

ESTUDIO DEL CRIBADO DE CÁNCER DE PIEL, COMPARADO CON EL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA Y CÉRVIX EN UNA MUESTRA DE MUJERES EN CONCORDIA, ARGENTINA.

STUDY ABOUT SKIN CANCER SCREENING IN COMPARISON WITH BREAST AND CERVIX CANCER SCREENING IN A FEMALE SAMPLE FROM CONCORDIA, ARGENTINA.

Pezzotto, Stella Maris¹, Nieto, Claudia Silvia², Baroni, María Antonella³, Iwanow, Pablo⁴, Dagatti, María Susana⁵.

- 1 Estadística. Doctora. Área Metodología de la Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Consejo de Investigaciones, Universidad Nacional de Rosario. IDICER- CONICET, Rosario, Santa Fe. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4020-8749>. Email de contacto: spezzot@unr.edu.ar
- 2 Psicóloga. Área Metodología de la Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Email de contacto: claudiasilvianieto@hotmail.com
- 3 Médica. Área Metodología de la Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Email de contacto: baroniantonella@hotmail.com
- 4 Médico. Área Metodología de la Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Email de contacto: pabloiwanow@hotmail.com
- 5 Médica. Especialista en Dermatología. Área Metodología de la Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8886-9688>. Email de contacto: msdagatti@yahoo.com.ar

Conceptos clave:

-Qué se sabe sobre el tema:

Un diagnóstico temprano del cáncer de mama, cérvix y piel posibilita un tratamiento con altas tasas de curación. Las campañas preventivas y el cribado son herramientas potencialmente útiles para tal fin.

-Qué aporta este trabajo:

En este trabajo se describe la adherencia a las prácticas de cribado con el fin de aportar datos locales, y contribuir a futuras investigaciones que pudieran abordarse en el país respecto a esta temática.

Resumen:

Introducción. En este estudio se describen los conocimientos, prácticas y actitudes en relación con el cribado de cáncer de piel, comparado con el de mama y cérvix, en una muestra de mujeres de la ciudad de Concordia, Entre Ríos. **Métodos.** Durante el año 2016 se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, mediante entrevistas y encuestas estructuradas a 90 mujeres mayores de 25 años, madres o tutoras de alumnos de sexto grado de tres establecimientos de educación primaria de la ciudad de Concordia correspondientes a diferentes niveles socioeconómicos (bajo: G1, n=32), medio (G2, n=29) y alto (G3, n=29). **Resultados.** La edad promedio fue 37,9±6,6; 38±6,9 y 43,1±5,6 años, respectivamente. Habían asistido a médicos dermatólogos para la realización de un control periódico anual de piel el 30,0% (G1), el 30,8% (G2) y el 51,7% (G3). Al control periódico ginecológico anual habían concurrido el 46,4% (G1), el 60,7% (G2) y el 86,2% (G3). El 35,7%, 16% y 10,7% de las mujeres del G1, G2 y G3 respectivamente, conocían las campañas de prevención de cáncer cutáneo; pero sólo participó en alguna de ellas el 3,7% del G2, 3,7% del G3 y ninguna del G1. **Conclusión principal.** Estos datos nos indican la necesidad de lograr estrategias que permitan mejorar la adhesión de las mujeres a los cribados, especialmente a los de prevención del cáncer cutáneo, donde se observa una menor participación si lo comparamos con el cribado de cáncer de mama y cérvix.

Palabras clave: cribado; cáncer de piel; cáncer de mama; cáncer de cérvix; comparación.

Abstract:

Introduction. The aim of this study was to describe the knowledge, practices and attitudes regarding the screening of skin cancer, compared to the breast and cervix cancer. **Methods.** An observational, cross-sectional study using structured questionnaires was carried out among women in the city of Concordia, Entre Ríos. The sample consisted of 90 mothers or tutors from low (G1, n=32), middle (G2, n=29) and high (G3, n=29) socioeconomic status elementary schools students. **Results.** Mean age were 37,9±6,6, 38,0±6,9 and 43,1±5,6 years, respectively. The annual skin exam has been performed by dermatologist in 30.0% (G1), 30.8% (G2) and 51.7% (G3) of these women. The annual gynecological exam has been done by 46.4% (G1), 60.7% (G2) and 86.2% (G3). The existence of the skin cancer prevention campaign was known in 35,7%, 16% and 10,7% in G1, G2 and G3 respectively, but only 3,7% of G2, 3,7% of G3 and no women in G1 had ever participated in a campaign. **Major conclusion.** These data indicate the need to achieve effective strategies that allow improving the adherence of women to prevention campaigns, especially those for skin cancer prevention, where there is less participation when compared with breast and cervical cancer screening.

Keywords: screening; skin cancer; breast cancer; cervical cancer; comparison.

Recibido: 2018-10-17

Aceptado: 2019-01-02

DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v76.n1.21629>



© Universidad Nacional de Córdoba

Introducción

Se define al cribado como un método de prevención que consiste en detectar, dentro de una población sin síntomas, lesiones pre cancerosas en las que un diagnóstico temprano posibilita realizar tratamientos con altas tasas de curación. En las últimas décadas, en los países desarrollados, la práctica de cribado para la detección de los cánceres más frecuentes ha aumentado, pero existen marcadas diferencias demográficas al respecto⁽¹⁾, las que responderían a dimensiones tan diversas como el nivel socioeconómico/educativo, los conocimientos, las percepciones y actitudes de las personas a las cuales estos programas van dirigidos.

El incremento en la incidencia del melanoma cutáneo (MC) y del cáncer de piel no melanoma (CPNM), que viene acompañado de una tasa de mortalidad estable o decreciente, obliga a insistir en la necesidad de realización de campañas de prevención primaria y secundaria⁽²⁾. La prevención primaria consiste en minimizar la exposición solar mientras que la prevención secundaria es la detección precoz de cáncer de piel, cuando todavía puede curarse con la sola extirpación. Pocos son los estudios sobre el cribado del cáncer de piel, en comparación con el correspondiente a otros cánceres, posiblemente debido a su baja mortalidad, inadecuado entrenamiento de los médicos no especialistas en dermatología para identificar lesiones malignas, falta de tiempo en las consultas de rutina para el examen cutáneo, entre las causas más relevantes⁽³⁾.

El aumento de la incidencia de los tumores cutáneos podría deberse a la combinación de diferentes factores tales como una mayor exposición solar, especialmente las exposiciones intensas intermitentes, cambios en el estilo de vida, incremento de actividades al aire libre, una esperanza de vida más alta y un número mayor de personas en situación de inmunosupresión⁽⁴⁾. Existen limitaciones significativas en la investigación de la incidencia de CPNM, atribuidas principalmente a la exclusión del mismo de los registros de cáncer más importantes a nivel mundial^(5,6).

Esta investigación se llevó a cabo con el objetivo general de describir la adherencia a las prácticas de cribado de cáncer de piel en una muestra de la población femenina en Concordia, comparándola con el cribado de cáncer de mama y cérvix, a fin de describir si existen similitudes o diferencias en la participación de las mujeres. Entre los objetivos específicos se propuso describir los hábitos de exposición solar, la exposición solar laboral y recreacional, el uso de protectores solares, los conocimientos, las percepciones y actitudes con respecto a los cribados de cáncer de piel, mama y cérvix.

Según los datos del Registro de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer, las tasas de incidencia de ambas neoplasias, mama y cérvix, ocupan el primer y tercer lugar, son muy frecuentes en la población femenina de nuestro país⁽⁷⁾. La ciudad de Concordia presenta las siguientes coordenadas geográficas: Latitud: 31°23'34" S; Longitud: 58°01'15"O; Altitud: 30 metros sobre el nivel del mar⁽⁸⁾. De acuerdo con el Censo realizado en el año 2010 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, la población de Concordia es de 149.450 habitantes, con el 51,7% mujeres y 48,3% hombres⁽⁹⁾, con 28297 mujeres entre 25 y 59 años. Se eligió Concordia debido a que el número de habitantes de esta ciudad hacía posible establecer una muestra accesible a los recursos humanos y materiales disponibles.

Métodos

Durante el año 2016 se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, mediante entrevistas y encuestas estructuradas a mujeres mayores de 25 años, madres o tutoras de alumnos de tres escuelas de la ciudad de Concordia correspondientes a diferentes niveles socioeconómicos (bajo, medio y alto). Los indicadores utilizados para esta clasificación fueron la presencia de comedor escolar, la administración de copa de leche, las condiciones edilicias de los establecimientos y la obligación de abono de una cuota mensual.

Las encuestas han sido realizadas durante una serie de reuniones en los establecimientos escolares, previa solicitud de la firma de consentimiento escrito informado. Los ítems consignados en la encuesta han sido validados en estudios previos^(1,10,11) y se agruparon en cinco bloques. El primero indaga sobre datos demográficos y de nivel socioeconómico: edad, estado civil, datos antropométricos, ocupación, número de hijos y afiliación a una obra social. El segundo, se refiere a los factores de riesgo y al acceso a los efectores de salud. El tercero, indaga en los conocimientos generales sobre el cáncer y cómo se

accedió a ellos. El cuarto evalúa la actitud, opinión y percepción frente a las pruebas de detección. Finalmente, el quinto indaga sobre las prácticas de detección frente al cáncer cutáneo, de mama y de cérvix. En este estudio se han incluido preguntas acerca de las representaciones sociales y los conocimientos de las mujeres encuestadas porque es una vía para tratar de comprender los fenómenos sociales, como la conducta o adherencia a los métodos de tamizaje de los tres tipos de cáncer investigados.

Para determinar el número mínimo de mujeres a encuestar con el fin de obtener datos confiables, se calculó el tamaño de muestra utilizando el programa Epi Info 6.04, considerando una frecuencia esperada de adherencia al cribado del 70%, un margen de error del 10% y un nivel de confianza del 95%. Se tomó 70% como posible tasa de adherencia al cribado en base a la bibliografía consultada acerca de la participación en campañas de detección de cáncer de mama y cérvix^(12,13).

Para la realización del análisis estadístico de los datos se utilizó el programa STATA 6.0. Los datos obtenidos han sido resumidos en tablas y gráficos. Para las variables cuantitativas se calcularon promedios y desvíos estándar. Para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y relativas (proporciones). Las comparaciones entre promedios se analizaron mediante pruebas estadísticas ANOVA y las comparaciones entre proporciones se analizaron aplicando pruebas Chi-cuadrado.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. Se respetó la confidencialidad y la reserva de los datos recogidos de acuerdo con lo establecido en la Ley Nacional de Habeas Data⁽¹⁴⁾.

Resultados

Se encuestó a 90 madres o tutoras de alumnos de tres escuelas, 32 correspondientes a una escuela de nivel socioeconómico bajo (grupo 1: G1), 29 a una escuela de nivel medio (grupo 2: G2) y 29 a un establecimiento de nivel socioeconómico alto (grupo 3: G3). La edad promedio de estas fue de $37,9 \pm 6,6$; $38 \pm 6,9$ y $43,1 \pm 5,6$ años respectivamente, siendo esta última significativamente mayor al resto ($p=0,03$).

El 3,3% de las mujeres pertenecientes al G1 no estaba alfabetizada, el 20% no había completado la educación primaria y el 83,3% no había concluido el nivel secundario, en tanto el 10% había finalizado los estudios terciarios o universitarios. En contraposición a esto, el 50% del G2 y el total de las mujeres del G3 había completado la educación secundaria y el 75,9% de este último grupo había concluido los estudios terciarios o universitarios.

Trabajaba fuera del hogar el 35,5% del primer grupo; el 74,1% del segundo y el 85,7% del tercero, siendo la diferencia entre estas proporciones estadísticamente significativa ($p=0,001$).

Como se muestra en la Figura 1, las mujeres del G1 tenían un número mayor de hijos ($p=0,002$).

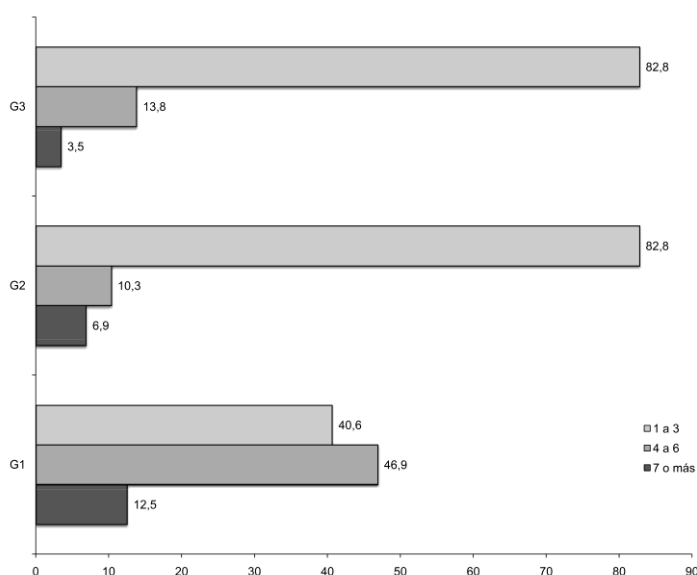


Figura 1. Número de hijos según nivel socioeconómico (%).

Mientras que el 77,4% de las mujeres del G1, el 51,7% del G2 y el 20,7% del G3 concurrían a efectores de salud públicos, el 22,6% de las mujeres del G1, el 48,3% del G2 y el 79,3% del G3 recibían atención en servicios privados, resultando esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0001$). En cuanto a accesibilidad a los efectores de salud, el 92,3% del G1 vivía a menos de quince cuadras del efector al cual concurrían. En cambio, residía a más de 15 cuadras el 60% del G2 y el 78,9% del G3. La diferencia entre estas proporciones es estadísticamente significativa ($p<0,0001$).

El examen clínico de rutina en el último año fue realizado por el 69% de mujeres del G2, siendo significativamente menor ($p=0,026$) al comparar esta proporción con la observada en las madres del G1 (84,4%) y del G3 (82,1%).

Respecto a los antecedentes personales, dos mujeres del G2 refirieron haber padecido cáncer de mama y una mujer del G3 había padecido cáncer de ovario. Ninguna de las mujeres de la muestra había presentado lesiones cutáneas pre cancerosas, ni cáncer de piel.

La Tabla 1 muestra las opiniones de las mujeres acerca de los cribados ginecológicos y cutáneos.

Tabla N° 1: Opiniones acerca del cribado ginecológico y cutáneo (%).

Acuerdan con la siguiente afirmación (%):	G1	G2	G3	p
No realizaría una prueba de detección (chequeo) a menos que tuviera un problema de salud	50	20	10,7	0,005
Cuando dos pruebas de detección son negativas, no es necesario realizarlas más	20	16	21,4	0,92
Si el médico lo examina regularmente en su consultorio, no es necesario hacer pruebas de detección	40	18	14,3	0,102
Una prueba de detección tiene un alto riesgo de conducir a una cirugía innecesaria	40,7	9,1	12,7	0,046
Una vez que se diagnostica el cáncer no existe posibilidad de cura	26,7	8	0	0,034
Si el médico no menciona el chequeo, no lo haría	14,3	4,2	7,1	0,178

A partir de la indagación acerca del conocimiento sobre el cribado de mama y cérvix se pudo determinar que todas las mujeres encuestadas conocían que mediante el examen mamario periódico y el autoexamen de mama se puede detectar a tiempo el cáncer mamario. También consideraron que la consulta ginecológica periódica es recomendada para detectar a tiempo el cáncer cervical. Las fuentes más frecuentes de información fueron los médicos y la televisión en los tres grupos. El 96,9% de las mujeres del G1, el 96,6% del G2 y todas las mujeres del G3 consideraron que la muerte por cáncer de cérvix puede evitarse detectando a tiempo la enfermedad.

En la Figura 2 se muestra el porcentaje de mujeres que realizaba auto examen de mama y piel.

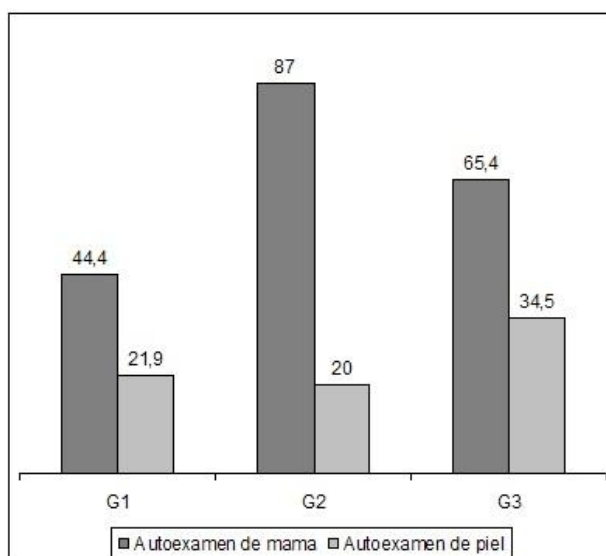


Figura 2. Auto examen de mama y piel (%).

Respecto a los controles periódicos anuales realizados por médicos especialistas (ginecólogos y dermatólogos) se observó en todos los grupos que las proporciones de mujeres que concurrieron a controles ginecológicos fueron mayores que las obtenidas respecto a los dermatológicos (Figura 3).

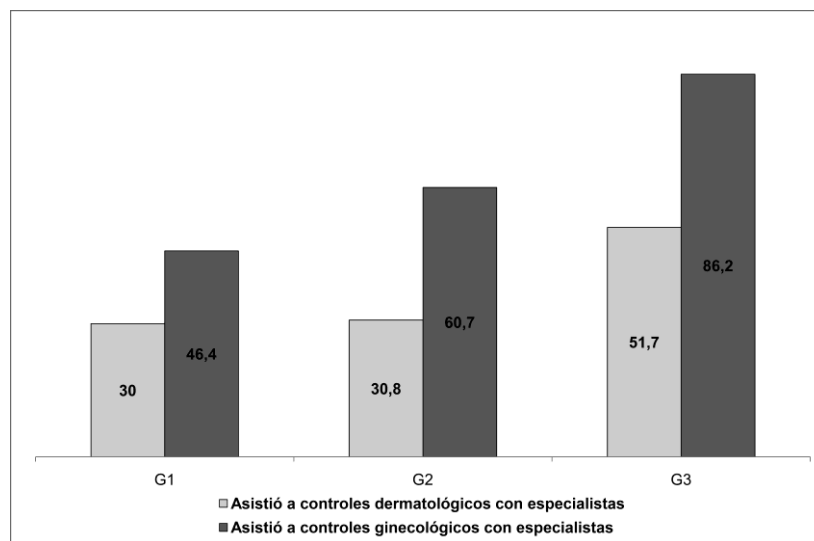


Figura 3. Control anual por médicos especialistas (%)

En lo referente al examen mamario efectuado por un especialista en ginecología, acudió el 53,3%, el 75% y el 96,6% de los G1, G2 y G3 respectivamente, al menos una vez al momento de la encuesta. Este examen fue llevado a cabo durante el último año por el 55,6% del G1, el 71,4% del G2 y el 75% del G3. En cuanto a la realización de la mamografía se encontró una diferencia estadísticamente significativa, ya que fue realizada por el 37,5% del G1, el 60% del G2 y el 82,8% del G3 ($p=0,002$). En cuanto a los controles para prevenir el cáncer de cérvix, un alto porcentaje refiere haberse realizado un Papanicolaou (Pap) al menos una vez desde el inicio de las relaciones sexuales. Este porcentaje oscila entre el 93% y el 97% en las madres de los dos primeros grupos y el total de las que pertenecen al último grupo. Todas las madres del G3 respondieron que acudieron a realizar el Pap como una medida preventiva. Por otro lado, también se obtuvo un alto porcentaje de esta misma respuesta (mayor al 77%) en los dos grupos restantes.

En cuanto a la descripción de los hábitos de exposición solar se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0,05$) en los hábitos de exposición solar ocupacional entre los diferentes grupos de mujeres. De las mujeres que estuvieron expuestas de manera ocupacional, el 26,7% del G1, el 31,3% del G2 y ninguna del G3 lo hizo en horario nocivo ($p=0,04$). La descripción de la exposición solar de las mujeres estudiadas se muestra en la Tabla 2. De las mujeres que habían estado expuestas al sol, tanto en forma recreacional como ocupacional, usaba crema fotoprotectora el 44,4% del G1, el 72,0% del G2 y el 93% del G3 ($p=0,005$).

Tabla 2: Exposición solar (%).

Exposición solar	G1	G2	G3
Ocupacional			
Nunca	37	40	57,1
Uno o más días a la semana	29,6	28	39,3
Diaria	33,3	32	3,6
Recreacional			
No	69,2	40	28,6
Sí	30,8	60	71,4

En la Figura 4 se muestra el conocimiento y la participación de las mujeres en campañas de detección de cáncer cutáneo. El conocimiento acerca de la existencia de las mismas fue diferente en los distintos grupos ($p=0,05$). Ninguna de las mujeres del G1 participó en dichas campañas y la participación de las mujeres de los grupos G2 y el G3 fue escasa.

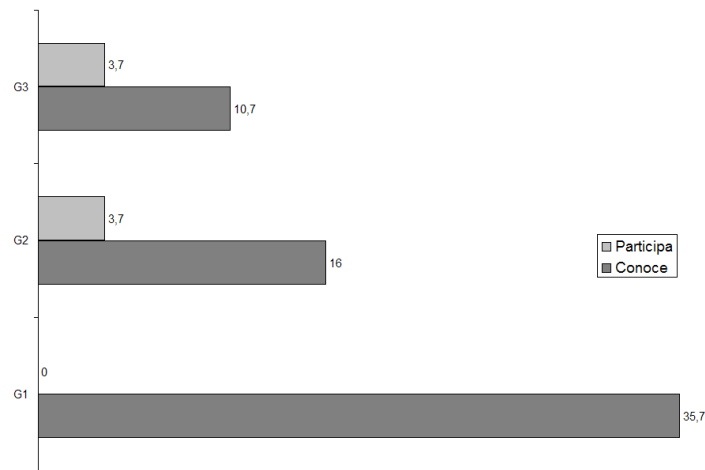


Figura 4. Conocimiento y participación en campañas de detección de cáncer cutáneo (%).

Discusión

La importancia de la prevención en salud es indiscutible en nuestros tiempos, y en relación con ésta, la oportunidad y los beneficios de un diagnóstico precoz. Es primordial favorecer la realización de las pruebas de cribado de cáncer por parte de la población.

Los resultados del presente estudio muestran que las mujeres del G1 realizan los controles periódicos de rutina con especialistas en menores proporciones respecto de los grupos 2 y 3, no sólo para la detección de cáncer de piel sino también para la detección de cáncer de mama y cérvix. Entre los posibles motivos de este hallazgo, cabe considerar que en este grupo más de la mitad de las mujeres tiene 4 o más hijos, lo cual limitaría el tiempo disponible para el cuidado de su propia salud. Esta situación fue también observada por otros autores⁽¹⁵⁾ y se contrapone a lo esperable, ya que las mujeres con alta frecuencia de embarazos concurren más frecuentemente a servicios de salud.

Los antecedentes personales de cáncer ginecológico que refirieron las mujeres de nuestro estudio podrían considerarse entre los factores influyentes en su decisión de privilegiar la realización de los controles ginecológicos por sobre los controles cutáneos.

Algunas publicaciones cuestionan la idea de que el auto-examen cutáneo y el cribado de cáncer de piel realizado por un médico de atención primaria en pacientes asintomáticos reduzcan la morbilidad y la mortalidad causada por este cáncer⁽¹⁶⁾. En tanto, otros estudios afirman que el examen visual de la piel del cuerpo completo realizado por un especialista en Dermatología es la herramienta principal para la prevención del cáncer de piel y asocian los exámenes cutáneos regulares de todo el cuerpo con un menor espesor del MC en el momento del diagnóstico y una tasa de supervivencia más alta⁽¹⁷⁾.

En relación a las opiniones registradas en este estudio acerca de que el cáncer, una vez diagnosticado, no tiene posibilidad de cura y que la detección del mismo podría conducir a cirugías innecesarias, surge el interrogante respecto al origen de tales afirmaciones que condicionarían la decisión de realizar los cribados ginecológicos y cutáneos. Este hallazgo está en concordancia por el reportado en otro estudio acerca de las barreras a la participación en programas de tamizaje⁽¹⁸⁾.

En contraposición con un estudio llevado a cabo en Méjico, donde un conocimiento deficiente sobre el cribado ginecológico se asocia a bajo nivel socioeconómico⁽¹⁹⁾ los resultados del presente trabajo muestran que los tres grupos cuentan con un similar nivel de conocimientos.

El presente estudio muestra que las mujeres de mayor nivel socioeconómico/educativo (G3) tienen conductas más saludables en cuanto al cuidado de la piel frente a la exposición solar que aquellas pertenecientes a los niveles socioeconómicos-educativos medios y bajos. Además, estas mujeres presentan menor exposición solar laboral, y la misma no ocurre en horario nocivo. Sin embargo, registran mayor exposición solar recreacional, pero una alta proporción de ellas utiliza cremas fotoprotectoras. El uso de protectores solares ha demostrado prevenir la aparición de lesiones precursoras como así también de cáncer de piel^(20,21). El menor uso de las cremas antes mencionadas en el G1 podría atribuirse a la imposibilidad de adquirirlas debido a su elevado costo. Ciertas publicaciones revelan que la población

general no usa protectores solares de la manera recomendada por los médicos dermatólogos a pesar de que existe el conocimiento respecto del beneficio que conlleva su uso⁽²⁰⁻²²⁾.

El escaso conocimiento de las campañas de prevención de cáncer de piel relevado en este estudio, así como la baja adherencia a participar en éstas, indican la necesidad de profundizar su difusión, teniendo en cuenta que se trata de intervenciones significativas para lograr la adquisición de hábitos saludables.

Al igual que en todo estudio, nuestros hallazgos deben ser interpretados a la luz de las limitaciones pertinentes. La naturaleza retrospectiva del mismo puede haber llevado a posibles sesgos, tales como el sesgo del recuerdo o de la memoria, o aquel que depende del grado de comprensión de las preguntas por parte de las participantes. Este estudio se llevó a cabo en mujeres que viven en un área geográfica delimitada, motivo por el cual no sería extrapolable a las mujeres de otras regiones. No obstante, este tipo de investigaciones proporciona una guía en el desarrollo de nuevos esfuerzos para entender y mejorar las intervenciones específicas dirigidas a aumentar la adhesión de las mujeres a las prácticas de cribado. Se considera entonces necesario mantener evaluaciones locales continuas para disponer de información que permita detectar en cada comunidad las variables que limitan las prácticas preventivas a fin de mejorar la toma de decisiones en políticas de salud.

Tomando en consideración los resultados obtenidos respecto a la adherencia al cribado cutáneo, debería investigarse si las campañas de prevención que se realizan desde hace más de 20 años en el país alcanzan a toda la población. Intentar derribar las diferentes barreras de acceso que impiden el uso efectivo de los programas de Detección de Cáncer implementados por los Ministerios de Salud es un desafío para los próximos programas a implementar. Indagar acerca de los conocimientos y percepciones de los distintos grupos poblacionales respecto del cribado podría resultar una importante contribución para determinar las causas que originan la actitud de mayor adherencia al cribado de cáncer de mama y cérvix en comparación con la adherencia al cribado de cáncer cutáneo.

Conflicto de intereses: No existen

Fuentes de Financiación: SECYT UNR.

Bibliografía

1. Cullati S, Charvet-Bérard A, Perneger TV. Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes. *BMC Public Health [Internet]*. 2009 [citado 16 Feb 2018];9:118. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19402895>
2. Apalla Z, Nashan D, Weller RB, Castellsagué X. Skin cancer: Epidemiology, disease burden, pathophysiology, diagnosis, and therapeutic approaches. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2017;7 Suppl 1:5-19.
3. Altman JF, Oliveria SA, Christos PJ, Halpern AC. A survey of skin cancer screening in the primary care setting: a comparison with other cancer screenings. *Arch Fam Med*. 2000;9:1022-7.
4. Eide MJ, Krajenta R, Johnson D, Long JJ, Jacobsen G, Asgari MM, et al. Identification of patients with nonmelanoma skin cancer using health maintenance organization claims data. *Am J Epidemiol*. 2010;171:123-8.
5. Apalla Z, Lallas A, Sotiriou E, Lazaridou E, Ioannides D. Epidemiological trends in skin cancer. *Dermatol Pract Concept*. 2017;7(2):1-6.
6. Athas WF, Hunt WC, Key CR. Changes in nonmelanoma skin cancer incidence between 1977–1978 and 1998–1999 in Northcentral New Mexico. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003;12(10):1105–8.
7. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. [Internet] *Cancer Today*. [citado 20 Dic 2018]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/>
8. Coordenadas geográficas de Concordia, Argentina. [Internet] [citado 16 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.geodatos.net/coordenadas/argentina/entre-rios/concordia>
9. Municipalidad de Concordia. Características de la ciudad de Concordia. [Internet] [citado 16 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.concordia.gob.ar/paginas/caracteristicas>
10. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. SITAM [Internet] [citado 14 Nov 2016]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/cancercervico-uterino/images/stories/3-equipos-salud/pdf/2014-05_2.1_Mortalidad-cancer-cuello-06-08-09-11.pdf
11. Godoy Y, Godoy C, Reyes J. Tamizaje de Cáncer Ginecológico en mujeres ecuatorianas. Un estudio cualitativo desde la percepción de las usuarias de servicios de atención primaria de salud. *Investigación cualitativa en Salud*. 2015; 1: 265-7.
12. Eisinger F, Blay JY, Morere JF, Rixe O, Calazel-Benque A, Cals L, et al. Cancer screening in France: subjects'and physicians'attitudes. *Cancer Causes Control*. 2008; 19:431–4.

13. Sicsic J, Franc C. *Obstacles to the uptake of breast, cervical, and colorectal cancer screenings: what remains to be achieved by French national programmes? BMC Health Services Research [Internet]. 2014, [citado 04 Dic 2018]; 14:465. Disponible en: <https://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/465>*
14. Ley 25.326. *Boletín oficial de la República Argentina. 02-nov-2000 Número: 29517 Pág: 1.*
15. Bazán F, Posso M, Gutiérrez C. *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. Anales de la Facultad de Medicina. 2007;68(1):47-54.*
16. Wolff T, Tai E, Miller T. *Screening for skin cancer: An update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2009;150(3):194-8.*
17. Risica PM, Matthews NH, Dionne L, Mello J, Ferris LK, Saul M, et al. *Psychosocial consequences of skin cancer screening. Prev Med Rep. 2018; 17(10):310-6.*
18. Sach TH, Whynes DK. *Men and women: beliefs about cancer and about screening. BMC Public Health [Internet]. 2009 [citado 21 Dic 2018]; 9:431. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-431>*
19. Trejo Amador U, Granados Cosme JA, Ortiz Hernández L, Delgado Sánchez G. *Diferencias sociales de la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las mujeres trabajadoras de una universidad de la ciudad de México. 2005. Rev Esp Salud Pública;79(3):403-14.*
20. Van de Pols JC, Williams GM, Pandeya N, Logan V, Green AC. *Prolonged prevention of squamous cell carcinoma of the skin by regular sunscreen use. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006;15:2546-8.*
21. Green AC, Williams GM, Logan V, Strutton GM. *Reduced melanoma after regular sunscreen use: randomized trial follow-up. J Clin Oncol. 2010;29:257-63.*
22. Green AC, Williams GM, Neale R, Hart V, Leslie D, Parsons P, et al. *Daily sunscreen application and beta carotene supplementation in prevention of basal-cell and squamous-cell carcinomas of the skin: a randomized controlled trial. Lancet. 1999;354:723-9.*