



PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN CHILE: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ACTUALIZADA

PREVENTION AND EARLY DETECTION OF CERVICAL CANCER IN CHILE: AN UPDATED LITERATURE REVIEW

Florencia Baraqui Abud^a
 Verónica Arévalo González^a
 María Esperanza Saieg Viguera^a
 María de los Ángeles Sunkel Molina^{a*}
 Florencia Rondini Pinuer^a
 Magdalena Astudillo Rademacher^a

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.
 Artículo recibido el 10 de diciembre de 2025. Aceptado en versión corregida el 19 de febrero, 2026.

DOI: 10.52611/confluencia.2026.1700

RESUMEN

Introducción: El cáncer cervicouterino sigue siendo un problema de salud pública global, pese a ser prevenible. En Chile, la mortalidad ha disminuido gracias al Programa de Pesquisa y Control (1987), no obstante, ocupa el cuarto lugar en incidencia y noveno en mortalidad, persistiendo brechas en la cobertura del Papanicolaou. **Objetivo:** Comparar las estrategias de prevención del cáncer cervicouterino en Chile con recomendaciones internacionales, identificando brechas y oportunidades para mejorar políticas de salud pública. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica nacional e internacional, incluyendo revisiones sistemáticas, metaanálisis y artículos en español e inglés. De 311 documentos iniciales, se seleccionaron 21, analizados según prevención primaria, secundaria y tamizaje. **Resultado:** El Papanicolaou es el método principal en Chile, con tamizaje cada tres años para mujeres de 25 a 64 años, alcanzando 66,2% de cobertura. La prueba de VPH, más sensible y costo-efectiva, se ofrece de forma complementaria entre 30 y 64 años. La autotoma de VPH ha mostrado alta aceptación, aumentando la participación y detectando lesiones precancerosas. Internacionalmente, el tamizaje primario con VPH permite mayor detección y ampliar intervalos entre pruebas, mientras que en Chile su implementación es limitada. **Discusión:** Persiste un rezago en la adopción de estrategias de prevención del cáncer cervicouterino. La baja cobertura del Papanicolaou y las barreras de acceso refuerzan la necesidad de modernizar la prevención secundaria. **Conclusión:** Persisten brechas en cobertura y acceso. Se recomienda ampliar el uso de la prueba de VPH y la autotoma, estrategias viables y costo-efectivas, optimizando la prevención secundaria y promoviendo mayor equidad.

Palabras clave: Programas nacionales de salud; Evaluación de programas y proyectos de salud; Neoplasias del cuello uterino; Prueba de Papanicolaou; Pruebas de ADN del Papillomavirus Humano.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer remains a global public health problem, despite being largely preventable. In Chile, mortality has decreased thanks to the Screening and Control Program implemented in 1987, but cervical cancer remains significant, ranking fourth in incidence and ninth in mortality, with notable gaps in Papanicolaou coverage. **Objective:** To compare cervical cancer prevention strategies in Chile with international recommendations, identifying gaps and opportunities for improvement to guide public health policies. **Methodology:** A literature review of national and international literature was conducted, including systematic reviews, meta-analyses, and articles in Spanish and English. From 311 initial documents, 21 studies were selected and analyzed regarding primary and secondary prevention, screening, and self-sampling. **Result:** The Papanicolaou test remains the main screening method in Chile, performed every three years for women aged 25 to 64, achieving only 66,2% coverage. The HPV test, more sensitive and cost-effective, is offered complementarily for women aged 30 to 64. HPV self-sampling has shown high acceptance, increasing participation and detecting precancerous lesions. Internationally, primary HPV screening allows greater detection and longer intervals between tests, whereas its implementation in Chile is limited. **Discussion:** There is a persistent lag in the adoption of cervical cancer prevention strategies. Low Papanicolaou test coverage and barriers to access highlight the need to modernize secondary prevention approaches. **Conclusion:** Despite progress, gaps in coverage and access persist. Expanding the use of HPV testing and self-sampling is recommended, as these are feasible, cost-effective strategies that optimize secondary prevention and promote greater equity in access.

Key words: National health programs; Program evaluation; Uterine cervical neoplasms; Papanicolaou test; Human Papillomavirus DNA tests.

Cómo citar:

Baraqui-Abud F, Arévalo-González V, Saieg-Viguera ME, Sunkel-Molina MA, Rondini-Pinuer F, Astudillo-Rademacher M. Prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino en Chile: Una revisión bibliográfica actualizada. Rev Conflu [Internet]. 2026 [citado el 28 de febrero 2026];9. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2026.1700>

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) continúa siendo un problema relevante de salud pública a nivel mundial, pese a tratarse de una enfermedad altamente prevenible. En 2022 se registraron alrededor de 662.000 casos nuevos¹ y más de 348.000 muertes², posicionando al CaCu como el octavo cáncer más frecuente y el noveno más mortal en mujeres. Su impacto es especialmente alto en países de ingresos bajos y medios, donde persisten brechas sustanciales en acceso y cobertura de tamizaje. Se estima que el 64% de las mujeres nunca ha participado en un programa de detección, y solo un 28% de las mujeres de 30 a 49 años ha sido examinada en los últimos tres años³.

En Chile, las políticas públicas han permitido avances importantes. Gracias al Programa de Pesquisa y Control del CaCu implementado en 1987 por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), la mortalidad se redujo de 13 por 100.000 mujeres en 1987, a 5,2 por 100.000 en 2020⁴. Sin embargo, el CaCu continúa siendo un problema de salud relevante. En 2022 se ubicó como el tercer cáncer más frecuente en mujeres, con una incidencia cruda de 16 por 100.000 y una mortalidad cruda de 6,3 por 100.000, solo por debajo del cáncer de mama y el colorrectal². Su impacto social también es considerable. En 2021, Chile registró una tasa de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALY por su sigla en inglés), de 264,2 por 100.000 mujeres, cifra superior a la estimación mundial y que evidencia una elevada carga de años de vida perdidos por enfermedad y muerte prematura⁵. En este escenario, el país aún no alcanza los estándares internacionales en prevención. La cobertura del Papanicolaou (PAP), principal método de tamizaje utilizado en Chile, llegó solo a 66,2% en 2020⁶, muy por debajo de la meta del 80%⁴. Estas brechas afectan la detección oportuna y limitan el impacto potencial de las estrategias preventivas.

En este contexto, se vuelve necesario revisar de manera crítica cómo están estructuradas y articuladas las estrategias de prevención del CaCu en Chile, y en qué medida éstas se encuentran alineadas con la evidencia actual. Comprender estas diferencias resulta fundamental para identificar brechas, evaluar el impacto de las políticas nacionales y orientar la toma de decisiones hacia modelos de prevención más efectivos, equitativos y acordes a los desafíos epidemiológicos actuales.

El presente informe es una revisión bibliográfica de la evidencia disponible sobre intervenciones de salud pública dirigidas a la prevención del CaCu a nivel internacional y nacional. Su objetivo es analizar críticamente las estrategias implementadas, evaluando su efectividad, cobertura y aceptación, con el fin de identificar brechas y oportunidades de mejora en el contexto chileno, y generar recomendaciones que fortalezcan las políticas de prevención y contribuyan a la reducción de la incidencia y mortalidad por CaCu.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter descriptivo, basada en la recopilación y análisis de literatura gris y literatura indexada relacionada con estrategias de prevención del CaCu. Para la literatura nacional, se consultaron fuentes oficiales y guías de referencia, incluyendo el MINSAL, el Plan Nacional del Cáncer, la Guía de Garantías Explícitas en Salud (GES, 2013) y la Guía de Práctica Clínica del 2018 elaborada por la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) del Gobierno de Chile.

Se definieron términos de búsqueda y se aplicó un rango temporal de los últimos 10 años, con excepción de guías clásicas de referencia como la GES, priorizándose los artículos publicados dentro de los últimos 5 años, con el objetivo de incorporar evidencia científica actualizada. Se incluyeron documentos en español e inglés, priorizando guías clínicas, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Para la literatura internacional, se llevó a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos como PubMed, LILACS, The Lancet, NEJM y Epistemonikos, combinando términos MeSH y términos libres mediante operadores booleanos según cada nivel de prevención. Las palabras clave utilizadas incluyeron: "Uterine Cervical Neoplasms", "Prevention and control", "Surgery", "Therapy", "Screening" y "Early-Stage".

En total, se revisaron 188 artículos, eliminando duplicados y aquellos que no cumplían con los objetivos de la investigación. Finalmente, se seleccionaron 21 documentos cuyos hallazgos fueron sintetizados y analizados críticamente en función de su pertinencia (Figura 1).

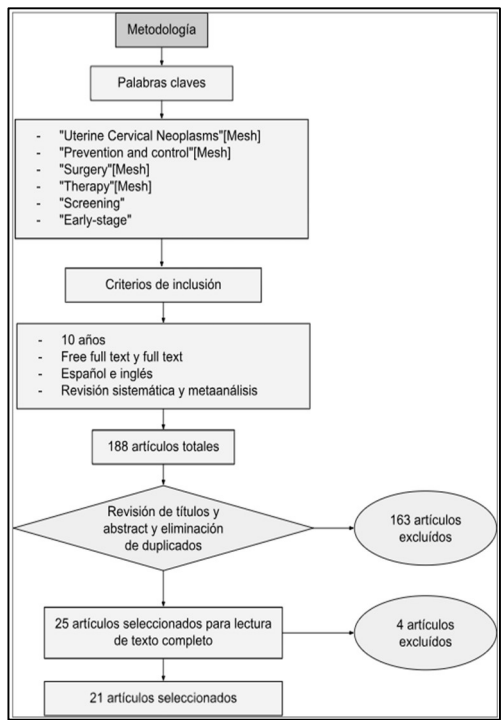


Figura 1. Flujograma de búsqueda de literatura para intervenciones en los distintos niveles de prevención para CaCu.

DESARROLLO

Descripción de intervenciones recomendadas en la literatura internacional

La prevención secundaria del CaCu se dirige a personas asintomáticas y busca detectar precozmente lesiones precursoras, conocidas como Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), antes de que progresen a cáncer invasivo. Esta estrategia es fundamental porque la historia natural de la infección por Virus Papiloma Humano (VPH) es prolongada, de 5 a 10 años, lo que facilita la pesquisa de la enfermedad precancerosa mediante exámenes no invasivos⁴.

Existen dos pruebas principales para el tamizaje de CaCu. La primera corresponde a la citología cervical o Papanicolaou (PAP) y, la segunda, a la prueba de detección del VPH. Estas requieren una muestra de células cervicales, obtenida por un profesional o mediante automuestreo, para análisis en laboratorio⁷.

Tradicionalmente, el PAP ha sido la herramienta principal de pesquisa a nivel mundial. Esta prueba detecta células anormales mediante análisis citológico⁸. Si bien su implementación periódica cada 3 años puede reducir la incidencia del CaCu en más del 80%⁹ y su especificidad es alta (entre 96,8% y 98,9%), su principal limitación es la baja sensibilidad, la cual varía ampliamente. A nivel internacional se describe una sensibilidad que oscila entre 15,4% y 72,7%¹⁰, reduciéndose a 22-42% en Latinoamérica debido a una menor cobertura en comparación con países desarrollados⁸. En Chile, la sensibilidad ajustada para NIC2+ (grado 2 o superior), fue de apenas 22,1%¹¹. Esta baja sensibilidad y su limitada reproducibilidad se deben a la naturaleza subjetiva de la evaluación morfológica, lo que se suma a los desafíos en el seguimiento, ya que un porcentaje significativo de mujeres con resultados anormales como "Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado" (ASCUS por su sigla en inglés) o PAP insatisfactorio no retorna para el control¹². Al combinarla con la prueba de VPH, la sensibilidad puede incrementarse al 100%, aunque esto reduce la especificidad al 92,5%¹⁰. Una evolución del método tradicional es la Citología en Base Líquida (LBC), que reduce artefactos, disminuye el número de muestras insatisfactorias (de 9,1% a 1,6%) y permite realizar la prueba de VPH en la misma muestra¹³. No obstante, la LBC tiene un costo económico mayor y no ha demostrado mejorar la sensibilidad ni el valor predictivo positivo en comparación con la técnica de arrastre convencional^{14,15}.

La prueba de VPH es un examen molecular que detecta ADN o ARN de genotipos de alto riesgo, particularmente VPH 16 y 18⁷, y destaca por su alta sensibilidad (94,6%), aproximadamente cuatro veces superior a la del PAP, junto a su especificidad (94,1%)¹⁰. Además de ser un método automatizado y reproducible, constituye la estrategia más costo-efectiva para el tamizaje del CaCu¹⁶. Además, mejora

la participación en el *screening* y aumenta la detección de lesiones premalignas¹⁷. En Latinoamérica, 20 países la utilizan, y 8 la han implementado como prueba primaria; México es el único con adopción a nivel nacional, y Argentina, Chile y Perú a nivel regional⁸. Modelos chilenos sugieren que su uso cada cinco años podría reducir la mortalidad hasta en un 50% con un impacto presupuestario mínimo o incluso con ahorro¹², mientras que experiencias como la de Australia, que reemplazó el PAP bienal por el VPH quinquenal en 2017, proyectan disminuir la incidencia del CaCu a menos de 4 casos por 100.000 habitantes para 2038¹⁷.

El automuestreo vaginal para la detección de VPH ha surgido como una estrategia clave para aumentar la cobertura del tamizaje, especialmente en mujeres que enfrentan barreras para acudir a centros de salud. Se ha demostrado que puede duplicar la probabilidad de aceptación del *screening* en comparación con la prueba realizada por un profesional¹⁸, y las participantes destacan su comodidad, privacidad, menor dolor, conveniencia y la posibilidad de realizarlo en casa¹⁹. Estudios en Latinoamérica han demostrado alta aceptabilidad^{12,19,20}, y un aumento de la cobertura del tamizaje de hasta cuatro veces²¹. Se ha demostrado que presenta una sensibilidad del 88,7%, una especificidad del 68,9% y una alta concordancia (89,7%) entre muestras tomadas por las propias pacientes y por profesionales²², mejorando además la detección de lesiones NIC2+ con un valor predictivo negativo del 99,8% y un valor predictivo positivo ajustado del 2,4%⁸. A nivel programático, las estrategias más efectivas para incrementar la participación son las invitaciones presenciales y el envío masivo de *kits*²³. A pesar de ser una estrategia prometedora, el uso global de esta prueba es bajo, con solo el 12% de los países de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la recomiendan, aunque se espera que este porcentaje aumente, especialmente en países con menor nivel socioeconómico²⁴.

La frecuencia y elección de estas pruebas depende de la edad y factores de riesgo de cada paciente. La US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda comenzar a los 21 años con un PAP cada 3 años y, a partir de los 30 años, un PAP cada 3 años, o cada 5 años una prueba de VPH o prueba conjunta. La American Cancer Society (ACS) en cambio, recomienda iniciar a los 25 años con un PAP o prueba conjunta cada 3 años, o una prueba de VPH cada 5 años. Ambos organismos recomiendan la prueba de VPH como prueba primaria de *screening* en lugar del PAP⁸. Coinciden también en que el *screening* no es necesario más allá de los 65 años, a excepción de un resultado anormal o ausencia de pruebas previas de *screening*. En pacientes con factores de riesgo tales como VIH positivo, inmunosupresión, antecedente de resultado anormal

reciente (generalmente 3 años) o con antecedentes personales de CaCu, la frecuencia de las pruebas debería aumentar a anualmente⁷.

El CaCu es altamente prevenible, pero el acceso adecuado al tamizaje sigue siendo un desafío, especialmente en países en desarrollo y de bajos recursos. Las barreras incluyen falta de conocimiento sobre los métodos de *screening*, desinformación, y políticas de salud poco claras²⁵. También afectan el acceso desigual a servicios de salud, infraestructura limitada y altos costos²⁶. Además, el temor a resultados positivos, la vergüenza²⁷, la baja asistencia a controles y factores socioculturales como la estigmatización, las tradiciones, y la falta de apoyo familiar dificultan la aceptación del tamizaje^{28,29}.

Los principales factores que aumentan la probabilidad de realizarse el *screening* son la educación y el automuestreo²⁷, seguidos por el interés por la salud³⁰, la vacunación contra el VPH³¹ y una actitud positiva hacia el *screening*, aumentando hasta 6 veces la probabilidad de participación³². Las intervenciones laborales como recordatorios telefónicos, distribución de *kits*, tiempo libre para las pruebas y cobertura financiera también son efectivas³⁰. En zonas rurales, las intervenciones grupales adaptadas culturalmente por profesionales de salud son las más eficaces³³, siendo los líderes comunitarios la fuente preferida de información²⁶. Además, las intervenciones digitales mediante videos y sesiones educativas duplicaron la intención de realizar el *screening*³⁴.

Descripción de las estrategias vigentes en Chile

En Chile se contempla el PAP y la prueba de VPH como tamizajes gratuitos GES, aunque la prueba de VPH aún no está totalmente implementada en todos los consultorios ni integrada plenamente en el tamizaje regular. A continuación, se explicarán las estrategias implementadas a nivel nacional.

El PAP se recomienda cada 3 años para mujeres entre 25 y 64 años. No se indica antes de los 25, ya que los riesgos superan los beneficios. Consiste en tomar una muestra del endocérnix y del exocérnix, excepto en mujeres embarazadas, a quienes solo se les toma muestra del exocérnix, en cualquier trimestre de gestación. Según la encuesta CASEN 2022³⁵, las principales razones por las que las mujeres no se realizan este examen son el olvido (23%), la falta de tiempo (18%) y la percepción de que no lo necesitan (15%) o que no les corresponde (11%).

Por otro lado, la prueba de VPH se recomienda entre los 30 y 64 años, ya que en mujeres más jóvenes la prevalencia del virus es muy alta y produciría resultados positivos de escasa utilidad. Cuando el resultado es positivo, se solicita una citología adicional o una genotipificación para los subtipos 16 y 18 del virus¹². En mujeres mayores de 65 años puede considerarse suspender el tamizaje si cuentan con antecedentes de resultados negativos

suficientes, excepto en quienes han tenido CaCu o lesiones de alto grado, para quienes se recomienda continuar con los controles⁴.

La autotoma para detectar el VPH ha adquirido creciente relevancia en Chile, pese a no estar aún incorporada al programa nacional de prevención del CaCu. Distintas instituciones la respaldan debido a su capacidad para ampliar la cobertura del tamizaje. La Fundación Arturo López Pérez, a través del programa “Hazte un tiempo”, ha distribuido 1000 kits en Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Región Metropolitana, con una tasa de devolución cercana al 100%, lo que evidencia una alta aceptación³⁶. En paralelo, el MINSAL ha comenzado a implementar la entrega de *kits* en comunas seleccionadas, como La Pintana, acompañando el procedimiento con consejería educativa.

La autotoma mejora el acceso para mujeres que no acuden a los exámenes tradicionales, y estudios locales confirman su buena acogida. En la Comuna de Puente Alto, un estudio de 2013 mostró que el 86,5% de las mujeres elegibles prefirió realizar la autotoma en su domicilio³⁷. En conjunto, la evidencia científica, su costo-efectividad y la alta aceptación de las usuarias sugieren una posibilidad real de que este método sea incorporado al GES en el futuro.

El manejo que se recomienda a nivel nacional para los resultados citológicos anormales es el siguiente⁴:

1. PAP Atípico:
 - a) PAP ASCUS: Repetir PAP a los 6 meses y derivar a colposcopia si persiste ASCUS, o realizar tipificación de VPH de alto riesgo y derivar si resulta positiva (opción preferente).
 - b) PAP con “células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión de alto grado” (ASCH por su sigla en inglés) y “células glandulares atípicas” (CGA): Derivar a colposcopia lo antes posible.
2. PAP Atípico CGA: Derivar a colposcopia para su estudio y dependiendo de la edad o factores asociados el control debe incluir biopsia endocervical y biopsia endometrial.

El tamizaje primario con VPH presenta desafíos debido a su menor especificidad comparada con el PAP, lo que aumenta significativamente las derivaciones al nivel secundario. Por tanto, se implementan estrategias de *triage* para optimizar la derivación:

1. Repetición de la prueba de VPH: En mujeres con un primer resultado positivo de VPH, se realiza una nueva prueba a los 12 meses. Solo aquellas con VPH persistente (positivo en ambas pruebas) son derivadas a colposcopia.
2. PAP de *triage*: Se realiza un examen de PAP en muestras de mujeres con VPH positivo para detectar anomalías citológicas. Si el resultado del PAP es anormal, se deriva a colposcopia de forma inmediata. Este procedimiento puede implemen-

tarse de manera refleja, recolectando la muestra de PAP al mismo tiempo que la prueba de VPH y analizándola únicamente si el resultado del VPH es positivo.

3. Genotipificación de VPH 16-18: Las mujeres con resultados positivos para los genotipos VPH16 o VPH16-18 deben ser derivadas a colposcopia de manera inmediata.
4. Repetición de la prueba combinada: En casos de

mujeres con VPH positivo y PAP negativo, se recomienda repetir la prueba combinada (prueba de VPH y PAP) a los 12 meses o a genotipificación VPH 16-18.

En la Tabla 1 se muestra una comparación entre las recomendaciones internacionales y estrategia vigente en Chile para prevención secundaria (tamizaje) del CaCu.

Tabla 1. Comparación entre recomendaciones internacionales y estrategia vigente en Chile para prevención secundaria (tamizaje) del CaCu.

Componente	Recomendaciones internacionales	Situación en Chile	Brecha / punto crítico
Método principal de tamizaje	Tendencia a tamizaje primario con VPH por mayor sensibilidad y eficiencia	PAP como método principal; VPH como complemento y con implementación heterogénea	Rezago en la adopción del VPH como estrategia central
Edad de inicio	21-25 años, según guía	25-64 años	Diferencia menor, alineada a lineamientos nacionales
Intervalo de tamizaje	Intervalos más largos con VPH (por ejemplo, 5 años)	PAP cada 3 años	Menor eficiencia del modelo basado en PAP
VPH como prueba primaria	Recomendado como estándar emergente	Uso parcial, no universal	Implementación incompleta limita impacto poblacional
Autotoma para VPH	Estrategia clave para aumentar cobertura y equidad	No incorporada formalmente; experiencias piloto	Oportunidad inmediata de mejora de cobertura
Estrategias de <i>triage</i>	<i>Triage</i> estandarizado tras VPH positivo	Esquemas variables según contexto	Necesidad de estandarización operativa
Cobertura del tamizaje	Alta cobertura como objetivo programático	Cobertura bajo la meta nacional	Principal brecha del programa
Barreras de adherencia	Acceso, tiempo, factores socioculturales	Olvido, falta de tiempo, baja percepción de riesgo	Requiere estrategias centradas en la usuaria

DISCUSIÓN

La presente revisión bibliográfica analiza críticamente las estrategias de prevención del CaCu en Chile en comparación con las recomendaciones internacionales. Chile ha logrado avances importantes en reducción de mortalidad gracias a la implementación temprana de un programa nacional de tamizaje, centrado históricamente en el PAP. Sin embargo, aún se evidencian brechas significativas en cobertura, equidad y modernización tecnológica.

La literatura internacional muestra una transición clara desde métodos citológicos hacia el tamizaje primario con prueba de VPH, debido a su mayor sensibilidad y capacidad para detectar lesiones de alto grado en etapas más tempranas, además de su automatización, reproducibilidad y costo-efectividad, permitiendo extender los intervalos de tamizaje a cinco años sin comprometer la detección oportuna. En contraste, Chile mantiene el PAP como método principal cada 3 años para mujeres de 25 a 64 años, mientras que la prueba de VPH se ofrece solo como complemento, limitada a disponibilidad¹².

Además, la cobertura de tamizaje en Chile es insuficiente. Solo el 66,2% de mujeres se realizaron el PAP en 2020⁶, por debajo de la meta del 80%⁴, mientras que el 27,8% de las mujeres declara no

haberse realizado nunca la prueba, especialmente en zonas rurales⁶. Las barreras al cribado tradicional incluyen incomodidad con el examen ginecológico, falta de tiempo, limitaciones idiomáticas y desigualdad en el acceso a pruebas de mayor calidad¹⁹.

La comparación internacional evidencia que Chile presenta un rezago en la implementación plena de estrategias más costo-efectivas, automatizadas y centradas en la usuaria. En este escenario, priorizar la prueba de VPH como método principal podría mejorar de manera significativa la cobertura, reducir los falsos negativos, aumentar la detección temprana de lesiones y alinear al país con las recomendaciones globales. La implementación efectiva requiere superar la resistencia a la innovación en los sistemas de salud y promover tecnologías de punto de atención (POC por su sigla en inglés) y *triage* molecular o citológico bien definidos¹².

CONCLUSIÓN

Si bien Chile ha logrado avances significativos en la reducción de la mortalidad por CaCu, aún persisten brechas importantes en cobertura, equidad y actualización tecnológica que limitan el impacto del programa nacional de prevención. La evidencia

internacional demuestra de manera consistente que la prueba de VPH, especialmente en su modalidad de autotoma, es más sensible, costo-efectiva y eficaz para aumentar la participación, lo que la posiciona como la estrategia recomendada para los programas modernos de tamizaje. Sin embargo, su implementación en Chile continúa siendo parcial y heterogénea, representando una oportunidad clave para fortalecer la prevención secundaria y avanzar hacia estándares internacionales.

La evidencia disponible sugiere la necesidad de estudios futuros que profundicen en la costo-efectividad de implementar el tamizaje primario con prueba de VPH a nivel nacional, así como estudios de implementación que permitan identificar barreras logísticas y organizacionales en la transición hacia nuevas tecnologías diagnósticas.

Respecto a las limitaciones de esta revisión, cabe mencionar que se restringió la búsqueda a artículos en español e inglés. La disponibilidad de textos completos gratuitos también actuó como un filtro que pudo haber dejado fuera evidencia reciente de revistas de alto impacto con acceso restringido.

A nivel de pregrado, esta revisión bibliográfica permitió desarrollar habilidades de análisis crítico de la literatura científica, fortalecer la medicina basada en evidencia y comprender la relevancia de integrar evidencia actual en la toma de decisiones clínicas y en el diseño de estrategias de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Cervix Uteri. Cancer site ranking [Internet]. Ginebra: Global Cancer Observatory; 2025 [citado el 6 de octubre 2025]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancer/s23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2018 [citado el 6 de octubre 2025];68(6):394-424. Disponible en: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Bruni L, Serrano B, Roura E, Alemany L, Cowan M, Herrero R, et al. Cervical cancer screening programmes and age-specific coverage estimates for 202 countries and territories worldwide: a review and synthetic analysis. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre 2025];10(8):e1115-e1127. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(22\)00241-8](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(22)00241-8)
- Ministerio de Salud de Chile. Guías clínicas AUGÉ Cáncer Cérvico Uterino (GPC-CaCU) [Internet]. Santiago: MINSAL; 2015 [citado el 6 de octubre 2025]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/GPC-CaCU-Final.PLdocx.pdf
- Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results [Internet]. USA: University of Washington; 2025 [citado el 6 de octubre 2025]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS), Facultad de Gobierno, Universidad del Desarrollo. Resultados CASEN 2022 Papanicolaou [Internet]. Santiago: UDD; 2023 [citado el 6 de octubre 2025]. Disponible en: https://gobierno.udd.cl/cips/files/2023/08/resultadoscasen_pap.pdf
- National Cancer Institute. Cervical Cancer Screening [Internet]. USA: NIH; 2024 [citado el 6 de octubre 2025]. Disponible en: https://www.cancer.gov/types/cervical/screening#_3
- Godoy LR, Possati-Resende JC, Guimarães YM, Pedrão PG, Dos Reis R, Longatto-Filho A. Implementation of HPV Tests in Latin America: What We Learned; What Should We Have Learned, and What Can We Do Better? *Cancers (Basel)* [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre 2025];14(11):2612. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/cancers14112612>
- Bouvard V, Wentzensen N, Mackie A, Berkhof J, Brotherton J, Giorgi-Rossi P, et al. The IARC Perspective on Cervical Cancer Screening. *N Engl J Med* [Internet]. 2021 [citado el 6 de octubre 2025];385(20):1908-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMsr2030640>
- Mayrand MH, Duarte-Franco E, Rodrigues I, Walter SD, Hanley J, Ferenczy A, et al. Human papillomavirus DNA versus Papanicolaou screening tests for cervical cancer. *N Engl J Med* [Internet]. 2007 [citado el 6 de octubre 2025];357(16):1579-88. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa071430>
- Terrazas S, Ibáñez C, Lagos M, Poggi H, Brañes J, Barriga MI, et al. Examen de detección de virus papiloma humano en el tamizaje de cáncer cervicouterino en un Servicio de Salud de Santiago, Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2015 [citado el 6 de octubre 2025];143(3):408. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872015000100007>
- Ferreccio C. Nuevas estrategias de prevención y control de cáncer de cuello uterino en Chile. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2018 [citado el 6 de octubre 2025];60(6):713-21. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/8577>
- Kyrgiou M, Arbyn M, Bergeron C, Bosch FX, Dillner J, Jit M, et al. Cervical screening: ESGO–EFC position paper of the European Society of Gynaecologic Oncology (ESGO) and the European Federation of Colposcopy (EFC). *Br J Cancer* [Internet]. 2020 [citado el 6 de octubre 2025];123(4):510-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41416-020-0920-9>
- Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, Martin-Hirsch P, Siebers AG, Bulten J. Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 [citado el 6 de octubre 2025];111(1):167-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000296488.85807.b3>
- Nishio H, Iwata T, Nomura H, Morisada T, Takeshima N, Takano H, et al. Liquid-based cytology vs conventional cytology for detection of uterine cervical lesions: a prospective observational study. *Jpn J Clin Oncol* [Internet]. 2018 [citado el 6 de octubre 2025];48(6):522-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jjco/hyy050>
- Sefuthi T, Nkonki L. A systematic review of economic evaluations of cervical cancer screening methods. *Syst Rev* [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre 2025];11(1):162. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02017-z>
- Malone C, Barnabas RV, Buist DSM, Tiro JA, Winer RL. Cost-effectiveness studies of HPV self-sampling: a systematic review. *Prev Med* [Internet]. 2020 [citado el 6 de octubre 2025];132:105953. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105953>
- Di Gennaro G, Licata F, Trovato A, Bianco A. Does self-sampling for human papilloma virus testing have the potential to increase cervical cancer screening? An updated meta-analysis of observational studies and randomized clinical trials. *Front Public Health* [Internet].

- 2022 [citado el 6 de octubre 2025];10:1003461. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1003461>
19. Vega-Crespo B, Neira VA, Maldonado-Rengel R, López D, Delgado-López D, Guerra Astudillo G, Verhoeven V. Barriers and Advantages of Self-Sampling Tests, for HPV Diagnosis: A Qualitative Field Experience Before Implementation in a Rural Community in Ecuador. *Int J Women Health* [Internet]. 2024 [citado el 6 de octubre 2025];16:947-60. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/ijwh.s455118>
 20. Cora-Cruz MS, Martínez O, Pérez S, Fang CY. Evaluating human papillomavirus (HPV) self-sampling among Latinas in the United States: A systematic review. *Cancer Med* [Internet]. 2024 [citado el 6 de octubre 2025];13(16):e70098. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cam4.70098>
 21. Ministerio de Salud de Argentina, Instituto Nacional del Cáncer. Manual para la implementación del test de VPH en contexto programático [Internet]. Argentina: INC; 2016 [citado el 6 de octubre 2025]. Disponible en: <https://www.fasgo.org.ar/images/manual-para-la-implementacion-test-vph-en-contexto-programatico.pdf>
 22. Porras C, Hildesheim A, González P, Schiffman M, Rodríguez AC, Wacholder S, et al. Performance of self-collected cervical samples in screening for future precancer using human papillomavirus DNA testing. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2014 [citado el 6 de octubre 2025];107(1):400. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jnci/dju400>
 23. Costa S, Verberckmoes B, Castle PE, Arbyn M. Offering HPV self-sampling kits: an updated meta-analysis of the effectiveness of strategies to increase participation in cervical cancer screening. *Br J Cancer* [Internet]. 2023 [citado el 6 de octubre 2025];128(5):805-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41416-022-02094-w>
 24. Serrano B, Ibáñez R, Robles C, Peremiquel-Trillas P, de Sanjosé S, Bruni L. Worldwide use of HPV self-sampling for cervical cancer screening. *Prev Med* [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre 2025];154:10690. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106900>
 25. Nothacker J, Nury E, Roebli Mathieu M, Raatz H, Meerpohl JJ, Schmucker C. Women's attitudes towards a human papillomavirus-based cervical cancer screening strategy: a systematic review. *BMJ Sex Reprod Health* [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre 2025];48(4):295-306. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2022-201515/>
 26. Chepkorir J, Guillaume D, Lee J, Duroseau B, Xia Z, Wyche S, et al. The Role of Health Information Sources on Cervical Cancer Literacy, Knowledge, Attitudes and Screening Practices in Sub-Saharan African Women: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2024 [citado el 6 de octubre 2025];21(7):872. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph21070872>
 27. Srinath A, van Merode F, Rao SV, Pavlova M. Barriers to cervical cancer and breast cancer screening uptake in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Policy Plan* [Internet]. 2023 [citado el 6 de octubre 2025];38(4):509-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapol/czac104>
 28. Mantula F, Toefy Y, Sewram V. Barriers to cervical cancer screening in Africa: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 [citado el 6 de octubre 2025];24(1):525. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17842-1>
 29. Petersen Z, Jaca A, Ginindza TG, Maseko G, Takatshana S, Ndlovu P, et al. Barriers to uptake of cervical cancer screening services in low-and-middle-income countries: a systematic review. *BMC Womens Health* [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre 2025];22(1):486. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02043-y>
 30. Mon HM, Robb KA, Demou E. Effectiveness of workplace cancer screening interventions: a systematic review. *BMC Cancer* [Internet]. 2024 [citado el 6 de octubre 2025];24(1):999. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12885-024-12649-0>
 31. Ssentongo P, McCall-Hosenfeld JS, Calo WA, Moss J, Lengerich EJ, Chinchilli VM, Ba DM. Association of human papillomavirus vaccination with cervical cancer screening: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre 2025];101(28):e29329. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000029329>
 32. Kassie AM, Abate BB, Kassaw MW, Aragie TG, Geleta BA, Shiferaw WS. Impact of knowledge and attitude on the utilization rate of cervical cancer screening tests among Ethiopian women: A systematic review and meta-analysis. [Internet]. 2020 [citado el 6 de octubre 2025];15(12):e0239927. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239927>
 33. Zhang M, Sit JWH, Chan DNS, Akingbade O, Chan CWH. Educational Interventions to Promote Cervical Cancer Screening among Rural Populations: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre 2025];19(11):6874. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19116874>
 34. Romli R, Abd Rahman R, Chew KT, Mohd Hashim S, Mohamad EMW, Mohammed Nawi A. Empirical investigation of e-health intervention in cervical cancer screening: A systematic literature review. *PLoS One* [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre 2025];17(8):e0273375. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273375>
 35. Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud. Falta de tiempo, desconocimiento y olvido son las razones principales de por qué las mujeres no se realizan el examen papanicolaou en Chile [Internet]. Santiago: UDD; 2023 [citado el 6 de octubre 2025]. Disponible en: <https://gobierno.udd.cl/cips/2023/08/01/falta-de-tiempo-desconocimiento-y-olvido-son-las-razones-principales-de-por-que-las-mujeres-no-se-realizan-el-examen-papanicolaou-en-chile/>
 36. Fundación Arturo López Pérez. Programa "Hazte un tiempo, comienza por ti" atendió a más de 14 mil mujeres en su primer año [Internet]. Santiago: FALP; 2024 [citado el 6 de octubre 2025]. Disponible en: <https://www.falp.org/noticia/programa-hazte-un-tiempo-comienza-por-ti-atendio-a-mas-de-14-mil-mujeres-en-su-primer-ano/>
 37. Léniz J, Barriga MI, Lagos M, Ibáñez C, Puschel K, Ferreccio C. Autotoma vaginal para detección de virus del papiloma humano en mujeres no adherentes a tamizaje con Papanicolaou en Chile. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2013 [citado el 6 de octubre 2025];55(2):162-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200007&lng=es