

# Aportes para un mejor mejorar el desempeño de un programa de cribado de cáncer de cuello uterino en la Provincia de Chubut: un abordaje cualitativo desde el equipo de salud.

*Contributions to a better performance of a screening program for cervical cancer in Chubut province: A qualitative approach from the health team.*

Jaime, Sergio Fernando<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Generalista. Maestrando en Salud Pública Universidad Nacional de la Plata. Director Área Programática Trelew. monchituc2@hotmail.com

Recibido: 15/03/2013  
Aceptado: 16/04/2013

## RESUMEN

**Objetivos:** Enumerar las dificultades en la implementación de un programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino y las potenciales líneas de acción desde la perspectiva de diferentes actores del sistema público de salud de la provincia del Chubut.

**Material y métodos:** La metodología que se utilizó para la recolección de datos fue la discusión en grupos. Se realizó un muestreo por conveniencia que incluían los siguientes sectores: Trabajadores Comunitarios de salud, Centros de Atención Primaria, residentes de medicina general y profesionales del 2° nivel de atención.

**Resultados:** se detectaron diversas dificultades en la implementación actual del programa: dificultades relacionadas a recursos humanos, falta de información a la comunidad y en la oferta de horarios adecuados, demoras en las entregas de resultados, barreras de género, dificultades en la continuidad de la atención, problemas de motivación y escasa concentración de actividades en grupos vulnerables. Posteriormente se identificaron los elementos esenciales que deberían ser parte del programa de cribado y propuestas de mejora.

**Conclusiones:** El trabajo enriqueció la información existente sobre los programas de abordaje precoz de cáncer de cuello de útero y nos permitió identificar "nuevas" variables a tener en cuenta.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer de Cuello Uterino, Programas de cribado, Dificultades de implementación.

## ABSTRACT

**Objectives:** listing the difficulties in implementing a program for early detection of cervical cancer and potential courses of action from the perspective of several actors in the public health system in the province of Chubut.

**Methods:** The methodology used for data collection was the group discussion. We performed a convenience sample that included the following areas: community health workers, primary care centers, residents of general medicine and professionals in the 2nd level of care.

**Results:** We identified several difficulties in the current implementation of the program: difficulties related to human resources, lack of information to the community and adequate schedules, delays in the delivery of results, gender barriers, difficulties in continuity of care, lack of motivation and a sparse concentration on vulnerable groups. Subsequent studies identified the essential elements that should be part of the screening program and suggestions for improvement.

**Conclusions:** The work enriched the existing information on programs addressing early cervical cancer and allowed us to identify "new" variables to consider.

**KEYWORDS:** Cervical Cancer, Screening programs, Implementation difficulties.

*Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(1): 30 – 36.*

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una de las patologías crónicas no transmisibles de mayor impacto en el país, produciendo cerca de 1.300 muertes anuales y perdiendo cerca de 13.500 años prematuros de vida, convirtiéndola en la 5ª causa de años de vida prematuramente perdidos en mujeres de la República Argentina (1). En la provincia del Chubut esta situación es de similares características (2) a la nacional, siendo esto una tendencia estable que coloca los resultados provinciales en el grupo de provincias con el 2º quintil más alto de Mortalidad Ajustada (3) a nivel país.

El Cáncer de cuello a diferencia de otras neoplasias malignas prevalentes tiene como causa necesaria una infección persistente previa por el Virus del Papiloma Humano, el cual puede desarrollar lesiones potencialmente oncogénicas de carácter invasivo (4). Este proceso patogénico, dependiendo de distintos factores, puede desarrollarse o involucrar y demorar más de 10 años desde la infección inicial hasta desarrollar un proceso invasivo (5). Asimismo existen alternativas para la detección precoz y tratamiento oportuno de lesiones precancerosas y estadios iniciales de cáncer de cuello uterino, lo que lo constituye en una enfermedad ideal para aplicar pruebas de tamizaje en un contexto de programas poblacionales de detección oportuna (6).

Es por ello que se iniciaron diversas iniciativas poblacionales a nivel regional e internacional, destinadas a disminuir el impacto poblacional del cáncer de cuello uterino y cuyo eje fundamental estuvo, en la mayoría de los casos<sup>1</sup>, en la búsqueda sistemática de lesiones con alto poder oncogénico en sus estadios más precoces a través de citología cervical (método de papanicolau), y más recientemente en programas de inmunizaciones contra el HPV en los serotipos más frecuentemente asociados a cáncer (7).

A pesar de los adelantos existentes, el desarrollo de acciones planificadas ha sido errático y los resultados variados. Los factores asociados a este pobre desempeño han sido varios, mencionando entre otros, la falta de acciones integradas y estandarizadas en las distintas áreas de cobertura (8, 9), dificultades en la accesibilidad a los servicios por parte de los usuarios (baja escolaridad, desconocimiento de los beneficios, barreras culturales, bajo nivel de consultas preventivas, entre otros) (10, 11, 12), problemas en la calidad del proceso asistencial (13, 14), indicación de realización del test a personas que no cumplen con criterios de cribado sistemático y falta de indicación a aquellas de mayor riesgo (15).

Es por ello que, a la necesidad de implementar acciones integrales e integradas, se suma la necesidad de garantizar que estas sean efectivas, por lo cual, el análisis del problema debería incluir las potenciales dificultades en la implementación y posibilidades de acción. En la provincia del Chubut, si bien se incluye en la agenda clínica del primer nivel de atención y el nivel de cobertura de algunas acciones del programa de tamizaje son adecuadas (la cantidad de muestras de citología cervical tomadas son cerca de 14000 anuales y esto cubre más del 65% de la población objetivo, además de buscar en forma activa a pacientes con muestras de riesgo), el programa todavía no puede implementar plenamente sus normas y existen falencias en el sistema de información y seguimiento continuo de pacientes, lo cual la constituye en una provincia que debería definir acciones para fortalecer la integralidad del programa (16).

El presente trabajo tiene como objetivo enumerar las posibles dificultades en la implementación de un programa de detección precoz de cáncer de cuello uterino y potenciales líneas de acción desde la perspectiva de diversos actores del sistema público de salud de la provincia del Chubut.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología que se utilizó para la recolección de los datos fue la discusión en grupos (179 realizadas posteriormente a la participación en un taller de actualización de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino). El autor del presente trabajo y los disertantes y organizadores del taller cumplieron los roles de moderadores de los grupos de discusión. Participaron 42 individuos (sin incluir a los moderadores) todos miembros del sistema público de salud de la provincia de Chubut.

Estas personas fueron elegidas por las autoridades locales para concurrir al taller y en la etapa de discusión fueron divididas en 7 grupos, que representaban una muestra por conveniencia de sectores involucrados en el proceso de atención: Trabajadores de Salud en terreno (3 grupos); Centros de Atención Primaria de la Salud (2 grupos); residentes de medicina general (1 grupo); y profesionales del 2º nivel de atención (1 grupo).

El objetivo de realizar los grupos de discusión luego del taller fue utilizar la primera instancia como dispositivo sensibilizador para intentar obtener opiniones más profundas y acabadas sobre los distintos aspectos evaluados en este estudio.

Como instrumento de recolección de datos se entregó un cuestionario abierto a cada grupo, el cual se diseñó siguiendo un enfoque sistémico, solicitando

opinión sobre 3 temas en el siguiente orden: 1) situación actual del programa (o principales dificultades para su correcto desempeño), 2) cómo sería un programa de cribado ideal (situación ideal buscada con el programa), y 3) acciones sugeridas para llegar a la situación ideal (18). De los 3 temas planteados se solicitó que cada grupo especifique su opinión sobre los siguientes ítems: recursos humanos, insumos (estructura), captación y seguimiento de pacientes, referencia y contrareferencia (procesos) y calidad del proceso asistencial (resultados). Para la validación del cuestionario se siguió la técnica de validación de caso único (19).

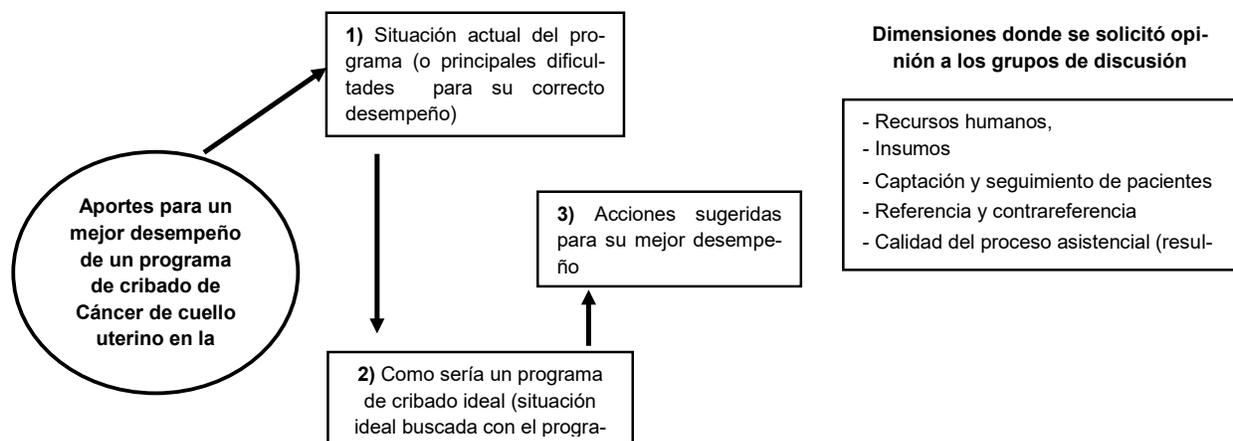
Análisis de los datos. Una vez completados los cuestionarios se realizó el análisis de los datos siguiendo técnicas de análisis de textos libres por códigos: transcripción y ordenamiento de la información, codificación de la información, e integración de la información. Posteriormente se realizaron varias lecturas de estas transcripciones y rótulos y de manera inferencial se definieron los tópicos que se convirtieron en las categorías de cada tema planteado. La codifi-

cación entonces se constituía de un componente central (el tema al cual se solicitaba opinión) y uno secundario (el tópico detectado por inferencia del análisis de las opiniones vertidas), que posteriormente se integraron en una tabla de doble entrada donde se incluía las opiniones vertidas de cada grupo en las categorías que se definieron en el proceso de codificación (ver tablas 1). Cada opinión vertida por el grupo que se correspondía con una categoría se anotaba con una cruz en el casillero correspondiente. Posteriormente, se realizó un análisis de cada tabla y la correlación correspondiente con las opiniones textuales vertidas en el cuestionario.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN (ver gráfico 1)

Participaron 42 personas divididas en 7 grupos: 3 grupos conformados por Trabajadores Comunitarios de la Salud en Terreno de diversas áreas programáticas, 2 Grupos conformado por integrantes Centros de Atención Primaria de la Salud, 1 grupo conformado por Residentes de Medicina General, y 1 grupo conformado por referentes del 2° nivel de atención.

**Gráfico 1: Aportes para un mejor desempeño de un programa de cribado de Cáncer de cuello uterino en la Provincia del Chubut.**



### Dificultades para implementar un programa provincial de de detección precoz y seguimiento de Ca. de Cuello uterino

Solamente dos variables fueron mencionadas en forma común por todos los grupos: *falta de recurso humano disponible* y *capacitado* y *falta de información a la comunidad y pacientes*, siendo la primera mencionada en forma más frecuente por los distintos grupos. Asimismo se menciona con frecuencia, pero no en todos los grupos, la falta de horarios adecuados y turnos y las demoras y dificultades en entrega de resultados como problemas a ser abordados.

Dentro de la variable *falta de recurso humano disponible* y *capacitado* se mencionaron distintos aspectos como: a) "pocos profesionales", b) "déficits de patólogos", c) "mala distribución del recurso humano", d) "falta de cito técnicos", e) "falta de capacitación especializada", f) "falta de actitud innovadora en el equipo de salud", g) "déficit capacitación a los médicos residentes y demás personal sanitario", h) "falta delegar responsabilidad a ginecólogos" y i) "falta agentes sanitarios capacitados", como dimensiones mencionadas por los distintos grupos.

También la variable *falta de información a la comunidad y a los pacientes* fue expuesta de diferente forma por los participantes, dentro de las cuales se mencionan “concientización y compromiso de los profesionales sobre oportunidades perdidas”, “falta de folletería”, “difundir lo que es PAP”, “intensificar campaña de búsqueda activa de mujeres entre los 25-64 años”, “falta de acciones de educación y difusión” y “falta información a los pacientes”.

La *falta de horarios adecuados y turnos*, también fue descrita como una dificultad en la implementación de un programa de prevención de diversas formas: a) “horarios inadecuados a las necesidades de los pacientes”, b) “dificultades en la disponibilidad horaria”, c) “barreras en turnos”, d) “barreras en horarios”, e) “barrera de accesibilidad: horarios amplios”, f) “horarios”, g) “pocos turnos y no programados”.

*Demoras y dificultades en entrega de resultados*, otra de las variables percibida como dificultad, fundamentalmente por los efectores del primer nivel (no la mencionaron ni residentes ni referentes del 2° nivel). Los diversos actores hicieron referencia a esta variable de la siguiente manera: “ilegibilidad de los resultados”, “tiempo de los resultados”, “falta de contrarreferencia”, “dificultades en la devolución de resultados”, “falta de insistencia a la población para volver a ver sus resultados”, “extravío del resultado” y “olvido del paciente para volver”.

La *discontinuidad de la atención* también se mencionó con frecuencia y en diversos grupos. Su individualización fue más engorrosa que las anteriores debido a la diversidad de maneras de mencionar a la misma y debido a que algunas dimensiones de la misma también pueden ser incorporadas a otra variable: “los ginecólogos no se responsabilizan de su parte”, “falta de contrarreferencia”, “Barreras de 2° nivel”, “profesionales que se niegan”, “discontinuidad de la atención”, “delegar responsabilidades en 2° nivel”.

### **Visión de elementos fundamentales de un programa de detección precoz y seguimiento de Ca. de Cuello uterino.**

La segunda parte del cuestionario en la discusión grupal se orientó a identificar aquellos aspectos fundamentales de un programa de cribado. Dentro de las variables más uniformemente y universalmente mencionadas, nuevamente la *existencia y disponibilidad de personal capacitado* ocupó un lugar privilegiado en la percepción de los participantes. Otras variables, mencionadas con mucha insistencia en algunos sectores fueron *buena información y trato a los pacientes* y *optimizar accesibilidad y comunicación de atención en*

*1° y 2° nivel*, correlatos positivos de las otras dos variables frecuentemente observadas en dificultades de implementación. Asimismo se observan dos variables que se mencionaron recién en esta etapa del taller: *buen sistema de información y nuevas tecnologías disponibles*.

La variable *existencia y disponibilidad de personal capacitado*, presentó dimensiones similares, pero en tono positivo, respecto a cuándo se trabajó sobre dificultades en la implementación. Pero en esta etapa del trabajo, a diferencia de la anterior, se mencionan con más frecuencia juicios de valor sobre contenidos de la capacitación del recurso humano: “mayor recurso humano capacitado y con una mirada integral y orientada a la promoción y prevención”, “que todo el personal de salud capacitado para la toma de PAP pueda realizarlo aprovechando oportunidades”, “formación en atención al público”, “todo el personal de salud se involucre en promoción y prevención”, “agentes sanitarios capacitados para informar”.

*Optimizar accesibilidad y comunicación de atención en 1° y 2° nivel*, en esta variable los participantes nombraron algunos aspectos valorativos del proceso de referencia y contrarreferencia, como la integralidad, continuidad efectividad y oportunidad: “referencia y contrarreferencia sea más efectiva y eficaz y que tengan una misma visión integral y preventiva”, “resultados en el mismo mes y listado de pacientes con PAP patológicos y seguimiento”, “inmediata comunicación al tener el resultado” o “derivación oportuna de PAPs patológicos al 2° nivel”, entre otros que se mencionaron. También en esta etapa del taller se mencionaron en esta variable algunos aspectos organizativos (modelos organizativos) como situación ideal a buscar, dentro de: “normatización de la atención y que se cumpla efectivamente”, “red de referencia y contrarreferencia”, “redes (ONGs)”, “consultorios de demanda espontánea”.

Dos nuevas variables fueron expresadas por los participantes en este momento del taller: *nuevas tecnologías disponibles*, haciendo referencia a la posibilidad de tener acceso a nuevas tecnologías para el diagnóstico o tratamiento de pacientes; y *buen sistema de información*, haciendo alusión esta variable a la necesidad a tener disponible un sistema de información: a) “actualizado”, b) con una base de datos”, c) “informatizado”, d) “en red”.

### **Acciones sugeridas para implementación de un programa eficaz de detección precoz y seguimiento de cáncer de cuello uterino (Ver tabla 1)**

Esta parte del trabajo se orientó a recibir sugerencias de acciones a implementar para optimizar la cobertura

de un programa de cribado y seguimiento de cáncer de cuello uterino.

**Tabla 1: Acciones sugeridas de un programa de detección precoz y seguimiento de Ca de Cuello uterino**

Acciones	Grupos	TCST	CAPS 1	CAPS 2	2º nivel 1	RMG	TCST 2	TCST 3
Optimizar la provisión de insumos.-		X	X	X	X	X	X	X
Implementar estrategias de captación activa.- (Campañas.- A Captación activa.- A Optimizar difusión. No perder oportunidades)		XX	XXX	XX	X	XXX	X	X
Implementar estrategias orientadas a fortalecer recurso humano (mejorar relación, organización, capacitación capacidad resolutive, incorporación) –		XX	XXX	XXXXXX	X	XX	XXX	X
Optimizar el sistema de informatización y entrega de resultados-			X	XXXX				X
Monitoreo constante de la calidad del proceso.-			XX	X			XX	
Mejorar la accesibilidad (provisión de turnos, capacidad resolutive agente en terreno, información entendible para pacientes, trabajo interinstitucional).		X	XXXXX	XX		XX	X	XX

Fuente: elaboración propia. X=opinión vertidas que se pueden incluir dentro de esta categoría. TCST=Trabajadores Comunitarios de Salud en Terreno. CAPS=Centros de Atención Primaria de la Salud. 2º nivel=referentes 2º nivel de Atención. RMG=Residencias de Medicina General

Dentro de estas acciones sugeridas dos estrategias se mencionaron en todos los grupos con mayor intensidad: *estrategias orientadas a optimizar la captación oportuna* y *estrategias orientadas a fortalecer el recurso humano*. Por otro lado, en forma homogénea hubo alguna mención a *optimizar la provisión de insumos* como elemento a tener en cuenta para el éxito de un programa de cribado y seguimiento de cáncer de cuello, pero esta mención se realizó en forma menos redundante que las anteriores. Asimismo una cuarta variable fue mencionada en todos los grupos, con distintos grados de recurrencia, a excepción del grupo de profesionales de 2º nivel: *mejorar la accesibilidad de los usuarios*. Por último, fueron mencionadas en forma heterogénea por algunos grupos: *optimizar el sistema de información y entrega de resultados* y *monitoreo de calidad del proceso*.

En la variable *estrategias orientadas a optimizar la captación oportuna* se incluyeron las siguientes opiniones de los participantes como descriptores: “captación activa de grupos ponderados”, “consultorios de PAP”, “personal capacitado para captación oportuna”, “difusión masiva por medios de comunicación”, “estrategias de comunicación entre primer y segundo nivel”, “involucrar a todo el personal de salud”, “no perder

oportunidades”, “visitas domiciliarias”, “turnos acordados”.

En *estrategias orientadas a fortalecer el recurso humano* se recogieron distintas opiniones que se incluyeron como dimensiones de la misma: “servicio anatomía patología completo”, capacitación, buena referencia y contrarreferencia-nuevas modalidades de articulación entre niveles, equipo multidisciplinario específico para el programa-trabajo en redes, reorganizar recurso humano, “organización local de la estrategia”, “mayor tecnología disponible”, “involucrar a personal de enfermería”, “ponderar a los TCST”.

Por último, en *mejorar la accesibilidad*, si bien su mención fue heterogénea, creemos que dada la complejidad de su significado y la profundidad de sus implicancias dentro de un sistema de salud deben mencionarse en detalle las distintas opiniones que se incluyeron en la misma: “mejorar la accesibilidad horaria”, “minimizar las barreras geográficas y socioculturales”, “trabajar en redes y en equipos interdisciplinario”, “folletería comprensible a la diversidad cultural”, “garantizar los tiempos apropiados a cada caso”, “base de datos ginecológicos de la mujer disponible”, “mejor asesoramiento al TCST quien tiene mayor acceso a la gente”, “visitas domiciliarias”.

## CONCLUSIONES

La identificación de variables tales como “visitas domiciliarias”, “turnos acordados”, “horarios apropiados”,

“no perder oportunidades”, “organización local de la estrategia”, “trabajo en redes” o “minimizar las barre-

ras geográficas y socioculturales” y “folletería adaptada a la diversidad cultural” a través de estudios e intervenciones orientada a mejorar los resultados de personal involucrado en la atención de usuarios de un programa de cribado de cáncer de cuello uterino *no es habitual* (20, 21, 22, 23), por lo cual, creemos que evaluaciones de programas que contemplen metodologías que permitan hacerlo enriquecerían las propuestas actuales y futuras de programas de este tipo.

Como debilidades del estudio, podemos hacer referencia a la heterogeneidad de los moderadores, ya que los mismos provenían de distintas disciplinas y seguramente esto influyó en el desarrollo de la discusión en los grupos. Por otro lado, en este estudio no se asignaron observadores externos, lo cual impidió “triangular” la información recibida a través de los cuestionarios con otros aspectos que hubiesen sido relevantes (por ejemplo, actitudes de los participantes, dinámica de grupos, etc.).

Las variables identificadas y su relevancia varían según se esté hablando de la etapa de diagnóstico, situación ideal (visión) o implementación de un programa y, no solamente según la conformación de los diferentes grupos, lo que nos obliga a reflexionar respecto al rol que ocupan las características de los participantes, la dinámica grupal y los factores contextuales. Se observan diferencias sustantivas, tanto en lo que se opina como en cuanto se opina, lo que nos sugiere en línea con diversos autores que el tema de la fragmentación del sistema de salud es una situación real que también se ve expresada en diferentes visiones, expectativas, diagnósticos y líneas de acción de

individuos que conviven en un mismo sistema de salud, cuya respuestas deberían ser integradas (24, 25).

En este trabajo, además, se puso en evidencia el valor de las diferencias de percepción de diferentes grupos sobre un mismo problema. Profundizar sobre el impacto de estas diferencias de percepción en el desempeño del programa y sobre aquellas intervenciones que sean de interés para disminuir diferencias que afecten el desempeño de un programa (sistema de información y retroalimentación de la misma, capacitaciones, distintos intereses y cultura de actores sanitarios, modelo organizacional, etc.), serán de especial interés para optimizar el accionar de estos sistemas artificiales a los que llamamos programas o proyectos.

Contemplar las diferencias de percepción (que permite identificar nuevas dimensiones de análisis y trabajo) y los procesos integración y coordinación en conjunto nos lleva a analizar un nuevo problema emergente: los mecanismos defensivos de las organizaciones, elemento que no es usualmente identificado dentro de las evaluaciones de desempeño de los programas sanitarios. Se observó en particular que algunos grupos no expresaron abiertamente problemáticas o propuestas de la misma manera que otros grupos. Se reflejaron estas rutinas de defensa organizacional que se suman a un contexto de fragmentación institucional, a lo cual muchos autores sistémicos a los cuales adherimos consideran barreras para el cambio o la mejora continua. Estas rutinas de defensa y su contexto deberían ser un capítulo más de análisis dentro de las estrategias destinadas a aumentar la efectividad de programas y proyectos sanitarios (26, 27, 28).

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se realizó con la colaboración de la Dirección de Promoción y Prevención, la Dirección de maternidad e Infancia y la Dirección General de Atención Primaria de la Salud de la Provincia del Chubut.

## NOTAS FINALES

<sup>1</sup> La bibliografía consultada hace referencia a la existencia de otros métodos de eficacia comprobada para el tamizaje como son la captura híbrida de ADN de

VPH y las técnicas de visualización coloreada con amplificación de la imagen del cuello uterino.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva* 2010;6(3): 275-293.
- 2 Narváez JL. Evolución del pensamiento en administración. En: *Qué es administración, las organizaciones del futuro*. Buenos Aires: Ediciones Macchi, 1998. pp. 83-137.
- 3 Mintzberh H. *La burocracia profesional*. En: *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo, 2001.
- 4 Souza Campos, GW. *Gestión en Salud: en defensa de la vida*. 1a ed. 2ª reimp. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009. pp. 85-100.
- 5 Borruel, Miguel Alberto. *Estudio de carga de enfermedad: Argentina*. Miguel Alberto Borruel; Irene Patricia Mas; Gastón Diego Borruel. - 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2010.
- 6 *Estadísticas Vitales del Chubut 2010*. Ministerio de Salud. Gobierno del Chubut. Año 2010. [citado el 17 de febrero del 2012] Disponible en: <http://www.estadistica.chubut.gov.ar/archivos/anuarioSalud/AnuarioVitalesPublicacion2010.pdf>

- 7 Almonte, M et al. Nuevos Paradigmas y desafíos en la prevención y control de Cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Pública Mex* 2010; 52:544-559.
- 8 Control integral del cáncer de cuello uterino. Guía de prácticas esenciales. OMS. Ginebra. 2007 [citado el 17 de noviembre del 2011]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008_spa.pdf)
- 9 M J Arends, C H Buckley, M Wells. Aetiology, pathogenesis, and pathology of cervical Neoplasia. *ClinPathol* 1998;51:96-103 [citado el 16 de noviembre del 2011]. Disponible en: <http://www.estadistica.chubut.gov.ar/archivos/anuarioSalud/AnuarioVitalesPublicacion2010.pdf>
- 10 Wilson S., Lester H... How can we develop a cost-effective quality cervical screening programme? *British Journal of General Practice*, 2002, 52, 485-490. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314326/pdf/12051215.pdf>
- 11 OPS\_PATH. Planificación de Programas Apropriados para la detección de Cáncer de Cuello uterino. 3ªed. Seattle. 2002 [citado el 16 de noviembre del 2011]. Disponible en: <http://www.path.org/files/0-Spanish-Planning-Guide.pdf>
- 12 Correa, D. Villela, W. Cervical Cáncer Prevention: challenges facing the implementation of program action in Amazonia, Brazil. *Rev. Bras. Saude. Matern. Infant., Recife*, 8(4):491-497. 2008. [citado el 5 de diciembre del año 2011]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292008000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400015&lng=en&nrm=iso)
- 13 Arrosi, S. Paolino, M. Sankaranarayan, R. Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. *RevPanam Salud Pública*. 2010; 28(4):249-57.
- 14 Vega Chávez J, Gutiérrez Enríquez SO, Terán Figueroa Y. Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden a la detección oportuna de cáncer cérvicouterino: un acercamiento a la satisfacción en el servicio. *InvestEducEnferm*. 2009; 27(2):201-208. [citado el 16 de noviembre del 2011] Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/2824/7309>.
- 15 Brito CMS, Nery IS, Torres LC. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da Citologia Oncótica. *RevBrasEnferm* 2007 jul-ago; 60(4):387-90. [citado el 16 de noviembre del 2011]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400005&lng=en&nrm=iso).
- 16 Albuquerque KM et al... Pap smear coverage and factors associated with non-participation in cervical cancer screening: an analysis of the Cervical Cancer Prevention Program in Pernambuco State, Brazil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 25 Sup 2:S301-S309, 2009 [Citado el 17 de noviembre del 2011]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0102-311X2009001400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2009001400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- 17 Kílvia, et al. Preparación de la mujer para la realización del examen de Papanicolaou en la perspectiva de la calidad. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(1):44-8 [citado el 17 de noviembre del 2011]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0103-21002007000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-21002007000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- 18 Ñorena, C. Tamayo, A. Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. *Aquichan. AÑO 10 - VOL. 10 N° 1 - CHÍA, COLOMBIA - ABRIL 2010* [citado el 17 de noviembre del 2011] Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1606>.
- 19 Quadros CAT de, Victora CG, Costa JSD da. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev PanamSalud Publica*. 2004; 16(4):223-32.
- 20 Arrosi, S.Paolino, M. Proyecto de mejoramiento para el programa nacional de prevención de cancer de cuello en Argentina. Buenos Aires : Organizacion Panamericana de la Salud, 2008.
- 21 Uhlin, Priscilla R. Capítulo 4: La recolección de datos cualitativos: la ciencia y el arte, en: Uhlin, Priscilla R. investigación aplicada en Salud Publica: métodos cualitativos. Washington, D.C... OPS 2006. Págs. 67-108.
- 22 Máster en Diseño, Gestión y Dirección de Proyectos. Introducción a Proyectos. Fundación Abierta Interamericana [on-Line]. Barcelona. Año 2010. [citado el 10 de julio del 2012]. Disponible en: <http://bscw.ing.udep.edu.pe/bscw/bscw.cgi/d4752049/M%3c%3b3dulo%20Te%3c%3b3rico%2001%20-%202010.pdf>.
- 23 F. Javier Murillo Torrecillas. Escalas de cuestionarios y Actitudes. Universidad Autónoma de Madrid. 2005. [citado el 16 de noviembre del 2011]. Disponible en: [http://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/Met\\_Inves\\_Avan/Materiales/Apuntes%20Instrumentos.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Apuntes%20Instrumentos.pdf)
- 24 Givaudan M, Leenen I, Pick S, Angulo A, Pootinga YH. Enhancement of underused cervical cancer prevention services in rural Oaxaca, Mexico. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 23(2):135-43.
- 25 Vega Chávez J, Gutiérrez Enríquez SO, Terán Figueroa Y. Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden a la detección oportuna de cáncer cérvicouterino: un acercamiento a la satisfacción en el servicio. *InvestEducEnferm*. 2009; 27(2):201-208 [citado el 16 de noviembre del 2011]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/2824/7309>
- 26 Hunter, Jennifer. Cervical cancer in Iquitos, Peru: local realities to guide prevention planning. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 20(1):160-171, jan-fev, 2004 [citado el 16 de noviembre del 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/32.pdf>.
- 27 Dzuba, I et. Al. A participatory assessment to identify strategies for improved cervical cancer prevention and treatment in Bolivia. *RevPanam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth* 18(1), 2005.
- 28 Wiesner-Ceballos C, Murillo Moreno RH, Piñeros Petersen M, Tovar-Murillo SL, Cendales Duarte R, Gutiérrez MC. Control del cáncer cérvicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. *RevPanam Salud Pública*. 2009; 25(1):1-8.
- 29 Edgar Barillas. La fragmentación de los sistemas de salud. *Rev PanamSaludPublica/Pan Am J Public Health* 1(3), 1997
- 30 Modelos mentales, en: Senger, Roberts C., Ross, R. la quinta disciplina en la Practica; estrategias y herramientas para construir una organización abierta al aprendizaje. 1ª ed. – Buenos Aires: Granica, 2010; págs.: 245-304.
- 31 Fundamentos de estructura y diseño organizacional, en: Administración Hospitalaria y de Organizaciones de Atención de la Salud. Lemus, J. Aragüez, V. Lucioni, M. 1ªed. Rosario: Corpus Libros Médicos y científicos, 2009; págs. 79-115.
- 32 Dinámica de las organizaciones, en: Etkin, Jorge R. Gestión de la complejidad en las organizaciones: la estrategia frente a lo imprevisto y a lo impensado.- 1ªed. – Buenos Aires: Granica, 2005; págs. 117-125