

---

## Magnitud del Problema Prestacional de Salud en Aseguradas *Magnitude of the Health Benefit Problem in Insured*

---

Edwin Abraham Vilca Achata<sup>1</sup>, Graciela Bernal Salas<sup>2</sup>

Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez  
Juliaca, Perú

### Resumen

**Objetivo:** Cuantificar la problemática prestacional en pacientes que acuden al programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino del Hospital Base III EsSalud Juliaca 2019. **Material y métodos:** La investigación fue de diseño no experimental, enfoque cuantitativo y nivel correlacional. **Población:** Total de pacientes que acudieron al programa, con una muestra de 360. **Resultados:** La magnitud de las prestaciones fue de manera global en un 13%, parcial 36% y nula en un 51%, para una correlación estadística significativa ( $X^2_c$  de 3250.76) y un nivel de beneficio regular. Siendo las características prestacionales nulas de enfermería (100%); parciales con tendencia a ser globales de la obstetra llegando a 81% en el pre y 73% en el post diagnóstico; parciales con tendencia a ser global del patólogo (51%) y nulas del médico general en un 89% y del Ginecólogo en un 75%. Se categorizó el nivel de beneficio para la paciente, siendo regular en 52.8%, malo en 44.7% y bueno en 2.5%. **Conclusión:** La magnitud de la prestación de salud de los profesionales que intervienen en el programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino fue mayormente nula y el nivel de beneficio para la paciente fue regular.

**Palabras Clave:** Magnitud prestacional, nivel de beneficio.

### Abstract

**Objective:** To quantify the benefit problem in patients who attend the cervical cancer early detection program of the Hospital Base III EsSalud Juliaca 2019. **Material and methods:** The research was of non-experimental design, quantitative approach and correlational level. **Population:** Total patients who attended the program, with a sample of 360. **Results:** The magnitude of benefits was globally in 13%, partial in 36% and null in 51%, for a significant statistical correlation ( $X^2_c$  of 3250.76) and a regular profit level. The nursing performance characteristics being null (100%); partial with a tendency to be global in the obstetrician, reaching 81% in the pre and 73% in the post-diagnosis; partial with a

---

<sup>1</sup> Mgtr. Edwin Abraham Vilca Achata, Maestro en Salud-Salud Pública, Médico de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria de EsSalud Juliaca, [edwabrvilach@hotmail.com](mailto:edwabrvilach@hotmail.com).

<sup>2</sup> Dra. Graciela Bernal Salas, Doctora en Educación, Magister en Investigación y Docencia Universitaria, de profesión Obstetra, Licenciada en Educación en la Especialidad de Biología, Docente Ordinaria Asociada de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, [gbernals@hotmail.com](mailto:gbernals@hotmail.com).

tendency to be global for the pathologist (51%) and null for the general practitioner in 89% and the gynecologist in 75%. The level of benefit for the patient was categorized, being regular in 52.8%, bad in 44.7% and good in 2.5%. **Conclusion:** The magnitude of the health care provided by the professionals involved in the cervical cancer early detection program was mostly nil and the level of benefit for the patient was regular.

**Keywords:** Benefit magnitude, benefit level.

## I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación evidenció la magnitud de las prestaciones realizadas por el personal de salud integrante del programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino del Hospital III Juliaca EsSalud y del nivel de beneficio para la paciente, la recomendación del programa es que debe ser grande el beneficio para la paciente, con tan solo por el hecho de acudir al programa para realizarse la citología cervical (Seguro Social de Salud – ESSALUD, 2016); actualmente la prestación se basa en el examen clínico y su diagnóstico dado por la obstetra y confirmado por el patólogo, intervenciones que son iniciales y como plantea el presente estudio debe ser complementado por la intervención médica eficaz y completa que finaliza con el tratamiento definitivo de la paciente y de otras innovaciones sobre todo preventivas como el empleo de preservativo como única barrera eficaz (Chacón-Quesada, 2009), por lo tanto, es incompleto el beneficio real, debido a que no se continua con el procedimiento asistencial inicial y menos el final, con lo que se evitaría eficazmente el cáncer de cuello uterino y otros estados patológicos como las infecciones cérvico vaginales que determinan estados degenerativos, por tanto, de alto interés para la Salud Pública (Espín, 2012).

El programa se basa en 3 exámenes transversales: la presencia o no de infección, sospecha de degeneración citológica y la inflamación a simple vista o bajo la aplicación del IVAA (Orly de Labry, 2012), la que continua con la confirmación diagnóstica patológica de la presencia de infección, grado de degeneración celular y grado de inflamación (López, 2011), para según ello realizar el manejo y tratamiento por el médico general (Solís, 2018) y Ginecólogo (Reyes, 2016).

Realizar el Papanicolaou es de bajo costo (Rojas-Zumarán, 2018) y su realización es fácil por la obstetra, por lo tanto, de alto beneficio para la paciente y de interés de la Salud Pública. El entorno de esta actividad, según el MINSA debe estar sustentada por las actividades preventivo promocionales (Ministerio de Salud del Perú-MINSA, 2017) que conduciría a la paciente a acudir eficazmente al programa, y debe ser realizada por la obstetra, así lo demostró Santos Ortiz, C. en su estudio innovando el control del cáncer en el Perú (Santos-Ortiz, 2016), por su parte Cotrina indica, lo que no realiza la enfermera lo puede realizar la obstetra (Cotrina, 2017).

Una infección vaginal produce inflamación y esta degeneración celular, que al ser detectadas deben ser tratadas por médico general y según la gravedad por el Ginecólogo considerado ya como una endemia en Argentina (Davel, 2007) la misma que puede prevenirse con actividades dadas por la obstetra (Matassini, 2020). Las infecciones vaginales tienen un inicio concomitante con el inicio de relaciones sexuales, dado por arrastre de microorganismos de la superficie extra vaginal a la intra vaginal y de lo que habita

normalmente o patológicamente en el órgano sexual masculino (López-Olmos, 2012), alterando así el medioambiente cérvico vaginal, produciéndose una serie de eventos que afectan a las estructuras más vulnerables, predisponiendo a enfermedades ginecológicas graves (Zapata, 2018), produciéndose así una infinidad de enfermedades desde las infecciosas, parasitarias, micóticas y virales (Villarreal, 2018). Con todo este contexto de patologías e intervenciones a realizar se produjo la presente investigación para conocer la real dimensión de la problemática prestacional en pacientes que acuden al programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino del Hospital Base III EsSalud Juliaca 2019.

## II. MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de la investigación fue, no experimental; tuvo un enfoque cuantitativo y fue un estudio de nivel correlacional. La población estuvo representada por el 100% de mujeres de 21 a 65 años de edad, que acuden al primer nivel de atención (Módulo de Atención Integral de Salud Juliaca) del Seguro Social de Salud, representada por 5675 pacientes que acudieron al programa de prevención de cáncer de cuello uterino en el año 2019. El tamaño de la muestra se realizó aplicando la fórmula para población finita, obteniéndose una muestra de 360. Como fue un estudio cuantitativo se realizó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático. No se realizó de los años 2020 y 2021 debido a que existe mucha interferencia de variables como: periodos sin atención, la no asistencia de pacientes, déficit de insumos y recursos humanos por la crisis de la Pandemia COVID 19. Se aplicó la lista de cotejo para la recolección de datos: de diagnósticos y de intervención por enfermera, obstetra, patólogo, ginecólogo y médico general, se identificó hasta 12 actividades imprescindibles, complementadas con 8 necesarias, con las que suma 20 actividades. Las técnicas utilizadas fueron la revisión documentaria digital: Historia Clínica digital del aplicativo ESSI (EsSalud Sistema de Salud Inteligente), datos que fueron registrados en la Lista de Cotejo. La validez del instrumento fue por juicio de expertos. Para la contrastación de hipótesis se utilizó el estadístico del Chi cuadrado de Person, para un nivel de significancia de 5% y un nivel de confianza de 95% (Monterrey, 2007).

## III. RESULTADOS

Los resultados se exponen según el objetivo de la investigación: la magnitud de las prestaciones realizadas por el personal de salud, el nivel de beneficio para la paciente y la relación entre ambas.

Tabla 1.

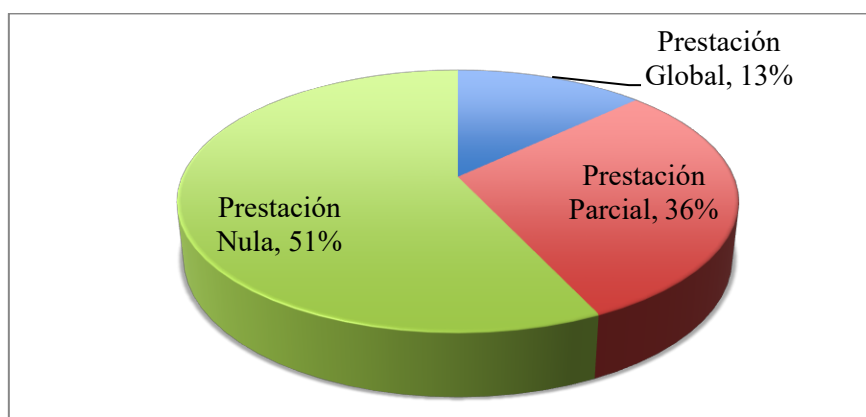
*Magnitud de las prestaciones realizadas en relación al nivel de beneficio para la paciente.*

Magnitud de la prestación	Nivel de beneficio para la paciente							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Prestación Global	29	54%	233	21%	17	2%	279	13%
Prestación Parcial	16	30%	439	38%	319	33%	774	36%
Prestación Nula	9	16%	468	41%	630	65%	1107	51%
Total	54	100%	1140	100%	966	100%	2160	100%

**Fuente:** Matriz de sistematización. **Elaboración:** Propia del investigador. **Prueba de independencia:**  $\chi^2_c$ : 3250.76 >  $\chi^2_c$ : 9.4877 para GL: 4

Gráfico 1

Magnitud de las prestaciones realizadas en relación al nivel de beneficio para la paciente.



Fuente: Tabla 2. **Elaboración:** Propia del investigador.

La **tabla 1** y **gráfico 1**, describen la magnitud de las prestaciones realizadas por profesional de salud según haya sido completa o global, con algunas prestaciones o parcial, y nula o ninguna prestación realizada; se debieron brindar 2160 y solamente lo realizaron en forma global o todas las prestaciones que indica el programa en un 13% (279), realizaron parcialmente las prestaciones en un 36% (647) y un 51%(1234) se quedaron sin ser realizadas por el profesional, pero que si están consideradas por el programa de prevención temprana de cáncer de cuello uterino.

Tabla 2.

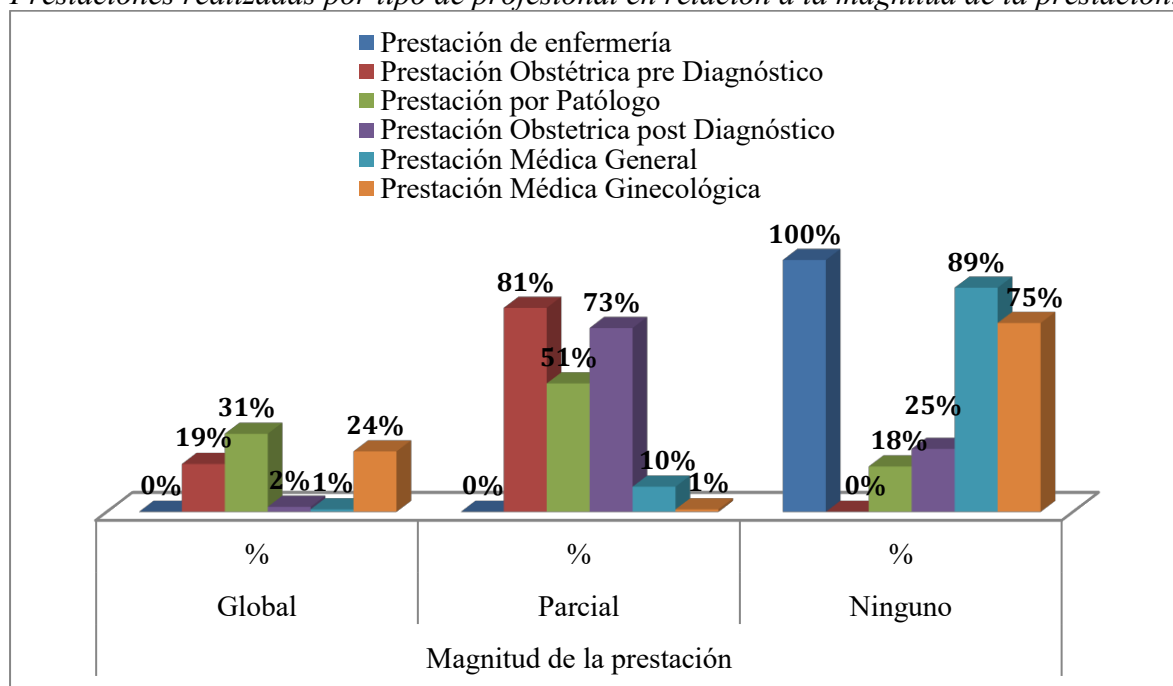
Prestación realizada por tipo de profesional en relación a la magnitud de la prestación.

Prestación realizada por tipo de profesional	Magnitud de la Prestación							
	Global		Parcial		Ninguno		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prestación de Enfermería	0	0%	0	0%	360	100%	360	100%
Prestación Obstétrica Pre Diagnóstico	69	19%	291	81%	0	0%	360	100%
Prestación por Patólogo	111	31%	182	51%	67	18%	360	100%
Prestación Obstétrica Post Diagnóstico	8	2%	262	73%	90	25%	360	100%
Prestación Médica General	4	1%	36	10%	320	89%	360	100%
Prestación Médica Ginecológica	87	24%	3	1%	270	75%	360	100%

Fuente: Matriz de sistematización. **Elaboración:** Propia del investigador.

Gráfico 2

*Prestaciones realizadas por tipo de profesional en relación a la magnitud de la prestación.*



**Fuente:** Tabla 2. **Elaboración:** Propia del investigador.

En la **tabla 2** y **gráfico 2**, se observa las prestaciones por tipo de profesional, no recibieron ninguna prestación por parte de enfermería por lo tanto ningún beneficio para la paciente. El 19% recibieron todas las prestaciones pre diagnóstico que realizó la Obstetra, un 81% recibieron parcialmente las prestaciones, concluyéndose que se brindó las prestaciones a todas las pacientes. El 31% de pacientes recibieron todas las prestaciones del Patólogo, un 51% recibió en forma parcial y un 18% no lo recibió. Solamente el 2% de las pacientes recibe todas las prestaciones de la obstetra en el post diagnóstico, en cambio un 73% recibió parcialmente y un 25% no recibió ninguna prestación. El 1% de las pacientes recibe todas las prestaciones mínimas del médico general, el 2% recibe parcialmente y un 89% no recibe ninguna prestación. El 24% de las pacientes recibe todas las prestaciones mínimas del médico ginecólogo, el 1% recibe parcialmente este beneficio y el 75% de las pacientes no recibe ningún beneficio.

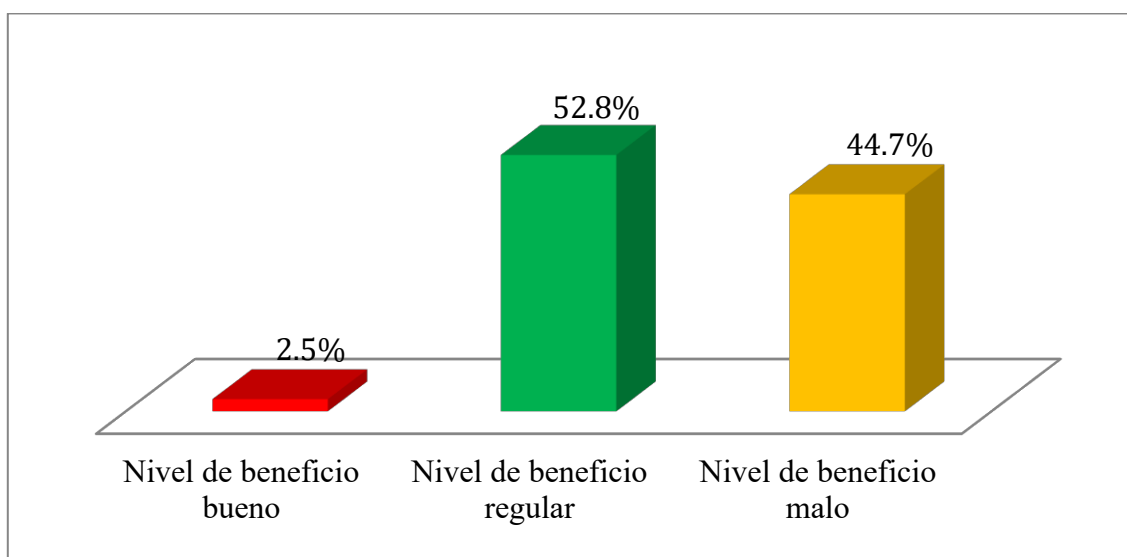
Tabla 3.

*Nivel de Beneficio para la paciente*

Nivel de beneficio	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de beneficio bueno	9	2.5%
Nivel de beneficio regular	190	52.8%
Nivel de beneficio malo	161	44.7%
Total	360	100,0

**Fuente:** Matriz de sistematización. **Elaboración:** Propia del investigador.

Gráfico 3  
*Nivel de Beneficio para la paciente*



**Fuente:** Tabla 3. **Elaboración:** Propia del investigador.

En el **tabla 3** y **gráfico 3**, se observa el nivel de beneficio para la paciente con 9 (2.5%) de pacientes que acudieron al programa de detección temprana de Cáncer de Cuello Uterino que presentaron un nivel de beneficio bueno, esto quiere decir que recibieron entre 13 a 20 prestaciones establecidas; 190 (52.8%) de pacientes presentaron un nivel de beneficio regular, esto quiere decir que recibieron entre 7 a 12 prestaciones establecidas, y 161 (44.7%) de pacientes presentaron un nivel de beneficio malo, esto quiere decir que recibieron menos de 6 prestaciones establecidas por el programa.

#### IV. DISCUSIÓN

Nuestro estudio demuestra un 13% de prestaciones nulas y un beneficio para la paciente de nivel regular 52.8%, que es inferior al realizado en el 2015 en EsSalud en dicha encuesta llegó al 67% (Seguro Social de Salud-ESSALUD, 2015), las cifras más próximas que dio el MINSA fue de 39% (Arroyo, 2015) y de otro estudio en EsSalud que llegó a una percepción de beneficio del paciente de 37% (Jorge, 2018), por lo que podemos mencionar que en estudios externos como el nuestro y el de Jorge, M. realizados en EsSalud es más real, que los realizados institucionalmente tanto en EsSalud y el MINSA.

La magnitud de las prestaciones de enfermería fueron nulas en un 100% por lo tanto sin beneficio para la paciente; otros estudios llegaron a 4.17% (Pinto, 2018) y al 100% (Andía, 2014), debido a que en otros países las obstetras solo se dedican al parto natural y no a las prestaciones ginecológicas como lo hacen en el Perú.

Las prestaciones de la obstetra en el pre diagnóstico, mediante la especuloscopia fueron de magnitud global en un 100% de pacientes, diagnosticando clínicamente los 3 estados que son: degeneración, infección e inflamación, útiles para la prosecución del tratamiento respectivo; en otros estudios alcanzaron solo un 17% (Gonzales, 2001), 80% (Sánchez, 2018) y 39% (Rodas, 2015) para infección, y 27% (Rosado, 2015) para sospecha de cáncer. Podemos afirmar que según los porcentajes mayores de diagnóstico clínico por obstetra frente

a porcentajes menores de diagnóstico por patólogo, se concluye ser más beneficiosos y específicos los realizados por la obstetra que por el patólogo. Pero se observó que, en la prevención primaria (charlas de cáncer de cuello uterino), prestación asignada a la enfermera, pero que lo realiza la obstetra, y la prevención secundaria (entrega de preservativos, manera de establecer barrera ante enfermedades de transmisión sexual), valores muy por encima de resultados como 3.4% (Mendoza, 2012) y 14% (Ayala, 2016).

Las prestaciones del patólogo tienen características de magnitud parcial con tendencia a global con un 51%; en cuanto a infección vaginal se encontró un 31.1%, mientras que en otros estudios se encontraron diversos resultados de acuerdo a las características de sus poblaciones como: 46.5% (Villasaca, 2015) y un alto 73% (Gallegos, 2019); en nuestros resultados llama la atención el sub registro que llega al 50.3%. El diagnosticar infección por el patólogo es de importancia, puesto que es específico, empleados en otros ámbitos como tamizaje para tratar la infección o encaminar al diagnóstico definitivo. En cuanto al diagnóstico de degeneración citológica, los porcentajes de negatividad de 98% (Rodas, 2015) y 92% (Rosado, 2015) son mayores al nuestro que llegó al 78.3%; por el contrario la positividad a degeneración celular es mayor la prevalencia que en otros estudios como el de Rodas, G. El diagnóstico patológico de inflamación, otros estudios demuestran 19% (González, 2001) y 97% (Rodas, 2015), este último comparable al resultado obtenido por nuestro estudio 99.6%, pero que se encontró un subregistro de 1% y de que no son procesados las láminas de Papanicolaou por el patólogo en un 18.6%.

Las prestaciones de la obstetra en el post diagnóstico fueron de características de magnitud parcial hasta en un 73%; la entrega de resultados llegó a un 75%, inferior a 88% (Paolino, 2011). En cuanto a realizar interconsulta con ginecólogo llegó al 32.2% muy inferior a 89.5% (Paolino 2011). En cuanto a la interconsulta a médico general solo se encontró un 4.2% por tanto existe preferencia en realizar referencia a Ginecólogo que a médico genral, en cambio otros estudios dan como resultado un 14% (Cuevas, 2016).

Las prestaciones de médico ginecólogo tiene características de ser nulas (75%), pero que si se realiza la prestación lo realiza en forma global (24%), otros estudios indican 11% (Martínez, 2007) y 36% (Cuevas, 2016), aunque con tratamiento especializado solo llegó a 25% (Martínez, 2007) cuya magnitud de la prestación es comparable al nuestro 24.2%; con lo que podemos afirmar que no se benefician las pacientes a pesar que se realiza la interconsulta por la profesional obstetra, la razones son las mismas, de que no existe cupos accesibles o que no existe el número adecuado de ginecólogos para la demanda existente.

Las prestaciones del médico general son netamente nulas llegando a un 89% y solo son efectivas parcialmente en un 10% y globales en un 1%, en cambio en el estudio de Martínez, M. encontró un 25% debido principalmente a que la obstetra no realiza la referencia y se prefiere la atención por ginecólogo a pesar de la difícil accesibilidad a dichas prestaciones (Martínez, 2007).

El nivel de beneficio para la paciente tiene la característica de ser regular en comparación con otros estudios es inversamente proporcional por ser estudios de percepción de la paciente; en el nivel medio para otros estudios llegó al 44% (Gutiérrez, 2018) correspondiente al regular de nuestro estudio 52.8% pero se aleja de estos resultado como el 19% (Llacsahuanga, 2015) en un estudio de percepción de la paciente, en cambio en los niveles bueno o pleno es 2.5% para el nuestro, frente a otros estudios como: 41% (Gutiérrez, 2018) o hasta un 81% (Llacsahuanga, 2015), lo contrario sucede también en el nivel malo o

de poca o nula satisfacción que para el nuestro es 44.7% y para otros estudios de percepción encontraron 15% (Gutiérrez, 2018) y 4% (Llacsahuanga, 2015), resultados de estudios de percepción que son interferidos por otras variables de opinión en cambio el nuestro se valoró por el número de prestaciones que recibió la paciente por lo tanto sin interferencia de otras variables condicionantes.

## V. CONCLUSIONES

Se concluye que en un 13%, el profesional realiza todas las prestaciones que indica el programa o lo realiza de manera global, el 36% en forma parcial y un 51% no se realizan las prestaciones como lo establece el programa de cáncer de prevención de cáncer de cuello uterino; existe correlación significativa entre variables ( $X^2_c$ : 3250.76), comprobándose así la hipótesis general. Las prestaciones de enfermería no beneficiaron a la paciente ( $X^2_c$ : 0.00). Las prestaciones obstétricas pre diagnóstico tuvieron un beneficio significativo en el diagnóstico clínico que el dado por el patólogo, además las charlas y dotación de preservativos como parte de la prevención son eficientes ( $X^2_c$ :1197.22). Las prestaciones del patólogo en el diagnóstico son muy deficientes para lesiones pre malignas, existe un sub registro de infecciones y eficiente diagnóstico de inflamación ( $X^2_c$ : 1398.73). Las prestaciones de la obstetra en el post diagnóstico son eficientes en la entrega de resultado de Papanicolaou, con baja intervención en realizar interconsultas a Ginecólogo y mucho menos a médico general ( $X^2_c$ : 1505.05). Las prestaciones del Ginecólogo son mínimas debido a la falta de oferta, pero que las pacientes reciben el tratamiento casi en su totalidad ( $X^2_c$ : 923.243). Las prestaciones del Médico General como la consulta y el tratamiento empírico son muy poco aplicadas, debido a la poca preferencia de las obstetras al realizar la referencia; las intervenciones de solicitar exámenes complementarios y con dichos resultados dar tratamiento específico son muy poco realizados ( $X^2_c$ : 397.322). El nivel de beneficio para la paciente de mayor presentación fue el regular llegando a un 52.8%, el nivel malo llegó a un 44.7% y el nivel bueno llegó a 2.5%.

## REFERENCIAS

- Andía, M.M., Quispe, S. (2014). *Metodología Participativa de Enfermería en la Prevención Primaria del Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres del Asentamiento Humano Pueblo Libre Ayaviri 2014*. Universidad Nacional del Altiplano. Puno Perú, 6 – 9.
- Arroyo, J., Velásquez, A., Céspedes, S., Malo, M., Pedroza, J. (2015). *La Salud de Hoy: Problemas y soluciones*. CENTRUM Publisng. Lima Perú, 18 - 25.
- Ayala, J. (2018). *Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cuello Uterino en Pacientes que Acuden a Consultorio Externo de Ginecología-Oncología en el Hospital María Auxiliadora en el Periodo Enero a Diciembre del 2016*. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima Perú, 33 – 41.
- Chacón-Quesada, T., Corrales-González, D., Garbanzo-Núñez, D., Gutiérrez-Yglesias, J.A., Hernández-Sandí, A., Lobo-Araya, A., Romero-Solano, A., Sánchez-Avilés, L., Ventura-Montoya, S. (2009). *ITS Y SIDA en adolescentes: descripción, prevención y marco legal*. Med. leg. Costa Rica, 26(2), 79-98.
- Cotrina, V.A., Yalico, K.A. (2017). *Promoción de la Salud y su Influencia en las Prácticas de Prevención del cáncer cérvico Uterino en usuarias Atendidas en el área mujer del Centro de Salud de Morales. Octubre 2016 – marzo 2017*. Universidad de San Martín, Tarapoto Perú.
- Cuevas, M., Vega, M., Tamez, A.M., Castañeda, O. (2016). *Factores de Riesgo que retrasan la participación en el programa “Detección oportuna de cáncer cérvico uterino”*.



- Rev Atención Familiar. México. 23(4), 134 – 138.
- Davel, G., Canteros, C.E. (2007). *Situación de las Micosis en la República Argentina*. Rev. Argentina de Microbiología. Buenos Aires Argentina. 39(1), 28 – 33.
- Espín, J.C., Cardona, A., Acosta, Y., Valdés, M., Olano, M. (2012). *Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública*. Rev Cubana Med Gen Integr. Cuba, 28(4 ), 735-746.
- Gallegos, D. (2019). *Edad de Inicio de Relaciones Sexuales como determinante de la aparición de lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino, Hospital Regional del Cusco, 2018*. Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco. Perú, 36 – 43.
- González, A., Avilesa, C., Ortiz, L., Topete, R., Mota, R., Ponce, C. (2001). *¿Es útil la tinción de Papanicolaou como auxiliar del diagnóstico de algunas infecciones de transmisión sexual?* Rev. Atención Primaria. México. 27(4), 222-223.
- Gutiérrez, E., López, Y. (2018). *Satisfacción de usuarias del programa de despistaje de cáncer de cuello uterino del Centro de Salud Los Licenciados, 2018*. Universidad Cesar Vallejo. Ayacucho Perú, 44 – 51.
- Jorge, M., Huasasquiche, T.N., Salazar, M.R., Taber, S.E. (2018). *La Gestión eficiente de la Atención Primaria de Salud en el primer nivel de atención y su impacto en el nivel de satisfacción de los usuarios: Caso EsSalud*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima Perú, 27 - 33 y 144 - 151.
- Llacsahuanga, L.K. (2015). *Grado de satisfacción del proceso de despistaje de cáncer de cuello uterino (Papanicolaou) en las usuarias que acuden al Centro de Salud "Leonor Saavedra". San Juan de Miraflores, 2015*. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Lima Perú, 26 – 30.
- López, J., Gasull, J. (2011). *Infección Vaginal por Tricomoniasis (e Infecciones Mixtas) y Aftas Celulares, en la Citología Cervicovaginal*. Rev. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. España. 38(4), 120 – 127.
- López-Ólmos, J. (2012). *Infecciones Vaginales y Lesiones Celulares Cervicales. Características de la Sexualidad*. Revista Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Valencia España. 39(3), 90-101.
- Martínez, M., Saldaña, J., Sánchez, M.A. (2007). *Criterios para el diagnóstico de cervicovaginitis aplicados en el primer nivel de atención. Correlación con la norma oficial mexicana*. México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. México. 45(3), 249 – 254.
- Matassini, S.M., Luna, V. (2020). *Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo*. Acta méd. Perú. Lima Perú; 37(4), 463-470.
- Mendoza, L.A., Pedroza, M.J., Micolta, P.H., Ramírez, A., Cáceres, C.R., López, D.V., Núñez, A.J. (2012). *Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana*. Rev. chil. obstet. ginecol. Chile; 77(2), 129-136.
- Ministerio de Salud del Perú (2017). *Documento Técnico: Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017 – 2021*. RM 440-2017/MINSA, 19 – 23.
- Monterrey, P., Gómez-Restrepo, C. (2007). *Aplicación de las pruebas de hipótesis en la investigación en salud: ¿estamos en lo correcto?* Pontificia Universidad Javeriana. Rev. Universitas Médica. Bogotá Colombia. 48(3), 193–206.
- Orly de Labry, A., Ebstein, D., García, L., Ruiz, J., Espín, J. (2012). *Análisis de coste-efectividad de la prueba de Citología Cervicovaginal*. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Granada España, 55(7), 304 – 311
- Paolino, M., Pantelides, E., Bruno, M., Maceira, V., Peña, L., Godoy, J., Farao, S., Arrossi, S. (2011). *Determinantes sociales del Seguimiento y Tratamiento de mujeres con PAP anormal en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires*. Revista Argentina de Salud

- Pública, Buenos Aires Argentina. 2(8), 21 – 27.
- Pinto, G.A., Sánchez, S.E. (2018). *"Efectividad De La Intervención Educativa De La Enfermera En El Conocimiento Sobre Prevención De Cáncer Del Cuello Uterino En Mujeres Que Acuden a La Estrategia Sanitaria De Salud Sexual Y Reproductiva Del Puesto De Salud Monobamba Chanchamayo, 2017"*. Universidad Nacional del Callao. Callao Perú, 9 – 11.
- Reyes, A.E. (2016). *Infecciones de transmisión sexual: Un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela*. Comunidad y Salud. Venezuela; 14(2), 63-71.
- Rodas, G. (2020). *Caracterización Sociodemográfica, Clínica y Diagnóstica de las Pacientes con Citología Cérvico Vaginal en las Unidades de Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala*. Guatemala, 40 – 46.
- Rojas-Zumarán, V., Moya-Salazar, J. (2018). *La ecologización de la coloración del Papanicolaou en el diagnóstico del cáncer de cuello uterino*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. México; 56(3), 217-225.
- Rosado, M.J. (2015). *Efectividad de la Detección de Lesiones Neoplásicas de Cuello Uterino por Citología e Inspección Visual con Ácido Acético Centro Médico Oncomujer 2013 – 2014*. Universidad San Martín de Porras. Lima Perú, 30 – 34.
- Sánchez, E. (2018). *Manejo de vulvovaginitis en la atención primaria*. Rev.méd.sinerg. Limón Costa Rica; 3(8), 13 - 20.
- Santos-Ortiz, C., Manrique, J., Amorín, E., Sarria, G., Salazar, M., Limache, A. et al. (2016). *Acelerando la innovación en el control del cáncer en el Perú*. Rev. perú. med. exp. Salud pública. Perú; 33(3), 535-539.
- Seguro Social de Salud – ESSALUD. (2016). *Directiva: Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino en EsSalud*. Lima Perú, 10 – 21.
- Seguro Social de Salud – ESSALUD. (2015). *Encuesta Socioeconómica de acceso a la salud de los asegurados*. Lima Perú, 23 - 27.
- Solís, J.G., Briones-Torres, T.I. (2018). *Prevalencia de lesión intraepitelial en citología cervical de tamizaje en una unidad de primer nivel de atención*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. México; 56(2), 167-172.
- Villarreal-Ríos, E., Benítez-Benítez, S., Vargas-Daza, E.R., Martínez-González, L., Galicia-Rodríguez, L., Escorcia-Reyes, V. (2018). *Incidencia de infecciones cérvico vaginales diagnosticadas por citología y no tratadas médicamente*. Revista Ginecol. obstet. Méx. México; 86(3), 186-192.
- Villaseca, R., Ovalle, A., Amaya, F., Labra, B., Escalona, N., Lizana, P., Montoya, M.J., Lillo, E., Martínez, M.A. (2015). *Infecciones vaginales en un Centro de Salud Familiar de la Región Metropolitana, Chile*. Rev. chil. infectol; 32(1): pp. 30-36.
- Zapata, J.F., Pérez, A., Tirado, A.F., González, J.D., Velásquez, S.M. (2018). *Factores de riesgo asociados a infecciones vaginales y lesiones escamosas intraepiteliales en estudiantes universitarias de Medellín - Colombia*. Enferm. glob. Colombia; 17(50), 86-106.

Fecha de Recepcion: Diciembre/2021
------------------------------------

Fecha de Aceptacion: 31/03/2022
---------------------------------