



Doi: <https://doi.org/10.70577/asce.v5i3.1102>

Recibido: 2026-08-05

Aceptado: 2026-08-19

Publicado: 2026-09-02

Barreras y factores asociados al tamizaje y diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino en mujeres de zonas rurales: una revisión sistemática

Barriers and factors associated with cervical cancer screening and early diagnosis in women from rural areas: a systematic review

Autor(s)

Jessica Andrea Encalada Falconí¹

jessica.encalada@unach.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-6151-5679>

Universidad Nacional de Chimborazo

Riobamba - Ecuador

Luis Alberto Erosa-De Haro²

l.erosadh@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9735-9831>

Departamento de Calidad de la Investigación

Instituto Nacional de Geriátría

Ciudad de México - México

Jesús Javier Ñaccha Urbano³

jesus.naccha@unsch.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-5035-4849>

Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga

Ayacucho - Perú

Milena Mishelle Paredes Sandoval⁴

mlenaparedessandoval@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-4133-2674>

Investigador Independiente

Santo Domingo de los Tsáchilas - Ecuador

Nathaly Elvia Sánchez Navarrete⁵

nathy2076@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-4582-0744>

Investigador Independiente

Quito - Ecuador

Cómo citar

Encalada Falconí, J. A., Erosa-De Haro, L. A., Ñaccha Urbano, J. J., Paredes Sandoval, M. M., & Sánchez Navarrete, N. E. (2026). Barreras y factores asociados al tamizaje y diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino en mujeres de zonas rurales: una revisión sistemática. *ASCE MAGAZINE*, 5(3), 2628–2647. <https://doi.org/10.70577/asce.v5i3.1102>



Resumen

El cáncer cervicouterino, constituye un importante problema de salud pública, aunque dispone de medidas eficaces de prevención, y detección temprana; sin embargo, las mujeres que residen en zonas rurales, enfrentan dificultades que limitan su acceso a los programas de tamizaje, lo que incrementa el riesgo de diagnósticos tardíos, y reduce las posibilidades de tratamiento oportuno. Por ello, el objetivo fue; identificar, analizar y sintetizar, la evidencia disponible sobre las barreras, y los factores asociados al acceso al tamizaje, y al diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino en mujeres que habitan zonas rurales. Se realizó una revisión sistemática, basada en la guía PRISMA 2020, la búsqueda incluyó estudios publicados entre 2014 y 2025, se seleccionaron investigaciones cuantitativas, cualitativas, y mixtas relacionadas con el acceso al tamizaje, y diagnóstico temprano. Los hallazgos evidenciaron que, las principales barreras fueron la falta de conocimiento sobre la enfermedad, la distancia a los servicios de salud, las limitaciones económicas, y el temor al diagnóstico; también influyeron factores culturales, educativos, e institucionales; entre los elementos que favorecieron la participación, destacaron la educación sanitaria comunitaria, la disponibilidad local de pruebas, el apoyo de promotores comunitarios, y la gratuidad de los exámenes. La ruralidad continúa como un determinante de inequidad en salud; las barreras identificadas actúan de manera conjunta, y aumentan el riesgo de diagnóstico tardío; la educación comunitaria, el fortalecimiento de la atención primaria, y la implementación de estrategias adaptadas a las características locales, representan acciones fundamentales para mejorar el acceso al tamizaje, y promover una atención más oportuna.

Palabras clave: Cáncer, Detección de enfermedades, Educación sanitaria, Medicina preventiva, Mujer rural



Abstract

Cervical cancer represents a significant public health issue, despite the availability of effective prevention and early detection measures; however, women living in rural areas face challenges that limit their access to screening programs, thereby increasing the risk of late diagnosis and reducing the likelihood of timely treatment. Therefore, the objective was to identify, analyze, and synthesize available evidence regarding the barriers and factors associated with access to screening and early diagnosis of cervical cancer among women living in rural areas. A systematic review was conducted based on the PRISMA 2020 guidelines; the search covered studies published between 2014 and 2025, and quantitative, qualitative, and mixed-methods studies related to access to screening and early diagnosis were selected. The findings revealed that the main barriers were a lack of knowledge about the disease, distance to health services, financial constraints, and fear of the diagnosis; cultural, educational, and institutional factors also played a role. Key factors facilitating participation included community health education, local availability of tests, support from community health workers, and the fact that the exams were free of charge. Rurality remains a determinant of health inequity; the identified barriers act in concert and increase the risk of late diagnosis. Community education, the strengthening of primary care, and the implementation of strategies tailored to local characteristics are fundamental actions for improving access to screening and promoting more timely care.

Keywords: Cancer, Disease detection, Health education, Preventive medicine, Rural women

Introducción

El cáncer cervicouterino, continúa como uno de los principales desafíos de salud pública para la población femenina, a pesar de constituir una de las neoplasias malignas, con mayor potencial de prevención, y detección oportuna (Kakotkin et al., 2023). La evidencia acumulada durante las últimas décadas, demuestra que la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), junto con los programas de tamizaje, basados en citología, pruebas de VPH, y tratamiento temprano de lesiones precursoras, puede reducir de manera sustancial, la incidencia, y mortalidad de la enfermedad (El-Zein & Franco, 2025).

Sin embargo, estos beneficios no se distribuyen de forma equitativa entre las poblaciones. Pues, las brechas sociales, económicas, y territoriales, mantienen una carga desproporcionada en grupos históricamente vulnerables, especialmente en países de ingresos bajos, y medianos (Abdi et al., 2025). La persistencia de estas desigualdades, resulta particularmente visible en los entornos rurales; allí, la distancia geográfica, la limitada disponibilidad de servicios especializados, las dificultades de transporte, y la escasez de recursos humanos, condicionan el acceso a intervenciones preventivas esenciales (Zegeye et al., 2025). Aunque la expansión de los programas de salud reproductiva, ha logrado avances significativos, numerosas mujeres continúan fuera de las estrategias regulares de tamizaje (Sutton et al., 2021). Esta realidad, adquiere una dimensión aún más preocupante cuando se considera que el diagnóstico tardío, suele asociarse con estadios avanzados de la enfermedad, mayores costos terapéuticos, y menores probabilidades de supervivencia (Omotoso et al., 2023).

Desde la perspectiva de la obstetricia, y la salud sexual y reproductiva, el cáncer cervicouterino representa un problema que trasciende el ámbito oncológico (Goldstein et al., 2024). Los controles ginecológicos periódicos, la atención preconcepcional, el seguimiento prenatal, y el contacto continuo con los servicios de salud, ofrecen oportunidades valiosas para la educación, la prevención, y la identificación temprana de lesiones precursoras. No obstante, estas oportunidades no siempre llegan a las mujeres que habitan territorios rurales (Prieto-Egido et al., 2026).

Factores relacionados con la escolaridad, las normas culturales, las creencias sobre la enfermedad, la percepción de riesgo, y la autonomía para tomar decisiones, sobre la salud influyen de forma directa en la utilización de los servicios preventivos (Ramos, 2026).

La literatura reciente indica que, las barreras para el tamizaje del cáncer cervicouterino no responden a una única causa (Wearn & Shepherd, 2024). En muchos contextos convergen obstáculos estructurales, y experiencias individuales, que terminan reforzándose entre sí (Phillips, 2023). La falta de información sobre el VPH, y el cáncer cervical, el temor al diagnóstico, la vergüenza frente a los procedimientos ginecológicos, las dificultades económicas, y la limitada cobertura de los programas de detección temprana, configuran un escenario complejo (Fang et al., 2025). A ello se suman problemas vinculados con la organización de los sistemas sanitarios, tales como tiempos prolongados de espera, insuficiente disponibilidad de personal capacitado, y debilidades en los mecanismos de seguimiento clínico (Malakoane et al., 2020).

Diversos estudios han mostrado que, residir en zonas rurales, se relaciona con menores probabilidades de acceder a pruebas de detección cervical; esta situación refleja inequidades persistentes en materia de salud, y evidencia que la ubicación geográfica, continúa como un determinante relevante del acceso a la atención (Woldetsadik et al., 2020).

Más allá de las características individuales de cada mujer, influyen elementos comunitarios como los niveles de pobreza, la disponibilidad de información sanitaria, y la proximidad a establecimientos de salud resolutivos, en consecuencia, las poblaciones rurales permanecen expuestas a mayores riesgos de diagnóstico tardío, y resultados clínicos desfavorables (Aragie et al., 2025).

Frente a este panorama, resulta necesario comprender de manera integral, cuáles son las barreras y los factores asociados, que condicionan el acceso al tamizaje, y al diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino, en mujeres residentes de áreas rurales. Aunque existen investigaciones desarrolladas en distintos contextos geográficos, los hallazgos permanecen dispersos, y presentan diferencias metodológicas importantes.

En este caso, una síntesis sistemática de la evidencia, puede aportar información relevante para la formulación de estrategias adaptadas a las necesidades reales de estas comunidades, y orientar intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades en salud.

Por ello, el objetivo de la presente revisión sistemática es; identificar, analizar y sintetizar, la evidencia disponible sobre las barreras, y los factores asociados al tamizaje, y diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino en mujeres de zonas rurales, con el propósito de contribuir a la toma de decisiones clínicas, comunitarias, y de salud pública, orientadas hacia una atención más equitativa y oportuna.

Material y métodos

La presente revisión sistemática, se diseñó con el propósito de identificar, y analizar las barreras, y factores asociados al acceso al tamizaje, y diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino, en mujeres que residen en zonas rurales; para ello, se adoptó la guía PRISMA 2020, y se formuló la pregunta de investigación mediante la estrategia Problema Exposición Outcome/resultado (PEO), lo que permitió delimitar con precisión; la población de interés, las exposiciones estudiadas, y los resultados esperados.

La búsqueda de información, se realizó en bases de datos científicas de alto impacto (Scopus, PubMed, Web of Science, ScienceDirect, y CINAHL); se emplearon términos controlados, y palabras clave relacionadas con; cáncer cervicouterino, detección temprana, ruralidad, y acceso a los servicios de salud; únicamente se consideraron estudios publicados entre 2014 y 2025 en inglés, español, y portugués.

La selección de los artículos, siguió un proceso riguroso; primero se eliminaron los registros duplicados y, posteriormente, se evaluaron títulos, resúmenes, y textos completos, según criterios previamente establecidos. Se incluyeron estudios cuantitativos, cualitativos, y mixtos, que abordaran barreras o factores relacionados con el acceso al tamizaje, y diagnóstico oportuno en poblaciones rurales. En contraste, se excluyeron publicaciones sin evidencia primaria, o sin relación directa, con el objetivo de la investigación.

La información recuperada, se organizó mediante una matriz de extracción de datos, que permitió recopilar aspectos como; país de estudio, diseño metodológico, características de la población, barreras identificadas, y principales hallazgos. Paralelamente, la calidad metodológica de cada investigación, se valoró con los instrumentos del Joanna Briggs Institute (JBI), con el fin de garantizar la solidez, y credibilidad de la evidencia seleccionada.

Finalmente, los resultados se sintetizaron mediante un análisis narrativo temático; este procedimiento permitió identificar patrones comunes, y agrupar los hallazgos en categorías vinculadas con factores geográficos, económicos, educativos, culturales, e institucionales. De esta manera, la revisión proporcionó una visión integral, sobre las condiciones que favorecen o dificultan la participación de las mujeres rurales, en los programas de prevención, y detección temprana del cáncer cervicouterino.

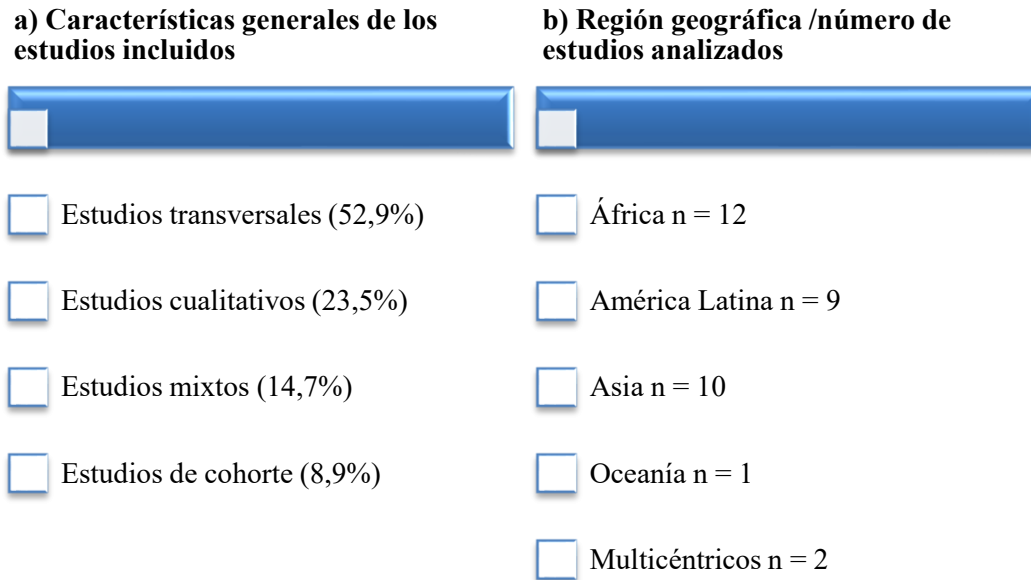
Resultados

La búsqueda bibliográfica, permitió identificar un conjunto amplio de investigaciones relacionadas con el acceso al tamizaje (figura 1), y diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino, en contextos rurales. Tras el proceso de depuración, evaluación de elegibilidad, y revisión a texto completo, se incluyeron estudios que abordaron las dimensiones sociales, culturales, económicas, geográficas, e institucionales, vinculadas con la participación de las mujeres en programas de detección precoz; de manera general, los hallazgos evidenciaron que, la ruralidad continúa como un determinante importante de inequidad sanitaria; las barreras identificadas no aparecieron de forma aislada.

En este contexto, la figura 1a, muestra un predominio de los estudios transversales, que representan el 52,9 % del conjunto analizado; esta proporción marca una orientación clara, hacia diseños capaces de describir las características del fenómeno en un momento determinado; por otra parte, los estudios cualitativos ocupan el segundo lugar, con 23,5 %, mientras que los diseños mixtos alcanzan el 14,7 %; y en menor proporción aparecen los estudios de cohorte, con 8,9 %. En conjunto, esta distribución refleja una mayor presencia de aproximaciones descriptivas, y exploratorias frente a diseños con seguimiento temporal.

A su vez, la distribución geográfica (figura 1b), revela una concentración importante de la evidencia en África, con 12 estudios, seguida de Asia (10), y América Latina (9). Oceanía registra apenas un estudio, mientras que dos investigaciones poseen carácter multicéntrico; esta composición no es menor pues; África y Asia, reúnen la mayor parte de los estudios identificados, lo que otorga mayor peso a sus contextos dentro del conjunto de evidencia, mientras que, América Latina, aunque presenta una representación cercana, permanece por debajo de ambas regiones.

Cabe considerar que, los estudios procedieron principalmente de países de ingresos bajos y medianos, donde las diferencias entre áreas urbanas, y rurales presentaron una magnitud considerable; pues, la mayoría analizó mujeres entre 25 y 65 años, grupo etario habitualmente incluido en programas de tamizaje cervical.

Figura 1.
Características generales de los estudios y población evaluada


En la tabla 1, los resultados evidencian que las barreras para el acceso al tamizaje, y diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino, presentan una naturaleza predominantemente informativa, territorial, y económica, pues, la falta de conocimiento sobre la enfermedad, constituye el obstáculo más frecuente, con una aparición del 85 %, seguida por la distancia geográfica a los servicios de salud (79 %), y las limitaciones económicas (74 %). Esta concentración en los valores superiores sugiere que, el acceso no depende únicamente de la disponibilidad formal de los servicios, sino también de las condiciones que permiten a las personas reconocer la importancia del diagnóstico, y llegar oportunamente a los establecimientos de salud.

El temor al diagnóstico alcanza el 68 %, mientras que la escasa disponibilidad de personal capacitado representa el 65 %. Estos resultados muestran una interacción, entre factores individuales, y restricciones del sistema sanitario; la primera barrera puede reducir la disposición a solicitar una prueba; mientras la segunda limita las posibilidades de recibir atención adecuada, incluso cuando existe intención de acceder al servicio. A ello se suman las barreras culturales, religiosas (62 %), y la vergüenza o incomodidad durante el examen (59 %), lo que revela que, las

percepciones sociales, y personales, también ocupan un lugar relevante en la decisión de acudir al tamizaje.

Por otra parte, las deficiencias organizacionales del sistema de salud, presentan una frecuencia del 56 %, cifra que refuerza la presencia de obstáculos institucionales. En contraste, la falta de apoyo familiar o de pareja (44 %), y los problemas de transporte (41 %), registran las menores frecuencias de la tabla; sin embargo, su presencia confirma que el acceso al diagnóstico temprano, responde a múltiples condicionantes.

Tabla 1.

Principales barreras asociadas al acceso al tamizaje y diagnóstico temprano

Categoría de barrera	Frecuencia de aparición (%)
Falta de conocimiento sobre cáncer cervicouterino	85
Distancia geográfica a los servicios de salud	79
Limitaciones económicas	74
Temor al diagnóstico	68
Escasa disponibilidad de personal capacitado	65
Barreras culturales y religiosas	62
Vergüenza o incomodidad durante el examen	59
Deficiencias organizacionales del sistema de salud	56
Falta de apoyo familiar o de pareja	44
Problemas de transporte	41

La representación gráfica permite observar una concentración importante de factores asociados a dimensiones estructurales y educativas. Este comportamiento sugiere que las intervenciones exclusivamente clínicas tienen un alcance limitado cuando no se acompañan de estrategias comunitarias y de fortalecimiento institucional (tabla 2).

Los resultados de la tabla 2, muestran que la educación sanitaria comunitaria constituye el principal factor asociado con la participación en programas de tamizaje, con una frecuencia del 82 %; este resultado, otorga un peso particular al conocimiento, y a la información como elementos capaces de favorecer el acercamiento de la población a estas intervenciones. Le sigue la disponibilidad local

de pruebas de detección, con 77 %, lo que sugiere que, la proximidad del servicio representa una condición relevante para transformar la disposición en acceso efectivo.

Así mismo, la participación de promotores comunitarios alcanza el 71 %, mientras que, la cobertura financiera o gratuidad del examen registra 69 %; la cercanía entre ambas frecuencias resulta significativa, pues, el acceso parece apoyarse tanto en mecanismos de acompañamiento social, como en la reducción de barreras económicas.

Por otra parte, el seguimiento activo desde atención primaria presenta 66 %, seguido de las campañas de sensibilización con 61 %; reflejan que la participación, no depende únicamente de una oferta disponible; también requiere contacto institucional, y acciones capaces de mantener el interés de la población.

A su vez, los factores con menor frecuencia corresponden; al personal femenino para la toma de muestras (58 %), y la integración con servicios de salud sexual y reproductiva (52 %); aunque ocupan las últimas posiciones, su presencia indica que, las características de la atención y su articulación con otros servicios también pueden favorecer la participación. En términos generales, los resultados sugieren que, las estrategias con mayor potencial se relacionan con la educación comunitaria, la disponibilidad local de pruebas, y el acompañamiento mediante actores cercanos a la población.

Tabla 2.

Factores que favorecen la participación en programas de tamizaje

Factor facilitador	Frecuencia (%)
Educación sanitaria comunitaria	82
Disponibilidad local de pruebas de detección	77
Participación de promotores comunitarios	71
Cobertura financiera o gratuidad del examen	69
Seguimiento activo desde atención primaria	66
Campañas de sensibilización	61
Personal femenino para la toma de muestras	58
Integración con servicios de salud sexual y reproductiva	52



Los resultados de la tabla 3, muestran que el diagnóstico tardío del cáncer cervicouterino se relaciona, sobre todo, con condiciones sociales, y territoriales, que limitan el acceso oportuno a la atención. La residencia rural aislada, el bajo nivel educativo, la pobreza multidimensional, y el escaso contacto con los servicios sanitarios, alcanzan un nivel de asociación alto. En conjunto, estos factores sugieren que, la oportunidad diagnóstica no depende únicamente de la disponibilidad formal de servicios, sino también de las condiciones que determinan la posibilidad real de utilizarlos.

En el caso de, la ausencia de programas de tamizaje organizados, también presenta una asociación alta, aspecto que merece especial atención; este resultado apunta hacia una posible debilidad en la detección preventiva, ya que la falta de estrategias organizadas, puede reducir las oportunidades de identificar lesiones o enfermedad, antes de etapas más avanzadas. Desde esta perspectiva, el diagnóstico tardío adquiere una dimensión estructural; no se limita a decisiones individuales, sino que también refleja las características de la respuesta sanitaria disponible para determinadas poblaciones.

Por otra parte, la débil cobertura de atención primaria, presenta una asociación moderada-alta, mientras que, las barreras culturales persistentes, y la desinformación sobre los síntomas iniciales, muestran una asociación moderada; aunque estos últimos factores presentan menor intensidad en comparación con los anteriores, su presencia no resulta irrelevante. En particular, las barreras culturales, y el desconocimiento de los signos iniciales, pueden dificultar la búsqueda de atención, y retrasar la consulta, cuando aparecen manifestaciones que requieren valoración sanitaria.

En términos generales, la tabla sugiere; un patrón en el cual los factores con mayor asociación corresponden a desigualdades de acceso, condiciones socioeconómicas, y limitaciones de las estrategias preventivas. Esta lectura permite plantear que el diagnóstico tardío, posee un componente claramente multidimensional, sin embargo, dado que la información presentada solo establece niveles de asociación, y no aporta medidas de efecto, tamaños muestrales, ni pruebas de significación, los resultados deben interpretarse como una descripción de los factores identificados, y no como evidencia de causalidad.

Tabla 3.*Factores asociados al diagnóstico tardío del cáncer cervicouterino*

Factor identificado	Nivel de asociación observado
Residencia rural aislada	Alto
Bajo nivel educativo	Alto
Pobreza multidimensional	Alto
Escaso contacto con servicios sanitarios	Alto
Ausencia de programas de tamizaje organizados	Alto
Débil cobertura de atención primaria	Moderado-Alto
Barreras culturales persistentes	Moderado
Desinformación sobre síntomas iniciales	Moderado

En la figura 2, se expone una síntesis general de los factores identificados en la investigación.

En conjunto, esta evidencia sugiere que, las barreras estructurales poseen una influencia más marcada que las variables individuales. Aunque el temor al diagnóstico, o la falta de información mantienen un peso considerable, los mayores obstáculos surgen de desigualdades territoriales persistentes. Desde esta perspectiva, las mujeres rurales no enfrentan únicamente un problema de acceso a una prueba diagnóstica; enfrentan una acumulación de desventajas sociales, y sanitarias que condicionan toda la trayectoria preventiva, desde la educación para la salud, hasta la confirmación diagnóstica, y el tratamiento oportuno

Figura 2.

Principales factores identificados ante el diagnóstico del cáncer cervicouterino

Geográficos	• Las largas distancias, la dispersión poblacional, y las dificultades de movilidad definieron una parte importante de las desigualdades observadas
Económicos	• Los costos directos, e indirectos del desplazamiento, la pérdida de jornadas laborales, y los gastos derivados de la atención actuaron como elementos restrictivos frecuentes
Educativos	• La baja alfabetización sanitaria redujo el conocimiento sobre prevención, síntomas, y beneficios del diagnóstico temprano
Culturales	• La vergüenza, el miedo, determinadas creencias religiosas, y la necesidad de aprobación de la pareja, limitaron la participación en varios contextos rurales
Institucionales	• La insuficiente disponibilidad de profesionales, los tiempos de espera prolongados y la limitada cobertura de programas organizados afectaron la continuidad asistencial

Discusión

Los resultados de esta revisión sistemática permiten sostener que, el acceso al tamizaje, y al diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino en mujeres de zonas rurales, permanece condicionado por una combinación de factores estructurales, sociales, y culturales que interactúan de forma simultánea. Aunque algunos obstáculos se manifiestan a escala individual, la evidencia analizada sugiere que, las limitaciones del entorno sanitario, y las desigualdades territoriales ejercen una influencia profunda, sobre la participación en las estrategias de detección precoz.

Esta observación coincide con la revisión desarrollada por Petersen et al. (2022), quienes identificaron que, las barreras geográficas, económicas, y organizacionales constituyen elementos recurrentes en países de ingresos bajos, y medianos.

Uno de los hallazgos más consistentes de la presente investigación fue; la elevada frecuencia de mujeres que reportaron conocimientos insuficientes sobre el cáncer cervicouterino, sus factores de riesgo, y la utilidad del tamizaje, este resultado guarda una estrecha relación con lo reportado por Zhang et al. (2022), quienes, a través de una revisión sistemática, enfocada en poblaciones rurales, demostraron que la educación sanitaria, incrementa significativamente el conocimiento, y mejora la aceptación de las pruebas de detección. En este sentido, la falta de información, no parece constituir únicamente una carencia educativa, más bien refleja una distribución desigual de oportunidades de aprendizaje en salud, donde las mujeres rurales, suelen recibir menos intervenciones preventivas que sus contrapartes urbanas.

La distancia geográfica hacia los centros de salud, emergió como otra de las barreras predominantes; este resultado coincide con los hallazgos de Srinath et al. (2023), quienes concluyeron que, la disponibilidad física de los servicios, representa un componente decisivo para la participación en programas de cribado, especialmente en regiones con infraestructura sanitaria limitada. Desde una perspectiva práctica, resulta difícil esperar una participación regular en estrategias preventivas, cuando el acceso implica largos desplazamientos, costos adicionales, y pérdida de tiempo laboral o doméstico (Bezak et al., 2022). En comunidades rurales, estas condiciones adquieren una relevancia particular, porque afectan de manera desproporcionada a mujeres con menor autonomía económica.

Otro aspecto destacado corresponde al peso de los determinantes socioculturales, el temor al diagnóstico, la vergüenza asociada a los exámenes ginecológicos, y determinadas creencias tradicionales, aparecieron de manera reiterada en diversos contextos; estos resultados concuerdan con los descritos por Dombola et al. (2021), quienes observaron que las normas culturales, y la influencia de la pareja o del entorno familiar, pueden condicionar las decisiones relacionadas con la búsqueda de atención preventiva; sin embargo, la presente revisión permite ampliar esta interpretación. Pues, la resistencia al tamizaje, no siempre responde a una oposición explícita hacia los servicios de salud (Murphy et al., 2021). En muchos casos, surge de experiencias históricas de exclusión, desconfianza institucional, y ausencia de una comunicación culturalmente pertinente (Vázquez et al., 2024).

Los resultados obtenidos en Ecuador, refuerzan parcialmente esta interpretación Vega Crespo et al. (2022), identificaron que las mujeres con baja participación en programas de tamizaje, reportaban barreras vinculadas con la incomodidad durante la toma de muestras, la escasa información

disponible, y dificultades asociadas al sistema sanitario, entre ellas tiempos de espera, y problemas de acceso a resultados.

Estos hallazgos guardan una notable similitud con las tendencias observadas en la presente revisión, lo que sugiere que ciertas barreras trascienden las particularidades nacionales, y responden a dinámicas estructurales compartidas en América Latina.

Por otra parte, los factores facilitadores encontrados permiten matizar una visión exclusivamente centrada en las dificultades, la evidencia mostró que las intervenciones educativas comunitarias, la participación de promotores locales, y la integración del tamizaje, dentro de los servicios habituales de salud sexual y reproductiva, favorecen una mayor cobertura de detección temprana.

En este caso, Reynolds et al. (2021) señalaron resultados similares, al demostrar que las estrategias adaptadas al contexto cultural, generan mejoras significativas en el conocimiento, y en la utilización efectiva de los servicios preventivos; esta coincidencia fortalece la idea de que, las soluciones más prometedoras, no necesariamente dependen de tecnologías complejas, sino de modelos de atención cercanos a la realidad cotidiana de las comunidades.

Un hallazgo particularmente relevante fue; la asociación entre residencia rural, pobreza, y diagnóstico tardío, la evidencia revisada sugiere que estos factores actúan de manera acumulativa. Cuando convergen bajos niveles educativos, dificultades económicas, y limitada disponibilidad de servicios, las probabilidades de detección temprana, disminuyen considerablemente. Esta interpretación coincide con lo planteado por Srinath et al. (2023), quienes describieron la interacción entre accesibilidad, asequibilidad, y aceptabilidad, como uno de los principales desafíos para los programas de prevención del cáncer en países de ingresos medios y bajos.

A la luz de estos resultados, resulta razonable afirmar que, las estrategias centradas únicamente en incrementar la oferta de pruebas diagnósticas son insuficientes, la evidencia indica que el problema posee una naturaleza multidimensional. El fortalecimiento de la atención primaria, la expansión de servicios hacia territorios alejados, la capacitación permanente del personal sanitario, y el desarrollo de programas de educación comunitaria, parecen constituir acciones complementarias e inseparables. De hecho, Aleezada et al. (2025) sostienen que, la reducción de las inequidades relacionadas con el cáncer cervicouterino, exige intervenciones simultáneas sobre los determinantes individuales, comunitarios, y estructurales.

En conjunto, los hallazgos de esta revisión confirman que, la ruralidad continúa como un factor determinante de vulnerabilidad frente al cáncer cervicouterino; más allá de las diferencias entre

países, y sistemas sanitarios, persiste un patrón común: las mujeres rurales enfrentan mayores obstáculos para acceder a información, servicios preventivos, y diagnósticos oportunos. Esta realidad evidencia la necesidad de políticas de salud más sensibles a las desigualdades territoriales y orientadas, hacia la construcción de sistemas preventivos verdaderamente inclusivos.

Conclusiones

La evidencia analizada permite concluir que, el acceso al tamizaje, y al diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino en mujeres de zonas rurales, continúa condicionado por factores que trascienden el ámbito clínico; las principales barreras se relacionan con, la escasa alfabetización en salud, las dificultades geográficas para acceder a los servicios, las limitaciones económicas, y determinadas creencias socioculturales que influyen en la toma de decisiones sobre la prevención. Los hallazgos muestran que; la ruralidad constituye un determinante relevante de desigualdad sanitaria; pues, las mujeres que residen en territorios alejados, enfrentan mayores obstáculos para acceder a información, controles preventivos, y seguimiento oportuno, como consecuencia, el riesgo de diagnóstico tardío aumenta, y las oportunidades del tratamiento temprano disminuyen. Se evidenció que, las barreras identificadas no actúan de forma independiente ya que; la pobreza, la baja escolaridad, la distancia a los establecimientos de salud, y las deficiencias organizativas de los sistemas sanitarios suelen coexistir, lo que genera escenarios de vulnerabilidad acumulativa. Esta interacción explica; por qué la disponibilidad de pruebas diagnósticas, por sí sola, no garantiza una adecuada cobertura de tamizaje.

Por otra parte, los resultados señalan que, las intervenciones comunitarias, la educación para la salud, la participación de promotores locales, y el fortalecimiento de la atención primaria favorecen una mayor aceptación de las estrategias de detección temprana. Cuando los servicios se acercan a las comunidades, y responden a sus características culturales, la participación de las mujeres aumenta de manera significativa.

En conjunto, la evidencia sugiere que, la reducción de la carga del cáncer cervicouterino en contextos rurales requiere acciones integrales orientadas, no solo a ampliar la oferta de servicios, sino también a disminuir las desigualdades sociales, y territoriales que limitan el acceso a la prevención, y al diagnóstico oportuno.



Para futuras investigaciones, se recomienda desarrollar estudios longitudinales, y de intervención que evalúen la efectividad de estrategias comunitarias adaptadas a contextos rurales específicos.

Referencias bibliográficas

- Abdi, Y. H., Abdi, M. S., Bashir, S. G., Ahmed, N. I., & Abdullahi, Y. B. (2025). Understanding Global Health Inequality and Inequity: Causes, Consequences, and the Path Toward Justice in Healthcare. *Public Health Challenges*, 4(4), e70156. <https://doi.org/10.1002/puh2.70156>
- Aleezada, Z. N., Patel, I., & Yusuf, N. (2025). Understanding HPV-Induced Cancers and Investigating the Barriers Faced by Low- and Middle-Income Countries in Prevention and Treatment. *International Journal of Molecular Sciences*, 26(12), 5581. <https://doi.org/10.3390/ijms26125581>
- Aragie, H., Negash, H. K., Getnet, M., Tesfaye, W., Gela, Y. Y., Asefa, T., Woldeyes, M. M., & Endale, H. T. (2025). Barriers to healthcare access: A multilevel analysis of individual- and community-level factors affecting female youths' access to healthcare services in Senegal. *BMC Health Services Research*, 25(1), 607. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12761-2>
- Bezak, E., Carson-Chahhoud, K. V., Marcu, L. G., Stoeva, M., Lhotska, L., Barabino, G. A., Ibrahim, F., Kaldoudi, E., Lim, S., Marques Da Silva, A. M., Tan, P. H., Tsapaki, V., & Frize, M. (2022). The Biggest Challenges Resulting from the COVID-19 Pandemic on Gender-Related Work from Home in Biomedical Fields—World-Wide Qualitative Survey Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 3109. <https://doi.org/10.3390/ijerph19053109>
- Dombola, G. M., Manda, W. C., & Chipeta, E. (2021). Factors influencing contraceptive decision making and use among young adolescents in urban Lilongwe, Malawi: A qualitative study. *Reproductive Health*, 18(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01259-9>
- El-Zein, M., & Franco, E. L. (2025). Evolution and future of cervical cancer screening: From cytology to primary HPV testing and the impact of vaccination. *Expert Review of Molecular Diagnostics*, 25(5), 157-164. <https://doi.org/10.1080/14737159.2025.2486653>



- Fang, J., Cheng, Y., Liu, Y., & Yang, Q. (2025). How delays in seeking medical care for cervical cancer patients are affected by their health-seeking behaviour: A qualitative study. *BMC Public Health*, 25(1), 2881. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23783-0>
- Goldstein, A., Gersh, M., Skovronsky, G., & Moss, C. (2024). The Future of Cervical Cancer Screening. *International Journal of Women's Health, Volume 16*, 1715-1731. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S474571>
- Kakotkin, V. V., Semina, E. V., Zadorkina, T. G., & Agapov, M. A. (2023). Prevention Strategies and Early Diagnosis of Cervical Cancer: Current State and Prospects. *Diagnostics*, 13(4), 610. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13040610>
- Malakoane, B., Heunis, J. C., Chikobvu, P., Kigozi, N. G., & Kruger, W. H. (2020). Public health system challenges in the Free State, South Africa: A situation appraisal to inform health system strengthening. *BMC Health Services Research*, 20(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4862-y>
- Murphy, J., Vallières, F., Bentall, R. P., Shevlin, M., McBride, O., Hartman, T. K., McKay, R., Bennett, K., Mason, L., Gibson-Miller, J., Levita, L., Martinez, A. P., Stocks, T. V. A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2021). Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom. *Nature Communications*, 12(1), 29. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-20226-9>
- Omotoso, O., Teibo, J. O., Atiba, F. A., Oladimeji, T., Paimo, O. K., Ataya, F. S., Batiha, G. E.-S., & Alexiou, A. (2023). Addressing cancer care inequities in sub-Saharan Africa: Current challenges and proposed solutions. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01962-y>
- Petersen, Z., Jaca, A., Ginindza, T. G., Maseko, G., Takatshana, S., Ndlovu, P., Zondi, N., Zungu, N., Varghese, C., Hunting, G., Parham, G., Simelela, P., & Moyo, S. (2022). Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low-and-middle-income countries: A systematic review. *BMC Women's Health*, 22(1), 486. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02043-y>
- Phillips, M. J. (2023). Towards a social constructionist, criticalist, Foucauldian-informed qualitative research approach: Opportunities and challenges. *SN Social Sciences*, 3(10), 175. <https://doi.org/10.1007/s43545-023-00774-9>



- Prieto-Egido, I., Guerrero-Curieses, A., Martínez-Fernández, A., & Rojo-Álvarez, J. L. (2026). Identifying high-risk pregnancies in rural areas with machine-manifold learning. *Engineering Applications of Artificial Intelligence*, 163, 112852. <https://doi.org/10.1016/j.engappai.2025.112852>
- Ramos, M. D. (2026). The Theory of Planned Behavior (TPB), Self-Determination Theory (SDT), and Health-Seeking Behavior. En P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Concepts in Health, Health Behavior and Environmental Health* (pp. 567-591). Springer Nature Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-97-2085-9_27
- Reynolds, S. S., Woltz, P., Keating, E., Neff, J., Elliott, J., Hatch, D., Yang, Q., & Granger, B. B. (2021). Results of the CHlorhexidine Gluconate Bathing implementation intervention to improve evidence-based nursing practices for prevention of central line associated bloodstream infections Study (CHanGing BathS): A stepped wedge cluster randomized trial. *Implementation Science*, 16(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01112-4>
- Srinath, A., Van Merode, F., Rao, S. V., & Pavlova, M. (2023). Barriers to cervical cancer and breast cancer screening uptake in low- and middle-income countries: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 38(4), 509-527. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac104>
- Sutton, M. Y., Anachebe, N. F., Lee, R., & Skanes, H. (2021). Racial and Ethnic Disparities in Reproductive Health Services and Outcomes, 2020. *Obstetrics & Gynecology*, 137(2), 225-233. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004224>
- Vázquez, E., Juturu, P., Burroughs, M., McMullin, J., & Cheney, A. M. (2024). Continuum of Trauma: Fear and Mistrust of Institutions in Communities of Color During the COVID-19 Pandemic. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 48(2), 290-309. <https://doi.org/10.1007/s11013-023-09835-3>
- Vega Crespo, B., Neira, V. A., Ortiz Segarra, J., Andrade, A., Guerra, G., Ortiz, S., Flores, A., Mora, L., Verhoeven, V., Gama, A., Dias, S., Verberckmoes, B., Vermandere, H., Michelsen, K., & Degomme, O. (2022). Barriers and facilitators to cervical cancer screening among under-screened women in Cuenca, Ecuador: The perspectives of women and health professionals. *BMC Public Health*, 22(1), 2144. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14601-y>



- Wearn, A., & Shepherd, L. (2024). Determinants of routine cervical screening participation in underserved women: A qualitative systematic review. *Psychology & Health*, 39(2), 145-170. <https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2050230>
- Woldetsadik, A. B., Amhare, A. F., Bitew, S. T., Pei, L., Lei, J., & Han, J. (2020). Socio-demographic characteristics and associated factors influencing cervical cancer screening among women attending in St. Paul's Teaching and Referral Hospital, Ethiopia. *BMC Women's Health*, 20(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00927-5>
- Zegeye, A. F., Mekonen, E. G., Gebrehana, D. A., Tekeba, B., & Tamir, T. T. (2025). Spatial variation and multilevel determinants of malaria infection among pregnant women in Sub-Saharan Africa: Using malaria indicator surveys. *BMC Infectious Diseases*, 25(1), 654. <https://doi.org/10.1186/s12879-025-11037-8>
- Zhang, M., Sit, J. W. H., Chan, D. N. S., Akingbade, O., & Chan, C. W. H. (2022). Educational Interventions to Promote Cervical Cancer Screening among Rural Populations: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6874. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116874>

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.