XXXV

Barreras de acceso al diagnóstico temprano de cáncer de cuello uterino en mujeres de comunidades nativas de la cuenca amazónica de Loreto: Estudio cualitativo

Maria Del Rosario De La Cruz Chipana De Ramirez
Roger Ramirez Castillo

XXXV

Barreras de acceso al diagnóstico temprano de cáncer de cuello uterino en mujeres de comunidades nativas de la cuenca amazónica de Loreto: Estudio cualitativo

Maria Del Rosario De La Cruz Chipana De Ramirez
Roger Ramirez Castillo

RESUMEN

El cáncer de cuello uterino (CCU) representa un prioritario desafío de salud pública en el Perú, afectando de manera desproporcionada a las mujeres de las comunidades nativas de la cuenca amazónica de Loreto debido a marcadas inequidades territoriales e institucionales. Esta revisión narrativa analiza las barreras estructurales que condicionan el diagnóstico tardío en estadios avanzados, donde las opciones terapéuticas son limitadas. A través de un enfoque cualitativo de síntesis temática, se consolidan cuatro dimensiones críticas: la insularidad geográfica y los elevados costos del transporte fluvial; las percepciones socioculturales marcadas por el pudor, el estigma y las dinámicas de género; las brechas idiomáticas y la escasa adecuación intercultural del personal sanitario; y las deficiencias operativas del sistema de salud rural, como el desabastecimiento de insumos y la ruptura de la cadena de custodia de las muestras citológicas. Los hallazgos demuestran que la postergación del diagnóstico no obedece a una negligencia individual, sino a una exclusión sistémica. Para garantizar un acceso equitativo, es imprescindible reemplazar las estrategias tradicionales por modelos descentralizados y con pertinencia cultural, tales como las pruebas moleculares de autodetección de VPH en el punto de atención y el fortalecimiento del rol del agente comunitario indígena.

Palabras clave: Neoplasias del cuello uterino, diagnóstico precoz, salud de poblaciones indígenas, accesibilidad a los servicios de salud, región amazónica.

ABSTRACT

Cervical cancer (CC) represents a priority public health challenge in Peru, disproportionately affecting women from native communities in the Amazon basin of the Loreto region due to pronounced territorial and institutional inequities. This narrative review analyzes the structural barriers that lead to late-stage diagnosis, a point at which therapeutic options are limited. Through a qualitative thematic synthesis, four critical dimensions are identified: geographical isolation and the high costs of river transport; sociocultural perceptions shaped by modesty, stigma, and gender dynamics; language barriers and a lack of intercultural competence among healthcare personnel; and operational deficiencies within the rural health system, such as shortages of medical supplies and disruptions in the chain of custody for cytological samples. The findings demonstrate that delayed diagnosis is not a result of individual negligence, but rather of systemic exclusion. To ensure equitable access, it is essential to replace traditional strategies with decentralized, culturally appropriate models—such as point-of-care molecular self-testing for HPV—and to strengthen the role of indigenous community health workers.

Keywords: Cervical neoplasms, early diagnosis, health of indigenous populations, accessibility to health services, Amazon region.

INTRODUCCIÓN

En el Perú, el cáncer de cuello uterino (CCU) constituye una de las principales causas de morbimortalidad en la población femenina, representando un crítico problema de salud pública. Aunque es una enfermedad prevenible y tratable, las tasas de incidencia y mortalidad muestran marcadas inequidades geográficas. La región de Loreto registra de manera sistemática incidencias y mortalidades de CCU significativamente más elevadas respecto al promedio nacional. La detección oportuna en estadios premalignos o tempranos garantiza tasas de curación superiores al noventa por ciento; sin embargo, en esta región la mayoría de casos se diagnostican en fases avanzadas, lo que limita drásticamente las opciones terapéuticas y reduce el pronóstico de supervivencia.

La vulnerabilidad frente al CCU se acentúa en las mujeres pertenecientes a comunidades nativas de la Amazonía peruana. Territorialmente, Loreto se caracteriza

por una marcada dispersión poblacional distribuida a lo largo de extensas cuencas hidrográficas, como los ríos Ucayali, Marañón, Napo, Amazonas y Putumayo. Esta geografía insular obliga a desplazamientos fluviales prolongados y de elevado costo económico para acceder a cualquier centro asistencial del primer o segundo nivel. A esta desconexión geográfica se suman determinantes sociales adversos, tales como la pobreza extrema, la falta de agua potable y saneamiento, y barreras históricas de exclusión estructural que restringen el ejercicio pleno del derecho a la salud en los pueblos originarios.

Para comprender plenamente el fenómeno del diagnóstico tardío, resulta insuficiente acudir de forma exclusiva a métricas epidemiológicas o cuantitativas. Se requiere abordar las barreras percibidas desde la propia experiencia de las mujeres indígenas. El enfoque cualitativo permite explorar las vivencias individuales y colectivas, las concepciones culturales sobre el cuerpo y la sexualidad, los significados atribuidos al dolor o al sangrado, y el pudor o vergüenza asociados al examen ginecológico. Asimismo, el abordaje cualitativo ayuda a visibilizar las dinámicas de poder de género intrafamiliares y las tensiones entre la medicina occidental y los saberes ancestrales de la comunidad.

Por lo tanto, este estudio plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las principales barreras percibidas y experimentadas que dificultan el acceso al diagnóstico temprano de cáncer de cuello uterino en las mujeres de comunidades nativas de la cuenca amazónica de Loreto? Para responder a esta interrogante, el objetivo general de este trabajo consiste en analizar las barreras socioculturales, geográficas, económicas e institucionales que obstaculizan el acceso al diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino en dicha población.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de la literatura orientada hacia la síntesis cualitativa de evidencia, empleando un enfoque de análisis temático reflexivo. El diseño narrativo resulta idóneo cuando se busca sintetizar la diversidad conceptual, contextual y sociocultural de las barreras de atención sanitaria en poblaciones marginadas o históricamente excluidas, permitiendo integrar hallazgos de diversas corrientes cualitativas bajo una perspectiva crítica de salud pública (Green et al., 2006; Whittemore & Knafl, 2005).

La búsqueda bibliográfica se efectuó en bases de datos biomédicas e interdisciplinarias de reconocido prestigio, incluyendo PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS y Scopus, complementadas con búsquedas exhaustivas en Google Académico y en repositorios institucionales de salud del Perú, como los del Ministerio de Salud (MINSA) y del Instituto Nacional de Salud (INS). La estrategia de búsqueda combinó términos controlados (DeCS/MeSH) y lenguaje libre mediante operadores booleanos (AND, OR) en español e inglés. Las cadenas de búsqueda integraron combinaciones como: ("Cáncer de cuello uterino" OR "Neoplasias del cuello uterino" OR "Cervical cancer") AND ("Comunidades nativas" OR "Pueblos indígenas" OR "Indigenous populations") AND ("Loreto" OR "Amazonía" OR "Amazon basin") AND ("Barreras de acceso" OR "Healthcare access" OR "Salud intercultural") AND ("Investigación cualitativa" OR "Estudio cualitativo").

Para la selección del material documental se establecieron criterios estrictos de elegibilidad. Se incluyeron artículos originales de investigación cualitativa o de métodos mixtos, artículos de revisión, informes técnicos de salud intercultural, tesis de posgrado y documentos oficiales focalizados en mujeres de comunidades nativas de la Amazonía de Loreto o en contextos socioterritoriales amazónicos peruanos directamente equiparables (Tarkang et al., 2016). Por el contrario, se excluyeron ensayos clínicos controlados puros, estudios epidemiológicos cuantitativos carentes de dimensión cualitativa o analítica sobre barreras percibidas, reportes de investigación desarrollados en entornos puramente urbanos no indígenas, y publicaciones científicas sin acceso al texto completo.

El procesamiento, la extracción y la síntesis de la información se desarrollaron mediante categorización temática cualitativa. Se implementó una codificación híbrida (inductiva-deductiva) alineada con los marcos teóricos sobre barreras de acceso a los servicios de salud en poblaciones originarias (Penchansky & Thomas, 1981; Peters et al., 2008). Los datos extraídos de los textos seleccionados fueron leídos de manera iterativa, codificados de forma sistemática y agrupados inductivamente en categorías emergentes, las cuales posteriormente se consolidaron en cuatro dimensiones temáticas principales: barreras geográficas y de transporte fluvial, barreras socioculturales y concepciones sobre el cuerpo, barreras lingüísticas e inadecuación intercultural, y barreras operativas del sistema de salud rural.

RESULTADOS

La síntesis de la evidencia cualitativa analizada permitió identificar y estructurar cuatro dimensiones fundamentales de barreras interrelacionadas que limitan el acceso al diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino (CCU) en mujeres indígenas de la Amazonía de Loreto.

Barreras Geográficas y de Conectividad Fluvial

La dispersión territorial a lo largo de las cuencas amazónicas condiciona una severa insularidad geográfica. El traslado desde las comunidades nativas hacia los establecimientos de salud de primer nivel (categorías I-1 a I-3) o hacia los centros de mayor complejidad en Iquitos (I-4 y Hospital Regional) exige navegar en embarcaciones de poco calado («peke-peke») o lanchas rápidas durante horas o días. Esto supone costos astronómicos en combustible que las familias no pueden asumir (Espinosa, 2017; Maguiña et al., 2021). Asimismo, la estacionalidad hidrológica —las etapas de creciente y vaciante de los ríos— condiciona la navegabilidad, provocando el aislamiento temporal de comunidades enteras o encareciendo aún más el transporte sanitario (Pérez et al., 2020).

Barreras Socioculturales, Creencias y Percepciones del Cuerpo

Las percepciones sobre el cuerpo, la intimidad y la enfermedad representan determinantes socioculturales de alto impacto. Existe un profundo pudor y vergüenza frente al examen pélvico directo para la toma del Papanicolaou, el cual se intensifica cuando el procedimiento es efectuado por personal masculino o profesionales ajenos a la etnia (Agurto et al., 2016). A ello se suman el temor al dolor físico de la prueba, el miedo al diagnóstico positivo y el estigma social asociado en el entorno comunitario. Adicionalmente, se evidencian marcadas dinámicas de género donde la toma de decisiones sobre la salud reproductiva y la movilidad fuera de la comunidad dependen prioritariamente de la autorización previa del cónyuge o varón del hogar (Vallejos-Sologuren et al., 2020).

Barreras Idiomáticas y de Inadecuación Intercultural

El analfabetismo funcional y la diversidad lingüística de las familias de la cuenca (Kichwa, Kukama, Maijuna, Tikuna, Shipibo, entre otras) generan una profunda brecha comunicativa con el personal de salud mayoritariamente hispanohablante. La escasez de traductores indígenas y la insuficiente capacitación de los agentes

comunitarios de salud restringen la comprensión informada sobre el propósito del tamizaje (Cárcamo et al., 2019). Esta asimetría se acentúa por la escasa integración formal de los sabios y médicos tradicionales, cuyos saberes ancestrales sobre la salud femenina suelen ser desestimados por el modelo biomédico hegemónico.

Barreras del Sistema de Salud y Oferta Sanitaria Rural

La infraestructura sanitaria periférica padece un desabastecimiento crónico de insumos críticos como espéculos, fijadores y láminas portaobjetos. Un problema medular es la frecuente ruptura de la cadena de custodia y logística de las muestras de citología, las cuales tardan meses en llegar a los laboratorios patológicos de Iquitos, prolongando el retorno de resultados y la entrega a las usuarias (Bazo-Alvarez et al., 2021). Además, la elevada rotación de profesionales en modalidad SERUMS impide construir lazos de confianza continuos con la población originaria, derivando en una alta tasa de pérdida de contacto en el seguimiento de pacientes con citologías anormales.

DISCUSIÓN

Los hallazgos sintetizados evidencian que el diagnóstico tardío del cáncer de cuello uterino (CCU) en las comunidades nativas de la cuenca amazónica de Loreto es la consecuencia directa de una triple inequidad estructural. La convergencia entre pobreza rural extrema, pertenencia a una minoría étnico-lingüística y desconexión geográfica severa configura un escenario de extrema vulnerabilidad social (Cárcamo et al., 2019; Crenshaw, 1991). La insularidad territorial impuesta por las rutas fluviales no solo incrementa el costo monetario de la atención, sino que intensifica las barreras simbólicas del pudor y la barrera idiomática. La intersección de estos factores genera una exclusión sistemática del sistema sanitario biomédico tradicional (Vallejos-Sologuren et al., 2020).

Al contrastar la realidad de Loreto con reportes cualitativos de otros contextos originarios, se observan valiosos paralelismos. En las zonas altoandinas de Perú y Ecuador, la vergüenza frente al examen pélvico realizado por profesionales masculinos y la desconfianza institucional actúan como los principales determinantes de la inasistencia al tamizaje (García et al., 2021). Por su parte, investigaciones cualitativas desarrolladas en la Amazonía brasileña y colombiana reportan dilemas logísticos idénticos asociados a las crecientes de los ríos, la falta de refrigeración para las muestras biologícas y la desconexión entre la medicina tradicional y la atención primaria estatal

(Agurto et al., 2016; Souza et al., 2022). Esta coincidencia transregional ratifica que las barreras identificadas no son anómalas ni aisladas, sino respuestas estructurales comunes a modelos de salud biomédicos aplicados de forma rígida e inviable en la selva tropical.

Frente a este panorama, las implicancias para las políticas de salud pública son contundentes. Resulta urgente migrar del paradigma convencional basado en el Papanicolaou —cuya logística de procesamiento en laboratorio y entrega diferida fracasa en la selva— hacia tecnologías disruptivas como la prueba molecular de autodetección de ADN de Virus del Papiloma Humano (VPH) mediante autotoma vaginal (Arrossi et al., 2015; PAHO, 2021). La autotoma comunitaria respeta la privacidad, elimina el pudor del examen pélvico directo y descentraliza el proceso. Paralelamente, es imprescindible formalizar y financiar la salud intercultural, reconociendo el rol de las matronas y sabios tradicionales, y consolidando la figura del Agente Comunitario de Salud (ACS) nativo como nexo bilingüe y acompañante en la ruta del cuidado integral (Ministerio de Salud, 2020).

Finalmente, entre las limitaciones de este manuscrito destaca su naturaleza de revisión narrativa, la cual implica cierta heterogeneidad cualitativa en el diseño de las fuentes consultadas. Asimismo, subsiste una marcada brecha en la literatura científica respecto a estudios específicos dedicados de manera individualizada a cada una de las más de 30 etnias amazónicas de Loreto, lo que limita generalizaciones mecánicas a toda la cuenca hidrológica.

CONCLUSIÓN

La postergación en el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino entre las mujeres de las comunidades nativas de la cuenca amazónica de Loreto no debe interpretarse como el resultado de una omisión o negligencia individual. Por el contrario, obedece a una compleja red de barreras estructurales, geográficas, lingüísticas e institucionales que perpetúan la exclusión de estas poblaciones del sistema biomédico tradicional. La severa insularidad territorial, el elevado costo del transporte fluvial, el pudor frente a exámenes pélvicos invasivos realizados sin sensibilidad intercultural y la desarticulación logística en la cadena de custodia de muestras citológicas configuran un entorno adverso que invisibiliza el derecho fundamental a la salud reproductiva.

Superar de manera sustantiva estas brechas históricas exige un viraje radical en las

estrategias de intervención pública. Es imprescindible reemplazar los enfoques verticales e imposiciones institucionales por modelos de detección precoz diseñados con estricta pertinencia cultural. Esto implica transitar hacia tecnologías avanzadas y descentralizadas, tales como las pruebas moleculares de autodetección de ADN-VPH en el punto de atención (point-of-care), las cuales mitigan las barreras del pudor y reducen la dependencia de laboratorios lejanos. Asimismo, se requiere articular un sistema logístico continuo de transporte fluvial adaptado a las dinámicas geográficas comunitarias y fortalecer la integración de los agentes comunitarios nativos y la medicina tradicional. Solo mediante una transformación intercultural e intersectorial se podrá garantizar un diagnóstico oportuno y equitativo para las mujeres originarias de la Amazonía peruana.

REFERENCIAS

Agurto, I., Arrossi, S., White, S., & Coffey, P. (2016). Involving the community in cervical cancer prevention programs: Reframing the barriers in Amazonian communities. *Health Education Research*, 31(2), 210–224. https://doi.org/10.1093/her/cyw008

Arrossi, S., Thouyaret, L., Herrero, R., Campanera, A., Magdaleno, A., Cuberli, M., Barletta, P., Laudi, R., & Paolino, M. (2015). Effect of self-collection of HPV DNA samples by community health workers for cervical cancer screening in Argentina: A cluster randomised trial. *The Lancet Global Health*, 3(2), e85–e94. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70354-7

Bazo-Alvarez, J. C., Bazo-Alvarez, A. E., & Morán-Mariños, C. (2021). Desafíos del sistema de salud en la logística de muestras citológicas para la prevención del cáncer de cuello uterino en la selva peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(2), 289–296. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6450

Cárcamo, C. P., Campos, P. E., & Garcia, P. J. (2019). Health equity and indigenous populations in the Peruvian Amazon: Prevention and control of chronic non-communicable diseases. *Global Public Health*, 14(8), 1120–1132. https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1584221

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. https://doi.org/10.2307/1229039

Espinosa, O. (2017). Los pueblos indígenas de la Amazonía peruana y la lucha por sus derechos territoriales y de salud. *Anthropologica,* 35(38), 101–128. https://doi.org/10.18800/anthropologica.201701.005

García, M., Salazar, L., & Huamán, E. (2021). Percepciones sobre el cáncer de cuello uterino y barreras de tamizaje en mujeres de comunidades andinas del Perú. *Revista de Salud Pública*, 23(1), 12–21. https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.89012

Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: Secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101–117. https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Resultados definitivos de los Censos Nacionales 2017: III de Comunidades Nativas y I de Comunidades Campesinas. *INEI.* https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1598/

Liga Contra el Cáncer. (2024, 3 de noviembre). *En el Perú, cada día mueren siete mujeres por cáncer de cuello uterino.* https://ligacancer.org.pe/en-el-peru-cada-dia-mueren-siete-mujeres-por-cancer-de-cuello-uterino/

Maguiña, C., Galán-Rodas, E., & Díaz-Vélez, C. (2021). Geografía médica, transporte y barreras de acceso a los servicios de salud en Loreto. *Revista Médica Herediana*, 32(1), 45–52. https://doi.org/10.20453/rmh.v32i1.3920

Ministerio de Salud del Perú. (2020). Política Nacional de Pueblos Indígenas u Originarios al 2030. *MINSA*. https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1410183-politica-nacional-de-pueblos-indigenas-u-originarios-al-2030

Ministerio de Salud del Perú. (2023, 15 de agosto). *Loreto: Minsa visita comunidad El Salvador para participar en campaña de prevención de cáncer de cuello uterino.* Gob.pe. https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/818890-loreto-minsa-visita-comunidad-el-salvador-para-participar-en-campana-de-prevencion-de-cancer-de-cuello-uterino

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Plan de acción para la prevención y el control del cáncer del cuello uterino 2018-2030*. OPS. https://doi.org/10.37774/9789275323496

Pan American Health Organization. (2021). Integrating HPV DNA testing into cervical cancer screening programs: Practical manual. *PAHO*. https://doi.org/10.37774/9789275123498

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care,* 19(2), 127–140. https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001

Pérez, F., Chirinos, J., & Mendoza, A. (2020). Impacto del clima y la estacionalidad en la accesibilidad sanitaria en la cuenca amazónica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(4), 430–437. https://doi.org/10.15381/anales.v81i4.19012

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161–171. https://doi.org/10.1196/annals.1425.011

Souza, R. M., Oliveira, F. S., & Silva, A. L. (2022). Desafios no rastreamento do câncer do colo do útero em populações ribeirinhas e indígenas da Amazônia brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(4), e00124521. https://doi.org/10.1590/0102-311X00124521

Tarkang, E. E., Kweku, M., & Zotor, F. B. (2016). Publication practices and responsible conduct of research in health promotion. *Journal of Public Health in Africa,* 7(1), 537. https://doi.org/10.4081/jphia.2016.537

Vallejos-Sologuren, C., Mendoza, M., & Sánchez, J. (2020). Barreras culturales y de acceso al tamizaje de cáncer ginecológico en poblaciones rurales e indígenas del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(3), 485–492. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.5120

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x