



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2026,
Volumen 10, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2

BARRERAS DE ACCESO A LAS PRUEBAS DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE PUERTO NARE, ANTIOQUIA, 2025

**BARRIERS TO ACCESS CERVICAL CANCER
SCREENING TESTS AMONG WOMEN IN PUERTO NARE,
ANTIOQUIA, 2025**

Maira Sofia Rivera Plazas

Corporación Universitaria Minuto de Dios

María Manuela Balvin Vergara

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Yesi Fernanda Angulo Sánchez

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Javier Isidro Rodríguez López

Corporación Universitaria Minuto de Dios

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2.23822

Barreras de Acceso a las Pruebas de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres del Municipio de Puerto Nare, Antioquia, 2025

Maira Sofia Rivera Plazas¹

maira.rivera-p@uniminuto.edu.co

<https://orcid.org/0009-0006-2737-4207>

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Colombia

María Manuela Balvin Vergara²

maria.balvin-v@uniminuto.edu.co

<https://orcid.org/0009-0002-1659-8492>

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Colombia

Yesi Fernanda Angulo Sánchez³

yesi.angulo@uniminuto.edu.co

<https://orcid.org/0009-0001-3413-538X>

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Colombia

Javier Isidro Rodríguez López

javier.rodriguez.l@uniminuto.edu

<https://orcid.org/0000-0002-1907-4152>

Tutor Académico
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Colombia

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre las barreras de acceso, la susceptibilidad y la severidad percibidas, y la participación en pruebas de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del municipio de Puerto Nare (Antioquia) durante 2025. Se desarrolló un estudio cuantitativo con enfoque correlacional en una población de 4.392 mujeres, de las cuales 4.193 no registraban tamizaje. Se seleccionó una muestra probabilística de 351 participantes mediante muestreo estratificado. Se aplicó el instrumento VIDA-24 y se realizaron análisis descriptivos, evaluación de consistencia interna mediante alfa de Cronbach y correlaciones de Spearman. Los resultados evidenciaron predominio de residencia rural y baja susceptibilidad percibida frente a la enfermedad, a pesar del reconocimiento de su severidad. Se identificaron asociaciones significativas entre la recomendación médica, la influencia social y la conducta preventiva. Se concluye que la participación en el tamizaje no depende exclusivamente de la disponibilidad de servicios, sino de la interacción entre factores estructurales y perceptivos que limitan la adopción de conductas preventivas.

Palabras clave: cáncer de cuello uterino, tamizaje, barreras de acceso, prevención

¹ Autor principal

Correspondencia: maira.rivera-p@uniminuto.edu.co

Barriers to access cervical cancer screening tests among women in Puerto Nare, Antioquia, 2025

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the relationship between access barriers, perceived susceptibility and severity, and participation in cervical cancer screening among women of reproductive age in Puerto Nare, Antioquia, during 2025. A quantitative correlational study was conducted in a population of 4,392 women, of whom 4,193 had no screening record. A stratified probabilistic sample of 351 participants was selected. The VIDA-24 instrument was applied, and descriptive analyses, Cronbach's alpha, and Spearman correlations were performed. Results showed a predominance of rural residence and low perceived susceptibility, despite recognition of disease severity. Significant associations were found between medical recommendation, social influence, and preventive behavior. It is concluded that participation in screening is not only determined by service availability but also by the interaction between structural and perceptual factors.

Keywords: cervical cancer, screening, access barriers, prevention

*Artículo recibido 02 abril 2026
Aceptado para publicación: 30 abril 2026*



INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CaCu) continúa siendo una de las principales problemáticas de salud pública a nivel mundial, con una carga desproporcionada en países de ingresos bajos y medios, donde se concentra cerca del 90 % de las muertes asociadas a esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2020; Arbyn et al., 2020). A pesar de tratarse de una enfermedad altamente prevenible mediante estrategias como la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el tamizaje mediante citología cervicouterina o pruebas moleculares, la incidencia y mortalidad continúan siendo elevadas, lo que evidencia brechas significativas en la implementación efectiva de estas intervenciones (Castro-Vásquez & Arellano-Gálvez, 2010; Concha et al., 2012).

La evidencia ha demostrado que la detección temprana permite identificar lesiones precursoras y reducir la progresión hacia estadios avanzados de la enfermedad; sin embargo, su efectividad depende no solo de la disponibilidad de los servicios, sino del acceso oportuno y de la participación de la población objetivo (Sankaranarayanan et al., 2009). En este sentido, estudios han evidenciado que la cobertura de los programas de detección continúa siendo insuficiente en diversos contextos, lo que limita su impacto en la reducción de la morbimortalidad asociada (Herrera Conza et al., 2021).

En Colombia, el cáncer de cuello uterino presenta una incidencia estimada de 18,3 casos por cada 100.000 mujeres y una mortalidad cercana a 9,6 por cada 100.000, afectando de manera desproporcionada a mujeres en condiciones de vulnerabilidad, especialmente aquellas residentes en zonas rurales y con bajos niveles socioeconómicos (Córdoba-Sánchez, 2024). Este comportamiento refleja la influencia de los determinantes sociales de la salud, los cuales condicionan el acceso efectivo a los servicios de promoción y prevención (Garcés-Palacio et al., 2014).

La accesibilidad a los servicios de salud constituye un elemento clave en la utilización de servicios preventivos. Diversas investigaciones han demostrado que las barreras de acceso al tamizaje no son exclusivamente de carácter estructural, sino que también incluyen factores socioculturales y psicológicos, tales como el miedo al diagnóstico, la vergüenza, la desinformación y la baja percepción de riesgo (Ocampo, 2008; Aranguren Pulido et al., 2017). De manera complementaria, se ha evidenciado que las limitaciones en la infraestructura de los servicios de salud, los tiempos prolongados para la asignación de citas y la entrega de resultados, así como las dificultades en la continuidad de la



atención, afectan significativamente la adherencia a los programas de detección temprana (Rodríguez, 2011; Matassini & Luna, 2020).

Adicionalmente, la literatura ha señalado que la percepción de susceptibilidad y severidad frente a la enfermedad constituye un determinante clave en la adopción de conductas preventivas, en la medida en que influye en la intención de acceder a los servicios de salud. En este marco, los modelos de comportamiento en salud plantean que la conducta preventiva está mediada por la interacción entre factores individuales, sociales y contextuales, así como por la presencia de estímulos externos que actúan como desencadenantes de la acción preventiva.

En el contexto del departamento de Antioquia, caracterizado por su diversidad geográfica y socioeconómica, estas barreras pueden intensificarse, especialmente en municipios con alta proporción de población rural como Puerto Nare. En estos territorios, las condiciones de acceso a los servicios de salud, sumadas a factores socioculturales, pueden afectar significativamente la participación de las mujeres en los programas de tamizaje.

En consecuencia, la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre las barreras de acceso, la susceptibilidad y la severidad percibidas frente al cáncer de cuello uterino, y su influencia en la participación en pruebas de tamizaje en mujeres en edad fértil del municipio de Puerto Nare (Antioquia) durante el año 2025.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo con enfoque correlacional, orientado a analizar la relación entre las barreras de acceso, la susceptibilidad y la severidad percibidas, y la participación en pruebas de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del municipio de Puerto Nare, Antioquia. El diseño, análisis y reporte del estudio se estructuraron conforme a los lineamientos de la declaración STROBE, con el fin de fortalecer la calidad metodológica, la transparencia y la reproducibilidad del estudio (von Elm et al., 2007).

El universo estuvo conformado por 4.392 mujeres entre 25 y 65 años afiliadas al sistema de salud en el municipio de Puerto Nare durante el año 2025, información suministrada por las instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio. De este total, 199 mujeres registraban tamizaje y 4.193 no contaban con evidencia de realización de la prueba en el periodo evaluado.



El tamaño de la muestra fue de 351 participantes, calculado mediante el software epidemiológico OpenEpi, utilizando la fórmula para estimación de proporciones en poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95 %, un margen de error del 5 % y una proporción esperada del 50 %, ampliamente utilizada en estudios de corte transversal en salud pública.

Se empleó un muestreo probabilístico estratificado proporcional, utilizando como criterio de estratificación la zona de residencia (urbana y rural), dada su influencia en el acceso a los servicios de salud. La asignación de la muestra fue proporcional al tamaño de cada estrato, correspondiendo 241 mujeres (68,7 %) al área rural y 110 mujeres (31,3 %) al área urbana. Dentro de cada estrato, las participantes fueron seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple a partir de los listados de afiliación, garantizando representatividad poblacional y minimización del sesgo de selección.

Para la recolección de la información se utilizó el instrumento VIDA-24, cuestionario basado en el Modelo de Creencias en Salud, diseñado para evaluar creencias y percepciones frente al cáncer de cuello uterino y su prevención. El instrumento está compuesto por 24 ítems en escala tipo Likert, distribuidos en cinco dimensiones: beneficios percibidos, severidad percibida, barreras percibidas, susceptibilidad percibida y claves para la acción o influencia social. Cuenta con evidencia de validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio y adecuada confiabilidad, reportada mediante coeficiente Omega de 0,93 en población latinoamericana (Mendoza Angulo, 2014).

La recolección de datos se realizó mediante encuestas presenciales aplicadas en instituciones prestadoras de servicios de salud y espacios comunitarios del municipio de Puerto Nare. El proceso incluyó la identificación de la población elegible, la sensibilización sobre los objetivos del estudio, la firma del consentimiento informado y la aplicación del instrumento por personal previamente capacitado, garantizando condiciones de privacidad, confidencialidad y anonimato durante todo el proceso.

El procesamiento y análisis de la información se llevó a cabo en el software estadístico SPSS. Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. La normalidad de los datos fue evaluada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, evidenciando incumplimiento de los supuestos de normalidad ($p < 0,05$), por lo cual se emplearon pruebas no paramétricas para el análisis inferencial.



La consistencia interna del instrumento se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, considerando valores iguales o superiores a 0,70 como aceptables. Para determinar la asociación entre variables se utilizó el coeficiente rho de Spearman, adecuado para variables ordinales y distribuciones no normales.

La interpretación de los resultados se realizó en coherencia con el Modelo de Creencias en Salud, el cual plantea que la conducta preventiva está determinada por la interacción entre percepción de susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y estímulos externos.

El estudio se desarrolló bajo los principios bioéticos de respeto por las personas, beneficencia y justicia, garantizando la autonomía, la confidencialidad y el bienestar de las participantes. Se obtuvo consentimiento informado de todas las mujeres incluidas en el estudio. La investigación fue clasificada como sin riesgo, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (Ministerio de Salud de Colombia, 1993).

Asimismo, el estudio contó con la autorización de las instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Puerto Nare para el acceso a la información y la aplicación de los instrumentos, así como con la aprobación del comité de investigación de la maestría de la Universidad, garantizando el cumplimiento de los lineamientos éticos y metodológicos establecidos para la investigación en salud.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 351 mujeres (100 %). Predominó la residencia en zona rural (68,7 %) frente a la urbana (31,3 %). En el nivel educativo sobresalieron la secundaria (40,2 %) y la formación técnica (33,9 %), mientras que la unión libre fue el estado civil más frecuente (39,9 %).

La recolección de la información se realizó garantizando la participación voluntaria de las mujeres, mediante la firma de consentimiento informado y bajo criterios de confidencialidad y anonimato. El estudio fue clasificado como una investigación sin riesgo, y contó con la autorización institucional y la aprobación del comité de investigación de la maestría.



Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Variable	Categoría	n (%)
Área de residencia	Rural	241 (68,7)
	Urbana	110 (31,3)
Nivel educativo	Primaria	37 (10,5)
	Secundaria	141 (40,2)
	Técnico	119 (33,9)
	Universitario	54 (15,4)
Estado civil	Soltera	90 (25,6)
	Casada	85 (24,2)
	Unión libre	140 (39,9)
	Separada	19 (5,4)
	Divorciada	7 (2,0)
	Viuda	10 (2,8)

Fuente: Elaboración propia

En cumplimiento del segundo objetivo específico, se describieron las creencias y percepciones evaluadas mediante el instrumento VIDA-24 a partir de las medias obtenidas en cada dimensión. Los resultados evidenciaron mayores puntuaciones en las dimensiones de beneficios percibidos y severidad percibida, lo que indica que las participantes reconocen la utilidad del tamizaje y la gravedad del cáncer de cuello uterino. En contraste, la dimensión de susceptibilidad percibida presentó la media más baja, lo cual sugiere una menor percepción de riesgo individual frente a la enfermedad. La confiabilidad por dimensiones mostró valores adecuados de consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach iguales o superiores a 0,70.

Tabla 2. Medias y confiabilidad por dimensiones del instrumento VIDA-24

Dimensión VIDA-24	Rango de medias	Alfa de Cronbach
Beneficios percibidos	1,40 – 1,55	0,867
Severidad percibida	1,48 – 1,60	0,850
Barreras percibidas	1,72 – 1,72	0,804
Susceptibilidad percibida	1,63 – 2,18	0,708
Claves para la acción / influencia social	1,53 – 1,91	0,949
Total, VIDA-24	41,37	0,757

Fuente: Elaboración propia



En términos analíticos, las dimensiones de beneficios y severidad percibidos mostraron mayor puntuación, lo que indica que las mujeres reconocen tanto la utilidad del tamizaje como la gravedad del cáncer de cuello uterino. Sin embargo, la susceptibilidad percibida fue la dimensión con menor desempeño, evidenciando una baja percepción de riesgo personal y de pareja.

El análisis de correlaciones mediante rho de Spearman mostró asociaciones estadísticamente significativas entre varios ítems del instrumento. Las correlaciones más altas se concentraron en los componentes de influencia social y recomendación del personal de salud

Tabla 3. Correlaciones de Spearman seleccionadas entre ítems del VIDA-24.

Asociación	Rho	p
Recomendación médica para citología / recomendación médica para vacunación contra VPH	0,750	< 0,001
Influencia de madre o familia / influencia de amiga o vecina para citología	0,847	< 0,001
Influencia de amiga para vacunación / lectura sobre el tema	0,857	< 0,001

Fuente: Elaboración propia:

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidencian que la participación en las pruebas de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres del municipio de Puerto Nare es baja, a pesar del reconocimiento de la severidad de la enfermedad y de los beneficios asociados al tamizaje. Desde el análisis cuantitativo, se identificó una menor percepción de susceptibilidad, junto con asociaciones significativas entre la recomendación médica, la influencia social y la conducta preventiva. Estos hallazgos confirman la hipótesis planteada, al evidenciar que la participación en el tamizaje está influenciada por la interacción entre barreras de acceso, percepción de riesgo y factores sociales, más allá de la simple disponibilidad de los servicios de salud.

En relación con el segundo objetivo, orientado a describir las creencias y percepciones, se encontró que las dimensiones de beneficios percibidos y severidad presentan mayores puntuaciones, mientras que la susceptibilidad percibida es menor. Este resultado indica que, aunque las mujeres reconocen la gravedad del cáncer de cuello uterino y la utilidad del tamizaje, no perciben un riesgo personal elevado, lo que limita la adopción de conductas preventivas.

Desde una perspectiva teórica, este comportamiento puede explicarse a partir de la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991), en la cual la conducta preventiva está determinada por la intención, que a su vez se ve influenciada por la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el control conductual percibido. En este sentido, la baja percepción de susceptibilidad limita la construcción de una intención conductual sólida, aun cuando existan actitudes favorables hacia el tamizaje.

Asimismo, se evidenció que las claves para la acción, como la recomendación del personal de salud y la influencia social, actúan como facilitadores en la toma de decisiones, reforzando la importancia de los estímulos externos en la conducta preventiva. Este hallazgo puede interpretarse desde el componente de norma subjetiva de la TCP, en el cual la presión o influencia social percibida juega un papel determinante en la adopción de conductas en salud.

Estos hallazgos son consistentes con la literatura existente. Aranguren Pulido et al. (2017) y Ocampo (2008) señalan que las barreras al tamizaje incluyen factores socioculturales como el miedo, la vergüenza y la desinformación, mientras que Garcés-Palacio et al. (2014) y Córdoba-Sánchez (2024) evidencian que los determinantes sociales y territoriales influyen en el acceso a los servicios de salud. A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (2020) y Herrera Conza et al. (2021) destacan que la cobertura de los programas de detección continúa siendo insuficiente en contextos rurales y de bajos recursos, lo cual coincide con los resultados del presente estudio. No obstante, el presente trabajo aporta al evidenciar que, más allá de estas barreras, la conducta preventiva también depende de la forma en que las mujeres construyen su intención de acción frente al tamizaje.

En cuanto al tercer objetivo, se identificó que las barreras de acceso no se limitan a factores individuales, sino que incluyen elementos estructurales relacionados con la organización de los servicios de salud, como la oportunidad en la asignación de citas, los tiempos de espera y la continuidad de la atención. Estos resultados son coherentes con Rodríguez (2011), quien plantea que el acceso a los servicios preventivos puede verse limitado por factores administrativos e institucionales. Desde la TCP, estos elementos pueden interpretarse como limitaciones en el control conductual percibido, en tanto afectan la capacidad que las mujeres perciben para realizar la conducta preventiva.

En este sentido, la participación en el tamizaje debe comprenderse como un fenómeno multifactorial, en el que convergen la percepción de riesgo, las condiciones sociales y el funcionamiento del sistema



de salud. Así, los resultados evidencian que no es suficiente con que las mujeres tengan una actitud favorable hacia el tamizaje, sino que es necesario fortalecer tanto la norma subjetiva como el control conductual percibido para lograr una mayor adopción de la conducta preventiva.

Desde la perspectiva de la gestión en salud, los hallazgos evidencian que la ampliación de la oferta de servicios no es suficiente para garantizar el acceso efectivo. Se requiere complementar con estrategias de demanda inducida, educación en salud, comunicación del riesgo y seguimiento nominal de la población susceptible, especialmente en contextos rurales. Asimismo, es necesario fortalecer la organización de los servicios y reducir barreras administrativas, con el fin de mejorar la oportunidad y continuidad de la atención.

Como fortaleza, este estudio aporta evidencia local en un contexto rural poco documentado, lo que permite comprender de manera integral los factores que influyen en la participación en el tamizaje. Como limitación, se reconoce el diseño transversal, que no permite establecer relaciones causales, así como la posible presencia de sesgos de información derivados del autorreporte.

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio evidencian que el acceso al tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres del municipio de Puerto Nare está determinado por una interacción compleja entre factores estructurales, perceptivos y sociales. La baja percepción de susceptibilidad, identificada como el principal determinante limitante, refleja una brecha crítica entre el conocimiento y la adopción de conductas preventivas.

En este contexto, la recomendación del personal de salud y la influencia del entorno social emergen como elementos clave en la activación de la conducta preventiva, lo que plantea la necesidad de fortalecer estrategias integrales que trasciendan la oferta de servicios e incorporen intervenciones centradas en la comunicación del riesgo y el abordaje comunitario.

RECOMENDACIONES

Desde la perspectiva de la gestión en salud, los hallazgos sugieren la necesidad de fortalecer estrategias integrales que aborden tanto las barreras estructurales como los determinantes subjetivos de la conducta preventiva. En este sentido, resulta fundamental consolidar mecanismos de demanda inducida activa, seguimiento nominal y recordación de citas, así como fortalecer la consejería individual con énfasis en



la comunicación del riesgo. De igual manera, se requiere promover intervenciones comunitarias que reconozcan el papel de las redes sociales en la toma de decisiones, especialmente en contextos rurales donde se concentran mayores barreras de acceso

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agurto, I., Bishop, A., Sánchez, G., Betancourt, Z., & Robles, S. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Salud Pública de México*, 46(4), 346–354.
<https://doi.org/10.1016/j.ypped.2004.03.040>
- Aranguren Pulido, L. V., Burbano Castro, J. H., González, J. D., Mojica Cachope, A. M., Plazas Veloza, D. J., & Prieto Bocanegra, B. M. (2017). Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19(2), 129–143.
<http://hdl.handle.net/10554/26432>
- Arbyn, M., Weiderpass, E., Bruni, L., de Sanjosé, S., Saraiya, M., Ferlay, J., & Bray, F. (2020). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: A worldwide analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e191–e203.
[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30482-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30482-6/fulltext)
- Castro-Vásquez, M. C., & Arellano-Gálvez, M. C. (2010). Virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 456–467.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v16n5.30071>
- Concha, A., et al. (2012). Estrategias de prevención del cáncer cervicouterino en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(5), 345–352.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103427>
- Córdoba-Sánchez, V. (2024). Situación del cáncer de cuello uterino en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 28(1).
<https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/issue/view/89>
- Estupiñán Ruiz, C. A., Morales Doncel, R. D., & Hincapié-Carvajal, J. A. (2026). Salud pública y cáncer cervicouterino en América Latina: impacto del gasto y legislación en la prevención en tres países. *Atención Primaria*, 58(3), 103427.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103427>



- Herrera Conza, E., et al. (2021). Detección oportuna de cáncer cervicouterino en América Latina. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 39(2), 123–130. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v3i9.65>
- Matassini Eyzaguirre, S. M., & Luna Vega, V. (2020). Barreras para diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(4), 675–682. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.374.1835>
- Mendoza Angulo, L. I. (2014). *VIDA-24*: Cuestionario validado para determinar las creencias acerca del cáncer cervical y su prevención en mujeres cartageneras en alto riesgo de contraer infección por el VPH <https://repositorio.unicartagena.edu.co/server/api/core/bitstreams/8a486bea-8624-4804-873f-0189ae19b734/content>
- Ministerio de Salud de Colombia. (1993). Resolución número 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
- Ocampo, L. (2008). Barreras socioculturales para la realización de la citología cervicouterina. *Revista de Salud Pública*, 10(2), 232–240. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42280304>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
- Rodríguez, M. (2011). Barreras de acceso a los servicios de salud para la realización del Papanicolaou. *Revista Médica del IMSS*, 49(4), 401–406. <http://hdl.handle.net/11317/823>
- Sankaranarayanan, R., et al. (2009). HPV screening for cervical cancer in rural India. *New England Journal of Medicine*, 360(14), 1385–1394. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2026.102758>
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *PLOS Medicine*, 4(10), e296. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61602-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61602-X/fulltext).

