Rev Obstet Ginecol Venez. 2026; 86 (1): 112-124.
https://doi.org/10.51288/00860114

Revisión sistemática de normativas en la prevención del cáncer de cérvix en Latinoamérica: implicancias para la gestión sanitaria

Andrea A Reyes-Alvarado,[1] Diana A Chumbe-Perlacios,[1] Luis CM Lozano-Ocampo,[1] José M Vela-Ruiz,[1,2] María del Socorro Alatrista Gutiérrez Vda. Bambarén.[1,2]

RESUMEN

Objetivo: *Revisar sistemáticamente la normativa vigente sobre la prevención del cáncer de cérvix y virus de papiloma humano (VPH) en países latinoamericanos.*

Métodos: *Estudio descriptivo mediante revisión documental de guías clínicas y políticas nacionales de 20 países, publicadas entre 2013 y 2024 y consultadas entre abril y mayo de 2025.*

Resultados: *Se evidenció una marcada heterogeneidad normativa en estrategias de vacunación, tamizaje y tratamiento. Algunos países han incorporado el test molecular de virus de papiloma humano y esquemas de vacunación ampliados, pero persisten vacíos en componentes comunitarios, educativos e interculturales, así como falta de actualización en varias guías.*

Conclusión: *Es urgente avanzar hacia un marco normativo regional armonizado, equitativo y adaptado al contexto sociocultural, que fortalezca una respuesta sanitaria integral frente a esta enfermedad prevenible.*

Palabras clave*: Normas de planificación en salud, Virus del papiloma humano, Prevención primaria, Prevención secundaria, Tamizaje.*

Systematic review of cervical cancer prevention policies in Latin America: Implications for health system management

SUMMARY

Objective: *To systematically review current regulations for the prevention of cervical cancer and human papillomavirus (HPV) in Latin American countries.*

Methods: *Descriptive study based on a documentary review of clinical guidelines and national policies from 20 countries, published between 2013 and 2024. Data were consulted between April and May 2025.*

Results: *A marked regulatory heterogeneity was identified in vaccination, screening, and treatment strategies. Some countries have adopted human papillomavirus molecular testing and expanded vaccination programs, but there are still gaps in community, educational, and intercultural components, as well as a lack of updates in several guidelines.*

Conclusion: *There is an urgent need to move toward a harmonized, equitable, and culturally adapted regional regulatory framework to strengthen a comprehensive health response to this preventable disease.*

Keywords: *Health planning guidelines, Human papillomavirus viruses, Primary prevention, Secondary prevention, Diagnostic screening programs.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. Es la cuarta neoplasia más común en mujeres, con una incidencia global del 6,9 % (1). En América Latina y el Caribe, según GLOBOCAN 2022, ocupa el cuarto lugar en incidencia y mortalidad, afectando de forma desproporcionada a la población femenina (2).

En el Perú, solo en 2020 se diagnosticaron 4270 nuevos casos, y se reportaron 2288 muertes por esta causa. Las regiones más afectadas son Lima, Junín, San Martín, Tumbes y Loreto, siendo esta última la más perjudicada, con un aumento sostenido en la incidencia durante los últimos años (3).

Aunque se trata de una enfermedad prevenible y curable en etapas tempranas, persisten importantes

[1]Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú. [2]Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas (INICIB), Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú. Correo para correspondencia: reyesalvaradoandrea2003@gmail.com

Forma de citar este artículo: Reyes-Alvarado AA, Chumbe-Perlacios DA, Lozano-Ocampo LCM, Vela-Ruiz JM, Alatrista MS. Revisión Sistemática de Normativas en la Prevención del Cáncer de Cérvix en Latinoamérica: Implicancias para la Gestión Sanitaria. Rev Obstet Ginecol Venez. 2026; 86(1):112-124. DOI: 10.51288/00860114

barreras para su control efectivo. Las dificultades se concentran en el acceso limitado a programas de tamizaje y vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), la demora en el tratamiento y la falta de implementación efectiva de políticas públicas (4). Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha instado a los países a adoptar estrategias integrales de prevención y control, sustentadas en normativas claras, actualizadas y adaptadas a cada contexto (1).

El impacto económico es considerable: según un artículo del Wight (5), América Latina ha invertido más de USD 600 millones en programas de vacunación y tamizaje de VPH, con la meta de alcanzar 86 millones de niñas para 2025. A esto se suman los costos de vacunación y tratamiento, que pueden alcanzar entre USD 500 y 1000 por paciente, dependiendo del país (6). En Perú, el tamizaje con Papanicolau cuesta entre S/30 y S/150, la prueba de VPH entre S/100 y S/400, y tratamientos como la conización o la radioterapia pueden superar los S/25000 (7). Aunque el sistema público subsidia gran parte de estos servicios, subsisten amplias brechas de acceso, especialmente en zonas rurales (7, 8).

En este contexto, incorporar un enfoque intercultural en las estrategias de prevención no es un complemento opcional, sino una necesidad urgente. Las mujeres indígenas y rurales no solo enfrentan barreras geográficas y económicas, sino también profundas diferencias culturales: hablan otras lenguas, comprenden la salud desde cosmovisiones distintas y muchas veces desconfían del sistema médico occidental, históricamente excluyente (9, 10).

Diversas experiencias en Perú y México han demostrado que la inclusión de promotores bilingües, parteras tradicionales y materiales educativos adaptados culturalmente mejora significativamente la aceptación de las campañas de tamizaje (9, 11). No obstante, estos avances requieren respaldo estructural. La formación del personal de salud debe incorporar competencias interculturales: empatía, respeto por otros saberes y capacidad de diálogo. En regiones de Perú y Bolivia, la integración de estrategias médicas convencionales con conocimientos tradicionales ha incrementado hasta en un 30 % la cobertura de tamizaje en comunidades previamente excluidas (11). Estos logros solo pueden sostenerse si existen políticas claras que aseguren la participación activa de las comunidades en el diseño e implementación de los programas de salud (10, 12).

Estas experiencias evidencian la urgencia de contar con marcos normativos que sean no solo técnicamente sólidos, sino también culturalmente pertinentes. Sin embargo, en América Latina, la existencia y aplicación de normativas nacionales para el control del cáncer de cuello uterino es sumamente heterogénea, lo que plantea interrogantes sobre la efectividad de las políticas públicas y la necesidad de armonizar estrategias según estándares internacionales.

Por ello, el presente artículo tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de la normatividad vigente sobre el cáncer de cuello uterino en países latinoamericanos, identificando similitudes, brechas y oportunidades de mejora, con el fin de contribuir al fortalecimiento de políticas sanitarias integrales, inclusivas y culturalmente sensibles.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo en el cual se recolectó información referente a los lineamientos de una revisión sistemática. Su objetivo fue identificar, analizar y comparar normativas y guías de práctica clínica relacionadas con la prevención del cáncer de cuello uterino en países de América Latina. La búsqueda de información se realizó entre abril y mayo de 2025.

Se consultaron fuentes oficiales, como los portales web de los Ministerios de Salud de cada país, y bases de datos académicas como PubMed y Google Académico. Para ello, se emplearon términos combinados en español, portugués e inglés, tales como "normas de planificación en salud", "virus del papiloma humano", "prevención primaria", "prevención secundaria", "tamizaje", junto con el nombre de cada país latinoamericano.

Se tomaron en cuenta guías, normas técnicas y artículos científicos que fueran emitidos o respaldados por Ministerios de Salud o instituciones oficiales; estuvieran enfocados en la prevención, tamizaje o manejo del cáncer de cuello uterino en mujeres; hubieran sido publicados entre 2013 y 2024; estuvieran redactados en español, portugués o inglés, y analizaran políticas nacionales en al menos un país latinoamericano.

Se excluyeron documentos que no estuvieran dirigidos al contexto latinoamericano o que carecieran de validación oficial, tuvieran únicamente un enfoque clínico sin considerar el componente normativo, estuvieran desactualizados (anteriores a 2013), salvo excepciones relevantes, correspondieran a normas subnacionales o regionales sin alcance nacional.

La información fue organizada en tres dimensiones clave: estrategias de prevención primaria y secundaria, recomendaciones diagnósticas y lineamientos terapéuticos.

A modo de referencia internacional, se utilizó la Guía de la Organización Mundial de la Salud (2022) sobre prevención y control del cáncer de cuello uterino (13). A partir de ella, se compararon las políticas nacionales de países como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú, Uruguay y Venezuela, identificando similitudes, vacíos y oportunidades de mejora en la gestión sanitaria regional.

RESULTADOS

A partir de la revisión de las normativas nacionales de 20 países latinoamericanos, incluidos Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela, se obtuvieron resultados agrupados en tres categorías. En cuanto a estrategias de prevención (primaria y secundaria) (Tabla 1), se identificaron variaciones en los esquemas de vacunación contra el VPH y en la implementación del tamizaje, especialmente en la edad de inicio y la periodicidad. Respecto a las recomendaciones diagnósticas (Tabla 2), aunque todos los países consideran la citología y la prueba de VPH, existen diferencias en la aplicación de colposcopía y los criterios de derivación. En los lineamientos terapéuticos (Tabla 3), se observó disparidad en los enfoques de tratamiento según el estadio clínico, con variaciones en los protocolos de manejo y el acceso a recursos médicos.

Las estrategias preventivas frente al cáncer de cuello uterino en Latinoamérica muestran una evolución progresiva, aunque con marcada heterogeneidad. Perú, Brasil, México, Costa Rica y Uruguay implementan programas nacionales de vacunación contra el VPH, algunos incluyendo a varones (como Panamá y Uruguay), con esquemas dirigidos a población entre los 9 y 18 años. En prevención secundaria, la mayoría de países emplea citología (como Chile, Paraguay, Bolivia), mientras que Perú, Costa Rica y Uruguay han integrado el test molecular de VPH como herramienta primaria, a menudo combinada con citología o inspección visual con ácido acético (IVAA) según el contexto. Es destacable el uso de autotoma en Argentina y Perú, orientada a ampliar la cobertura. Asimismo, varios países (como Colombia, Venezuela y República Dominicana) promueven la educación sexual y reproductiva, lo que refuerza el componente de prevención primaria desde una perspectiva de salud pública integral (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación respecto a las estrategias de prevención del cáncer de cérvix.

	Guías	Estrategias de Prevención
01	Argentina (2015)(14)	Primaria: No está detallada en el manual. Secundaria: Tamizaje organizado con la prueba de VPH a mujeres de 30 años o más. Uso de autotoma para aumentar cobertura. Triaje con citología en VPH positivo. Citología convencional en menores de 30 años.
02	Bolivia (2009-2015)(21)	Primaria: Educación sanitaria, promoción de salud, mención futura de vacunación contra VPH. Secundaria: Tamizaje con Papanicolaou anual en mujeres de 25 a 64 años. Uso complementario de IVAA en zonas rurales.
03	Brasil (2021)(15)	Primaria: Vacunación contra VPH incluida en el programa nacional desde 2014 para niñas de 9-14 años. Secundaria: Tamizaje con citología en mujeres de 25 a 64 años. Promoción de vida saludable.
04	Chile (2022)(27)	Primaria: Educación en salud para prevención de infecciones de transmisión sexual. Promoción de vacunación contra el VPH. Secundaria: Tamizaje mediante examen de Papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años para detectar lesiones preinvasoras y tratarlas oportunamente.
05	Colombia (2000)(28)	Primaria: Educación en salud para la prevención de factores de riesgo (infecciones de transmisión sexual, inicio sexual precoz, múltiples parejas sexuales). Secundaria: Tamizaje con citología cervicouterina en mujeres de 25-69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, bajo esquema 1-1-3 (dos citologías anuales consecutivas si normales, luego cada tres años).
06	Costa Rica (2023)(16)	Primaria: Vacunación contra VPH en niñas de 10 años (programa nacional de inmunizaciones). Secundaria: Tamizaje mediante prueba de VPH (30-64 años), reemplazando progresivamente la citología de Papanicolaou. Mujeres de 20-30 años continúan con citología convencional. Educación para el autocuidado y promoción de la salud.
07	Cuba (2014)(29)	Primaria: Educación para la salud sexual, promoción de prácticas sexuales seguras, fortalecimiento del autocuidado. Secundaria: Pesquisa organizada con citología (Papanicolaou) cada 3 años en mujeres de 25-64 años. Se está introduciendo gradualmente la prueba de VPH como tamizaje primario.
08	República Dominicana (2007)(30)	Primaria: Vacunación contra el VPH, además de Educación y promoción de la salud. Secundaria: Tamizaje con pruebas de alta precisión, cobertura de detección y tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas.
09	Ecuador (2024)(31)	Primaria: Vacunación contra el VPH, además de campañas de concientización y la incorporación del contenido académico del tema en educación superior. Secundaria: Tamizaje con citología y pruebas de detección de VPH además del fortalecimiento del sistema de información más el diagnóstico y la atención especializada.
10	El Salvador (2021)(32)	Primaria: Vacunación contra el VPH, además de educación sexual. Secundaria: Tamizaje con citología (PAP) y pruebas de detección de VPH además de protocolo de seguimiento.
11	Guatemala (2014-2024)(33)	Primaria: Vacunación contra el VPH, además de educación sexual. Secundaria: Tamizaje con citología (PAP) en mujeres de 30-59 años, cada 3 años y pruebas de detección de VPH.
12	Haití (2023)(34)	Primaria: Vacunación contra el VPH. Secundaria: Hay un programa nacional de cribado del cáncer de cuello uterino con pruebas de VPH. Hay un programa/directrices para reforzar la detección precoz de los primeros síntomas en la atención primaria. Hay un sistema de derivación claramente definido desde la atención primaria a la atención secundaria y terciaria.
13	Honduras (2024)(35)	Primaria: Vacunación contra el VPH, además de educación sexual. Secundaria: Tamizaje con citología (PAP) y pruebas de detección de VPH piloto en zonas urbanas.
14	México (2015)(17)	Primaria: Vacunación contra el VPH y educación comunitaria. Secundaria: Pruebas de VPH de forma prioritaria a mujeres de entre 30-65 años además de una citología de base líquida cada 3 años si es que no hubiese acceso a prueba con VPH.
15	Nicaragua (2010)(22)	Primaria: Educación sexual y fortalecimiento del autocuidado. Secundaria: Tamizaje dirigido a mujeres de 30 a 35 años, en zonas rurales.
16	Panamá (2017)(18)	Primaria: Vacunación contra el VPH desde los 10 años (niñas y niños, vacuna tetravalente). Secundaria: Uso de tipificación de VPH en combinación con citología convencional o base líquida desde los 21 años, cada 2 años.
17	Paraguay (2010)(23)	Primaria: Educación sexual y reproductiva. Promoción de los derechos. Secundaria: Detección precoz mediante citología cervical (PAP), dirigida a mujeres de 25 a 49 años.
18	Perú (2017-2021) (19)	Primaria: Vacunación contra VPH (niñas y niños de 12 a 18 años). Secundaria: Tamizaje usando prueba molecular de VPH como método principal, además de citología e IVAA (inspección visual con ácido acético). Fomento de auto-toma de muestras. Intervención comunitaria.
19	Uruguay (2024)(20)	Primaria: Vacunación contra el VPH (niñas y niños de 11 a 26 años), educación sexual y control ginecológico anual. Secundaria: Citología para mujeres no vacunadas o vacunadas tardíamente y tamizaje con prueba de VPH.
20	Venezuela (2013)(24)	Primaria: Educación sexual y reproductiva, acceso gratuito a métodos anticonceptivos modernos y campañas contra la violencia sexual y de género. Secundaria: Tamizaje y control periódico como parte de la atención integral en salud sexual y reproductiva y detección temprana del cáncer cérvico uterino y de mama.

Las normativas diagnósticas reflejan enfoques diversos, con una transición creciente hacia tecnologías de mayor sensibilidad. Las pruebas de tamizaje varían entre citología, IVAA y prueba de VPH, según recursos y población objetivo. Perú emplea un enfoque mixto que prioriza el test molecular de VPH mediante autotoma, complementado con IVAA o citología donde no hay acceso a pruebas moleculares. Costa Rica y Uruguay también usan la prueba de VPH como método primario, con intervalos de repetición más amplios (5 años). Brasil, Colombia y Panamá mantienen programas organizados con citología y rutas claras de derivación. En países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala y Haití, la IVAA se utiliza como alternativa en áreas con limitaciones. Chile resalta por establecer tiempos máximos desde la sospecha hasta el diagnóstico y estadificación, lo que optimiza la respuesta sanitaria (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación respecto a las recomendaciones diagnósticas del cáncer de cérvix

	Guías	Recomendaciones Diagnósticas
01	Argentina (2015)(14)	Mujeres ≥30 años: Prueba de VPH como tamizaje primario. Sí los resultados mostraran que la prueba VPH es positiva, triaje con citología; si es anormal, colposcopia y biopsia. Mujeres <30 años: Citología convencional. Seguimiento diferenciado según resultados. Adolescentes: No tamizar.
02	Bolivia (2009-2015)(21)	Mujeres 25-64 años: PAP como prueba principal. Lesiones sospechosas referidas a colposcopia y biopsia. IVAA como método alternativo en áreas rurales. No se emplea prueba de VPH.
03	Brasil (2021)(15)	Mujeres 25-64 años: Citología como método de tamizaje. Programa de cribado nacional activo. Sistema de derivación entre niveles de atención claramente definidos. Cobertura de tamizaje: 41 % de mujeres de 30-49 años en los últimos 5 años.
04	Chile (2022)(27)	Diagnóstico confirmado en centros especializados (CDT/CRS, Hospitales). Máximo 30 días desde sospecha para diagnóstico confirmado y 20 días para etapificación.
05	Colombia (2000)(28)	Si la citología es anormal, remitir a unidad especializada para colposcopia y biopsia dirigida. Diagnóstico definitivo basado en colposcopia, biopsia y sistema Bethesda.
06	Costa Rica (2023)(16)	Uso de prueba de VPH como tamizaje primario (mayor sensibilidad: 98 %), con intervalo de repetición de 5 años si es negativa. Mujeres 20-30 años: Citología cada 2 años. Seguimiento colposcópico para resultados anormales. Implementación de sistemas de información para seguimiento de casos.
07	Cuba (2014)(29)	Citología convencional como base del tamizaje. Colposcopia y biopsia dirigidas en caso de resultados anormales. El diagnóstico busca confirmar lesiones precursoras o cáncer.
08	República Dominicana (2007)(30)	Tamizaje tradicional con citología (PAP): La toma de PAP a todas las pacientes. Tamizaje con test de ADN-VPH: Realice el test en los centros que tengan disponibles facilidades para este estudio a todas las pacientes de riesgo Tamizaje por inspección visual: Observe toda el área vulvar, vagina y cuello cuando realice la inspección, en busca de lesiones sospechosas de VPH
09	Ecuador (2024)(31)	Ecuador ha adoptado la estrategia 90-70-90 de la OMS para eliminar el cáncer de cuello uterino como problema de salud pública. Esta estrategia establece las siguientes metas para 2030: 90 % de las niñas completamente vacunadas contra el VPH antes de los 15 años. 70 % de las mujeres examinadas con una prueba de alta precisión a los 35 y 45 años 90 % de las mujeres diagnosticadas con lesiones precancerosas o cáncer invasivo reciben tratamiento adecuado.
10	El Salvador (2021)(32)	Tamizaje: -PAP (30-59 años, cada 3 años). -Prueba de VPH (en expansión).
11	Guatemala (2014-2024)(33)	Papanicolaou (PAP) para mujeres de 30 a 59 años (cada 3 años si resultado normal). Inspección visual con ácido acético (IVAA) en áreas rurales sin acceso a PAP. Prueba de VPH (en zonas piloto para mujeres ≥30 años). Cobertura: Meta del 80 % de mujeres tamizadas.
12	Haití (2023)(34)	Citología (PAP): Mujeres 30-49 años (cada 3-5 años si resultado normal). Inspección visual con ácido acético (IVAA): Método alternativo en áreas sin laboratorio. Prueba de VPH (si está disponible): Para mujeres 30+ (cada 5 años).
13	Honduras (2024)(35)	PAP (principal) para mujeres de 30-59 años (cada 3 años). Prueba de VPH (piloto en zonas urbanas).
14	México (2015)(17)	En ciertas poblaciones la atención es prioritaria, como pasa por ejemplo en mujeres de 30-65 años sin seguridad social. Pacientes que viven en zonas rurales y de difícil acceso (autotoma de VPH). Si hay sangrado postcoital se tiene que hacer una derivación inmediata.

Tabla 2. Comparación respecto a las recomendaciones diagnósticas del cáncer de cérvix (Cont.)

	Guías	Recomendaciones Diagnósticas
15	Nicaragua (2010)(22)	Inspección con ácido acético como método principal de tamizaje y empleo del diagnóstico clínico inmediato en el 1er contacto.
16	Panamá (2017)(18)	Tamizaje mediante citología y pruebas biomoleculares, uso de la clasificación de Bethesda para interpretar resultados. Colposcopia en ASCUS persistente, atipias glandulares, lesiones visibles o VPH (+).
17	Paraguay (2010)(23)	Tamizaje con citología cada 3 años tras tres controles anuales normales. Uso del Sistema Bethesda (2001) para informes. Colposcopía según Clasificación Barcelona (2002). Diagnóstico histológico por correlación citohistológica. En caso de resultados anormales, derivación a centros de referencia.
18	Perú (2017-2021) (19)	Tamizaje a partir de auto-toma de muestras para prueba molecular de VPH. Priorizar la detección de VPH de alto riesgo. Uso complementario de IVAA y PAP en áreas donde no se dispone de pruebas moleculares. Diagnóstico temprano para atención oportuna
19	Uruguay (2024)(20)	Prueba de VPH como tamizaje primario y/o citología. Derivación a colposcopía para VPH 16/18 positivo y citología triaje para otros genotipos.
20	Venezuela (2013)(24)	Se promueve la detección temprana y los programas de oncología para cáncer ginecológico y mamario.

Los lineamientos terapéuticos varían según el grado de lesión y el acceso a servicios especializados. En Perú, el tratamiento inmediato de lesiones precancerosas mediante crioterapia o extirpación electroquirúrgica con asa (LEEP), y el manejo del cáncer invasor en hospitales especializados, conforman un sistema articulado respaldado por la red de servicios. Similar enfoque se observa en Chile, donde se establecen plazos específicos para tratamiento según el tipo de lesión, y en Brasil, que ofrece cobertura nacional para cirugía, quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos. Países como Colombia, México, Guatemala y Honduras también aplican tratamientos escisionales (LEEP, conización) para lesiones de alto grado, y vigilancia para neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 1. Costa Rica y Uruguay destacan por incorporar el consentimiento informado y la atención centrada en la mujer. Algunos países (como Haití y Ecuador) adaptan sus tratamientos según disponibilidad de recursos, reforzando la importancia del enfoque diferenciado. Perú se distingue por integrar diagnóstico, tratamiento y seguimiento dentro de un marco normativo coherente y contextualizado (Tabla 3).

Tabla 3. Comparación respecto a los lineamientos terapéuticos del cáncer de cérvix

	Guías	Lineamientos Terapéuticos
01	Argentina (2015)(14)	- NIC1: Seguimiento con prueba de VPH y citología a 12 meses; tratar si persiste más de 2 años. - NIC 2/3: Tratamiento escisional (LLETZ/conización). - Atipia de células glandulares (ACG)/adenocarcinoma *in situ* (AIS): Colposcopia y evaluación endometrial; en AIS con paridad cumplida, histerectomía. - Seguimiento postratamiento con prueba de VPH + citología a los 12 y 24 meses.
02	Bolivia (2009-2015)(21)	- Lesiones de bajo grado: seguimiento. - Lesiones de alto grado y cáncer in situ: tratamiento en hospitales de referencia. - Cáncer invasor: referencia inmediata a hospitales de 2°/3° nivel. - Seguimiento posterior al tratamiento por al menos 12 meses.
03	Brasil (2021)(15)	- Existen directrices nacionales de tratamiento. - Servicios de cirugía, radioterapia, quimioterapia disponibles a nivel nacional. - Cuidados paliativos accesibles en atención primaria y comunitaria. - Meta: 90 % de mujeres diagnosticadas reciban tratamiento.
04	Chile (2022)(27)	- Tratamiento de lesiones preinvasoras de alto grado en 40 días y de bajo grado en 180 días. - Cáncer invasor tratado en máximo 20 días tras estadificación. - Cubre cirugía, radioterapia, quimioterapia, medicamentos e insumos a través de GES.
05	Colombia (2000)(28)	- Lesiones de bajo grado: observación o tratamiento local (crioterapia, vaporización láser, electrocauterio). - Lesiones de alto grado: manejo con procedimientos escisionales (LEEP, LLETZ, conización) o histerectomía ampliada si hay riesgo alto o dificultades de seguimiento. - Seguimiento estricto posterior según grado de lesión.

Tabla 3. Comparación respecto a los lineamientos terapéuticos del cáncer de cérvix (Cont.)

	Guías	Lineamientos Terapéuticos
06	Costa Rica (2023)(16)	- Manejo individualizado según resultados de tamizaje y colposcopía. - Lesiones precancerosas: tratamiento mediante conización, crioterapia, o LEEP. - Cáncer invasor: abordaje multidisciplinario incluyendo cirugía, radioterapia y/o quimioterapia según estadio. - Se enfatiza el consentimiento informado y la atención centrada en la mujer.
07	Cuba (2014)(29)	- Tratamiento de lesiones precursoras mediante crioterapia, LEEP o conización. - Cáncer invasor: cirugía, radioterapia y/o quimioterapia según estadio. - El manejo está centralizado en hospitales provinciales especializados.
08	República Dominicana (2007)(30)	- Lesión de bajo grado (NIC-1): Se manejarán con seguimiento colposcópico y citológico, cada 4 meses y se reevaluará, 6 semanas después del parto. - Lesiones de alto grado (NIC-2 y 3 (cáncer *in situ*)): Se manejarán con seguimiento colposcópico y citológico, cada 4 meses y se reevaluará 6 semanas después del parto para fines de diagnóstico definitivo y tratamiento. Solo se tomará biopsia bajo colposcopía a las pacientes embarazadas, cuando se evidencien cambios que hagan sospechar cáncer invasor.
09	Ecuador (2024)(31)	Garantizar el manejo oportuno y adecuado de las pacientes que resulten positivas en las pruebas de detección del VPH, priorizando la realización de la colposcopía a aquellas con genotipos 16 y 18, así como de la citología refleja para los otros virus de alto riesgo, por parte de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud
10	El Salvador (2021)(32)	En pacientes NIC 1 se hace control semestral. NIC 2-3 se opta por LEEP. En casos de cáncer el manejo de elección es la cirugía o radioterapia.
11	Guatemala (2014-2024)(33)	En caso de NIC 1 no necesita tratamiento; solo controles con PAP cada 6-12 meses. Si en caso fuera NIC 2 el manejo es con crioterapia o LEEP. Por otro lado, si es NIC 3 el manejo varía; puede ser LEEP/conización, o si ya no quiere hijos o vuelve a salir el Ca se realizará histerectomía. Si tiene VIH, trata hasta el NIC 1. Si está embarazada, espera hasta después del parto.
12	Haití (2023)(34)	En Haití, para casos leves (NIC 1), realizamos un acompañamiento cercano con controles periódicos cada 6-12 meses. Cuando se detectan cambios moderados (NIC 2), ofrecemos tratamientos accesibles como crioterapia o LEEP según los recursos disponibles. En lesiones avanzadas (NIC 3), aplicamos procedimientos como LEEP o conización, reservando la histerectomía solo cuando es estrictamente necesario y siempre respetando los planes reproductivos de la mujer
13	Honduras (2024)(35)	En pacientes NIC 1 se hace seguimiento anual. NIC 2-3 se opta por crioterapia/LEEP. En casos de cáncer el manejo de elección es la Cirugía o quimiorradiación
14	México (2015)(17)	En el caso de NIC 1 no necesita tratamiento; solo controles con PAP cada 6-12 meses. Si en caso fuera NIC 2 el manejo es con crioterapia o LEEP. Por otro lado, si es NIC 3 el manejo varía; puede ser LEEP/conización, o si ya no quiere hijos o vuelve a salir el Ca se realizará histerectomía. En cánceres invasores se opta por la cirugía en estadíos tempranos o por la quimiorradiación en los estadíos más avanzados
15	Nicaragua (2010)(22)	Tratamiento con crioterapia en lesiones positivas, referencias a mayor nivel de atención en casos de cáncer invasor.
16	Panamá (2017)(18)	Recomienda el manejo ambulatorio en lesiones preinvasoras y procedimientos como LEEP, crioterapia y referir cánceres invasores a un centro más especializado.
17	Paraguay (2010)(23)	Tratamiento de lesiones precursoras mediante crioterapia y LEEP en centros especializados. Seguimiento de casos positivos. Tratamiento definitivo (histerectomías, radioterapia, quimioterapia) en hospitales de alta complejidad.
18	Perú (2017-2021) (19)	Tratamiento inmediato de lesiones precancerosas mediante crioterapia o LEEP. Casos de cáncer invasor manejados en hospitales especializados (con cirugía, radioterapia, quimioterapia). Fortalecimiento de red de servicios para manejo completo (diagnóstico, tratamiento y seguimiento).
19	Uruguay (2024)(20)	El tratamiento es escisional (LEEP o conización) para LIE-AG, carcinoma *in situ*, NIC3 y NIC2 p16 (+) y seguimiento en 6-12 meses para NIC2 p16 (-).
20	Venezuela (2013)(24)	Atención integral, gratuita y humanizada a nivel del Sistema Público Nacional de Salud.

DISCUSIÓN

El análisis de las normativas nacionales sobre prevención del cáncer de cuello uterino en Latinoamérica revela una notable heterogeneidad en su formulación y aplicación, lo cual influye directamente en la efectividad de las estrategias sanitarias frente a esta neoplasia prevenible. Esta variabilidad ha sido reportada por la Organización Panamericana de la Salud, que destaca la necesidad de marcos regulatorios actualizados y armónicos en la región (1). Los autores coinciden con esta observación, ya que la falta de armonización normativa compromete la eficiencia de los esfuerzos regionales y dificulta el avance hacia los objetivos de eliminación propuestos por la OMS (13).

En cuanto a la prevención primaria, países como Argentina, Brasil, Costa Rica, México, Panamá,

Tabla 04. Comparación entre la estrategia mundial de la OMS para la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública y la normativa nacional de países de América Latina (13)

Países de latinoamérica / OMS	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	República Dominicana	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	Uruguay	Venezuela
Prevención primaria																				
Niñas de 9 a 14 años																				
Vacunación contra el VPH		✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	
Niñas y niños, según proceda																				
Información sanitaria y advertencia sobre el uso del tabaco																				
Educación sobre sexualidad adaptada a la edad y cultura		✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓		✓	✓
Promoción/ suministro de preservativos para los que tienen actividad sexual							✓	✓	✓						✓		✓		✓	✓
Circuncisión masculina																				
Prevención secundaria																				
Mujeres > 30 años																				
Detección con una prueba de alta precisión equivalente o superior a la prueba del VPH		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tratamiento inmediato de lesiones precancerosas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prevención terciaria																				
Tratamiento del cáncer invasivo a cualquier edad: Cirugía exerética, radioterapia, quimioterapia y/o cuidados paliativos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Perú y Uruguay han implementado programas de vacunación contra el VPH con distintos grados de cobertura (14 – 20). Mientras que Argentina no detalla acciones específicas en su guía, Brasil y Perú cuentan con esquemas robustos que incluyen a niñas y niños, y Panamá extiende la vacunación desde los 10 años. Uruguay amplía el rango etario hasta los 26 años. Por otro lado, Bolivia menciona la vacunación solo como acción futura, y Paraguay, Nicaragua y Venezuela priorizan la educación sexual sin estrategias vacunales claramente definidas (21 – 24). Es esencial establecer criterios mínimos regionales de vacunación que garanticen una cobertura universal e igualitaria como paso fundamental hacia la eliminación del cáncer de cuello uterino.

En comparación, países como Australia han mostrado avances notables: desde 2007 cuentan con un programa nacional de vacunación financiado con fondos públicos, que incluye a adolescentes de ambos sexos y utiliza vacunas de última generación. Esto ha permitido posicionarse como uno de los países líderes en la eliminación del cáncer de cuello uterino (25, 26).

Respecto a la prevención secundaria, el tamizaje varía significativamente. Perú, Costa Rica, Uruguay y Argentina han incorporado el test molecular de VPH como método primario (14, 16, 19, 20), mientras que México lo emplea en mujeres de 30 a 65 años, con énfasis en poblaciones vulnerables (17). Otros países mantienen la citología como base del tamizaje, aunque algunos han comenzado a incorporar pruebas alternativas como la IVAA o el test de VPH en zonas piloto (15, 18, 21 – 24, 27 - 35). Dada su mayor sensibilidad y especificidad, la literatura apoya la adopción progresiva del test molecular como estándar regional.

Además, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda el tamizaje basado en riesgo, priorizando la prueba de VPH como método primario cada cinco años en mujeres de 25 a 65 años (36). Esta aproximación, que evita intervenciones médicas no justificadas, podría optimizar el uso de recursos en sistemas sanitarios con limitaciones.

En cuanto al diagnóstico, Chile se destaca por establecer plazos específicos entre la sospecha clínica, el diagnóstico y la estadificación (máximo de 30 días) (27). Costa Rica, Panamá, México y Uruguay también detallan rutas institucionales de referencia (16 – 18, 20). Perú, Colombia y Brasil han articulado niveles de atención en su normativa, aunque persisten desafíos en el seguimiento de casos (15, 19, 28). En contraste, en Haití, Guatemala, Honduras y Bolivia, la confirmación diagnóstica depende de la disponibilidad local, lo que genera importantes barreras en zonas rurales (21, 33 – 35).

Con relación al tratamiento, Brasil, Chile, Perú, Costa Rica y Uruguay disponen de guías integrales que garantizan el acceso a cirugía, radioterapia y quimioterapia (15, 16, 19, 20, 27). Otros países como Argentina, Colombia, México y Honduras aplican tratamientos escisionales para lesiones de alto grado, y seguimiento para NIC 1 (14, 17, 23, 28, 33, 35). En contextos como Haití, Nicaragua y República Dominicana, persisten desafíos significativos en el acceso sostenido a servicios especializados (22, 30, 34). Los autores respaldan los modelos que integran diagnóstico, tratamiento y seguimiento, dado que la fragmentación del cuidado compromete su continuidad y refuerza desigualdades estructurales.

Comparativamente, Canadá ha adoptado un enfoque escalonado, con transición gradual de citología a prueba de VPH, y políticas inclusivas dirigidas a poblaciones vulnerables como mujeres indígenas y trans (37). Este modelo, basado en evidencia y equidad, puede ofrecer una guía útil para el diseño de un marco normativo regional en América Latina.

Un hallazgo relevante de esta revisión es la desactualización de normativas en varios países.

Nicaragua (2010), Venezuela (2013), Colombia (2000) y Bolivia (2009–2015) mantienen guías sin revisiones recientes (21, 22, 24, 27), mientras que Costa Rica (2023), Ecuador (2024), Uruguay (2024) y Honduras (2024) han actualizado recientemente sus lineamientos incorporando avances técnicos y enfoques más integrales (16, 20, 31, 35). Promover procesos de actualización periódica en toda la región es fundamental para responder a los cambios epidemiológicos y tecnológicos.

Por último, el componente educativo y comunitario aparece débilmente estructurado en muchas normativas. Perú, Guatemala, República Dominicana y México incluyen acciones de promoción de la salud y educación sexual (17, 19, 30, 33), mientras que Uruguay y Panamá incorporan contenidos desde el ámbito educativo. No obstante, en países como Haití, Bolivia, Nicaragua o Paraguay, estas acciones son limitadas o poco desarrolladas (20 – 23, 34). Fortalecer el enfoque comunitario es clave para superar barreras culturales y geográficas, especialmente en poblaciones indígenas y rurales.

En conjunto, los hallazgos de esta revisión sistemática evidencian la necesidad urgente de armonizar, actualizar y contextualizar las políticas nacionales de prevención del cáncer de cuello uterino. Es imprescindible avanzar hacia un enfoque regional coordinado, con cobertura integral en las tres fases —prevención, diagnóstico y tratamiento— y con un fuerte componente educativo y comunitario. La equidad en el acceso a tecnologías debe entenderse como un derecho fundamental más que una aspiración técnica.

Entre las principales limitaciones de este estudio, se reconoce la variabilidad en la disponibilidad y actualización de documentos oficiales, lo que puede haber generado sesgos en la comparación entre países. Asimismo, al centrarse en normativas nacionales, no se incluyeron intervenciones subnacionales ni experiencias piloto. Finalmente, dado el enfoque documental, no fue posible evaluar el grado de implementación real de las políticas en campo.

Se recomienda que los países fortalezcan sus mecanismos de actualización normativa, incorporen componentes interculturales de forma estructurada y promuevan sistemas de información para monitorear cumplimiento y resultados. A nivel regional, se sugiere impulsar un marco común que sirva como referencia técnica, favorezca el intercambio de buenas prácticas y oriente la cooperación para superar barreras compartidas.

CONCLUSIÓN

Más que una descripción normativa, esta revisión sistemática expone la urgencia de fortalecer la gobernanza sanitaria en América Latina frente al cáncer de cuello uterino. La coexistencia de lineamientos normativos dispares, sin una articulación regional ni seguimiento sistemático, evidencia una brecha estructural que trasciende lo técnico y requiere respuestas integrales y sostenidas en el tiempo. En este contexto, resulta prioritario promover la creación de un marco normativo regional de referencia, coordinado desde instancias como la Organización Panamericana de la Salud, que oriente la actualización periódica de las políticas nacionales, fomente la equidad en el acceso a tecnologías de prevención y tratamiento, e integre de manera estructurada el componente educativo, comunitario e intercultural.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas (INICIB) de la Universidad Ricardo Palma por el apoyo institucional brindado para

la elaboración de este trabajo. Asimismo, reconocemos la valiosa colaboración de quienes participaron en la revisión de normativas y en la sistematización de la información comparativa.

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses.

FINANCIAMIENTO:

Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas (INICIB), Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú.

REFERENCIAS

1. Cáncer cervicouterino - OPS/OMS [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2025 [consultado 10 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino
2. Resolución Ministerial N.° 440-2017-MINSA [Internet]. Lima : MINSA; 2017 [consultado 14 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/189456-440-2017-minsa
3. Síntesis de evidencia y recomendaciones: directriz para el tamizaje, la detección y el tratamiento del cáncer de cuello uterino. Rev Panam Salud Pública. 2023;47:e72. DOI: 10.26633/RPSP.2023.72
4. PRB. Cervical Cancer Is Major Health Problem in Latin America [Internet]. Washington DC: Population Reference Bureau; 2000 [consultado 14 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.prb.org/resources/cervical-cancer-is-major-health-problem-in-latin-america/
5. Wight AJ. Latin America is catching up on HPV vaccination and screening. BMJ. 2024;386:q1553. DOI: 10.1136/bmj.q1553.
6. Human papillomavirus (HPV) and related burden of disease in Latin America and the Caribbean [Internet]. Washington DC, Atlanta, Boston, Barcelona: Sabin Vaccine Institute; Pan American Health Organization (PAHO); Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Harvard School of Public Health; Institut Catalá d‟Oncología; 2009 [consultado 10 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.ispch.cl/sites/default/files/vol_i_hpv_burden_disease_dec09.pdf
7. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Guía técnica [Internet]. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2017 [consultado 10 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/284801-guia-de-practica-clinica-para-la-prevencion-y-manejo-del-cancer-de-cuello-uterino-guia-tecnica
8. Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, editor. Detección temprana del cáncer de cuello uterino en EsSalud. Lima: EsSalud; 2016.
9. Vincx L. Enfoques de género e interculturalidad en salud: El usos de talleres como metodología para impulsar su apropiación, institucionalización y sostenibilidad en el sector [Internet]. Lima: CTB Perú; Bélgica Socio para el Desarrollo; Seguro Integral de Salud; 2019 [consultado 10 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/314038-enfoques-de-genero-e-interculturalidad-en-salud-el-usos-de-talleres-como-metodologia-para-impulsar-su-apropiacion-institucionalizacion-y-sostenibilidad-en-el-sector-sistematizacion-lecciones-aprendidas
10. Organización Panamericana de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, editores. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos: Sesiones del Grupo de Trabajo sobre Recursos Humanos e Interculturalidad de la OPS. Washington DC: OPS; 1998.
11. Henckel Sime CL del CH. Incorporación del enfoque intercultural al sistema de atención de salud. Saber Servir. 2022;(7):153-171. DOI: 10.54774/ss.2022.07.08
12. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Libro Interculturalidad en Salud. [Internet]. Cd de México; Secretaría de Salud del Gobierno de México; 2019 [consultado 10 de junio de 2025]. Disponible en: http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/libro-interculturalidad-en-salud
13. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [consultado 28 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014107
14. Argentina.gob.ar [Internet]. Buenos Aires: Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino; 2019 [consultado 26 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc

15. Brasil. Perfil del cáncer cervicouterino [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [consultado 26 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/m/item/cervical-cancer-bra-country-profile-2021

16. Actualización de la norma de cáncer de cérvix mejorará detección de la enfermedad [Internet]. San José de Costa Rica: Ministerio de Salud Costa Rica; 2023 [consultado 26 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1712-actualizacion-de-la-norma-de-cancer-de-cervix-mejorara-deteccion-de-la-enfermedad

17. Cáncer de Cuello Uterino. Diagnóstico y Tratamiento [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud. Gobierno de México; 2015 [consultado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino-diagnostico-y-tratamiento

18. Normas De Prevención, Detección y Seguimiento de las Lesiones Preinvasoras del Cuello Uterino Panamá 2017 [Internet]. Ciudad de Panamá: MINSA-CSS; 2017 [consultado 6 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.calameo.com/read/004779394a5e63d7a2663

19. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de cuello uterino 2017- 2021 (R.M. No 440-2017/MINSA) [Internet]. Lima: Ministerio de Salud. Gobierno de Perú; 2017 [consultado 6 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280845-plan-nacional-para-la-prevencion-y-control-de-cancer-de-cuello-uterino-2017-2021-r-m-n-440-2017-minsa

20. Guía de Práctica Clínica de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2024 [consultado 6 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-prevencion-cancer-cuello-utero

21. Normas del Programa Nacional de Lucha Contra el Cáncer [Internet]. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia; 2025 [consultado 26 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/7900-normas-programa-nacional-de-lucha-contra-el-cancer

22. Normativa – 037. Protocolo De Prevención Del Cáncer Cérvico Uterino A Través Del Tamizaje Con Inspección Visual Con Ácido Acético (IVVA) Y Tratamiento Con Crioterapia [Internet]. Cd de México: MINSA; 2010 [consultado 6 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.minsa.gob.ni/index.php/publicaciones/direccion-general-de-regulacion-sanitaria/normativa-037-protocolo-de-prevencion-del

23. Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer de Cuello Uterino [Internet]. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay; 2010 [consultado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/c69a8f58-c1a7-4af4-a11e-6897ab69eadb/content

24. Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2013 [consultado 6 de mayo de 2025]. Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/3968/norma-oficial-atencion-integral-salud-sexual-reproductiva

25. HPV World [Internet]. Madrid: Instituto Catalán de Oncología; 2025 [consultado 28 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.hpvworld.com/

26. Cervical Cancer in Australia [Internet]. Canberra: Cancer Council Australia; 2022 [consultado 28 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.cancer.org.au/clinical-guidelines/cervical-cancer/cervical-cancer-screening/cervical-cancer-in-australia

27. Cáncer cervicouterino [Internet]. Santiago: Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile; s/f [consultado 26 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/cancer-cervicouterino/

28. Cáncer de cuello uterino [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; s/f [consultado 26 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/paginas/cancer-de-cuello-uterino.aspx

29. Machado LL, Alcaine RAM, Rodriguez YP. La atención primaria como factor fundamental en la prevención del cáncer cervicouterino. Acta Médica Cent [Internet]. 2014 [consultado 26 de abril de 2025];8(3):113-6. Disponible en: https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/152/0

30. Normas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de cáncer cérvico – uterino [Internet]. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social República Dominicana. 2007 [consultado 26 de abril de 2025]. Disponible en: https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1109

31. Decreto Ejecutivo 581: Reglamento a la Ley para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino [Internet]. Quito: Presidencia Constitucional de la República; 2025 [consultado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.lexis.com.ec/noticias/decreto-ejecutivo-581-reglamento-a-la-ley-para-la-prevencion-y-control-del-cancer-cervico-uterino

32. Guía Técnica para el Manejo y Control del Cáncer Invasor de Cérvix [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2008 [consultado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: https://elsalvador.unfpa.org/es/publicaciones/gu%C3%ADa-t%C3%A9cnica-para-el-manejo-y-control-del-c%C3%A1ncer-invasor-de-c%C3%A9rvix

33. Plan nacional de prevención control y manejo del cáncer cervicouterino 2014-2024 [Internet]. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2014 [consultado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: https://es.scribd.com/document/397818482/PlanCaCU-2014-2024w

34. L'OPS soutient Haïti dans l'élimination du cancer du col de l'utérus [Internet]. Port-au-Prince: Organización Panamericana de la Salud; 2023 [consultado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/fr/nouvelles/5-12-2023-lops-soutient-haiti-dans-lelimination-du-cancer-du-col-luterus

35. Protocolo de tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas para la prevención del cáncer cervicouterino [Internet]. Tegucigalpa: Gobierno de la República de Honduras; Despacho de Salud; 2024 [consultado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: https://honduras.bvsalud.org/wp-content/uploads/2024/04/PROTOCOLO-DE-TAMIZAJE-Y-TRATAMIENTO-DE-LESIONES-PREMALIGNAS-PARA-LA-PREVENCION-DEL-CANCER-CERVICOUTERINO.pdf

36. Updated Cervical Cancer Screening Guidelines [Internet]. Washington DC: American College of Obstetrician and Gynecologysts; 2021 [reafirmado 2025; consultado 28 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/04/updated-cervical-cancer-screening-guidelines

37. Cervical Cancer [Internet]. Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2013 [consultado 29 de junio de 2025]. Disponible en: https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/cervical-cancer/

Recibido 29 de junio de 2025
Aprobado para publicación 18 de septiembre de 2025