

Laura Otero^I

Belén Sanz^I

Teresa Blasco^{II}

Detección precoz de cáncer de cérvix según los discursos de las matronas de atención primaria en Segovia, España

Early detection of cervical cancer according to the discourses of primary care midwives in Segovia, Spain

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar los discursos de las matronas de atención primaria sobre el acceso y la utilización del Programa Preventivo de Cáncer de Cérvix.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS: Se desarrolló un estudio cualitativo en un área de baja densidad poblacional, Segovia, España, que cuenta con un alto porcentaje de población rural, entre 2008 y 2009. Se utilizó como técnica la entrevista semi-estructurada. Se realizaron diez entrevistas a las matronas de atención primaria de las 16 Zonas Básicas de Salud. El análisis de la información se basó en las propuestas de la Teoría Fundamentada.

ANÁLISIS DE RESULTADOS: El acceso y utilización del Programa Preventivo de Cáncer de Cérvix se relaciona con la utilización de la consulta de la matrona por las mujeres, sus vivencias de los exámenes de citología vaginal y su percepción de riesgo a padecer un cáncer de cuello uterino. La barrera percibida es la distancia para acceder a la consulta de la matrona, y para las mujeres inmigrantes, además son barreras la posibilidad de no disponer de tarjeta sanitaria y desconocer la existencia del Programa. La exclusión social es también considerada una barrera de acceso y utilización. Se identificó como el principal facilitador, la recomendación de los médicos de familia de participar en el Programa.

CONCLUSIONES: Las matronas perciben desigualdades de acceso y utilización del Programa Preventivo de Cáncer de Cérvix que se relacionan tanto con características individuales de las mujeres, como con el medio geográfico donde viven y con la propia estructura del Programa. Hay situaciones de vulneración de la equidad en colectivos de mujeres poco representadas a nivel encuestal, como las mujeres inmigrantes y las que residen en zonas rurales.

DESCRIPTORES: Neoplasias del Cuello Uterino, prevención & control. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Matronas. Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud. Investigación Cualitativa.

^I Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. España

^{II} Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. España

Correspondencia | Correspondence:

Laura Otero García
Escuela Nacional de Sanidad
Instituto de Salud Carlos III
C/ Sinesio Delgado, 8
28029 Madrid, España
E-mail: laotero@isciii.es

Recibido: 11/6/2010
Aprobado: 30/3/2011

Artículo disponible en español e inglés en:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the discourses of primary care midwives on access to and utilization of the Cervical Cancer Prevention Program.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: A qualitative study was conducted in an area of low population density with a high proportion of rural population in Segovia, Spain, between 2008 and 2009. Semi-structured interviews were carried out. Ten primary care midwives were interviewed covering the 16 basic health districts of the city. Data analysis was based on grounded theory methodology.

ANALYSIS OF RESULTS: Access to and utilization of the Cervical Cancer Prevention Program was associated with attendance to midwife visits, women's experiences with cervical smears and their perception of risk of cervical cancer. Geographic distance to the health center, difficult access to immigrant women who have no health insurance, and being unaware of the program offered are some of the perceived barriers. Social exclusion is also perceived as a barrier of access to and utilization of the program. The recommendation to participate in the program made by the primary care physician was identified as the main facilitator.

CONCLUSIONS: The midwives perceived inequalities in access to and utilization of the Cervical Cancer Prevention Program that are associated to individual characteristics of women, and contextual characteristics such as the geographical environment where they live and Program's infrastructure. There is inequality of access to care of underrepresented groups of women such as immigrant women and those residing in rural areas.

DESCRIPTORS: Uterine Cervical Neoplasms, prevention & control. Health Services Accessibility. Midwives. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Qualitative Research.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino, o cáncer de cérvix, es el segundo tipo de cáncer más prevalente entre las mujeres de todo el mundo. Alrededor de 500.000 casos nuevos aparecen cada año, el 80% de ellos, en los llamados países no desarrollados. En Europa, ha disminuido de forma notable en las últimas décadas, en parte debido a los programas de cribado. En España, la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino era de 7,6 por cada 100.000 mujeres en el año 2002. En la Comunidad Autónoma de Castilla y León la tasa de incidencia varía, según las provincias, entre 5 y 13 casos por cada 100.000 mujeres, y en el año 2005, la mortalidad fue de 2,67 muertes por 100.000 mujeres. El programa de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero de Castilla y León es un programa organizado dirigido a mujeres sexualmente activas cuyas edades comprendan entre los 20 y 64 años. Dicho programa tiene protocolizada la realización de una citología vaginal cada tres o cinco años, según la presencia de factores de riesgo asociados.

Las desigualdades sociales en cáncer implican disparidades en la prevención.¹ Los estudios sobre el acceso y la utilización de los programas preventivos de cáncer

de cérvix son desarrollados a nivel nacional o regional, donde las características de grupos de población que cuantitativamente son menores, como la población residente en el ámbito rural o la inmigrante, están poco representadas. Es posible que la información obtenida a partir de registros de ámbito nacional enmascaren situaciones de vulneración de la equidad en colectivos, como el de las mujeres que viven en zonas rurales, donde las distancias a los servicios sanitarios y los horarios en que se prestan los servicios, ocasionan barreras en el acceso y la utilización del Programa Preventivo de Cáncer de Cérvix (PPCC). Por otro lado, las mujeres inmigrantes podrían tener que salvar barreras relacionadas con su condición de inmigrantes, como pueda ser el tener tarjeta sanitaria.

En España hay matronas, enfermeras especializadas en obstetricia y ginecología, trabajando en Atención Primaria. En Castilla y León son el punto de enlace entre las mujeres y el PPCC, al ser, mayoritariamente, quienes captan y realizan las citologías. Por tal razón es importante conocer sus percepciones sobre el PPCC. El objetivo de este estudio fue conocer cómo es el acceso y la utilización del PPCC desde el punto de vista de las matronas.

MÉTODOS

El estudio se desarrolló en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, en la provincia de Segovia, donde el 64% de la población reside en el ámbito rural, distribuida en 208 municipios y 17 entidades locales. El 55,6% de estos municipios tiene menos de 100 habitantes. La población inmigrante regularizada supone el 13,1% de su población total, y procede fundamentalmente de Bulgaria, Rumania, Marruecos, Polonia y Colombia.

Segovia está dividida en 16 Zonas Básicas de Salud (ZBS), tres de ellas ubicadas en el ámbito urbano y trece en el ámbito rural. En cada ZBS hay un Centro de Salud de atención primaria, donde se encuentran las consultas de las matronas.

El trabajo de campo se realizó de febrero de 2008 a noviembre de 2009. Se diseñó un estudio cualitativo, por medio de entrevistas semi-estructuradas realizadas a las matronas que desarrollaban su labor en atención primaria. Se cubrieron las 16 ZBS, ya que hay seis matronas que trabajan en más de una ZBS, siendo en total 10 matronas en toda la provincia de Segovia. Se utilizó un guión de entrevista para recoger información sobre la actividad asistencial de las matronas, y el acceso y utilización del PPCC por parte de las mujeres. Se grabaron y transcribieron las entrevistas, previo consentimiento de los participantes. El análisis de la información se basó en la Teoría Fundamentada. Primero, se procedió a la codificación abierta, identificando las temáticas principales y asignando etiquetas o códigos para agruparlas. Para ello se utilizó el programa Open Code 3.4. A continuación se realizó una codificación axial para identificar relaciones entre los códigos creados. Finalmente fueron elaboradas las categorías de análisis.

En todo el artículo será utilizada la palabra “matrona”, para referirnos tanto a hombres, como a mujeres.

A las personas que participaron en el estudio se les informó de los objetivos y se les pidió consentimiento verbal, que fue grabado. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de sus opiniones. El proyecto en el que se engloba este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del Instituto de Salud Carlos III.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Factores influyentes en el acceso y utilización del PPCC

El acudir por cualquier circunstancia a la consulta de la matrona de atención primaria es una forma de captar a las mujeres para que participen en el PPCC.

“Sí claro, las captas porque a lo mejor vienen, porque tienen picores o escozores, entonces les vas a hacer

un cultivo vaginal y empiezas a mirar en la historia y les preguntas. ¿Tú nunca te has hecho una citología?”

El haber estado embarazada es una variable que influye en el acceso del PPCC, siendo sobre todo en la visita puerperal cuando las matronas ofrecen a las mujeres que acudan de nuevo a la consulta para hacerse una citología.

“... cuando las capto es en el embarazo, las cito en el postparto a los cuarenta días y luego a partir de ahí las cito también para citología, para que vengan a hacérsela.”

Las matronas han detectado que más mujeres preguntan por el PPCC debido a la información facilitada en los medios de comunicación, a raíz de la aprobación y difusión de información de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH).

“Ahora con el tema del cáncer, con el VPH, las vacunas y tal, la población sí que se mentaliza más.”

Las vivencias de las mujeres en relación a la citología es otra de las variables influyentes. La realización de esta prueba supone que las mujeres han de adoptar la llamada posición ginecológica, que puede producirles pudor. Las matronas, verbalizan la importancia de hacer sentir cómodas a las mujeres.

“La situación de hacerte una citología, de ponerte en la posición con las piernas abiertas, tumbada, con los genitales al aire, que te metan un espéculo, no es una cosa agradable. Siempre está rodeado de miedo, de daño y yo creo que a veces, con estas citas que tenemos, todo va muy rápido.”

Existen discursos heterogéneos en cuanto a si las mujeres manifiestan estar más cómodas ante un profesional sanitario del sexo femenino. Lo que sí destacan las matronas en su conjunto es la importancia que tiene el que haya una relación de confianza profesional sanitario-mujer.

“Es un acto en el que la mujer necesita estar relajada y confiar un poquito en la persona que tiene enfrente.”

El diagnóstico de algún caso de cáncer de cérvix en el entorno social de las mujeres aumenta la percepción de riesgo, siendo mayor la utilización del PPCC. Al mismo tiempo, el que las mujeres no tengan casos cercanos hace que la percepción de riesgo disminuya o sea nula.

“...son pueblos donde lo que le pase a una lo conocen todas, entonces, como no había habido ninguna muerte cercana por cáncer de cuello, no era una obsesión.”

Barreras de acceso y utilización del PPCC

Las matronas perciben que existen “problemas” en relación a la captación activa de las mujeres. Comparan

este programa con el utilizado para la detección precoz del cáncer de mama, verbalizando la existencia de una mejor captación en éste último. Lo que se envía a las mujeres en el caso del PPCC es el resultado de la citología y la siguiente cita, con lo que han de recordar que tienen una cita para realizarse una citología, en ocasiones, hasta tres o cinco años después, corriendo el riesgo las mujeres de olvidar la cita.

“Ese es uno de los problemas que tiene el programa... el de la citología, que igual que el de mamografía está muy bien controladas porque las dicen cuando tienen que ir a la primera y luego cuando les toca repetirse, el de citología te llega una carta cuando te la han hecho diciéndote -Dentro de tres años se tiene que acercar otra vez por la consulta de la matrona.- Pero nadie te recuerda cuando han pasado los tres años, ni cuando han pasado los cinco. Es un gran fallo del programa.”

Una de las barreras que detectan las matronas rurales es la dificultad de acceso a la consulta que tienen las mujeres que viven en municipios donde no hay centro de salud y no disponen de carnet de conducir y/o coche particular. Estas mujeres han de apoyarse en su red social para acudir a la consulta de la matrona, ya que el transporte público es deficitario.

“...las gentes de los pueblos, el problema es el transporte, porque hay gente que no tiene coche y para venir al centro de salud... Mucha gente (mujeres) tiene que dejar su marido de trabajar para traerla a la consulta, o tiene que buscarse la vida para que alguien la traiga.”

Otra barrera de acceso identificada es la condición de ser inmigrante. Las matronas identifican diferencias en el acceso y utilización del PPCC entre las mujeres inmigrantes y las mujeres autóctonas, describiendo que las primeras son reacias a entrar en el programa, y una vez que han participado en el mismo, es complicada su adherencia.

“... la población inmigrante es más reacia a hacerse las citologías, por ejemplo. Ese programa lo utilizan muy poco. O si lo usan por una cosa como que han dado a luz o por que van por cualquier otro tema, las coges en ese momento y les haces la citología, pero luego es un poco complicado que tengan el seguimiento.”

Al preguntarles a qué puede ser debido, identifican el nivel socio-económico de las mujeres inmigrantes, la posibilidad de no disponer de tarjeta sanitaria, y el escaso conocimiento del sistema sanitario, como posibles variables explicativas. La población inmigrante que vive en el ámbito rural proveniente de Rumania y Bulgaria, según identifican varias matronas, tiene un nivel socio-económico bajo.

“En su país sí que se ven, me refiero que la cobertura sanitaria, por ejemplo en Rumania y en Bulgaria, sí que la hacen, que tampoco son países subdesarrollados.

Lo que pasa es que mucha gente dice que el tipo de inmigrante que viene no es el medio de allí, es el más bajo, y entonces, culturalmente la prevención y los cuidados son menores...”

Las matronas señalan que a mayor tiempo de permanencia en España, mayor el conocimiento del sistema sanitario.

Al preguntar a las matronas que trabajan en el ámbito rural por un grupo excluido socialmente, las mujeres trabajadoras del sexo que desarrollan su actividad en locales de carretera, aparecen discursos que muestran la no utilización del PPCC.

“Imposible captar a esa población (trabajadoras del sexo). Mira, hace unos años nos planteamos que por qué no ir a ofrecer nuestros servicios, puesto que efectivamente es una población de riesgo, las trabajadoras del sexo, y veíamos claramente que no venían a las consultas de prevención de cáncer genital...”

Las matronas manifiestan que desconocen si estas mujeres utilizan los servicios sanitarios privados para la realización de controles.

Otro grupo que históricamente ha tenido riesgo de exclusión social es el de las mujeres de etnia gitana. Este aparece en los discursos de algunas matronas que trabajan en el ámbito urbano, donde reside la mayor parte de esta población. Según las matronas, ese grupo de mujeres tiene una baja participación en el PPCC.

Facilitadores del acceso y utilización del PPCC

Las matronas identifican la invitación a participar en el Programa, por parte de los profesionales sanitarios, como el principal facilitador. En cuanto a la captación de las mujeres, algunas matronas verbalizan realizar una captación activa, aconsejando que se realicen los cribados que están protocolizados en función de la cartera de servicios, frente a una actitud más pasiva de otras matronas.

En relación a si los médicos y enfermeras de atención primaria dan información y consejo a las mujeres que cumplen los requisitos para fomentar su participación en el PPCC, derivando a estas mujeres a las matronas, los discursos son heterogéneos en función de cada equipo de atención primaria. En algunos casos, la derivación de mujeres a la matrona es frecuente cuando la coordinación médicos de familia-matronas es activa y eficaz.

“Los médicos saben perfectamente cuando deben quedar las mujeres con la matrona, te las derivan...”

En otros casos no existe derivación alguna ni relación médicos/enfermería de atención primaria-matronas.

“Las captaciones, es el médico o la enfermera en sus zonas. Las informan o se supone que es lo que deben de hacer.”

Por último, identifican como facilitador dirigir una invitación personalizada a las mujeres a modo de carta. Comentan que, en ocasiones, se ha llevado a cabo este tipo de recordatorios, pero no de forma constante.

“...sí que es verdad que también depende... ha habido temporadas en que les mandan cartas para que vengan, otras veces no.”

DISCUSIÓN

Las matronas de atención primaria que trabajan en la provincia de Segovia perciben desigualdades en el acceso y utilización del PPCC que relacionan, tanto con características individuales de las mujeres, como con variables contextuales, como son el ámbito geográfico donde viven y la estructura del PPCC. Las barreras que perciben las matronas para acceder o utilizar el PPCC son las distancias desde los municipios rurales que carecen de Centro de Salud, hasta la consulta de la matrona. La falta de transporte público disponible agudiza esta barrera. En cuanto a las mujeres inmigrantes, identifican como barreras el no disponer de tarjeta sanitaria y el desconocer el PPCC. La exclusión social, en el caso de las mujeres trabajadoras del sexo y las mujeres de etnia gitana, también aparecen como variables relacionadas con barreras de acceso y utilización del PPCC. Como facilitadores de acceso y utilización del PPCC las matronas nombran que los médicos de atención primaria aconsejen participar en el PPCC. Al mismo tiempo, identifican como facilitador el dirigir una invitación personalizada, a modo de carta, a las mujeres a las que va dirigido el PPCC.

Los hallazgos del presente estudio confirman los obtenidos a nivel nacional e internacional, que aportan evidencia científica sobre variables que están relacionadas con la participación en programas como el PPCC tales como, la situación socio-económica, el nivel educativo, el lugar de residencia, el lugar de origen, la etnia, la edad, la percepción de riesgo, las vivencias relacionadas con la prueba de la citología vaginal y las diferencias culturales.^{1,2,4,6,7-10,12-15}

Al margen de estas variables, existe también evidencia de que las mujeres que más citologías se hacen son las que están más en contacto con el sistema sanitario.¹¹ En nuestro estudio esto se ve reflejado en que las matronas dicen captar para el PPCC a las mujeres que acuden a su consulta, principalmente, por el embarazo. Es así como las mujeres que tienen barreras de acceso y utilización de los servicios sanitarios en general, definidas por la literatura como mujeres de nivel socio-económico bajo, o mujeres inmigrantes^{4,11} pueden sufrir de manera más acuciante desigualdades en el acceso y utilización de programas preventivos como es el PPCC.

Según las matronas, las vivencias de las mujeres en relación a la prueba de la citología vaginal pueden estar

relacionadas con la utilización del PPCC.^{5,8} El que éstas puedan ser negativas, es decir, que estén asociadas a miedo, dolor y sensación de malestar,³ podría suponer que las mujeres se cuestionasen el acudir a realizarse una citología. Las matronas verbalizaron que para evitar situaciones negativas era importante que las mujeres confiaran en el profesional sanitario. Para ello, es fundamental fomentar la comunicación entre las matronas y las mujeres.

Una mayor percepción de riesgo de padecer cáncer de cuello uterino de las mujeres hace que se utilice más el PPCC. La percepción de riesgo está relacionada con el hecho de que las mujeres hayan tenido en su entorno próximo algún diagnóstico de cáncer de cérvix, y con la información recibida por los medios de comunicación. Las informaciones facilitadas por diferentes medios de comunicación sobre la vacuna del VPH, así como la falta de consenso por parte de las instituciones sanitarias, los profesionales sanitarios y las autoridades, han servido de forma indirecta para que la población femenina, encuentre en los medios de comunicación información sobre el cáncer de cérvix.

Uno de los principales hallazgos de esta investigación está relacionado con las barreras de acceso y utilización del PPCC. Las matronas hablan de la falta de transporte público disponible para trasladarse desde los municipios rurales que carecen de Centro de Salud, hasta los municipios rurales donde se ubican las consultas de las matronas. Estas mujeres son llevadas hasta el Centro de Salud por alguien de su red social, que habitualmente ha de solicitar permiso en su centro de trabajo. Las mujeres que viven en zonas rurales son población a tener en cuenta en mayor medida debido a las posibles barreras de acceso y utilización del PPCC que pueden tener.⁹

En relación a las mujeres inmigrantes, las matronas verbalizan que utilizan menos el PPCC. Existe evidencia científica en España que muestra como estas percepciones locales son una realidad.¹¹ Las barreras que dicen pueden estar generando desigualdades en el acceso y la utilización del PPCC están relacionadas con estar en posesión de la tarjeta sanitaria y conocer el PPCC. Esta situación pudiera ser preocupante, ya que en los países en vías de desarrollo de donde provienen las mujeres inmigrantes las tasas de cáncer de cérvix son elevadas. Estudios llevados a cabo en sus países de origen^{7,13} muestran que una de las variables asociadas al menor uso del programa fue que las mujeres debían de pagar por utilizar este servicio sanitario. En España, este servicio es público y gratuito. Lo que desconocemos es si las mujeres inmigrantes que poseen tarjeta sanitaria son conocedoras de esta gratuidad. Las mujeres inmigrantes que residen en el ámbito rural podrían disponer de una red social más limitada a la que acudir para salvar las barreras de acceso y utilización de los servicios sanitarios, en concreto, el acceso al Centro de Salud.

En cuanto a los facilitadores que propician el acceso/ utilización del PPCC se ha visto fundamental el que los profesionales sanitarios de atención primaria, sobre todo los médicos de familia, asesoren a las mujeres y aconsejen su participación.⁸ Los profesionales sanitarios deben ser conscientes del importante papel que tienen en el Programa, y al mismo tiempo, promover una buena coordinación del equipo de atención primaria para que las mujeres a las que va dirigido el programa reciban el consejo y la información, pudiendo valorar su participación.

Se desconoce en qué medida las mujeres trabajadoras del sexo que residen en Segovia participan en el PPCC. La percepción de las matronas es que hay una infrautilización del Programa de este colectivo, pero no disponemos de datos que puedan avalar esta percepción.

Asimismo, se hace necesario profundizar en las causas de la infrautilización del programa, detectadas por las matronas, entre las mujeres de etnia gitana.

Para potenciar la participación en programas preventivos son importantes las campañas de educación para la salud que vayan más allá de la mera información. En concreto, las mujeres inmigrantes pueden ser un grupo vulnerable y a ellas deben ser dirigidas medidas de captación y campañas de educación para la salud, más allá de materiales informativos traducidos a sus lenguas maternas que puedan estar disponibles en los centros sanitarios.

En conclusión, es importante trabajar en la reducción de las barreras de acceso y utilización del PPCC percibidas por las matronas para proporcionar un mayor acercamiento de este programa preventivo a las mujeres a las que va dirigido.

REFERENCIAS

1. Arias V, Samuel A. Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2009;27(3):341-8
2. Bazargan M, Bazargan SH, Farooq M, Baker RS. Correlates of cervical cancer screening among underserved Hispanic and African-American women. *Prev Med*. 2004;39(3):465-73. DOI:10.1016/j.ypmed.2004.05.003
3. Brito CMS, Nery IS, Torres LC. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(4):387-90. DOI:10.1590/S0034-71672007000400005
4. Echevarria ES, Carrasquillo O. The roles of citizenship status, acculturation, and health insurance in breast and cervical cancer screening among immigrant women. *Med Care*. 2006;44(8):788-92. DOI:10.1097/01.mlr.0000215863.24214.41
5. Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *Br J Gen Pract*. 1998;48(433):1509-14.
6. Guilfoyle S, Franco R, Goring SS. Exploring older women's approaches to cervical cancer screening. *Health Care Women Int*. 2007;28(10):930-50. DOI:10.1080/07399330701615358
7. Lucumí-Cuesta DI, Gómez Gutierrez LF. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Rev Esp Salud Publica*. 2004;78(3):367-77. DOI:10.1590/S1135-57272004000300006
8. Luengo Matos S, van den Eynde AM. Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España. *Aten Primaria*. 2004;33(5):229-3. DOI:10.1157/13059170
9. Mauad EC, Nicolau SM, Moreira LF, Haikel Jr RL, Longatto-Filho A, Baracat EC. Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. *Rural Remote Health*. 2009;9(3):1241.
10. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(2):74-108. DOI:10.3322/canjclin.55.2.74
11. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla J. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2009;23 (Supl 1):4-11. DOI:10.1016/j.gaceta.2009.01.010
12. Salinas AM, Villarreal E, Garza ME, Fraire JM, López JJ, Nuñez GM. Quality differences between rural and urban primary care: the case of a cervical cancer screening programme. *Int J Qual Health Care*. 1998;10(3):235-40. DOI:10.1093/intqhc/10.3.235
13. Todorova I, Baban A, Alexandrova-Karamanova A, Bradley J. Inequalities in cervical cancer screening in Eastern Europe: perspectives from Bulgaria and Romania. *Int J Public Health*. 2009;54(4):222-32. DOI:10.1007/s00038-009-8040-6
14. Tsu VD, Levin CE. Making the case for cervical cancer prevention: what about equity? *Reprod Health Matters*. 2008;16(32):104-12. DOI:10.1016/S0968-8080(08)32411-2
15. Wagner J. Barriers for Hispanic Women in Receiving the Human Papillomavirus Vaccine: A Nursing Challenge. *Clin J Oncol Nurs*. 2009;13(6):671-5. DOI:10.1188/09.CJON.671-675