

The background of the entire page is a soft, light pink color, overlaid with several loops and swirls of a darker, more vibrant pink ribbon. The ribbon has a subtle sheen and texture, creating a sense of movement and depth. The overall aesthetic is clean, elegant, and focused on the theme of breast cancer awareness.

Cáncer de mama a con-Ciencia

— México —
Reporte Rosa 2009-2010

The image features a vertical composition. The left side is dominated by several overlapping, flowing pink ribbons that create a sense of movement and depth. In the background, a faint, light-colored silhouette of a woman's torso and arms is visible, suggesting a focus on breast health. The right side of the image is a plain, light pink background.

Cáncer de mama a con- ciencia

The background of the entire page is a light pink color with several darker pink ribbons swirling and looping across it. The ribbons have a slight sheen and are arranged in a way that suggests movement and awareness.

Cáncer de mama a con-Ciencia

México
Reporte Rosa 2009-2010

MÉXICO REPORTE ROSA 2009-2010: "CÁNCER DE MAMA A CON-CIENCIA"

Primera edición 2009

D.R. © Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

Periférico Sur 4809, Col. El Arenal Tepepan,

México 14610, D. F.

Impreso y hecho en México

Printed in Mexico

ISBN 978-607-7897-00-2

Disponible en:

www.tomateloapecho.org.mx

www.funsalud.org.mx

Citación sugerida

Knaut FM, López-Carillo L, et al., México Reporte Rosa 2009-2010: Cáncer de mama a con-ciencia. Informe final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 2009.

Nota

Ver páginas 5 y 6 para la lista completa de autores e instituciones que participaron en la redacción de este documento.

DIRECTORIO DE INSTITUCIONES PARTICIPANTES

AMERICAN CANCER SOCIETY

WWW.CANCER.ORG

ASOCIACIÓN MEXICANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER, A.C.

WWW.AMLCC.ORG

ASOCIACIÓN MEXICANA DE MASTOLOGÍA, A.C.

WWW.MASTOLOGIA.ORG.MX

COLEGIO MEXICANO DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA, A.C.

WWW.COMLE.COM.MX

FUNDACIÓN CIM*AB

WWW.FUNDACIONCIMA.ORG

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, A.C.

WWW.MEXFAM.ORG.MX

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD, A.C.

WWW.FUNSALUD.ORG.MX

GRUPO DE RECUPERACIÓN TOTAL RETO, A.C.

WWW.GRUPORETO.ORG

HARVARD GLOBAL EQUITY INITIATIVE, HARVARD UNIVERSITY

WWW.FAS.HARVARD.EDU/~ACGEI/

HARVARD MEDICAL SCHOOL, HARVARD UNIVERSITY
HMS.HARVARD.EDU/HMS/

INSTITUTO CARSO DE LA SALUD
WWW.SALUD.CARSO.ORG

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ESTUDIOS DE LA FAMILIA, A.C.
WWW.ILEF.COM.MX

IPAS MÉXICO
WWW.IPAS.ORG

SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
WWW.SMEO.ORG.MX

THAIS CONSULTORÍA EN DESARROLLO SOCIAL, S.C.
WWW.THAIS.ORG.MX

CÁNCER DE MAMA: TÓMATELO A PECHO
WWW.TOMATELOAPECHO.ORG.MX

DIRECTORIO DE AUTORES

BERTHA AGUILAR DE GARCÍA

*FUNDACIÓN CIM*AB*

ESTHER ALTHAUS ROFFÉ

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ESTUDIOS DE LA FAMILIA, A.C.

HÉCTOR ARREOLA-ORNELAS

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD, A.C.

NORMA BARREIRO GARCÍA

THAIS DESARROLLO SOCIAL

ILINA CHAUDHURI

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD, A.C.

JOSÉ VICENTE DÍAZ SÁNCHEZ

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, A.C.

ALESSANDRA DURSTINE

AMERICAN CANCER SOCIETY

MARISSA FLORES GONZÁLEZ

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD, A.C.

ADOLFO FUENTES ALBURO

SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.

MAYRA GALINDO DE MARES

ASOCIACIÓN MEXICANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

ROSAELA GIJÓN ARIAS

*FUNDACIÓN CIM*AB*

FELICIA MARIE KNAUL

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD, A.C.;
PROGRAMA CÁNCER DE MAMA: TÓMATELO A PECHO, INSTITUTO CARSO DE LA SALUD;
HARVARD GLOBAL EQUITY INITIATIVE Y HARVARD MEDICAL SCHOOL

LIZBETH LÓPEZ CARRILLO

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

MARÍA ELENA MAZA FERNÁNDEZ

AMERICAN CANCER SOCIETY

GUSTAVO NIGENDA LÓPEZ

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA Y
PROGRAMA CÁNCER DE MAMA: TÓMATELO A PECHO, INSTITUTO CARSO DE LA SALUD

SONIA X. ORTEGA ALANIS

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD, A.C. Y
PROGRAMA CÁNCER DE MAMA: TÓMATELO A PECHO, INSTITUTO CARSO DE LA SALUD

JULIO ROSADO BAUTISTA

HARVARD GLOBAL EQUITY INITIATIVE

RAFFAELA SCHIAVON ERMANI

IPAS MÉXICO

MARÍA SUÁREZ VÁZQUEZ

COLEGIO MEXICANO DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA

ARTURO VEGA SALDAÑA

PROGRAMA CÁNCER DE MAMA: TÓMATELO A PECHO, INSTITUTO CARSO DE LA SALUD

EMMA VERA ESPINOZA

GRUPO DE RECUPERACIÓN TOTAL RETO, A.C.

YOLANDA VILLASEÑOR NAVARRO

ASOCIACIÓN MEXICANA DE MASTOLOGÍA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
I. HACIA UN MARCO CONCEPTUAL	15
1.1. DERECHOS Y SALUD	15
1.2. AVANCES RECIENTES EN EL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO	16
1.3. EJES Y OBJETIVOS DEL REPORTE ROSA 2009-2010	18
II. DÓNDE ESTAMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS	21
2.1. TENDENCIAS EN LA MORTALIDAD Y LA INCIDENCIA A NIVEL MUNDIAL	21
2.2. TENDENCIAS EN LA MORTALIDAD EN MÉXICO	24
2.3. BARRERAS CULTURALES E INSTITUCIONALES EN MÉXICO	29
III. RESPUESTAS, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES SISTÉMICAS	33
3.1. PREVENCIÓN PRIMARIA Y FACTORES DE RIESGO	34
3.2. DETECCIÓN TEMPRANA	35
3.2.1. LA DETECCIÓN TEMPRANA EN MÉXICO	35
3.2.2. RECOMENDACIONES INTERNACIONALES	38
3.2.3. LA NORMATIVIDAD MEXICANA	40
3.2.4. CALIDAD Y CERTIFICACIÓN DE LA MAMOGRAFÍA EN MÉXICO	44
3.2.5. LA EVALUACIÓN CLÍNICA	46
3.3. TRATAMIENTO, ASEGURAMIENTO Y PROTECCIÓN FINANCIERA	47
3.4. INVESTIGACIÓN	50
IV. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	53
4.1. DETECCIÓN TEMPRANA	53
4.2. TRATAMIENTO: PRESTACIÓN Y FINANCIAMIENTO	55
4.3. NORMATIVIDAD	56
4.4. SOCIEDAD CIVIL	57
V. BIBLIOGRAFÍA	59
SIGLAS Y ABREVIATURAS	65

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama no es sólo un asunto médico. Es también un asunto político, económico, psicológico y social. Todos los días se toman decisiones en cada uno de estos ámbitos que impactarán la vida y la muerte de decenas de miles de mujeres en México y el mundo. Es en este sentido que al hablar de cáncer de mama no podremos encontrar soluciones viables sin tomar en cuenta a la sociedad civil organizada.

Hace más de 30 años ya, encontramos en México mujeres, madres, amas de casa, sobrevivientes de cáncer de mama que reconocían esta enfermedad como un problema de salud pública aún y cuando no supieran darle este nombre. Desde aquel entonces muchas mujeres sobrevivientes encontraron grandes carencias en el sistema nacional de salud. El sistema les había fallado en áreas de información o educación acerca de la enfermedad, de accesibilidad a un diagnóstico y tratamiento oportuno y en generar mecanismos de protección hacia ellas y sus familias contra el estigma y rechazo social que dicha enfermedad producía. Ellas decidieron así llenar el vacío y crear instituciones que apoyaran a otras mujeres y familias en estas áreas.

ESTO SUCEDÍA HACE MÁS DE 30 AÑOS, PERO ¿EN DÓNDE ESTAMOS HOY?

Si bien encontramos en México, según datos de la Secretaría de Salud, más de 70 organizaciones de la sociedad civil (OSC) de lucha contra el cáncer, muchas de éstas operan bajo un enfoque meramente asistencial e informativo. Se requiere que un mayor número de estas instituciones tomen su responsabilidad como sociedad civil organizada y trabajen con las autoridades y el sistema en búsqueda de mejoras en políticas públicas que impacten de manera más contundente la atención integral que se da a las mujeres mexicanas respecto al cáncer de mama. También es de resaltar que, a pesar de los años que tienen constituidas muchas de estas organizaciones, pocas de ellas han recurrido a las sobrevivientes y se han profesionalizado con la finalidad de crear un movimiento reconocido –como se ha visto en Canadá, los Estados Unidos y varios de los países europeos. Los trabajos en coalición también han mostrado pocos resultados ya que hay cierto temor por compartir el escenario y los escasos recursos financieros existentes en apoyo al tercer sector y por la falta de profesionalización de algunas de las instituciones.

Dentro del panorama actual, es urgente que exista mayor comunicación entre las comunidades médica y científica y las OSC que se dedican al tema de cáncer mamario y tópicos relacionados. Estas tres comunidades unidas, representan el bastión desde el cual se debe trabajar con los poderes de gobierno –principalmente en salud pero también en seguridad social, educación y desarrollo social– en búsqueda de políticas públicas que respeten los derechos e impacten favorablemente la vida de las mujeres mexicanas en todo lo relacionado al cáncer de mama.

La iniciativa México Reporte Rosa 2009-2010: "Cáncer de mama a con-*liencia*" marca un parteaguas en la manera en que la sociedad civil organizada ha venido trabajando en temas de cáncer de mama en México hasta la fecha. Sociedad civil y gobierno estamos ante una gran oportunidad para incidir y participar en las políticas públicas y los programas que regulan este campo y afectar de manera favorable la vida de miles de mujeres mexicanas, de sus familias y comunidades, que en los próximos años tendrán que hacer frente a esta enfermedad.

México Reporte Rosa 2009-2010: "Cáncer de mama a con-*liencia*" es un esfuerzo conjunto de un grupo de representantes de las organizaciones de la sociedad civil y de investigadores que comparten la preocupación de fortalecer la capacidad de México, de su sistema de salud, de su sociedad y sobre todo de sus mujeres con el propósito de enfrentar el reto y la amenaza –prácticamente desconocida– del cáncer de mama. A través de este Reporte Rosa 2009-2010 sobre México, una franja de la sociedad civil plantea y reafirma su compromiso de contribuir en el proceso de toma de decisiones, de formular e implementar proyectos, de fortalecer las instituciones y de ampliar la investigación sobre el cáncer de mama como una prioridad en el tema de salud de la mujer y para los sistemas de salud. Es también una llamada de atención y una solicitud dirigida a las instituciones públicas y privadas de invertir más y mejor en el tema del cáncer de mama y de confirmar nuestra contribución y dedicación para monitorear los logros eventuales.

La comunidad México Reporte Rosa 2009-2010: "Cáncer de mama a con-*liencia*" la constituyen 22 individuos y 16 organizaciones, quienes preocupados ante la magnitud del reto y la falta de avance en el tema decidieron, a partir de este año, presentar públicamente la necesidad inmediata de fortalecer la respuesta del país ante el cáncer de mama y las necesidades de sus mujeres. El documento es así el resultado de una suma de esfuerzos entre varias personas e instituciones que no habían colaborado como grupo anteriormente.

El grupo incluye investigadores, médicos y organizaciones de la sociedad civil de índole diversa: desde las que trabajan directa y exclusivamente el tema del cáncer de mama hasta las que se

dedican a temas relacionados (como la salud reproductiva, el cáncer en general, los derechos de la mujer, la salud de la mujer, el fortalecimiento de los sistemas de salud y a la aplicación de la medicina oncológica). El grupo es plural e interdisciplinario, sin fines de lucro y totalmente apartidista, e incluye epidemiólogos, activistas, expertos en temas de género y derechos de la mujer, abogados, economistas, comunicólogos, médicos generales y especializados, enfermeras, psicólogas y psiquiatras, antropólogos, politólogos y sociólogos, entre otros.

Las personas y, en su caso, las organizaciones que ellos representan y que han participado en la preparación y autoría del **Reporte Rosa 2009-2010: "Cáncer de mama a con-*liencia*", son:**¹

Alessandra Durstine	<i>American Cancer Society</i>
María Elena Maza	<i>American Cancer Society</i>
Mayra Galindo de Mares	<i>Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer</i>
Yolanda Villaseñor	<i>Asociación Mexicana de Mastología</i>
Bertha Aguilar de García	<i>Fundación Cim*ab</i>
Rosaela Gijón	<i>Fundación Cim*ab</i>
Vicente Díaz	<i>Fundación Mexicana para la Planificación Familiar, A.C.</i>
Héctor Arreola-Ornelas	<i>Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</i>
Marissa Flores	<i>Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</i>
Felicia Marie Knaul	<i>Fundación Mexicana para la Salud, A.C.; Programa Cáncer de mama: Tómatelo a Pecho, Instituto Carso de la Salud; Harvard Global Equity Initiative y Harvard Medical School</i>
Sonia X. Ortega	<i>Fundación Mexicana para la Salud, A.C. y Programa Cáncer de mama: Tómatelo a Pecho, Instituto Carso de la Salud</i>
Arturo Vega	<i>Programa Cáncer de mama: Tómatelo a Pecho, Instituto Carso de la Salud</i>
Emma Vera Espinoza	<i>Grupo de Recuperación Total Reto, A.C.</i>
Ilina Chaudhuri	<i>Fundación Mexicana para la Salud A.C.</i>
Julio Rosado	<i>Harvard Global Equity Initiative</i>
Esther Althaus	<i>Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A.C.</i>
Lizabeth López Carrillo	<i>Instituto Nacional de Salud Pública</i>
Gustavo Nigenda	<i>Instituto Nacional de Salud Pública y Programa Cáncer de mama: Tómatelo a Pecho, Instituto Carso de la Salud</i>
Raffaella Schiavon	<i>Ipas México</i>
Adolfo Fuentes Alburo	<i>Sociedad Mexicana de Oncología, A.C.</i>
Sor María Suárez Vázquez	<i>Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería</i>
Norma Barreiro García	<i>Thais Desarrollo Social</i>

¹ En el caso de los investigadores que participaron en el desarrollo de este documento –entre ellos los asociados al Instituto Nacional de Salud Pública– los argumentos y posturas expresados reflejan exclusivamente sus puntos de vista y no necesariamente los de las instituciones donde ellos laboran.

El proceso de trabajo del documento **México Reporte Rosa 2009-2010: "Cáncer de mama a conciencia"** ha sido realizado de forma coordinada, con el propósito de presentar evidencias de forma contundente y con fundamentos sólidos ante el sector público y la sociedad en general. El documento se presenta en forma conjunta, por parte de todos los que trabajaron en su elaboración.

El proyecto fue presentado en versiones previas a grupos más amplios para recopilar comentarios y opiniones antes de su publicación. A estas presentaciones fueron invitados miembros de la comunidad médica, investigadores y organismos de la sociedad civil.²

Los próximos pasos contemplan convertir esta experiencia en un ejercicio permanente con una periodicidad anual y una revisión a fondo cada cinco años por parte de la sociedad civil. Por lo mismo, las organizaciones que participaron en el desarrollo de este primer **Reporte Rosa 2009-2010** se comprometen a extender el proceso y el análisis para el siguiente año en cuatro vertientes claves:

- 1) Ampliar el número y el alcance de las organizaciones e investigadores participantes y abarcar en particular los que trabajan en las diferentes entidades federativas de la República Mexicana.
- 2) Generar y aplicar una primera serie de indicadores sencillos e informativos sobre monitoreo de avances y progreso, mismos que se irán ampliando y profundizando según la disponibilidad de la información.
- 3) Establecer el proyecto como un observatorio permanente de la sociedad civil en su conjunto, con capacidad de replicar la iniciativa en forma anual.
- 4) Compartir la experiencia y los resultados a nivel regional y global. Esta actividad empieza de forma inmediata a través de la representación del grupo en la iniciativa regional "Latina Mama" (que se ha establecido con el apoyo de la *American Cancer Society* y que incluye representantes de organizaciones de la sociedad civil de varios países de la región) y la participación en el seminario internacional *Breast Cancer in Developing Countries: Meeting the unforeseen challenge to women, health and equity*, que tendrá lugar en la Universidad Harvard en noviembre del 2009.

² Agradecemos en particular al Instituto Nacional de Cancerología por abrir un espacio en su agenda de sesiones académicas para la presentación de este documento y a los investigadores y organizaciones que participaron en la consulta que se llevó a cabo en la Fundación Mexicana para la Salud el 9 de septiembre de 2009.

RESUMEN DE CONTENIDO Y ESTRUCTURA DEL REPORTE ROSA 2009-2010: "CÁNCER DE MAMA A CON-CIENCIA"

El Reporte Rosa 2009-2010: "Cáncer de mama a conciencia" es un primer esfuerzo por plantear lo que será un proyecto de largo plazo por parte de la sociedad civil, y como tal no pretende ser exhaustivo. El documento ofrece un resumen de una parte de la información disponible. Se concentra en una revisión de la literatura epidemiológica y económica, en el tema de la detección temprana, y en la formulación de propuestas de acción en las cuales la participación de la sociedad en su conjunto, en colaboración con el sector público y la comunidad médica es clave. Este documento no abarca los aspectos clínicos referentes al tratamiento de la enfermedad.

I. HACIA UN MARCO CONCEPTUAL

El debate al que este documento pretende aportar no sería completo sin insertarlo en el marco más amplio de la salud como un derecho humano y social. Por lo mismo, las propuestas y recomendaciones del **Reporte Rosa 2009–2010** retoman el marco amplio de derechos y salud y lo aplica a la protección de la salud en el caso del cáncer mamario.

1.1. DERECHOS Y SALUD

Uno de los retos principales, cuando se habla de salud y derechos, es hacer comprensible el concepto de su universalidad, indivisibilidad, intransferencia e interdependencia, y aterrizar ese concepto en la práctica de la salud pública y de la medicina. Además del explícitamente reconocido derecho a la protección de la salud, se encuentran los derechos a la vida, la autonomía, la no discriminación, la igualdad, la privacidad, la confidencialidad, la libertad de decisión, la integridad corporal y la información, entre otros.

Los derechos humanos vinculados a la salud son numerosos y México ha firmado y ratificado muchos de los tratados, acuerdos y convenciones internacionales existentes sobre este tema, poniéndose a la vanguardia internacional en la materia. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas de 1948, sigue siendo un documento de referencia. El artículo 25 de la misma, relacionado directamente con la salud, establece:

Artículo 25.1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Puesto que se trata de derechos cuya aplicación y garantía en la práctica implicarían destinar grandes recursos financieros, los países se han comprometido –en pactos y tratados posteriores a la Declaración– a alcanzarlos de manera progresiva y paulatina. Un ejemplo de éstos –de nuevo que data de varias décadas– es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966. En general, los países que se han sumado a este esfuerzo establecen cuatro criterios para evaluar el respeto progresivo del derecho a la salud: (a) disponibilidad de servicios; (b) accesibilidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud incluyendo los aspectos relativos a la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso a la información; (c) aceptabilidad en términos de la ética médica, la cultura, los requisitos del género y el ciclo de vida, la confidencialidad y la dedicación a mejorar el estado de salud de las personas; y (d) calidad de los servicios desde el punto de vista científico y médico.

Queda claro, en consecuencia, que a partir de acuerdos internacionales que datan de la mitad del siglo pasado, el derecho a la salud debe interpretarse como un derecho inclusivo, que no sólo abarca una atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores conocidos como determinantes sociales de la salud incluyendo el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud.

1.2. AVANCES RECIENTES EN EL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO

En el caso de México, se ha visto una ampliación continua del marco legislativo que garantiza el derecho de la población a la protección de la salud. En el año de 1983, bajo el liderazgo de Guillermo Soberón como secretario de Salud, se incorporaron a la Constitución modificaciones que establecían el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos, estableciéndolo como un derecho ciudadano. Adicionalmente, en ese mismo año, se promulgó una nueva Ley General de Salud (Frenk, Sepúlveda, Gómez Dantés, *et al.*, 2003; Frenk y Gómez Dantés, 2009).

Siguieron varios hitos en la historia reciente del sistema de salud mexicano, incluyendo la descentralización, entre 1985 y 2000, de los servicios de salud para población no-asegurada; la creación del Instituto Nacional de Salud Pública (acontecida en 1987), la implementación del Programa de Vacunación Universal (1991) y la operación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) en 1997 –hoy conocido como Programa de Desarrollo Humano “Oportunidades”– con una extensión que ha sido progresiva entre la población de bajos recursos a nivel rural y urbano (Frenk y Gómez Dantés, 2009).

Cabe hacer énfasis en la creación de algunas instituciones dedicadas a la protección del usuario de los servicios de salud. En 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para buscar resolver, a través de la conciliación y el arbitraje, las diferencias que surjan entre los proveedores y los pacientes. Adicionalmente, se creó, en el 2001, la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), que se encarga de proteger a la población contra eventos que ponen en riesgo la salud humana por exposición a factores biológicos, químicos o físicos en el medioambiente o en los productos que se consumen, entre ellos la publicidad (Frenk y Gómez Dantés, 2009).

La puesta en marcha de la protección de la salud a través del artículo 4to. constitucional en 1983 requeriría de una serie de instrumentos jurídicos, financieros y administrativos para homogenizar los derechos de la atención a la salud a la población que carece de acceso a la seguridad social. Dichos instrumentos fueron creados a partir de la reforma a la Ley General de Salud de 2003, la cual originó el Sistema de Protección Social en Salud (Secretaría de Salud, 2003). Con esta medida se dio paso a que la población no asegurada –en su mayoría de bajos recursos– no siguiera dependiendo de la acción asistencial del Estado y tuviera acceso al aseguramiento público en salud a través del Seguro Popular. La reforma de 2003 permitirá que México tenga, para la segunda década del siglo, un sistema universal de protección de la salud sin distinción de ningún tipo y se encamine hacia un proceso de democratización de la salud como un derecho social (Frenk, Sepúlveda, Gómez Dantés, *et al.*, 2003; Frenk, Knaul, Gómez Dantés, *et al.*, 2004; Frenk, Gómez Dantés, *et al.*, 2009).

El concepto guía que subyace la reforma del 2003 es la democratización de la salud definido como el esfuerzo por extender la democracia tanto a los derechos sociales como a los políticos y civiles. Se basa en cinco valores clave: la inclusión social, la igualdad de oportunidades, la justicia financiera, la corresponsabilidad y la autonomía personal. Además se establecen los principios de: universalidad, portabilidad, priorización explícita, gratuidad al momento de uso, solidaridad financiera, subsidiaridad, presupuestación democrática y rendición de cuentas (Frenk, Knaul, Gómez Dantés, *et al.*, 2004).

1.3. EJES Y OBJETIVOS DEL REPORTE ROSA 2009-2010

El Reporte Rosa 2009-2010: "Cáncer de mama a conciencia" se enfoca en tres ejes que pueden ser considerados como una guía para el trabajo en conjunto de todos los actores que forman parte de un sistema nacional de salud en el área específica del cáncer mamario y salud de la mujer:

- Mayor accesibilidad y mejor calidad en servicios de detección oportuna, tratamiento y cuidados paliativos.
- Respeto a los derechos de las pacientes y las sobrevivientes.
- Trabajo profesional, bien informado, anclado en más y mejor información y en evidencia científica, así como en una mayor colaboración por parte de todos, particularmente de los actores de la sociedad civil.

El documento se basa en una serie de objetivos intrínsecos, que esperamos reflejen los anhelos de la sociedad en general sobre los temas que conciernen a este documento. Identificamos además una serie de objetivos instrumentales que consideramos son algunas de las estrategias básicas para lograr los objetivos intrínsecos. Estas pautas guiaron e inspiraron el trabajo del grupo de autores e instituciones asociadas al documento, y también circunscriben las áreas de interés en las cuales las recomendaciones específicas formuladas al final de este documento buscan incidir. Además proponemos que estas áreas deben enmarcar el trabajo y participación activa de la sociedad civil organizada para así contribuir a lograr el avance hacia la reducción de la mortalidad, la morbilidad, el estigma y el sufrimiento asociados al cáncer mamario.

Los objetivos intrínsecos e instrumentales son los siguientes:

OBJETIVOS INTRÍNSECOS:

- 1) Reducir la morbilidad y la mortalidad asociado al cáncer mamario.
- 2) Mejorar y promover la salud de la población, y especialmente de las mujeres, en todos sus ámbitos.
- 3) Promover la cobertura, el acceso y la calidad de la detección temprana gratuita para toda mujer mexicana incluyendo el acceso a la información sobre la enfermedad y su detección (el examen clínico de las mamas, el tamizaje vía la mamografía –según su edad y características personales– y el diagnóstico).

- 4) Promover la cobertura y el acceso universal al tratamiento oportuno y de calidad a toda mujer diagnosticada con cáncer mamario.
- 5) Dar seguimiento de largo plazo y apoyar a las mujeres sobrevivientes del cáncer mamario.
- 6) Fortalecer la protección financiera, lo cual garantiza que la falta de recursos económicos no sea una barrera para la detección temprana, el tratamiento o el apoyo de largo plazo relacionado con el cáncer mamario.
- 7) Pugnar por la inclusión social y la erradicación del estigma asociado al cáncer en general y al cáncer mamario en lo particular.
- 8) Ampliar los derechos de las mujeres a partir de la Norma Oficial Mexicana (NOM) vigente (NOM 041-SSA2-2002) y a través de las actualizaciones periódicas basadas en las necesidades en salud y en las mejores prácticas, información y evidencia y no en la disponibilidad de recursos económicos.
- 9) Focalizar los programas y proyectos según las necesidades específicas de las mujeres mexicanas, el perfil epidemiológico de la población y la disponibilidad de los recursos.
- 10) Ampliar la base de datos existentes y la investigación disponible en México y participar en la identificación de prioridades basadas en la mejor evidencia.

OBJETIVOS INSTRUMENTALES:

- 1) Contribuir a la integración de temas de detección y el tratamiento de cáncer de mama en los planes y programas de la educación, así como en las instituciones y el sistema nacional de salud en todos los niveles y sectores.
- 2) Promover la integración de la concientización sobre la enfermedad en el marco de los programas sociales y educativos y los que buscan la equidad de género.
- 3) Concientizar e informar a la población mexicana sobre la detección oportuna (prevención secundaria) y control del cáncer mamario entre las mujeres y los hombres mexicanos de todas las edades.
- 4) Concientizar y capacitar a todas las mujeres mexicanas sobre la importancia de conocer y vigilar su cuerpo, incluyendo la auto-exploración mensual a partir de los 20 años.
- 5) Adoptar y promover el examen clínico anual para todas las mujeres mexicanas a partir de los 25 años, mismo que debe de ser realizado por un profesional de la salud (médico, enfermera, promotora o partera) debidamente capacitado.

- 6) Promover la mamografía anual y gratuita a partir de los 40 años como eje de una estrategia de detección y promoción de la salud y de un programa de tamizaje nacional de cáncer mamario.
- 7) Participar y apoyar en la implementación de un sistema de monitoreo y control de la detección temprana del cáncer mamario incluyendo un registro de incidencia.
- 8) Participar y apoyar en la implementación de un sistema de acreditación y certificación de proveedores para garantizar la calidad de la mamografía en México.
- 9) Participar y apoyar en la implementación de la certificación y licenciamiento de profesionales para la detección y diagnóstico del cáncer mamario.
- 10) Participar y apoyar en la ampliación de los sistemas de capacitación y educación sobre cáncer mamario que reciban los estudiantes de medicina y de enfermería, las parteras, los promotores de salud y otros prestadores de servicios y de información relacionada con la salud.

II. DÓNDE ESTAMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS

En esta sección del **Reporte Rosa 2009–2010** se describen las tendencias recientes y de más largo plazo en la mortalidad por cáncer mamario en México y se presenta evidencia adicional sobre las barreras culturales e institucionales que enfrenta gran parte de la población para poder acceder a los servicios de detección oportuna. Por otro lado, considera la situación que enfrenta el país y sus mujeres en cuanto a la detección temprana y el tratamiento, poniendo especial énfasis en la protección financiera para la población más necesitada. Cabe mencionar, de nuevo, que el documento ofrece un resumen de una parte de la información disponible y no pretende ser exhaustiva.

2.1. TENDENCIAS EN LA MORTALIDAD Y LA INCIDENCIA A NIVEL MUNDIAL

A nivel mundial, el cáncer mamario es el cáncer más común entre las mujeres, registrándose 411,000 muertes al año a causa de esta enfermedad. Éste es el cáncer más prevalente a nivel mundial: en los últimos cinco años hay 4.4 millones de mujeres que viven con la enfermedad.³ En 2009 se proyectan 1.35 millones de nuevos casos, que aumentará a 1.5 millones en 2010. El cáncer mamario corresponde al 10.5% de todos los nuevos casos de cánceres –el único tipo de cáncer que registra más casos es el de pulmón (Boyle y Levin, 2008; Beaulieu, Bloom, Bloom, 2009).

El 45% de los casos, así como la mayoría de las muertes por cáncer mamario, se registran en los países en vías de desarrollo, y se estima un aumento en las proporciones –tanto de casos como de muertes (Boyle y Levin, 2008; Porter, 2008; Knaul, Bustreo, Ha y Langer, 2009). De los 1.35 millones de nuevos casos proyectados para 2009, 69,000 se ubican en los países de ingresos bajos, 415,000 en los países de ingreso medio-bajo y 224,000 en los países de ingreso medio-alto (Beaulieu, Bloom, Bloom, 2009).

³ Esta estimación considera sólo los casos diagnosticados y reportados. Son muchos los casos que no se presentan o llegan tardíamente al diagnóstico, lo cual sugiere que el número de casos prevalentes está subestimado.

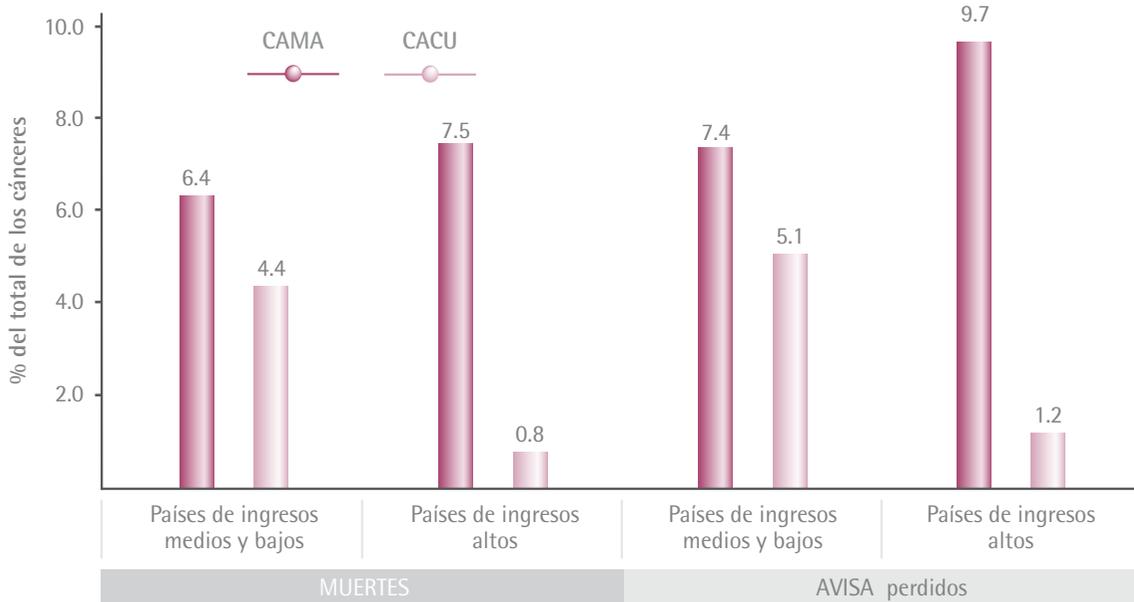
La mortalidad por cáncer mamario se concentra en los países en vías de desarrollo debido, en gran medida, a la falta de acceso a la detección temprana y al tratamiento, y muestra una relación clara con el nivel de desarrollo del país. La letalidad medida como la razón de mortalidad y nuevos casos (entre mujeres) es 56%, 44% y 39% entre los países de ingresos bajos, medio-bajo y medio-alto, respectivamente; comparado con el 24% observado en los países de ingresos altos (Beaulieu, Bloom, Bloom, 2009).

Entre los países de ingresos medio-alto, el cáncer mamario es el segundo cáncer más común a nivel poblacional después de cáncer pulmonar, con 11.5% y 11.8% de los nuevos casos proyectados para 2009, respectivamente. Entre los países de ingresos medio-bajo es el cuarto cáncer más común, después de pulmón, estómago e hígado, con 13.3%, 11.9% y 10.2% respectivamente. Las cifras para los países de ingresos bajos reflejan una mayor proporción de cánceres relacionados con infecciones, siendo el cáncer de cérvix, con 11.8%, el más común, seguido por hígado –con 8.5%–, pero aún allí el cáncer mamario corresponde al 7.7% de los casos, y es el tercero más común en términos de nuevos casos. Además, para 2020 se proyecta un aumento de 36%, 28%, y 20% en el número de nuevos casos en los países de ingresos bajos, medio-bajo y medio-alto, comparado con 14% en los países de ingresos altos (Beaulieu, Bloom, Bloom, 2009).

Como proporción de todas las muertes por cáncer entre mujeres, en los países en vías de desarrollo el cáncer de mama representa el 6.4% de las muertes y el 7.4% del total de los años de vida saludable potencialmente perdidos (AVISA, DALYs por sus siglas en el inglés). Respectivamente, para los países de ingresos altos el cáncer de mama representó el 7.5% de todas las muertes por cáncer y el 9.7% del total de la pérdida de AVISA. Comparado con el cáncer cervicouterino, el cáncer de mama representa una mayor proporción, tanto de las muertes como de la pérdida de años de vida saludables AVISA, en los países de ingresos altos como bajos (Knaul, Bustreo, Ha, *et al.*, 2009; Brown, Goldie, Gerrit, *et al.*, 2006).

GRÁFICA 1

CÁNCER MAMARIO Y CÉRVICOUTERINO, NÚMERO DE MUERTES Y AVISA COMO PORCENTAJE DE TODOS LOS CÁNCERES



Fuente

Knaul, Bustreo, Ha, *et al.*, (2009) con base en datos de Brown, Goldie, Gerrit, *et al.* (2006) y Mathers, López y Murray (2001).

Debido a las muertes tempranas por cáncer mamario, la Organización Mundial de la Salud ha estimado que los años de vida perdidos (AVISA) por cáncer mamario son alrededor de 600,000 en la región de Latinoamérica, cifra tres veces mayor que los años perdidos por muertes de cáncer pulmonar. En ausencia de intervenciones efectivas en los sistemas de salud para la detección y control del cáncer mamario la cifra aumentará a 900,000 AVISA en el 2020 (Murray y López, 1996).

Estas cifras son aún más impactantes si se considera que la estructura de edades de la población de estos países es más joven. Sin embargo, aún prevalece la concepción errónea de que el cáncer mamario es un problema de mujeres de edad avanzada y de países de altos niveles socioeconómicos. Por lo mismo, el cáncer de mama se considera una prioridad apremiante para la salud pública de los países en vías de desarrollo aún desapercibida y hasta ignorada por las mujeres y los sistemas de salud, y que ha crecido y seguirá creciendo (Boyle y Levin, 2008; Porter, 2008; Knaul, Bustreo, Ha, *et al.*, 2009; Anderson, Shyyan, Eniu, *et al.*, 2006).

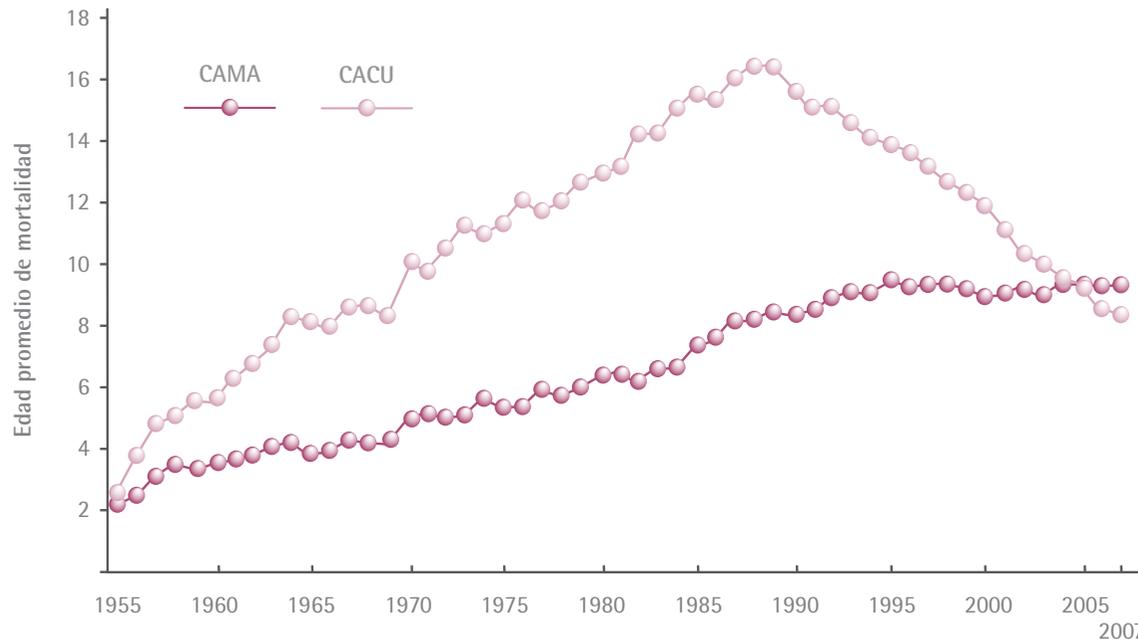
2.2. TENDENCIAS EN LA MORTALIDAD EN MÉXICO

En México, doce mujeres mueren diariamente a causa de cáncer mamario, lo cual representa, aproximadamente, una tercera parte de las pacientes diagnosticadas con este tumor maligno (Knaul, López-Carrillo, Lazcano, *et al.*, 2009). La tendencia observada en la mortalidad de esta enfermedad en este país muestra incrementos constantes; basta mencionar que en el período de 1980 a 2005 se registraron un total de 67,854 defunciones por cáncer mamario, con un aumento estimado anual del 3.6% en los últimos 18 años (Franco, Lazcano y López-Carrillo, 2009). Adicionalmente, a partir de 2006 el cáncer mamario es la segunda causa de muerte general en mujeres de 30 a 54 años y la primera por cáncer, desplazando al cáncer cérvicouterino (Knaul, Nigenda, Lozano, *et al.*, 2009).

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad presentadas en la gráfica 2 muestran que la mortalidad por cáncer cérvicouterino en las mujeres mexicanas superó la mortalidad por cáncer de mama en el período 1955-2005. En 1980 el riesgo de morir por cáncer cérvicouterino era dos veces mayor respecto del cáncer de mama. No obstante, desde 1990 las tasas de mortalidad por este cáncer descienden en forma rápida y constante. En sentido inverso, a lo largo del mismo período, las tasas de mortalidad atribuibles al cáncer de mama se incrementaron y para el año 2006, por primera vez, el cáncer de mama superó al cáncer cérvicouterino como causa de muerte entre las mujeres mexicanas (Knaul, Nigenda, Lozano, *et al.*, 2009).

GRÁFICA 2

MORTALIDAD POR CÁNCER MAMARIO Y CÉRVICOUTERINO, MÉXICO, 1955 A 2007 (TASA POR 100 MIL MUJERES, AJUSTADO POR EDAD)



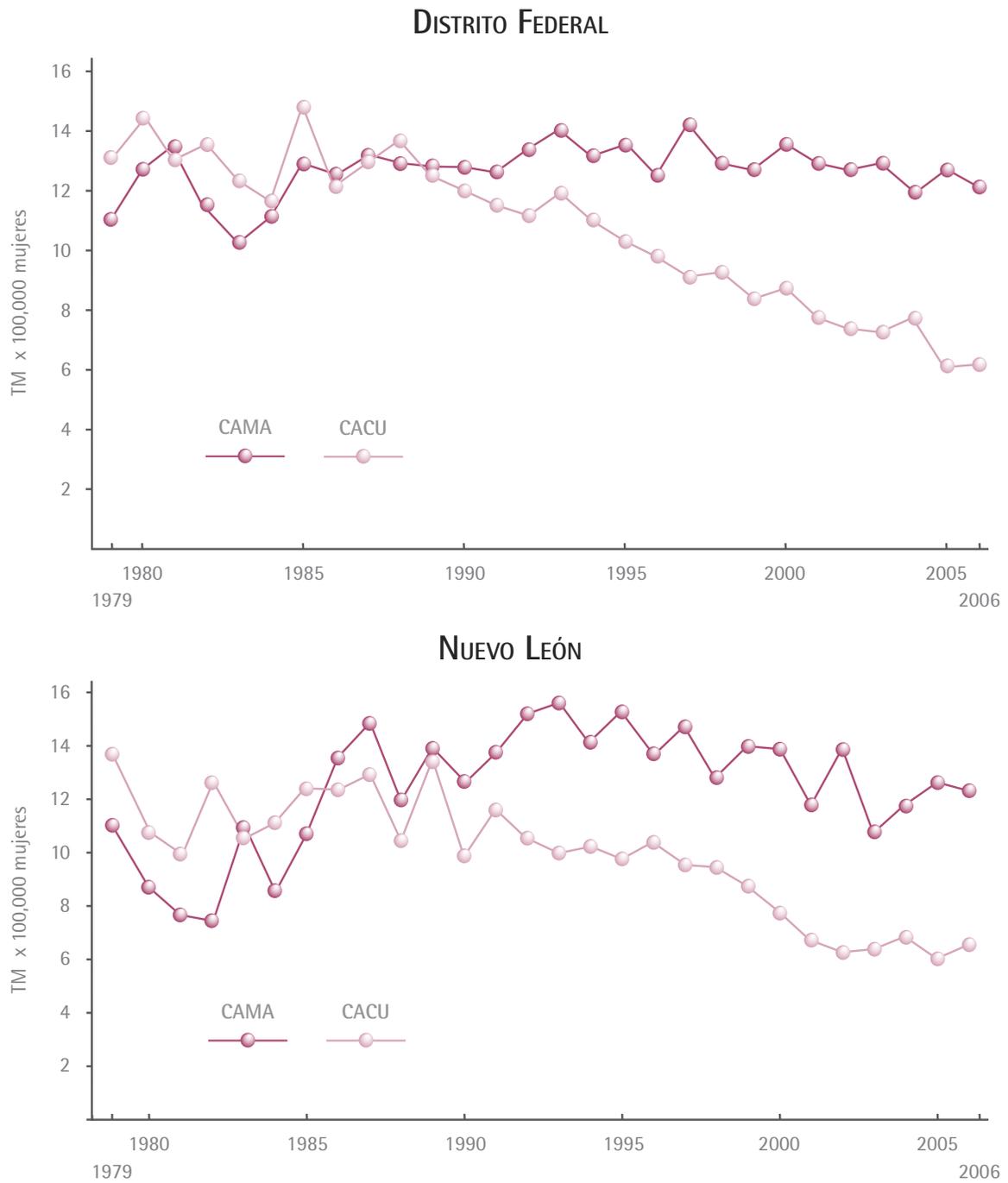
Fuente

Knaul, Nigenda, Lozano, *et al.* (2008 y 2009), con base en datos de la OMS, WHOSIS (1955-1979) y la Secretaría de Salud (1978-2002).

Este fenómeno –la disminución de la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvicouterino en comparación con el cáncer mamario– se observa no sólo a nivel nacional, sino también a nivel estatal y entre áreas geográficas, tanto en aquellas con un desarrollo económico mayor como en las zonas con un desarrollo económico menor. El riesgo de morir por cáncer mamario ha aumentado en la gran mayoría de las entidades federativas de la República Mexicana, aunque el fenómeno es más marcado en el norte y el centro (Palacio, Lazcano, Allen, *et al.*, 2009). En el Distrito Federal y Nuevo León, por ejemplo, las tasas de mortalidad observadas del cáncer de mama son mayores que las del cáncer cérvicouterino desde finales de la década de los ochenta.

Si bien el cáncer cérvicouterino sigue siendo más común entre los segmentos pobres de la población, el cáncer de mama ha ganado terreno con rapidez. Aún en los estados con mayor marginación, donde el cáncer cérvicouterino presenta las mayores tasas de incidencia en el país (como Oaxaca y Tabasco), el cáncer mamario está próximo a desplazarlo de acuerdo a las tendencias de los últimos años, pues el primero muestra un franco descenso y el segundo sigue en aumento (Knaul, Nigenda, Lozano, *et al.*, 2008).

GRÁFICA 3
MORTALIDAD POR CÁNCER MAMARIO Y CÉRVICOUTERINO, 1979 A 2006,
D.F., NUEVO LEÓN, OAXACA Y TABASCO (TASA POR 100 MIL MUJERES, AJUSTADA POR EDAD)

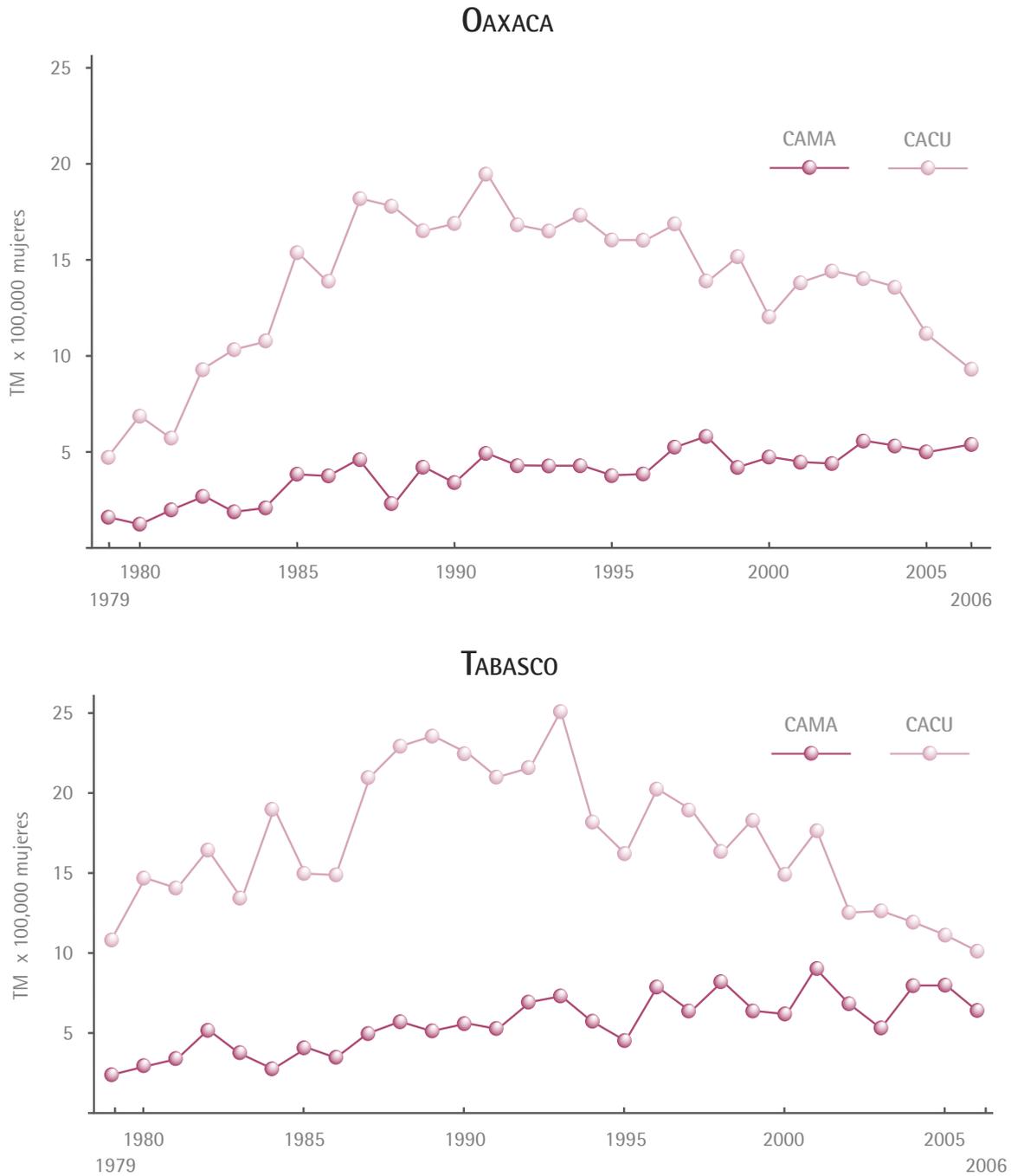


Fuente

Fuente: Knaut F (2009), basado en datos de la Secretaría de Salud (1979-2006).

GRÁFICA 3 (CONTINUACIÓN)

MORTALIDAD POR CÁNCER MAMARIO Y CÉRVICOUTERINO, 1979 A 2006,
D.F., NUEVO LEÓN, OAXACA Y TABASCO (TASA POR 100 MIL MUJERES, AJUSTADA POR EDAD)



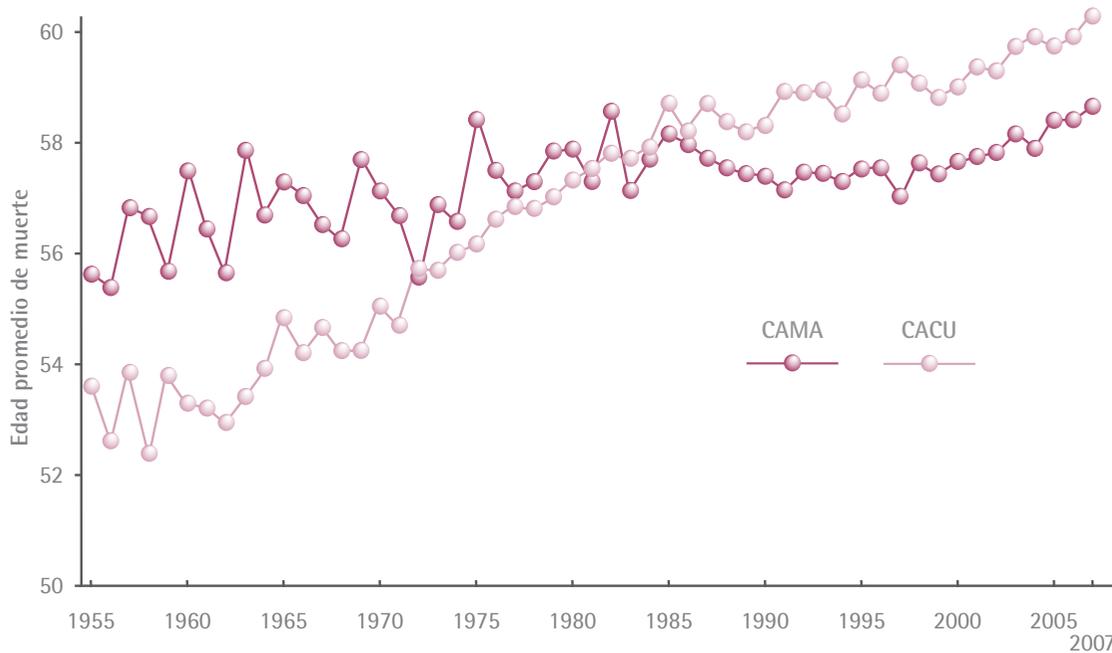
Fuente

Fuente: Knaul F (2009), basado en datos de la Secretaría de Salud (1979-2006).

Más aún, desde los años cincuenta la edad al morir por cáncer de mama se ha mantenido prácticamente estable, en tanto que la edad de muerte por cáncer cérvicouterino se ha elevado en grado considerable. Antes de 1985, la edad promedio al morir por cáncer cérvicouterino se encontraba por debajo de la del cáncer de mama, mientras que actualmente la edad promedio de la mujer mexicana que muere por cáncer de mama es casi dos años menor respecto de aquellas que mueren por cáncer cérvicouterino, 56 *versus* 58 años (Knaul, Nigenda, Lozano, *et al.*, 2008).

GRÁFICA 4

EDAD PROMEDIO DE LA MUERTE POR CÁNCER MAMARIO Y CÉRVICUTERINO, MÉXICO, 1955 A 2007



Fuente

Knaul, Nigenda, Lozano, *et al.* (2008 y 2009), con base en datos de la OMS, WHOSIS (1955-1979) y la Secretaría de Salud (1979-2007).

2.3. BARRERAS CULTURALES E INSTITUCIONALES EN MÉXICO

En México sigue siendo una barrera importante el acceso a la información sobre el cáncer de mama, el auto-cuidado de las mamas y los procedimientos para la detección oportuna de esta afección. Existen además, diferencias importantes entre la cantidad y la calidad de la información disponible, aquella con la que cuenta la población, y la manera en que las personas elaboran, a partir de ello, ciertos saberes o conocimientos sobre la enfermedad, búsqueda de atención, su detección oportuna, consecuencias, cuidados y tratamientos. Es decir, la forma en que la población se apropia la información, la convierte en conocimiento y toma acciones a favor de su salud. Esta sección resume los resultados de un estudio cualitativo basado en entrevistas con mujeres, parejas y prestadores de servicios y de revisión que se llevó a cabo en 2008-2009 con el objetivo de identificar, documentar y entender estas barreras (Nigenda, González-Robledo, Caballero, *et al.*, 2009).

La información disponible para la población se encuentra atomizada y es heterogénea. Con relación a la información para la identificación de signos y síntomas el estudio señala que, en general, las mujeres desconocen el procedimiento para hacerse una autoexploración "correcta" y reciben información a través de diversas fuentes como folletos, dípticos y trípticos que leyeron en alguna visita al ginecólogo, pláticas con otras mujeres, artículos de revistas o por haber conocido un diagnóstico de cáncer de mama de algún familiar o persona cercana.

Adicionalmente, desde la posición de los usuarios –mujeres diagnosticadas y sus parejas–, se identificaron las siguientes barreras de acceso a los servicios de salud: falta de disponibilidad de servicios; falta de oportunidad en la atención; carencia de recursos tecnológicos, materiales y humanos en los servicios públicos y de la seguridad social; largos tiempos de espera; exceso de requisitos burocráticos y de trámites administrativos; poca confianza en la atención institucional y escasa resolución de sus demandas y necesidades; además de los elevados costos de atención y de medicamentos en el ámbito privado. Una opinión generalizada en las mujeres con cáncer mamario (particularmente las diagnosticadas tardíamente) y sus parejas es que los médicos de primer contacto (médicos generales, familiares y ginecólogos) no tienen el entrenamiento, los conocimientos actualizados ni la sensibilidad clínica para detectar tempranamente el cáncer de mama.

Con relación a la interacción médico-paciente, se observaron relaciones de dependencia por parte de las mujeres (aceptan los argumentos e indicaciones de los médicos sin cuestionarlos); negligencia médica (el médico prescribió tratamiento sintomático sin ninguna elaboración diagnóstica, no le dio importancia a las quejas de las usuarias, no entregó a tiempo los resultados de estudios diagnósticos o por su impericia para diagnosticar a tiempo el cáncer de mama); maltrato físico y psicológico por parte del personal de salud (trato deshumanizado, descortés y, en algunos casos, agresivo que les otorgan durante el proceso de atención, descalificación de la manera como algunas mujeres entienden y atienden la salud y la enfermedad), y deficiencias en la cantidad y la calidad de información recibida durante la consulta sobre la enfermedad y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los cuales debe someterse la mujer enferma. La mayoría de los entrevistados señaló la poca disposición de los médicos generales y especialistas para brindar información amplia, completa y clara sobre la enfermedad.

Por su parte, las entrevistas con los prestadores –en este caso de servicios públicos de salud (médicos generales, ginecólogos, enfermeras y promotores de salud del primer y segundo nivel de atención, así como oncólogos, radiólogos, cirujanos, psicólogos y trabajadoras sociales en el tercer nivel de atención)– señalan como barreras para el acceso a la atención la escasez de recursos; el exceso de trámites burocráticos para referir a las mujeres a estudios de mamografía, ultrasonido y pruebas más especializadas para detectar y confirmar posibles casos de cáncer mamario; los tiempos de espera y el diferimiento de la atención –tanto para el diagnóstico como para el tratamiento–, y en muchos casos la insuficiente capacitación, entrenamiento, habilidades y destrezas de los profesionales para la detección temprana del cáncer de mama.

No menos importantes son las barreras sociales, culturales, familiares (parejas) y económicas. En lo que se refiere a la pareja, en algunas ocasiones también puede ser un obstáculo en la búsqueda de atención, pues expresan una negación a que sus mujeres sean vistas y tocadas por otros varones, aunque sean médicos, y la intencionalidad de la revisión sea la prevención y la salud de la mujer. Esta actitud fue señalada por varias de las mujeres entrevistadas y diagnosticadas con cáncer mamario, inclusive entre aquellas que ahora trabajan en pro de algún grupo de autoayuda, y también por los mismos prestadores de servicios de salud que señalan este comportamiento como parte del "machismo" en México, el cual llega a ser un obstáculo para la atención a la salud de las mujeres. Algunos varones, en ocasiones, viven la experiencia del cáncer de mama como un rechazo, un alejamiento de la pareja, una soledad mezclada de miedo a lo que se enfrentan. Los tratamientos prolongados, además de las consecuencias de algunas

cirugías (para algunas mujeres significó mastectomía radical del seno o de los dos senos), suspenden la vida sexual y la intimidad de las parejas, por lo que los espacios de afecto se reducen en momentos de crisis, provocando en ocasiones un distanciamiento de las parejas a lo largo del proceso de la enfermedad.

Desde la perspectiva de las mujeres la búsqueda de atención es pospuesta debido a la existencia de otras prioridades en su vida cotidiana, como la crianza de los hijos, la atención a la pareja, la familia o el trabajo. También la capacidad económica y la condición de aseguramiento determinan en gran medida la búsqueda, acceso y utilización de los servicios de atención por parte de las mujeres con cáncer de mama. En este sentido, las mujeres que cuentan con seguridad social buscan atención principalmente en unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las mujeres sin aseguramiento a la salud o con Seguro Popular usualmente buscan atención en las unidades médicas de la red pública, tanto del ámbito estatal, como del federal, y las que cuentan con mayores recursos económicos asisten a hospitales privados (pago de bolsillo o seguro de gastos médicos mayores).

III. RESPUESTAS, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES SISTÉMICAS

Esta sección del **Reporte Rosa 2009–2010** resume algunos aspectos de la respuesta del sistema de salud de México al desafío del cáncer mamario. De esta forma se enfoca en la normatividad, la cobertura y el acceso a los servicios de salud vinculados, de manera particular, con la detección temprana, ya que esta es una de las áreas donde más puede aportar la sociedad civil y más se podrá incidir para reducir la mortalidad en México, dada la alta proporción de mujeres detectadas en fases tardías del padecimiento.

Por otro lado, esta sección del documento intenta enfatizar la importancia de diseñar y aplicar una estrategia diagonal: identificar enlaces entre los programas horizontales y sistémicos con los programas y proyectos específicos (a veces descritos como “verticales”) a la enfermedad del cáncer mamario (Sepúlveda, Bustreo, Tapia, *et al.*, 2006; Frenk, 2006; Knaul, Bustreo, Ha, *et al.*, 2009). Esto incluye la vinculación con programas de salud de la mujer, salud reproductiva y salud materno-infantil, además de las estrategias sistémicas de financiamiento que cubren el tratamiento y el financiamiento como ha sido el caso con el Seguro Popular.

Finalmente, y como señala la información existente sobre las barreras culturales, el nivel de educación en cuanto a la prevención y control del cáncer mamario es un determinante no sólo de la demanda de los servicios de salud, sino también de la calidad en el proceso de atención. Al respecto, en México se requiere mejorar e incrementar la calidad de la información sobre prevención y diagnóstico temprano del cáncer mamario en la población, con mensajes específicos dirigidos no sólo a las mujeres, sino también a los hombres, para crear en ellos un sentido de co-responsabilidad para la atención de la enfermedad y promover la búsqueda de atención temprana. Son muchas las oportunidades de incidir en la enseñanza y capacitación que reciben tanto hombres como mujeres en México. Las aulas escolares (incluyendo nivel primario y secundario pero especialmente en bachillerato), los centros de salud y los espacios que generan los programas sociales y de desarrollo humano –como *Oportunidades*–, son lugares idóneos y en su mayoría desaprovechados para proveer esta información a la población en general.

3.1. PREVENCIÓN PRIMARIA Y FACTORES DE RIESGO

La prevención primaria del cáncer mamario se encuentra muy lejana en comparación con la del cáncer cérvicouterino, para el cual se cuenta con una prueba de detección que antecede el inicio de enfermedad (la prueba del Papanicolaou) e incluso con una vacuna. Por lo anterior, la prevención secundaria (i.e., diagnóstico temprano y tratamiento oportuno) es la estrategia más viable para el control del cáncer mamario.

Cabe señalar, a la vez, la importancia de la promoción de la salud general y a nivel población de la mujer como una medida de reducción de riesgos. La evidencia reciente señala entre los factores de riesgo más importantes la edad temprana de la menarquia y la edad tardía de la menopausia; el primer embarazo a término después de los 30 años; y el uso de terapia hormonal. Estos factores no son fácilmente modificables a nivel poblacional, con excepción del último (World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2007; López-Carrillo, Bravo-Alvarado, Poblano-Verastegui, *et al.*, 1997; McPherson, Steel y Dixon, 2000; Chen, Weiss, Newcomb, *et al.*, 2002).

Sin embargo, existe evidencia importante que señala que la dieta, la nutrición y el ejercicio, en parte por prevenir la obesidad y el sobrepeso, son elementos clave de un programa de prevención del cáncer mamario (Romieu y Lajous, 2009; Torres-Sánchez, Galván-Portillo, Lewis, *et al.*, 2009; World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2007; Stewart y Kleihues, 2003; de Vasconcelos, Azevedo e Silva Mendonça y Sichieri, 2001). Según Romieu y Lajous (2009), la falta de actividad física, una dieta alta en hidratos de carbono y en carga glicémica y la baja ingesta de ácido fólico y vitamina B12 se han relacionado con un aumento en el riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas y, en particular, entre mujeres posmenopáusicas. Los autores concluyen que: "Las recomendaciones sobre cómo mantener un peso saludable, realizar actividad física moderada, disminuir la ingesta de hidratos de carbono de absorción rápida e incrementar el consumo de frutas y verduras podrían tener un impacto importante en la disminución de la epidemia de cáncer de mama en México" (Romieu y Lajous, 2009: 171).

Todo ello señala la importancia y la oportunidad que representan los programas de promoción de la salud y, en particular, de salud de la mujer, salud materno-infantil y salud reproductiva –mismos que cuentan con una alta cobertura en México– para poder incidir en la detección temprana y la prevención secundaria del cáncer mamario, pues son oportunidades para los sistemas de salud de acercarse a las mujeres, compartir información, tomar la historia clínica y hacer las recomendaciones pertinentes para la detección temprana (Knaul, Bustreo, Ha, *et al.*, 2009).

3.2. DETECCIÓN TEMPRANA

3.2.1. LA DETECCIÓN TEMPRANA EN MÉXICO

La supervivencia de cáncer mamario es inversamente proporcional al estadio del tumor (i.e., a mayor estadio, menor supervivencia). Las mujeres con tumores diagnosticados *in situ* tienen una supervivencia mayor al 95% durante los próximos cinco años, en contraste con 27% en las mujeres diagnosticadas en estadios III B, III C y IV, que incluyen metástasis distales (*American Cancer Society*, 2008).

La evidencia sobre México sugiere que la detección tardía sigue siendo la norma y no la excepción, en contraste, por ejemplo, con la situación en los Estados Unidos, donde aproximadamente el 60% de los cánceres mamaros son diagnosticados en estadio I (en México la cifra se estima menor al 10%). De hecho, entre 40 y 50% de los casos se presentan en estadios III y IV y se ve poca mejoría en estos porcentajes desde principios de los años noventa (Knaul, Arreola-Ornelas, Velázquez, *et al.*, 2009).

La detección y diagnóstico tempranos son factores determinantes para explicar el descenso en la mortalidad por cáncer mamario en mujeres norteamericanas, ya que de 100 diagnosticadas fallecen menos de 20 (razón muertes casos < 0.2); mientras que en México el cáncer de mama se presenta en mujeres más jóvenes que en los países económicamente más desarrollados y se detecta tardíamente especialmente en el sector público, con altos porcentajes en las etapas III y IV –cuando la posibilidad de éxito de una intervención es mucho más baja y los costos de atención mucho más altos (López-Carrillo, 2003).

Específicamente, en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) en el año 2007 se atendieron 744 pacientes incorporadas al Seguro Popular con diagnóstico de cáncer de mama. La media de edad fue de 50 años, el 48% mujeres eran pre-menopáusicas y 18% menores de 40 años. El tamaño promedio de los tumores identificados fue de 6 x 5 cm y la distribución por etapa clínica (EC) fue la siguiente: Etapa 0 = 1%, EC I = 8%, EC II = 32%, EC III = 36%, EC IV = 11% y EC no clasificada = 12%. Según (Mohar, Bargalló, Ramírez, *et al.*, 2009). El panorama es similar en el Hospital de Oncología del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde entre el 35-50% de los casos de cáncer mamario se diagnostican en EC III, con una media de edad de 51 años (Rodríguez-Cuevas, Macías, Franceschi, *et al.*, 2001); así como en los Centros Estatales de Cáncer (Mohar, Bargalló, Ramírez, *et al.*, 2009). Según Mohar, Bargalló, Ramírez, *et al.* (2009) más de 80% de los casos de cáncer de mama se identifica en etapas avanzadas de la enfermedad.

La detección y el diagnóstico tardío tienen implicaciones negativas en cuanto a costos económicos, además de los que enfrentan las mujeres y las familias a raíz de la reducción en la probabilidad de supervivencia. En un estudio publicado en *The Breast Journal*, se concluye que el costo-efectividad del tratamiento en fases tempranas de la enfermedad es bajo comparado con el costo-efectividad en fases tardías. En Asia, la razón de costo-efectividad es, por etapa 1, 2, 3 y 4 respectivamente y en dólares estadounidense (\$US) por AVISA: \$62, \$236, \$262, \$3,510. Es decir, una diferencia de 56:1 entre la etapa 1 y la etapa 4, y de 15:1 entre las etapas 2 y 4. En los Estados Unidos, la razón de costo-efectividad es, por etapa 1, 2, 3 y 4 respectivamente y por AVISA: \$1,960, \$8,187, \$6,549, \$70,380. Es decir, una diferencia de 35:1 entre la etapa 1 y la etapa 4 y de 8-9:1 entre las etapas 2 y 4. El estudio arroja datos similares para África pero no incluye información sobre América Latina (Groot, Baltussen, Uyl-de Groot, *et al.*, 2006).

No obstante la falta de información a este respecto y la necesidad de llevar a cabo más estudios en América Latina, es razonable esperar un panorama similar de mayor costo y menor efectividad asociado a la detección tardía de la enfermedad en esta región. En México, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el costo por año-paciente para mujeres diagnosticadas en el año 2002 en etapa I resultó de \$74,522 m.n., comparado con \$102,042 m.n., \$154,018 m.n., \$199,274 m.n. en etapas II, III y IV, respectivamente (Knaul, Arreola-Ornelas, Velázquez, *et al.*, 2009).

La utilización de la mamografía, el examen clínico y el auto-examen en México es extremadamente bajo, particularmente entre la población de bajos recursos y en las áreas rurales. De acuerdo al Programa de Acción del Cáncer de Mama 2007-2012, la cobertura de detección por mamografía en mujeres de 50 a 69 años de edad es apenas del 8.5% (Secretaría de Salud, 2007). No existen datos sobre la calidad de la imagen y de la interpretación de las mamografías que incluyan no sólo las características inherentes al equipo técnico, sino también aquellas relacionadas con los recursos humanos con los que se cuenta (Martínez, Uribe y Hernández, 2009).

Por otro lado, sólo el 22% de las mujeres de 40 a 69 años de edad reportaron en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2005-2006 haber tenido una revisión clínica de mamas o una mamografía. La encuesta anterior muestra que sólo el 12% de las mujeres de 40 a 69 años de edad se había sometido a algún examen de diagnóstico de cáncer, incluyendo la mamografía en el año 2000. Aunque estos datos señalan un leve aumento, sigue siendo muy baja –sólo 1 de cada 5 mujeres. Asimismo, la cifra llega apenas a 16% en el quintil más pobre de la población, comparado con un 28% entre el 20% de la población con recursos económicos más elevados (Knaul, Nigenda, Lozano, *et al.*, 2008).

En cuanto a la autoexploración y la revisión clínica, un estudio indica que menos del 15% de las derechohabientes del IMSS y la Secretaría de Salud se exploran los senos mensualmente, y una de cada cuatro acude a un examen clínico (Ortega, López-Cervantes y López-Carrillo, 2000).

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) de 2003, que cubre a las mujeres de 15 a 49 años en ocho estados (Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Guanajuato, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas), señalan que el 74% de las mujeres revisa sus mamas (sin especificar la periodicidad) y que el 37% acude con el personal clínico para la revisión (López-Carrillo, Suárez-López y Torres-Sánchez, 2009). Referente a la revisión por parte de la mujer, esa misma encuesta arroja que es tres veces más frecuente entre mujeres de 30 años y más, comparado con las menores de 20 años, y también que es dos veces más frecuente entre las que residen en áreas urbanas y seis veces más entre las que cuentan con estudios de bachillerato o más que las mujeres sin educación formal. Es importante señalar que la revisión no es sinónimo de auto-examen (este requiere realizarse con una frecuencia mensual establecida y contar con cierta capacitación) (López-Carrillo, Suárez-López y Torres-Sánchez, 2009). De igual forma, un estudio realizado en Monterrey estimó una prevalencia de 39% en la exploración mensual, pero la cifra se redujo a 5% al evaluar el cumplimiento de la técnica (Shelley y Lessan, 1986).

En cuanto al examen clínico, la frecuencia es de 29% entre las mujeres de muy bajo nivel socio-económico comparado con 49% entre las de nivel alto. La frecuencia es más de dos veces mayor entre las mujeres de por lo menos estudios de bachillerato y residentes en áreas rurales (43%) que entre las mujeres sin escolaridad residentes en áreas rurales (20%).

Debido a las debilidades en los programas de detección poblacional de cáncer mamario en México, no resultan extraños los resultados de un estudio en tres hospitales públicos, que muestran que el 90% de las mujeres estudiadas identificaron por sí mismas una lesión mamaria que fue confirmada posteriormente como maligna (López-Carrillo, Torres-Sánchez, López-Cervantes, *et al.*, 2001). De igual forma, la ausencia de un programa de detección explica la alta proporción de diagnósticos tardíos de cáncer mamario, los cuales para su tratamiento consumen eventualmente mayores recursos financieros del sector salud y determinan un aumento constante de la mortalidad por cáncer mamario en este país (Knaul, Arreola-Ornelas, Velázquez, *et al.*, 2009).

3.2.2. RECOMENDACIONES INTERNACIONALES

La mamografía es la técnica más utilizada en el mundo para la detección y diagnóstico de cáncer mamario. Es, además, la única modalidad que ha demostrado en ensayos clínicos aleatorizados (*clinical randomized trials*) una reducción significativa en la mortalidad (Anderson y Cazap, 2009).

Adicionalmente se cuenta con la exploración clínica y el auto-examen de las mamas, los cuales se consideran herramientas complementarias a la mamografía. Es importante destacar que en ausencia de la posibilidad de implementar la mamografía como herramienta de tamizaje poblacional por el costo o la falta de infraestructura o personal calificado, la exploración clínica y el auto-examen practicados con una capacitación adecuada siguen siendo relevantes para lograr la detección en estadios más tempranos de la enfermedad (Anderson y Cazap, 2009; Anderson, Shyyan, Eniu, *et al.*, 2006).

La Sociedad Americana del Cáncer (*American Cancer Society*) es una de las asociaciones con mayor reconocimiento a nivel mundial por su trabajo sobre el cáncer y por su capacidad de emitir recomendaciones basadas en la evidencia científica. En un documento reciente, titulado "*Breast Cancer: Facts & Figures 2007-2008*", y que presenta una recopilación de la evidencia científica reciente por parte de un amplio grupo de expertos, la *American Cancer Society* (2008) ofrece las siguientes recomendaciones:

- Para mujeres de 40 y más años, asintomáticas y de riesgo medio (sin antecedentes familiares directos entre otros factores): mamografía anual, examen clínico de mama anual y auto-conocimiento, concientización (*self-awareness*) para identificar cambios en las mamas, y, como opcional, la auto-exploración en forma mensual.
- Para mujeres de 20-39 años, asintomáticas y de riesgo medio (sin antecedentes familiares directos entre otros factores): examen clínico de mama por lo menos cada tres años, auto-conocimiento (*self-awareness*) para identificar cambios en las mamas y, como opcional, la auto-exploración en forma mensual.

Es de especial pertinencia la recomendación sobre auto-conocimiento y concientización (*self-awareness*), lo cual se recomienda para todas las mujeres y considera la importancia de "conocer sus mamas" para poder detectar y reportar cualquier cambio a un profesional de la salud.

Son varios los autores que han señalado la importancia del auto-examen como una práctica de sensibilización sobre el cuidado de salud de la mujer. En un estudio de mujeres derechohabientes del IMSS, se encontró que la búsqueda de atención fue significativamente mayor después de encontrar una lesión entre las mujeres que practicaron la autoexploración en forma regular, en comparación con las que la encontraron sin estar practicándose el auto-examen (Calderón-Garciadueñas, Paras-Barrientos, Cárdenas-Ibarra, *et al.*, 2000).

En cuanto a la edad de inicio de la mamografía como herramienta para el tamizaje de la población existe cierto debate y diversidad entre los países, lo cual es reflejo –en gran parte, pero no únicamente–, del costo de empezar el tamizaje poblacional a partir de los 40 años. Adicional al costo, es importante tomar en cuenta los riesgos que se acumulan en el tiempo y las dificultades de someter a las mujeres al examen. Pese a las diferencias en las políticas entre los países, en forma similar al *American Cancer Society*, el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomienda la mamografía a mujeres entre 40 y 49 años de edad, en forma anual o bienal (ACOG, 2003), y la *Canadian Task Force on Preventive Health Care* concluye que la evidencia no sugiere la inclusión o exclusión de la mamografía en mujeres de 40 a 49 años, por lo que a partir de los 40 años las mujeres deben ser informadas de los riesgos y beneficios en apoyo a su decisión de cuándo iniciar la mamografía (Ringash, 2001).

Uno de los argumentos principales en contra de implementar la mamografía en mujeres de 40 a 49 años se basa en que, entre los estudios existentes, no se ha demostrado la significancia estadística de la reducción observada en la mortalidad en mujeres que hubieran sido tamizadas en un programa de detección temprana de cáncer mamario en este grupo etario. No obstante, la evidencia sugiere una reducción de la mortalidad: en un meta-análisis se estimó una reducción relativa del 15% de la mortalidad en cáncer mamario en mujeres después de 14 años de seguimiento, con un intervalo de confianza (IC) del 95% en el borde de la significancia = 0.73 a 0.99 (Humphrey, Helfand, Chan, *et al.*, 2002). En un estudio subsecuente, con un seguimiento de 10.7 años, se estimó un beneficio similar al mencionado, que no alcanzó significancia estadística (riesgo relativo 0.83 IC 95% = 0.66 a 1.04) (Moss, Cuckle, Evans, *et al.*, 2006). Los resultados anteriores son consistentes con la mayoría de los estudios previos y con la revisión sistemática del *American College of Physicians* (Qaseem, Snow, Sherif, *et al.*, 2007).

La falta de significancia estadística entre los estudios existentes no es necesariamente un argumento contundente para dejar de considerar el beneficio potencial de la mamografía en mujeres mexicanas de 40 a 49 años. Entre las razones metodológicas que determinan la ausencia de significancia estadística a considerar, basta mencionar que las tasas de participación de las mujeres de 40 a 49 años en la mayoría de los estudios son bajas. Por otro lado, las diferencias en las estructuras poblacionales y la edad de presentación de la enfermedad entre diferentes grupos y países –ambas más bajas entre los países en vías de desarrollo– hace relevante el desarrollo de estudios y políticas específicas para estas poblaciones.

3.2.3. LA NORMATIVIDAD MEXICANA

Los criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer mamario en México están sustentados legalmente por la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 (NOM-041-2002). La NOM-041-2002 es de observancia obligatoria para todo el personal de salud, profesional y auxiliar de los sectores público, social y privado que brinden atención médica.

Es necesario señalar la importancia del hecho mismo de contar con una normatividad establecida, pues la mayoría de los países de la región carecen de esta importante herramienta. Una encuesta de oncólogos latinoamericanos arrojó que el 90% de los países de la región carecen de una ley o normatividad referente al tamizaje vía mamografía (Cazap, Buzaid, Garbino, *et al.*, 2008; Anderson y Cazap, 2009).

Las disposiciones generales de la NOM-041-2002 incluyen la comunicación educativa a la población sobre los factores de riesgo y los estilos de vida saludable, así como las actividades de detección temprana, basadas en el auto-examen, el examen clínico y la mamografía. Asimismo establece los lineamientos para el diagnóstico y tratamiento y las tareas de monitoreo al interior de las instituciones de salud, que les permitan mejorar la calidad de la atención.

La NOM-041-2002 define como medidas de prevención secundaria para el cáncer mamario que el prestador de servicios de salud debe recomendar y enseñar a toda mujer que acuda a la unidad de salud la autoexploración de las glándulas mamarias en forma mensual a partir de la menarquia entre el 7° y 10° día de iniciado el sangrado en la mujer menstruante, y en un día fijo elegido por la mujer post-menopáusica. En cuanto al examen clínico recomienda que este

debe ser realizado por un médico o enfermera capacitados, en forma anual, a todas las mujeres mayores de 25 años que asisten a las unidades de salud, previa autorización de la usuaria.

De particular interés en la NOM-041-2002 resulta la disposición relacionada con la mamografía establecida en el apartado 7.2.5:

"La toma de mastografía se debe realizar anualmente o cada dos años, a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo y en forma anual a toda mujer de 50 años o más, por indicación médica y con autorización de la interesada, de existir el recurso. En las unidades médicas de la Secretaría de Salud el servicio de mastografía no se debe negar a ninguna mujer por razones de tipo económico."

La NOM-041-2002 señala los siguientes factores de riesgo y orienta las actividades de prevención hacia su identificación: mujer mayor de 40 años; historia personal o familiar de cáncer de mama; nuligesta; primer embarazo a término después de los 30 años de edad; antecedentes de patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica); vida menstrual de más de 40 años (menarquia antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años); y obesidad. Por lo mismo, la NOM-041-2002 recomienda la mamografía cada 1-2 años para toda mujer mayor a 40 años.

Además, señala con particular atención el caso de las mujeres con antecedente directo familiar: a toda mujer que haya tenido un familiar (madre o hermana) con cáncer de mama antes de los 40 años se le debe realizar un primer estudio de mastografía diez años antes de la edad en que se presentó el cáncer en el familiar y posteriormente, de acuerdo a los hallazgos clínicos, el especialista determinará el seguimiento.

Debido a que la NOM-041-2002 fue publicada en el Diario Oficial el 17 de septiembre de 2003 y entró en vigor al día siguiente con una vigencia de 5 años, actualmente está en proceso el anteproyecto para su modificación, titulado para quedar como "Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-041-SSA2-2009, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama".

El anteproyecto contempla varias modificaciones que ofrecen aportaciones importantes y novedades referentes a la NOM-041-2002, al tomar en cuenta los avances en la organización del sistema de salud, así como los de la tecnología y la medicina. Entre ellas destacan indicaciones más específicas y detalladas en cuanto a la certificación del personal de salud y de las unidades que ayudan en la detección y el diagnóstico del cáncer mamario.

El anteproyecto también considera la importancia de la consejería genética, además de que introduce el tema de la identificación de la mutación genética BRCA1/BRCA2 (Narod, 2009) y el seguimiento en caso de ser portadora con autoexploración, examen clínico cada seis meses y estudios de imagen en forma anual entre cinco y diez años antes del diagnóstico más precoz de cáncer de mama en la familia (pero no por debajo de los 25 años de edad). Cabe mencionar, sin embargo, la falta de acceso de casi toda la población mexicana a los exámenes requeridos para identificar esta mutación genética.

El anteproyecto a la vez busca ampliar el concepto de autoexploración haciendo hincapié en el objetivo de sensibilizar a la mujer sobre el cáncer de mama, tener un mayor conocimiento de su propio cuerpo e identificar cambios anormales para la demanda de atención médica apropiada. Inclusive establece que es función del prestador de servicios de salud enseñar la técnica de autoexploración, incluyendo la información sobre los síntomas y signos del cáncer de mama y las recomendaciones sobre cuándo demandar atención médica. Sin embargo, recomienda empezar a partir de los 20 años el proceso de autoexploración. Otra diferencia importante con la NOM-041-2002 es que no menciona la necesidad de realizar actividades extramuros para difundir información sobre el riesgo y la detección del cáncer mamario.

Tanto la NOM-041-2002 como el anteproyecto de modificación señalan el examen clínico anual, pero cabe apuntar que ninguno de los dos incluye recomendaciones específicas en relación a cómo aumentar su eficacia y cobertura. Siendo el examen clínico una técnica de muy bajo costo y con una probabilidad alta de ayudar en la detección más temprana de las lesiones mamarias, la falta de indicaciones adicionales específicas en el anteproyecto es notoria.

Donde el anteproyecto es especialmente restrictivo es en las indicaciones referentes a la aplicación de la mamografía. Con esta iniciativa normativa se pretende ofrecer el servicio a un grupo más reducido de mujeres, lo cual ha generado un debate importante. Específicamente, entre las mujeres asintomáticas se busca practicar la mamografía sin indicación médica únicamente a partir de los 50 a 69 años y en forma bienal. El anteproyecto a discusión considera que en mujeres asintomáticas de 40 a 49 años sólo se realizará cada dos años y por alguna de las siguientes razones: antecedentes de cáncer de mama directos (madre, hijas o hermanas) y/o indicación médica según valoración individual de los factores de riesgo. De igual forma, entre mujeres mayores de 70 años se contempla únicamente en caso de antecedentes de cáncer o por indicación médica.

Nuevamente, esto ha sido motivo de debate en varios sectores (académico, civil y médico) debido a las recomendaciones internacionales señaladas arriba y a las implicaciones que tendría esta recomendación, ya que en el caso de México se observa –como en algunos otros países en vías de desarrollo– una alta proporción de mujeres diagnosticadas con cáncer mamario entre los 40 y 49 años, especialmente si se compara la situación con países como los Estados Unidos o Canadá. Cabe señalar que aunque no hay evidencia científica que explique esta diferencia en el patrón por edad de la enfermedad, se observa en varios países de la región latinoamericana que entre el 40% y 50% de los casos son detectados en mujeres menores de 50 años. Es claro que una parte de esta diferencia obedece a que en los países en vías de desarrollo se cuenta con una población más joven (Anderson, Shyyan, Eniu, *et al.*, 2006; Knaul, Bustreo, Ha, *et al.*, 2009).

La evidencia sobre la eficacia de la mamografía a partir de los cuarenta años en México es escasa, como es el caso en el resto del mundo en vías de desarrollo. Sin embargo, un estudio reciente muestra que las mujeres que recibieron su primera mamografía entre los 40 y 49 años de edad tienen la misma probabilidad que las mujeres que la recibieron a los 50 años de que su tumor sea detectado en etapa temprana (estadio clínico menor de II), y por lo tanto tener mayores posibilidades de éxito en su tratamiento a un menor costo. La frecuencia de un diagnóstico temprano en ambos grupos (40–49 y 50 y más años) es cinco veces mayor, comparada con las mujeres que nunca tuvieron una mamografía. Considerando que el estadio del tumor es directamente proporcional a la mortalidad, este estudio aporta evidencia importante en cuanto al efecto positivo de la mamografía a partir de los 40 años (López-Carrillo, Torres-Sánchez y Knaul, 2009).

Cabe señalar también que un trabajo reciente publicado en México (Valencia-Mendoza, Sánchez-González, Bautista-Arredondo, *et al.*, 2009) señala tres estrategias óptimas de expansión del programa de tamizaje en México con una razón de costo por año de vida ganado menor a dos veces el PIB per cápita del país y, por lo tanto, dentro del rango de lo que se considera una intervención costo-efectiva según los criterios de la Organización Mundial de la Salud. Estas estrategias del programa para extender el tamizaje en México son: i) 48 años, 25% de cobertura, cada 2 años, ii) 40 años, 50% de cobertura, 2 años y iii) 40 años, 50% de cobertura anual (la primera cifra establece la edad de inicio de la mamografía, la segunda es el porcentaje de cobertura de la intervención, el tercer número es la periodicidad en años).

Cabe mencionar que la opción “50 años, 50%, cada 2 años” resulta “dominada”, o en otras palabras no óptima, porque las tres opciones previamente mencionadas son de menor costo-efectividad (más costoso y/o menos efectivos).

3.2.4. CALIDAD Y CERTIFICACIÓN DE LA MAMOGRAFÍA EN MÉXICO

Un aspecto importante en países donde se cuenta con programas exitosos de detección oportuna con exploración clínica y mamografía en población asintomática es la implementación de la reglamentación de cumplimiento obligatorio respecto a la garantía de calidad y acreditación de los centros y el personal donde se realizan los estudios. Por lo mismo, existen muchos países que cuentan con legislaciones que reglamentan tanto a las unidades donde se realizan mamografías como al personal médico y técnico que labora en ellas, y que establecen también programas estrictos de garantía de calidad. Esto es de suma importancia en la detección y tratamiento del cáncer mamario (*Food and Drug Administration, 2006*).

La implementación de estándares de calidad a través de la certificación y la acreditación garantiza que a la mujer que se realice un estudio de mamografía tiene acceso a estudios de calidad que permiten una detección temprana. En el caso de la mamografía eso es de especial importancia, ya que con este estudio se pretende detectar lesiones no palpables (cuando se trata de nódulos menores de 5 mm o micro-calcificaciones alrededor de 300 micras), así como estándares en dosis de radiación (Brandan, Ruiz-Trejo, Verdejo-Silva, *et al.*, 2004).

Con respecto a las unidades donde se realizan los estudios de mamografía de detección, éstas deben cumplir con requisitos estrictos, que van desde los trámites administrativos, especificaciones referentes a las áreas físicas, características específicas de los equipos o contar con contratos de mantenimiento preventivos y correctivos, hasta establecer programas de garantías de calidad y protección radiológica. En el caso de México algunos de estos aspectos están ya señalados en las normas oficiales mexicanas emitidas en 2002 (NOM-041-SSA2-2002 y NOM-229-SSA1-2002). El personal médico radiólogo debe contar con una certificación emitida por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen (CMRI), y se recomienda como deseable contar también con una garantía de calidad emitida por el mismo consejo.

En el año 2000, la Organización Panamericana de la Salud financió un proyecto de investigación para evaluar la calidad de equipos de mamografía en la Ciudad de México (Brandan, Ruiz-Trejo, Verdejo-Silva, *et al.*, 2004). Este proyecto se realizó con la colaboración del Instituto de Física de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Secretaría de Salud y hospitales públicos y privados. Los resultados obtenidos de las 31 pruebas de control de calidad aplicadas a los 5 diferentes equipos estuvieron entre el 53% y el 82% de aceptación. De acuerdo con la legislación de los Estados Unidos en mamografía (*U.S. Food and Drug Administration, 2009*), los equipos evaluados no cumplen con los requisitos de operación.

En la normatividad mexicana vigente desde 2002 (NOM-229-SSA1-2002) no existe la figura profesional y por lo mismo las tareas pueden ser asignadas a asesores especializados en seguridad radiológica, quienes no necesitan ser físicos y, por ello, no se evalúa la calidad de las imágenes en cada centro verificado. Esto se debe en gran medida a la falta de personal calificado, pues en el país sólo se cuenta con dos programas que generan físicos médicos, y hay menos de 10 profesionales registrados con especialización en mamografía.

En algunos países de mayor nivel de desarrollo económico, el rol que juega el físico médico en mamografía tiene tal importancia que las legislaciones obligan a los gabinetes de mamografía a contar con el servicio de estos profesionales (*U.S. Food and Drug Administration, 2009*). Por otro lado, las evaluaciones básicas de control de calidad en mamografía han estado vigentes desde 1992 en los Estados Unidos, y existen instituciones dedicadas a este fin. Estas pruebas las deben realizar el técnico radiólogo, el médico radiólogo y el físico médico.

En México, la NOM-229-SSA1-2002 establece que el conjunto de las personas involucradas en el proceso de adquisición de imágenes mamográficas (personal médico, técnico, administrativo y de servicio) deben observar lo establecido en un programa de Garantía de Calidad en el servicio de mamografía. La Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFREPIS), es la responsable de verificar que los gabinetes que cuenten con equipo de rayos X de diagnóstico cumplan con los requisitos técnicos indicados en la NOM-041-2002, pero a menudo y debido a la falta de personal no es posible realizar con la frecuencia requerida este tipo de procedimiento. Es por estas situaciones que el papel que debe tener el físico médico en un programa de garantía de calidad es de suma importancia, y es necesario asegurar su participación para establecer la calidad de los servicios de mamografía.

Con respecto al personal técnico y médico radiólogo, es indispensable implementar sistemas de capacitación, entrenamiento y educación formal de manera continua. El personal técnico y el físico médico en radiodiagnóstico (que es un profesional con estudios de especialización), tienen como principales responsabilidades garantizar la calidad de la imagen diagnóstica, optimizar la dosis impartida al paciente durante el estudio, verificar que durante este proceso se apliquen las medidas de protección radiológica pertinentes y aplicar junto con el titular de la instalación un programa de garantía de calidad.

3.2.5. LA EVALUACIÓN CLÍNICA

Una de las áreas de detección temprana donde más urge una mayor y mejor respuesta por parte del sistema de salud mexicano, y donde la evidencia existente sugiere que puede haber mayor resultado en cuanto a la detección oportuna, es la evaluación clínica de mama.

Las recomendaciones producto del análisis y consenso entre expertos del *Breast Health Global Initiative* señalan el establecimiento de un programa nacional de "evaluación y valoración clínica" –incluyendo tanto historia clínica como el examen clínico de mama (Anderson y Cazap, 2009). Esto lo identifican como un prerrequisito esencial para operar un programa nacional de detección temprana, especialmente en países donde un alto porcentaje de casos son detectados en fases tardías de la enfermedad. Los estudios referentes a la eficacia del examen clínico en países en vías de desarrollo son inconclusos en cuanto al impacto de esta técnica en reducir la mortalidad, y los estudios de inferencia sugieren que puede haber una reducción en la etapa de diagnóstico a través del examen clínico, mismo que podrá mejorar el impacto de los tratamientos en reducir mortalidad (Anderson y Cazap, 2009). Eso depende, en gran parte, de la capacitación del médico, enfermera o profesional de la salud, así como de su destreza para realizar la palpación, tomar la historia clínica y para compartir con las mujeres las técnicas e información que les permitan identificar señales de alarma o cambios en los senos.

Los datos de la ENSAR 2003 indican, además de la baja cobertura, ineficiencias en la aplicación de la evaluación clínica y/o en la información que reciben las pacientes en relación a los exámenes a los cuales están sometidas. En particular es preocupante el dato sobre la periodicidad, ya que 42% de las mujeres que tuvieron un examen clínico reportaron una frecuencia mayor a una vez al año (López-Carrillo, Suárez-López y Torres-Sánchez, 2009).

Por otro lado, la identificación de riesgos a través de la historia clínica y el examen clínico como procedimiento dependen casi en forma exclusiva del médico, enfermera o personal de la salud que lo aplica. Esto se podrá mejorar con una adecuada capacitación, que incluye la práctica y la experiencia clínica, junto con el acceso a más y mejores materiales de enseñanza y referencia. Para ello, es menester mejorar y ampliar el entrenamiento que reciben los médicos, las enfermeras y los demás profesionales de la salud, tanto a través de la educación formal a nivel escolar, como la capacitación a los profesionales ya formados y en el ejercicio de su profesión.

Cabe señalar que esto es un trabajo que debe y puede involucrar a profesionistas de la salud y a otras personas vinculadas a ella en diferentes niveles. Mucho depende del médico general y de la enfermera a nivel de la clínica y la salud a nivel básico. A la vez, los promotores, a través de su contacto directo –especialmente con las mujeres– podrán hacer un trabajo de promoción de vital importancia, y con una adecuada capacitación promover el examen y la exploración como parte de una revisión anual en el marco de la promoción de la salud de la mujer. Por otro lado, cabe mencionar la importancia de hacer uso de programas sociales como *Oportunidades* e instituciones como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) para poder extender la utilización y la aceptación de la evaluación clínica a través de la concientización de sus beneficiarios, que incluye a una amplia población de mujeres adultas. Finalmente, las asociaciones que agrupan a los médicos y a las enfermeras y a los demás profesionistas de la salud podrán jugar un papel importante para concientizar a sus asociados en la importancia del cáncer mamario como prioridad de salud pública en México y en promover la capacitación referente a su detección, tratamiento y seguimiento.

3.3. TRATAMIENTO, ASEGURAMIENTO Y PROTECCIÓN FINANCIERA

El sistema de salud en México es uno de los pocos en el mundo en desarrollo en el cual la atención y el tratamiento del cáncer de mama están cubiertos con seguros públicos para todas las personas, independientemente de su nivel socioeconómico, edad, tipo de empleo y/o afiliación a la seguridad social. Sin embargo, la cobertura sigue siendo limitada y la reciente apertura de la protección financiera –vía el Seguro Popular y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)– ha generado una presión grande para el sistema de salud para alcanzar las necesidades de tratamiento requeridos por parte de la población detectada con la enfermedad –que sigue siendo sólo una parte de todas las mujeres que la padecen (Aracena, Herrera, Hidrovo, *et al.*, 2008). Como se señala en la sección anterior de este documento, ante la falta de detección oportuna, la mayoría de los casos llegan y seguirán llegando en etapas muy tardías (III y IV), cuando el costo de la atención es mayor y menos eficaz.

La cobertura universal del cáncer mamario es un resultado de su incorporación al FPGC en febrero del 2007. El FPGC fue creado en 2004 como parte de la reforma del 2003 y cubre algunas enfermedades de baja incidencia y asociadas a la atención de alta especialidad, pero de muy alto costo para las familias y para el sistema de salud en la mayoría de los casos.

Cabe mencionar que en el FPGC no se incluyó en el paquete inicial la atención del cáncer. Sin embargo, y en paralelo con la cobertura, el paquete de servicios cubiertos ha ido ampliándose también, y paulatinamente se han ido incorporando padecimientos a dicho fondo.

La red de atención médica a pacientes con cáncer de mama está constituida por 23 Centros Estatales de Cáncer (CEC), junto con las Unidades de Oncología del Hospital Juárez, el Hospital General de México y el Instituto Nacional de Cancerología, donde se ofrece cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapia biológica y reconstrucción mamaria como tratamiento para el cáncer mamario; todos ellos acreditados por el Seguro Popular. En Querétaro, Tlaxcala, Hidalgo, Morelos, Quintana Roo y Baja California no existen CEC; y en Zacatecas y Campeche se encuentran en construcción los respectivos centros, por lo que las pacientes en dichos estados tienen que trasladarse a otra entidad federativa en busca de atención médica (Mohar, Bargalló, Ramírez, *et al.*, 2009).

Además de la falta de cobertura nacional, se reconocen varias limitaciones en el proceso de atención en dichos centros, que incluyen: insuficiente número de especialistas en imagenología mamaria, radio-oncología, físicos médicos y técnicos en radioterapia, así como personal técnico para la operación y mantenimiento óptimo de los equipos de radioterapia y braquiterapia, que difieren sustantivamente entre los CEC.

En marzo de 2007 se definió un protocolo de atención del cáncer de mama del Seguro Popular. Este protocolo se apega a los criterios internacionales actuales e incluye: los estudios necesarios de laboratorio, imagen y patología; el esquema de quimioterapia; cirugía resección; radioterapia; reconstrucción y prótesis mamarias, además de hormonoterapia, terapia biológica y la administración del anticuerpo monoclonal trastuzumab en pacientes elegibles. No obstante, debido al reducido porcentaje de pacientes que son detectadas tempranamente, los recursos financieros son insuficientes para tratar en forma óptima a las pacientes con cáncer mamario tardío (Mohar, Bargalló, Ramírez, *et al.*, 2009).

Es importante señalar que las mujeres que no cuentan aún con la cobertura del Seguro Popular a menudo enfrentan el desafío, en cuanto al costo y al acceso, de tener que pagar por los servicios de detección temprana. La NOM-041-2002 estipula el acceso a la mamografía a partir de los 40 años de edad y a las mujeres con riesgos a cualquier edad, además del derecho a los estudios relacionados con el diagnóstico. No obstante, las mujeres sin Seguro Popular o que no cuentan con acceso a la tecnología por el costo o por la distancia –y que son la gran

mayoría– Llegan tardíamente al diagnóstico. Ellas reciben, ya en estadios tardíos de cáncer de mama, los servicios de cobertura ofrecidos en el FPGC, pues es hasta demostrar que padecen la enfermedad y confirmar el diagnóstico que estas mujeres logran la cobertura inmediata.

Cabe señalar que la falta de acceso y cobertura para la detección y el diagnóstico de la enfermedad constituyen aún una enorme barrera financiera para las mujeres, pues se estima que el costo directo del diagnóstico, mamografía, biopsia y patología es considerable. Aún en los lugares más subsidiados, e inclusive en los hospitales públicos pagando la cuota Nivel 1, se estima que este costo supera los \$300 pesos m.n. (Knaul, Arreola-Ornelas, Velásquez, *et al.*, 2009). Para una familia viviendo cerca de la línea de pobreza, o que depende de un salario mínimo, esto significa un gasto extremadamente alto que, en muchos casos, podría afectar su capacidad de alcanzar cubrir sus necesidades básicas de alimentación, escuela y vivienda.

Es así que la política de inclusión del tratamiento del cáncer de mama en el FPGC y en el Seguro Popular se ha visto negativamente afectada por la falta de una política igualmente amplia en cuanto a la detección temprana. Por ende, es de suma importancia buscar fórmulas financieras para asegurar financieramente los procesos de detección y diagnóstico de la enfermedad en un marco que los considere parte de la salud preventiva. Es menester ampliar esta cobertura y considerar la detección de cáncer de mama, y del conjunto de los cánceres y enfermedades crónicas, como parte de la salud comunitaria y como una inversión en la efectividad y la reducción de costos.

Por otro lado, es de gran importancia identificar, diseñar e implementar estrategias innovadoras que podrán aumentar la cobertura y reducir la carga que actualmente experimentan los pocos centros de atención de alta especialidad, como el Instituto Nacional de Cancerología y el Hospital General de México. En primer lugar, el fortalecimiento de las redes de detección, como se señalan en secciones anteriores de este reporte, reducirá el número de pacientes que llegan en fases tardías de difícil manejo y alto costo. Además, reducirá la carga que actualmente se está dando en centros de alta especialidad para promocionar servicios de tamizaje poblacional. Por otro lado, se debe de explorar opciones para hacer más uso de los centros de primer y segundo nivel para la prestación de ciertos aspectos de la atención de los pacientes. Esto requerirá de la introducción del desarrollo e implementación de sistemas de referencia y de seguimiento por parte de las instituciones y médicos especializados, en la cual la tecnología de la comunicación –especialmente la telemedicina– podrá ayudar. Asimismo, vía mecanismos más flexibles de pagos y subrogación de servicios, se podrá hacer uso también

de la infraestructura privada empleando sistemas de co-responsabilidad y bajo esquemas de precios negociados a nivel sistémico. Finalmente, el aumento en la demanda de atención que se dará a través de esta estrategia debería generar espacios para una mejor negociación de precios, tanto de los medicamentos como de los tratamientos.

3.4. INVESTIGACIÓN

Como señalan Anderson y Cazap (2009), la mayor parte de las decisiones referentes a las recomendaciones para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer mamario se toman usando como referencias los estudios existentes de países de altos niveles de ingresos con poblaciones, recursos y sistemas de salud muy distintos a los presentados en países en vías de desarrollo. Además, existe entre y dentro de dichos países una heterogeneidad muy importante que refleja diferencias culturales, étnicas, institucionales y de nivel de desarrollo económico, humano y social. Por lo tanto, es de suma importancia desarrollar evidencia e información específica referente a las condiciones de salud y los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo.

En el caso de México se han desarrollado varios estudios y líneas de investigación importantes. Una contribución a destacar es la edición especial de la revista Salud Pública de México, Volumen 51 Suplemento 2, publicada en marzo de 2009 y titulada "Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud". En esta publicación se incluyen varios artículos sobre la situación epidemiológica, los factores de riesgo y la respuesta social organizada desde la perspectiva tanto del sector público como de la sociedad civil.

En términos de la investigación en factores de riesgo se cuenta con algunos estudios que han corroborado, por una parte, los factores de riesgo reproductivo ya documentados a nivel mundial (Lopez-Carrillo, Bravo-Alvarado, Poblano-Verástegui, *et al.*, 1997); el papel protector de la lactancia (Romieu, Hernández-Ávila, Lazcano, *et al.*, 1996); y el efecto del consumo de diversos alimentos en la etiología de este tumor (Bonilla-Fernández, López-Cervantes, Torres-Sánchez, *et al.*, 2003; Layous, Lazcano-Ponce, Hernández, *et al.*, 2006; Galván-Portillo, Flores, Torres-Sánchez, *et al.*, 2007; Torres-Sánchez, Gálvan-Portillo, Wolff, *et al.*, 2008). Por otro lado, se están realizando investigaciones para identificar poblaciones genéticamente susceptibles a desarrollar dicho tumor. Estas investigaciones han generado importantes bases de datos sobre grupos poblacionales específicos que podrán ser de mucha importancia en la investigación a futuro y para la planeación de proyectos y programas, particularmente para la focalización de los esfuerzos de detección.

Sin embargo, la información sigue siendo escasa en varios campos y sobre temas específicos. Por una parte, es precaria la información sobre la calidad y cobertura no sólo de la mamografía, sino también del examen clínico y la autoexploración. Al respecto se requiere realizar estudios para determinar cuál o cuáles son las mejores estrategias para garantizar la cobertura y la calidad de dichas técnicas diagnósticas. Esto exige estudiar a fondo, incluyendo con evaluación de impacto, las intervenciones propuestas en el contexto mexicano.

En resumen, la investigación en cáncer mamario en México ha avanzado pero sigue siendo insuficiente. Son muchos los factores que intervienen en este rezago, pero uno de los principales es la falta de registros poblacionales sobre la incidencia del cáncer en el país, lo cual constituye una barrera que impide cuantificar la magnitud del número de pacientes diagnosticadas, así como la necesidad de mayores financiamientos para estudios de mayor alcance. Eso es un impedimento importante a la generación de la evidencia requerida para avanzar en el conocimiento sobre el comportamiento de la enfermedad en México y para aplicarla a la formulación de políticas y programas.

IV. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Reducir la mortalidad por cáncer mamario entre la población mexicana requiere de más y mejor inversión por parte de todos los actores que conforman el Sistema Nacional de Salud, incluyendo a las mujeres y a la sociedad civil. Esta sección del **Reporte Rosa 2009-2010** presenta una serie de recomendaciones específicas que emanan del proceso de análisis y del grupo que conforma esta iniciativa.

4.1. DETECCIÓN TEMPRANA

- 1) Aplicar un enfoque amplio en la educación de las mujeres que abarque la concientización sobre la salud del seno y no sólo el cáncer mamario y la auto-exploración. La educación y la concientización deben incluir temas como: el mantenimiento y promoción de la salud general (ejercicio, la lactancia materna y la buena alimentación), el auto-respeto y el derecho de la mujer de decidir sobre su cuerpo, el conocimiento de los factores de riesgo para cáncer mamario y para enfermedades crónicas (ej. el sobrepeso) y el conocimiento de las recomendaciones para el tamizaje (mamografía, autoexploración y examen clínico). En la concientización acerca de la auto-exploración mensual, es importante enfatizar la continuidad y la periodicidad en la búsqueda de cambios en las mamas y de combinarlo con el examen clínico anual y la mamografía a partir de los 40 años de edad y de la búsqueda de cambios en las mamas de mes a mes.
- 2) Ampliar la calidad y la cobertura de la educación, la concientización y del examen clínico de mamas a través del entrenamiento de parteras, promotoras de la salud, enfermeras y médicos generales. La capacitación para estas actividades no requiere entrenamiento especializado en la medicina y en cuanto al examen clínico la práctica es un factor clave en el aprendizaje.

- 3) Insertar el tema de la detección del cáncer mamario en las actividades de promoción de la salud a nivel comunitario y ampliar la cobertura a través de programas de salud materno-infantil y reproductiva, de salud comunitaria y de desarrollo social y humano incluyendo el programa *Oportunidades*, las iniciativas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) a nivel federal y estatal, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y las redes de las organizaciones de la sociedad civil dedicadas a temas de la salud de la mujer.
- 4) Alinear la información en las cartillas de la salud de la mujer acorde con las recomendaciones a nivel internacional y de la NOM actual (auto-exploración y concientización, examen clínico de mama y mamografía anual a partir de los 40 años).
- 5) Ampliar la capacitación que forma parte de la preparación de médicos y enfermeras para garantizar que en cada una de las escuelas de medicina y enfermería su educación general y básica incluya el conocimiento teórico sobre cáncer de mama, así como aspectos de entrenamiento en la detección temprana del cáncer de mama que abarque la identificación de los riesgos –como los antecedentes familiares, entre otros– y la capacitación en el examen clínico de mama.
- 6) Garantizar la calidad de la atención a través de la certificación de las unidades que ofrecen mamografía y el seguimiento y monitoreo por parte de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). La certificación debe considerar la capacidad de entregar un resultado correcto y a tiempo y de indicar y guiar al paciente hacia el siguiente nivel de atención en caso de ser requerido.
- 7) Promover la calidad de la mamografía a través de la certificación del personal especializado y dedicado a la detección del cáncer mamario, y en particular los radiólogos.
- 8) Incluir información sobre el tema de la salud del seno y el cáncer mamario en la educación para la salud que se imparte a los jóvenes de primaria, secundaria y bachillerato.
- 9) Diseñar estrategias de detección temprana y materiales educativos que consideren las especificaciones regionales y culturales que presenta la diversidad de la población en México.
- 10) Incluir la detección temprana en el fondo de salud comunitaria del Seguro Popular y en general en el marco de salud comunitaria para todas las instituciones del sector público.

4.2. TRATAMIENTO: PRESTACIÓN Y FINANCIAMIENTO

- 1) Incentivar e intensificar la participación de los hospitales de segundo nivel de atención en la prestación de servicios de tratamiento y especialmente la aplicación de los medicamentos (incluyendo la quimioterapia). Para ello, es menester un proceso de capacitación y certificación, además de un sistema de referencia y de consulta y seguimiento de casos anclado en los hospitales y el personal especializados de tercer nivel. La telemedicina podrá facilitar este proceso. Esta estrategia permitirá a los centros oncológicos de tercer nivel concentrarse en el diagnóstico y diseño del tratamiento y en los casos más complejos.
- 2) Evitar que los centros especializados y de tercer nivel se ven obligados –como es el caso actualmente– a prestar servicios de tamizaje y de atención que corresponden al primer y segundo nivel de atención.
- 3) Promover la corresponsabilidad de los sectores social y privado, que contemple su participación en la cobertura de tamizaje, en la detección y el tratamiento y seguimiento, incluso a través de servicios subrogados, siempre y cuando sean de alta calidad, sometidos a procesos de certificación–acreditación, de rendición de cuentas y de una estructura de precios de reembolso alineados con lo establecidos estándares oficiales.
- 4) Promover un proceso de negociación de precios y abasto de medicamentos a nivel regional e incluso global.
- 5) Abrir y fortalecer, a través de la inversión en infraestructura, el entrenamiento del personal médico y el enlace con centros como INCAN, los centros de segundo y tercer nivel además de los del D.F. que actualmente, o no están en función, o sólo operan a una fracción de su capacidad.
- 6) Intensificar el proceso de certificación y acreditación de prestadores de servicios de detección temprana, en particular las que ofrecen mamografía.

4.3. NORMATIVIDAD

- 1) Garantizar que cada revisión a la NOM amplíe derechos y el acceso a servicios de salud de calidad, con base en los avances de la medicina y las necesidades de la población y no en la disponibilidad de los recursos económicos.
- 2) Desarrollar un programa de acción federal que incluye mayor focalización de los servicios basado en las necesidades de la población y la disponibilidad de los recursos y que busque reducir la mortalidad de la enfermedad en México.
- 3) Elaborar e implementar un protocolo de calidad que incluya la acreditación y la certificación del personal de salud especializado que participa en el diagnóstico, tratamiento y reconstrucción de pacientes con cáncer de mama.
- 4) Crear el registro de incidencia y enlazar estos datos con las encuestas nacionales de salud, con las bases de datos administrativas de consulta ambulatoria y egresos hospitalarios del sector salud (SS, IMSS, ISSSTE) y con el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México.
- 5) Reforzar e implementar criterios de regulación de todas las instituciones de la sociedad civil y privadas que provean información, servicios de salud, servicios de tamizaje y diagnóstico y apoyo emocional a la población.
- 6) Promover entre las autoridades, no sólo de salud y desarrollo social, sino fiscales también, el ejercicio cabal de regulación, o en su caso, el desarrollo de criterios para la regulación de las organizaciones públicas y sociales que proveen información y apoyo emocional o servicios médicos a las mujeres con cáncer de mama y a sus familiares.

Como colofón a este apartado, el grupo de trabajo que participó en la redacción de este documento, con el fin de potenciar la participación e influencia de las organizaciones de la sociedad civil en el diseño e implementación de programas e iniciativas relacionadas con la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, desarrolló una serie de recomendaciones generales. Estas pautas, surgidas de y para grupos de la sociedad civil, son las siguientes:

4.4. SOCIEDAD CIVIL

- 1) Promover a nivel estatal, nacional, regional e internacional la inserción del tema de cáncer mamario como prioridad de salud pública en los programas de instituciones y organizaciones que trabajan en los temas de la salud, la salud de la mujer, la promoción de los derechos sociales y el desarrollo humano, la equidad de género y el desarrollo de la familia, entre otros. Esto incluye trabajar con los bancos de desarrollo (BID, Banco Mundial) y las agencias de las Naciones Unidas (UNICEF, UNIFEM, PNUD, etcétera).
- 2) Promover el trabajo inter-sectorial en particular con el sector educativo e incluyendo a las instituciones públicas y privadas.
- 3) Promover que las asociaciones y sociedades de profesionales de la salud revisen los programas y amplíen el trabajo con relación al cáncer de mama, particularmente en lo relacionado con la capacitación, la certificación y la enseñanza.
- 4) Promover que los medios de comunicación a nivel local, estatal, nacional e internacional, contribuyan a crear conciencia de la enfermedad y la importancia de la detección temprana.
- 5) Promover el intercambio y participar en iniciativas a nivel regional y global. Esto con el fin de fortalecer las actividades a nivel local, estatal y nacional y de promover el conocimiento del caso de México. Un ejemplo importante de ello es la participación de varias instituciones mexicanas con la *American Cancer Society* en una iniciativa regional que agrupa a OSC trabajando sobre cáncer de mama.

- 6) Buscar y ampliar la colaboración entre organizaciones de la sociedad civil, fundaciones y asociaciones de profesionales de la salud con el fin de fortalecer la red de servicios disponibles para las mujeres mexicanas, incluyendo la detección temprana, el tratamiento, el apoyo familiar y la etapa de supervivencia.
- 7) Garantizar que entre las instituciones de la sociedad civil se manejen y se difundan mensajes educativos y recomendaciones de mejores prácticas congruentes con la evidencia nacional e internacional más actualizada y aceptada y, además, acordes entre sí.
- 8) Promover la profesionalización de las instituciones que trabajan en el tema de cáncer, a través de procesos de certificación sobre la calidad y la veracidad de la información y de los servicios proporcionados.

V. BIBLIOGRAFÍA

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2003. "Cervical cytology screening", ACOG Practice Bulletin No. 45. *Obstet Gynecol*; 102:417-27.

American Cancer Society, 2008. "Breast Cancer Facts & Figures 2007-2008", American Cancer Society, Inc., Atlanta. En: www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf. Consultado el 25 de julio de 2008.

Anderson BO y Cazap E, 2009. "Breast Health Global Initiative (BHGI) planeamiento para el desarrollo de programas en América Latina", *Salud Pública de México*; Vol. 51, supl. 2:S309-S315.

Anderson BO, Shyyan R, Eniu A, Smith R, Yip CH, Bese N, Chow L, Masood S, Ramsey S y Carlson R, 2006. "Breast Cancer in Limited-Resource Countries: An Overview of the Breast Health Global Initiative 2005 Guidelines", *The Breast Journal*, Volume 12, suppl. 1, S3-S15.

Aracena B, Herrera C, Idrovo J, Ávila L y Nigenda G, 2008. "Operación de Fideicomisos". Sistema de Protección Social en Salud, Evaluación de Procesos Administrativos. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Beaulieu N, Bloom D y Bloom R, 2009. "Breakaway: The global burden of cancer-challenges and opportunities", The Economist Intelligence Unit, The Economist.

Bonilla-Fernández P, López-Cervantes M, Torres-Sánchez LE, Tortolero-Luna G y López-Carrillo L, 2003. "Nutritional factors and breast cancer in Mexico", *Nutr Cancer*; 45:148-155.

Boyle P y Levin B, eds., 2008. "World Cancer Report 2008", World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, Lyon.

Brandan ME, Ruiz-Trejo C, Verdejo-Silva M, Guevara M, Lozano-Zalce H, Madero-Preciado L, Martín J, Noel-Etienne LM, Ramírez-Arias JL, Soto J y Villaseñor Y, 2004. "Evaluation of equipment performance, patient dose, imaging quality, and diagnostic coincidence in five Mexico City mammography services", *Archives of Medical Research*; Vol. 35, nom. 1:24-30.

Brown, ML, Goldie SJ, Gerrit D, Harford J y Lipscomb J, 2006. "Chapter 29. Health service interventions for cancer control in developing countries", publicado en Jamison D, Breman J, Measham A, Alleyne G, Claeson M, Evans D, Jha P, Mills A y Musgrove P, eds. 2006. "Disease Control Priorities in Developing Countries", Oxford University Press, 2nd. ed. New York.

Calderón-Garciadueñas AL, Parás-Barrientos FU, Cárdenas-Ibarra L, González-Guerrero JF, Villarreal-Ríos E, Staines-Boone T y Barrera Saldaña HA, 2000. "Risk factors of breast cancer in Mexican women", *Salud Pública de México*; Vol. 42, no.1:26-33.

Cazap E, Buzaid AC, Grabino C, De la Garza J, Orlandi FJ, Swartsmann G, et al., 2008. "Breast cancer incidence in Latin America", *Cancer*; 113 (8 suppl):2359-2365.

Chen CL, Weiss N, Newcomb P, Barlow W y White E, 2002. "Hormone Replacement Therapy in Relation to Breast Cancer", *JAMA*; 287 (6): 734-741.

de Vasconcelos AB, Azevedo e Silva Mendonça G y Sichieri R, 2001. "Height, weight, weight change and risk of breast cancer in Rio de Janeiro, Brazil", *Sao Paulo Med J*; 119(2): 62-6.

Food and Drug Administration, 2009. "Mammography Quality Standards Act and Program". En: www.fda.gov/Radiation-EmittingProducts/MammographyQualityStandardsActandProgram/default.htm. Consultado el 2 de octubre de 2008.

Franco-Marina F, Lazcano-Ponce E y López-Carrillo L, 2009. "Mortalidad por cáncer de mama en México. Un análisis de edad-periodo-cohorte", *Salud Pública de México*; Vol. 51 supl. 2:S157-S164.

Frenk J, Gómez Dantés O y Knaul F, 2009. "The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage", *Bull World Health Organ*; 87:542-548.

Frenk J y Gómez Dantés O, 2009. "El Sistema de Salud de México. Para entender", Ediciones Nostra, 1ª. Edición, México, D.F.

Frenk J, Knaul F, Gómez Dantés O, González Pier E, Hernández-Llamas H, Lezana MA, Arreola H, González S, Martínez-Valle A, Ruelas E, Tapia R, Santos-Burgoa C e Iturriaga R, 2004. "Financiamiento Justo y Protección Social Universal. La reforma estructural del sistema de salud en México", Secretaría de Salud, México, D.F.

Frenk J, Sepúlveda J, Gómez Dantés O y Knaul F, 2003. "Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico", *The Lancet*; 362:1667-71.

Frenk J, 2006. "Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico". *The Lancet*; 368: 954-61.

Galván-Portillo M, Flores A, Torres-Sánchez L, Hernández R y López-Carrillo L, 2007. "Consumo de micronutrientes y mortalidad por cáncer mamario en mujeres premenopáusicas mexicanas", *Cancerología*; 2:345-350.

Humphrey LL, Helfand M, Chan BKS y Woolf SH, 2002. "Breast cancer screening: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force", *Ann Intern Med*; 137:347-60.

Knaul FM, 2009. Cáncer de mama: prioridad apremiante. Primer Curso-Taller. El combate al cáncer de mama en México: Oportunidades para OPORTUNIDADES. Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F. Agosto 18, 2009. En: www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/taller%20oport%20WEB/Knaul%20Felicia.pdf. Consultado el 4 de octubre, 2009.

Knaul F, Bustreo F, Ha E y Langer A, 2009. "Cáncer de mama: ¿Por qué integrar la detección temprana con las intervenciones en salud reproductiva en países en vías de desarrollo?" *Salud Pública de México*; Vol. 51 supl. 2:S220-S227.

Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Velázquez E, Dorantes J, Méndez O y Ávila-Burgos L, 2009. "El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social", *Salud Pública de México* 2009; Vol. 51 supl. 2:S286-S295.

Knaul FM, López Carrillo L, Lazcano Ponce E, Gómez Dantés H, Romieu I y Torres G, 2009. "Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud", *Salud Pública de México*; Vol. 51 supl. 2:S135-137.

Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A y Frenk J, 2008. "Breast Cancer in Mexico: A Pressing Priority", *Reproductive Health Matters*, Vol. 16, no. 32: 113-123.

Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, y Frenk J, 2009. "Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante", *Salud Pública de México*; Vol. 51 supl. 2:S335-S344.

Lajous M, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M, Willet W, Romieu I, 2006. "Folate, vitamin B(6) and vitamin B(12) intake and the risk of breast cancer among Mexican women", *Can Epidemiol Biomar Prev*; Vol. 15:443-448.

López-Carrillo L, Suárez-López L y Torres-Sánchez L, 2009. "Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva", Salud Pública de México; Vol. 51 supl. 2:S335-S349.

López-Carrillo L, Bravo-Alvarado J, Poblano-Verastegui O y Ortega Altamirano D, 1997. "Reproductive determinants of breast cancer in Mexican women", Annals of the New York Academy of Sciences; 837:537-50.

López-Carrillo L, Torres-Sánchez L y Knaul F, 2009. "Oportunidad del diagnóstico de cáncer mamario de acuerdo a la edad de la primera mamografía en mujeres mexicanas", Manuscrito en preparación.

López-Carrillo L, 2003. "Capítulo 17. El cáncer mamario: epidemiología y prevención", en Tamayo RP, (ed) "El cáncer en México", El Colegio Nacional, 443-56. México, D.F.

Groot M, Baltussen R, Uyl-de Groot CA, Anderson BO y Hortobágyi GN, 2006. "Costs and Health Effects of Breast Cancer Interventions in Epidemiologically Different Regions of Africa, North America, and Asia". The Breast Journal, Volume 12 suppl 1, S81-S90.

Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P y Hernández-Ávila M, 2009. "Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México", Salud Pública de México; Vol. 51 supl. 2:S350-S360.

Mathers CD, López AD y Murray CJL, 2001. "The burden of disease and mortality by condition: Data, methods, and results for 2001", en López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT y Murray CJL, (eds.) "Global Burden of Disease and risk factors", Oxford University Press. New York.

McPherson K, Steel C M y Dixon JM, 2000. "ABC of Breast Diseases: Breast cancer – epidemiology, risk factors, and genetics". BMJ; 321:624-628.

Mohar A, Bargalló E, Ramírez MT, Lara F y Beltrán-Ortega A, 2009. "Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México", Salud Pública de México; Vol. 51 supl. 2:S263-S269.

Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M y Bobrow L, 2006. "Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years follow-up: a randomized controlled trial". The Lancet; Vol. 368:2053-2060.

Murray C y López AD, 1996. "The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020". Harvard University Press, Cambridge.

Narod SA, 2009. "Screening for BRCA1 and BRCA2 mutations in breast cancer patients from Mexico: the public health perspective". *Salud Pública de México*; Vol. 51 supl. 2: S191-S196.

Nigenda G, Caballero M y González-Robledo LM, 2009. "Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca", *Salud Pública de México*; Vol. 51 supl. 2:S254-S262.

Ortega-Altamirano D, López-Carrillo L y López-Cervantes M, 2000. "Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva", *Salud Pública de México*; Vol. 42:17-25.

Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M, 2009. "Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006". *Salud Pública de México*; Vol. 51 supl. 2:S208-S219.

Porter P, 2008. "Westernizing women's risk? Breast cancer in lower-income countries", *The New England Journal of Medicine*; Vol. 358: 213-216.

Qaseem A, Snow V, Sherif K, Aronson M, Weiss K, Owens D, 2007. "Screening Mammography for Women 40 to 49 Years of Age: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians", *Annals of Internal Medicine*, Volume 146, tomo 7: 511-515.

Ringash J, 2001. "Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer", *CMAJ*; 164 (4).

Rodríguez-Cuevas S, Macias CG, Franceschi D y Labastida S, 2001. "Breast Carcinoma Presents a Decade Earlier in Mexican Women than in Women in the United States or European Countries", *Cancer*; 91:863-868.

Romieu I, Hernández-Ávila M, Lazcano E, López-Carrillo L y Romero-Jaime R, 1996. "Breast Cancer and Lactation History in Mexican Women", *Me J Epidemiol*; 543-551.

Romieu I y Lajous M, 2009. "El papel de la obesidad, la actividad física y los factores dietéticos en el riesgo de cáncer de mama: la experiencia mexicana", *Salud Pública de México*; Vol. 51 supl. 2:S172-S180.

Secretaría de Salud, 2006. "NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X", *Diario Oficial de la Federación*, 15 de septiembre, 2006. México, D.F.

Secretaría de Salud, 2003. "Sistema de Protección Social en Salud. Hacia un sistema universal de salud. Firma del Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud", Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo, 2003. México, D.F.

Secretaría de Salud, 2003. "NOM 041-SSA2-2002, Para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama", Diario Oficial de la Federación, 17 septiembre 2003. México, D.F.

Secretaría de Salud, 2007. "Programa de acción: cáncer de mama. 2007-2012", Secretaría de Salud, México.

Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Oláiz G, Partida V, García-García L y Valdespino JL, 2006. "Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach", *The Lancet*; Vol. 368: 2017-27.

Sheley JF y Lessan GT, 1986. "Limited impact of the breast self-examination movement: a Latin American illustration", *Social Science Medicine*; Vol. 23:905-910.

Smith R, Cokkinides V y Eyre H, 2006. "American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2006", *CA Cancer J Clin*; 56:11-25.

Stewart BW y Kleihues P (eds.), 2003. "The World Cancer Report 2003" World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, Lyon.

Torres-Sánchez L, Gálvan-Portillo M, Wolff MS y López-Carrillo L, 2008. "Dietary consumption of phytochemicals and breast cancer risk in Mexican women", *Public Health Nutr* 23:1-7. [Epub ahead of print].

Torres-Sánchez L, Galván-Portillo M, Lewis S, Gómez-Dantés H, López-Carrillo L, 2009. "Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica". *Salud Pública de México*; Vol. 51 supl. 2:S181-S190.

Valencia-Mendoza A, Sánchez-González G, Bautista-Arredondo S, Torres-Mejía G y Bertozzi SM, 2009. "Costo-efectividad de políticas para el tamizaje de cáncer de mama en México", *Salud Pública de México*; Vol. 51 supl. 2:S296-S304.

World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research, 2007. "Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective". American Institute for Cancer Research, Washington D.C.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AVISA	Años de vida saludable perdidos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BRCA	Gen asociado al cáncer de mama
CEC	Centros Estatales de Cáncer
CMRI	Consejo Mexicano de Radiología e Imagen
COFEPRIS	Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
EC	Etapa clínica
ENSAR	Encuesta Nacional de Salud Reproductiva
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCAN	Instituto Nacional de Cancerología
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
NOM	Norma Oficial Mexicana
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PIB	Producto Interno Bruto
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación
SS	Secretaría de Salud
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

A decorative graphic of a pink ribbon, partially visible on the right side of the page, with a white shadow effect behind it.

México
Reporte Rosa 2009-2010



Harvard Global Equity Initiative
Harvard University



Disponible en:

www.tomateloapecho.org.mx

www.funsalud.org.mx