resultados de las pruebas autoadministradas

Otras de las barreras conocidas hacia el tamizaje es el poco conocimiento en relación al cáncer cervical (19), que fue el único aspecto del programa con el que un gran número de mujeres (43,3%) se sintió insatisfecha. Una explicación es que las personas encargadas de ofrecerla eran líderes comunitarias que no tienen una formación profesional en salud. Sin embargo, las líderes sí fueron muy efectivas en dar a conocer la existencia de la prueba y en transmitir de una manera adecuada los pasos para realizarla. Las líderes contaban con material visual donde se podían observar los pasos y, posiblemente, era más sencillo transmitir una experiencia –muchas de las líderes se realizaron también la prueba– que transmitir información teórica. Por otro lado, la falta de información puede llevar a las mujeres a conclusiones erróneas sobre un resultado anormal de la prueba, como lo evidencia el 24,7% que asociaba un resultado positivo del careHPV con tener cáncer cervical. Este resultado puede generar ansiedad (18,19) y es considerado un obstáculo para acudir a la colposcopía (6).

A pesar de ser una población finita, la imprecisión de los resultados por el poco tamaño muestral y la

estimación de error del 10% constituyen una limitación en evaluaciones rápidas como la del presente estudio.

Se concluye que la mayoría de las usuarias se sintieron satisfechas con un programa de tamizaje con pruebas autoadministradas de detección del VPH. Un gran número de mujeres prefiere la autotoma sobre la toma en el centro de salud; sin embargo, existe inseguridad de que la prueba sea autoadministrada correctamente. La inclusión de mujeres líderes comunitarias permitió una buena difusión de la prueba y de los pasos para realizarla, pero en menor medida de la información sobre el cáncer cervical y el VPH.

**Agradecimientos:** a la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, a Marlène Iriarte Neyra, Jocelyn Calderón Sanchez, Lorena López Torres Guzmán y todas las usuarias del programa HOPE.

**Contribución de los autores:** PG participó en la concepción del artículo; FM, CC y MV participaron del diseño, análisis de datos, redacción, revisión crítica del artículo y recolección de resultados, todos aprobaron la versión final.

**Fuentes de financiamiento:** autofinanciado.

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjósé S. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Peru (internet). Summary Report 15 December 2016. (citado 21 de enero de 2016) Disponible en: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/PER.pdf>
2. Paz Soldan VA, Lee FH, Carcamo C, Holmes KK, Garnett GP, García P. **Who is getting Pap smears in urban Peru?** Int J Epidemiol. 2008;37(4):862-9. doi: 10.1093/ije/dyn118.
3. Barrionuevo-Rosas L, Palencia L, Borrell C. **¿Cómo afecta el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolaou en Perú?** Rev Panam Salud Pública. 2013;34(6):393-400.
4. Gutiérrez C, Romaní F, Ramos J, Alarcón E, Wong P. **Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008.** Rev Peru epidemiol. 2010;14(1):39-49.
5. Cunningham MS, Skrastins E, Fitzpatrick R, Jindal P, Oneko O, Yeates K, et al. **Cervical cancer screening and HPV vaccine acceptability among rural and urban women in Kilimanjaro Region, Tanzania.** BMJ Open. 2015;5(3):e005828. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005828.
6. Fylan F. **Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour.** Br J Gen Pract. 1998;48(433):1509-14.
7. Levinson KL, Abuelo C, Salmeron J, Chyung E, Zou J, Belinson SE, et al. **The Peru Cervical Cancer Prevention Study (PERCAPS): The Technology to Make Screening Accessible.** Gynecol Oncol. 2013;129(2):318-23. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.01.026
8. Qiao Y-L, Sellors JW, Eder PS, Bao Y-P, Lim JM, Zhao F-H, et al. **A new HPV-DNA test for cervical-cancer screening in developing regions: a cross-sectional study of clinical accuracy in rural China.** Lancet Oncol. 2008;9(10):929-36. doi: 10.1016/S1470-2045(08)70210-9
9. Jeronimo J, Bansil P, Lim J, Peck R, Paul P, Amador JJ, et al. **A Multicountry Evaluation of careHPV Testing, Visual Inspection With Acetic Acid, and Papanicolaou Testing for the Detection of Cervical Cancer.** Int J Gynecol Cancer. 2014;24(3):576-85. doi: 10.1097/IGC.0000000000000084.
10. Winkler J, Bingham A, Coffey P, Handwerker WP. **Women's participation in a cervical cancer screening program in northern Peru.** Health Educ Res. 2008;23(1):10-24.
11. Bradley EH, Curry LA, Devers KJ. **Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory.** Health Serv Res. 2007;42(4):1758-72.
12. Cárcamo CP, Campos PE, García PJ, Hughes JP, Garnett GP, Holmes KK, et al. **Prevalences of sexually transmitted infections in young adults and female sex workers in Peru: a national population-based survey.** Lancet Infect Dis. 2012;12(10):765-73. doi: 10.1016/S1473-3099(12)70144-5.
13. Maseko FC, Chirwa ML, Muula AS. **Client satisfaction with cervical cancer screening in Malawi.** BMC Health Serv Res. 2014;14:420. doi: 10.1186/1472-6963-14-420.
14. Kumar Y, Mishra G, Gupta S, Shastri S. **Cancer screening for women living in urban slums--acceptance and satisfaction.** Asian Pac J Cancer Prev APJCP. 2011;12(7):1681-5.
15. Selmouni F, Zidouh A, Alvarez-Plaza C, El Rhazi K. **Perception and satisfaction of cervical cancer screening by Visual Inspection with Acetic acid (VIA) at Meknes-Tafilalet Region, Morocco: a population-based cross-sectional study.** BMC Womens Health. 2015;15:106. doi: 10.1186/s12905-015-0268-0.
16. Brédart A, Sultan S, Regnault A. **Patient satisfaction instruments for cancer clinical research or practice.** Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2010;10(2):129-41. doi: 10.1586/erp.10.7.
17. Léniz J, Barriga MI, Lagos M, Ibáñez C, Puschel K, Ferreccio C. **HPV vaginal self-sampling among women non-adherent to Papanicolaou screening in Chile.** Salud Pública Méx. 2013;55(2):162-9.
18. Agurto I, Bishop A, Sánchez G, Betancourt Z, Robles S. **Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America.** Prev Med. 2004;39(1):91-8. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.03.040
19. Paz-Soldán VA, Nussbaum L, Bayer AM, Cabrera L. **Low knowledge of cervical cancer and cervical pap smears among women in Peru, and their ideas of how this could be improved.** Int J Community Health Educ. 2011-2010;31(3):245-63.
20. Paz-Soldán VA, Bayer AM, Nussbaum L, Cabrera L. **Structural barriers to screening for and treatment of cervical cancer in Peru.** Reprod Health Matters. 2012;20(40):49-58. doi: 10.1016/S0968-8080(12)40680-2.

**Correspondencia:** Flavia Morán Viacava.  
**Dirección:** Gonzales Prada 355 Dpto 206  
 Miraflores, Lima, Perú.  
**Teléfono:** (+511) 955526424  
**Correo electrónico:** [flavia.moran.v@upcb.pe](mailto:flavia.moran.v@upcb.pe)