



Informe mundial sobre la situación del cáncer de cuello uterino 2026

En julio de 2026, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el *Informe mundial sobre la situación del cáncer 2026*, en el cual realiza una evaluación exhaustiva sobre el cáncer a nivel global, los avances en su prevención, control y los desafíos sistémicos que siguen limitando la obtención de resultados equitativos, teniendo además los datos más actualizados respecto al desempeño y a la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, experiencias vividas por las personas afectadas por el cáncer, tendencias en incidencia, mortalidad, supervivencia, factores de riesgo, consecuencias humanas, sociales y económicas de la enfermedad. En base a esta información también presenta y analizan los factores que impulsan el progreso y aquellos que obstaculizan una implementación eficaz de las estrategias diseñadas para combatir a la enfermedad.

Sobre el cáncer de cuello uterino en específico, el reporte menciona que, en términos generales, cada vez se diagnostica a menos mujeres con este tipo de cáncer gracias a la creciente cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) y a las numerosas pruebas de detección que existen en la actualidad, aunque todavía se observa una brecha en su implementación: si bien el 85% de los países ha integrado la **vacunación contra el VPH** en sus programas nacionales de inmunización, se estima que la cobertura de la primera dosis contra el VPH en niñas se sitúa actualmente en apenas el 31%, cifra muy lejana a la meta del 90% fijada para 2030 (establecida en el 2020), aunque si hubo un incremento respecto al 17 % de cobertura reportado en el 2019, por lo que se podría catalogar como que, con este cáncer en particular, si bien ha habido un avance, podría ser calificado como insuficiente (1).

En cuanto a programas de detección, el del cáncer de cuello uterino a 5 años es del 26% en países de ingresos bajos y medianos, y del 74 % en países de ingresos altos (ponderada por población), con una alta tasa de abandono del seguimiento tras una prueba de detección positiva (1). Las poblaciones rurales en particular enfrentan un acceso significativamente menor en detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer en comparación con las zonas urbanas, lo que genera brechas de cobertura a nivel mundial, pues los centros de diagnóstico y tratamiento se ubican predominantemente en zonas urbanas, lo que supone importantes barreras para las poblaciones rurales (1,2) y que en muchos casos, es donde se encuentran las poblaciones más vulnerables.

Los pueblos indígenas también soportan una carga desproporcionada de cáncer debido a barreras sistémicas en el acceso a ensayos clínicos, servicios preventivos y

tratamientos. Por ejemplo, en Nueva Zelanda, en comparación con las mujeres no maoríes, las mujeres maoríes tienen el doble de probabilidades de ser diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y el triple de probabilidades de morir a causa de esta enfermedad (1,3).

Según las estimaciones mundiales de la OMS sobre la cobertura de cribado del cáncer de cuello uterino para 2022, entre las mujeres de 30 a 49 años, el 19% se había sometido a una prueba de cribado en el último año, el 35% lo había hecho en los últimos 5 años y el 38 % se había sometido alguna vez a un cribado mediante cualquier método (citología, VIA o prueba de VPH). Se observaron desigualdades significativas en función del nivel de ingresos del país: la cobertura a 5 años fue más baja en los países de ingresos bajos y medianos (26 %) que en los países de ingresos altos (74 %) al utilizar cualquier método de cribado (1,4).

En general, los programas de cribado de cáncer de cuello uterino ofrecen distintos beneficios para la salud de la población, y según el programa de cribado de cáncer de cuello uterino, esta es la situación actual:

- Plan:
 - El cribado sigue siendo una prioridad en las políticas contra el cáncer (1).
 - Más del 75 % de los países cuenta con programas nacionales de cribado, pero la cobertura financiera de todos los tipos de cribado en los paquetes de prestaciones sanitarias sigue siendo baja (1).
 - La disponibilidad de pruebas de VPH varía considerablemente según el nivel de ingresos (1).
- Resultados:
 - La cobertura del cribado basado en pruebas de VPH es críticamente baja, especialmente en los países de ingresos bajos y medios (PIBM) (1).
 - Disponibilidad limitada de tratamientos ablativos en la atención primaria en la mayoría de los PIBM (1).
 - La elevada tasa de abandono del seguimiento tras un resultado positivo en el cribado constituye una deficiencia importante, ya que entre el 41% y el 69 % de las mujeres con un resultado positivo no completan el seguimiento (1).
- Barreras y amenazas:
 - Ausencia de vías funcionales de diagnóstico y tratamiento posteriores para actuar ante resultados positivos en el cribado (1).
 - Baja participación sistemática en el cribado entre la población desfavorecida (1).
 - Acceso al mercado y supervisión regulatoria limitados para las tecnologías de cribado emergentes (1).

Por otro lado, varias revisiones sistemáticas recientes informan que la inteligencia artificial (I.A.) puede distinguir entre patología cervical normal y cancerosa con una precisión del 92 al 98%, lo que destaca su gran potencial diagnóstico en los cánceres ginecológicos (1,5).

En 2026, la OMS actualizó las directrices sobre el cribado y el tratamiento del cáncer de cuello uterino, recomendando el uso de una prueba de VPH de alto rendimiento como método principal de cribado en lugar de la inspección visual con ácido acético visual (VIA por sus siglas en inglés) o la citología, incluyendo la opción de realizar la prueba de VPH a partir de muestras recogidas por el personal sanitario o por la propia paciente, y ofreciendo además recomendaciones para el uso de genotipado de ADN del VPH (1,6).

Otro de los principales desafíos para aprovechar los compromisos políticos relacionados con el cáncer actual, es que las estrategias para el cáncer de mama, de cuello uterino, colorrectal, infantil y de pulmón operan de forma aislada en lugar de como un conjunto, lo cual podría resultar más práctico (1).

En conclusión, la estrategia global para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino, de momento ha avanzado más en los esquemas de dosis única, pero los países deben comprometerse más si se quiere alcanzar los resultados deseados para el 2030.

Referencias:

1. World Health Organization, (2026), Global status report on cancer 2026: the future we choose together. Geneva: World Health Organization; 2026.
2. Semprini J, Zahnd W, Brandt HM. What cancers explain the growing rural-urban gap in human papillomavirus-associated cancer incidence? The Journal of Rural Health. 2025;41(1)
3. McLeod M, Harris R, Purdie G, Cormack D, Robson B, Sykes P et al. Improving survival disparities in cervical cancer between Māori and non-Māori women in New Zealand: a national retrospective cohort study. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2010;34(2):193–9
4. Serrano B, Roura E, Alemany L, de Sanjose S, Cowman M, Poljak M et al. 2022 WHO Estimates for overall and HPV-based cervical cancer screening coverage worldwide. Prensa. The Lancet Global Health. 2026
5. Zhang Y, Yuan J, Chen L. Transforming cervical cancer pathological diagnosis through artificial intelligence: progress, performance, and barriers to clinical implementation. Frontiers in Oncology. 2026;15



6. World Health Organization, (2026), WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: use of human papillomavirus (HPV) DNA genotyping. Geneva: World Health Organization; 2026.