XXIX

Barreras culturales y organizacionales en el tamizaje del cáncer de cuello uterino percibidas por mujeres rurales y enfermeras de puestos de salud en Puno

Ana Luz Flores Mamani

XXIX

Barreras culturales y organizacionales en el tamizaje del cáncer de cuello uterino percibidas por mujeres rurales y enfermeras de puestos de salud en Puno

Ana Luz Flores Mamani

RESUMEN

Este capítulo de revisión narrativa analiza las barreras culturales y organizacionales que obstaculizan el tamizaje del cáncer de cuello uterino en mujeres rurales y enfermeras de puestos de salud en la región Puno, Perú. A través de la síntesis de literatura científica y normativa reciente, se examina cómo la confluencia entre los factores subjetivos de las usuarias —tales como el pudor, el género, el monolingüismo en quechua o aimara y el temor al diagnóstico— y las deficiencias del sistema biomédico —como la sobrecarga laboral, la alta rotación de personal, la infraestructura inadecuada y la rigidez institucional— perpetúan coberturas preventivas subóptimas. La evidencia demuestra que el bajo acceso no responde a una resistencia individual, sino a un desencuentro estructural entre la oferta sanitaria y los determinantes socioculturales de la población altoandina. En consecuencia, se discute la urgente necesidad de transitar hacia modelos de atención primaria interculturales, fortaleciendo al personal de enfermería e incorporando innovaciones tecnológicas como la autotoma de pruebas de Virus del Papiloma Humano para garantizar un acceso digno y equitativo a la salud oncológica rural.

Palabras clave: Cáncer de cuello uterino, tamizaje, mujeres rurales, enfermeras, barreras culturales.

ABSTRACT

This narrative review chapter analyzes the cultural and organizational barriers that hinder cervical cancer screening among rural women and nurses at health posts in the Puno region of Peru. By synthesizing recent scientific literature and policy guidelines, the chapter examines how the interplay between the subjective factors of the women—such as modesty, gender dynamics, monolingualism in Quechua or Aymara, and fear of a diagnosis—and the shortcomings of the biomedical system—including heavy workloads, high staff turnover, inadequate infrastructure, and institutional rigidity—perpetuates suboptimal preventive coverage. The evidence demonstrates that limited access is not a matter of individual resistance, but rather a structural mismatch between the healthcare services provided and the sociocultural determinants of the high-Andean population. Consequently, the text discusses the urgent need to transition toward intercultural primary care models, strengthening nursing staff and incorporating technological innovations—such as self-sampling for Human Papillomavirus (HPV) testing—to ensure dignified and equitable access to cancer-related healthcare in rural areas.

Keywords: Cervical cancer, screening, rural women, nurses, cultural barriers.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino representa una de las crisis de salud pública más severas en el Perú, configurándose como la tercera causa de mortalidad oncológica en mujeres a nivel nacional. Esta problemática adquiere matices críticos en las regiones altoandinas como Puno, donde convergen profundas brechas socioeconómicas, geográficas y culturales que limitan de forma drástica el acceso oportuno a los servicios de diagnóstico temprano. A pesar de los esfuerzos impulsados por el Ministerio de Salud (MINSA) a través de estrategias preventivas y normativas orientadas a masificar la detección mediante la citología convencional y pruebas moleculares, las tasas de rechazo, inasistencia y abandono del tamizaje en las comunidades rurales continúan siendo elevadas. Esta desconexión entre la oferta sanitaria oficial y la realidad de las usuarias evidencia que la disponibilidad nominal de los servicios no garantiza por sí sola una adecuada adherencia preventiva.

El persistente fracaso parcial de los programas de control del cáncer cérvicouterino en

zonas rurales no puede atribuirse exclusivamente a fallas logísticas o institucionales; responde también a una compleja red de factores simbólicos y estructurales. Por un lado, las mujeres de las comunidades altoandinas enfrentan barreras arraigadas relacionadas con el género, el pudor, el temor al diagnóstico y la barrera idiomática frente a un modelo biomédico hegemónico que pocas veces dialoga con su cosmovisión y lenguas originarias. Por otro lado, los profesionales de la salud —en especial las enfermeras de los puestos de puestos periféricos, quienes sostienen la primera línea de atención— operan en condiciones de alta vulnerabilidad laboral, sobrecarga administrativa, limitaciones de infraestructura y una escasa formación en enfoques de pertinencia intercultural.

Frente a este escenario, resulta indispensable justificar la necesidad de abordar esta problemática desde una perspectiva dual y complementaria. Tradicionalmente, la literatura científica ha analizado el fenómeno de manera fragmentada, enfocándose ya sea en las percepciones de las pacientes o en la operatividad de los establecimientos, sin entrelazar ambas realidades. Comprender la problemática desde la óptica conjunta de la usuaria rural y de la enfermera del puesto de salud permite visualizar los desencuentros cotidianos que erosionan la confianza en el sistema sanitario.

Por consiguiente, el presente artículo tiene como objetivo analizar y contrastar las barreras culturales y organizacionales que obstaculizan la adherencia al tamizaje del cáncer de cuello uterino en el contexto puneño, aportando insumos críticos para el diseño de políticas públicas e intervenciones sanitarias culturalmente competentes.

METODOLOGÍA

El presente estudio adopta un diseño de revisión narrativa de la literatura con un enfoque crítico e integrador, el cual permite examinar, sintetizar y conceptualizar la literatura disponible sobre un tema complejo desde una perspectiva teórica y empírica amplia (Grant & Booth, 2009). Este tipo de diseño resulta idóneo para profundizar en problemáticas sociales y sanitarias multidimensionales, como son las barreras culturales y organizacionales que condicionan la prevención oncológica en zonas rurales, permitiendo integrar hallazgos de diversa naturaleza metodológica (Torres-Salinas et al., 2021).

Estrategia de búsqueda

Para identificar la evidencia científica pertinente, se ejecutó una búsqueda sistemática y exhaustiva en bases de datos académicas de alcance regional e internacional, específicamente SciELO, LILACS y PubMed. La estrategia de búsqueda se construyó mediante la combinación de descriptores en ciencias de la salud (DeCS y MeSH) y términos libres vinculados al objeto de estudio, empleando operadores booleanos (AND / OR). Los términos clave utilizados incluyeron: "cáncer de cuello uterino", "tamizaje", "mujeres rurales", "enfermeras", "barreras culturales", "barreras organizacionales" y "Puno / Andes". Asimismo, se complementó la búsqueda con la revisión de literatura gris y documentos técnicos de organismos rectores en salud pública, como el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Criterios de inclusión y exclusión

El proceso de selección de los documentos se rigió por filtros temporales y geográficos específicos para garantizar la validez y pertinencia del corpus documental:

- Criterios de inclusión: Se consideraron artículos originales (tanto de enfoque cualitativo como cuantitativo o mixto), revisiones bibliográficas y documentos técnicos oficiales publicados en el periodo comprendido entre los años 2016 y 2026. Los estudios debían abordar de manera directa o transversal el contexto rural andino, las comunidades quechuahablantes o aymarahablantes, o bien la realidad sociosanitaria del Perú relacionada con la prevención del cáncer cervical.

- Criterios de exclusión: Se descartaron aquellos trabajos de investigación enfocados exclusivamente en zonas urbanas de la costa, poblaciones hospitalarias de alta complejidad no representativas del primer nivel rural, o contextos geográficos internacionales ajenos a la realidad andina y latinoamericana que no aportaran elementos comparativos útiles (Day et al., 2020).

Proceso de síntesis

Una vez depurada la literatura seleccionada mediante la lectura de títulos, resúmenes y textos completos, se aplicó un análisis temático de contenido (Braun & Clarke, 2006). Este proceso permitió codificar la información extraída y agrupar los hallazgos en dos grandes categorías analíticas predefinidas en el esquema conceptual: por un lado, las barreras culturales vinculadas a las percepciones, cosmovisiones y experiencias de las mujeres rurales; y, por otro lado, las barreras organizacionales asociadas a la gestión institucional, la infraestructura y las prácticas del personal de enfermería en los puestos de salud del primer nivel de atención de la región Puno.

RESULTADOS

La síntesis de la literatura evidencia que la baja adherencia al tamizaje de cáncer de cuello uterino en la región Puno es el resultado de la interacción compleja entre dimensiones simbólicas de la población y limitaciones estructurales del sistema sanitario.

Perspectiva cultural de las mujeres rurales

Las investigaciones analizadas revelan que las usuarias altoandinas enfrentan profundas barreras subjetivas arraigadas en sus roles sociales y su cosmovisión. En primer lugar, los factores de género y pudor condicionan fuertemente la conducta preventiva: la vergüenza ante la exposición corporal que exige el examen ginecológico y la predominancia cultural del rol de cuidado familiar subordinan el bienestar personal de la mujer frente a las necesidades del hogar (Gallegos-López et al., 2021).

En segundo lugar, las barreras lingüísticas y de cosmovisión actúan como un muro de separación. La escasez de personal bilingüe capaz de comunicarse fluidamente en quechua o aimara genera desconfianza, mientras que las explicaciones biomédicas tradicionales suelen chocar con concepciones locales que entienden los malestares corporales como desequilibrios espirituales o climáticos (Aragon & Ticona, 2022). Finalmente, el miedo y el estigma agravan el panorama; existe un temor generalizado al dolor físico durante la toma de la muestra citológica y un profundo estigma social que asocia un diagnóstico positivo con la infidelidad o la "suciedad", lo que propicia el ocultamiento de la enfermedad (Valdivia-Fernández et al., 2023).

Perspectiva organizacional desde los puestos de salud

Por otro lado, la oferta institucional en el primer nivel de atención presenta deficiencias críticas que obstaculizan la labor preventiva. En el ámbito de la gestión y recursos humanos, los puestos de salud rurales sufren de alta rotación del personal de enfermería, sobrecarga laboral debido a funciones administrativas múltiples y una escasez crónica de insumos específicos, como espátulas, especulos adecuados o medios de transporte para las muestras (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2024).

Asimismo, la infraestructura y la accesibilidad geográfica imponen retos severos. Los establecimientos se encuentran distantes de las comunidades dispersas de la altiplanicie, agravado por las condiciones climáticas adversas de la región —heladas y lluvias estacionales— que dificultan el traslado. Dentro de las instalaciones, la infraestructura deficiente se traduce en consultorios sin la privacidad acústica o

física necesaria, vulnerando la confidencialidad de la paciente (Zavaleta et al., 2022).

Por último, se identifica un claro desencuentro en la atención. Los protocolos institucionales se aplican con rigidez verticalista, omitiendo enfoques de pertinencia cultural y desaprovechando el potencial de articulación con parteras tradicionales o agentes comunitarios de salud, figuras que gozan de alta legitimidad en las comunidades rurales puneñas, pero que operan al margen del sistema oficial (Guardia et al., 2025).

DISCUSIÓN

Contraste de hallazgos

Los resultados de esta revisión narrativa ponen de manifiesto que la baja cobertura del tamizaje cervical en Puno no constituye un problema aislado de desinterés individual, sino el producto de un desencuentro histórico y estructural. Por un lado, la persistencia de la cosmovisión andina sobre el cuerpo, la enfermedad y el pudor choca directamente con la rigidez de un sistema biomédico centralizado que opera bajo lógicas occidentales (Aragon & Ticona, 2022). Esta colisión genera que las usuarias rurales perciban los establecimientos de salud como espacios ajenos e incluso intimidantes. Como señalan Huamán y Vilca (2024), cuando el Estado impone protocolos preventivos sin considerar los códigos culturales y lingüísticos locales (quechua y aimara), se fomenta una resistencia pasiva o el abandono de los controles oncológicos.

El rol clave de enfermería

En el centro de esta compleja dinámica se encuentra el personal de enfermería. Las enfermeras de los puestos de salud rurales actúan como el puente crítico entre las políticas públicas nacionales y las comunidades altoandinas; sin embargo, su labor se ve severamente limitada por barreras estructurales e institucionales (Zavaleta et al., 2022). La sobrecarga laboral, la alta rotación de personal y la falta de insumos transforman al profesional en un agente saturado que difícilmente puede destinar tiempo a la consejería intercultural empática. Tal como advierte Quispe-Ccasa et al. (2023), esta desconexión institucional agota la vocación comunitaria del personal y profundiza la brecha de confianza con las mujeres rurales.

Implicaciones prácticas

Ante este panorama, las implicaciones prácticas de la evidencia sugieren una urgente transformación en la gestión sanitaria. Es imperativo transitar hacia modelos de atención primaria de salud interculturales que validen el diálogo de saberes e incorporen activamente a parteras y agentes comunitarios (Guardia et al., 2025). Asimismo, una de las soluciones más viables y con mayor respaldo empírico reciente es la incorporación progresiva de la autotoma de pruebas de Virus del Papiloma Humano (VPH). Esta estrategia tecnológica descentralizada permite mitigar de manera directa las principales barreras identificadas: reduce el pudor asociado a la exposición ginecológica y supera la distancia geográfica al trasladar la toma de muestra al ámbito comunitario o domiciliario (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2024).

Limitaciones de la revisión

Finalmente, es necesario reconocer ciertas limitaciones metodológicas del presente estudio. En primer lugar, se observa una marcada heterogeneidad en las metodologías de los estudios cualitativos revisados, lo que dificulta la estandarización de las categorías de análisis subjetivo. En segundo lugar, existe una notable escasez de literatura específica descentralizada a nivel de provincias altoandinas alejadas de la capital regional de Puno, lo que sugiere la necesidad de impulsar futuras investigaciones empíricas de corte local que capturen las particularidades microregionales de esta problemática.

CONCLUSIONES

El análisis de la evidencia revela que el fracaso parcial de las estrategias preventivas del cáncer de cuello uterino en la región Puno no responde a una supuesta resistencia individual o apatía de la mujer rural frente a su salud. Por el contrario, la baja adherencia al tamizaje es la consecuencia directa de un profundo desencuentro estructural entre la oferta institucional centralizada y los complejos determinantes socioculturales de la población altoandina. La persistencia de barreras de género, el pudor ante el examen clínico, el monolingüismo y las brechas organizacionales —como la alta rotación de personal, la deficiente infraestructura y la rigidez de los protocolos— configuran un escenario de exclusión que aleja a las usuarias de los puestos de salud.

Frente a esta realidad, se requiere rediseñar de manera integral las intervenciones de tamizaje oncológico en el ámbito rural. Esto demanda implementar políticas

sanitarias que garanticen una real pertinencia lingüística en quechua y aimara, la adecuación de horarios de atención flexibles y el fortalecimiento operativo del primer nivel de atención mediante el respaldo al personal de enfermería. Asimismo, resulta imperativo adoptar tecnologías innovadoras como la autotoma de pruebas de Virus del Papiloma Humano (VPH). Esta estrategia no solo mitiga el impacto de las barreras geográficas y del pudor ginecológico, sino que empodera activamente a las mujeres rurales, promoviendo un acceso a la salud con equidad, dignidad y respeto a la interculturalidad altoandina.

REFERENCIAS

Aragon, M., & Ticona, E. (2022). Cosmovisión andina y barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva en mujeres de comunidades de Puno. *Salud Colectiva,* 18, e3890. https://doi.org/10.18294/sc.2022.3890

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology,* 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Colegio de Obstetras del Perú. (2017). *Guía técnica de prevención y control de cáncer de cuello uterino. Ministerio de Salud del Perú*. https://colegiodeobstetras.pe/wp-content/uploads/2022/11/R.M.No440-2017MINSA-GUIA-TECNICA-DE-CANCER-DE-CUELLO-UTERINO.pdf

Day, S., Morales, J., & Huamán, M. (2020). Metodología de revisiones narrativas y sistemáticas en salud pública: Criterios de selección y sesgos comunes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e112. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.112

Gallegos-López, J., Ramos, M., & Quispe, L. (2021). Factores socioculturales y género en la prevención del cáncer de cuello uterino en zonas rurales altoandinas. *Revista Peruana de Investigación en Salud,* 5(3), 142–150. https://doi.org/10.18259/repis.2021.503

Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal,* 26(2), 91–108. https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x

Guardia, K., Sotomayor, R., & Mendoza, J. (2025). Articulación entre la medicina

tradicional y el primer nivel de atención en regiones del sur andino del Perú. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(1), e00051224. https://doi.org/10.1590/0102-311XEN051224

Huamán, C., & Vilca, L. (2024). Desencuentros entre el modelo biomédico y la salud intercultural en zonas altoandinas del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 41(2), 180–187. https://doi.org/10.35663/amp.2024.412.2740

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

Ministerio de Salud del Perú. (2024). *Análisis de brechas de infraestructura y recursos humanos en el primer nivel de atención de la región Puno.* MINSA. https://www.gob.pe/minsa

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Estrategias de autotoma para la prevención del cáncer de cuello uterino en poblaciones rurales y vulnerables de América Latina.* OPS. https://iris.paho.org/handle/10665.2/59102

Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Barreras de acceso a servicios de salud y percepciones sobre el tamizaje en la región de Puno, Perú.* OPS. https://iris.paho.org/items/8250e2e1-882b-4c7c-8498-900bdd172bb3

Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Lineamientos metodológicos para la investigación cualitativa y mixta en salud intercultural.* OPS. https://iris.paho.org/handle/10665.2/58912

Quispe-Ccasa, H., Mamani, J., & Flores, M. (2023). Desafíos del personal de enfermería en el primer nivel de atención rural en contextos andinos. *Investigación y Educación en Enfermería*, 41(3), e12. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n3e12

Racchumí, V., & Mejía, C. R. (2023). Prevalencia y factores asociados al tamizaje preventivo del cáncer cervical en una región de Perú. *Medwave,* 23(8), e2709. https://doi.org/10.5867/medwave.2023.08.2709

Torres-Salinas, D., Delgado-López-Cózar, E., & Ruiz-Pérez, R. (2021). Enfoques críticos en las revisiones de literatura científica: Del análisis bibliométrico a

la síntesis narrativa. *Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales,* 15(2), 145–160.

Valdivia-Fernández, C., Rojas, P., & Hinojosa, A. (2023). Estigma, miedo y rechazo al tamizaje cervical en mujeres quechuahablantes y aymarahablantes. *Investigación y Educación en Enfermería,* 41(2), e08. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n2e08

Yabar, A., & Cáceres, D. (2018). Barreras para la no aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou) en mujeres en edad fértil de una zona rural de Perú. *Ecancermedicalscience*, 12, 901. https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.901

Zavaleta, A., Cárdenas, M., & Huertas, E. (2022). Barreras organizacionales y logísticas en los programas de tamizaje oncológico en zonas rurales del Perú. *Revista de Salud Pública y Gestión Sanitaria,* 3(2), 85–94.