



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL
CÁNCER DE LA MUJER
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARÍA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	19
III. DIAGNÓSTICO.....	23
III.1 Antecedentes	25
III.2 Situación Actual y Problemática	28
III.3 Avances 2006-2012	32
III.4 Retos 2013-2018	33
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	35
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	38
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	38
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	41
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	43
V.2 Estrategias Transversales.....	45
VI. INDICADORES Y METAS.....	47
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	57
VIII. TRANSPARENCIA	67
BIBLIOGRAFÍA	71
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	75
GLOSARIO DE TÉRMINOS	77
ANEXOS	79

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Ricardo Juan García Cavazos
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino actualmente constituyen las dos primeras causas de muerte por neoplasias malignas en mujeres mayores de 25 años. La incidencia y mortalidad por estas neoplasias, se asocian de manera importante a la transición demográfica, ya que existe una relación directa entre el envejecimiento poblacional y la incidencia de neoplasias malignas. Sin embargo, los estilos de vida y capacidad de respuesta de los sistemas de salud marcan los distintos panoramas regionales.

En México, estas neoplasias, cumplen las principales características reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones internacionales para ser consideradas como problema de salud pública:

- Magnitud: Constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad.
- Vulnerabilidad: Existen, desde la dimensión técnica, métodos eficaces de prevención y de control.
- Trascendencia: Un elevado impacto económico por años de vida saludable perdidos.

Aunque desde mediados del siglo pasado se realizaron acciones para el control del cáncer del cuello uterino en México, es en la década de los 90 que se instauraron esfuerzos importantes para la detección precoz y desde hace más de una década del cáncer de mama. Sin embargo, a pesar de los significativos avances, se han priorizado enfoques predominantemente curativos, que privilegian el diagnóstico y tratamiento en detrimento de la promoción y prevención.

Cambios en el estilo de vida, que incluyan la alimentación correcta, el control del consumo de alcohol y principalmente la actividad física, sumadas a estrategias de promoción del sexo seguro y vacunación para prevenir la infección de los principales serotipos de virus de papiloma humano (VPH) asociados a cáncer de cuello uterino, así como el control del tabaco, pueden disminuir la incidencia del cáncer en mujeres.¹ Sin embargo, éstas no son suficientes en un contexto en el que la mayoría de los casos son detectados en etapas avanzadas.

El acceso a información y servicios sanitarios eficaces, garantes de la detección oportuna en aras de mejorar el diagnóstico y la supervivencia, es la clave para el control del cáncer de la mujer. En la medida que las mujeres en desventaja social (de avanzadas edades, urbano-marginales, rurales, que viven con capacidades diferentes, pobres e indígenas) tienen menos acceso a tales servicios y como consecuencia, son las más afectadas por ambas neoplasias, el cáncer de la mujer constituye una expresión, entre otras, de las desigualdades sociales y las inequidades de género.

Por ello, enfrentar al cáncer de la mujer como problema de salud pública debe promover el cambio del énfasis en la “enfermedad”, para enfocarse en la “salud”, partiendo del carácter multicausal de tales neoplasias y evaluando sus aspectos patológicos en relación orgánica con sus determinantes sociales.

Ello implica instrumentar estrategias y prácticas integrales, que conviertan a la promoción, prevención y tamizaje en herramientas contra las desigualdades sociales y las inequidades de género en problemas de salud.

Este enfoque integral en salud, prescribe un arduo trabajo de los líderes de los programas a los distintos niveles para lograr, entre otros, dos cambios primordiales; el desarrollo y apropiación de prácticas de autocuidado por parte de la ciudadanía (por las mujeres en general, principalmente las pertenecientes a los grupos etarios de mayor riesgo) y la apropiación y mejoramiento de la calidad de los servicios brindados por los servidores públicos, sustentándolos en el enfoque de género en salud y en evidencias científicas sobre las mejores prácticas.

México, actualmente, se encuentra en una coyuntura favorable para enfrentar el problema de salud pública que representa el cáncer en la mujer desde un enfoque integral de la salud. Esta coyuntura la marca el cumplimiento de las metas nacionales, principalmente de la meta No. II, “México incluyente”, del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018² y la efectiva realización 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) 2013-2018,³ principalmente los objetivos 1, 2 y 4, orientados 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 2013-2018² como el PROSESA 2013-2018,³ sustentados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁴ reconocen a la protección de la salud como una dimensión fundamental de los derechos humanos, elemento esencial para el bienestar de las personas y condición indispensable para mejorar la participación económica de las y los mexicanos y la construcción de un México en Paz, Incluyente y Próspero. Plan y Programa, también coinciden en priorizar y fortalecer las estrategias y acciones de promoción y prevención de la salud; entre ellas, las orientadas a la atención de las neoplasias de mama, cuello uterino y próstata. Tales prioridades favorecen al Programa de Acción Específico (PAE) de Cáncer de la Mujer, en la medida que las estrategias de autocuidado y el diagnóstico temprano, organizados desde la transversalización de la perspectiva de género, constituyen elementos claves para reducir la mortalidad por los cánceres de mama y cuello uterino.

El Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer 2013-2018, dando cumplimiento a las metas nacionales e internacionales, ejes transversales y objetivos establecidos respectivamente en el PND² y el PROSESA³ para fortalecer la salud sexual y reproductiva de las mujeres mexicanas en materia de cáncer de mama y cuello uterino, establece en este documento las estrategias y líneas de acción consensuadas en el sector salud a través de las cuales se realizará la promoción, prevención, tamizaje, diagnóstico, referencia y tratamiento del cáncer de la mujer. Asimismo, en este Programa se incluyen indicadores y metas de proceso y resultado que permitirán medir el avance en el cumplimiento de las mismas.



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

A setenta años de la creación, de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943, hoy Secretaría de Salud (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los logros en materia de salud experimentados por la población mexicana se expresan, entre otras manifestaciones, en el aumento de la esperanza de vida al nacer, el avance de la transición demográfica y el incipiente proceso de envejecimiento poblacional.

El Sistema Nacional de Salud, que durante estos años se ha fortalecido con el surgimiento de instituciones como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los Servicios Médicos de PEMEX, SEDENA, SEMAR, DIF, Seguro Popular e IMSS-Oportunidades, presta sus servicios, en un contexto socioeconómico caracterizado por la heterogeneidad estructural a una población muy desigual, con diferentes grados de marginación social y en la que más de la mitad (55.3%) sobrevive en estado de pobreza.⁸ Lo que en términos de salud pública cristaliza en un panorama muy heterogéneo, caracterizado por la persistencia de enfermedades transmisibles, asociadas a la pobreza y la marginación social, y la emergencia de las enfermedades no transmisibles (ENT).

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 concentran en cuatro grupos: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes.⁶

En el grupo de las neoplasias malignas, destacan las neoplasias ginecológicas que ocasionan en México la tercera parte de las muertes por cáncer en mujeres.⁷

La detección temprana del cáncer aumenta las posibilidades de cura, y 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 o cribado.⁸

Un mayor conocimiento de las posibles señales de alerta del cáncer entre los médicos, el personal de enfermería y otros trabajadores de salud, así como entre la población general, puede tener un gran impacto en la enfermedad. El

diagnóstico precoz es especialmente importante en el cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto, boca, laringe y piel.⁸

Por tamizaje o cribado, 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.⁸

Particularmente es importante el tamizaje para dos cánceres que afectan a las mujeres: cáncer de mama mediante mamografía y el del cáncer del cuello del útero con citología (prueba de Papanicolaou) o la detección biomolecular de VPH.

Los programas de tamizaje deben realizarse sólo cuando su eficacia se ha demostrado y cuando se dispone de recursos (personal, equipo, etc.) suficientes, como en los casos cuando la prevalencia de la enfermedad es lo suficientemente elevada como para justificar el esfuerzo que supone el programa de cribado y sus costos.

Tomando como base las pruebas científicas disponibles, el tamizaje poblacional masivo está justificado solo para el cáncer de mama y del cuello del útero, en los países donde se dispone de recursos para obtener una amplia cobertura de la población.⁸

Es fundamental recordar que el principal objetivo de un programa de tamizaje es la confirmación diagnóstica y el tratamiento de los casos detectados para curar o prolongar la vida de las y los pacientes, con la mejor calidad posible.

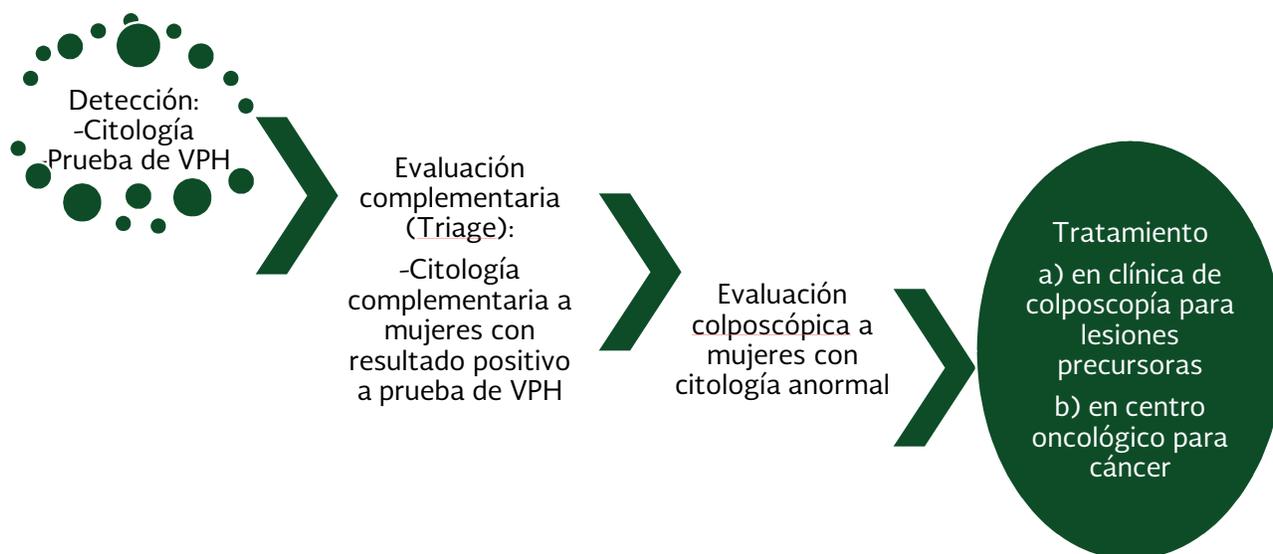
Por ello, el Programa de Prevención y Control de Cáncer de la Mujer, tiene un modelo de atención con enfoque de procesos que considera acciones e indicadores para cada una de las etapas del mismo.

En el caso de cáncer de cuello uterino, la detección se realiza en mujeres de 25 a 64 años con citología cervical,⁹ y acorde a políticas institucionales, puede emplearse también la detección biomolecular de virus de papiloma humano para mejorar la sensibilidad de la detección en mujeres de 35 a 64 años.¹⁰

Las mujeres con resultado anormal a la citología deben referirse para confirmación diagnóstica y tratamiento en clínica de colposcopia para lesiones precursoras o a unidades de atención oncológica para los casos de cáncer.⁹

Es importante hacer notar que en el caso de la detección a través de prueba de VPH, las mujeres positivas deben contar con un estudio de evaluación complementaria mediante citología previa a la colposcopia (triage). (Figura 1)

Figura 1. Modelo de Atención de Cáncer de Cuello Uterino

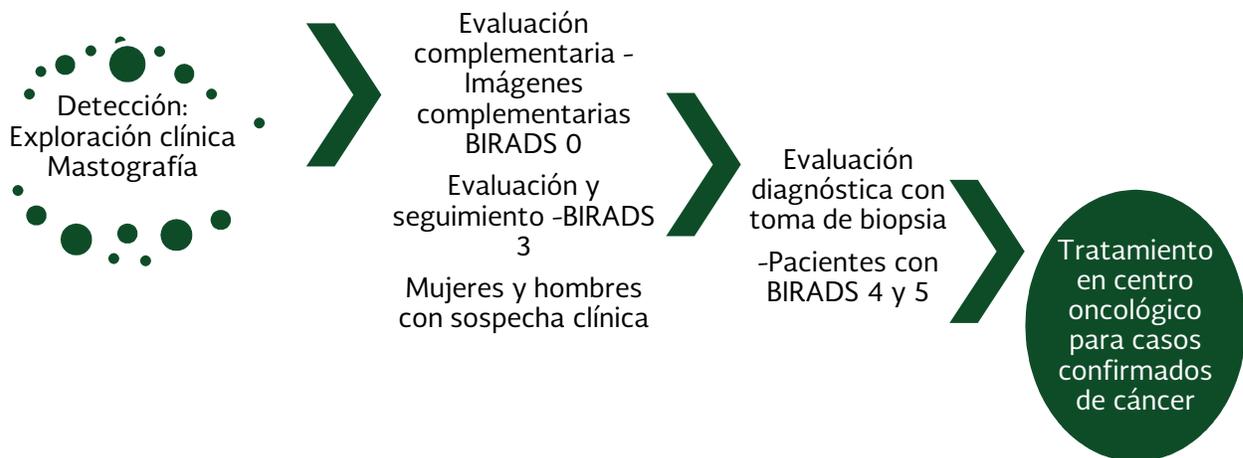




Por otro lado en el tamizaje de cáncer de mama acorde a la NOM-041-SSA-2011,¹¹ la detección se realiza en mujeres a partir de los 25 años con exploración clínica de mama, y mastografía cada dos años en mujeres entre 40 y 69 años.⁸

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. Es importante hacer notar que el reporte de resultados de mastografía en México se realiza con el sistema del Colegio Americano de Radiología denominado 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, y a partir de ahí, decidir su seguimiento o su referencia para evaluación diagnóstica.⁸ (Figura 2).

Figura 2. Modelo de Atención de Cáncer de Mama





II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁴ establece, entre otras prescripciones, el marco normativo que articula estratégicamente las políticas públicas que implementa el Gobierno de la República para planear y dirigir el desarrollo de la nación. La Carta Magna también garantiza el carácter democrático de la planeación y garantiza la eficacia, racionalidad y transparencia de la planeación, al establecer los lineamientos y procedimientos que regulan el ejercicio presupuestario de la federación, estados, municipios, Distrito Federal y demarcaciones territoriales, de acuerdo a principios y exigencias de racionalidad, eficiencia, eficacia, honradez y transparencia, y prescribiendo instrumentos para el monitoreo, seguimiento y vigilancia ciudadana.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁴ también establece que el PND² definirá los lineamientos para las políticas públicas; al cual, obligatoriamente, se vincularán los Programas de la Administración Pública Federal. El PND 2013-2018² constituye el principal instrumento de planeación, ya que define las prioridades y metas nacionales que la administración pública aspira alcanzar en beneficio de la nación y ciudadanos, mediante objetivos, estrategias y líneas de acción.

La Ley de Planeación¹² establece que todo PAE debe elaborarse en concordancia al PND² y al Programa Sectorial³ correspondiente. Así, el Programa dando cumplimiento a las metas nacionales, ejes transversales y objetivos establecidos respectivamente en el PND² y el PROSESA,³ establece los objetivos, estrategias y líneas de acción que guiarán al sector salud en la promoción, prevención, tamizaje, diagnóstico, referencia y tratamiento del cáncer de la mujer.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, responsable de las políticas nacionales en materia de cáncer de la mujer (cáncer de mama y cuello uterino) de conformidad con lo establecido en el Artículo 2, literal C, fracción II y el Artículo 40, fracciones I a la XXV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.¹³ En este sentido, el presente Programa se sustenta en el siguiente marco jurídico normativo:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

DOF 05-02-1917; F.E. DOF 06-II-1917 Ref. DOF, Última Reforma 05-06-2013.⁴

Leyes

- Ley General de Salud. DOF 04-06-2014.¹⁴
- Ley General de la Igualdad entre Mujeres y Hombres, DOF 06-03-2012.¹⁵
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Última reforma publicada DOF 20-03-2014.¹⁶
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Última reforma publicada DOF 02-04-2014.¹⁷
- Ley del Sistema de Información Estadística y Geografía. DOF 16-04-2008.¹⁸
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. DOF 28-05-2012.¹⁹
- Ley Federal sobre Metrología y Normalización. DOF 09-04-2012.²⁰

Reglamentos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF 29-11-2006.¹³
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. DOF 08-06-2011.²¹
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. DOF 24-03-2014.²²
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios. DOF 28-12-2004.²³

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. DOF 02-04-2014.²⁴
- Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación. DOF 20-03-2002.²⁵
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. DOF 28-07-2010.²⁶

Normas Oficiales Mexicanas

- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama; publicada en el DOF 09-06-2011.¹¹
- Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-2007, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino; DOF 31-05-2007.⁹
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica; DOF 19-02-2013.²⁷
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; DOF 15-10-2012.²⁸
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos; publicada en el DOF 27-04-2012.²⁹
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Sobre requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención de pacientes ambulatorios; publicada en el DOF 16-08-2010.³⁰
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Sobre requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada; publicada en el DOF 08-01-2013.³¹
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud; publicada en el DOF 30-11-2012.³²
- Declaraciones, Conferencias y Convenciones Internacionales
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. (CIPD) ³³

- Agenda Regional de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe después del 2014.³⁴
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Ratificada por México el 23-04-1981.³⁵
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém Do Pará). DOF, 19-01-1999.³⁶
- Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (PADB). Septiembre 1995.³⁷
- Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (CEPAL/ONU). 16-07-2010.³⁸



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

En el año 2012 ocurrieron en el país 73,134 defunciones por tumores malignos en México, de los cuales el 50.7% ocurrieron en mujeres (37,064) con una razón hombre mujer de 1:1. Dentro de las neoplasias con mayor número de defunciones en mujeres, los cánceres de mama, cuello uterino y ovario ocasionaron en conjunto el 30.9% de todas las defunciones por cáncer en mujeres.⁷

En el ámbito mundial,³⁹ el cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente en la población y la primera entre las mujeres, con un estimado de 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados anualmente, representando el 25% de los casos de cáncer en mujeres. La incidencia es más alta en países desarrollados (excepto Japón); varía desde 27 por 100,000 mujeres en África Central, hasta 96 en Europa occidental. Es también la principal causa de muerte por un tumor maligno en la mujer en países en vías de desarrollo y la segunda en países desarrollados (después del cáncer de pulmón) con una defunción cada minuto por esta causa en alguna parte del mundo (522,000) y tasas de mortalidad que van de 6 en Asia oriental a 20 defunciones por 100,000 mujeres en África Occidental.

La tendencia de la mortalidad es ascendente debido a una mayor incidencia de la enfermedad, el envejecimiento poblacional y la poca capacidad de respuesta de los sistemas de salud en países subdesarrollados.

El cáncer del cuello uterino es la cuarta neoplasia más frecuente entre las mujeres, con un estimado de 528 mil nuevos casos diagnosticados anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo. La incidencia es más alta en países en vías de desarrollo; varía desde 42.7 en África Oriental, hasta 4.4 por 100,000 mujeres en Asia Occidental (Medio Oriente).

El cáncer de cuello uterino es también una importante causa de muerte por un tumor maligno en la mujer con 266,000 defunciones anuales, 87% de las cuales ocurren en países subdesarrollados. Las tasas de mortalidad van de 2 en Asia Occidental a 27.6 defunciones por 100,000 mujeres en África Oriental. La tendencia de la mortalidad es descendente debido a una menor incidencia de la

enfermedad por la mejora en las condiciones sociales y la respuesta de los sistemas de salud.

En América Latina, el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente con 152,059 casos diagnosticados anualmente, una cuarta parte (24.9%) de los casos de cáncer en mujeres. La incidencia regional es 47.2, la cual es más alta en países del cono sur, principalmente Argentina y Uruguay, donde las tasas son semejantes a la de países desarrollados (71.2 y 69.7 casos por 100,000 mujeres, respectivamente). Es también la principal causa de muerte por un tumor maligno en la mujer latinoamericana, con 43,208 defunciones y tasas de mortalidad de 13, que varía de 5.0 en Guatemala a 22.6 defunciones por 100,000 mujeres en Uruguay.

El cáncer de cuello de uterino es la segunda neoplasia más común en mujeres de América Latina, con 68,818 casos anuales. La incidencia en la región es de 21.2 casos por 100,000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam. La mortalidad en la región es de 8.7 defunciones por 100,000 mujeres. El 75% de las 28,565 defunciones anuales por esta causa, ocurren en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Sin embargo, la mortalidad es más alta en Guyana (21.9), Bolivia (21.0) y Nicaragua (18.3).

También en México,⁷ a partir del año 2006, el cáncer de mama desplaza al cáncer de cuello de uterino para ubicarse como la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 20,444 casos en mujeres, con una incidencia de 35.4 casos por 100,000 mujeres.

En el año 2012, se registraron 5,595 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 9.4 defunciones por 100,000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 58.96 años. (Tabla 1)

En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 5,583 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 17.1 defunciones por 100,000 mujeres.

Las entidades con mayor mortalidad por cáncer del cuello uterino son Colima (23.9), Oaxaca (15.8), Veracruz (16.0) y Morelos (16.1) y Chiapas (15.9).

El cáncer del cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 13,960 casos en mujeres, con una incidencia de 23.3 casos por 100,000 mujeres.

En el año 2012, se registraron 3,832 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 6.4 defunciones por 100,000 mujeres. En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3,832 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 11.8 defunciones por 100,000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 59.03 años.

Las entidades con mayor mortalidad por cáncer del cuello uterino son Colima (22.9), Oaxaca (16.0), Veracruz (15.9) y Morelos (15.7) y Chiapas (15.6).

Tabla 1. Número de defunciones y tasas crudas de mortalidad en mujeres de 25 años y más para cáncer del cuello del útero y mama por entidad federativa de residencia habitual. México, 2012

Entidad de Residencia	Cuello uterino		Mama	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
Aguascalientes	41	12.6	69	21.2
Baja California	88	9.8	180	20.1
Baja California Sur	13	7.1	36	19.7
Campeche	31	13.2	21	8.9
Coahuila	103	13.1	187	23.8
Colima	46	23.9	44	22.9
Chiapas	194	15.9	149	12.2
Chihuahua	114	11.5	206	20.7
Distrito Federal	322	10.9	668	22.7
Durango	37	8.1	83	18.2
Guanajuato	137	9.0	252	16.5
Guerrero	122	13.7	101	11.3
Hidalgo	61	7.9	107	13.8
Jalisco	221	10.5	468	22.2
México	485	10.7	654	14.4
Michoacán	178	14.5	207	16.8
Morelos	86	16.1	105	19.6
Nayarit	33	10.6	50	16.0
Nuevo León	115	8.3	302	21.8
Oaxaca	168	15.8	89	8.4
Puebla	200	12.3	208	12.8
Querétaro	52	10.0	89	17.1
Quintana Roo	42	11.4	35	9.5

Entidad de Residencia	Cuello uterino		Mama	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
San Luis Potosí	78	10.8	107	14.8
Sinaloa	68	8.4	166	20.6
Sonora	115	15.1	173	22.7
Tabasco	65	10.5	78	12.6
Tamaulipas	105	10.8	178	18.3
Tlaxcala	36	10.8	42	12.7
Veracruz	363	16.0	383	16.9
Yucatán	84	14.7	71	12.4
Zacatecas	29	7.0	75	18.0
Total general	3,832	11.8	5,583	17.1

* 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> [Consulta: 09 enero 2014].

La mortalidad por cáncer de mama es más alta en mujeres derechohabientes.⁷ En 2012, el 57% de las mujeres que fallecieron por cáncer de mama eran derechohabientes de alguna institución, teniendo como resultado, una mortalidad cruda por cáncer de mama en mujeres con derechohabiencia de 20.4 frente a la mortalidad de 15.3 en mujeres sin derechohabiencia.

Por el contrario, sólo el 42% de las defunciones por cáncer de cuello de uterino se registraron en mujeres con derechohabiencia, por lo que la mortalidad cruda en este grupo fue de 10.3, mientras que en mujeres sin derechohabiencia alcanzó 14 defunciones por 100,000 mujeres de 25 años y más.

III.2 Situación Actual y Problemática

En México, durante el período 2000-2012,⁷ la mortalidad por cáncer de mama aumentó en 21.3%, al pasar de 14.1 a 17.1 en la tasa cruda. En este periodo las defunciones pasaron de 3,419 a 5,583, con un incremento promedio de 180 defunciones por año. (Gráfica 1)

Este efecto se debe principalmente al envejecimiento poblacional, ya que al ajustar por edad, el incremento de la tasa fue tan sólo de 5.15% (17.5 vs 18.4). En el periodo 2007-2012 se estableció como meta mantener la mortalidad nacional por cáncer de mama por debajo de 17.5, lo cual se logró al mantenerla 4 décimas por debajo de este nivel, es decir, en 17.1 defunciones por cada 100,00 mujeres con cáncer de mama.

Con relación a la mortalidad por cáncer del cuello uterino durante el período 2000-2012, disminuyó en 37.6%, al pasar de 18.9 a 11.8 en la tasa y de 4,585 a 3,832 defunciones.



En el periodo 2007-2012 se estableció como meta disminuir la tasa de mortalidad nacional por cáncer del cuello uterino a 10.8,⁷ (Gráfica 2) lo cual no fue conseguido al mantenerla un punto por arriba de este nivel, lo que mantiene a México como el país con la mortalidad más alta por cáncer de cuello de uterino dentro de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).¹⁰

México ha experimentado avances significativos en la ampliación de la infraestructura del sector salud para el manejo de cáncer de mama y cuello uterino. Actualmente se cuenta con más de 6 mil unidades médicas en las que las mujeres mexicanas son atendidas.

La infraestructura de servicios pertinente para el tamizaje y diagnóstico de tales neoplasias se caracteriza por su complejidad y alto costo. Para el cáncer mamario se precisa de mastógrafos, salas para la interpretación de mastografías, ultrasonidos, además de sus respectivos insumos y recursos humanos (médicos radiólogos capacitados en imagenología mamaria, personal técnico, de enfermería, trabajo social y psicología, entre otros). La detección y atención de lesiones precursoras de cáncer del cuello uterino precisa de clínicas de colposcopías y laboratorios de citología, patología y biología molecular, además de recursos humanos capacitados.

Actualmente se cuenta con 754 unidades con mastógrafos para el tamizaje y/o diagnóstico del cáncer de mama, lo cual representa a enero de 2014 una razón de 6.3 mastógrafos por millón de habitantes, lo cual ubica a México en el último lugar dentro de los países de la OCDE.⁴⁰

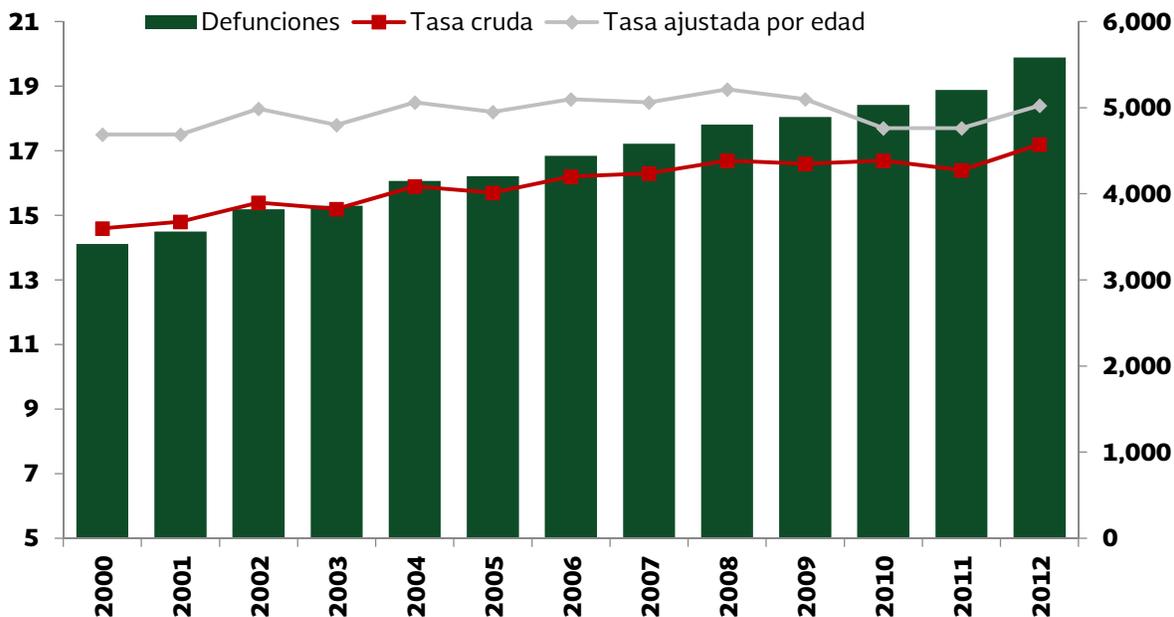
Cabe resaltar que las principales instituciones del sector salud SSA, IMSS (incluyendo el Programa oportunidades) e ISSSTE, concentran el 96% de los equipos.

Estos se distribuyen de la siguiente manera: la SSA, con 351 mastógrafos, concentra casi la mitad (45%); seguida por IMSS que con sus 281 equipos, representan el 36% y el ISSSTE, que al atender una población más reducida, representa con sus 109 equipos el 14% de los mastógrafos del sector salud (Cuadro 1).

Durante los últimos años, en el Sector Salud, se ha experimentado un relativo aumento de los recursos humanos para la detección y diagnóstico oportuno del cáncer mamario; principalmente de médicos (1,264) y técnicos radiólogos (2,865).

Gráfica 1. Tendencias de las defunciones y tasas de la mortalidad por cáncer de mama.

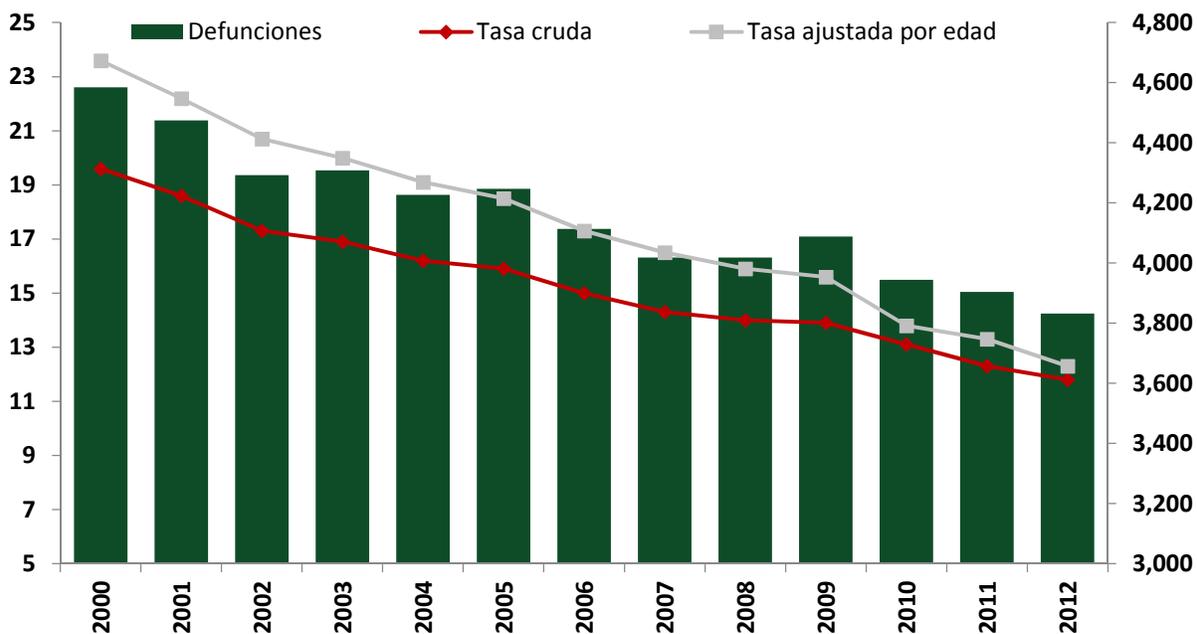
México, 2000-2012



* 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> [Consulta: 09 enero 2014].

Gráfica 2: México. Tendencias de las defunciones y tasas de la mortalidad por cáncer del cuello uterino, 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> [Consulta: 09 enero 2014].

Cuadro 1. Sector Salud: Infraestructura de mastógrafos para tamizaje y diagnóstico de cáncer de mama, 2014

Entidad Federativa	SSA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Total
Aguascalientes	3	2	0	2	0	0	0	7
Baja California	7	12	0	3	0	0	0	22
Baja California Sur	3	7	0	1	0	0	0	11
Campeche	7	3	0	1	1	0	0	12
Coahuila	21	11	0	4	0	0	0	36
Colima	4	3	0	1	0	0	0	8
Chiapas	15	3	1	3	0	0	0	22
Chihuahua	11	11	0	3	0	0	0	25
Distrito Federal	49	34	0	21	2	6	1	113
Durango	11	7	0	2	0	0	0	20
Guanajuato	8	8	0	5	1	0	0	22
Guerrero	9	3	0	3	0	0	0	15
Hidalgo	8	1	1	2	1	0	0	13
Jalisco	19	27	0	7	0	1	0	54
México	16	21	1	2	0	0	0	40
Michoacán	12	6	0	2	0	0	1	21
Morelos	5	2	0	3	0	0	0	10
Nayarit	4	2	0	1	0	0	0	7
Nuevo León	16	18	0	2	1	0	0	37
Oaxaca	5	4	1	2	1	0	0	13
Puebla	11	6	1	1	0	0	0	19
Querétaro	8	3	0	1	0	0	0	12
Quintana Roo	12	3	0	3	0	0	0	18
San Luis Potosí	10	3	0	6	0	1	0	20
Sinaloa	10	11	0	6	0	0	0	27
Sonora	7	5	0	3	0	0	0	15
Tabasco	8	2	0	1	3	0	0	14
Tamaulipas	18	10	0	5	2	0	0	35
Tlaxcala	6	4	0	1	0	0	0	11
Veracruz	13	13	0	8	8	0	0	42
Yucatán	4	9	0	2	0	1	0	16
Zacatecas	11	3	0	2	0	0	0	16
Itinerantes	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	351	257	5	109	20	9	3	754

Fuente: Reportes de entidades e instituciones para el diagnóstico situacional.

Fecha de corte: 14 de febrero de 2014

Nota: La última actualización de PEMEX y SEMAR fue en el año 2012.

La disponibilidad de médicos y técnicos radiólogos es desigual por entidades federativas. El Distrito Federal (150 médicos y 457 técnicos), Estado de México (124 médicos y 214 técnicos) y Jalisco (108 médicos y 213 técnicos) son los estados más favorecidos, que representan el 30% y 31% respectivamente de los médicos, técnicos y radiólogos presente en el Sector Salud. Se esperaría que la distribución de médicos y técnicos radiólogos estuviera relacionada con las demandas de recursos humanos por parte de las instituciones del sector salud. Lo cual debería relacionarse con los volúmenes de la población a atender, los patrones de incidencia, morbilidad y mortalidad de las enfermedades en esa población y características sociodemográficas como la concentración urbana o su dispersión territorial en localidades rurales de menor tamaño y de difícil acceso.

Sin embargo, no se aprecia un relación directa entre estos componentes y que el crecimiento de los recursos humanos no logra equiparar a la ampliación de la infraestructura material; ello se ejemplifica en su demanda crónica y la insuficiente calidad de la atención médica. Situación que justifica la prioridad otorgada, en el presente Programa, a las estrategias orientadas al fortalecimiento técnico y humanitario de los recursos humanos.

La infraestructura de servicios para el tamizaje y diagnóstico de cáncer de cuello uterino se ha ampliado durante los últimos años. Los esfuerzos por brindar mejor atención a las mujeres para la detección oportuna de tal neoplasia se han ampliado a una estructura más heterogénea, con mayor presencia de clínicas de colposcopías, laboratorios de citología, patología y de biología molecular.

Durante los últimos años, los recursos humanos para la detección y diagnóstico oportuno del cáncer de cuello uterino han crecido. En Sector Salud cuenta con 513 colposcopistas, 867 citotecnólogos, 212 patólogos y 42 citólogos (incluyendo citopatólogos). Estos no se distribuyen equitativamente entre sus instituciones, ya que responden a las necesidades específicas de las clínicas y tipos de laboratorios implementados.

Las dos instituciones más importantes, definidas por el volumen de la población atendida SSA e IMSS (incluyendo al Programa Oportunidades), registran las mayores concentraciones de recursos humanos; pero la mayor heterogeneidad de los recursos humanos la presentan la SSA y el ISSSTE.

En estas instituciones además de los citotecnólogos y colposcopistas, también se cuenta con patólogos y citopatólogos. Sin embargo, a pesar del crecimiento de los recursos, se aprecia una situación similar a la del cáncer mamario: el insuficiente crecimiento de los recursos humanos para satisfacer la mayor demanda que exige la

ampliación de la infraestructura material. La demanda de estos especialistas en todas las instituciones del sector, precisa de la integración de estrategias sectoriales para la creación de nuevos especialistas y el fortalecimiento técnico de los existentes. Este punto es más patente en la atención colposcópica, en la cual las 428 clínicas se distribuyen de manera desigual en las entidades e instituciones, haciendo necesaria una mayor interacción entre las mismas.

III.3 Avances 2006-2012

Durante la pasada administración numerosas acciones fortalecieron las estrategias para el manejo del cáncer de mama y cuello uterino en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, de las que se destaca:

- Elaboración, impresión y distribución entre la población en riesgo de diversos materiales educativos para la apropiación de conocimientos y estrategias de autocuidado sobre la identificación de factores de riesgos, signos y el aumento de la demanda de servicios de detección oportuna.
- Publicidad educativa, mediante mensajes audiovisuales (spot de radios y perifoneo, botones promocionales, pendones, imanes para refrigeradores, bolsas para celulares, carteles) de conocimientos y técnicas para la apropiación de las habilidades señaladas.
- Establecimiento de la Estrategia 100x100 en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano para la detección de cáncer de cuello uterino (2008), que incluyó la introducción de la vacunación contra la infección por virus de papiloma humano asociados a cáncer de cuello uterino en adolescentes de 12 a 16 años de los municipios más pobres del país. Para 2009, se estableció la política de vacunación con esquema extendido (0-6-60 meses) en niñas de 9 años y se amplió el universo a 161 municipios distribuidos en siete entidades. Para 2010 se extendió la estrategia a 189 municipios de 12 entidades y para 2011 se aplicó la vacuna en mujeres sin seguridad social de las 32 entidades federativas. Finalmente, en 2012 la vacuna contra VPH se integró al esquema nacional de vacunación, adquiriendo carácter universal para las niñas que cursan el 5° año de primaria, así como para las no escolarizadas de 11 años.



- Introducción de la detección biomolecular de los serotipos de virus de papiloma humano asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres de 35 a 64 años de edad en la Secretaría de Salud (2009) y el ISSSTE (2010).
- Creación de 12 Unidades especializadas médicas en detección y diagnóstico de Cáncer de Mama en la SSA (UNEME-DEDICAM).
- Consolidación del Sistema de Información en Cáncer de la Mujer (SICAM) para el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica del Cáncer de la Mujer en la SSA.

Acorde a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), entre 2000 y 2012 se incrementó la cobertura de la prueba de Papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años en forma gradual y sostenida al pasar de 26.2% en el año 2000 a 45.5% en 2012.⁴¹ Esta cobertura fue mayor en las mujeres de 35-64 años, identificadas como grupo de alto riesgo, en las cuales además se introdujo el tamizaje tomando como prueba primaria la detección de serotipos de VPH asociados a cáncer de cuello uterino. La cobertura de detección en los últimos 12 meses incluyendo la prueba de Papanicolaou o la prueba del VPH fue de 50.1% en las mujeres entrevistadas en 2012.⁴¹

La cobertura de detección de cáncer de cuello de uterino fue mayor en las mujeres con derechohabencia (72.3%) que en aquellas sin seguridad social (49.9%), y con variaciones amplias entre entidades, con su valor más bajo en Oaxaca (36.4%) y más alto en Campeche (54.1%).⁴¹

Acorde a los registros institucionales la cobertura de detección de cáncer de mama con mastografía en mujeres de 50 a 69 años se incrementó en 137% entre 2007 y 2012, al pasar de 8.5 a 20.2% y el número de mastografías en 190% al pasar de 566,103 a 1.6 millones.

Acorde a la ENSANUT 2012, la cobertura poblacional de detección con mastografía fue mayor en mujeres de 50 a 69 años que en las de 40 a 49 años tanto en la cobertura de los últimos 12 meses (22.8% vs. 11.7%), como en la cobertura en los últimos dos años (29.4% vs. 17.2%). Esta situación se debe a que en el periodo 2007-2012, la política nacional fue enfocar la detección en el grupo de 50 a 69 años.⁴¹

En la disminución de la mortalidad por cáncer de cuello de uterino y la contención del incremento en la mortalidad por cáncer de mama, cuatro acciones fueron de capital importancia: el fortalecimiento de las estrategias de tamizaje con citología y mastografía; la introducción de la detección biomolecular de serotipos de VPH asociado a cáncer de cuello uterino (SSA e ISSSTE); el fortalecimiento de la infraestructura para diagnóstico y referencia

oportuna de mujeres con sospecha de cáncer de mama y el acceso universal a tratamiento gratuito a través de las instituciones de seguridad social y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

El comportamiento del cáncer de la mujer es diferente por entidades federativas. Este está asociado con los procesos de envejecimiento poblacional y la apropiación de estilos de vida occidentales, afecta con mayor incidencia y mortalidad a las mujeres que habitan en las entidades federativas de la frontera norte y región central; en cambio, el cáncer de cuello uterino, asociado a la pobreza y marginación social, afecta con mayor incidencia y mortalidad a las mujeres —sobre todo rurales e indígenas— de las entidades federativas con mayor marginación social (región sur-sureste).⁷

III.4 Retos 2013-2018

Aunque en el momento actual el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino constituyen una prioridad nacional e internacional, existen enormes desafíos para su atención, los cuales se visualizan como retos para el cumplimiento de las metas del Programa.

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 PROSESA³ se partió de una línea basal en 2011 de 16.4 para reducir a 16.0 en 2018, sin embargo, para 2012 la mortalidad se ubicó en 17.2, manteniendo la tendencia mostrada en los últimos años.

Las condiciones socioeconómicas y las brechas de desigualdad representan un gran desafío para la atención del cáncer de cuello uterino. Las áreas urbano-marginadas constituyen en la actualidad las áreas de mayor mortalidad por esta neoplasia, pues en estos contextos los factores de riesgo de progresión de la infección por virus de papiloma humano a cáncer tienen mayor prevalencia: tabaquismo, desnutrición, infecciones de transmisión sexual recurrentes y escasa participación en actividades de detección temprana asociada a menor nivel educativo, así como al limitado acceso a los servicios de salud y el pobre seguimiento de los casos.

El cambio hacia una cultura de calidad 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 necesidad de capacitación del personal de unidades de primer nivel para la detección y referencia inmediata de las principales neoplasias, así como la falta de infraestructura y personal especializado para alcanzar coberturas mayores al 70% de la población, son el principal problema para la detección con mastografía. El crecimiento de la población objetivo y las metas sexenales, no se han acompañado de un incremento en la plantilla de personal e infraestructura equiparable. Así mismo, las estrategias de subcontratación de servicios no han sido suficientes para cubrir el déficit en la capacidad instalada y se han realizado sin controles de calidad adecuados.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

Aunque se han obtenido avances en el manejo y control del cáncer de mama y de cuello uterino, aún persiste el hecho de que más del 50% de los diagnósticos se efectúan en etapas avanzadas y terminales, lo cual evidencia las serias dificultades que enfrenta la población mexicana, principalmente las mujeres, para el acceso a servicios integrales de salud, así como las brechas de género que las afectan.⁴²

En México, el incremento del cáncer de mama y la persistencia del cáncer de cuello uterino, comprueban que la transición demográfica y el concomitante aumento de la esperanza de vida, requieren experimentarse acompañados de los avances educativos, sanitarios, comunicativos, nutritivos y culturales necesarios para que el bono demográfico devengue una realidad productiva, social y política. Los procesos de transición demográfica y aumento de la esperanza de vida, son acompañados del incremento o persistencia de la mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas, como las neoplasias malignas, mismas que con un adecuado sistema de tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento podrían controlarse con mayor eficiencia.

Lo anterior evidencia, que en México, los mecanismos de construcción del desarrollo, se acompañan, en ciertos contextos, de la reproducción de las desigualdades sociales que hacen a las mujeres que habitan en regiones urbanas marginales, rurales e indígenas, más vulnerables al cáncer del cuello uterino y en contextos urbanos, al cáncer de mama. La mayor incidencia de cáncer en estos contextos y su impacto en la calidad de vida de las mujeres, repercute en la capacidad de integrarse al mercado laboral, y las obliga a aceptar empleos precarios e informales, truncando el desarrollo personal y el de sus familias. Tales situaciones provocan que las mujeres mexicanas sean más vulnerables a sendas neoplasias, lo que las coloca en desventajas frente al mercado laboral, obligándolas a aceptar empleos precarios e informales, lo que dificulta sus vidas y la de sus familias.

Así, las políticas nacionales referidas al manejo del cáncer de la mujer, orientadas al fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva y las condiciones de vida de las mujeres mexicanas, principalmente de las pertenecientes a los grupos etarios entre los 25 y 69 años de edad, incorporan las siguientes dimensiones:

- Estrategias, basadas en las mejores prácticas, y en correspondencia con las características sociodemográficas de las poblaciones, para mejorar el acceso, cobertura y calidad de las acciones de promoción de la salud, detección, diagnóstico y seguimiento del cáncer de la mujer.
- Implementación de estrategias, programas, proyectos y acciones, basados en evidencia científica de experiencias nacionales e internacionales y con perspectiva de género.
- Coordinación interinstitucional para la universalización de procedimientos, prácticas, esfuerzos e impactos; entre ellos, los esfuerzos destinados a la universalización del tamizaje del cáncer de mama por mastografía.
- Participación de la sociedad civil organizada y la ciudadanía en los procesos para mejorar el acceso a los servicios y las acciones de incidencia política (monitoreo y vigilancia ciudadana).
- Disminución de brechas en salud, de acuerdo con las tendencias epidemiológicas del cáncer de la mujer y de las características sociodemográficas de las poblaciones.
- Gasto en servicios de salud, como inversión responsable, con relación a las características sociodemográficas de las poblaciones.
- Monitoreo y evaluación sistemáticos para la mejora continua del Programa.
- Coordinación con las instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud para la universalización de un registro de información y fuentes estadísticas, con enfoque étnico y perspectiva de género, para el mejoramiento de la vigilancia epidemiológica.

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El presente PAE 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".

Cuadro 2. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias 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 corresponsabilidad 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 cuello uterino.

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El presente PAE, rescata la exigencia del PROSESA,³ 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".

Cuadro 3. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivo del PROSESA	Estrategia del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
<p>2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.</p>	<p>2.5. Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cérvico-uterino, de mama y próstata</p>	<p>2.5.1. Establecer estrategias de comunicación de riesgos de neoplasias malignas.</p>	<p>1. Incrementar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en prevención y detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino.</p>
		<p>2.5.3. Focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cérvico-uterino y de mama.</p>	<p>2. Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y cuello uterino.</p>
		<p>2.5.4. Elaborar y difundir evaluaciones de desempeño de los Programas de tamizaje de cáncer cérvico-uterino y de mama.</p>	<p>3. Contribuir a la convergencia de sistemas de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.</p>



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos:

1. Incrementar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en prevención y detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino.
2. Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y cuello uterino.
3. Contribuir a la convergencia de sistemas de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo 1. Incrementar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en prevención y detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino.

El PND 2013-2018² y el PROSESA 2013-2108³ reconocen 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”.

Por ello, para favorecer prácticas integrales de salud, asociadas a la apropiación de estilos de vida saludables, coinciden en constituir a la promoción y prevención de la salud en ejes prioritarios en la prestación de servicios.

En el caso particular de problemas de salud como los cánceres de mama y de cuello uterino, la evidencia científica demuestra que la clave del éxito está en la integración de la promoción, prevención y tamizaje como ejes centrales de los programas. En otras palabras, que la promoción y prevención de salud, no debe continuar reducida a mero agregado de salud pública, pues es el elemento esencial para la detección oportuna, misma que garantiza, en más del 90% de los casos, la sobrevivencia de la paciente. Por ello, el presente Programa de Acción, consciente de la importancia de la participación activa de

la ciudadanía, establece acciones para que adopte estilos de vida saludables, identifique signos de alarma de neoplasias ginecológicas y participe activamente en las estrategias de tamizaje.

Así, las políticas públicas emanadas del presente plan de acción están orientadas, entre otros aspectos, al fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva, en materia de promoción, prevención, tamizaje, diagnóstico referencial y tratamiento del cáncer de la mujer.

Estrategia 1.1. Contribuir a la promoción de estilos de vida saludables para la prevención del cáncer de la mujer.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Impulsar acciones de información, educación y comunicación de riesgos para la prevención de cáncer en la mujer.
- 1.1.2. Promover la lactancia materna, uso del condón, alimentación correcta, ácido fólico y actividad física, entre otras, para la prevención de cáncer en mujeres.
- 1.1.3. Fomentar la participación comunitaria de hombres y mujeres para la prevención y detección temprana del cáncer en la mujer.

Estrategia 1.2. Fomentar el conocimiento en la población para la identificación de signos y síntomas de cáncer de mama y de cuello uterino.

Líneas de acción:

- 1.2.1. Difundir los principales signos y síntomas de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, para promover la búsqueda de atención oportuna.
- 1.2.2. Fomentar la autoexploración mamaria mensual en mujeres a partir de los 20 años.

Objetivo 2. Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y cuello uterino.

El PND 2013-2108² y el PROSESA 2013-2108³ enfatizan que el mejoramiento de la salud es una condición esencial para lograr un México Próspero e Incluyente. En tal sentido, el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva, principalmente de las mujeres mexicanas, constituye una de las dimensiones para lograr el desarrollo y la igualdad de género en salud.

La morbilidad y mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino cada año disminuyen los años de vida útiles y la calidad de vida de mujeres mexicanas, principalmente de las más vulnerables.

Una de las principales razones de la elevada mortalidad del cáncer de cuello de uterino y del cáncer de mama estriba en que la mayoría de los casos se detectan en etapas avanzadas. Por lo que es necesario fortalecer las estrategias y acciones para incrementar la detección oportuna.

Estrategia 2.1. Impulsar las acciones de detección de cáncer del cuello uterino y cáncer de mama.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Promover la exploración clínica de mama en mujeres mayores de 25 años.
- 2.1.2. Promover la realización de la detección con mastografía en mujeres de 40 a 69 años con estándares de calidad.
- 2.1.3. Promover la realización de la citología en mujeres de 25 a 64 años.
- 2.1.4. Focalizar el uso de tecnologías biomoleculares para elevar la efectividad del tamizaje de cáncer del cuello uterino en mujeres de 35 a 64 años.

Estrategia 2.2. Fomentar acciones de prevención y detección de cáncer del cuello uterino y de mama en grupos en situación de desventaja social.

Líneas de acción:

- 2.2.1. Contribuir en las acciones de prevención primaria mediante la vacunación contra serotipos de VPH asociados a cáncer del cuello uterino.
- 2.2.2. Promover la realización de acciones con enfoque intercultural en población indígena.

- 2.2.3. Colaborar en estrategias dirigidas a mujeres en situación de desventaja social como aquellas con VIH, reclusas, migrantes y de la diversidad sexual.

Estrategia 2.3. Implementar acciones que aseguren la calidad del tamizaje de cáncer del cuello uterino y cáncer de mama.

Líneas de acción:

- 2.3.1. Instrumentar un sistema de control de calidad de mastografía.
- 2.3.2. Consolidar el control de calidad de laboratorios de citología, patología y biología molecular.
- 2.3.3. Fortalecer la infraestructura de los servicios de detección y diagnóstico en el Programa.
- 2.3.4. Colaborar en la formación y capacitación del personal de los distintos niveles de atención acorde a la normatividad vigente.

Estrategia 2.4. Instrumentar acciones para el seguimiento y evaluación diagnóstica de los casos sospechosos identificados en las estrategias de tamizaje.

Líneas de acción:

- 2.4.1. Facilitar la coordinación interinstitucional para el seguimiento de los casos diagnosticados y tratados en instituciones diferentes.
- 2.4.2. Promover el fortalecimiento de laboratorios para la realización de diagnósticos histopatológicos de calidad que incluyan los marcadores tumorales básicos.
- 2.4.3. Promover el fortalecimiento de los servicios de atención para acortar el tiempo de evaluación diagnóstica e inicio de tratamiento.

Estrategia 2.5. Promover acciones para asegurar el tratamiento oportuno y de calidad de los casos diagnosticados.

Líneas de acción:

- 2.5.1. Facilitar la vinculación de unidades de atención oncológica con los programas de detección para el seguimiento de casos confirmados.
- 2.5.2. Promover la incorporación del acompañamiento emocional como componente de la atención del cáncer de la mujer.



2.5.3. Fomentar la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Objetivo 3. Contribuir a la convergencia de sistemas de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

La difusión de las evaluaciones de desempeño del tamizaje de cáncer de mama y del cuello uterino es una herramienta en el proceso de monitoreo y evaluación del Programa.

Estrategia 3.1. Promover la evaluación periódica de las acciones de tamizaje entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Líneas de acción:

- 3.1.1. Facilitar la conformación del registro de cáncer y el intercambio de información del Programa de detección a nivel sectorial.
- 3.1.2. Promover la realización de investigación para la toma de decisiones y mejora del Programa.
- 3.1.3. Elaborar y difundir evaluaciones de desempeño de los programas de tamizaje de cáncer de mama y del cuello uterino para la rendición de cuentas.
- 3.1.4. Favorecer la comunicación entre sistemas informáticos institucionales para el seguimiento y atención de pacientes con cáncer de mama y/o del cuello uterino.

V.2 Estrategias Transversales

El Programa de Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 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.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

Elemento	Características					
Indicador 1	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino.					
Objetivo del PAE	Incrementar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en prevención y detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino.					
Descripción general	Número de defunciones de mujeres de 25 años y más por cáncer de cuello uterino por cada 100,000 mujeres del mismo grupo de edad.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: total de mujeres de 25 años y más fallecidas a causa de cáncer de cuello uterino (CIE C53) en el año, con entidad de residencia habitual en México e incluyendo todos los sitios de ocurrencia / Denominador: población estimada de mujeres en el mismo grupo de edad para el periodo por 100,000.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Acorde con lo establecido por el Comité Técnico Especializado del Sector Salud.					
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED).					
Metas intermedias *	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	11.5	11.2	10.9	10.6	10.3	10.0
Línea base 2012			Meta Sexenal			
11.8			10.0 (Nacional) Para las metas estatales o institucionales se requiere disminuir en 15% acorde a la línea basal registrada en 2012			

* Específicamente para la meta nacional

Elemento	Características					
Indicador 2	Tasa de mortalidad por cáncer de mama.					
Objetivo del PAE	Incrementar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en prevención y detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino.					
Descripción general	Número de defunciones de mujeres de 25 años y más por cáncer de mama por cada 100,000 mujeres en este grupo de edad.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: total de mujeres de 25 años y más fallecidas a causa de cáncer de mama (CIE C50) en el año, con entidad de residencia habitual en México e incluyendo todos los sitios de ocurrencia / Denominador: Población estimada de mujeres en el mismo grupo de edad para el periodo por 100,000.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Acorde con lo establecido por el Comité Técnico Especializado del Sector Salud.					
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: DGIS Monitoreo: DGED					
Metas intermedias *	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	17.0	16.8	16.6	16.4	16.2	16.0
Línea base 2012			Meta Sexenal			
17.1			16.0 (Nacional) Para las metas estatales o institucionales se requiere disminuir en 7% acorde a la línea basal registrada en 2012			

* Específicamente para la meta nacional

La cobertura de detección de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino es uno de los principales determinantes del éxito del Programa. Acorde a la Organización Mundial de la Salud,¹ se requiere alcanzar una cobertura mayor al 70% de la población blanco para tener impacto en la mortalidad. Por ello, este Programa evalúa la cobertura acorde a los grupos blancos e intervalos de detección por prueba específica, de manera que plantea metas retadoras y factibles.

Respecto a la mortalidad por cáncer de cuello uterino, México ha registrado una tendencia al decremento constante a nivel nacional y en la mayoría de las entidades, lo cual aunado al fortalecimiento de las estrategias de detección temprana, seguimiento y tratamiento de casos de cáncer y lesiones precursoras, hace factible la meta de reducción ajustada a las distintas realidades geográficas e

institucionales.

Por el contrario, en el caso de cáncer de mama no existen aún las condiciones en el país 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.

Elemento	Características					
Indicador 3	Cobertura de detección de cáncer de mama en población de riesgo medio.					
Objetivo del PAE	Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y cuello uterino.					
Descripción general	Proporción de mujeres de 40 a 49 años con mastografía en los últimos 2 años.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de mujeres de 40 a 49 años con mastografía de detección en los últimos dos años / Denominador: población de mujeres de 40 a 49 años del año a evaluar por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	SICAM, sistemas institucionales.					
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: DGIS Monitoreo: DGED					
Metas intermedias *	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	12.0%	13.0%	14.0%	16.0%	18.0%	20.0%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
11.7% (Nacional)			>20.0% (Nacional, estatal e institucional)			

* Específicamente para la meta nacional

Elemento	Características					
Indicador 4	Cobertura de detección de cáncer de mama en población de alto riesgo.					
Objetivo del PAE	Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y cuello uterino.					
Descripción general	Proporción de mujeres de 50 a 69 años con mastografía en los últimos 2 años.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de mujeres de 50 a 69 años con mastografía de detección en los últimos dos años / Denominador: población de mujeres de 50 a 69 años del año a evaluar por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	SICAM, sistemas institucionales.					
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: DGIS Monitoreo: DGED					
Metas intermedias *	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	22.0%	23.0%	24.0%	26.0%	28.0%	30.0%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
21.2%(Nacional)			30.0% (Nacional, estatal e institucional)			

* Específicamente para la meta nacional

Elemento	Características					
Indicador 5	Cobertura de detección de cáncer del cuello uterino.					
Objetivo del PAE	Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y cuello uterino.					
Descripción general	Proporción de mujeres de 25 a 64 años con estudio de detección en los últimos 3 años.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de mujeres de 25 a 64 años con detección en los últimos tres años / Denominador: Población de mujeres de 25 a 64 años del año a evaluar por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	SICAM, sistemas institucionales.					
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: DGIS Monitoreo: DGED					
Metas intermedias *	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	50.0%	54.0%	58.0%	62.0%	66.0%	70.0%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
49.0%(Nacional)			>70.0% (Nacional, estatal e institucional)			

* Específicamente para la meta nacional

A mediano plazo, la detección en etapas tempranas es un indicador que mide el efecto de un programa de tamizaje y ha sido recomendado por la Iniciativa Global de Salud Mamaria (BHGI por sus siglas en inglés) como el mejor indicador para el caso de cáncer de mama.

En este sentido, el seguimiento de los casos sospechosos es fundamental para asegurar el impacto potencial de las estrategias, ya que si los casos detectados no son confirmados y tratados, no puede esperarse un efecto real en la mortalidad, la sobrevivencia y calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama y cuello uterino.

Por ello, este Programa evalúa también la proporción de mujeres positivas a las pruebas de tamizaje que son referidas a evaluación diagnóstica, como paso fundamental en la continuidad de la atención.

Elemento	Características				
Indicador 6	Detección de cáncer de mama en etapas tempranas.				
Objetivo del PAE	Contribuir a la convergencia de sistemas de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.				
Descripción general	Número de casos de cáncer de mama detectados en etapas tempranas, considerando etapas 0-IIa.				
Observaciones	La línea base inicia en 2014 ya que este indicador no se reportaba.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Registro Oncológico Mexicano.				
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: DGIS Monitoreo: DGED				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	ND	+20.0%	+30.0%	+40.0%	+50.0%
Línea base			Meta Sexenal		
Se establecerá en 2014			Incrementar en un 50.0% respecto a la línea base 2014		

Elemento	Características					
Indicador 7	Cobertura de evaluación colposcópica.					
Objetivo del PAE	Contribuir a la convergencia de sistemas de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.					
Descripción general	Proporción de mujeres de 25 a 64 años con resultado de lesión escamosa intraepitelial o cáncer con evaluación colposcópica.					
Observaciones	<p>Método de cálculo: Numerador: mujeres de 25 a 64 años con resultado de lesión escamosa intraepitelial o cáncer que fueron evaluadas por colposcopia / Denominador: mujeres de 25 a 64 años con resultado de lesión escamosa intraepitelial o cáncer por 100.</p> <p>La línea base inicia en 2014 ya que este indicador no se reportaba.</p>					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	SICAM, sistemas institucionales.					
Referencias adicionales	<p>Rectoría: CNEGSR</p> <p>Estimación: DGIS</p> <p>Monitoreo: DGED</p>					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	ND	75.0%	80.0%	85.0%	90.0%	
Línea base			Meta Sexenal			
Se establecerá en 2014			90.0%			

Elemento	Características				
Indicador 8	Cobertura de evaluación diagnóstica.				
Objetivo del PAE	Contribuir a la convergencia de sistemas de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.				
Descripción general	Proporción de mujeres de 40 a 69 años con resultado de BIRADS 4 y 5 con evaluación diagnóstica con toma de biopsia.				
Observaciones	<p>Método de cálculo: Numerador: mujeres de 40 a 69 años con resultado de BIRADS 4 y 5 con evaluación diagnóstica de biopsia / Denominador: mujeres de 40 a 69 años con resultado de BIRADS 4 y 5 por 100.</p> <p>La línea base inicia en 2014 ya que este indicador no se reportaba.</p>				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	SICAM, sistemas institucionales.				
Referencias adicionales	Rectoría: CNEGSR Estimación: DGIS Monitoreo: DGED				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	No disponible	75.0%	80.0%	85.0%	90.0%
Línea base			Meta Sexenal		
Se establecerá en 2014			90.0%		



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

La matriz de corresponsabilidad es un instrumento que tiene como propósito identificar a las instituciones y/o áreas mayores que comparten responsabilidad en el cumplimiento de las líneas de acción y metas de los indicadores expuestos en el PAE.

Derivado del intenso trabajo realizado por todas las instituciones públicas para la elaboración de este Programa de Acción, prácticamente todas las líneas de acción son compartidas en responsabilidad entre las instituciones públicas.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1	Incrementar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en prevención y detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino.									
Indicador 1	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino.	Meta 1	10.0							
Indicador 2	Tasa de mortalidad por cáncer de mama.	Meta 2	16.0							
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Impulsar acciones de información, educación y comunicación de riesgos para la prevención de cáncer en la mujer.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.1.2.	Promover la lactancia materna, uso del condón, alimentación correcta, ácido fólico y actividad física, entre otras, para prevención de cáncer en mujeres.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.1.3.	Fomentar la participación comunitaria de hombres y mujeres para la prevención y detección temprana del cáncer en la mujer.	✓	✓		✓			✓		
1.2.1.	Difundir los principales signos y síntomas de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, para promover la búsqueda de atención oportuna.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.2.2.	Fomentar la autoexploración mamaria mensual en mujeres a partir de los 20 años.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

Objetivo 2	Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y cuello uterino.									
Indicador 3	Cobertura de detección de cáncer de mama en población de riesgo medio.						Meta 3	20%		
Indicador 4	Cobertura de detección de cáncer de mama en población de alto riesgo.						Meta 4	30%		
Indicador 5	Cobertura de detección de cáncer del cuello uterino.						Meta 5	70%		
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.1.	Promover la exploración clínica de mama en mujeres mayores de 25 años.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.1.2.	Promover la realización de la detección con mastografía en mujeres de 40 a 69 años con estándares de calidad.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.1.3.	Promover la realización de la citología en mujeres de 25 a 64 años.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.1.4.	Focalizar el uso de tecnologías biomoleculares para elevar la efectividad del tamizaje de cáncer del cuello uterino en mujeres de 35 a 64 años.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		El uso de tecnologías biomoleculares queda a criterio y disponibilidad de recursos de las instituciones.
2.2.1.	Contribuir en las acciones de prevención primaria mediante la vacunación contra serotipos de VPH asociados a cáncer del cuello uterino.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.2.2.	Promover la realización de acciones con enfoque intercultural en población indígena.	✓	✓		✓			✓		

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.2.3.	Colaborar en estrategias dirigidas a mujeres en situación de desventaja social como aquellas con VIH, reclusas, migrantes y de diversidad sexual.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.3.1.	Instrumentar un sistema de control de calidad de mastografía.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.3.2.	Consolidar el control de calidad de laboratorios de citología, patología y biología molecular.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.3.3.	Fortalecer la infraestructura de los servicios detección y diagnóstico en el Programa.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.3.4.	Colaborar en la formación y capacitación del personal de los distintos niveles de atención acorde a la normatividad vigente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.4.1.	Facilitar la coordinación interinstitucional para el seguimiento de los casos diagnosticados y tratados en instituciones diferentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.4.2.	Promover el fortalecimiento de laboratorios para la realización de diagnósticos histopatológicos de calidad que incluyan los marcadores tumorales básicos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.4.3.	Promover el fortalecimiento de los servicios de atención para acortar el tiempo de evaluación diagnóstica e inicio de tratamiento.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.5.1.	Facilitar la vinculación de unidades de atención oncológica con los programas de detección para el seguimiento de casos confirmados.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.5.2.	Promover la incorporación del acompañamiento emocional como componente de la atención del cáncer de la mujer.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.5.3.	Fomentar la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Objetivo 3		Contribuir a la convergencia de sistemas de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.								
Indicador 6	Detección de cáncer de mama en etapas tempranas.	Meta 6	Incrementar en 50.0%							
Indicador 7	Cobertura de evaluación colposcópica.	Meta 7	90.0%							
Indicador 8	Cobertura de evaluación diagnóstica.	Meta 8	90.0%							
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.1.	Facilitar la conformación del registro de cáncer y el intercambio de información del programa de detección a nivel sectorial.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3.1.2.	Promover la realización de investigación para la toma de decisiones y mejora del Programa.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3.1.3.	Elaborar y difundir evaluaciones de desempeño de los programas de tamizaje de cáncer de mama y del cuello uterino para la rendición de cuentas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3.1.4.	Favorecer la comunicación entre sistemas informáticos institucionales para el seguimiento y atención de pacientes con cáncer de mama y/o del cuello uterino.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del CNEGRS: <http://cnegrs.salud.gob.mx> y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (WHO). Cáncer de mama: prevención y control. [Consulta: 09 enero 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index2.html>
2. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Diario Oficial de la Federación, 20 de mayo de 2013. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013
3. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud, 2013-2018. Diario Oficial de la Federación, 12 diciembre 2013. México, Distrito Federal. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>
4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 05 febrero 1917 Última Reforma publicada 05-06-2013. 20ª ed. Mar 2014. Disponible en: [dof.gob.mx/constitucion/marzo_2014_constitucion.pdf](http://www.dof.gob.mx/constitucion/marzo_2014_constitucion.pdf)
5. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la Pobreza México: CONEVAL 2012, [Consulta: 09 enero 2014]. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx>
6. Organización Mundial de la Salud (WHO). Temas de salud: Enfermedades crónicas. [Consulta: 09 enero 2014]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
7. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Cubo de defunciones. [base de datos en internet]. México: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS); Secretaría de Salud; 2012, [Consulta: 09 enero 2014]. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/cmortalidad2012.html>
8. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. 2a ed. Ginebra Suiza: World Health Organization (WHO); 2002. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/publications/nccp2002/en/>
9. Norma Oficial Mexicana NOM 014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer Cérvico uterino cérvico uterino, actualizada en 2007 y publicada en el DOF [en línea] 31 de mayo de 2007. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa294.pdf>
10. Comité Nacional de Cáncer de la Mujer. Posicionamiento del Subgrupo de Expertos: Utilización de las pruebas de biología molecular en la detección temprana de cáncer cérvico-uterino.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, actualizada en 2011 y publicada en el DOF [en línea] 09 de junio de 2011. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
12. Ley de Planeación. DOF 05 enero 1983 Última Reforma publicada 09/04/2012. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo13201.doc>
13. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, DOF 19 enero 2004 Última Reforma publicada 10/01/2011. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo88785.doc>
14. Ley General de Salud. DOF 07 febrero 1984 Última Reforma publicada 04/06/2014. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

15. Ley General de la Igualdad entre Mujeres y Hombres, DOF 02 agosto 2006 Última Reforma publicada 14/11/2013. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo17106.doc>
16. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. DOF 11 junio 2003, Última reforma publicada DOF 20-03-2014 Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>
17. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. DOF 01 enero 2007 Última reforma publicada DOF 02-04-2014 Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo17079.doc>
18. Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica DOF 16 abril 2008 Última Reforma publicada 14/07/2014. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo29.doc>
19. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, DOF 31 marzo 2007 Última Reforma publicada 02/04/2014. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo13204.doc>
20. Ley Federal sobre Metrología y Normalización: DOF 01 julio 1992 Última Reforma publicada 14/07/2014. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo12918.doc>
21. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. D.O.F: 05 abril 2004 Última Reforma publicada 08-06-2011. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo88537.doc>
22. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica: DOF 14 mayo 1986 Última Reforma publicada 24/03/2014. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo88536.doc>
23. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, DOF 18 enero 1988 Última Reforma publicada 28/12/2004. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo88533.doc>
24. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud DOF 06 enero 1987 Última Reforma publicada 02/04/2014. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo88535.doc>
25. Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación, DOF: 20 marzo 2002. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo88887.doc>
26. Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, DOF: 28 julio 2010. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo88406.doc>
27. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica, actualizada en 2012 y publicada en el DOF [en línea] 19 de febrero de 2013. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013
28. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, para quedar como NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. Publicada en el DOF [en línea] 15 de octubre de 2012. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012
29. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011 Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos; DOF 27 marzo 2012. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5240925&fecha=27/03/2012
30. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010 sobre Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención de pacientes ambulatorios. DOF 16 agosto 2010. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5155477&fecha=16/08/2010
31. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012 sobre Requisitos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales Generales y Consultorios de Atención Médica Especializada; DOF 8 enero 2013. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013

32. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud; DOF 30 noviembre 2012. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012
33. Naciones Unidas Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Nueva York, Naciones Unidas, 1994.
34. Agenda Regional de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe después del 2014. Montevideo; 12 a 15 de agosto de 2013. Uruguay: CEPAL Naciones Unidas; 2013. Disponible en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/celade/noticias/paginas/5/49545/p49545.xml&xsl=/celade/tpl/p18fst.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>
35. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Ratificada por México el 23 de marzo de 1981. Disponible en: www.sre.gob.mx/images/stories/docsdh/igualdad/mujerescedaw.pdf
36. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o Convención de Belém do Pará y su Estatuto de Mecanismo y Seguimiento. México: Secretaría de Relaciones Exteriores UNIFEM PNUD, 2008. Disponible en: www.sre.gob.mx/images/stories/docsdh/igualdad/belemviolencia.pdf
37. Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (PA4B). Beijing; 4-5 de Septiembre de 1995. Naciones Unidas; 1995. Disponible en: www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf
38. Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (CEPAL/ONU). Brasilia; 13 al 16 de julio de 2010. Brasil: CEPAL Naciones Unidas; 2013. Disponible en: http://www.eclac.cl/mujer/noticias/paginas/6/38986/2011_221_CRM_11_Informe.pdf
39. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; c2013. [Consulta: 09 enero 2014]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
40. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. OECD Health Statistics 2014 - Frequently Requested Data. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2014.pdf>
41. Torres-Mejía G, Ortega-Olvera C, Ángeles-Llerenas A, Villalobos-Hernández AL, Salmerón-Castro J, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Patrones de utilización de programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer. Salud Pública Mex 2013; 55 supl 2:S241-S248.
42. Castro MC. El derecho a la salud en la atención del cáncer de mama, un derecho relativo. Savia. 2006 [Consulta: 05 agosto 2014]; (4): 17-22. Disponible en: <http://www.trabajosocial.uson.mx/pdf/savia4.pdf>

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCAN	Instituto Nacional de Cancerología
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
NOM	Norma Oficial Mexicana
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de la Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAdB	Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

PROIGUALDAD	Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SAF	Secretaría de Administración y Finanzas
SEDENA	Secretaría de Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SICAM	Sistema de Información en Cáncer de la Mujer
SIDSS	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
SPSS o Seguro Popular	Sistema de Protección Social en Salud
SSA	Secretaría de Salud
UNEME-DEDICAM	Unidades de Especialidades Médicas en Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama
VPH	Virus del Papiloma Humano

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Calidad de los servicios de salud. Servicio capaz de brindar a sus usuarias (os) los máximos beneficios de acuerdo con los conocimientos técnicos y científicos disponible; y capaz de responder a las necesidades y expectativas de la población. La calidad tiene dos dimensiones: técnica e interpersonal.

Desventaja social. Sistemática discriminación y un acceso desigual a recursos tales como el empleo y las prestaciones de servicios, lo cual ejerce un claro impacto sobre las oportunidades objetivas de la vida de los individuos.

Enfoque étnico y de género en salud. Enfoque que considera la constitución de las características de la etnia y el género en problemas de salud pública.

Heterogeneidad estructural. Refiere a los diferenciales de productividad e ingresos entre sectores y/o ramas de actividad y entre tamaños de compañías que se constituyen en desiguales niveles de productividad, modos de producción y distribución del ingreso.

Transición demográfica. Teoría demográfica que explica los procesos de transformación de la estructura etaria de la población, hacia una mayor proporción de personas adultas y de edades avanzadas, a partir del impacto del desarrollos social y de la salud pública.

Transición epidemiológica. Teoría demográfica que estudia los procesos de transformación de los patrones de morbilidad y mortalidad; es decir, el paso de un régimen dominado por las enfermedades infecciosas a la implantación progresiva y secular de otro dominado por las enfermedades crónico-degenerativas.

ANEXOS

Anexo. Matriz de Corresponsabilidad Interna de la Secretaría de Salud

Objetivo 1		Incrementar la corresponsabilidad de mujeres y hombres en prevención y detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino.							
Indicador 1	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino.	Meta 1	10.0						
Indicador 2	Tasa de mortalidad por cáncer de mama.	Meta 2	16.0						
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
1.1.1.	Impulsar acciones de información, educación y comunicación de riesgos para la prevención de cáncer en la mujer.	✓	✓			✓			
1.1.2.	Promover la lactancia materna, uso del condón, alimentación correcta, ácido fólico y actividad física, entre otras, para prevención de cáncer en mujeres.	✓	✓			✓			
1.1.3.	Fomentar la participación comunitaria de hombres y mujeres para la prevención y detección temprana del cáncer en la mujer.	✓	✓			✓			
1.2.1.	Difundir los principales signos y síntomas de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, para promover la búsqueda de atención oportuna.	✓	✓			✓			
1.2.2.	Fomentar la autoexploración mamaria mensual en mujeres a partir de los 20 años.	✓	✓			✓			

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

Objetivo 2	Fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento oportuno y de calidad de los casos de cáncer de mama y cuello uterino.								
Indicador 3	Cobertura de detección de cáncer de mama en población de riesgo medio.						Meta 3	20.0%	
Indicador 4	Cobertura de detección de cáncer de mama en población de alto riesgo.						Meta 4	30.0%	
Indicador 5	Cobertura de detección de cáncer del cuello uterino.						Meta 5	>70.0%	
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
2.1.1.	Promover la exploración clínica de mama en mujeres mayores de 25 años.	✓	✓			✓			
2.1.2.	Promover la realización de la detección con mastografía en mujeres de 40 a 69 años con estándares de calidad.	✓	✓			✓			
2.1.3.	Promover la realización de la citología en mujeres de 25 a 64 años.	✓	✓			✓			
2.1.4.	Focalizar el uso de tecnologías biomoleculares para elevar la efectividad del tamizaje de cáncer del cuello uterino en mujeres de 35 a 64 años.	✓	✓			✓			
2.2.1.	Contribuir en las acciones de prevención primaria de cáncer del cuello uterino mediante la vacunación contra VPH.	✓	✓			✓			
2.2.2.	Promover la realización de acciones con enfoque intercultural en población indígena.	✓	✓		✓	✓			
2.2.3.	Colaborar en estrategias dirigidas a mujeres en situación de desventaja social como aquellas con VIH, reclusas, migrantes y de la diversidad sexual.	✓	✓			✓			Dirección general de Relaciones Internacionales.

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
2.3.1.	Instrumentar un sistema de control de calidad de mastografía.	✓	✓		✓	✓	✓		
2.3.2.	Consolidar el control de calidad de laboratorios de citología, patología y biología molecular.	✓	✓		✓	✓	✓		
2.3.3.	Fortalecer la infraestructura de los servicios detección y diagnóstico en el Programa.	✓	✓		✓	✓			
2.3.4.	Colaborar en la formación y capacitación del personal de los distintos niveles de atención acorde a la normatividad vigente.	✓	✓		✓	✓			
2.4.1.	Facilitar la coordinación interinstitucional para el seguimiento de los casos diagnosticados y tratados en instituciones diferentes.	✓	✓		✓	✓		✓	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad.
2.4.2.	Promover el fortalecimiento de laboratorios para la realización de diagnósticos histopatológicos de calidad que incluyan los marcadores tumorales básicos.	✓	✓		✓	✓			

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
2.4.3.	Promover el fortalecimiento de los servicios de atención para acortar el tiempo de evaluación diagnóstica e inicio de tratamiento.	✓	✓		✓	✓		✓	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad.
2.5.1.	Facilitar la vinculación de unidades de atención oncológica con los programas de detección para el seguimiento de casos confirmados.	✓	✓		✓	✓		✓	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad.
2.5.2.	Promover la incorporación del acompañamiento emocional como componente de la atención del cáncer de la mujer.	✓	✓		✓	✓		✓	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad.
2.5.3.	Fomentar la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.	✓	✓		✓	✓		✓	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad.

Objetivo 3	Contribuir a la convergencia de sistemas de información de cáncer entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.								
Indicador 6	Detección de cáncer de mama en etapas tempranas.	Meta 6	Incrementar en 50.0%						
Indicador 7	Cobertura de evaluación colposcópica.	Meta 7	90.0%						
Indicador 8	Cobertura de evaluación diagnóstica.	Meta 8	90.0%						
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
3.1.1.	Coadyuvar en la conformación del sistema de registro de cáncer y el intercambio de información del programa de detección temprana a nivel sectorial	✓	✓		✓	✓			
3.1.2.	Promover la realización de investigación para la toma de decisiones y mejora del Programa	✓	✓	✓	✓				
3.1.3.	Elaborar y difundir evaluaciones de desempeño de los programas de tamizaje de cáncer de mama y del cuello uterino para la rendición de cuentas.	✓	✓		✓				
3.1.4.	Favorecer la comunicación entre sistemas informáticos institucionales para el seguimiento y atención de pacientes con cáncer de mama y/o del cuello uterino.	✓	✓		✓	✓			

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

Sector Salud: Infraestructura de mastógrafos para tamizaje y diagnóstico de cáncer de mama 2014

Entidad Federativa	SSA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Total
Aguascalientes	3	2	0	2	0	0	0	7
Baja California	7	12	0	3	0	0	0	22
Baja California Sur	3	7	0	1	0	0	0	11
Campeche	7	3	0	1	1	0	0	12
Coahuila	21	11	0	4	0	0	0	36
Colima	4	3	0	1	0	0	0	8
Chiapas	15	3	1	3	0	0	0	22
Chihuahua	11	11	0	3	0	0	0	25
Distrito Federal	49	34	0	21	2	6	1	113
Durango	11	7	0	2	0	0	0	20
Guanajuato	8	8	0	5	1	0	0	22
Guerrero	9	3	0	3	0	0	0	15
Hidalgo	8	1	1	2	1	0	0	13
Jalisco	19	27	0	7	0	1	0	54
México	16	21	1	2	0	0	0	40
Michoacán	12	6	0	2	0	0	1	21
Morelos	5	2	0	3	0	0	0	10
Nayarit	4	2	0	1	0	0	0	7

Entidad Federativa	SSA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Total
Nuevo León	16	18	0	2	1	0	0	37
Oaxaca	5	4	1	2	1	0	0	13
Puebla	11	6	1	1	0	0	0	19
Querétaro	8	3	0	1	0	0	0	12
Quintana Roo	12	3	0	3	0	0	0	18
San Luis Potosí	10	3	0	6	0	1	0	20
Sinaloa	10	11	0	6	0	0	0	27
Sonora	7	5	0	3	0	0	0	15
Tabasco	8	2	0	1	3	0	0	14
Tamaulipas	18	10	0	5	2	0	0	35
Tlaxcala	6	4	0	1	0	0	0	11
Veracruz	13	13	0	8	8	0	0	42
Yucatán	4	9	0	2	0	1	0	16
Zacatecas	11	3	0	2	0	0	0	16
Itinerantes	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	351	257	5	109	20	9	3	754

Fuente: Reportes de entidades e instituciones para el diagnóstico situacional.

Fecha de corte: 14 de febrero de 2014

Nota: La última actualización de PEMEX y SEMAR fue en el año 2012.

Razón de mastógrafos por millón de habitantes y mortalidad por cáncer de mama por entidad federativa, México 2014

Entidad	Habitantes 2014	Mastógrafos 2014	Razón 2014	Mortalidad 2012
Colima	710,982	8	11.3	22.9
Baja California Sur	741,037	11	14.8	19.7
Campeche	894,136	12	13.4	8.9
Distrito Federal	8,874,724	113	12.7	22.7
Quintana Roo	1,529,877	18	11.8	9.5
Durango	1,746,805	20	11.4	18.2
Coahuila	2,925,594	36	12.3	23.8
Zacatecas	1,563,324	16	10.2	18.1
Tamaulipas	3,502,721	35	10.0	18.3
Sinaloa	2,958,691	27	9.1	20.6
Tlaxcala	1,260,628	11	8.7	12.7
Yucatán	2,091,513	16	7.6	12.4
Nuevo León	5,013,589	37	7.4	21.8
San Luis Potosí	2,728,208	20	7.3	14.9
Jalisco	7,838,010	54	6.9	22.2
Baja California	3,432,944	22	6.4	20.2
Querétaro	1,974,436	12	6.1	17.1
Tabasco	2,359,444	14	5.9	12.6

Entidad	Habitantes 2014	Mastógrafos 2014	Razón 2014	Mortalidad 2012
Nayarit	1,201,202	7	5.8	16
Aguascalientes	1,270,174	7	5.5	21.2
Chiapas	5,186,572	22	4.2	12.2
Morelos	1,897,393	10	5.3	19.6
Veracruz	7,985,893	42	5.3	16.9
Sonora	2,892,464	15	5.2	22.7
Chihuahua	3,673,342	25	6.8	20.9
Michoacán	4,563,849	21	4.6	16.9
Hidalgo	2,842,784	13	4.6	13.9
Guerrero	3,546,710	15	4.2	11.4
Guanajuato	5,769,524	22	3.8	16.5
Oaxaca	3,986,206	13	3.3	8.4
Puebla	6,131,498	19	3.1	12.9
México	16,618,929	40	2.4	14.5
Itinerantes	--	1	--	--
Total general	119,713,203	753	6.3	17.2

Fuente:

1. SSA/CNEGSR. Base de mastógrafos sectoriales integrada con informes institucionales
2. 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> [Consulta: 09 enero 2014].

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

Distribución de médicos y técnicos radiólogos por instituciones del sector salud y entidades federativas

Entidad Federativa	SSA		IMSS-Ordinario		IMSS-Oportunidades		ISSSTE		SEDENA		Total	
	Médico	Técnico	Médico	Técnico	Médico	Técnico	Médico	Técnico	Médico	Técnico	Médico	Técnico
Aguascalientes	2	8	16	28	0	0	2	8	0	0	20	44
Baja California	12	31	36	77	0	0	5	11	0	1	53	120
Baja California Sur	1	2	16	26	0	0	2	4	0	0	19	32
Campeche	6	10	6	12	0	0	0	0	0	0	12	22
Coahuila	10	20	37	81	0	0	4	9	0	2	51	112
Colima	1	5	8	23	0	0	2	2	0	0	11	30
Chiapas	7	27	26	34	1	2	4	8	1	3	39	74
Chihuahua	6	12	38	101	0	0	4	11	1	3	49	127
Distrito Federal	14	39	108	239	0	0	20	154	8	25	150	457
Durango	4	9	24	39	0	0	4	11	0	2	32	61
Guanajuato	10	17	25	65	0	0	5	19	1	4	41	105
Guerrero	6	28	15	30	0	0	3	17	1	5	25	80
Hidalgo	7	8	12	11	0	1	2	5	0	0	19	47
Jalisco	16	19	85	170	0	0	6	20	1	4	108	213
México	9	9	112	182	0	1	3	21	0	1	124	214
Michoacán	7	12	21	45	0	0	4	14	0	0	32	71
Morelos	2	5	10	20	0	0	3	5	0	3	15	33
Nayarit	2	4	9	15	0	0	1	1	0	0	12	20



Entidad Federativa	SSA		IMSS-Ordinario		IMSS-Oportunidades		ISSSTE		SEDENA		Total	
	Médico	Técnico	Médico	Técnico	Médico	Técnico	Médico	Técnico	Médico	Técnico	Médico	Técnico
Nuevo León	14	32	52	95	0	0	3	24	1	1	70	152
Oaxaca	4	7	11	26	1	1	4	9	0	4	20	47
Puebla	8	18	9	21	1	1	2	2	1	4	21	46
Querétaro	4	10	12	27	0	0	2	11	0	0	18	48
Quintana Roo	9	17	10	11	0	0	3	5	0	0	22	33
San Luis Potosí	2	18	4	11	0	0	6	13	1	4	13	46
Sinaloa	9	10	25	78	0	0	4	13	1	2	39	103
Sonora	2	8	22	45	0	0	5	7	1	2	30	62
Tabasco	8	12	14	18	0	0	2	4	1	3	25	37
Tamaulipas	18	66	34	78	0	0	9	12	1	3	62	159
Tlaxcala	2	3	8	15	0	0	2	4	0	0	12	22
Veracruz	9	28	46	91	0	0	10	20	2	1	67	140
Yucatán	3	7	21	44	0	0	4	12	1	2	29	65
Zacatecas	8	14	14	24	0	0	2	4	0	1	24	43
Total	220	537	886	1,782	3	6	132	460	23	80	1,264	2,865

Fuente: Reportes de entidades e instituciones para el diagnóstico situacional.

Fecha de corte: 15 de octubre de 2013.

Nota: No aparece información de PEMEX y SEMAR porque no respondieron al diagnóstico situacional.

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

Sector Salud: Infraestructura de servicios para el manejo del cáncer del cuello uterino

Entidad Federativa	Servicios Estatales de Salud (SSA)			IMSS-Ordinario		IMSS-Oportunidades	ISSSTE			TOTAL NACIONAL		
	Citología	Patología	Biología Molecular	Citología	Patología	Citología	Citología	Patología	Biología Molecular	Citología	Patología	Biología Molecular
Aguascalientes	1	1	0	2	2	0	1	1	0	4	4	0
Baja California	3	2	1	3	3	0	1	0	0	7	5	1
Baja California Sur	2	1	1	1	1	0	1	1	0	4	3	1
Campeche	2	1	1	1	1	0	1	1	0	4	3	1
Coahuila	3	1	1	6	6	0	2	2	0	11	9	1
Colima	1	1	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0
Chiapas	9	2	0	2	2	1	1	0	1	13	4	1
Chihuahua	2	1	1	2	2	1	2	1	0	7	4	1
Distrito Federal	1	7	1	8	8	0	7	7	3	16	22	4
Durango	2	2	1	2	2	1	2	0	0	7	4	1
Guanajuato	5	3	1	4	4	0	1	0	0	10	7	1
Guerrero	7	1	1	1	1	0	3	2	0	11	4	1
Hidalgo	1	1	0	1	1	1	1	1	0	4	3	0
Jalisco	6	3	1	5	5	0	2	1	1	13	9	2
México	14	5	1	11	11	1	2	1	0	28	17	1
Michoacán	1	3	1	3	3	1	0	1	0	5	7	1
Morelos	1	1	0	1	1	0	0	1	1	2	3	1
Nayarit	1	1	0	1	1	1	1	1	0	4	3	0



Entidad Federativa	Servicios Estatales de Salud (SSA)			IMSS-Ordinario		IMSS-Oportunidades	ISSSTE			TOTAL NACIONAL		
	Citología	Patología	Biología Molecular	Citología	Patología	Citología	Citología	Patología	Biología Molecular	Citología	Patología	Biología Molecular
Nuevo León	1	1	1	5	5	0	1	0	1	7	6	2
Oaxaca	2	2	1	1	1	1	2	1	1	6	4	2
Puebla	1	1	1	1	1	1	1	0	0	4	2	1
Querétaro	1	1	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0
Quintana Roo	2	1	0	3	3	0	1	1	0	6	5	0
San Luis Potosí	1	2	0	3	3	1	1	1	0	6	6	0
Sinaloa	5	2	1	4	4	1	1	0	0	11	6	1
Sonora	2	2	1	2	2	0	1	1	0	5	5	1
Tabasco	1	4	0	1	1	0	0	1	0	2	6	0
Tamaulipas	3	4	0	6	6	0	1	1	0	10	11	0
Tlaxcala	1	1	0	1	1	0	0	1	0	2	3	0
Veracruz	10	8	1	7	7	2	3	2	1	22	17	2
Yucatán	1	2	0	2	2	1	1	1	1	5	5	1
Zacatecas	2	2	1	1	1	1	1	1	0	5	4	1
Totales	95	70	19	93	93	15	44	34	10	247	197	29

Fuente: Reportes de entidades e instituciones para el diagnóstico situacional.

Fecha de corte: 15 de octubre de 2013.

Nota: No aparece información de PEMEX, SEDENA y SEMAR porque no respondieron al diagnóstico situacional.

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

Distribución de los principales recursos humanos para la detección y diagnóstico del cáncer de cuello uterino por instituciones del Sector Salud

Entidad Federativa	Servicios Estatales de Salud (SSA)				IMSS-Ordinario		IMSS-Oportunidades		ISSSTE				SEDENA			Totales			
	Colposcopista	Patólogos	Citólogos	Citotecnólogo	Citotecnólogo	Colposcopista	Citotecnólogos	Colposcopistas	Colposcopistas	Citotecnólogos	Patólogos	Citopatólogos	Colposcopistas	Citotecnólogos	Patólogos	Colposcopista	Citotecnólogo	Citopatólogos	Patólogos
Aguascalientes	3	2	1	5	4	2	0	0	1	2	2	0	0	0	0	6	11	1	4
Baja California	4	6	0	11	9	5	0	1	1	2	1	0	0	0	0	11	22	0	7
Baja California Sur	3	2	1	4	2	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8	6	1	3
Campeche	2	3	0	9	3	2	0	2	1	1	1	0	0	0	0	7	13	0	4
Coahuila	3	3	0	7	14	5	0	3	2	3	2	0	0	0	0	13	24	0	5
Colima	5	2	0	2	2	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	8	5	0	3
Chiapas	14	3	0	16	4	2	3	10	1	1	0	1	0	0	0	27	24	1	3
Chihuahua	3	2	0	12	9	2	3	3	2	2	1	0	0	0	0	10	26	0	3
Distrito Federal	25	5	5	16	41	5	0	0	20	28	25	13	9	5	6	59	90	18	36
Durango	5	4	0	14	4	3	1	3	1	4	4	0	0	0	0	12	23	0	8
Guanajuato	8	2	1	41	11	3	0	0	2	3	4	0	2	0	0	15	55	1	6
Guerrero	9	3	1	26	5	4	0	1	1	2	2	0	0	0	0	15	33	1	5
Hidalgo	5	3	1	15	4	2	3	4	1	2	1	0	0	0	0	12	24	1	4
Jalisco	21	6	1	20	23	13	0	0	5	3	2	0	0	0	1	39	46	1	9
México	22	13	1	38	41	10	3	2	2	2	2	0	0	0	1	36	84	1	16
Michoacán	9	4	2	10	8	3	3	7	2	0	3	1	0	0	0	21	21	3	7
Morelos	6	4	1	5	5	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	8	10	2	5
Nayarit	4	2	0	8	3	1	3	1	0	3	1	0	0	0	0	6	17	0	3
Nuevo León	5	1	2	11	19	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	31	2	2



Entidad Federativa	Servicios Estatales de Salud (SSA)				IMSS-Ordinario		IMSS-Oportunidades		ISSSTE				SEDENA			Totales			
	Colposcopista	Patólogos	Citólogos	Citotecnólogo	Citotecnólogo	Colposcopista	Citotecnólogos	Colposcopistas	Colposcopistas	Citotecnólogos	Patólogos	Citopatólogos	Colposcopistas	Citotecnólogos	Patólogos	Colposcopista	Citotecnólogo	Citopatólogos	Patólogos
Oaxaca	13	3	0	22	3	1	3	9	1	4	3	0	0	0	0	24	32	0	6
Puebla	10	3	0	23	9	4	3	7	0	1	0	0	0	0	0	21	36	0	3
Querétaro	3	1	0	7	4	2	0	0	1	1	2	0	0	0	0	6	12	0	3
Quintana Roo	3	2	0	8	4	3	0	0	1	1	1	0	0	0	0	7	13	0	3
San Luis Potosí	7	3	0	9	5	3	3	4	1	2	1	0	1	0	0	16	19	0	4
Sinaloa	6	2	0	17	8	3	3	3	2	1	2	1	0	0	0	14	29	1	4
Sonora	6	7	0	9	6	5	0	0	1	2	1	0	0	0	0	12	17	0	8
Tabasco	14	6	3	16	4	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	17	20	3	7
Tamaulipas	7	3	1	12	10	6	0	4	0	2	1	0	0	0	0	17	24	1	4
Tlaxcala	4	1	0	5	3	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	6	9	1	2
Veracruz	20	22	0	32	15	5	6	6	2	5	4	0	0	0	0	33	58	0	26
Yucatán	4	2	1	6	7	1	3	4	1	2	2	0	1	0	0	11	18	1	4
Zacatecas	3	4	1	8	3	1	3	5	1	1	1	1	0	0	0	10	15	2	5
Total	256	129	23	444	292	109	43	79	56	83	75	19	14	5	8	514	867	42	212

Fuente: Reportes de entidades e instituciones para el diagnóstico situacional.

Fecha de corte: 15 de octubre de 2013.

Nota: No aparece información de PEMEX y SEMAR porque no respondieron al diagnóstico situacional.

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE LA MUJER

Distribución de clínicas de colposcopia por entidad federativa e institución del Sector Salud

Entidad Federativa	SSA	IMSS-Ordinario	IMSS-Oportunidades	ISSSTE	SEDENA	Total
Aguascalientes	1	2	0	1	0	4
Baja California	3	5	0	1	0	9
Baja California Sur	3	5	0	1	0	9
Campeche	2	2	0	1	0	5
Coahuila	4	5	0	1	0	10
Colima	3	2	0	1	0	6
Chiapas	10	2	0	1	0	13
Chihuahua	2	2	0	1	1	6
Distrito Federal	26	5	0	17	1	49
Durango	2	3	0	1	0	6
Guanajuato	7	3	0	2	0	12
Guerrero	9	4	0	1	0	14
Hidalgo	3	2	0	3	0	8
Jalisco	17	13	0	3	0	33
México	19	10	0	2	0	31
Michoacán	7	3	0	1	0	11
Morelos	5	1	0	1	0	7
Nayarit	3	1	0	1	0	5
Nuevo León	4	2	0	0	1	7
Oaxaca	12	1	9	2	1	25

Entidad Federativa	SSA	IMSS-Ordinario	IMSS-Oportunidades	ISSSTE	SEDENA	Total
Puebla	7	4	7	4	0	22
Querétaro	3	2	0	1	0	6
Quintana Roo	4	3	0	1	0	8
San Luis Potosí	6	3	4	1	0	14
Sinaloa	6	3	3	2	0	14
Sonora	6	5	0	1	1	13
Tabasco	13	2	0	1	0	16
Tamaulipas	7	6	4	0	0	17
Tlaxcala	2	1	0	0	0	3
Veracruz	13	5	6	1	0	25
Yucatán	3	1	4	2	1	11
Zacatecas	2	1	5	1	0	9
Totales	214	109	42	57	6	428

Fuente: Reportes de entidades e instituciones para el diagnóstico situacional.

Fecha de corte: 15 de enero de 2014

Nota: No aparece información de PEMEX y SEMAR porque no respondieron al diagnóstico situacional.



PREVENCIÓN Y CONTROL DEL
CÁNCER DE LA MUJER

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.