



# Población y Salud en Mesoamérica

## Cáncer de cérvix en Costa Rica, barreras según las dimensiones de la asistencia sanitaria: una revisión sistemática cualitativa

Ana Rivera-Chavarría y Alejandro Calderón-Céspedes

### Cómo citar este artículo:

Rivera-Chavarría, A. y Calderón-Céspedes, A. (2022). Cáncer de cérvix en Costa Rica, barreras según las dimensiones de la asistencia sanitaria: una revisión sistemática cualitativa. *Población y Salud en Mesoamérica*, 20(1).  
Doi: 10.15517/psm.v20i1.48983



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral  
[Centro Centroamericano de Población](#)  
[Universidad de Costa Rica](#)

## Cáncer de cérvix en Costa Rica, barreras según las dimensiones de la asistencia sanitaria: una revisión sistemática cualitativa

*Barriers according to health care access dimensions and cervical cancer in Costa Rica: a qualitative systematic review*

Ana Rivera-Chavarría<sup>1</sup> y Alejandro Calderón-Céspedes<sup>2</sup>

**Resumen: Introducción:** de las muertes de mujeres en el mundo por algún tipo de cáncer, el de cérvix es responsable del 7 % del total. En Costa Rica, cada año se diagnostican en promedio 320 casos y fallecen 140 mujeres por esta enfermedad. **Objetivo:** identificar barreras para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer cervicouterino, según la disponibilidad de la asistencia sanitaria en Costa Rica. **Metodología:** se realizó una revisión sistemática cualitativa de literatura entre mayo y setiembre de 2021. Se examinaron estudios publicados de enero de 2010 a junio de 2021 con diseño cuantitativo, cualitativo o ambos, de fuente primaria o secundaria, que identificaran limitaciones para acceder a la atención según población general, usuarios o personal de salud en Costa Rica. **Resultados:** se seleccionaron 9 artículos científicos. Se identificaron 5 dimensiones del modelo de Tanahashi y 26 barreras correspondientes a cada una: 12 de disponibilidad, 5 de accesibilidad, 3 de aceptabilidad, 2 de contacto con el servicio y 4 de cobertura efectiva. **Conclusiones:** las dificultades en torno al servicio médico son múltiples y están presentes en todas las dimensiones descritas en el modelo de Tanahashi. Los hallazgos de este estudio destacan la importancia de abordarlas, lo cual, en algunas podría ser complejo. No obstante, otras variables son relativamente simples de solucionar a nivel de sistema, política o práctica.

**Palabras clave:** neoplasias del cuello uterino, accesibilidad a los servicios de salud, países en desarrollo, terapéutica

**Abstract: Introduction:** cervical cancer is responsible for 7% of deaths from some type of cancer in women in the world. In Costa Rica, an average of 320 cases is diagnosed and 140 women die from this disease each year. **Objective:** identify barriers to timely detection and treatment of cervical cancer according to healthcare access dimensions in Costa Rica. **Methodology:** a qualitative systematic review of literature was carried out between May and September 2021. Articles using quantitative, qualitative or both methods published between January 2010 to June 2021 from a primary or secondary source that identified barriers to healthcare access from general population, users or health personnel in Costa Rica were analyzed. **Results:** 9 scientific articles were selected. The 5 dimensions and 26 barriers of the Tanahashi model were identified: 12 corresponded to the availability, 5 to accessibility, 3 to acceptability, 2 to contact coverage and 4 to effective coverage. **Conclusions:** the barriers to accessing medical care are multiple and are present in all the dimensions described in the Tanahashi model. The findings of this study highlight the importance of addressing barriers in all dimensions. Addressing some access barriers can be complex. However, other variables are relatively simple to address at the system, policy, or practice level.

**Keywords:** Uterine Cervical Neoplasms, Health Services Accessibility, Developing Countries, Therapeutic

**Recibido:** 05 nov, 2021 | **Corregido:** 10 may, 2022 | **Aceptado:** 11 may, 2022

<sup>1</sup>Unidad Salud y Nutrición, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Cartago, COSTA RICA. [arivera@inciensa.sa.cr](mailto:arivera@inciensa.sa.cr). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7457-4547>

<sup>2</sup>Proyecto de Fortalecimiento de la atención del cáncer en la red Gerencia Médica, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), San José, COSTA RICA. [ajcalder@ccss.sa.cr](mailto:ajcalder@ccss.sa.cr). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0050-9555>

## 1. Introducción

Más del 70 % de la mortalidad por cáncer en el mundo se produce en los países de ingresos bajos y medios, realidad a la que no escapa Costa Rica. No obstante, según refiere la Organización Mundial de la Salud, es posible prevenir al menos un tercio de los casos anuales, así como, con recursos suficientes, detectar tempranamente y brindar un tratamiento eficaz al otro tercio (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2004).

En específico, el de cérvix es responsable del 7 % de las muertes mundiales por algún tipo de cáncer en mujeres, de acuerdo con datos del Globocan 2020. En Costa Rica, cada año se diagnostican en promedio 320 casos y fallecen 140 personas por esta enfermedad, con base en datos del Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de la República de Costa Rica [MS], 2018).

El cáncer cervicouterino es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. Este padecimiento es totalmente evitable y curable a bajo costo y riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje de mujeres asintomáticas junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados (Schiffman et al., 2011).

Costa Rica dispone de una normativa jurídica que protege los ámbitos de la salud sexual y reproductiva como parte constitutiva inherente a los derechos humanos fundamentales (Solano, 2003). A partir del año 2006, se decretó de manera obligatoria aplicar las pruebas de citología a mujeres de 20 años o más sexualmente activas, en cumplimiento de la «Norma y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero para el I y II nivel de atención y normas de laboratorios de citología», fundamentada en el resguardo al derecho humano de contar con servicios de salud de calidad y género sensitivos (Caro-Porras, 2017).

Es importante destacar que las condiciones de vida y la disponibilidad de educación y servicios médicos influyen en la detección temprana del cáncer cérvico-uterino en el país, por tal motivo, esta patología maligna continúa siendo una de las más frecuentes (Quirós, 2015). Los hechos mencionados constituyen determinantes sociales de la salud, entendidos como circunstancias del entorno social en donde se nace, vive, aprende, trabaja y juega que afectan una amplia gama de resultados y riesgos de salud, funcionamiento y calidad de vida (Singh y Subedi, 2020). Al respecto, en 1974 el Informe Lalonde expuso, luego de un estudio epidemiológico, que la atención sanitaria es uno de esos determinantes (Villar Aguirre, 2011); entonces, las barreras para prevenir el cáncer de cérvix contribuyen a tales disparidades.

Distintos modelos han sido utilizados para estudiar el alcance de la atención sanitaria: el modelo de Donabedian y el modelo de Andersen y Aday (Babitsch et al., 2012; Lederle et al., 2021). Estos autores lo consideraron como la habilidad para asegurar un conjunto de servicios y niveles de calidad específicos,

con un determinado grado máximo de inconvenientes personales y costos en posesión de cierta cantidad de información (Arrivillaga y Borrero, 2016).

Aunque existen otros modelos, destaca el de Tanahashi, porque dimensiona la cobertura efectiva en términos de la proporción poblacional que recibe un servicio eficaz (Arrivillaga y Borrero, 2016). Este considera 5 etapas en el proceso para obtener cobertura efectiva: i) disponibilidad; ii) accesibilidad; iii) aceptabilidad de los servicios; iv) contacto con el servicio; v) cobertura efectiva (Hirmas Aday et al., 2013).

En Costa Rica, diversos estudios identificaron limitaciones personales, geográficas, económicas y del propio sistema de salud respecto a la detección de cáncer cérvix (Irwin et al., 1991; Santamaría y Valverde, 2019), sin embargo, no han sido descritas de acuerdo con las dimensiones citadas. A partir de una revisión de la literatura sobre el tema, el objetivo del presente estudio fue identificar barreras para el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad conforme a las dimensiones de la asequibilidad de la asistencia sanitaria.

## 2. Metodología

Se recurrió a una revisión sistemática cualitativa, la cual resume y analiza evidencia en torno a una pregunta de investigación específica y estructurada, no se combinan los resultados con métodos estadísticos como meta de análisis (Hirmas Aday et al., 2013).

Bajo esa premisa, el periodo de búsqueda de literatura fue de mayo a setiembre de 2021; para complementar, en fecha 28 de abril de 2022, se realizó otra más. La siguiente fue la pregunta planteada: ¿Cuáles son las barreras identificadas, según las dimensiones de cobertura de la asistencia sanitaria, para la detección oportuna y el tratamiento del cáncer cérvico uterino en Costa Rica?

Así, se examinaron artículos publicados entre enero de 2010 y julio de 2021 sobre estudios con metodología cuantitativa o cualitativa, de fuente primaria o secundaria, que señalaran posibles barreras para el diagnóstico y el tratamiento de población general, usuarios o personal de salud. Se consultaron varias fuentes: la red global independiente de Cochrane Library, Pubmed, el repositorio Kerwá de la Universidad de Costa Rica, el de la Caja Costarricense de Seguro Social y la base de datos de literatura académica Scopus y Lilacs (anexo A1).

Se utilizaron palabras clave en las bases de datos que contaban con descriptores o vocabulario controlado: Tesoros MeSH: cervix neoplasm, cancer screening, early detection of cancer, accessibility, health services; DeCS: cáncer del cuello uterino, prevención del cáncer de cuello uterino, acceso a los servicios de salud, detección precoz del cáncer. Los criterios de escogencia de los artículos fueron el tipo

de publicación, la población estudio, el idioma del documento original, el tipo de documento (solo contexto completo disponible), el año de publicación y el área geográfica.

En lo respectivo a los criterios de selección, uno de los objetivos iniciales fue incluir aquellos con una mayor calidad metodológica, pese a ello, ante la escasez de estudios a nivel nacional, se decidió contemplar documentos con menor grado de evidencia. Asimismo, se aceptaron trabajos en cualquier idioma, aunque todos fueron en español o inglés. Además, se consideró la conveniencia de que estos tuvieran una antigüedad menor a 10 años, en razón del Decreto N.º 33119-S del 7 de julio de 2006 del Ministerio de Salud, el cual estableció las «Normas y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero, para el I y II nivel de atención y normas de laboratorios de citología».

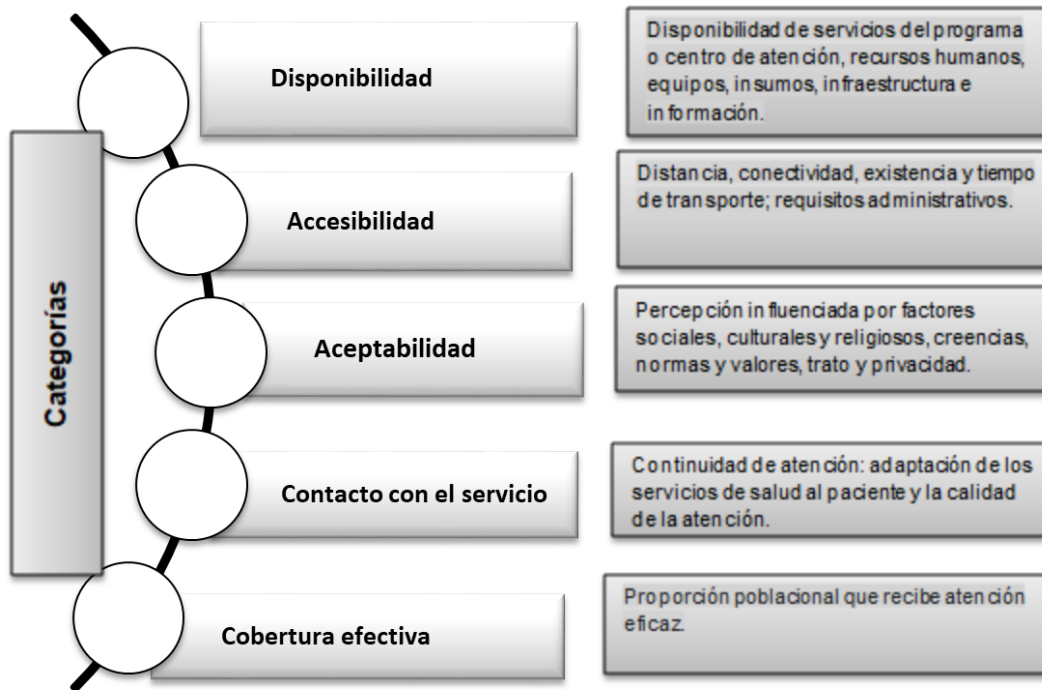
De seguido, dos revisores examinaron los contenidos en forma paralela e independiente. Los desacuerdos se trataron para lograr un consenso. La valoración de artículos científicos se realizó utilizando listas de chequeo con criterios evaluativos desarrollados por la declaración STROBE (siglas en inglés para Fortalecimiento de la Comunicación de Estudios Observacionales en Epidemiología) (Cuschieri, 2019).

Así, la información recolectada se basó en un protocolo que contemplaba las siguientes variables: a) aspectos generales: año de publicación y disciplina de la revista (especializada en oncología, salud pública o ciencias médicas); b) aspectos metodológicos: metodología cuantitativa, cualitativa o ambas; tipo de diseño: de cohorte, casos y controles, transversales, ecológicos, poblacionales (prevalencia, incidencia y mortalidad) o cualitativos; c) objeto principal: basado en el modelo de Tanahashi.

En la figura 1 se describe con mayor detalle cada una de las 5 categorías del modelo de Tanahashi evaluadas: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto con el servicio y cobertura efectiva. (Hirmas Aday et al., 2013). Debido a la heterogeneidad de los estudios, el análisis se llevó a cabo identificando de forma directa o inferencial las barreras según los hallazgos y el diseño de cada uno.

**Figura 1**

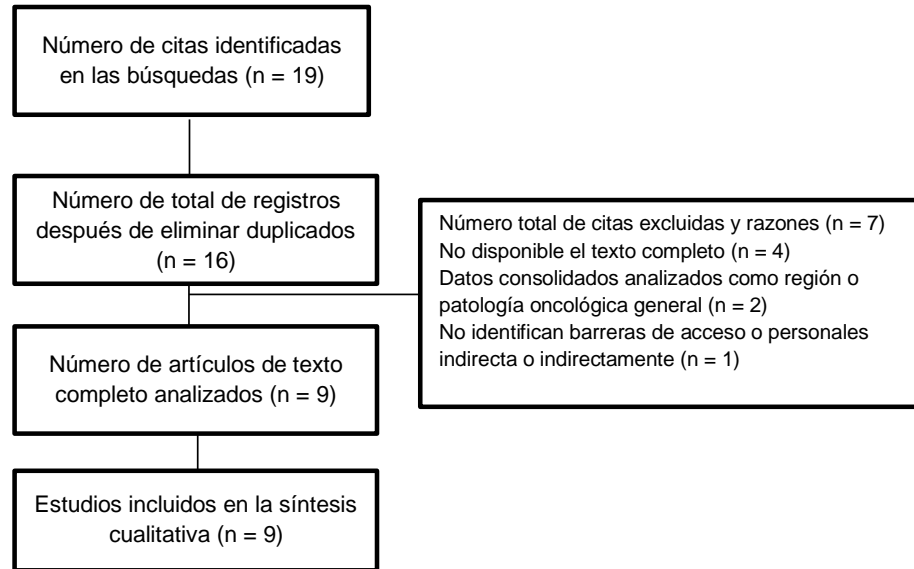
**Categorías según el Modelo de Tanahashi**



De la búsqueda de artículos científicos se obtuvo una bibliografía de 19 documentos en formato resumen. Dicho ejercicio se ejecutó en dos fases. En primer lugar, de los 19, se eliminaron los duplicados. En segundo lugar, se revisó el texto completo de los 16 restantes y se excluyeron los que incumplían los criterios de inclusión (figura 2). De los 9 finales, 3 eran de fuentes primarias y 6 de fuentes secundarias de información. Como marco muestral, 7 contemplaron población general usuaria y no usuaria de servicios, 1 se enfocó exclusivamente en mujeres usuarias de los servicios de salud y 1 describió la coordinación técnica del cáncer en la Caja Costarricense de Seguro Social (anexo A1).

**Figura 2**

Algoritmo de selección de evidencia para la revisión sistemática cualitativa



### 3. Resultados

Los 9 artículos elegidos son todos estudios cuantitativos: 7 artículos corresponden a datos poblacionales a nivel nacional, 1 a datos de individuos exclusivos del área urbana, y 1 a un estudio en un área rural. Todos ellos hacen referencia a barreras personales y/o estructurales (tabla 1 y anexos A2 y A3) y, a partir de esas conclusiones, fueron a su vez clasificadas según las dimensiones del modelo de Tanahashi: 2 estudios trataron 3 dimensiones, 2 identificaron 2 dimensiones y 5 observaron una dimensión (Tabla 1).

De ese modo, se halló un total de 26 barreras distribuidas de la siguiente forma: 12 en la dimensión de disponibilidad, 5 en accesibilidad, 3 en aceptabilidad de los servicios, 2 en contacto con el servicio y 4 en cobertura efectiva. Aquellas registradas con mayor frecuencia se relacionaron con vacíos de conocimiento tanto en pacientes como en personal de salud (27 %), nivel socioeconómico (15 %) y priorización de algunos grupos de edad (11 %).

**Tabla 1**

Principales barreras identificadas en estudios, según dimensión del modelo de Tanahashi

Nº	Autores	Resultados	Conclusiones	Dimensión
1	Santamaría, C. et al.	Para cáncer invasor: variables como la edad (50 a 59 años), la subutilización del papanicoláu (PAP) (realizárselo cada 3 años o más años), un nivel socioeconómico bajo, residir en zonas costeras.	La inequidad en la incidencia de cáncer cervical puede ser explicada por la subutilización del PAP en ciertas regiones. Las mujeres entre 50 y 59 años de edad constituyen en un factor de riesgo.	Contacto con el servicio Disponibilidad Cobertura efectiva
2	Fantin, R. et al.	Para el cáncer de cérvix <i>in situ</i> un gradiente social negativo fue reportado. Para el cáncer cérvico-uterino, la incidencia fue menor en zonas rurales comparada con urbanas después de ajustar por riqueza.	El estudio confirmó un gradiente social positivo para todas las localizaciones de cáncer combinado con la incidencia. Para el análisis por localización de cáncer se observó un gradiente negativo.	Accesibilidad
3.	Fantin, R. et al.	Para cáncer de cérvix, los distritos más pobres poseen mayor mortalidad y un gradiente social negativo.	El cáncer cervical fue la única localización de cáncer que mostró un gradiente social negativo.	Accesibilidad
4.	Fantin, R. et al.	El rango de sobrevivencia para el cáncer de cérvix <i>in situ</i> es de un 98 % y para el invasivo, un 48 %. Pacientes que residen en distritos con desventajas socioeconómicas experimentan pobre sobrevivencia al cáncer a 5 años.	A pesar del seguro universal y solidario el sistema de salud costarricense, se presentan inequidades en sobrevivencia después del diagnóstico de cáncer. Pacientes que residen en distritos con nivel socioeconómico bajo experimentan menor sobrevivencia al cáncer, a pesar de la letalidad. Estas inequidades se evidencian	Accesibilidad



			en el primer año y hasta los 5 años.	
5.	Carlson, L. y González, S.	Falta de conocimiento preventivo, falta de conexión de conceptos, no hay conciencia de campañas de educación, ni de asistir solos a consultas médicas. El sistema educativo público no incluye el tema y toda la responsabilidad recae en el sistema de salud universal mediante los PAP.	Los hallazgos indican la importancia de incluir el tema de cáncer cervical como tópico en el currículo de educación sexual del sistema público costarricense, con el objetivo de informar a la población de riesgo con métodos de prevención, desarrollo de la enfermedad, manifestaciones clínicas y servicios médicos.	Disponibilidad
6.	Abarca, L. et al.	Los factores asociados a la aparición de lesiones fueron el tabaquismo (OR = 2,35, IC95% = 1,26-4,31), inicio de actividad sexual antes de los 18 años (OR = 2,1 IC95% = 22,43-51,93) y haber tenido 3 o más compañeros sexuales (OR = 2,10, IC95% = 1,11-3,97).	Los resultados demuestran similitud con lo descrito en la literatura. Los factores son modificables, por lo que resalta la importancia de estrategias de promoción y prevención enfocadas a estilos de vida saludable y conductas sexuales sanas.	Aceptabilidad
7.	Quirós, I.	Describe debilidades en el manejo local, el acceso y el control de la información para prevenir el cáncer de cérvix, la aplicación de estándares por parte del personal de salud y el sistema de información.	Es importante mantener una vigilancia activa, proponer acciones estratégicas que permitan superar las debilidades y reducir los riesgos.	Contacto con el servicio Accesibilidad Cobertura efectiva
8.	Porras, C. et al.	En la cohorte completa, la prueba única del VPH en muestras recolectadas por ellos mismos detectó CIN2 + prevalente con una	El automuestreo es útil para el cribado del VPH, proporciona una sensibilidad y especificidad comparables con las	Accesibilidad Aceptabilidad

sensibilidad del 88,7 % (intervalo de confianza [IC] del 95 % = 77,0 % a 95,7 %) y una especificidad del 68,9 % (IC del 95% = 67,6 % a 70,1 %). Para predecir la CIN2 + incidente en los cuatro años siguientes, la sensibilidad fue del 73,9 % (IC del 95 % = 65,8 % al 81,0 %) y la especificidad del 69,4 % (IC del 95 % = 68,1 % al 70,7 %). En la cohorte restringida, para la incidencia de CIN2 +, el VPH recolectado por los propios pacientes fue mucho más sensible que la citología (80,0 % frente a 10,0 %); la sensibilidad relativa fue de 0,1 (IC del 95 % = 0,03 % a 0,5 %). Además, tres veces más mujeres con citología basal normal desarrollaron CIN2 + incidente que aquellas con VPH autorecolectado negativo. Las pruebas de VPH recopiladas tanto por los propios participantes como por los médicos tuvieron un rendimiento comparable. La concordancia entre las muestras recolectadas por el médico y las propias personas fue del 89,7 % (kappa = 0,78, McNemar  $\chi^2$  = 0,62) para los tipos de VPH cancerígenos.

muestras recolectadas por el médico y detecta la enfermedad antes que la citología.

9.	Santamaría, C. et al.	<p>Mujeres con primaria incompleta tienen riesgo de no tener un PAP (OR: 1,51, <math>p &lt; 0.01</math>) o de tener más de 5 años de no realizarse uno (OR: 2.27; <math>p &lt; 0.01</math>). La edad incrementa el odd de realizarse un PAP de 5 o más años (OR.2, 27; <math>p &lt; 0.01</math>). Cada 10 años de edad está asociado con un 23,6 % de incremento en el odd de tener un PAP 5 o 3 años (OR = 1,02; <math>p &lt; 0,01</math>). Cada incremento en la edad estuvo asociado a un aumento en un 7 % (OR = 1.02; <math>p &lt; 0,01</math>) de no tener un PAP por cuestiones del suministro del sistema de salud (dificultad para obtener una cita), comparado con no tener vida sexual activa. Un incremento en edad está asociado con un 5 % de incremento (OR = 1, 05; <math>p=0,02</math>) de no haber tenido nunca un PAP por razones culturales, comparado con no tener vida sexual activa.</p> <p>Mujeres con bajo nivel educativo poseen un odd incrementado a no tener un PAP por condiciones socioeconómicas, comparado con no tener actividad sexual activa. Una mujer con nivel universitario tiene un odd de no poseer un PAP mayor que mujeres</p>	<p>Es importante señalar las barreras estructurales del autocuidado, promover acciones que incentiven el autocuidado en la mujer y señalar las necesidades en la educación para regular el tamizaje cérvico-uterino del PAP.</p>	<p>Contacto con el servicio</p> <p>Aceptabilidad</p>
----	-----------------------	--	--	--

con primaria incompleta (OR = 15,68,  $p < 0,01$ ), primaria completa (OR = 6,07;  $p < 0,01$ ) y secundaria completa (OR = 04,74;  $p < 0.01$ ).

## 4. Discusión

El estudio identificó barreras respecto a la detección del cáncer cérvico-uterino en Costa Rica, siguiendo las dimensiones del modelo de Tanahashi. En coincidencia con la literatura consultada, dichas inequidades están claramente vinculadas a las disparidades del desarrollo humano y los niveles de vida (McCollum et al., 2019), por ende, las reducciones en las tasas de incidencia se podrían lograr al disminuir las desigualdades en condiciones socioeconómicas, disponibilidad de servicios de salud preventiva y condición social de la mujer (Singh et al., 2012).

De acuerdo con la dimensión de disponibilidad del citado modelo, se encontró que las barreras están relacionadas con la falta o la insuficiente información alrededor del tema, aunque también se entiende como la oferta de servicios en el centro de atención. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de acciones educativas, en especial, dirigidas a la población de bajos recursos, a fin de fomentar el conocimiento y la prevención de esta enfermedad, así como la prestación del servicio de manera oportuna (Santos et al., 2020). Es más, dichas acciones deberían proveerse desde los programas de educación sexual en las secundarias, donde, según han demostrado estudios como el de Carlson y González (2014), se carece de material al respecto. Otros han demostrado brechas de alfabetización en salud en la población (Kirubarajan et al., 2021; Lee y Lee, 2017) y un sistema de información desarticulado en los niveles de atención local y nacional. Asimismo, algunos reportaron un efecto negativo por ausencia de personal de salud formado en educación y promoción de la salud (Matassini y Luna, 2020).

En cuanto a la dimensión de accesibilidad, se verificaron barreras relacionadas con el nivel socioeconómico (NSE) y la zona de residencia, específicamente, en la zona costera. Estas áreas se enfrentan a un contexto desigual en la obtención de servicios educativos, salud, Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, agua potable, tecnologías de la información y mercado laboral, en contraste con el resto del país (Arias et al., 2020).

A propósito de lo anterior, un estudio reciente indicó que la probabilidad de utilizar la atención primaria a menudo no estaba influenciada por el NSE, al contrario, estaba asociada con visitas frecuentes al médico de atención primaria (Lueckmann et al., 2021). No obstante, grupos con mayor NSE a menudo tenían más

probabilidades de visitar especialistas (Lueckmann et al., 2021). Trabajos de revisión sobre distintas patologías también describieron la interacción entre el tiempo de espera para un servicio de salud y los resultados clínicos (Deslauriers et al., 2021; Lewis et al., 2018; Lynch et al., 2008; Miller et al., 2008); con todo, hay poca evidencia disponible sobre si estos tiempos se ven afectados por el NSE (McIntyre y Chow, 2020).

En referencia a la dimensión de aceptabilidad de los servicios, aparecen barreras vinculadas al nivel educativo y la subutilización del tamizaje. Existen suficientes pruebas de que el nivel educativo constituye una barrera para el tamizaje del cáncer de cérvix (Ampofoet al., 2020; Musa et al., 2017). Según investigaciones recientes, el automuestreo para el virus del papiloma humano (VPH) podría ser muy eficaz para reducir barreras de grupos de población con limitadas oportunidades, porque permite que cualquier mujer proveniente de entornos culturales y religiosos restringidos participen en la detección sin ningún juicio (Fuzzell et al., 2021; Camara et al., 2021).

La dimensión de contacto con el servicio impresiona no adaptarse a la realidad de algunos grupos poblacionales y se observó falta de continuidad del servicio. El estudio realizado por Huot et al. recomienda a los profesionales de la salud y a los administradores estar conscientes de esas realidades, las cuales podrían estar afectando la capacidad de las personas para cuidar de su propia salud (Huot et al., 2019).

Acerca de la dimensión de cobertura efectiva, se asume como grupo prioritario a las mujeres jóvenes, dejando de lado a aquellas entre 50 y 59 años de edad. Los hallazgos son similares a los de Marlow et al. (2019), donde el tamizaje para el grupo de edad de 50 a 59 años es subóptimo. Asimismo, Hope et al. (2017) encontraron variables potenciales sobre las decisiones de las mujeres mayores de aplicarse las pruebas de detección, tales como: grado de conocimiento, barreras percibidas, beneficios y percepciones del cáncer. Otro análisis hizo alusión a la vejez y los riesgos de envejecer en el hogar: la vulnerabilidad física y social-dependiente y los factores de subjetividad espacial (proximidad a los familiares y vecinos, sentido del lugar, arraigo) (Sánchez y Egea. 2011). Debido a la poca literatura existente con enfoque en la edad, no está claro hasta qué punto los cambios a lo largo de la vida útil impactan en estos factores. Aunado a ello, la asequibilidad del seguro social podría influir en su cobertura.

Finalmente, es importante mencionar que pocos estudios a nivel nacional han analizado las barreras para la prevención y la atención del cáncer de cérvix. Esta patología es una de las que mejor refleja la desigualdad, pues, dada la tecnología actual, puede ser prevenible, en ese sentido, la mayor parte de las mujeres que mueren está en estado de vulnerabilidad. Por tales motivos, resulta vital promover la investigación para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Debido a la heterogeneidad de los estudios elegidos, el análisis cualitativo se llevó a cabo identificando las barreras de forma directa o inferencial, de conformidad con los hallazgos de cada documento, por tanto, los resultados deben ser interpretados con cautela.

## 5. Conclusiones

Este estudio sugiere que las barreras para obtener atención médica son múltiples y están presentes en todas las dimensiones descritas en el modelo de Tanahashi. Los resultados destacan la importancia de abordar las limitaciones en las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad de los servicios, contacto con el servicio y cobertura efectiva, aunque en algunas de estas, dicha tarea puede ser compleja. Aún así, otras variables son relativamente simples de solucionar a nivel de sistema, política o práctica. Escasos estudios en el país han examinado las barreras en contra de la prevención y la atención del cáncer de cérvix. Nuestro trabajo confirma la necesidad de diseñar y ejecutar políticas públicas basadas en la evidencia, de manera que, los tomadores de decisión incorporen estos hallazgos con el objetivo de lograr una equidad en la atención de la salud.

## 6. Referencias

- Ailshire, J. A. & Crimmins, E. M. (2011). Psychosocial Factors Associated with Longevity in the United States: Age Differences between the Old and Oldest-Old in the Health and Retirement Study. *Journal of Aging Research*, 2011, 1–10. DOI: <https://doi.org/10.4061/2011/530534>
- Ampofo, A. G., Adumatta, A. D., Owusu, E. y Awuviry-Newton, K. (2020). A cross-sectional study of barriers to cervical cancer screening uptake in Ghana: An application of the health belief model. *PLOS ONE*, 15(4), e0231459. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231459>
- Arias, R., Sánchez, L. y Rodríguez, M. (2020). Pobreza y desigualdad en Costa Rica: una mirada más allá de la distribución de los ingresos. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 8(1), 16. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-01322020000100016&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322020000100016&lng=es&tlng=es).
- Arrivillaga, M. y Borrero, Y. E. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00111415. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111415>
- Babitsch, B., Gohl, D. y von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psycho-social medicine*, 9, Doc11-Doc11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3488807/>

- Camara, H., Zhang, Y., Lafferty, L., Vallely, A. J., Guy, R. y Kelly-Hanku, A. (2021). Self-collection for HPV-based cervical screening: a qualitative evidence meta-synthesis. *BMC Public Health*, 21(1), 1503. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11554-6>
- Carlson, L. M. y Gonzalez, S. (2014). Knowledge of cervical cancer pathology of high school students in San Carlos, Costa Rica. *Revista de Biología Tropical*, 62, 877-886. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S003477442014000300004&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S003477442014000300004&script=sci_abstract&tlng=es)
- Cuschieri, S. (2019). The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth*, 13(Suppl 1), S31-s34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6398292/>
- Deslauriers, S., Dery, J., Proulx, K., Laliberte, M., Desmeules, F., Feldman, D. E. y Perreault, K. (2021). Effects of waiting for outpatient physiotherapy services in persons with musculoskeletal disorders: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 43(5), 611-620. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1639222>
- Fuzzell, L. N., Perkins, R. B., Christy, S. M., Lake, P. W. y Vadaparampil, S. T. (2021). Cervical cancer screening in the United States: Challenges and potential solutions for underscreened groups. *Preventive Medicine*, 144, 106400. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106400>
- Hirmas Aday, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I. y Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 223-229. <https://www.paho.org/journal/sites/default/files/09--Arti--Hirmas--223-229.pdf>
- Hope, K. A., Moss, E., Redman, C. W. E. y Sherman, S. M. (2017). Psycho-social influences upon older women's decision to attend cervical screening: A review of current evidence. *Preventive Medicine*, 101, 60-66. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.05.002>
- Huot, S., Ho, H., Ko, A., Lam, S., Tactay, P., MacLachlan, J. y Raanaas, R. K. (2019). Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals. *International journal of circumpolar health*, 78(1), 1571385-1571385. <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1571385>
- Irwin, K. L., Oberle, M. W. y Rosero-Bixby, L. (1991). Screening practices for cervical and breast cancer in Costa Rica. *Bull Pan Am Health Organ*, 25(1), 16-26. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/27144>

- Kirubarajan, A., Leung, S., Li, X., Yau, M. y Sobel, M. (2021). Barriers and facilitators for cervical cancer screening among adolescents and young people: a systematic review. *BMC Women's Health*, 21(1), 122. <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-021-01264-x>
- Lederle, M., Tempes, J. y Bitzer, E. M. (2021). Application of Andersen's behavioural model of health services use: a scoping review with a focus on qualitative health services research. *BMJ Open*, 11(5), e045018. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045018>
- Lee, H. Y. y Lee, M. H. (2017). Barriers to Cervical Cancer Screening and Prevention in Young Korean Immigrant Women: Implications for Intervention Development. *J Transcult Nurs*, 28(4), 353-362. [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659616649670?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659616649670?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)
- Lewis, A. K., Harding, K. E., Snowdon, D. A. y Taylor, N. F. (2018). Reducing wait time from referral to first visit for community outpatient services may contribute to better health outcomes: a systematic review. *BMC health services research*, 18(1), 1-14. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3669-6>
- Lueckmann, S. L., Hoebel, J., Roick, J., Markert, J., Spallek, J., von dem Knesebeck, O. y Richter, M. (2021). Socioeconomic inequalities in primary-care and specialist physician visits: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01375-1>
- Lynch, M. E., Campbell, F., Clark, A. J., Dunbar, M. J., Goldstein, D., Peng, P., Stinson, J. y Tupper, H. (2008). A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain*, 136(1-2), 97-116. <https://10.1016/j.pain.2007.06.018>
- Marlow, L., McBride, E., Varnes, L. y Waller, J. (2019). Barriers to cervical screening among older women from hard-to-reach groups: a qualitative study in England. *BMC Women's Health*, 19(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0736-z>
- Matassini Eyzaguirre, S. M. y Luna, V. (2020). Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo. *Acta Médica Peruana*, 37, 463-470. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstractypid=S1728-59172020000400463](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstractypid=S1728-59172020000400463)
- McCollum, R., Taegtmeier, M., Otiso, L., Mireku, M., Muturi, N., Martineau, T. y Theobald, S. (2019). Healthcare equity analysis: applying the Tanahashi model of health service coverage to community health systems following devolution in Kenya. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0967-5>
- McIntyre, D. y Chow, C. K. (2020). Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57,



0046958020910305. <https://doi.org/10.1177/0046958020910305>

- Miller, A. R., Armstrong, R. W., Mâsse, L. C., Klassen, A. F., Shen, J. y O'Donnell, M. E. (2008). Waiting for child developmental and rehabilitation services: an overview of issues and needs. *Developmental Medicine y Child Neurology*, 50(11), 815-821. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03113.x>
- Musa, J., Achenbach, C. J., O'Dwyer, L. C., Evans, C. T., McHugh, M., Hou, L., Simon, M., Murphy, R. y Jordan, N. (2017). Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 12(9), e0183924-e0183924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183924>
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión*. <https://www.paho.org/es/documentos/oms-programas-nacionales-control-cancer-politicas-pautas-para-gestion-2004>
- Quirós, I. (2015). The cervical cancer prevention programme in Costa Rica. *Ecancermedicalscience*, 9, 578. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2015.578>
- Sánchez, D. y Egea, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de población*, 17(69), 151-185. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252011000300006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000300006&lng=es&tlng=es).
- Santamaría-Ulloa, C. y Valverde-Manzanares, C. (2019). Inequality in the Incidence of Cervical Cancer: Costa Rica 1980-2010. *Frontiers in oncology*, 8, 664-664. <https://doi.org/10.3389/fonc.2018.00664>
- Santos, A., Silva, N., Carneiro, C., Coura, V. y Alves, A. Knowledge about cervical cancer and HPV immunization dropout rate among Brazilian adolescent girls and their guardians. *BMC Public Health*, 20, 301 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8410-9>
- Schiffman, M., Wentzensen, N., Wacholder, S., Kinney, W., Gage, J. C. y Castle, P. E. (2011). Human papillomavirus testing in the prevention of cervical cancer. *J Natl Cancer Inst*, 103(5), 368-383. <https://doi.org/10.1093/jnci/djq562>
- Singh, R. y Subedi, M. (2020). COVID-19 and stigma: Social discrimination towards frontline healthcare providers and COVID-19 recovered patients in Nepal. *Asian journal of psychiatry*, 53, 102222-102222. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102222>
- Singh, G. K., Azuine, R. E. y Siahpush, M. (2012). Global Inequalities in Cervical Cancer Incidence and Mortality are Linked to Deprivation, Low Socioeconomic Status, and Human

---

Development. *International journal of MCH and AIDS*, 1(1), 17–30.  
<https://doi.org/10.21106/ijma.12>

Solano Castillo, P. (2003). El derecho a la salud y la reproducción asistida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(1), 15-27. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152003000100003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100003&lng=en&tlng=es).

Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28, 237-241. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96621053011>

# Población y Salud en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?

Ingresa [aquí](#)

O escribanos:

[revista.ccp@ucr.ac.cr](mailto:revista.ccp@ucr.ac.cr)



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

**Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.**

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



DOAJ

latindex



e-revist@s



Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población  
Universidad de Costa Rica

