



CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COMUNIDADES RURALES DE AYACUCHO

CERVICAL UTERINE CANCER IN THE COVID-19 PANDEMIC IN RURAL COMMUNITIES OF AYACUCHO

Lucy Orellana de Piscocya ^{1,a}

RESUMEN

Introducción: Debido a la pandemia de COVID-19, las mujeres rurales en situación de vulnerabilidad enfrentaron desafíos importantes. **Objetivo:** Explorar la situación del cáncer cervicouterino durante la pandemia desde una perspectiva intercultural entre las mujeres rurales de Ayacucho en el año 2021. **Métodos:** Investigación de métodos mixtos con un diseño de triangulación concurrente. Muestra: Proveedores de atención médica y mujeres rurales. Muestreo intencional y razonado. Técnicas: Encuestas, entrevistas en profundidad. Análisis de datos: Sistematización de datos utilizando Excel, SPSS para datos cuantitativos y Atlas.ti para datos cualitativos. Nivel de validez y confianza: triangulación. **Resultados:** El contraste de la información de encuestas y entrevistas reveló que el problema podría tener soluciones alternativas dentro del conocimiento de las mismas comunidades. **Conclusión:** Las mujeres reportaron falta de conciencia, información insuficiente en quechua y subvaloración de sus conocimientos tradicionales. El miedo y la preocupación por el contagio las disuadieron de buscar servicios de salud. Los servicios se redujeron, redireccionaron o descontinuaron, a menudo debido a limitaciones presupuestarias.

Palabras clave: Cáncer cérvico-uterino; Pandemia; Mujeres rurales. (Fuente: DeCS- BIREME)

ABSTRACT

Introduction: Due to the COVID-19 pandemic, vulnerable rural women faced significant challenges. **Objective:** To explore the situation of cervical cancer during the pandemic from an intercultural perspective among rural women in Ayacucho in 2021. **Methods:** Mixed-method research with a concurrent triangulation design. Sample: Healthcare providers and rural women. Purposeful and reasoned sampling. Techniques: Surveys, in-depth interviews. Data analysis: Data systematization using Excel, SPSS for quantitative data, and Atlas.ti for qualitative data. Level of validity and confidence: triangulation. **Results:** Information from surveys and interviews was contrasted, revealing that the problem may have alternative solutions within the knowledge of the same communities. **Conclusion:** Women reported lack of awareness, insufficient information in the Quechua language, and undervaluation of their traditional knowledge. Fear and contagion concerns prevented them from seeking healthcare services. Services were reduced, redirected, or discontinued, often due to budget constraints.

Keywords: Uterine cancer; Pandemic; Rural Females. (Source: MESH-NLM)

¹ Universidad Nacional San Cristóbal de huamanga, Ayauccho. Lima, Perú.

^a Doctora en salud pública.

Citar como: Orellana de Piscocya L. Cáncer cervicouterino en el contexto de la pandemia de Covid-19 en comunidades rurales de Ayacucho. Rev Fac Med Hum. 2024;24(3):36-44. [doi 10.25176/RFMH.v24i3.6488](https://doi.org/10.25176/RFMH.v24i3.6488)

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe





INTRODUCCIÓN

Como resultado de la pandemia de COVID-19, el sistema de salud experimentó una crisis que impactó a la sociedad, especialmente a las mujeres rurales de sectores vulnerables^(1,2). Los actores sociales y los roles que desempeñan se configuran e interactúan en función del acceso y la equidad disponibles. En el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19, la escasez de recursos materiales y humanos en los servicios de salud evidenció la desigualdad; como consecuencia, la atención a pacientes con cáncer se descuidó, dando lugar a un escenario subyacente con una alta tasa de mortalidad⁽³⁾. De esta manera, la demanda en la atención primaria priorizó los casos de COVID-19 y dejó de lado otras enfermedades como el cáncer⁽⁴⁾. Es así como cobra importancia la relación entre los diversos elementos del problema, contextualizando la realidad donde el derecho a la salud se vio críticamente afectado en medio de una pandemia.

La investigación ha evaluado la adaptación de los protocolos oncológicos en la pandemia y ha analizado cómo afectó a los pacientes en diferentes fases⁽⁵⁾. Por ejemplo, para el manejo del cáncer de vejiga, se implementaron protocolos de tratamiento ajustados al riesgo oncológico y la fase de la pandemia⁽⁶⁾. También se identificaron algoritmos para el manejo del cáncer de riñón según el estadio oncológico⁽⁷⁾. Cabe señalar que el cáncer cervicouterino es una enfermedad global y su prevalencia aumentó durante el 2020, en el punto álgido de la pandemia; además, se constató que en el Perú la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer ocupa el cuarto lugar⁽⁸⁾. Por ello, y por la experiencia de pandemias anteriores, se sugirió actuar con rapidez y estudiarlas⁽⁹⁾.

El presente estudio tuvo como objetivo explorar la situación del cáncer cervicouterino en mujeres rurales durante la pandemia por COVID-19 desde un enfoque intercultural. Es necesario realizar estudios sobre mujeres del sector rural que contribuyan a la actualización de políticas que consideren los enfoques de género, equidad y etnia dentro de un marco de derechos humanos, con el propósito de promover la igualdad.

MÉTODOS

Diseño y Área de Estudio

Esta investigación empleó un enfoque de métodos

mixtos, basado en un diseño de triangulación concurrente. El estudio se llevó a cabo en Luyanta Hualpa, Socos, una provincia del Departamento de Ayacucho, en Lima - Perú, centrándose en la recolección de datos tanto cualitativos como cuantitativos. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y encuestas para explorar la población objetivo, y la recolección y el análisis de datos se realizaron simultáneamente⁽¹⁰⁾.

Población y Muestra

La muestra estuvo conformada por 12 mujeres rurales y 4 proveedores de atención médica del área de estudio. Se utilizó un método de muestreo no probabilístico por conveniencia para el análisis cuantitativo, mientras que se aplicó una estrategia de muestreo intencional para el análisis cualitativo⁽¹⁰⁾.

Variables e Instrumentos

La investigación utilizó una variedad de instrumentos para la recolección de datos, incluyendo encuestas y guías de entrevistas semiestructuradas. Se recolectaron datos cuantitativos para capturar información demográfica y de utilización de servicios, mientras que los datos cualitativos se dirigieron a comprender las experiencias personales y las percepciones relacionadas con el cáncer cervicouterino durante la pandemia de COVID-19.

Procedimientos

Para el componente cuantitativo, los datos se procesaron utilizando el software estadístico SPSS, con un análisis descriptivo para explorar las características de la muestra. El análisis cualitativo involucró procedimientos sistemáticos como la organización de datos, lectura iterativa, codificación y el uso de técnicas tradicionales junto con el software Atlas.ti. Posteriormente, los hallazgos de los análisis cualitativo y cuantitativo se triangularon para mejorar la confiabilidad del estudio y proporcionar una comprensión integral del problema de investigación.

Análisis Estadístico

El análisis de datos cuantitativos se realizó utilizando estadística descriptiva en SPSS para resumir las características de la muestra. Los datos cualitativos se analizaron mediante codificación y análisis temático utilizando Atlas.ti. Se empleó el método de triangulación concurrente para integrar y comparar los resultados de ambos conjuntos de datos, asegurando





una interpretación sólida y matizada de los hallazgos.

Consideraciones Éticas

Se obtuvo la aprobación ética antes del inicio del estudio y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes. Se mantuvo la confidencialidad y el anonimato durante todo el proceso de investigación, y el estudio se adhirió a los estándares éticos de acuerdo con las pautas y regulaciones pertinentes.

RESULTADOS

Resultados Cuantitativos

Se realizaron entrevistas a un total de 16 participantes: 4

trabajadores de servicios de salud y 12 mujeres residentes en zonas rurales de Ayacucho. De estas mujeres, 6 eran de Luyanta, 3 de Huambalpa, 2 de VilcasHuamán y 1 de Socos. En cuanto al estado civil, 3 vivían en pareja y las demás estaban casadas. Respecto a la educación, 2 mujeres no tenían estudios, 4 tenían primaria incompleta y 6 tenían secundaria incompleta. La mayoría de las mujeres encuestadas se dedica a las labores del hogar, a excepción de dos que son comerciantes.

Las participantes indicaron tener hijos/as, una tiene 7 hijos, dos tienen 3 hijos, otras 2 tienen 5 hijos, 3 tienen 6 hijos y 4 tienen 4 hijos. Todas tienen el quechua como lengua materna.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres rurales.

Variable sociodemográfica	F	%
25 – 62 años	12	100%
Origen		
Huambalpa	3	25%
Vilcas Huamán	2	16,67%
Socos	1	8,33%
Luyanta	6	50%
Estado civil		
Cohabitante	3	25%
Casado/a	9	75%
Ocupación		
Ama de casa	10	83,33%
Distribuidor	2	16,67%
Nº niños		
7 niños	1	8,33%
3 niños	2	16,67%
5 niños	2	16,67%
6 niños	3	25%
4 niños	4	33,33%
Lenguas		
Quechua	12	100%

La tabla resalta que durante la pandemia en las comunidades rurales, el 83% de las mujeres que presentaron inflamación no recibieron tratamiento médico, el 67% no recibieron información sobre

Papanicolau (citologías vaginales), y el 83% no pudieron acceder a los servicios de manera adecuada debido a que no se hablaba quechua.

Tabla 2. Servicios de salud que ofrecen prevención del cáncer cervicouterino a mujeres rurales (Contexto de pandemia - Enfoque intercultural)

Descripción de interrogantes	SI	NO	A VECES
Durante la pandemia, ¿tuvieron las mujeres dolor e inflamación en la parte inferior del abdomen? ¿Fueron atendidas en el puesto de salud?		10 83%	02 17%
¿Las mujeres de su comunidad han escuchado charlas e información sobre el Papanicolaou por parte del personal del puesto de salud durante la pandemia?	-	08 67%	04 33%
Cuando va al puesto de salud, ¿lo atienden bien, hablando quechua, respetan sus costumbres?	-	10 83%	02 17%
Durante la pandemia, ¿el personal del puesto de salud lo visitó en su casa?	-	11 92%	01 8%
Durante la pandemia, ¿fue al puesto de salud o tuvo miedo de contagiarse?	-	11 92%	01 8%
¿Se cura usted con hierbas u otros remedios caseros cuando tiene algún problema en su cuerpo o útero?	08 67%	-	04 33%
¿Tenías mascarilla para ir a la oficina de correos?	-	02 17%	10 83%
Durante la pandemia, ¿buscaste al curandero o herbolario para curarte de alguna enfermedad en tus partes o dolor en el útero?	08 67%	04 33%	

En cuanto a los 4 participantes encuestados que trabajan en el sector salud, como se puede observar en la Tabla 3, afirman que la oferta de servicios de salud para la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres rurales de Ayacucho no mantiene una buena gestión. Asimismo, 3 de los encuestados fueron

suspendidos durante la emergencia sanitaria y 4 tuvieron limitaciones por falta de Equipo de Protección Personal (EPP). Respecto a la asistencia, los 4 colaboradores reportaron que las mujeres no asistieron debido al miedo al contagio y a la alta demanda de atención y prioridad otorgada a los casos de COVID-19.



Tabla 3. Percepción de los proveedores de salud sobre los servicios de prevención del cáncer cervicouterino en mujeres rurales.

Ítems	SI		NO		A VECES	
Tuvieron normalidad en su gestión.		00%	04	100%		
Fueron suspendidos.	03	75%		-	01	25%
Fueron limitados debido a la falta de equipos de protección personal (EPP).	04	100%		-		
Las mujeres no asistieron por miedo.	04	100%			-	-
Priorización de servicios debido a COVID-19.	04	100%		-		
Capacitación para proveedores de salud para enfrentar la pandemia.	01	75%	03	75%		

ARTÍCULO ORIGINAL

La Tabla 04 describe la capacidad de respuesta de los servicios de salud en las zonas rurales de Ayacucho para la prevención del cáncer de cuello uterino durante la pandemia de COVID-19, donde el 100% de los proveedores de salud informaron que no fue ni oportuna ni segura, y 02 (50%) indicaron que se trasladaron a un segundo plano, priorizando servicios y personal hacia la atención de pacientes con COVID-19. Asimismo, el 100% informó que el primer nivel de

atención se paralizó y hubo una saturación de los servicios de salud debido a los casos de COVID-19, la participación comunitaria fue muy débil o inexistente, se observaron problemas de salud mental en los proveedores de salud, también se evidenció la ausencia de una estrategia de comunicación adecuada y las intervenciones en salud sexual y reproductiva se pospusieron indefinidamente.

Tabla 4. Capacidad de respuesta de los servicios de salud para la prevención del cáncer cervicouterino en la pandemia por COVID-19.

Ítems	SI		NO		A VECES	
Oportuno y adecuado			04	100%		
Pasar a un segundo orden	02	50%			02	50%
Paralizaron la atención en el primer nivel	04	100%				
Saturación de servicios de salud debido a casos de COVID-19	04	100%				
Débil participación comunitaria	04	100%				
Falta de una estrategia de comunicación adecuada	04	100%				

En conclusión, el 100% de los servicios de salud no fueron ni oportunos ni adecuados, y el 50% informó que pasaron a un segundo plano, al igual que hubo una saturación en los servicios de salud. En cuanto a la participación comunitaria, el 100% indicó que la

participación fue débil y que no hubo una estrategia de comunicación adecuada. Resultados cualitativos A continuación, se presentan extractos textuales de las entrevistas realizadas al personal de salud que participó en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva/

Programas de Detección de Cáncer de Cuello Uterino durante la pandemia de COVID-19. Todos ellos refieren que los servicios de salud durante el periodo de la pandemia no fueron seguros y fueron clasificados como lugares de riesgo de contaminación. El entrevistado A comenta que:

[...] Nadie sabía sobre los problemas que los trabajadores de salud tuvieron que enfrentar ante el COVID-19, no sabían qué hacer [...] había mucho miedo, temor, todos los usuarios de la población para nosotros eran portadores del virus, eran situaciones difíciles y en todo este problema, todo lo que no era COVID-19 no se atendía [...] pero no es que no quisiéramos atender, sino que teníamos miedo, la gente moría, morir era muy doloroso [...] (Entrevistado A, personal de salud).

Así, también se observa que una de las razones más fuertes para no atender fue que todos los servicios se priorizaron para brindar atención a los casos de COVID-19 y que la situación de la atención se volvió compleja.

[...] En realidad, los que estamos a cargo de la población, como los puestos y centros de salud, somos los que tuvimos que enfrentar todo el problema de la pandemia de COVID-19, todo el personal estaba obligado a atender a los pacientes infectados, y ni siquiera estábamos capacitados para eso, incluso nos obligaron a transportar a los muertos, y en esas circunstancias nadie le daba importancia a los otros servicios, algunos días cerrábamos porque no había condiciones [...] (Entrevistado B, personal de salud).

Los trabajadores de salud enfatizan que la pandemia generó obstáculos en la atención del cáncer de cuello uterino, vinculados a problemas estructurales en el sistema de salud. Aunque se considera prioritaria la atención primaria, no se pudo implementar efectivamente en la práctica debido a la falta de capacitación y la lenta implementación de protocolos, agravada por la presencia del COVID-19. Por otro lado, las entrevistas con mujeres rurales destacan su participación activa en sus comunidades.

[...] Cuando apareció el contagio, ya no íbamos al puesto, teníamos miedo, los trabajadores también, teníamos dolor, inflamación en el vientre, nos curábamos con hierbas, sahúmas, qué íbamos a hacer, teníamos que aguantar [...] (Mujer rural A).

En esta categoría, las mujeres rurales del estudio informan claramente las razones por las cuales no accedieron a la atención en los servicios de salud, especialmente para el tamizaje de cáncer de cuello uterino, para prevenir dolencias relacionadas con esta enfermedad, o algunas que ya estaban en tratamiento no pudieron continuar.

[...] Ya no iba al puesto, había contagio de COVID-19, estaba cerrado, era obligatorio usar mascarilla, solo nos hablaban de lejos, no escuchaban y no entendíamos nada, no querían acercarse a nosotras... La comunidad tuvo una desgracia, nuestra vecina murió desangrándose por todas partes. Ya tenía más de 60 años, ahora nos dicen que probablemente fue por cáncer de útero... así que fue muy triste, nosotras las mujeres no tuvimos ninguna atención para nuestras enfermedades [...] (Mujer rural B).

El personal de salud, mal informado sobre COVID-19, trató a las mujeres con prácticas inadecuadas, con excesiva distancia, mascarillas que dificultaban la comunicación y barreras idiomáticas. Algunos servicios médicos cerraron, dejando a las mujeres rurales sintiéndose abandonadas e indefensas debido a la pandemia.

[...] Antes de que empezaran los contagios, tenía una herida sangrante tratada por la obstetra, iba todos los lunes, pero después ya no abrieron la puerta, tenía miedo de acercarme a ellos, así que me di por vencida, hasta ahora no me han tratado porque también cambiaron a la obstetra, ella era muy buena [...] (Mujer rural C).

La pandemia reveló que el sector salud no estaba preparado para abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres. El miedo y la falta de preparación llevaron al abandono, y las mujeres fueron una de las poblaciones más afectadas, no solo por el COVID-19, sino también por las consecuencias en la prestación de servicios de salud.

[...] En ese tiempo de contagio, mi hija, que está casada, me decía que le dolía mucho cuando tenía intimidad con su esposo, cada vez era peor, incluso sangraba, pero no podía hacer nada, no había atención, ni siquiera en particular [...] (Mujer rural D).

La pandemia de COVID-19 causó transformaciones muy



significativas en la organización de los servicios de salud, especialmente en las áreas rurales, generando mayor riesgo en poblaciones vulnerables como las mujeres rurales.

[...] Casi no sabemos nada sobre el cáncer de las mujeres, porque no hacen las charlas en quechua, así podríamos entender mejor, cuando hablan en español, solo entendemos algunas cosas, pero también hablan en la charla como si nada de las partes de las mujeres [...] eso no está bien, nos da vergüenza mirar y escuchar cuando nos hablan así [...] (Mujer rural E).

En esta cultura, hay un lenguaje popular sobre el cáncer de cuello uterino.

[...] En la comunidad tenemos otras enfermedades y a veces dicen cáncer, pero puede ser alcanzo, pacha o peor aún ccapiruzcca, en el puesto cuando ya no te pueden curar dicen cáncer, y nos dan remedios que a veces chocan, o te mandan a Lima para que te curen, y no hay dinero, cómo vamos a ir [...] entendemos que el cáncer no tiene cura, si te agarra te mueres, aquí hemos visto morir a varias mujeres con cáncer, cuando está en las finales ya no aguantan el dolor, gritan, lloran y toda la comunidad escucha, incluso los sacan del hospital y solo esperan morir [...] (Mujer rural F).

[...] En nuestra comunidad aún hay curanderos y algunas parteras, ellos saben bien qué plantas pueden tomar y también hacen curas para que el enfermo se sane, pero todos sabemos que si es cáncer, va a morir, a veces invocamos a Dios o a nuestros apus para que se lo lleven sin sufrir mucho, el cuerpo de mi vecina se hinchó, ya no podía orinar y todo se quedaba en su cuerpo, parecía un globo y el dolor no le permitía que ni la sábana o la manta la tocara, sufrió mucho [...] (Mujer rural G).

[...] Dicen que el virus que causa el cáncer lo tienen las mujeres que tienen varios hombres, bueno, son mujeres malas, entonces, cómo van a encontrar el virus, qué pensaría mi suegra, mi propio esposo [...] es triste porque cuántas mujeres tal vez no se libran de eso [...] (Mujer rural H).

Triangulación de concurrencia

La Figura 01 presenta la comparación de resultados obtenidos mediante la investigación mixta. En cuanto a si las mujeres con dolor o inflamación en el abdomen bajo durante la pandemia fueron atendidas en el puesto de salud, se encontró, a través de las encuestas, que más de dos tercios de las mujeres no recibieron atención, mientras que la entrevista proporcionó testimonios que respaldan esta afirmación. Una usuaria mencionó que, debido al miedo al contagio, tanto ellas como los trabajadores de salud evitaban ir al centro de salud y recurrían a remedios caseros. La consistencia entre ambos resultados refuerza la idea de que el acceso a los servicios de salud durante la pandemia fue difícil debido al miedo al contagio. Los datos recolectados muestran una consistencia significativa: más del 80% de las personas encuestadas afirmaron que no recibieron atención en el puesto de salud. Este hallazgo es respaldado por los testimonios de quienes mencionaron que dejaron de asistir al puesto de salud por miedo. Es esencial asegurar que las mujeres reciban una atención adecuada en salud reproductiva y sexual, así como durante el embarazo. Los servicios que las atienden no deben ser interrumpidos, evitando su aislamiento de las instalaciones de salud. Es necesario que las políticas de salud cuenten con acciones efectivas con estrategias para contextos de pandemia, especialmente aquellos que se prolongan por largos periodos de tiempo⁽¹¹⁾, además, la dificultad en el acceso a los servicios de salud podría traducirse en una queja por los casos.

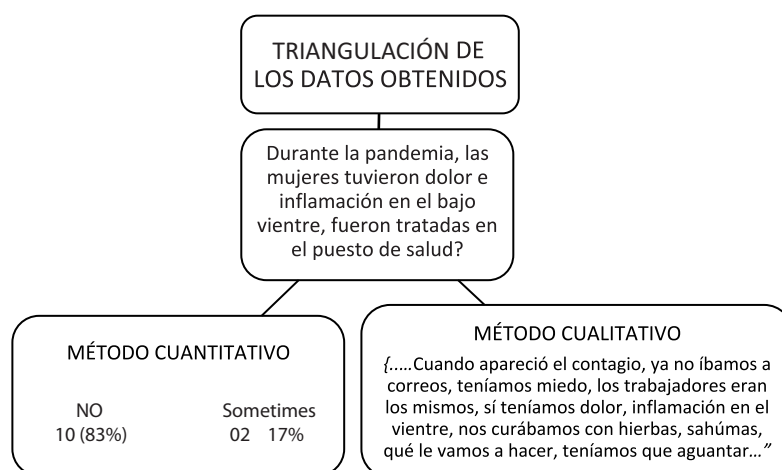


Figura 1. Triangulación de concurrencia entre resultados cuantitativos y cualitativos.



DISCUSIÓN

Está claro que muchas mujeres no tenían conocimiento sobre las formas de prevención del cáncer cervicouterino. La información requerida es básica, y las mujeres exigen recibirla en quechua, su idioma natal y el de sus familias. Demandan que se comprendan y tengan en cuenta sus costumbres al momento de tomar decisiones. Los hallazgos muestran la necesidad de fortalecer la información y educación sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer con un enfoque intercultural⁽¹²⁾. Este enfoque considera los códigos culturales y el uso de la medicina tradicional, cuyos insumos han demostrado propiedades beneficiosas. Además, la falta de formulación de estrategias objeto lo establecido por la Asamblea Mundial de la Salud, que busca combatir y erradicar el cáncer cervicouterino⁽¹³⁾, al no cumplir con las normativas.

Los testimonios muestran que las mujeres pertenecen a la cultura Andino-Amazónica y mantienen vivas las prácticas, costumbres y creencias en torno a la salud. Reconocen enfermedades tratables con la medicina tradicional, del mismo modo que conocen y utilizan la herbolaria y otros insumos propios de la comunidad. Esto demuestra que el sistema de medicina tradicional tiene legitimidad social y sigue vigente. Las mujeres valoran el conocimiento y los servicios de los terapeutas andinos⁽¹⁴⁾. En el caso de las heridas en el cuello uterino, también llamadas cervicitis, se informa que las usuarias se curan con métodos naturales, lo que demuestra que en algunos casos existe complementariedad entre la medicina tradicional y la medicina occidental. Estas situaciones desafían la realización de un análisis sociocultural del proceso salud-enfermedad⁽¹⁵⁾ para

encontrar una valoración mutua y lograr mejores estrategias de intervención sanitaria.

Sin embargo, el aspecto cultural también presenta desventajas en el comportamiento de maridos, parejas y/o cónyuges. Hay actitudes relacionadas con la infidelidad, la inseguridad y la desconfianza de los hombres hacia las mujeres, que reflejan estereotipos machistas y baja autoestima. Esto, sin duda, perjudica la salud de las mujeres rurales, ya que a veces les impide acudir a los servicios de salud, especialmente si se trata de exámenes de las partes genitales⁽¹⁶⁾.

CONCLUSIONES

En conclusión, los resultados sugieren que el cáncer cervicouterino no se abordó de manera óptima durante la pandemia de COVID-19. Esto se debió a diversos factores externos e internos a nivel nacional, lo que agravó el problema subyacente de las muertes por COVID-19. Sin embargo, en las zonas rurales cuentan con estrategias alternativas para enfrentar situaciones como esta; sería óptimo que el personal médico se involucrara más en estos temas para mejorar los conocimientos de la población.

Hay que reconocer que el cáncer cervicouterino es un problema actual en el Perú que necesita mayor atención. Hasta el año 2022, es el problema oncológico con el mayor número de víctimas, con un 47% de casos en fase avanzada, lo que dificulta la cura en menores de 35 años. Además, representa el 54.1% de los nuevos casos de cáncer invasivo. Por lo tanto, se recomienda que futuras investigaciones sean multidisciplinarias y evalúen si el problema está disminuyendo y si los programas médicos en zonas rurales están siendo efectivos.

Contribuciones de autoría: La autora es la creadora de todo el manuscrito.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflictos de intereses: El autor declara no tener conflicto de interés.

Recibido: 23 de Marzo, 2024.

Aprobado: 13 de Junio, 2024.

Correspondencia: Lucy Orellana de Piscocoy.

Dirección: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

Correo electrónico: lucy.orellana@unsch.edu.pe





REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud; 2020. <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
2. Quispe L. Repercusión de la pandemia covid-19 en el acceso a los servicios de salud en la región Huancavelica. [Tesis de doctorado]. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2021.
3. Castro A. Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe; 2020. www.latinamerica.undp.org
4. Meneses G. La atención primaria en servicios de salud urbanos. Diagnóstico. 2022;61(3) Disponible en: <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/386/389>
5. Campuzano-Castellanos M, Flórez MG. Caracterización de marcadores de células madre tumorales en cáncer escamocelular de cavidad oral. Med UIS. 2022;55(1). Disponible en: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23020>
6. Peña O. Recomendaciones sobre el manejo del carcinoma de vejiga en situación de pandemia por Covid-19. Arch Esp Urol. 2020;73(5):374-383. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1016834>
7. Hevia V, Linares-Espinós E, Alonso-Gordoa T, et al. Pandemia Covid-19 y cáncer renal: implicaciones y adaptación para un manejo óptimo de la enfermedad. Arch Esp Urol. 2020;73:360-6. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1016762>
8. Espinoza-Calero J, Quispe-Bravo B, Vásquez-Velázquez C. Prueba de Papanicolaou: Mejoras en la atención diagnóstica en tiempos de pandemia. Diagnóstico. 2022;61(3):264-265. Disponible en: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.380>
9. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1a ed. McGraw-Hill; 2018.
10. Hernández-Hernández A, Vera-Pérez B. La Atención Primaria de Salud: un reconocimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres indígenas de Huitzotlaco. Cienc Huasteca. 2023;11(21):17-27. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/huejutla/issue/archive>
11. Velázquez-Jiménez C, Seminario M, Vargas S, et al. Estrategia educativa intercultural para la prevención del cáncer de cuello cérvico uterino en el resguardo de Paujil, Amazonia Colombiana. UDSCA. 2022;25(1):1e:129. Disponible en: <https://revistas.udca.edu.co/index.php/ruadc/article/view/2159>
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). 73.a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA73.2 - Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema mundial de salud pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030; 2020. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R2-sp.pdf
13. Citarella Menardi L, Zangari A. Yachay tinkuy. Salud intercultural en Bolivia y América Latina. Unión Europea. Programa de Apoyo a la Higiene y Salud de Base; Cooperación Italiana. 2009. Disponible en: <https://www.bivica.org/file/view/id/2905>
14. Molina-Berrio D, Ramos-Jaraba S, Garcés-Palacio I. Experiencias en la atención en salud de mujeres con anomalías citológicas o cáncer de cuello uterino en dos departamentos fronterizos: una lucha entre la vida y el sistema de salud colombiano. Rev Salud Publica. 2020;39(2). Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341399>
15. Matassini S, Luna V. Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo. Acta Med Peru. 2020;37(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.374.1835>
16. Ministerio de Salud (MINSA). Perú es uno de los países con mayor número de casos de cáncer de cuello uterino en el mundo - Noticias - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano; 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/310733-peru-es-uno-de-los-paises-con-mayor-numero-de-casos-de-cancer-de-cuello-uterino-en-el-mundo>

