Tamizaje de cáncer de cuello de útero en usuarias de la Policlínica Villa Farré (Uruguay). Una mirada desde la prevención cuaternaria.

Screening for cervical cancer in patients of Villa Farré's Primary Health Care center (Uruguay). A view from quaternary prevention.

CARDOZO RUFO, Virginia; FERNÁNDEZ SAAVEDRA, María Laura**

* Médica de Familia y Comunidad, Administración de Servicios de Salud del Estado - Red de Atención del Primer Nivel (Uruguay).

Contacto: Méd. Virginia Cardozo Rufo (cardozo.virginia@gmail.com).

Fecha recibido:24/09/2017
Fecha aceptado: 30/10/2017

RESUMEN

Desde la práctica en el Primer Nivel de Atención, dentro de las competencias de la Medicina Familiar y Comunitaria la prevención en todos sus niveles es una tarea principal. Este trabajo se centra en los abusos de prevención, valorando el exceso de uso de la colpocitología oncológica como método de tamizaje para el Cáncer de Cuello Uterino. Existen distintos tipos de sobretamizaje, este trabajo se va a detener en el tamizaje en exceso por frecuencia. El objetivo del presente estudio es conocer la situación del tamizaje del cáncer de cuello de útero mediante colpocitología oncológica en mujeres entre 21 y 69 años usuarias de la Policlínica Villa Farré en el año 2016 desde el paradigma de la prevención cuaternaria. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal. Conclusión: existe una buena cobertura de colpocitología oncológica en la población estudiada. Dicha población presenta un deficiente nivel de información sobre el tamizaje de CCU y un alto porcentaje de usuarias sobretamizadas.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias del Cuello Uterino; Tamizaje Masivo; Prevención Cuaternaria.

ABSTRACT

This article focuses on prevention abuses, valuing the excess of use of the pap smear as method of screening for cervical cancer (overscreening). There are different types of overscreening, this work is centered on excess screening by frequency. The objective of the present study is to know the situation of cancer screening for cervical cancer by pap smear in women between 21 and 69 years who are patients of Villa Farré's health center in 2016 from the paradigm of quaternary prevention. A cross-sectional descriptive study was carried out. Conclusions: there is good coverage of oncological colpocitology in the studied population. This population has a poor level of information on cervical cancer and a high percentage of overscreening.

KEYWORDS: Uterine Cervical Neoplasms; Mass Screening; Quaternary Prevention.

INTRODUCCIÓN

Desde la práctica en el Primer Nivel de Atención, dentro de las competencias de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) la prevención en todos sus niveles es una tarea principal (1).

NIVELES DE PREVENCIÓN

A mediados del siglo XX surge la teorización sobre los niveles de prevención por Leavell y Clark enfocados inicialmente a las enfermedades prevalentes de carácter transmisible (2), que en esa época eran las de mayor prevalencia. La prevención de enfermedades es un conjunto de medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, detener su avance y mitigar sus consecuencias una vez establecida (3). Luego de haber llegado a esta conceptualización cronológica de los niveles de Leavell y Clark, los sistemas de salud se embarcaron en una lucha contra la enfermedad.

Hacia finales del siglo XX, surge una nueva teorización sobre cuidados preventivos haciendo énfasis en la necesidad de no dañar (*Primum non nocere*). Se propone un modelo alternativo al cronológico, que no se centra en la enfermedad, sino en el encuentro relacional médico-paciente.

Desde esta perspectiva los profesionales deben observarse a sí mismos y cuestionar los límites éticos de su accionar, surge así el concepto de "Prevención Cuaternaria" (P4), acuñado por Marc Jamoulle (4).

Juan Gervás define como Prevención Cuaternaria al:

> "conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica. Se evita el daño obviando actitudes innecesarias. Se reduce el daño limitando el impacto perjudicial de alguna actuación. Se palia el daño reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica" (5).

Las acciones preventivas sólo se justifican si prevenir hace menos daño que curar (6). La actitud cuaternaria es una tarea mandatoria del especialista en MFyC.

Los excesos de la medicina se encuentran en los cuatro ámbitos clínicos:

- Abusos en la prevención
- Excesos en el uso de pruebas complementarias y de tecnología en general.
- Excesos en tratamiento
- Excesos en rehabilitación.

Este trabajo se centra en los abusos de prevención, valorando el exceso de uso de la colpocitología oncológica como método de tamizaje para el Cáncer de Cuello Uterino (CCU) (sobretamizaje).

TAMIZAJE EXCESIVO

Los programas de tamizaje son actividades incluidas en la prevención secundaria y se aplican de forma masiva y sistemática hacia una población de riesgo. Su objetivo es reducir la morbimortalidad de una enfermedad mediante la aplicación de una intervención en etapa subclínica.

El sobretamizaje u overscreening se define como aquellas situaciones en las que se emplea un método de tamizaje de un modo excesivo, abusivo o innecesario de tal forma que los daños que provoca superan los beneficios (7).

Existen distintos tipos de sobretamizaje, este trabajo se va a detener en el tamizaje en exceso por frecuencia. La probabilidad de obtener un resultado falso positivo en un programa que implica tamizajes regulares con una secuencia temporal entre ellos es acumulativa a lo largo del tiempo y aumenta de forma considerable con el número de repeticiones. Este efecto se puede minimizar ajustando la frecuencia con la que se sugiere realizar la prueba. En el caso de la colpocitología oncológica, si se realizan a intervalos menores a 3 años ocurrirá una cantidad mayor de falsos positivos con el daño subsecuente (8). En este caso, los falsos positivos se dan por la detección de lesiones que dejadas a su libre evolución van a ser transitorias, estas lesiones una vez detectadas llevan a evaluación y tratamiento innecesario. El tratamiento de lesiones que de lo contrario se resuelven solas es perjudicial porque puede llevar a procedimientos con efecto secundario, incluyendo la incompetencia cervical, parto prematuro, entre otros (9).

En este estudio se evalúa la situación de tamizaje en la población elegida partiendo de la percepción de las investigadoras de que presenta una adecuada cobertura de tamizaje, con un número importante de mujeres con sobretamizaje.

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la situación del tamizaje del cáncer de cuello de útero mediante colpocitología oncológica en mujeres entre 21 y 69 años usuarias de la Policlínica Villa Farré en el año 2016 desde el paradigma de la prevención cuaternaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Medir la cobertura de colpocitología oncológica en mujeres entre 21 y 69 años usuarias de la Policlínica Villa Farré en el año 2016.
- Describir el nivel de información sobre la finalidad de la colpocitología oncológica que poseen las mujeres entre 21 y 69 años, usuarias de la Policlínica Villa Farré

en el año 2016.
- Conocer el nivel de información sobre la frecuencia en la que debe realizarse la colpocitología oncológica que poseen las mujeres entre 21 y 69 años usuarias de la Policlínica Villa Farré en el año 2016.
- Determinar la fuente de información sobre la colpocitología oncológica las mujeres entre 21 y 69 años usuarias de la Policlínica Villa Farré en el año 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal.

Universo de estudio: La policlínica Villa Farré se encuentra integrada a la Red de Atención del Primer Nivel (RAP) del subsistema público de salud en el Uruguay, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Corresponde a la Zona de Intervención Territorial 3 del Centro de Salud Jardines del Hipódromo, según el plan de Territorialización de la RAP Metropolitana de 2014, e incluye 2248 usuarios de ASSE. Al momento del estudio la policlínica cuenta con 1280 historias clínicas individuales (HC) activas.

En cuanto al perfil demográfico, se distribuye en una pirámide de base ancha y vértice agudo, como es característico de las poblaciones con alta natalidad. El 58,4% de las HC corresponden a mujeres de todas las edades. Un 30% de las HC corresponden a mujeres entre 20 y 69 años (9). Mujeres entre 21 y 69 años usuarias de la Policlínica Villa Farré. 383 mujeres entre 21 y 69 años usuarias de la Policlínica de Villa Farré

Criterios de inclusión: Mujeres entre 21 y 69 años sexualmente activas.

Criterios de exclusión: Condiciones que aumenten la frecuencia indicada de tamizaje de CCU:

- Infección por HPV ya conocida
- Inmunocompromiso (HIV, trasplantadas o en tratamiento con quimioterapia)
- HSIL o CCU previos.

Tamaño de la muestra: 193 participantes. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el programa EpiInfo 7.1.3.10. Población total 383 mujeres. La cobertura colpocitología oncológica en la población general de mujeres en el país fue del 50% para el año 2013, según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) (8). Se seleccionaron las pacientes del archivo médico de la policlínica hasta completar el N objetivo de la muestra. Se incluyeron en el presente estudio a todas las mujeres con criterios de inclusión que presenten número de cédula de identidad cuyo último número sea impar. Cuando la cantidad de participantes con último número de cédula impar no alcanza el N final de la muestra, se comenzó con las participantes con cédulas cuyo último número sea par, a partir del 0 hasta completar el N.

Variables utilizadas:

- Edad en años cumplidos.

Situación laboral: trabajo formal, trabajo informal, desempleada

Nivel de instrucción: primaria incompleta, primaria completa; secundaria incompleta, secundaria completa; estudios terciarios

- Inicio de relaciones sexuales
- Infección por HPV o LSIL
- CCU o HSIL
- Inmunodepresión
- Cobertura de colpocitología oncológica
- Frecuencia de tamizaje
- Frecuencia referida.
- Frecuencia adecuada de tamizaje
- Tamizaje: Adecuado, Sobretamizaje, Subtamizaje
- Comprensión de la finalidad de la colpocitología oncológica: Pobre comprensión de la finalidad de la colpocitología oncológica y Adecuada comprensión de la finalidad de la colpocitología oncológica
- Fuente de información

Recolección de la información: Se realizó una encuesta utilizando un cuestionario con preguntas cerradas a la muestra de 193 mujeres entre 21 y 69 años usuarias de la Policlínica Villa Farré seleccionadas según los criterios previamente explicitados. Esta encuesta se crea específicamente para esta investigación. Para la realización del cuestionario se tomó como base el cuestionario utilizado en investigaciones previas sobre el tema (10). Los encuestas se realizaron por las investigadoras en formato papel en entrevista cara a cara.

Plan de análisis de los resultados: Se realizó un análisis univariado. Para las variables cualitativas se utilizó el cálculo de frecuencias absolutas y relativas. Se presentan los datos mediante tablas y gráficos y se utilizarán los programas EpiInfo 7.1.3.10 y LibreOffice 5.2.3.

Aspectos éticos: Por tratarse de un estudio descriptivo los sujetos estudiados no fueron sometidos a ningún tipo de riesgo. El beneficio para las participantes consistía en mejorar el conocimiento sobre el estado de tamizaje de CCU en la población estudiada, permitiendo mejorar las intervenciones de salud en la temática en el futuro. No se brindó a las participantes ningún beneficio económico. Se le brindó a las participantes información sobre la investigación de forma verbal y escrita, en este proceso se les solicitó el consentimiento para participar. Se le brindó a las participantes un consentimiento informado que debía firmar previo a ser incluido en el estudio. Una copia del consentimiento quedará en poder de la participante y otra los investigadores. La identidad de las participantes se mantuvo confidencial. Para garantizar esto no se utilizaron los nombres de los participantes

en el estudio y se identificaron por el número de cédula incompleto. Las investigadoras declaran no tener conflicto de intereses ni recibir ningún financiamiento externo de ningún organismo.

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 193 mujeres. Distribución de participantes según grupo etáreo: un 27,99% tenía entre 21 y 69 años, un 35,75% entre 30 y 44 años, un 23,83% entre 45 y 59 años y un 12,44% entre 60 y 69 años. La media de edad de las participantes fue de 39,69 años. Desviación estándar: 13,75 años.

Distribución de las usuarias entre 21 y 69 de la policlínica Villa Farré según la situación laboral: un 24,35% presentaba empleo formal, un 22,28 presentaba un empleo informal y un 53,37% se encontraba desempleada.

Distribución de participantes según nivel educativo: un 8,81% presentaba primaria incompleta, un 31,61% presentaba primaria completa, un 47,67% presentaba secundaria incompleta, 5,70% presentaba secundaria completa y 6,22% estudios terciarios.

Se muestran en las siguientes tablas los resultados correspondientes a la distribución de las participantes según el número total de colpocitologías oncológicas que se han realizado en la vida (Tabla 1), según la edad a la que iniciaron el tamizaje para CCU (Tabla 2), la frecuencia promedio con la que se realizaron las colpocitologías oncológicas las participantes (Tabla 3), la frecuencia con la que se les recomendó realizarse la siguiente colpocitología oncológica según técnicos del equipo de salud (Tabla 4) y según la frecuencia con la que creen las participantes que deben realizarse la colpocitología oncológica (Tabla 5). La Media para la edad de inicio de tamizaje es de 25,34 años. Desviación estándar: 9,60 años.

Tabla 1. Distribución de participantes según número total de colpocitologías oncológicas realizadas en la vida.

Total de colpocitologías oncológicas	FA	FR
Nunca	10	5,21
1 vez	24	12,5
2 a 4 veces	87	45,31
5 a 10 veces	45	23,44
Más de 10 veces	26	13,54

Fuente: Elaboración propia. FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa.

Tabla 2. Distribución de participantes según edad de inicio de cribado.

Edad inicio	FA	FR
No contesta	6	3,11
Menor a 21 años	81	41,97
Mayor o igual a 21 años	99	51,3
Nunca	7	3,63
Total	193	100

Fuente: Elaboración propia. FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa.

Tabla 3. Distribución de participantes según frecuencia personal de cribado.

Frecuencia personal	FA	FR
Más de una vez al año	6	3,11
1 vez al año	57	29,53
1 vez cada 2 años	38	19,69
1 vez cada 3 años	24	12,44
Menor frecuencia que cada 3 años	41	21,24
No sabe	12	6,22
No contesta	15	7,77
Total	193	100

Fuente: Elaboración propia. FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa.

Tabla 4. Distribución de participantes según frecuencia de cribado recomendada por técnicos.

Frecuencia recomendada	FA	FR
Lo antes posible	4	2,07
A los 6 meses	8	4,15
Al año	71	36,79
A los dos años	29	15,03
A los tres años	11	5,70
No se le dijo	59	30,57
No contesta	11	5,70
Total	193	100

Fuente: Elaboración propia. FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa.

Tabla 5. Distribución de participantes según preconceptos de frecuencia adecuada de cribado.

Preconcepto de frecuencia de cribado	FA	FR
Cada 6 meses	28	13,47
Anual	117	60,62
Cada 2 años	17	8,81
Cada 3 años	8	4,15
Cada vez que el médico lo indique	11	5,70
No sabe	13	6,74
No contesta	1	0,52
Total	193	100

Fuente: Elaboración propia. FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa.

Distribución de participantes según objetivo referido de la colpocitología oncológica: un 43,53% de las participantes respondieron solo CCU o CCU e infección por HPV.

Un 37,17% refirió obtener su información sobre este método de tamizaje de un médico/a, un 5,01% de partera, 1,77% de otros profesionales de la salud, 16,52% medios de comunicación, 8,85% de familiares y amigos, 5,01% otras fuentes.

En la Tabla 6 se muestran los resultados sobre la distribución de las participantes según si se han realizado o no colpocitología oncológica por lo menos una vez a lo largo de su vida.

Tabla 6. Distribución de participantes según cobertura de colpocitología oncológica.

Cobertura	FA	FR
Colpocitología oncológica realizada	180	93,26
Colpocitología oncológica nunca realizada	9	4,66
No contesta	4	2,07
Total	193	100

Fuente: Elaboración propia. FA: Frecuencia absoluta. FR: Frecuencia relativa.

DISCUSIÓN

Acorde a las guías del MSP el tamizaje debe iniciarse en esta población a partir de los 21 años, sin embargo 81 mujeres (41,97%) iniciaron el tamizaje con colpocitología oncológica a edades menores a 21 años. Un factor que puede incidir en este resultado es que este estudio fue llevado a cabo en una de las zonas con mayor fecundidad de la capital del país, siendo según el censo del 2011 el porcentaje de madres adolescentes un 13,6%, muy por encima del promedio nacional (9,6%). Esto influye en la medida en que en el proceso de control de embarazo se realiza habitualmente la colpocitología oncológica dentro de las rutinas de control, independientemente de la edad de la embarazada (11).

La edad de inicio del tamizaje mayor a los 29 años fue del 26,42%. Este último dato es importante ya que la probabilidad de lesiones invasoras a partir de los 30 años es mayor. En los resultados se puede ver que la cobertura de colpocitología oncológica es del 93,26%, muy por encima de la declarada por el MSP y confirma

nuestra hipótesis acerca de la cobertura adecuada de este tamizaje.

Se debe puntualizar la dificultad para obtener un registro confiable de la cobertura nacional de este tamizaje al momento de realización del estudio. Sin embargo, en esta comunidad el acceso y la disponibilidad para las mujeres de la colpocitología oncológica es alta.

En cuanto al nivel educativo, la mayor proporción (47,67%) tiene primaria completa solamente, y un 31,61% secundaria completa. Esto puede influir en el nivel de información de las participantes ya que desde las instituciones educativas se brinda información sobre la temática. Es por esto que consideramos que en este caso las intervenciones de educación para la salud serían de particular importancia.

Se encontró un 43,53% de participantes que presentan una adecuada comprensión de la finalidad de la colpocitología oncológica y por lo tanto el nivel de información referido sobre este tamizaje y su principal objetivo para la prevención secundaria sería deficiente.

Ciento sesenta y un participantes (FR 83,42) referían al CCU como uno de los objetivos de la realización de este tamizaje, pero en su gran mayoría incluían otros objetivos en su respuesta. Esta fue la respuesta incluida con mayor frecuencia seguida de las infecciones vaginales. Esto podría ser resultado de que la colpocitología oncológica puede tener como hallazgo el resultado de una infección vaginal. El hecho de ser sometidas a un examen macroscópico del cuello al colocar un espéculo, si bien no es la colpocitología oncológica propiamente dicha, lleva naturalmente a hablar en el momento de realización, de lesiones visibles al realizar la toma lo que puede incrementar la confusión. Los objetivos de la realización de la colpocitología oncológica no están totalmente claros en la población.

De no ser adecuadamente informado por el médico o la partera tratante que esto se considera un hallazgo, pero que no es el objetivo de la realización de la colpocitología oncológica, ni es el método adecuado para el diagnóstico de infecciones vaginales, la mala interpretación del resultado por las participantes asociando el hallazgo con el objetivo del tamizaje podría ser comprensible. Esto puede estar vinculado a una inadecuada comunicación en la relación equipo de salud/paciente. La educación adecuada es necesaria para mejorar el conocimiento sobre la utilidad de esta técnica de tamizaje tan extendida en su uso. Un 58,04% de las participantes refieren que luego de la última colpocitología oncológica se le recomendó repetir el tamizaje con mayor frecuencia de la recomendada. Un 42,18% refiere obtener la información sobre el tamizaje de los profesionales de la salud tratantes, que son los únicos que realizan este estudio en este servicio de salud lo que refuerza la posibilidad de una mala comunicación en la consulta sobre este estudio.

Si bien se han indagado en el estudio otras posibles fuentes de información sobre la edad de inicio y frecuencia del tamizaje, a las que puedan acceder las mujeres de la comunidad de estudio, es importante hacer énfasis en el efecto del consejo “médico” (médico en un sentido amplio entendiéndose como mensaje que procede desde el poder médico o medicalizador). El efecto del consejo, de acuerdo a las respuestas, es notoriamente medicalizador y muestra una comprensión escasa y desvirtuada de aspectos vinculados a los cuidados y exceso de diagnóstico con las consecuencias que esto provoca. Asimismo demuestra una actitud que puede provocar distorsión en el modo en que se proveen los cuidados por parte del servicio.

Esto se refiere a la promoción de uso en exceso de procedimientos, en este caso la colpocitología oncológica, con la consiguiente sobrecarga de agenda, disminuyendo la disponibilidad para otras actividades.

Existe también población con información inadecuada respecto a la disponibilidad del tamizaje en el servicio de salud. Trece mujeres no fueron tamizadas nunca (3%). En este centro con alta cobertura y acceso al tamizaje este fenómeno debe generar cuestionamiento. No sabemos con certeza que ocurre en estos 13 casos, pero muchas de las situaciones que terminan en el desarrollo de CCU, se relacionan con exclusión, pobreza, multiparidad, actividad sexual muchas veces con presiones desde la pareja para no usar protección y otras veces vinculadas a promiscuidad sexual o múltiples parejas (del compañero sexual o de la mujer) (12).

Sobre la frecuencia a la que se realizan las participantes la colpocitología oncológica, el 12,44% presentan una frecuencia adecuada de tamizaje. Un 52,33% se realizan el tamizaje con una frecuencia mayor a una vez cada tres años y por lo tanto presentan sobretamizaje. 21,24% de las participantes refieren realizarse el tamizaje con una frecuencia menor que una vez cada 3 años y por lo tanto se encuentran con subtamizaje.

Cuando analizamos la frecuencia con la que el equipo de salud recomendó realizarse nuevamente el tamizaje, sólo al 5% se le recomendó volver a los 3 años. Un 58% de las participantes recibieron una recomendación que indicaba un exceso de frecuencia.

Llama la atención la elevada proporción de las participantes que creen que el tamizaje debe realizarse con una frecuencia mayor a la adecuada (82,9%). El 60,64% piensa que debe realizarse de forma anual, por lo que aparentemente existe una percepción de necesidad de mayor frecuencia o periodicidad en el tamizaje.

CONCLUSIÓN

Según los datos analizados en este estudio se puede concluir que la cobertura de la colpocitología oncológica es adecuada (93%), superando la cobertura a nivel nacional declarada por el MSP.

Acerca del nivel de información sobre la realización de este procedimiento, se puede concluir que este es deficiente ya que solo un 43,53% de las participantes presenta una adecuada comprensión de la finalidad de este tamizaje. Respecto a la información sobre la frecuencia el 82,9% de las consideran que debe realizarse este tamizaje con una frecuencia mayor a la recomendada. Sólo un 12,44% se realizó el tamizaje con una frecuencia adecuada.

La información sobre esta prueba de tamizaje provino mayormente de los médicos y de los medios de comunicación, lo cual lleva a concluir que existen importantes ruidos en la comunicación médico paciente y una tendencia a la medicalización en el manejo de la información. Existe un elevado sobretamizaje, tanto por edad de inicio, un 41,97% de las participantes iniciaron el tamizaje antes de los 21 años, como en frecuencia, un 52,33% presentan sobretamizaje. Todo esto nos cuestiona el exceso de intervenciones sobre las usuarias de la Policlínica Villa Farré que puede llevar a mayores daños que beneficios sobre estas.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros tutores Dr. Miguel Pizzanelli y Dr. Gustavo Musetti. A la epidemióloga Alicia González. A las mujeres de la Policlínica Villa Farré.

REFERENCIAS

1. Dibarboure-Icasuriaga H, Macedo JC, eds. Introducción a la Medicina Familiar. Montevideo: Universidad de la República; 1998.

2. Leavell H, Clark E. Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach. McGraw-Hill, 1958.

3. Domenech D. Modelo de atención integral a la salud. Aporte desde la práctica de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Montevideo: Universidad de la República - Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, 2007. Disponible en: http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/monografias/MonografiaModAtenInt.PDF

4. Jamoulle M. Quaternary prevention: first, do not harm. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade (Online). 2015 [citado 23 Jul 2016];10(35):3-5. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064.

5. Gervás Camacho J, Gavilán Moral E, de Gracia LJ. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. AMF. 2012;8(6):312-7.

6. Jamoulle M, Roland M. Quaternary prevention. En: WICC annual workshop. Hong Kong: Wonca Classification Committee; 1995.

7. Pizzanelli M. ¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo. Rev Bras Med Fam Comunidade (Online). 2015 [citado 23 Jul 2016];10(35):1-7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1068.

8. Bottaro S, Fernández ML, González F, Nozar MF, Rodríguez K, Rubano L, et al. Guía de Práctica Clínica de Tamizaje de Cáncer de Cuello de Útero. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 2014.

9. Evia Bertullo V. Representaciones sociales, estrategias y experiencias de usuarios y trabajadores de la salud en los procesos de salud-enfermedad-atención. Etnografía en una policlínica del Primer Nivel de Atención dependiente del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo [tesis]. Montevideo: Universidad de la República, 2014.

10. Hawkins NA, Benard VB, Greek A, Roland KB, Manninen D, Saraiya M. Patient knowledge and beliefs as barriers to extending cervical cancer screening intervals in Federally Qualified Health Centers. Prev Med (Baltim) [Internet]. 2013 Nov [citado 23 Jul 2016];57(5):641-5. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.08.021.

11. Varela C, Pardo I, Lara C, Nathan M, Tenenbaum M. La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo [Internet]. 2014 [citado 23 Jul 2016]. pp. 60. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas_fasciculo_3_Fecundidad.pdf/b5f4c7da-2efb-4d1d-8d24-62894ba09c3e.

12. Gérvas J, Pérez M. Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona: Los libros del lince; 2013.