



Casa abierta al tiempo

---

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
**UNIDAD XOCHIMILCO**

División de Ciencias Sociales y Humanidades

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO PREVENCIÓN Y  
CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER 2013-2018

T R A B A J O T E R M I N A L  
QUE PARA OBTENER EL  
TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN POLÍTICA Y GESTIÓN SOCIAL**  
P R E S E N T A:  
PALMA AGUILAR GUADALUPE

ASESOR:  
DRA: MARIA DEL ROSARIO CARDENAS ELIZALDE

Ciudad de México. A 26 de diciembre de 2019.

Este trabajo es el agradecimiento a las personas que siempre me dieron motivos y palabras de aliento y que sin su apoyo esta meta no se hubiese logrado, a mi esposo Jesús Félix, a mis padres, Alicia Aguilar y Domingo Palma. A mis hermanos Vianey Palma y Ángel Palma

Agradezco a mi asesora Dra. Rosario Cárdenas Elizalde quien leyó y dirigió esta tesina con amabilidad y paciencia para conmigo.

A mis profesoras de últimos trimestres, la Dra. Miriam Cardozo Brum, Dra. Estela Sotelo por su apoyo incondicional en la realización de este trabajo.

A las mujeres de mi familia que fueron parte medular para este trabajo.

A mis amigos quienes siempre estuvieron conmigo en esta larga jornada: Estefanía y Yoali.

Gracias a toda esta gente que me ha apoyado durante todo este tiempo, por su paciencia, dedicación y apoyo.

Gracias al universo por dejarme seguir materializando cada uno de mis sueños y darme la fuerza de no flaquear ante la frustración.

## DEDICATORIA

Esta tesina es dedicada a mi madre Alicia Aguilar Hernández, quien es ejemplo en la vida. Esa mujer que me ha dejado ver que no es malo sentirse triste, que siempre debemos tener la vista hacia el cielo y no dejarnos vencer por nada e incluso por una enfermedad que es muy dura y cruda.

Esa mujer que me ha hecho verme al espejo para la mujer en la que me he convertido, a pesar de todas las dificultades que se han vivido seguimos comiéndonos a besos la vida.

Mi madre hermosa, que con lagrimas en los ojos me enseñó que, aunque se vea todo mal siempre tendría esa sonrisa y hermosa actitud de seguir adelante.

Que tenemos que seguir adelante sin importar que el destino nos haga una mala pasada y poner atención a las cosas minúsculas sabiendo que tenemos un fuste antecedente en la sangre.

*“Soñar, lo imposible soñar*

*Vencer al invicto rival*

*Sufrir el dolor insufrible*

*Morir por un noble ideal...*

*...Luchar por un mundo mejor*

*Perseguir lo mejor que hay en ti*

*Llegar donde nadie ha llegado*

*Y soñar*

*Lo imposible soñar”*

Mitch Leigh(1965), El sueño imposible [canción]. En *El quijote de la mancha*

## Índice

Introducción .....	4
Conceptualizando al individuo .....	8
Del Estado al individuo .....	10
La importancia del derecho social y su visión a la salud pública .....	12
El cáncer a lo largo del tiempo .....	20
Del cáncer de mama en el mundo a México .....	21
La importancia del cáncer como asunto público.....	28
Sistema Nacional de Salud en México.....	30
Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer .....	36
Alineación con las Metas Nacionales.....	40
Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 .....	40
Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 .....	41
Organización del Programa .....	41
Evaluación de diseño del programa.....	43
Justificación de la creación y del diseño del programa.....	43
Contribución a las metas y objetivos nacionales .....	44
Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad .....	45
Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención.....	45
Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) .....	46
Presupuesto y rendición de cuentas .....	46
Complementariedades y coincidencias con otros programas federales y/ o acciones de desarrollo social .....	46
Conclusión .....	48
Bibliografía.....	57

## Introducción

En términos fisiológicos la mama tiene una función única ya que es el órgano productor de alimento del recién nacido y al concluir dicha función, continúa siendo parte de la figura y personalidad de la mujer. Por desgracia también es un sitio en el cual frecuentemente se desarrollan patologías de distinta naturaleza, entre ellas el cáncer.

El cáncer de mama es un crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios que tienen la capacidad de diseminarse. El riesgo de sufrir cáncer de mamá en México se ha constituido como la primera causa de muerte en mujeres en un grupo etario de más de 50 años desde el 2006 (Moyers, ULACCAM, 2018).

En México para el 2017, una de las tasas de mortalidad por tumor maligno corresponde al cáncer de mama, la cual representa el 18.9% de defunciones por cien mil mujeres de 25 años y más (INMUJERES,2018).

Dos análisis epidemiológicos encontraron que en los estados del norte del país se obtuvo un registro con un incremento en la mortalidad por cáncer, empero, también se observó un aumento en el número de casos nuevos en una misma región y en contraste en las entidades periféricas a la Ciudad de México en las que se reportó un descenso en el número de muertes del 30% (INFOCANCER, 2019)

Por lo tanto, nos preguntamos si ¿la implementación de programas de asistencia pública, el caso del Programa de Acción Especifico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018 (PAEPCCM) realizado por el gobierno federal ha sido eficiente en la Ciudad de México para incidir en la reducción de la tasa de mortalidad por cáncer de mama?

¿Por qué a pesar de la difusión de información que se ha tenido sobre la prevención y autoexploración del cáncer de mama, las tasas de mortalidad han ido en aumento?

La importancia de estudiar el tema del cáncer de mama es de gran relevancia dadas sus implicaciones en los ámbitos familiar, económico y social, así como las diversas afectaciones que padecer esta patología provoca tanto en mujeres como en hombres. Empero, pese a que el cáncer es un grave problema de salud pública, en México es la primera causa de muerte de

mujeres por tumores con un promedio de 10 decesos al día (BII,2018), ya que su detección es normalmente en las fases avanzadas, donde a menor número de fase al momento del diagnóstico el pronóstico de vida es mejor.

El cáncer de mama es una enfermedad que está consolidándose como un problema prioritario de salud pública en América Latina (Gómez-Dantés O. *et al.*, 2011).

Se estima que en 2020 a nivel mundial llegará a haber cerca de dos millones de casos nuevos, de los cuales 76% residirán en países de ingresos medios y bajos, y de estos, 20% en América Latina (AL), donde cada año se diagnostican 1 14 900 casos nuevos y mueren a causa de la enfermedad 37 000 mujeres (Ferlay J, 2008). Mediante estudios realizados en AL se ha producido un incremento importante de la incidencia y la mortalidad de este cáncer en los últimos 30 años. La tasa de incidencia incrementó de 18 a 35% entre 1980 y 2008 y la de mortalidad, 18% entre 2002 y 2008<sup>1</sup> (Nigenda *et al.*, 2011).

Una de sus consecuencias será el aumento de la carga económica de la enfermedad, que afectará tanto a los sistemas de salud como a las familias; no haciendo de lado la multiplicidad de consecuencias tanto físicas como emocionales que pueden presentar.

Debido al reto que para el gobierno y el sistema de salud constituye la atención del cáncer de mama, es importante conocer de qué manera se están preparando los mecanismos para afrontar este desafío, de igual forma identificar cuáles son las áreas de oportunidad para confrontar este padecimiento.

Es esencial, desde la disciplina de la salud en coordinación con las acciones de gobierno, idear soluciones integrales que respondan con equidad, calidad y protección financiera a la atención de las necesidades y expectativas de la población. Se reconoce que el pronóstico clínico de las pacientes mejora y la mortalidad disminuye cuando la organización de los procesos de atención es adecuada, es decir, cuando existen programas debidamente estructurados y dotados de los recursos apropiados para prestar dicha atención.

---

<sup>1</sup> las mayores tasas se localizan en los países como Uruguay y Argentina.

Con una revisión de los mayores factores que influyen en el sistema de salud, en comparación con las políticas actuales es que se pretende fortalecer los programas de detección temprana del cáncer.

El presente trabajo se centra en detectar las políticas públicas para la prevención y control del cáncer de mama implementadas por el Gobierno Federal no han sido suficientes para reducir las tasas de mortalidad de este padecimiento las cuales han aumentado en el periodo del 2013 al 2018.

Para ello es necesario valorar si el Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013 – 2018 (PAEPCCM), define acciones con alcance suficiente para atender a las personas que padecen cáncer de mama, y especialmente identificar si los mecanismos realizados por el gobierno en el contexto del Programa de Acción Específico, Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013 – 2018 han redundado en el incremento o decremento de las tasas de mortalidad por esta patología.

En el primer capítulo, se ubican los conceptos que permiten sentar las bases necesarias para el análisis, también se abordan las teorías de Nicolas Maquiavelo, Bodin, Hegel, Durkheim, en la conceptualización del Estado y el individuo; se analizan las políticas públicas, Luis F. Aguilar, especialista en análisis de políticas públicas y Manuel Canto.

En el capítulo dos, se hace un barrido desde los hallazgos de cáncer hasta cómo en México se ha tratado el cáncer de mama.

En el capítulo tres, se establece la importancia de la atención del cáncer de mama y la atención por parte del Sistema Nacional de Salud, concluyendo con el Programa de Acción Específico Prevención y Control de Cáncer de la Mujer.

En el capítulo cuarto y último se realiza una evaluación de diseño del Programa de Acción Específico Prevención y Control de Cáncer de la Mujer 2013-2018, para poder detectar la incidencia de las estrategias planeadas si han incidido en la disminución de las tasas de mortalidad por cáncer de mama.





## Conceptualizando al individuo

En el presente apartado se presentan los conceptos que nos permitirán comprender y analizar los supuestos de esta investigación, así como estipular el tipo de enfoque con el que lo efectuaremos.

El trabajo se realizará bajo un método mixto, “la meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales.” (Hernández-Sampieri, 2014, p.534) Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

Trabajaremos la evaluación de las políticas y programas públicos como parte del conocimiento del proceso de las políticas públicas, bajo en entendido que se busca analizar los resultados de los procesos de decisión e implementación. Bajo la preocupación de la necesidad de eficiencia, la aceptación de la importancia estratégica de la credibilidad política, y el acrecimiento en la representación de poderes a unidades dependientes para la elaboración de las políticas, estrechamente vinculados en el tema de la evaluación (Majone, 1996).

Se realizará una evaluación *expost*, la cual se enfoca en las decisiones y acciones ya ejecutadas, que componen la gestión del programa público seleccionado. A pesar de que este tipo de evaluación llega a identificar, medir compara y calificar los impactos obtenidos, se debe de considerar que no es la evaluación final de la actividad, sino que constituye un proceso de seguimiento de continua reflexión y análisis de los avances y limitaciones, identificando así áreas de oportunidad para promover el proceso de aprendizaje y crecimiento del programa.

Se analizará el programa social bajo el enfoque constructivista en donde el conocimiento y los investigadores son parte de la misma realidad subjetiva, y los descubrimientos científicos resultan de la interacción de diferentes saberes (Ordóñez-Matamoros, 2013); se cree en la existencia de múltiples realidades, se interesa en fenómenos que incorporan lo micro y lo macro,

lo formal e informal, la organización en red rechaza la separación rotunda de las etapas del proceso de las políticas públicas y la realización de estudios de casos sectoriales (Meny y Thoenig,1995).

En el modelo de racionalidad limitada, las decisiones están más ligadas a circunstancias prácticas del mundo de las políticas públicas que a un escenario deseado. De esta forma, se puede reconocer los límites a los que en la práctica se puede enfrentar el individuo; introduciendo al desempeño satisfactorio y suficiente, en donde el tomador de decisiones no considera todas las alternativas existentes con las cuales podría obtener el mayor número de beneficios, sino que solo considera las alternativas más evidentes con las cuales puede obtener una maximización razonable de beneficios.

Teniendo en cuenta lo anterior, este modelo tiene en consideración los costos y beneficios de buscar un número ilimitado de alternativas, y por tanto reconoce que ello es un ejercicio irreal, además de desgastante y poco productivo, en tanto al costo-beneficio; por tanto, en la democracia, en la práctica y principalmente en las políticas públicas implementadas nacerán de la teoría del segundo mejor.

## Del Estado al individuo

El origen del Estado se remonta al nacimiento de las primeras formas de organización política; el pensamiento político occidental derivó sus bases del concepto de ciudad-estado. Empero, el término Estado, para designar la organización política fundamental de los hombres proviene del siglo XVI durante el Renacimiento en Italia; las formas políticas del Renacimiento italiano respondieron entonces a estructuras que históricamente le precedieron y que se traducen a finales de la Edad Media, en el asentamiento de la monarquía, el poder temporal de la Iglesia y el feudalismo. Fue en Italia donde se produjo una consideración y estudio objetivos del Estado (Maquiavello, 1999). Toda organización política es el resultado de una unión natural de las virtudes individuales en una virtud colectiva, encaminada a realizar la seguridad general. La existencia de esta virtud colectiva se personifica en el Estado y se manifiesta en la capacidad que este posea para crear un orden, que no es otra cosa que dar respuesta a las necesidades de la población.

El Estado no se trató, de un nuevo concepto encaminado a definir un mejor orden de cosas. Por el contrario, en la palabra “Estado” –en italiano “*lo stato*” o sea lo inmóvil o lo establecido–, Maquiavelo encontró un término preciso para sintetizar sus controvertidos puntos de vista acerca de las bases y procedimientos idóneos para la conservación del poder público. Estado significa, sin más, la manera de ser o de estar de un fenómeno determinado. Implica permanencia frente al cambio. Y en este sentido no se opone, sino que concuerda con el uso que en la política se le ha dado al término Estado, tal vocablo respondiera a la acepción idónea para definir el orden social establecido.

Al Estado conciernen –según la doctrina más reciente– cinco elementos que lo conforman y son en todos los casos imperantes: territorio, pueblo, orden jurídico, poder público y soberanía (Bodin, 1576)

El concepto de Estado. Para Hegel, el Estado es “*considerado como organización comunitaria de la vida social, es la libertad, esto es, la realización del*

*hombre como hombre: sólo se puede ser libre en relaciones recíprocas con los otros formando una comunidad”.*

Asimismo, Hegel estipula al individuo como: *“El individuo no es la causa del Estado sino, por el contrario, se constituye como individuo en tanto que está fundamentado en el Estado. En síntesis, no puede alcanzarse la libertad ni la realización de la individualidad sino a través y dentro del Estado.”* (Avalos:s.f)

Para Durkheim el individuo y el proceso de individuación, como formación de la subjetividad y de sus formas de conciencia, son ellos mismos fenómenos resultantes de distintos procesos internos a la estructura social, relativos a las distintas modalidades de diferenciación societal. En otros términos: la individuación no es un proceso independiente y separado de la organización social, sino por el contrario estrictamente concomitante al mismo.

La sociedad se percibe como sustancia y plenitud; como más real que la realidad, como pura y verdaderamente significativa. Los dos casos –egoísmo y altruismo– nos hablan de la sociedad como fundamento de la realidad, como contenido de certezas que sostienen la realidad del mundo.

Asimismo, la sociedad es la que da sentido, la que provee los significados de la vida (Durkheim, 1987). Estos significados son los que pueblan y rellenan la interioridad de la conciencia del sujeto. La sociedad, internalizada, es fuente de significados, de sentidos para el sujeto. Él la vive, internamente, como certeza subjetiva, y, externamente, como “realidad”, y como “mundo”. La sociedad, dentro del sujeto<sup>2</sup>, es por ello del orden del sentido y el significado. Sociedad, como lo que no es el sujeto; esto es, como aquel conjunto de representaciones que no provienen de la conciencia ni la voluntad individual, sino que se le imponen; en definitiva: como *norma*<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Entendiéndolo como individuo.

<sup>3</sup> Son reglas que se establece con el propósito de regular comportamientos y así procurar mantener un orden.

## La importancia del derecho social y su visión a la salud pública

El concepto de sociedad y el de ley se relacionan. Las leyes son restricciones simbólicas, o del orden del significante. Si la ley es límite de la subjetividad individual, es porque los significantes imponen su propia legalidad a dicha subjetividad, y la ordenan. Al hacerlo, limitan la predisposición natural de ésta al infinito de las combinatorias significativas. La subjetividad individual tiende al infinito; las leyes morales<sup>4</sup> le imponen un límite, sin el cual el deseo desatado y descontrolado, la predisposición a la desmesura, aniquilarían al hombre, conduciéndolo a la autodestrucción y la anulación de su subjetividad.

Nuevamente nos encontramos con que la subjetividad individual, librada a sí misma, se halla “incompleta”: requiere de la ley para ordenarse y estabilizarse. No hay sujeto sin Ley; el individuo es sujeto porque su subjetividad se “legaliza”, se somete a un orden que no es de naturaleza fáctica, sino del orden del significante: el orden social (Duerkheim, 1987).

Por tanto, en México todo individuo goza de una serie de derechos fundamentales<sup>5</sup> establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM); en esta investigación nos concentraremos en el artículo 4 constitucional que desde 1983 se incorporó la protección a la salud en la que a la letra estipula: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”*

En la Constitución de 1917 la protección a la salud se concebía en asociación con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora y su familia, no como un derecho para todos los mexicanos. De esta forma la composición de la fracción XXIX del apartado A del artículo 123 en el Título Sexto: *“Del trabajo y la*

---

<sup>4</sup> obligaciones/prohibiciones

<sup>5</sup> garantías individuales.

*previsión social*", así como la promulgación de la Ley del Seguro Social (LSS) en 1943; el cual será nosotros será un punto de partida (SSA, 2018).

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el derecho a la protección de la salud, entendiendo por salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades tiene como propósito contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana, así como el acceso a servicios de salud y de asistencia social que satisfagan oportunamente las necesidades de la población.

Bajo lo estipulado en la CPEUM en cuestiones de salud en este trabajo se abarcará el tema de salud de la mujer enfocado en el cáncer de mama; por lo que es necesario esclarecer que se entiende por cáncer: son *"tumores malignos"* o *"neoplasias malignas"*. *Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina "metástasis". La OMS entiende por metástasis a la diseminación del cáncer de la parte del cuerpo en donde se desarrolló originalmente a otra parte del organismo. Cuando ocurre una metástasis, las células cancerosas se separan del tumor original (primario), viajan a través del sistema sanguíneo o linfático y forman un tumor nuevo en otros órganos o tejidos del cuerpo. El nuevo tumor metastásico es el mismo tipo de cáncer que el tumor primario. Por ejemplo, si el cáncer de mama se disemina al pulmón, las células cancerosas del pulmón son células del cáncer de mama, no son células de cáncer de pulmón.*

El cáncer de mama es la neoplasia maligna que se origina en las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios en el seno, el cual comienza a crecer en forma descontrolada y anormal; teniendo en cuenta que México en 2016 y a la fecha ha ocupado el primer lugar de muertes en mujeres por tumores malignos, seguido por el cáncer cervicouterino (INEGI:2018)

La mortalidad es definida por el *National Cancer Institute* (NCI) como: “Término que se refiere al estado de ser mortal<sup>6</sup>. En el campo de la medicina, es un término que también se usa para definir la tasa de mortalidad<sup>7</sup> o el número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado período. Se puede notificar la mortalidad de personas con cierta enfermedad, que viven en un área del país o que son de determinado sexo, edad o grupo étnico.”

Mortalidad es definida en el Estudio Diagnóstico de Derecho a la Salud 2018 (CONEVAL, 2018) como: “Número de defunciones ocurridas en un lugar y tiempo determinado. Las categorizaciones frecuentemente empleadas de mortalidad son por sexo, causa, edad y lugar de residencia”.

Asimismo, la morbilidad la definen como el “número de casos registrados en que se presenta una enfermedad en un tiempo y lugar determinados. Las categorizaciones más frecuentemente empleadas son sexo y edad” (Estudio Diagnóstico de Derecho a la Salud, 2018:15).

De igual forma, morbilidad “Se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población. La morbilidad también se refiere a los problemas médicos que produce un tratamiento” (NCI,2018)

A diario surgen problemas que afectan a la sociedad, unos son de interés general y otros de interés particular, sin embargo, comúnmente se demanda que el gobierno los atienda, “unos problemas son de rutina, los cuales pueden ser programables; otros son inéditos, que deben ser atendidos con medidas innovadoras. En pocas palabras las relaciones cotidianas entre la sociedad y el estado toman la forma de problemas y soluciones, demandas y ofertas, conflictos y arbitrajes, necesidad y satisfacciones” (Aguilar,1996:23). Empero, no todos los

---

<sup>6</sup> destinado a morir o posibilidad a dejar de existir.

<sup>7</sup> La tasa de mortalidad es un indicador de condiciones de vida, de salud o del desarrollo de la sociedad que incorpora en su estimación el número de defunciones, pero también al volumen poblacional.

problemas logran la atención del gobierno, este tiene que seleccionar y priorizar los problemas que pueden ser tratados como asuntos públicos, porque el aparato administrativo no tiene la capacidad ni los recursos suficientes para dar solución a todas las demandas.

Las políticas públicas son cursos de acción tendentes a la solución de problemas públicos, definidos a partir de la interacción de diversos sujetos sociales, en medio de una situación de complejidad social de relaciones de poder, que pretende utilizar de manera más eficiente los recursos públicos y tomar decisiones a través de mecanismos democráticos, con la participación de la sociedad. (Canto:2002), dentro del ciclo de las políticas públicas se ubica en el inicio del proceso la agenda, en esta se encuentra una selección de asuntos considerados legítimos que ameritan la atención del sistema político; por medio de la agenda el Estado muestra interés en cuestiones sociales y el gobierno decide actuar o no y por tanto utilizar todos sus recursos. En la agenda se deja entre ver cuáles son las relaciones de poder que influyen en la realización de políticas públicas y más aún “la formación de agenda de gobierno, así con de hecho sucede, evidencia de salud o enfermedad de la vida pública” (Canto, 2002:27)

Una vez comprendido el concepto anterior, se define la salud pública la conjunto de acciones de los organismos públicos, privados y de la sociedad que se comprometen para el bienestar de la población, así como la protección de la salud de la población humana, la cual tiene como objetivo mejorar la salud, asimismo, el control y la erradicación de las enfermedades, y promover condiciones de vida saludables en los diversos grupos de la población. Esta materia es de vital importancia, ya que incide en muchos ámbitos del día a día de la población. Esto quiere decir que, con una mala o inexistente Salud Pública, la calidad de vida de la ciudadanía disminuiría.

Dentro, de una sociedad tienen que existir sistemas en la prevención de la enfermedad y la protección, promoción y restauración de la salud, acciones que fomenta y, sobre todo, ejerce la salud pública. Lo que busca es mejorar la calidad de vida de la ciudadanía mediante estrategias e intervenciones gubernamentales.



La definición de Salud Pública es universal, sin embargo, en cada país o región se ejerce de forma diferente, adaptándose a las necesidades de su población. El enfoque es distinto en países desarrollados y en los que se encuentran en vías de desarrollo, ya que tienen en cuenta las enfermedades, los recursos y otras consecuencias relacionadas con el estilo de vida y la cultura, como son los hábitos alimentarios.

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

La Gerencia en salud es una disciplina de carácter estratégico, vinculada con la gestión de los servicios de salud tanto públicos como privados.

En materia de gestión de servicios de salud, es la encargada de convertir las políticas<sup>8</sup> en hechos tangibles como acceso a los servicios, desarrollo tecnológico, capacitación del personal, sistemas de información, y otros que promuevan un mayor impacto por parte de los servicios en la salud de las personas. Si bien el impacto en la salud es el resultado de múltiples variables sociales y económicas, la gerencia de la salud ha de estar atenta a esas variables, tratando de atender aquellas que mayor influencia tienen en los índices en salud. Por tal motivo su campo de acción es muy estratégico, en la consolidación de distintas disciplinas para atender un determinado factor: en este caso la detección precoz y tratamiento del cáncer de mama. La planificación se convierte así en una herramienta técnica esencial dentro de este trabajo multidisciplinario.

En el campo de la salud pública y de la gerencia en salud, el gran reto es tomar decisiones que conduzcan al progreso y a la solución de problemas

---

<sup>8</sup> Acciones de gobierno.

urgentes<sup>9</sup>, como la situación epidemiológica y medio ambiental. El cambio no es una consecuencia natural de la práctica administrativa, pero sí las habilidades gerenciales desempeñan un papel fundamental.

La buena gobernanza sanitaria es la promoción de la salud, requiere que los formuladores de políticas de todos los departamentos gubernamentales hagan de la salud un aspecto central de su política. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y dar prioridad a las políticas que eviten que la gente enferme o se lesione.

Estas políticas deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública, armonizando las políticas fiscales que gravan los productos nocivos o no saludables, como el alcohol, el tabaco o los alimentos ricos en sal, azúcares o grasas, con medidas para estimular el comercio en otras áreas. Asimismo, hay que promulgar leyes que respalden la urbanización saludable mediante la facilitación de los desplazamientos a pie, la reducción de la contaminación del aire y del agua o el cumplimiento de la obligatoriedad del uso de casco o de cinturón de seguridad.

En la educación sanitaria se contempla que las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Tienen que tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud.

Así mismo, tener en consideración ciudades saludables, las cuales tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de

---

<sup>9</sup> Meny y Thoenig, es en donde se establece un procedimiento para el tratamiento del problema, asimismo, dejando delimitada y atendiendo a las situaciones que no son urgentes, pero son definidos como problemas públicos y dirigidos a que un servicio especializado defina los procedimientos específicos para su solución., en *Las Políticas Públicas: la aparición de los problemas públicos*. p. 122

atención primaria. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable.

La salud es un factor sustantivo e imprescindible para aspirar a niveles superiores de bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas. La derechohabencia a servicios de salud se refiere al derecho de las personas a recibir atención médica en instituciones de salud públicas, como resultado de una prestación al trabajador, a los pensionados y jubilados, y a sus familiares designados como beneficiarios o por estar inscrito. (INEGI, 2008)

La población derechohabiente es la que se encuentra afiliada a las instituciones de seguridad social, por lo que tiene garantizado el acceso a un conjunto determinado de prestaciones, entre las que se encuentran los servicios médicos.

La Organización Internacional de Trabajo (OIT) la define como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos e hijas.

La Seguridad Social es un término que se refiere al bienestar de las y los ciudadanos, integrantes de una comunidad (Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajador, 2018). La seguridad social se encuentra estrechamente relacionada con el empleo formal que se realiza principalmente en las áreas urbanas, esta condición se refleja claramente en la distribución de la población derechohabiente por tamaño de localidad.



## El cáncer a lo largo del tiempo

El primer hallazgo de la descripción de la enfermedad fue en Egipto antiguo (aproximadamente en 3000 A.C.), en unas momias donde el cráneo mostraba pérdida parcial de hueso. Hipócrates fue quien le dio el nombre a la palabra cáncer (460-370 A.C) y Galeno, médico de origen romano (130-200), quien comienza a utilizar los *oncos* del término para describir tumores.

Ambrose Paré (1510-1590), aconsejó utilizar ligaduras vasculares y evitar la cauterización y el aceite hirviente, además de describir la importancia de la tumefacción de los ganglios linfáticos axilares, en relación con el cáncer de la mama. El siglo XV fue el parteaguas para los estudios sobre la anatomía humana, su funcionamiento y los procesos de las enfermedades. En 1761, Juan Morgagni de Padua comienza el uso de autopsias<sup>10</sup> para encontrar la causa de enfermedades. En este punto es donde se emprende el estudio del cáncer.

Rudolf Virchow en 1850, padre de la patología celular, fundo la base para el estudio patológico de cánceres bajo el microscopio, analizando los tejidos extraídos después de la cirugía

El examen de frotis<sup>11</sup> fue el primer examen para el cáncer, desarrollado por George Papanicolaou mediante una investigación para la comprensión del ciclo menstrual. Años después observó que la prueba ayudaría a encontrar el cáncer de cuello uterino. Bajo la aceptación de la prueba para investigación del cáncer de pecho por la *American Cancer Society (ACS)*, fue hasta 1976 totalmente reconocida en conjunto con el desarrollo de los métodos de la mastografía.

---

<sup>10</sup> La etimología *Autós* que quiere decir uno mismo o *Cuerpo* y *Opsis* de Observar nos da a entender que se trata de un estudio de observación básicamente. Estudio médico que se hace a una persona o animal luego que este fallece, el mismo, tiene la finalidad de determinar cuáles fueron las causas de la muerte del paciente en estudio.

<sup>11</sup> Método de exploración microscópica de un fragmento de tejido o secreción que consiste en realizar una extensión sobre un portaobjetos y examinarla con el microscopio.

Galeno escribió sobre técnicas de la cirugía para los cánceres. Guillermo Stewart Halsted desarrolló la mastectomía radical <sup>12</sup> durante la década pasada del siglo XIX<sup>13</sup> para los cánceres de pecho. Su trabajo fue basado en W. Sampson Handley.

En 1896 un profesor alemán de física, Wilhelm Conrad Röntgen, descubrió y presentó las propiedades de los rayos de X. en un principio los rayos de X fueron utilizados para la diagnosis y finalmente fue utilizada en el tratamiento de cánceres. La radioterapia comenzó con radio y con las máquinas diagnósticas relativamente de baja tensión.

#### Del cáncer de mama en el mundo a México

La OMS estima que en 2005 murieron aproximadamente 706 millones de personas debido a cánceres y que para el 2015 morirían 84 millones más si de no realizarse acciones eficientes para prevenirlo; teniendo en cuenta que la mayoría de las muertes eran en países con ingresos medios-bajos, donde los recursos llegaban a ser limitados e inexistentes para la prevención, diagnósticos y tratamientos para el cáncer. (OMS:2007)

En 2007 la OMS señala que “el cáncer es en gran medida evitable”. En el gran abanico de canceres muchos de estos se pueden prevenir; otros son fácilmente detectables en sus primeras fases de desarrollo, ser atendidos y curados; se ha designado a las enfermedades no transmisibles, incluido el cáncer, como área prioritaria. Además, los Estados Miembros de la OMS<sup>14</sup>, en su trabajo encauzado a conseguir la salud para todos, formulan y aplican estrategias de cobertura nacional de salud, entre ellas deben incluir los planes para el control del cáncer.

Bajo el enfoque de la salud pública, la disminución de la prevalencia de factores de riesgo en la comunidad, implicados en la causalidad del cáncer, llega a

---

<sup>12</sup> Cirugía del cáncer de seno (mama) en la que se extraen la mama, la mayoría o todos los ganglios linfáticos debajo del brazo y el recubrimiento de los músculos del pecho. A veces, el cirujano también extrae parte de los músculos de la pared torácica.

<sup>13</sup> 1890

<sup>14</sup> Incluido México.

tener un impacto significativo en la disminución de la morbilidad y la mortalidad. Por lo anterior, se fomentará la coordinación institucional y social para su inclusión en campañas de comunicación y educación a la población que favorezcan hábitos de vida saludables para reducir el riesgo de cáncer de mama (Norma Oficial Mexicana. 2011).

Las acciones de promoción también incluyen el desarrollo de entornos saludables, el reforzamiento de la participación social, la reorientación de los servicios de salud a la prevención y las necesidades interculturales de las personas, así como el impulso de políticas públicas saludables (*Ibídem*).

Las actividades de detección del cáncer de mama consisten en tres tipos de intervención específicas dirigidas a la población femenina de acuerdo con su grupo de edad o vulnerabilidad y son:

- Autoexploración, para el diagnóstico temprano
- Examen clínico, para el diagnóstico temprano
- Mastografía, para la identificación en fase preclínica

En los últimos años, todas las instituciones del sector salud y las organizaciones de la sociedad civil han hecho un esfuerzo particular para informar de manera más amplia a la población sobre los métodos de prevención y diagnóstico temprano de las diferentes enfermedades.

Si bien los estudios sobre la autoexploración y la exploración clínica de la mama y su efecto en la mortalidad no han mostrado evidencia invariable de su beneficio, en un país como el nuestro es imperativo continuar con estas acciones cuando éstas van acompañadas de un programa organizado para el diagnóstico temprano.

El cáncer está vinculado a la posición socioeconómica, en donde los factores de riesgo de cáncer tienen mayor incidencia en los grupos con analfabetismo o

mínimos casos de analfabetismo, debido a poco acceso a los servicios de salud. Empero, los pacientes de las clases sociales más bajas constantemente presentan las mayores tasas de mortalidad, en contraste con las clases sociales más altas, considerando<sup>15</sup>.

En los últimos años, una cantidad sustancial de datos ha apuntado hacia la conexión entre el sobrepeso y la obesidad y muchos tipos de cáncer, como el de esófago, de colon y recto, de mama, de endometrio y de riñón. Sin embargo, se desconoce si son estos factores la causa primordial del cáncer.

Las políticas sociales son una forma particular de políticas públicas. En estas, el objetivo esencial es el logro del bienestar social; mediante el uso de estrategias y programas que fomenten el mejoramiento de las condiciones de vida de la población (Cardozo,2009:9)

La multiplicidad de programas sociales que se han ido desarrollando en México están a cargo de las diferentes instancias gubernamentales (secretarías e instituciones).

En México en los años 70 y 80 el Estado de bienestar enfrenta una crisis debido a la carencia de ingreso para solventar los gastos sociales. La propuesta por la que se dirige el gobierno es la vinculación entre lo público y lo privado, esta idea referida a lo que el *New Public Management*, el cual es la contracción del Estado, la aplicación de políticas descentralizadas, la privatización de empresas públicas (Cardozo:2009). En 1974 se establecieron tanto la política de población que definió como objetivo la armonización del crecimiento demográfico como el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino y Cáncer Mamario.

El Sistema Nacional de Salud mexicano es definido como un conjunto de entidades públicas —federales y estatales—, del sector social y del privado que prestan servicios de salud a la población que reside en el territorio de México. Fue

---

<sup>15</sup> De acuerdo con datos de la OMS cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos.



establecido después de la reforma a la Ley General de Salud mexicana de febrero de 1984.

La creación del Sistema Nacional de Salud está relacionada con la reforma sanitaria que fue implementada paulatinamente en el país a partir de la década de 1980, después de la crisis financiera que llevó al borde de la quiebra al Estado mexicano. Para afrontar la situación de enfermedades el gobierno mexicano pactó una serie de compromisos con organismos financieros multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, en donde se localizaba el desmantelamiento de los servicios estatales de salud y la implementación de un sistema de orientación liberal que permitía la participación de actores privados en el campo de la salud (Eibenschutz 2007).

Uno de los objetivos centrales del Sistema Nacional de Salud es integrar los diversos servicios de salud existentes en el territorio mexicano bajo la coordinación de la Secretaría de Salud. Esto se podrá alcanzar mediante la desconcentración de las funciones de prestación de servicios de salud, que son traspasados a los organismos de salud estatales y a los servicios privados mediante sustitución. De esta manera la Secretaría de Salud federal desempeñaría el papel de entidad financiera y administradora del Sistema Nacional de Salud. Otro de los objetivos del Sistema Nacional de Salud es proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de vida de ésta, atendiendo los problemas sanitarios y los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción y la implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas.

A finales de los 80 e inicios de los 90 se dieron a conocer los programas de planificación familiar y salud materno-infantil. En 1995 se implementa la Norma Oficial (NOM-014-SSA2-1994) para la prevención, tratamiento y control del cáncer cervicouterino y de mama.

En 2001 se presenta el Programa de Acción Cáncer de Mama como parte de la política de salud de la mujer. En 2002 se publica la Norma Oficial (NOM-041-

SSA2-2002) para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama 2011, así como se estipula bajo una revisión de la Norma en el apartado correspondiente a la Prevención donde enlistan una serie de factores que pueden encaminar a la presencia de la enfermedad, donde en el subapartado 7.2 prevención secundaria, “7.2.5 La toma de mastografía se debe realizar anualmente o cada dos años, a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo y en forma anual a toda mujer de 50 años o más, por indicación médica y con autorización de la interesada, de existir el recurso. En las unidades médicas de la Secretaría de Salud el servicio de mastografía no se debe negar a ninguna mujer por razones de tipo económico.”

En México, en los años 1990 al 2000, la tasa de mortalidad por cáncer mamario se incrementó en 10.9% (de 13.06 en 1990 a 14.49 en el año 2000, por cada 100 000 mujeres de 25 años o más); en ese tiempo la tasa de mortalidad podía considerarse baja en contraste con otros países de la región, empero, el incremento real en el número de defunciones fue de 56.1% en ese período (de 2 214 muertes en 1990 a 3 455 en el año 2000), todo esto ocasionado por la expansión de este grupo poblacional (INEGI:2003).

Al analizar la distribución de las mujeres que fallecieron por cáncer mamario en el año 2000, según situación de derechohabiente en alguna institución de seguridad social al momento de morir, se observa que la mitad eran derechohabientes del IMSS, 10.6% eran derechohabientes del ISSSTE y únicamente 28.3% no eran derechohabiente (*véase anexo 1*).

Con el diseño de la NOM-041-SSA2-2002 se pretendió que la población estuviera mejor informada en relación con los riesgos del cáncer mamario y tomara mejores decisiones para el autocuidado de su salud; de igual modo, se tenía en cuenta una mejora en la cobertura de detección y el seguimiento de casos, además era necesario diseñar y operar un sistema uniforme de información en el sector salud (Maza, 2009).

Al analizar la situación y la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud, se definió el Modelo Operativo, el cual acortó dos tipos de estrategias, centradas en las medidas sustantivas que integran los elementos de coordinación intrasectorial e intersectorial, detección, diagnóstico, tratamiento, control de calidad, supervisión, evaluación e investigación y, por otro lado, las medidas de apoyo que sirven para el fortalecimiento de la infraestructura.

Fue hasta 2003 bajo las reformas cuando se definió cómo proveer una protección social en salud abierta a todos, con miras a la cobertura universal: la estrategia para lograrlo fue la creación del Sistema de Protección Social en Salud, el llamado Seguro Popular.

En enero del año 2006, el gobierno federal anunció la cobertura universal del cáncer de mama a través del Seguro Popular. A pesar de esto, los servicios aún no llegan a todas las mujeres mexicanas en la mayor parte de las entidades rurales, los diagnósticos son todavía tardíos y los pronósticos desfavorables.

Pese a los esfuerzos realizados por el sector público, los recursos dispuestos hoy para educación, prevención, detección oportuna, tratamiento y cuidados paliativos en cáncer de mama son insuficientes. Es por ello que en los últimos 30 años han surgido organizaciones de la sociedad civil que buscan llenar los vacíos y procurar una mejor calidad de vida a los pacientes con cáncer en México.

En las últimas dos décadas, la sociedad civil ha cobrado una notable importancia en México. Su presencia y participación se han convertido en una pieza clave en diversas áreas, como salud, educación y desarrollo rural. Más aún, ha participado en temas que se consideran monopolio del mercado o el Estado, como la integración comercial y la seguridad pública.

En el 2015 se registraron 8.8 millones de defunciones a nivel mundial causadas por algún tipo de cáncer; de las cuales el cáncer de mama ocupa el quinto lugar:

- Pulmonar (1,69 millones de defunciones)

- Hepático (788 000 defunciones)
- Colorrectal (774 000 defunciones)
- Gástrico (754 000 defunciones)
- Mamario (571 000 defunciones)

## La importancia del cáncer como asunto público

El cáncer de mama es la causa más común de muerte por cáncer en las mujeres de todo el mundo, con tasas de mortalidad más altas en los países de bajos recursos. Aun teniendo un avance tecnológico considerable para mejorar los tratamientos, gran parte del mundo enfrenta carencias de recursos que limitan la capacidad para una detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de esta patología. La Iniciativa Mundial de la Salud de Mama, tiene por objeto formular normativas fundadas en evidencias, económicamente factibles y culturalmente apropiadas, que puedan emplearse en las naciones con recursos limitados para la atención sanitaria, para tener un mejor pronóstico de vida para las pacientes con cáncer de mama (OPS).

El trabajo de las organizaciones multinacionales como la OPS colabora con organizaciones socias de los diferentes países para compaginar los esfuerzos para prevenir y controlar el cáncer de mama, el fomento de guías, con intervenciones para el tamizaje, diagnóstico y el tratamiento, estratificadas en función de la disponibilidad de recursos.

La estrategia pública para entender la problemática del cáncer de mama opera bajo la regulación, el diseño e implementación de programas de detección temprana y la atención a través de prestadores de servicios públicos y privados. El gobierno ha desarrollado diversos esfuerzos para neutralizar el rápido crecimiento de las tasas de mortalidad mediante distintos mecanismos.

- Marco legal y normativo
- Programas y planes para la detección temprana

En México, el desarrollo del marco regulatorio para la atención del cáncer de mama ha progresado notoriamente.

En el año 2011, 30 de cada 100 mujeres que asisten a un hospital por sospechas de tumores son canalizadas al área de oncología por la presencia de cáncer de mama. La incidencia de cáncer de mama es más alta en mujeres que en hombres. Durante 2011 afectó a 23.70 de cada 100 mil mujeres de 20 años o más. Por entidad federativa, con excepción del Distrito Federal (20.66 muertes por cada 100 mil mujeres de 20 años y más), es la región norte del país donde se concentran las tasas más altas de mortalidad observada, siendo Chihuahua (20.71 mujeres de cada 100 mil de 20 años y más), Coahuila (20) y Baja California Sur (19.08), las que presentan las más elevadas; en contraparte, las entidades en donde se ubican las tasas más bajas de defunciones por cáncer de mama en mujeres de 20 años y más son Quintana Roo (5.96 fallecimientos), Oaxaca (7.18) y Campeche. (OMS,2012)

Durante 2013, el cáncer de mama fue la principal causa de morbilidad hospitalaria entre los tumores malignos para la población mexicana de 20 años y más (18.7 por ciento); tres de cada 10 mujeres son hospitalizadas por dicha causa, y aunque en los varones apenas representa 0.7% de los ingresos hospitalarios por tumores malignos, y se elimina la creencia de que esta enfermedad se presenta exclusivamente en mujeres (Salinas *et al.*, 2014)

De 2007 a 2014, la incidencia de cáncer de mama (número de casos nuevos por cada 100 mil personas de cada sexo), para los hombres de 20 años y más, se mantiene muy baja y relativamente estable, fluctuando entre 0.39 y 0.64 casos nuevos por año. Empero, en las mujeres la tendencia es al alza, siendo el año 2014 en el que se presenta la incidencia más alta, con 28.75 casos nuevos por cada 100 mil mujeres de 20 años y más. Así, para ese año, por cada caso en varones se detectan 29 en las mujeres. (INEGI,2016)

Al analizar la incidencia por grupos de edad para 2014, se observa que hasta antes de los 64 años hay un aumento en los casos nuevos de tumores malignos de mama conforme se incrementa la edad de la mujer, siendo en el grupo de 60 a 64 años donde se concentra el mayor número de casos nuevos (68 por cada 100 mil mujeres de ese grupo de edad). De esta forma, destaca el incremento que se da a partir de los 45 años, ya que la incidencia pasa de 14.30 (por cada 100 mil mujeres de 25 a 44 años) a 51.98 (en las del grupo de 45 a 49 años).

El comportamiento de la incidencia en México sigue el patrón internacional, en el sentido de que es una enfermedad que se incrementa con la edad y los casos nuevos se presentan primordialmente en mujeres mayores de 40 años, durante la menopausia o posmenopausia; pero al mismo tiempo plantea la importancia del tamizaje en edades más tempranas para detecciones oportunas, sobre todo en aquellos casos donde se ha observado un componente hereditario (*véase anexo 2*).

De acuerdo con la OMS para el 2018 el número de nuevos casos para ambos sexos y considerando todas las edades, 14.3% son cáncer de mama (*véase anexo 3*). Para el caso únicamente en el sexo femenino se establece en 26% (*véase anexo 4*). En materia de incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer por sitio el cáncer de mama como nuevos casos se encuentra en el primer lugar, por muerte en el segundo lugar con 8.2% y prevalencia de cinco años para todas las edades tiene una proporción de 126.86 ocupando el primer lugar (*véase anexo 5*).

#### Sistema Nacional de Salud en México

El Sistema Nacional de Salud mexicano es definido como un conjunto de entidades públicas federales y estatales, del sector social y del privado que prestan servicios de salud a la población que reside en el territorio de México. Fue establecido después de la reforma a la Ley General de Salud mexicana de febrero de 1984.

En el informe “Estudios de la OCDE<sup>16</sup> sobre los sistemas de salud: México 2016”, el organismo afirma que la millonaria inversión destinada en los últimos años al sector salud no se ha reflejado en un mejoramiento de las condiciones de salud de los mexicanos.

“La inversión pública de México en su sistema de salud, aumentando de 2.4% a 3.2% del PIB entre 2003 y 2013, no ha logrado traducirse en una mejor salud ni en un mejor desempeño del sistema como se hubiera deseado”, (OMS, 2014).

Para documentar esta afirmación, la OCDE recuerda que México ha tenido avances en salud más débiles que el resto de los países miembros: mientras que en esa década la esperanza de vida aumentó en promedio tres años entre los países de la Organización, en México lo hizo solo 1.3 años, lo que lo mantiene como el país donde se vive menos tiempo.

Uno de los objetivos centrales del Sistema Nacional de Salud es integrar los diversos servicios de salud existentes en el territorio mexicano bajo la coordinación de la Secretaría de Salud. Esto se podrá alcanzar mediante la desconcentración de las funciones de prestación de servicios de salud, que son traspasados a los organismos de salud estatales y a los servicios privados mediante subrogación. De esta manera, la Secretaría de Salud federal ejerce el papel de entidad financiera y administradora del Sistema Nacional de Salud. En las primeras décadas del siglo XXI, este proceso continúa.

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama, se deben contemplar tres medidas de detección: la autoexploración, el examen clínico de las mamas y la mastografía. La autoexploración debe realizarse a partir de los 20 años, el examen clínico a partir de los 25 años y la mastografía de los 40 a los 69 años, cada dos años. En las mujeres mayores de 70 años, la mastografía se realiza bajo indicación médica ante antecedentes heredofamiliares de cáncer de

---

<sup>16</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.



mama; este estudio no se recomienda en mujeres menores de 40 años, pero puede realizarse si existe algún indicio de alteración de los senos en el examen clínico de mamas (DOF<sup>17</sup>:2011).

Las campañas anuales de mastografías de tamizaje, dirigidas a toda la población femenina de 40 años o más fueron instauradas hace más de 20 años en países desarrollados; y en México se ha realizado un gran esfuerzo en los últimos años para cubrir al mayor número de mujeres de esa edad, lo que permite una detección temprana de cáncer de mama en mujeres aparentemente sanas mejorando la atención oportuna y la calidad de sobrevivida, además de constituir una de las medidas más importantes frente a esta enfermedad. Algunas estadísticas sobre la detección del Cáncer de Mama en México:

En México prácticamente no existe una detección temprana, ya que entre el 60 y 80% de los casos de México se diagnostican en etapas avanzadas: etapa 3 (cuando hay tumores más grandes en la mama o hay enfermedad voluminosa en la axila) o etapa 4 (cuando ya hay siembras o metástasis en sitios fuera de la mama).

Sólo el 10% de las pacientes en México se diagnostican en etapa 1 (tumores pequeños sin enfermedad en la axila), en contraste con Estados Unidos donde hasta el 60% de los casos diagnosticados son en etapa 1.

Dependiendo de la etapa en la que se diagnostique la enfermedad la probabilidad de supervivencia a 5 años que tiene una paciente con cáncer de mama es:

Etapa 1: 95%

Etapa 2: 85%

Etapa 3: 55%

---

<sup>17</sup> Diario Oficial de la Federación

Etapa 4: 16%

El 90% de las pacientes en México se diagnostican porque la paciente se autodetecta una lesión en su mama, lo cual implica que se trata de un cáncer en una etapa más avanzada. Menos del 10% se diagnostican porque se hicieron una mamografía de revisión.

En México, aproximadamente el 20% de las mujeres se realizan mamografías de control para detectar el cáncer de mama en sus etapas tempranas, lo cual representa una cobertura muy baja. La cobertura de las mamografías en Estados Unidos es más amplia ya que más del 80% de las mujeres se hacen mamografías de escrutinio, lo cual se refleja en la alta proporción de etapas tempranas al diagnóstico.

Programa de Acción Especifico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, de conformidad con lo que establecen los Artículos 2, literal C, fracción II, y 40, fracciones I a la XXV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud 2010, y está adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Este programa, se sustenta en el siguiente marco normativo:

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Expediente Clínico

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud

Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

## Leyes

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º. Derecho a la protección de la salud.

Ley General de Salud

Ley de Información Estadística y Geográfica

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social

Ley Federal sobre Metrología y Normalización

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria artículos 62

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Artículo 19

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación

Ley de Ingresos para la Federación para el Ejercicio Fiscal 2010

Ley de Ciencia y Tecnología

Ley Federal sobre Metrología y Normalización

Reglamentos

Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

Acuerdos

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud

Acuerdo por el que se establece que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal que Presten Servicios de Salud aplicarán para el Primer Nivel de Atención Médica, el Cuadro Básico y en Segundo y Tercer Nivel, el Catálogo de insumos.

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Cáncer en la Mujer

Planes y Programas

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

## Programa Sectorial de Salud 2007-2012

### Programa de Acción Específico de Cáncer de Mama

#### Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer

A mediados del siglo XX se comenzaron a realizar acciones para el control del cáncer cervicouterino en México, de esta manera en los años noventa se emprendieron esfuerzos para la detección precoz, a principios del siglo XXI se enfatizaron las estrategias para abordar el cáncer de mama. Empero, a pesar de los significativos avances, se han priorizado enfoques preferentemente curativos, que privilegian el diagnóstico y tratamiento.

Al enfrentar al cáncer de la mujer como problema de salud pública se debe promover el cambio del énfasis en la “enfermedad”<sup>18</sup>, para enfocarse en la “salud”<sup>19</sup>, partiendo del carácter multicausal de tales neoplasias y evaluando sus aspectos patológicos en relación orgánica con sus determinantes sociales.

El enfoque integral en salud<sup>20</sup>, señala un complejo trabajo de los actores principales de los programas a los distintos niveles para lograr dos cambios fundamentales; el desarrollo y prácticas de autocuidado por parte de la ciudadanía en especial por las mujeres, principalmente las pertenecientes a los grupos etarios de mayor riesgo, así como, la apropiación y mejoramiento de la calidad de los

---

<sup>18</sup> La OMS define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible"

<sup>19</sup> La OMS define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

<sup>20</sup> De acuerdo con Sistema de Salud Nuble “en lo esencial describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros).”

servicios brindados por los servidores públicos, sustentándolos en el enfoque de género en salud<sup>21</sup> y en evidencias científicas sobre las mejores prácticas.

En la actualidad México, se encuentra en una coyuntura propicia para enfrentar el problema de salud pública que representa el cáncer en la mujer desde un enfoque integral de la salud. Esto de acuerdo con las metas nacionales, principalmente de la meta II, “México incluyente”, del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013- 2018) y la cierta ejecución de sus estrategias transversales, principalmente Igualdad de Género Gobierno Cercano y Moderno. Esta coyuntura se reafirma por el cumplimiento de los seis objetivos del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, esencialmente los objetivos 1, 2 y 4, encaminados a: “Incrementar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades”, “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad” y “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”. Tanto el PND 2013-2018 como el PROSESA 2013-2018, sustentados en la CPEUM reconocen a la protección de la salud como una dimensión esencial de los derechos fundamentales, elemento básico para el bienestar de las personas y condición indispensable para mejorar la participación económica de las y los mexicanos. Tanto el Plan y el Programa, coinciden en priorizar y fortalecer las estrategias, acciones de promoción y prevención de la salud; orientadas a la atención de las neoplasias de mama, cuello uterino y próstata. Tales prioridades favorecen en gran medida al Programa de Acción Específico (PAE) de Cáncer de la Mujer, de manera que las estrategias de autocuidado y el diagnóstico temprano, constituyen elementos claves para reducir la mortalidad por los cánceres de mama y cuello uterino.

En el PAEPCCM 2013-2018 contiene estrategias que trata de incidir en fortalecer y hacer eficientes las practicas implementadas que han resultado efectivas, asimismo se incorporan formas innovadoras para preservar la salud de la

---

<sup>21</sup> La OMS establece como: “parte del reconocimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer. Ello nos sirve para determinar cómo difieren los resultados, experiencias y riesgos sanitarios entre hombres y mujeres, niños y niñas, y para actuar en consecuencia.”

población. Como parte de la operación éste apunta a la formulación de acciones con la participación intersectorial de las entidades federativas, para poder crear vínculos entre diferentes dependencias e instituciones para la promoción de transversalidad<sup>22</sup> de la salud.

Se estipula que la magnitud constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad; la vulnerabilidad existe desde la dimensión técnica, métodos eficaces de prevención y de control y la trascendencia un elevado impacto económico por años de vida saludable perdidos. (PAEPCMC2013-2018)

De acuerdo, con el documento las enfermedades no transmisibles (ENT) son responsables de más de 36 millones de defunciones cada año a nivel mundial. El 80% de las muertes por ENT se agrupan en cuatro conjuntos: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes.

En el conjunto de las neoplasias malignas, enfatizan las neoplasias ginecológicas que ocasionan en México la tercera parte de las muertes por cáncer en mujeres; la detección temprana u oportuna del cáncer aumenta las posibilidades de cura, por tanto, disminuye la mortalidad por esta causa.

Los componentes principales de la detección son: la educación para promover un diagnóstico en etapas tempranas y el tamizaje<sup>23</sup>.

El diagnóstico precoz es fundamentalmente importante en el cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto, boca, laringe y piel. Especialmente es de gran importancia el tamizaje para dos cánceres que afectan con mayor incidencia a las mujeres: cáncer de mama mediante mamografía y el del cáncer del cuello del útero con citología (prueba de Papanicolaou).

---

<sup>22</sup> La transversalidad es uno de los conceptos más mencionados en los procesos de gestión social; consiste en introducir en tema en la vida diaria para abordarlo posteriormente de forma permanente.

<sup>23</sup> se entiende la utilización de pruebas sencillas en una población sana con el fin de detectar sistemáticamente a las personas que aún no presentan ningún síntoma pese a sufrir una determinada enfermedad.

Es primordial tener en consideración el principal objetivo de un programa de tamizaje, en donde es oportuna la confirmación diagnóstica y el tratamiento de los casos detectados para curar o prolongar la vida de las pacientes<sup>24</sup>, con la mejor calidad posible. En tanto, el Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer (PPCCM), tiene un modelo de atención con enfoque de procesos que considera acciones e indicadores para cada una de las etapas de este.

El tamizaje de cáncer de mama acorde a la NOM-041-SSA-2011, w la detección se realiza en mujeres a partir de los 25 años con exploración clínica de mama, y mastografía cada dos años en mujeres entre 40 y 69 años. Las mujeres con resultado anormal a la mastografía o la exploración clínica deben referirse a evaluación diagnóstica para confirmación histopatológica y posteriormente a tratamiento oncológico para los casos positivos a cáncer<sup>25</sup>.

En México, a partir del 2006, el cáncer de mama desplazó al cáncer de cuello uterino para ubicarse como la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Cada año se valora una ocurrencia de 20,444 casos en mujeres, con una incidencia de 35.4 casos por 100,000 mujeres.

Durante el período 2000-2012, la mortalidad por cáncer de mama aumentó en 21.3%, al pasar de 14.1 a 17.1 en la tasa cruda<sup>26</sup> (véase *anexo 6*); en este periodo las defunciones pasaron de 3,419 a 5,583, con un incremento promedio de 180 defunciones por año.

---

<sup>24</sup> No haciendo de lado que el cáncer de mama también se presenta en hombres, pero en menor medida que en mujeres.

<sup>25</sup> En México los resultados se realizan con el sistema del Colegio Americano de Radiología BIRADS (del inglés Breast Imaging Report and Database System), en este sentido, las mujeres con resultados de BIRADS 0 y 3 deben contar con un estudio de imagen complementaria, a partir de ahí, decidir su seguimiento o su referencia para evaluación diagnóstica.

<sup>26</sup> Tasa de cambio medio anual en el número de defunciones en una población, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un periodo específico. Expresa la razón entre el número de defunciones en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000.



#### Alineación con las Metas Nacionales

A pesar de los avances que se han tenido en el manejo y control del cáncer de mama, aún persiste el hecho de que más del 50% de los diagnósticos se efectúan en etapas avanzadas y terminales, esto demuestra las serias dificultades que enfrentan principalmente las mujeres mexicanas, para el acceso a servicios integrales de salud, así como las brechas de género que las afectan. El incremento del cáncer de mama y la persistencia del cáncer de cuello uterino, comprueban que tanto la transición demográfica, en relación con el aumento de la esperanza de vida, requieren experimentarse de los avances educativos, sanitarios, comunicativos, nutritivos y culturales necesarios para que el bono demográfico obtenga una realidad productiva, social y política.

Con lo anterior, se evidencia que, en México, los mecanismos de construcción del desarrollo son acompañados de ciertas relaciones de reproducción de desigualdades sociales que hacen a las mujeres que habitan en regiones urbanas marginales, rurales e indígenas, sean más vulnerables al cáncer del cuello uterino y en contextos urbanos, al cáncer de mama. La mayor incidencia de cáncer de ciertos contextos impacta en la calidad de vida de las mujeres, y por consiguiente repercute en la capacidad de integración al mercado laboral, obligándolas a aceptar empleos precarios e informales, truncando el desarrollo personal y el de sus familias.

#### Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Partiendo de la articulación del PAEPCCM 2013-2018 con la meta nacional del PND 2013-2018, determinada “México incluyente” en donde especialmente estipula en su Objetivo 2.3: “Asegurar el acceso a los servicios de salud”; el programa analizado estipula apoyar la construcción de un Sistema Nacional de Salud universal mediante la información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud; reforzar la detección, seguimiento y tratamiento oportuno de los casos de mujeres con cáncer de mama y cuello uterino, así llegar a garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad (*véase anexo 7*)

## Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

La vinculación con el PROSESA, estableciendo políticas públicas multidisciplinarias e intersectoriales, así como, la puesta en práctica de estrategias y líneas de acción promovidas por el sector salud, un modelo de atención integral del cáncer de la mujer con enfoque altamente preventivo. Por ello, se relaciona especialmente al cumplimiento de su Objetivo 2: “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad” (*véase anexo 8*).

## Organización del Programa

El PND 2013-20182 y el PROSESA 2013-21083 consideran como uno de los principales problemas de los servicios de salud en México, el enfoque de las prácticas médicas en el tratamiento de la enfermedad, por lo que enfatizan la necesidad de evolucionar de la “enfermedad” a la “salud”.

Las políticas públicas procedentes del presente plan de acción están encauzadas, al fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva, en materia de promoción, prevención, tamizaje, diagnóstico referencia y tratamiento del cáncer de la mujer (*véase anexo 9*).



## Evaluación de diseño del programa.

La evaluación tiene el alcance de contribuir a la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad de cáncer de mama, a través de la detección oportuna, asimismo, en conjunto del diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado.

Se considera que la contribución de esta evaluación será la mejora a la atención y prevención de la salud de la población mexicana, con o sin seguridad social para acrecentar los niveles de salud, con un enfoque universal, equitativo y de esta forma poder progresar en la garantía del derecho a la salud, con forme la medición de los resultados obtenidos, con la realización de indicadores que faciliten la toma de decisiones para invertir las variaciones entre los objetivos y los logros obtenidos.

## Justificación de la creación y del diseño del programa

El programa tiene identificado el problema social que significa el cáncer de mama y cáncer de cuello uterino; constituye un diseño somero, lo cual brinda y garantiza el derecho a la salud; la prevención y el control del cáncer de la mujer es la meta fundamental del PAEPCCM 2013-2018, considerando que existe un reto complejo por todos los factores de riesgo que se presentan en la población, así como, el impacto que tiene sobre la salud pública y la economía. La atención a la salud de la población mexicana se realiza mediante una diversidad de servicios que tiene diferentes características, se encuentra con servicios de salud de la seguridad social, hospitales federales y servicios del sector privado, todos ellos conforman el sistema de salud federal. La aplicación de los servicios de salud a la población femenina del grupo etario entre los 25 a 69 años, considerando el plazo de revisión del programa anualmente.

El PAEPCCM201-2018 establece ciertas causas, efectos y características generales del problema, empero, no existe una cuantificación de la población; la concordancia con el PND y PROSESA para la intervención de las actividades que el programa considera llevar a cabo para la atención del problema del cáncer de la mujer.

## Contribución a las metas y objetivos nacionales

El programa considera como objetivo general el garantizar al acceso a la protección de la salud, los objetivos específicos se basan en la correlación de los sistemas de información entre las diferentes Instituciones del sistema Nacional de Salud; el incrementar corresponsabilidad de mujeres y hombres en prevención del cáncer de mama y cuello uterino; así como, el fortalecimiento de la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y cuello uterino.

El Programa de PAEPCCM 2013-2018 contribuye al cumplimiento de la estrategia transversal Perspectiva de Género del PND al sensibilizar y capacitar en derechos humanos, no discriminación y perspectiva de género al personal de salud con énfasis en aquellos que está directamente involucrado en la detección y diagnóstico de cáncer.

Con lo anterior se pretende eliminar los estereotipos de género y utilizar comunicación incluyente y no sexista en los contenidos de los productos comunicativos del Programa.

Por otro lado, se promoverá la generación de estrategias que incluyan a los varones como aliados en la prevención y detección del cáncer en la mujer; asimismo, se favorecerá la identificación y atención del cáncer de mama en hombres.

Finalmente, con la sensibilización del personal de salud y las acciones de promoción de la salud a hombres y mujeres se pretende combatir el estigma y la discriminación por cáncer en mujeres.

La vinculación del propósito del programa es directa con respecto a los objetivos del desarrollo del milenio y la agenda de desarrollo post 2015, considerando que es suficiente para el cumplimiento de dos objetivos de los ODM y tres de los ODS.

## Población potencial, objetivo y mecanismos de elegibilidad

El programa tiene definidas las poblaciones potencial y objetivo; cuenta con la información sistematizada, pero esta no permite conocer la demanda total de los apoyos ni las características de las solicitantes, en donde, mediante la detección oportuna del cáncer de mama y la atención integral de mujeres del grupo etario entre los 25 a 69 años, dando prioridad a la población que no cuente con seguridad social y que resida en zonas de media, alta y muy alta marginalidad; todo ello enmarcado bajo el enfoque de perspectiva de género.

El programa cuenta con la estrategia de cobertura en donde se define a la población objetivo, se establece metas de cobertura anual, abarcando un horizonte de mediano y largo plazo, los cuales son congruentes con el diseño y el diagnóstico del programa.

Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios tienen claramente especificados los criterios elegibilidad y son utilizados por todas las instancias ejecutoras, estando debidamente difundidos públicamente y por consiguiente son congruentes con los criterios establecidos para seleccionar a la población objetivo.

Los procedimientos para recibir y dar trámite al programa están adaptados a las características de la población objetivo, asimismo, están disponibles para la población objetivo y se encuentran apegados al documento normativo del programa.

## Padrón de beneficiarios y mecanismos de atención

El programa contiene información sobre los apoyos brindados, empero, no se proporciona más información sobre los beneficiarios por cuestiones de confidencialidad del paciente; por tanto, se considera inexistente.

Los procedimientos para otorgar los servicios a los beneficiarios son utilizados por todas las instancias ejecutoras, están difundidos públicamente y se encuentran apegados a la normatividad del programa, por ello, son congruentes con los criterios establecidos para seleccionar a la población objetivo.

La información socioeconómica de los beneficiarios es confidencial.

#### Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)

En el documento del programa no cuenta con Matriz de Indicadores para Resultados, empero, contiene una Matriz de Correspondencia Externa en donde establece los objetivos del programa, asimismo, las líneas de acción en correspondencia con las diferentes instancias de salud.

Las fichas técnicas de los indicadores del programa cuentan con nombre, definición, métodos de cálculo, unidad de medida y metas

#### Presupuesto y rendición de cuentas

El programa no cuenta con algún registro de gastos en lo que incurre para generar los servicios que ofrece.

El programa cuenta con mecanismos de transparencia los cuales son dirigidos a la página de la secretaria de salud, subsecretaria de prevención y promoción de la salud del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

#### Complementariedades y coincidencias con otros programas federales y/ o acciones de desarrollo social

El PAEPCCM 2013-2018, se vincula al cumplimiento de la Meta Nacional del PND 2013-20182 “México incluyente” específicamente al Objetivo 2.3: “Asegurar el acceso a los Servicios de Salud”.

Asimismo, rescata la exigencia del PROSESA, de establecer políticas públicas multidisciplinarias e intersectoriales, y la puesta en práctica de estrategias y líneas de acción que promuevan en el sector salud, un modelo de atención integral del cáncer de la mujer con enfoque altamente preventivo. Por ello, se vincula principalmente al cumplimiento de su Objetivo 2: “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”.





## Conclusión

En México, en el caso de cáncer de mama no existen aún las condiciones para esperar una reducción en la mortalidad por esta causa, por lo que se espera que las estrategias implementadas en este Programa de Acción permitan poner al país en mejores condiciones para contener el incremento de la mortalidad por esta causa. Se consideran que existen barreras tanto culturales como de género, pero también estas barreras se encuentran en la atención a nivel médico.

Existen dificultades en el acceso a los servicios de salud e infraestructura, el diseño del Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer da cumplimiento a los principios de una política social al garantizar el tener un derecho a la salud de calidad y de equidad, empero, el reto que México tiene y en especial el Sector Salud es mantener el crecimiento de los procesos y acompañamiento de las mujeres con cáncer de mama, para poder lograr una mayor sobrevivencia de la población femenina con esta enfermedad, por tanto, es necesario que una mayor cobertura de mastografías para tamizaje y diagnóstico de cáncer de mama y realizar un seguimiento a mujeres con familiares de línea directa<sup>27</sup>. Por tanto, también es necesaria la prioridad otorgada, a las estrategias orientadas al fortalecimiento técnico y humanitario de los recursos humanos.

El envejecimiento de la población incrementa la incidencia y mortalidad por enfermedades crónicas y de manera particular el de las neoplasias, por lo que el efecto de envejecimiento poblacional impacta directamente en las metas de reducción de la mortalidad, en particular en el cáncer de mama, en el cual no hay una única causa necesaria ni acciones de prevención primaria, como en el caso del cáncer de cuello uterino. En este sentido, la reducción de la mortalidad por cáncer de mama se plantea como muy poco viable. En el PROSESA se partió de una línea basal en 2011 de 16.4 para reducir a 16.0 en 2018, sin embargo, para 2012 la

---

<sup>27</sup> Madres, hijas y hermanas de sangre.

mortalidad se ubicó en 17.2, manteniendo la tendencia mostrada en los últimos años.

El cambio hacia una cultura de calidad y oportunidad en los procesos de tamizaje, desde la toma de estudios al procesamiento, interpretación y entrega de resultados es uno de los mayores retos del Programa, ya que incide directamente en la efectividad de las intervenciones y la eficiencia en el ejercicio de los recursos. La instrumentación de controles de calidad internos y externos en laboratorios y gabinetes, así como estrategias de mejora continua de la calidad en un contexto de saturación de actividades del personal, requiere de acciones de innovación y sensibilización a todos los niveles.

La prevención primaria es un punto fuerte que en el programa no se observa, teniendo en cuenta que se puede reducir los factores de riesgo fomentando estilos de vida saludable, desarrollando acciones de prevención que involucren a la secretaria de salud, la secretaría de educación y a la sociedad civil. Como es evidenciado, un diagnóstico correcto y oportuno es esencial para poder recibir un tratamiento adecuado y eficaz. Con base a las recomendaciones de organismos internacionales, el objetivo principal del tratamiento debe ser curar el cáncer o prolongar en lo posible y procurando que tenga una buena calidad de vida el paciente, empero, la mayoría de los casos de cáncer son detectados en etapas tardías.

## Anexo 1

Tabla 1. Distribución porcentual de muertes por cáncer de mama en México según Derechohabiencia, 2000		
Derechohabiencia	Defunciones	%
Ninguna	982	28.32
IMSS	1748	55.4
ISSSTE	366	10.55
PEMEX	45	1.3
FUERZAS ARMADAS	25	0.72
OTRA	114	3.29
SE IGNORA	188	5.42
TOTAL	3468*	100

\*incluye ocho defunciones de mujeres menores de 25 años y cinco casos en los que se especificó edad

Fuente: Elaboración propia. INEGI 2000

## Anexo 2

Tablar 2. Número de nuevos de todos los sexos y edades en México 2018		
Tipo de cáncer	Número de casos	%
Otros cáncer	103444	54.3
Seno	27283	14.3
Próstata	25049	13.1
Colon	14900	7.8
Tiroides	12122	6.4
Cuello uterino	7869	4.1
Total	190667	100

Fuente: Elaboración propia. Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer, México. Globocan 2018.



### Anexo 3

Tabla 3. Número de nuevos casos en mujeres de todas las edades en México 2018		
Tipo de cáncer	Número de casos	%
Otro cáncer	45340	43.2
Seno	27283	26
Tiroides	10188	9.7
Cuello uterino	7869	7.5
cuerpo uterino	7266	6.9
colon	7105	6.8
Total	105051	100.1

Fuente: Elaboración propia. Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer, México. Globocan 2018.



Anexo 4

Incidencia, mortalidad y prevalencia por sitio de cáncer													
Cáncer	Nuevos casos					Muerte					Prevalencia a 5 años (todas las edades)		
	Número	Rango	%	Riesgo	Número	Rango	%	Riesgo	Número	Probabilidad			
Seno	27283	1	14.3	4.32	6884	2	8.2	1.14	83287	123.86			
Próstata	25049	2	13.1	5.25	6915	1	8.3	0.84	55565	85.34			
Tiroides	12122	3	6.4	0.89	881	20	1.1	0.08	42005	32.12			
Colon	10457	4	5.5	0.91	5700	6	6.8	0.47	24940	19.07			
Cervicouterino	7869	5	4.1	1.14	4121	9	4.9	0.64	22769	34.68			
Pulmón	7811	6	4.1	0.7	6733	4	8.1	0.58	7328	5.6			
Estómago	7546	7	4	0.64	60334	5	7.2	0.49	10298	7.88			
Cuerpo uterino	7266	8	3.8	1.21	1128	18	1.4	0.2	21940	33.42			
Hígado	7265	9	3.8	0.63	6868	3	8.2	0.6	5434	4.16			
Leucemia	6406	10	3.4	0.41	4470	8	5.4	0.3	18960	14.5			
Pancreas	4849	11	2.7	0.42	2741	11	3	0.23	14189	10.85			
Ovario	4759	12	2.5	0.43	4475	7	5.4	0.39	3144	2.4			
Testículos	4603	13	2.5	0.73	2765	10	3.3	0.46	12942	19.71			
Riñón	4492	14	2.4	0.48	571	24	0.68	0.06	15764	24.21			
Recto	4132	15	2.4	0.4	2720	12	3.3	0.25	10821	8.28			
Cerebro, sistema nervioso	3451	16	2.2	0.37	1325	16	1.6	0.11	10488	8.02			
Melanoma en piel	3079	17	1.8	0.25	2663	13	3.2	0.22	9163	7.01			
Vesícula biliar	2956	18	1.6	0.22	734	22	0.88	0.06	9081	6.94			
Linfoma	2388	19	1.6	0.27	1889	14	2.3	0.17	3165	2.42			
Limfoma	2042	20	1.3	0.16	543	25	0.65	0.4	8101	6.2			
Vejiga	2042	21	1.1	0.18	1105	19	1.3	0.08	5657	4.33			
Cavidad oral	2017	22	1.1	0.17	674	23	0.81	0.05	5647	4.32			
Mieloma múltiple	1642	23	0.86	0.15	1387	15	1.7	0.13	3812	2.92			
Laringe	1364	24	0.72	0.13	801	21	0.96	0.07	3951	3.02			
Esófago	1225	25	0.64	0.1	1183	17	1.4	0.1	1108	0.85			
Glándulas Salivales	833	26	0.44	0.06	212	23	0.25	0.2	1990	1.52			
Pene	660	27	0.35	0.11	170	30	0.2	0.3	1919	2.95			
Orogaringe	442	28	0.23	0.03	239	27	0.29	0.1	1237	0.95			
Vúlva	422	29	0.22	0.06	127	31	0.15	0.02	1166	1.78			
Ano	311	30	0.16	0.02	59	35	0.07	0	789	0.6			
Vagina	254	31	0.13	0.05	63	34	0.08	0.01	692	1.05			
Todos los sitios de cáncer	167037	-	-	20.89	130480	-	-	8.75	417352	480.96			

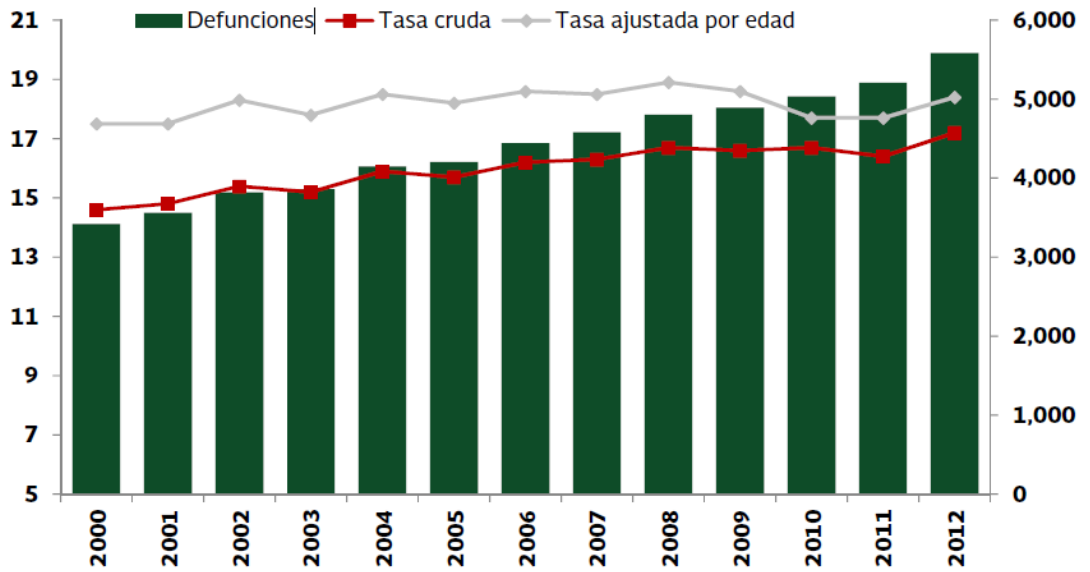
Fuente: Elaboración propia. Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer, México. Globocan 2018.

## Anexo 5

<b>Tabla 5. Número de defunciones de mujeres de 25 años y más para cáncer de mama por entidad federativa de residencia habitual. México 2015</b>		
Entidad de Residencia	Defunciones	Tasa
Nacional	6252	18
Aguascalientes	71	20.2
Baja California	213	22
Baja California Sur	33	16
Campeche	29	11.4
Coahuila	215	25.7
Colima	46	22
Chiapas	142	10.8
Chihuahua	261	24.8
Distrito Federal	739	24.7
Durango	92	18.9
Guanajuato	277	17
Guerrero	118	12.5
Hidalgo	119	14.3
Jalisco	495	22
México	746	15.2
Michoacán	215	16.5
Morelos	98	17.1
Nayarit	45	13.3
Nuevo León	386	26
Oaxaca	125	11.1
Puebla	217	12.6
Querétaro	80	14.1
Quintana Roo	59	14.1
San Luis Potosí	114	14.9
Sinaloa	189	22.2
Sonora	233	28.6
Tabasco	98	14.7
Tamaulipas	214	20.7
Tlaxcala	42	11.7
Veracruz	375	15.7
Yucatán	81	13.2
Zacatecas	88	20
* No incluye defunciones por edad "No especificada"		
Fuente: Elaboración propia. Secretaría de Salud/dirección de Información en Salud con base en las defunciones de INEGI/SS de 1990-2015		

Anexo 6

Gráfica 1. Tendencias de las defunciones y tasas de la mortalidad por cáncer de mama. México, 2000-2012



\* Tasa por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Cubo de defunciones 2012. [En línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <http://pda.salud.gob.mx/cubos/cmortalidad2012.html> [Consult

## Anexo 7

Cuadro 1. Alineación con el PND 2013-2018			
Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategia del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal	3. Contribuir a la convergencia de sistemas de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud
		2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud	1. Incrementar la coresponsabilidad de mujeres y hombres en prevención y detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad	2. Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y de cuello uterino
Fuente: Programa de acción Específico. Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018			

## Anexo 8

Cuadro 2. Alineación con el PROSESA 2013-2018			
Objetivo del PROSESA	Estrategia del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad	2.5. Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias cérvico-uterino, de mama y próstata	2.5.1. Establecer estrategias de comunicación de riesgos de neoplasias malignas	1. Incrementar la coresponsabilidad de mujeres y hombres en prevención y detección de cáncer de mama y de cuello uterino
		2.5.3. Focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama	2. Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y de cuello uterino
		2.5.4. Elaborar y disundir evaluaciones de desempeño de los Programas de tamizaje de cáncer cérvico-uterino y de mama	3. Contribuir a la convergencia de sistema de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud
Fuente: Programa de acción Específico. Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018			



## Anexo 9

Cuadro 3. Organización del Programa		
Objetivo	Estrategia	Línea de acción
Incrementar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en la prevención y detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino.	Contribuir a la promoción de estilos de vida saludables para la prevención del cáncer de la mujer	Impulsar acciones de información , educación comunicación de riesgos para la prevención de cáncer de la mujer
		Promover la lactancia materna, uso de condón, alimentación correcta, ácido fólico y actividad física, entre otras, para la prevención de cáncer en mujeres
		Fomentar la participación comunitaria de hombres y mujeres para la prevención y detección temprana del cáncer de la mujer
	Fomentar el conocimiento en la población para la identificación de signos y síntomas de cáncer de mama y de cuello uterino	Difundir los principales signos y síntomas de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, para promover la búsqueda de atención oportuna
		Fomentar la autoexploración mamaria mensual en mujeres apartir de los 20 años
Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y cuello uterino.	Impulsar las acciones de detección de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama	Promover la exoración clínica de mama en mujeres mayores de 25 años
		Promover la realización de la detección con mastografía en mujeres de 40 a 69 años con estándares de calidad
		Promover la realización de citología en mujeres de 25 a 64 años
		Focalización el uso de tecnologías biomoleculares para elevar la efectividad del tamizaje de cáncer del cuello uterino en mujeres de 35 a 64 años
	Fomentar acciones de prevención y detección de cáncer del cuello uterino y de mama en grupos en situación de desventaja social.	Contribuir en las acciones de prevención primaria mediante la vacunación conta serotipos del VPH asociados a cáncer de cuello uterino
		Promover la relaizacion de acciones con enfoque intercultural en poblacion indígena
		Colaborar en estrategias dirigidas a mujeres en situación de desventaja social como aquellas con VIH, reclusas, migrantes y de la diversidad sexual
	Implementar acciones que aseguren la calidad del tamizaje de cáncer de cuello uterino y de cáncer de mama	Instrumentar un sistema de control de calidad de mastografías
		Consolidar el control de calidad de laboratorios de citología , patología y biología molecular
		fortalecer la infraestructura de los servicios de detección y diagnostico en el Programa
		Colaborar en la formación y capacitación del personal de los distintos niveles de atención acorde a la normatividad vigente
	Instrumentar acciones para el seguimiento y evaluación diagnóstica de los casos sospechosos identificados en las estrategias de tamizaje	Facilitar la coordinación interinstitucional para el seguimiento de los casos diagnosticados y tratados en instituciones diferentes
		Promover el fortalecimiento de laboratorios para la realización de diagnósticos histopatológicos de calidad que incluyan los marcadores tumorales básicos
		Promove el fortalecimiento de los servicios de atención para acortar el tiempo de evaluación diagnóstica e inicio de tratamiento
Promover acciones para asegurar el tratamiento oportuno y de calidad de los casos diagnosticados	Facilitar la vinculación de unidades de atención oncológica con los programas de detección para el seguimiento de casos confirmados	
	Promover la incorporación del acompañamiento emocional como componente de la atención del cáncer de la mujer	
	Fortalecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible	
Contribuir a la convergencia de sistemas de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.	Promover la evaluación periódica de las acciones de tamizaje entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud	Facilitar la conformación del registro del cáncer y de intercambio de información del Progrma de detección a nivel sectorial
		Promover la realización de investigación para la toma de decisiones y mejora del Programa
		Elaborar y difundir evaluaciones de desempeño de los programas de tamizaje de cáncer de mama y de cuello uterino para la rendición de cuentas
		Favorecer la comunicación entre sistemas informáticos institucionales para el seguimiento y atención de pacientes con cáncer de mama y/o del cuello uterino

Fuente: Elaboración propia. Programa de acción Especifico. Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018

## Bibliografía

- Procuraduría Federal de la Defensa del Tabajador. (13 de junio de 2018). *La seguridad social y sus beneficios*. Obtenido de <https://www.gob.mx/profedet/es/articulos/seguridad-social?idiom=es>
- Aguilar Villanueva, L. (1996). *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México: Porrúa.
- Aguilar Villanueva, L. (2010). *Política Pública*. Mexico: Siglo XXI editores.
- Alcalde-Rabana, J. E. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud pública de México*, S243-S254.
- Atria, B. R. (2005). Políticas sociales. Conceptos y diseño. *Estudios Sociales*, 55.
- Avalos, G. (2017). *Hegel y su concepto de Estado*. Obtenido de [https://www.academia.edu/9062528/Hegel\\_y\\_su\\_concepto\\_de\\_Estado](https://www.academia.edu/9062528/Hegel_y_su_concepto_de_Estado)
- Bioledicas, I. d. (15 de 05 de 2018). *Instituto de Investigaciones Bioledicas*. Obtenido de <https://www.biomedicas.unam.mx/>
- Brandan, M. E. (12 de julio de 2018). *Unión Latinoamericana Contra el Cáncer de la Mujer*. Obtenido de <https://www.ulaccam.org/actualidad/cancer-de-mama-primera-causa-de-muerte-en-mujeres-mexicanas>
- Cámara de Diputados. (28 de enero de 2011). *Secretaría de Gobernación*. Obtenido de <https://www.dof.gob.mx/index.php?year=2011&month=01&day=28>
- Cámara de Diputados. (2018). *constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.
- Canto Chac, M., & Soto, O. C. (2002). *Participación Ciudadana y Políticas Públicas en el Municipio*. México: MCD.
- Cardozo Brum, M. (2009). *Evaluación y metaevaluación de los programas mexicanos de desarrollo social*. México: DCSH-Xochimilco.
- Casar, M. A. (1999). *Elecciones y transición a la democracia en México*. México: Cal y Arena.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. . (2018). *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*. México: CONEVAL.
- definición, C. (18 de julio de 2019). *Redacción*. Obtenido de <https://conceptodefinicion.de/autopsia/>
- Durkheim, É. (1987). *La división del trabajo social*. Madrid: Akal.
- Eibenschutz, C. (29 de agosto de 2007). *scielosp*. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rsap/2008.v10suppl1/133-145/>
- Ferlay, J., Shin, H.-R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer*, 2893-2917.

- Hernández-Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL Education.
- Hobbes, T. (1994). *Leviatan*. Bs.As.: Losada.
- INEGI. (2003). *Hombres y Mujeres 2003*. México: INEGI.
- INEGI. (2008). *Derechohabiencia a servicios de salud*. Obtenido de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825494377/702825494377\\_7.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825494377/702825494377_7.pdf)
- INEGI. (2018). “*ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER (4 DE FEBRERO)*”. Datos nacionales: INEGI.
- INFOCANCER. (5 de febrero de 2019). *El cáncer en México*. Obtenido de <https://www.infocancer.org.mx/?c=conocer-el-cancer&a=estadisticas-mundiales-y-locales>
- INMUJERES. (2018). *Sistema de Indicadores de Género*. Obtenido de <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/index.php>
- Instituto Nacional del Cancer. (5 de abril de 2016). *Instituto Nacional del Cáncer de los institutos Nacionales de la Salud de EE.UU.* Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer>
- Lara, T., & Olmedo, Z. (19 de octubre de 2011). *INFOCÁNCER*. Obtenido de <https://www.infocancer.org.mx/?c=cancer-cifras&a=estadisticas-cancer-mama-2014>
- Majone, G. (1996). *Política pública y administración: ideas, intereses e instituciones*. Oxford: Oxford University Press.
- Maquiavelo, N. (1999). *El príncipe*. México: Ediciones Leyenda S.A.
- Mény, Y., & Thoenig, J. (1995). *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Moyers, P. (27 de junio de 2018). *Redacción médica*. Obtenido de <https://www.ulaccam.org/actualidad/cancer-de-mama-primera-causa-de-muerte-en-mujeres-mexicanas>
- National Cancer Institute. (s.f.). *Diccionario de cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/mortalidad>
- Nutrición sin fronteras. (7 de junio de 2018). *¿Qué es la salud pública?* Obtenido de <http://www.nutricionsinfronteras.org/que-es-la-salud-publica/>
- Ñuble, S. d. (s.f.). *Modelo de Atención Integral de Salud*. Obtenido de <http://www.serviciodesaludnuble.cl/sitio/modelo-integral/>
- OMS. (7 de abril de 1948). *¿Cómo define la OMS la salud?* Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OMS. (2004). *Programas Nacionales de Control del Cáncer. Políticas y pautas para su gestión*. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (7 de marzo de 2007). Obtenido de <https://www.who.int/features/qa/56/es/>

- OMS. (12 de septiembre de 2018). *Organización Mundial de la Salud. Cáncer*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Ordóñez-Matamoros, G. (2013). *Manual de análisis y diseño de políticas públicas*. Bogotá: Universidad Exrtemado de Colombia.
- Ortega, A. B., & Mejía, M. A. (2014). *Cáncer de mama*. México: Trillas.
- Pérez Pérez, G. (2006). *Ciudadanía y derechos sociales en el proceso de integración política de la Union Europea*. México: Eón Sociales.
- Procuraduría Federal de la Defensa del Tabajo. (13 de junio de 2018). *La seguridad social y sus beneficios*. Obtenido de <https://www.gob.mx/profedet/es/articulos/seguridad-social?idiom=es>
- Reyes del Campillo, J. (2014). El sistema de partidos y transición democrática en México. *El cotidiano*. núm 187, 111-125.
- Rousseau, J. J. (1983). *El contrato social*. Madrid: SARPE.
- Salaverry, O. (5 de enero de 2013). *Scielo Analytcs Perú*. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000100026](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100026)
- Salinas Martínez, A. M., Juárez Ruíz, A., Mathiew Quirós, Á., Guzman De la Garza, F., Santos Lartigue, A., & Escobar Moreno, C. (2014). Cáncer de mama en México: tendencia en los. *Revista de Investigación Clínica*, 210-217. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2014/nn143b.pdf>
- Secretaría de Salud . (30 de enero de 2014). *Gaceta Oficial del Dstrito Federal*. Obtenido de <http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/2014/secretarias/salud/Atencion%20Integral%20de%20Cancer%20de%20Mama.pdf>
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa de Acción: Cáncer de Mama*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (28 de febrero de 2003). *Cámara de diputados*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>
- Secretaría de Salud. (19 de octubre de 2014). *INFOCANCER*. Obtenido de <https://www.infocancer.org.mx/?c=cancer-cifras&a=estadisticas-cancer-mama-2014>
- Secretaria de Salud. (14 de 10 de 2018). *1983. El Derecho a la Protección de la Salud se constitucionaliza*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/75aniversario/articulos/1983-el-derecho-a-la-proteccion-de-la-salud-se-constitucionaliza>
- Secretaría de Salud. (30 de mayo de 2018). *Prevención y Control del Cancer de la Mujer. Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Obtenido de [http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldelCancerdelMujer\\_2013\\_2018.pdf](http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldelCancerdelMujer_2013_2018.pdf)
- Society, A. C. (23 de 03 de 2018). *American Cancer Society*. Obtenido de American Cancer Society

Solano, D. (13 de junio de 2014). *¿Qué entendemos por transversalidad?* Obtenido de <https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2014/06/13/transversalidad-marketing-social/>

Spencer, H. (1999). *El individuo contra el Estado*. Venecia: venecia.

Tenorio, G. Á. (s.f.). *Academia*. Obtenido de [https://www.academia.edu/9062528/Hegel\\_y\\_su\\_concepto\\_de\\_Estado](https://www.academia.edu/9062528/Hegel_y_su_concepto_de_Estado)