

Coloquio Mission Early

Reunión multidisciplinaria para mejorar los
tiempos de diagnóstico y tratamiento de cánceres
que afectan predominantemente a las mujeres

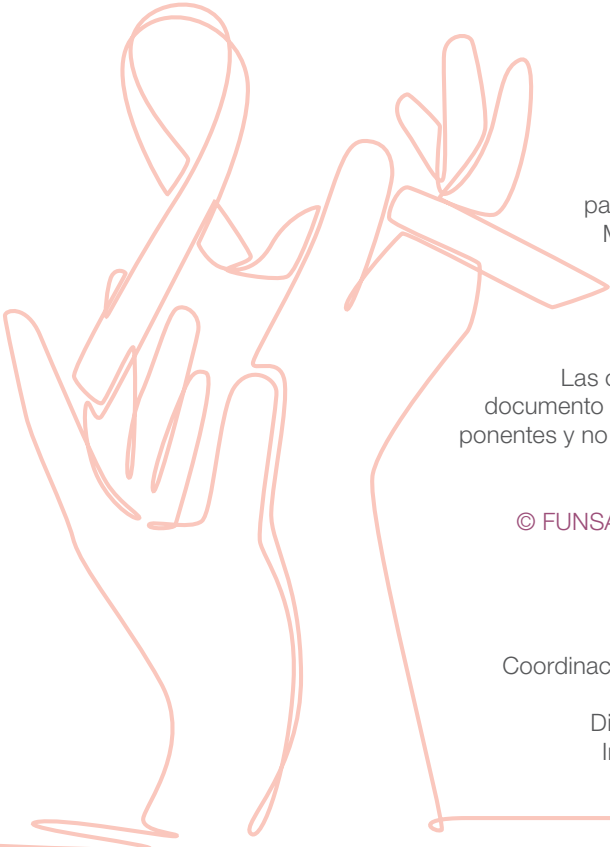


**Mission
Early**



FUNSALUD

Coloquio Mission Early



Documento elaborado por All.Can,
en colaboración con la Fundación Mexicana
para la Salud, A.C. (FUNSALUD), la Facultad de
Medicina de la UNAM y la Unión Internacional
para el Control del Cáncer (UICC),
como resultado del Coloquio Mission Early
México 2025.

Las opiniones y conclusiones expresadas en este
documento corresponden a las aportaciones de las y los
ponentes y no necesariamente reflejan la posición oficial de
las instituciones a las que pertenecen.

© FUNSALUD, 2025. Todos los derechos reservados.

Edición y diseño editorial
Plenilunia, S.C., 2025
Dirección: Maribel Ramírez Coronel
Coordinación de la publicación: Penélope Juliá Naranjo
Editor: Ruth Arellano Rojas
Diseño Editorial: Erick Daniel Montiel Cárdenas
Imágenes: Funsalud / Darío Pérez Contreras /
Depositphotos.com / Shutterstock.com

Índice

2

EDITORIAL

4

PRESENTACIÓN

6

LA URGENCIA Y EL VALOR DE LA DETECCIÓN TEMPRANA

Dr. Cary Adams

10

PANEL DE ANÁLISIS

TIEMPOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CÁNCERES QUE AFECTAN PREDOMINANTEMENTE A LAS MUJERES: SITUACIÓN ACTUAL

11

PENSAR Y HABLAR DE CÁNCER: ANÁLISIS DEL CÁNCER EN LA MUJER EN MÉXICO

Dr. Rafael Lozano Ascencio

14

PRIORIZACIÓN DE PACIENTES EN EL PROGRAMA DE NAVEGACIÓN ALERTA ROSA

Dra. Cynthia Villareal Garza

16

INEQUIDAD EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN EL CÁNCER CERVICOUTERINO

Dra. Lucely del Carmen Cetina Pérez

18

PANORAMA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN MÉXICO 2025

Dra. Ana Karen Valenzuela

21

PANEL DE ANÁLISIS

PERSPECTIVA A LARGO PLAZO

22

INCAN: ANÁLISIS DE 3 TIPOS DE CÁNCER CON IMPACTO SIGNIFICATIVO EN LAS MUJERES

Dra. Claudia Haydée Arce Salinas

25

RESULTADOS DEL REGISTRO NACIONAL DE CÁNCER

Dra. Yelda Aurora Leal Herrera

27

IMSS, LA MAGNITUD DE NUESTRA INSTITUCIÓN

Dr. Rafael Medrano Guzmán

29

MODELOS EXITOSOS DE DETECCIÓN OPORTUNA EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN

Dra. Alma Rosa Marroquín Escamilla

31

PANEL DE ANÁLISIS

LAS VOCES DE LA SOCIEDAD CIVIL

32

REDUCIENDO LA BRECHA

Eliza Puente Reyes

35

MISSION EARLY / ALIANZA ÉTICA POR LA SALUD

Jacqueline Beuchot González de la Vega

37

¿CUÁL ES LA LABOR DE LA FUNDACIÓN LUIS PASTEUR?

Loreto Vicente Perotti

39

FUTEJE, ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO Y COLORRECTAL

Francisco Freyria Sutcliffe

Editorial

Héctor Valle Mesto

Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud

El cáncer sigue siendo uno de los mayores retos de salud pública en México, particularmente en aquellos tipos que afectan de manera inequitativa a las mujeres. A pesar de los avances científicos y tecnológicos, los diagnósticos continúan realizándose en etapas avanzadas, cuando las posibilidades de supervivencia disminuyen y los costos humanos y sociales se incrementan. La evidencia internacional es clara: la detección y el tratamiento oportunos salvan vidas. Sin embargo, persisten brechas profundas de infraestructura, en la disponibilidad de personal de salud especializado y en el acceso a herramientas de diagnóstico y tratamiento, lo que demanda una respuesta colectiva, articulada y centrada en la experiencia de las mujeres.

Frente a este escenario, *Mission Early* surge como una iniciativa internacional que busca reposicionar la detección y el tratamiento temprano del cáncer como ejes centrales de las políticas públicas en salud. Su enfoque es integral: abarca desde el tamizaje y la referencia oportuna, hasta el diagnóstico y el inicio temprano del tratamiento, reconociendo que cada retraso en esta ruta impacta directamente en la supervivencia, la calidad de vida y la equidad.

Con esta visión, el Coloquio *Mission Early* México se concibió como un espacio de encuentro multidisciplinario para analizar los retos que enfrenta el país en materia de diagnóstico y tratamiento oportunos del cáncer de mama, cervicouterino y de colon, con la participación coordinada de la Facultad de Medicina de la UNAM, All.Can, la Unión Internacional para el Control del Cáncer (UICC) y la Fundación Mexicana para la Salud.

Finalmente, deseo expresar un profundo agradecimiento a las y los ponentes que hicieron posible este ejercicio: integrantes de la academia, investigadoras e investigadores reconocidos, tomadoras y tomadores de decisiones de las instituciones públicas, así como representantes de organizaciones de pacientes que, desde distintos frentes, están diseñando estrategias, implementando pilotos y promoviendo cambios concretos para mejorar la atención del cáncer en México.

Este documento abre una agenda de trabajo continuo orientada a fortalecer la colaboración interinstitucional, generar evidencia robusta y acompañar procesos de implementación que permitan avanzar hacia un sistema de salud más oportuno, equitativo y centrado en las mujeres.



Coloquio: Mission Early

Reunión multidisciplinaria para mejorar los tiempos de diagnóstico y tratamiento de cánceres que afectan predominantemente a las mujeres

El presente documento es una memoria del “Coloquio Mission Early: Mejorando el diagnóstico y tratamiento del cáncer en la mujer”, organizado por la Fundación Mexicana para la Salud A.C. (FUNSALUD), AII.Can México y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y celebrado el 30 de septiembre de 2025 en el Auditorio Dr. Alberto Guevara Rojas de la Facultad de Medicina de la UNAM.

El evento reunió a expertos nacionales, líderes institucionales y organizaciones de la sociedad civil para analizar la situación en México y definir rutas de trabajo colaborativas, promover la educación y generar políticas y prácticas innovadoras que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad.



Equipo Mission Early

Mejorando el diagnóstico y tratamiento
del cáncer en la mujer



Facultad de Medicina



La urgencia y el valor de la detección temprana

Dr. Cary Adams

Director General de la Unión Internacional para el Control del Cáncer (UICC)



En México, el cáncer de mama, colon y recto, así como el cervicouterino se ubican entre las principales causas de mortalidad prematura.

La Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) es la organización más grande en su tipo a nivel mundial. Con sede en Ginebra y creada en 1933, la UICC reúne hoy a más de 1,150 organizaciones en 170 países.



El Informe Zonas Lavanda define los entornos políticos más propicios para la atención temprana del cáncer en el mundo”

Establecimos *Mission Early* hace un par de años porque varias organizaciones sentimos la imperiosa necesidad de concentrar un mayor esfuerzo global en este tema vital. Nuestro objetivo principal es fomentar la colaboración internacional para lograr un cambio significativo en las políticas gubernamentales. Queremos influir en la manera en que los gobiernos abordan el control del cáncer dentro de sus Planes Nacionales de Control del Cáncer, y para ello, la detección y el tratamiento oportunos deben ser un componente absolutamente fundamental, un pilar esencial.

Visión, misión y liderazgo de Mission Early

Nuestra iniciativa opera con una estructura sólida. Trabajamos con un excelente grupo asesor, compuesto por líderes de diversas organizaciones, incluyendo a la Dra. Nicoleta Antone, Antonella Cardone, Eduardo Pisani y Alexander Roediger. Debo enfatizar que el grupo asesor contribuye con su tiempo y esfuerzo de forma desinteresada, guiando la dirección estratégica del proyecto con discusiones muy francas y abiertas.

Nuestra visión en *Mission Early* es muy clara: buscamos un futuro donde más personas que reciben un diagnóstico de cáncer logren sobrevivir con las menores consecuencias, simplemente porque su enfermedad fue detectada y tratada lo antes posible. Nuestra misión se centra en elevar la detección y el tratamiento temprano del cáncer a nivel mundial, actuando como un aglutinador de organizaciones y profesionales que comparten esta ambición. Además, buscamos activamente abogar por cambios en las políticas a nivel nacional y apoyar el trabajo de organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El alcance de *Mission Early* es amplio ya que aborda la detección temprana (incluyendo tamizaje, referencia y diagnóstico) y el tratamiento temprano (el tratamiento oportuno y en etapas tempranas). Nuestro método de trabajo se basa en tres pilares cruciales:

1. Generar políticas fundamentadas en datos que podamos recomendar a los gobiernos.
2. Compartir modelos y estrategias exitosas entre países.
3. Ofrecer propuestas claras de acción política a todos los niveles (nacional, regional y estatal).

El Informe “Zonas Lavanda” (Lavender Zones)

Para establecer una base de evidencia robusta, creamos el informe de las Zonas Lavanda, una investigación exhaustiva realizada por el Grupo *CERGAS* (Centro de Investigación en Gestión de la Salud y la Asistencia Social, por sus siglas en inglés), de la Universidad Bocconi. Es un informe detallado de 161 páginas, publicado en abril de 2024 y que sirve como guía para que otros países puedan alcanzar los resultados positivos que buscamos a largo plazo.

En este informe, definimos una Zona Lavanda como un entorno político donde las llamadas a la acción para la atención temprana se han implementado con éxito, transformándose en políticas eficaces. Para llegar a esta conclusión, evaluamos y clasificamos a 32 países de la OCDE según la eficacia de sus políticas de atención temprana.



Dimensiones del Índice Lavanda

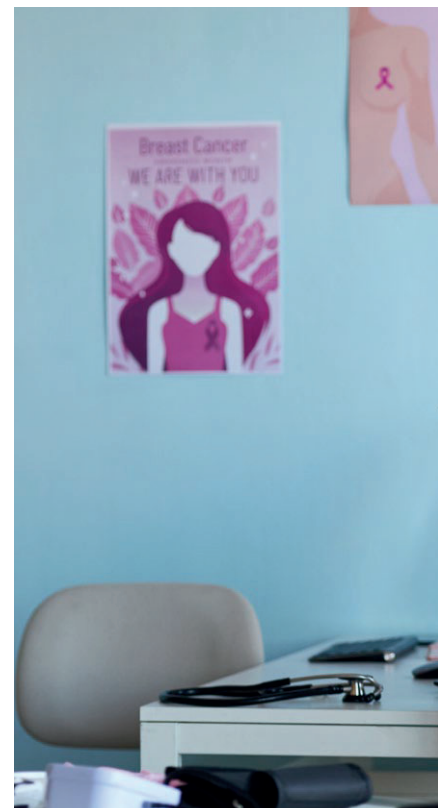
Se desarrolló un índice que combina diversos indicadores en cuatro dimensiones principales para crear una puntuación agregada de 0 a 100:

- 1. Conciencia de la población y alfabetización sanitaria:** Medimos qué tan efectivo es un país para facultar a sus ciudadanos a buscar atención temprana. Esto incluye el nivel de alfabetización sanitaria, las campañas de concientización y la educación en niveles de atención primaria.
- 2. Capacidad de tamizaje y detección temprana:** Cuantificamos el alcance y la equidad de la infraestructura, incluyendo la cobertura y la participación en programas de tamizaje y la fluidez de las vías de referencia.
- 3. Rutas y tiempos de diagnóstico oportuno:** Nos enfocamos en la velocidad y la coordinación, evaluando el tiempo transcurrido desde la sospecha hasta la confirmación, y la disponibilidad de clínicas de “vía rápida” para agilizar el proceso.
- 4. Tratamiento en etapa temprana y preparación del sistema:** Examinamos la capacidad del sistema de salud para tratar los cánceres con prontitud en sus etapas iniciales, observando el tiempo que se tarda en iniciar el tratamiento, la equidad en el acceso y la existencia de comités multidisciplinarios para el tratamiento de tumores.

A partir de los resultados, los países se agrupan en cuatro zonas: Lavanda, Emergente, En Desarrollo y Rezago.

Realizamos estudios de caso detallados, como Dinamarca y Chile, y descubrimos que **tres dimensiones son esenciales para alcanzar el estatus de Zona Lavanda: integración, continuidad y oportunidad de las vías de atención temprana del cáncer.**

Finalmente, una idea central del informe es que la atención temprana del cáncer debe ser reposicionada para convertirse en la fundación misma de toda estrategia nacional contra el cáncer.



Estudios de caso: Dinamarca y Chile

Dinamarca: un modelo de alto rendimiento

Dinamarca se cita constantemente como uno de los países más avanzados. Lograron transformar sus resultados oncológicos en las últimas dos décadas gracias a **reformas sistémicas**:

- Marco sólido de políticas públicas: Desde el año 2000, implementaron múltiples Planes Nacionales de Control del Cáncer que son obligatorios, políticamente vinculantes y que **asocian el financiamiento con objetivos claros, garantizando una fuerte rendición de cuentas.**
- Estándares de diagnóstico rápido: Lanzaron los “paquetes de cáncer” en 2008, asegurando un número máximo de días entre la derivación y el inicio del tratamiento.
- Monitoreo continuo: Tienen un **registro nacional de cáncer** y paneles de control en tiempo real que rastrean las demoras. Los datos de rendimiento son públicos.

Como resultado, la participación en el tamizaje es muy alta (más del 80% para cáncer de mama), y sus tasas de supervivencia han mejorado significativamente.

Chile: ambición y desafíos constantes

Chile, con su Ley Nacional de Cáncer de 2020, ha dado un gran paso. Sin embargo, en el contexto de nuestra evaluación, **caería en la categoría de En Desarrollo o Emergente de gama baja.**

- Cobertura desigual: Aunque existen programas de tamizaje, la participación se mantiene por debajo del 50%, especialmente en regiones rurales y de bajos ingresos.
- Demora en los diagnósticos: La falta de acceso directo de los médicos de primer contacto a herramientas de diagnóstico provoca largos tiempos de espera, a menudo superando los 60 días, y las vías de referencia son poco claras.
- Inequidades y capacidad limitada: Hay escasez de mano de obra y capacidad limitada de equipos. Además, las brechas entre zonas rurales y urbanas son graves.
- Debilidad de datos: Sus registros de cáncer son incompletos y fragmentados, lo que dificulta el monitoreo del progreso.

En lo que respecta a los cánceres de la mujer, el cáncer de mama es la principal causa de muerte, seguido del cáncer de cuello uterino. Aunque existen programas, las mujeres con mayores desventajas socioeconómicas son menos propensas a utilizarlos.



Recomendaciones para México

Aunque México no fue evaluado en la primera vinculación del Índice Lavanda, las recomendaciones son directamente aplicables a su contexto. Entiendo que México cuenta con un Plan Nacional de Control del Cáncer 2021-2024. A pesar de lo ambicioso de su estrategia, la implementación sigue siendo desigual debido a un financiamiento limitado. La **detección temprana y oportuna del diagnóstico son las mayores brechas**.

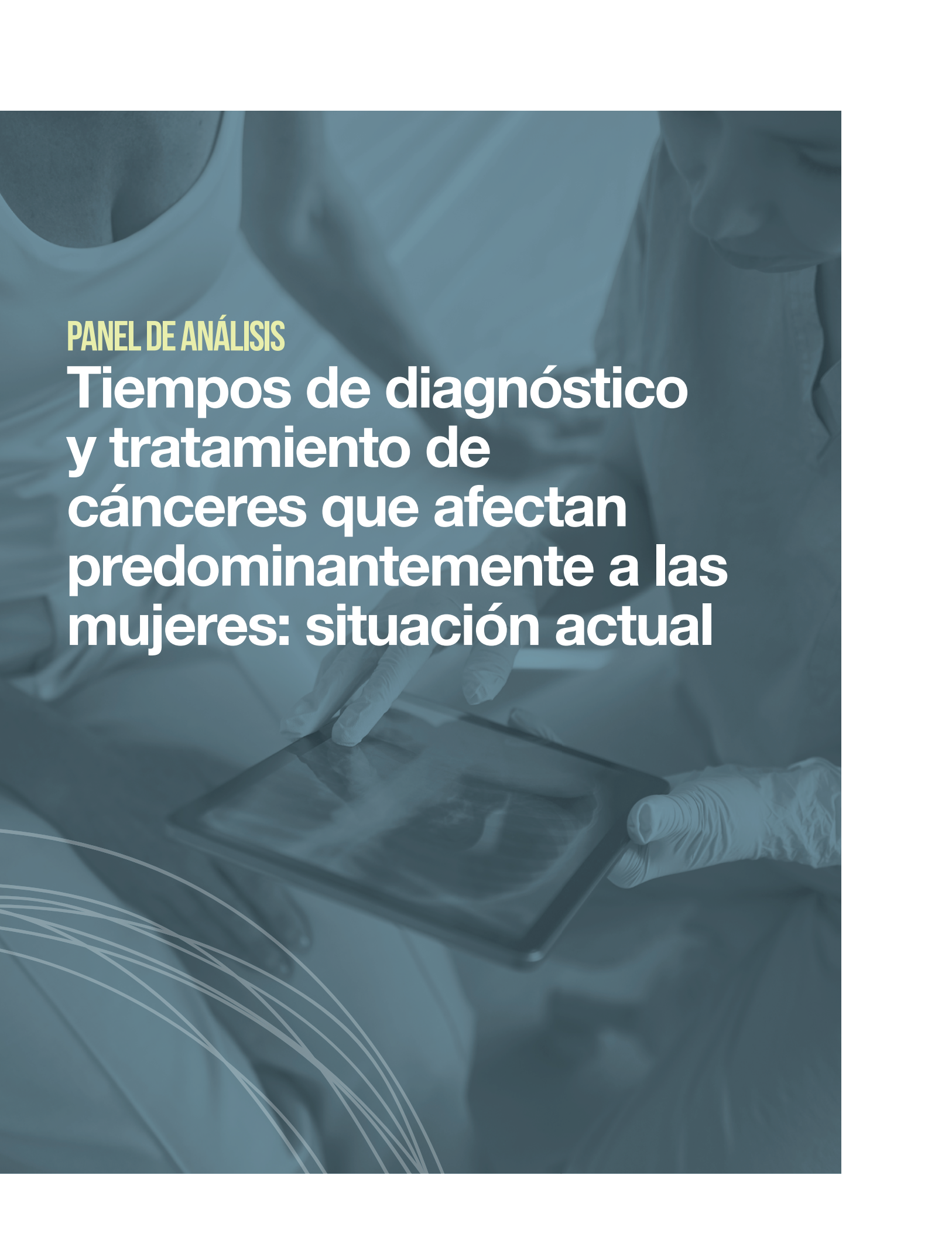
Basándonos en nuestro análisis de las Zonas Lavanda, promovemos que México, al igual que todos los países, adopte las siguientes acciones:

- 1. Hacer de la atención temprana una prioridad nacional:** Los objetivos de detección, diagnóstico y oportunidad deben estar vinculados a presupuestos y métricas de rendimiento que aseguren la rendición de cuentas.
- 2. Establecer un mandato nacional de referencia y diagnóstico:** Se deben crear estándares claros, dando prioridad a la atención primaria con capacitación y acceso directo a laboratorios diagnósticos. Es crucial coordinar los sistemas que ahora están fragmentados para garantizar trayectorias consistentes para los pacientes.
- 3. Invertir en capacidad de diagnóstico y equidad:** El país necesita expandir la capacidad de servicios (imágenes, patología) más allá de las principales ciudades, utilizando la telemedicina y lanzando programas de tamizaje móvil para llegar a poblaciones vulnerables.
- 4. Fortalecer la gobernanza y la coordinación:** Se debe establecer un organismo de coordinación nacional para alinear políticas, datos, sistemas y financiamiento entre los diversos actores, asegurando una atención temprana del cáncer equitativa en todo el país.

Hacia el futuro

El trabajo de *Mission Early* continúa. Actualmente, está en proceso un segundo estudio que examinará los beneficios sociales y económicos de invertir en la detección y el tratamiento temprano. Este informe busca demostrar el beneficio económico de impulsar el cambio hacia la identificación en etapas 1 o 2, ya que el tratamiento del cáncer en etapas 3-4 es más costoso y menos propenso a tener éxito. Además de los cánceres expuestos, la UICC está poniendo un foco especial en el cáncer de pulmón. A raíz de una reciente resolución de salud pulmonar en la Asamblea Mundial de la Salud, estamos trabajando con la IARC en Lyon (Agencia Internacional de Investigación en Cáncer, por sus siglas en inglés) para producir un manual que revise las mejores prácticas de tamizaje. Esperamos obtener una recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el oportuno diagnóstico de cáncer de pulmón.

Al igual que impulsamos el **desafío 90-70-90** para la eliminación de ciertos cánceres, nos gustaría establecer una iniciativa global de triple número para el cáncer de pulmón que incluya el tamizaje, la detección y el tratamiento temprano, porque sabemos lo dramático que es el descenso en la tasa de supervivencia a cinco años en etapas avanzadas.

The background image shows medical professionals in white coats and gloves. One person is pointing at a tablet held by another, which displays a medical scan, possibly a CT scan of a chest. The scene is dimly lit, with a blueish tint. In the bottom left corner, there are several thin, white, curved lines that look like stylized hair or fibers.

PANEL DE ANÁLISIS

Tiempos de diagnóstico y tratamiento de cánceres que afectan predominantemente a las mujeres: situación actual

Pensar y hablar de cáncer: análisis del cáncer en la mujer en México

Dr. Rafael Lozano Ascencio

Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigador Emérito del Sistema Nacional de Investigadores. Socio titular de la Academia Nacional de Medicina de México y miembro regular de la Academia Mexicana de Ciencias. Cuenta con más de 240 publicaciones en revistas académicas y es Profesor Emérito del departamento de Ciencias de la Unidad de Medicina en Salud de la Universidad de Washington.



Lo que pasaba hace 50 años no tiene nada que ver con lo que sucede ahora. Hoy, muchos tipos de cáncer tienen muchas más probabilidades de ser curados o controlados que hace décadas. **La sobrevida ha mejorado de forma notable**, especialmente en países con acceso a terapias de última generación.

Sin embargo, el beneficio depende del tipo de cáncer, de la etapa en que se diagnostica y, sobre todo, de las **desigualdades en el acceso a tratamientos**.



El cáncer podría evitarse de manera masiva si dominara la visión poblacional y preventiva. En cambio, no solo en México, sino en el mundo, predomina la visión individual y fragmentaria, que responde más a la lógica del mercado que a la justicia social.”

Cada tumor se estudia en su mutación particular; cada paciente se convierte en un mapa molecular. Se exalta la precisión, pero se minimiza lo colectivo: la exposición a contaminantes, la desigualdad en la alimentación, la producción y consumo excesivo de tabaco y alcohol, los entornos laborales inseguros.

¿Qué pasa con la política en salud?

Los gobiernos prometen a las enfermas de cáncer que “van a vivir más” mediante programas de detección oportuna y cobertura vertical, pero en la realidad **la promesa se negocia en el mercado**, donde el precio de un fármaco puede marcar la frontera de la sobrevivencia de la enferma.

En el cáncer, quizá más que en ninguna otra enfermedad, se hace visible la alianza entre saber y poder: **el conocimiento existe, pero su beneficio se distribuye de manera desigual.**

Ante estas brechas de acceso, **el cáncer se convierte en una enfermedad de pobres. No porque los ricos estén inmunes, sino porque la desigualdad determina quién vive o muere.**

El cáncer es una enfermedad donde la prevención secundaria se antepone a la prevención primaria. El discurso dominante repite hasta el cansancio la importancia de la “detección temprana” y el “tratamiento oportuno”. Esa es la frontera de la prevención secundaria, que sin duda salva vidas, pero que también traslada la responsabilidad al individuo y no la asumen las instituciones, repitiendo frases como:

- “hágase las pruebas...”
- “vaya oportunamente al servicio...”
- “esté atenta a su propio cuerpo...”
- “los enfermos llegan tarde...”

Lo que queda en la sombra es la prevención primaria y la prevención primordial, donde el cáncer no se enfrenta en el cuerpo ya lesionado, sino en las condiciones que hacen posible o evitable la enfermedad.

La prevención primordial actúa “río arriba”, impidiendo que los factores de riesgo se establezcan en la población; mientras que la prevención primaria actúa “río abajo”, previniendo la enfermedad en individuos o grupos que ya tienen esos factores de riesgo.

El ejemplo más contundente es el cáncer cervicouterino. En los países donde se garantiza la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano, este cáncer está en vías de desaparecer. Pero en buena parte de América Latina y África la vacuna no está disponible universalmente, y millones de mujeres dependen aún de la prueba de Papanicolaou para sobrevivir. **Aquí se revela la diferencia entre un cáncer prevenible y un cáncer de pobres.**



En el cáncer de mama, la narrativa global privilegia la mastografía, símbolo de la prevención secundaria. Otra cosa es trabajar sobre los factores de riesgo, pero eso sale muy costoso, hay que regular muchas actividades.

Sin embargo, la frontera está en reducir la obesidad, el consumo de alcohol y la exposición hormonal innecesaria. Estas medidas exigen políticas de regulación alimentaria, de ambientes saludables y de reducción de desigualdades, mucho más difíciles de implementar que una campaña de tamizaje.

En el manejo del cáncer de colon y recto en mujeres se le da mucha importancia a las colonoscopías y a las pruebas fecales que pueden detectar lesiones en etapas iniciales, sin embargo, ya está enfermo el paciente.

Hablar de prevención primordial es hablar de **transformar los entornos que generan riesgo antes de que el riesgo siquiera se instale en la población.**

Una de cada 3 muertes por cáncer en México (mujeres de 25 años y más) son por causas prevenibles, idealmente se podrían evitar entre un 85 y un 90%.

Los casos pueden aumentar porque la población está creciendo, o porque la población está envejeciendo, o porque están aumentando los factores de riesgo.

El cáncer de cérvix está bajando mientras que el de mama y el de colon están aumentando.



El cáncer de colon está incrementándose en personas más jóvenes.

Distribución regional o geográfica

En el Altiplano se concentra la menor mortalidad por cáncer de cérvix. Por otro lado, destacan Morelos y Colima con una mortalidad considerablemente más alta. En el caso de cáncer de mama, el norte es muy diferente al sur. En el primer caso se tiene un riesgo dos veces mayor. Por ejemplo, las mujeres en Chihuahua tienen un riesgo de morir 2 veces más alto, que las mujeres en Oaxaca.

El cáncer de colon en todos los estados está quitando esperanza de vida.

En resumen:

Mientras el discurso global sobre el cáncer se mantenga en la detección temprana y al tratamiento oportuno porque son seguros e individuales, se seguirá postergando la prevención primaria y la primordial, que es donde está la verdadera frontera política para disminuir el cáncer en el futuro.

Mientras no exista un registro nacional del cáncer en el país, seguiremos usando datos de agencias internacionales (*Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Cancer Observatory*) para el diseño de políticas. El que existe en el estado de Yucatán es uno de los más importantes.

Es imperativo mejorar el mal registro asociado a la deficiente calidad en la certificación de las defunciones por cáncer en México. Tenemos un serio problema en la forma de certificar y no ponemos remedio.

Priorización de pacientes con hallazgos mamarios anormales en el programa de navegación Alerta Rosa para reducir los retrasos al diagnóstico

Dra. Cynthia Villareal Garza

Directora de Oncología del Centro de Cáncer de Mama – TecSalud. Profesora investigadora del Tecnológico de Monterrey. Fundadora y directora del programa “Joven y fuerte” (atención e investigación de mujeres con cáncer de mama), además de socia fundadora de la Asociación Civil Médicos e Investigadores en la Lucha contra el Cáncer de Mama (MILC), y de la plataforma educativa Onconecta. Ha publicado más de 180 artículos indexados y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

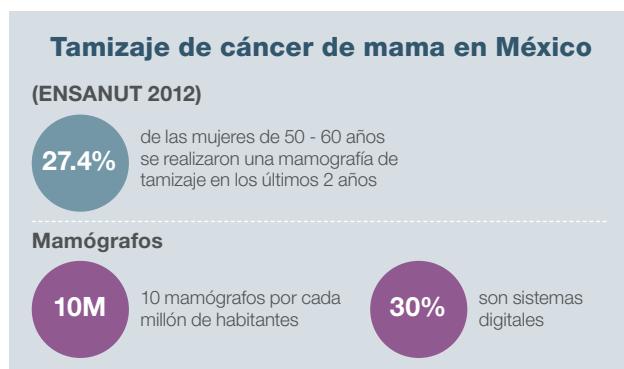


Uno de los problemas principales que comprometen la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama en México es la falta de soluciones que ayuden a tener diagnósticos en etapas más tempranas.

La mortalidad y la carga de enfermedad por cáncer de mama en México van en aumento, y esto no va a cambiar en los próximos años.

Estamos muy lejos de lograr un sistema de tamizaje eficaz que en países de primer mundo significa que al menos el 70% de las personas que son candidatas al tamizaje se cumpla. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (**ENSANUT 2012**), en nuestro país, solo el 27.4% de las mujeres que son candidatas a tamizaje se realizan una mamografía.

Además, hay un problema con el tema de infraestructura: pocos mamógrafos y pocos expertos radiólogos que pueden interpretar de forma adecuada estos estudios.



Las pacientes siguen llegando tarde

Las mujeres que se atendían en el Seguro Popular tenían acceso a todo el tratamiento, pero a pesar de eso, no se cambiaron las etapas de diagnóstico, y en su mayoría llegaron en etapas IIB, IIIC o en etapa IV, y **queremos que la mayoría lleguen en la etapa I-II A.**

Hay un intervalo largo entre el momento en que a una paciente se detecta un problema en la mama y que llega finalmente a la atención de su cáncer. Se había estimado que era de 7 meses, ahora es un poco más corto: 5 meses.

¿Cuáles son los factores asociados a que las pacientes sigan tardando tanto tiempo en comenzar su tratamiento?

- Falta de priorización de pacientes con características de riesgo. Que estén en la primera línea.
- Desconocimiento de la población sobre las rutas de atención especializada a seguir. No saben a dónde enviar a las pacientes y están brincando de un lado a otro.
- Falla en los médicos de primer nivel para identificar signos sugestivos de cáncer de mama.

Alerta Rosa, un programa de navegación de pacientes que redujo los tiempos de diagnóstico.

La Asociación de Médicos e Investigadores en la Lucha contra el Cáncer de Mama, (**MILC**), estableció el programa de navegación Alerta Rosa, con el fin de sobrepasar las barreras de atención y disminuir el retraso en el diagnóstico de cáncer de mama en **Nuevo León**.

¿Cómo funciona? Si la paciente detecta un problema, activa una alerta a través de una llamada telefónica o de un mensaje por Facebook o WhatsApp. De esta manera se hace contacto con un *call center* desde donde se guía a la paciente a su consulta, mamografía o ultrasonido, así como al seguimiento cercano.

Se establecieron convenios de colaboración para que las pacientes pudieran hacerse estos estudios en lugares de calidad, refiriéndolas directamente una vez que se establecía que había una sospecha de cáncer.

La navegadora no soltaba a la paciente hasta que esta llegaba al lugar al que tenía que llegar. Alerta Rosa se difundió a través de medios de comunicación y redes sociales.

Los resultados:

En total, Alerta Rosa atendió a 266 pacientes con una mediana de edad de 52 años.

Se logró disminuir las etapas de diagnóstico: de la primera activación de la alerta en Alerta Rosa al inicio del tratamiento, hubo un intervalo de 39 días. Mucho mejor a lo establecido normalmente.

Componentes clave para lograr los objetivos:

- Alerta activada por la propia paciente, independiente de otros programas de tamizaje.
- Infraestructura y guía por una navegadora: permite agendar estudios de imagen y consultas el mismo día o en un periodo corto.
- Navegadora calificada para atender preocupaciones de los pacientes sobre el cáncer de mama y solucionar barreras de acceso.
- Referencia de pacientes a centros con bajos costos y servicios especializados de alta calidad. Estudios de imagen de calidad e interpretados por expertos.
- Disponibilidad del programa sin importar la afiliación médica. Activación por llamada o por mensaje de Facebook.
- Referencia directa a diversas unidades de salud, facilitando evaluaciones tempranas e inicios de tratamiento oportunos.

Alerta Rosa fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una iniciativa que logra reducir los tiempos de diagnóstico. Un ejemplo de un programa que de acuerdo con la navegación y la priorización logró ese objetivo, cerró en 2022 por falta de recursos y personal.

La creación de programas de navegación similares con criterios de priorización de pacientes podría ser benéfico en otros contextos de recursos limitados.

Esto tiene que venir **desde el sistema y las instituciones de salud**; hacerlo por fuera es muy complicado y poco sostenible.

Inequidad en prevención y tratamiento en el cáncer cervicouterino. Una historia que podemos cambiar



Dra. Lucely del Carmen Cetina Pérez

Investigadora en Ciencias Médicas y especialista en oncología médica. Cuenta con una maestría y un doctorado en Ciencias de la Salud. Ha publicado más de 100 artículos sobre cáncer cervicouterino en revistas indexadas y es tutora de posgrado en la UNAM desde 2009. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II, y es fundadora del programa MICAELA, que lidera desde el 2017.

“

Les toca a los líderes de nuestros países tomar las decisiones”

Un estudio que recopiló los datos de cáncer de pulmón y bronquios, colorrectal, hígado y conducto biliar intrahepático, orofaríngeo, mama y cuello uterino, calculó las disparidades absolutas que existen en estos cánceres según la pobreza persistente, el vivir en una comunidad rural y la raza.

En los municipios de pobreza persistente hay 3 veces exceso de muerte por cada 100 mil personas por año.

Los puntos críticos del cáncer cervicouterino (CaCU):

- Afecta a mujeres muy vulnerables por su estado de pobreza y por su desigualdad social y económica.
- Por su asociación con el Virus del Papiloma Humano en un 99%, representa un tabú social.
- Ocupa la cuarta causa de cáncer y la tercera causa de muerte a nivel mundial, afectando a los países de recursos más limitados.
- Las estrategias actuales para controlar esta enfermedad son limitadas y **faltan aproximadamente 15 años o más para controlar esta enfermedad.**
- Es prevenible en un 99% con Papanicolaou, con vacunas y con educación.

En el mundo se presentan 662 mil casos de cáncer cervicouterino y desafortunadamente el 50% de ellas fallecen.

En México es la segunda causa de cáncer y es la segunda causa de muerte en mujeres en edad reproductiva (de 15 a 44 años de edad). Se presentan 28 casos por día y 13 mujeres mueren al día.

Casi el 80% de las pacientes se presentan en etapas clínicas localmente avanzadas, con una edad avanzada y de nivel socioeconómico bajo.

Estrategia global para la eliminación del cáncer cervicouterino 90-70-90 en el año 2030

Vacunar al 90% de las niñas antes de cumplir 15 años
Detectar al 70% de las mujeres entre los 35 y 45 años
Tratar al 90% de las mujeres diagnosticadas

Cobertura de vacunación contra el VPH 2020-2030:

En México, en 2021 (post pandemia) teníamos una cobertura de 0.45% y hoy es de 57.75%

La vacunación más la detección tiene un rango de protección de casi un 80%

En etapas tempranas se podrían salvar el 90% de las mujeres.

Desafortunadamente, el 80% de las mujeres se presentan en etapas localmente avanzadas en donde el éxito de curación es del 51 al 80%, y el éxito de curación en etapas metastásicas es de un 15 a un 20%.

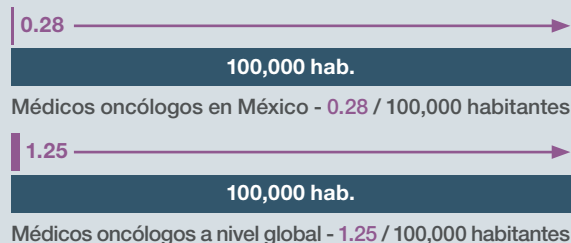
Costos del tratamiento de CaCU localmente avanzado el cual requiere terapia y radioterapia concomitante:

De \$350,000 a \$500,000 por paciente.

Más \$200,000 del tratamiento neoadyuvante.

Con inmunoterapia la cifra se eleva a entre 6 y 12 millones de pesos por cada mujer en etapas clínicas localmente avanzadas.

Hay una escasez importante de médicos en oncología.



¿Por qué hay disparidad en los tratamientos?

¿Es producto de la poca investigación que se merecen?

¿Cuáles son los factores para realizar poca investigación en cáncer cervicouterino?

¿No es redituable?

¿Es para el tipo de pacientes a quienes va dirigido?

¿Tabús?

Conclusiones:

- El cáncer cervicouterino es un problema de salud en México
- Afecta a una población de mujeres muy vulnerables
- Se podría prevenir en un 99.7%
- Existe inequidad epidemiológica asociado a factores sociales, sociodemográficos que impactan en la salud
- Tiene un impacto en los recursos de salud en México y en la supervivencia de los pacientes
- Existen contrastes en prevención y tratamientos
- Urgen estrategias de reducción de inequidad y abordajes de salud para la población en condiciones de vulnerabilidad.
- Es necesario realizar e invertir en un plan de trabajo, Normas de Salud y guías actualizadas que se lleven a cabo
- Urgen estrategias de prevención primaria: vacunas, difusión, educación, comunicación a la población
- Urge detección oportuna

Panorama del cáncer colorrectal en México 2025



Dra. Ana Karen Valenzuela

Oncóloga Médica con alta especialidad en cáncer gastrointestinal formada en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, cuenta con una maestría en Ciencias Médicas, actualmente adscrita al servicio de oncología en el hospital Médica Sur donde funge como investigadora clínica principal en múltiples ensayos clínicos sobre moléculas nuevas para tumores gastrointestinales.



Existe una necesidad creciente y se anticipa un crecimiento importante de esta enfermedad. Tiene que haber una disrupción del modelo de cáncer convencional.”



Alerta para los creadores de políticas públicas: se necesita generar programas de tamizaje general para este grupo de población. Existen programas de prevención y detección oportuna para otros tipos de cáncer y no es así para el cáncer de colon.

Las lesiones premalignas son una condición común y afectan a millones de personas y la investigación en cáncer ha estado enfocada en mejorar la supervivencia en etapas avanzadas; **eso significa que los pacientes son diagnosticados por azar cuando presentan síntomas.**

Eso tiene que cambiar.

La detección oportuna es una disrupción del diagnóstico de cáncer que disminuye la prestación de servicios y aumenta la supervivencia de los pacientes. Podemos cambiar la experiencia del cáncer a través de la detección e interceptación temprana.

El cáncer de colon es una enfermedad altamente prevalente. En el mundo es la tercera causa más frecuente de cáncer y la segunda más mortal. **En México es la tercera más frecuentemente diagnosticada y es la principal causa de muerte por cáncer hoy en día.**

1 de cada 24 mujeres y 1 de cada 26 hombres pueden ser diagnosticados con esta enfermedad. En las pacientes de 60 años y más es el tercero más frecuente.

En los hombres se adelanta, pues la incidencia empieza a resaltar en el grupo de 20 a 29 años, siendo la tercera causa más frecuente de mortalidad en este grupo.

Con una tasa de 0.5 por cada 100 mil, en el grupo de 30 a 59 años, es la principal causa de muerte.

En el S.XXI, el cáncer colorrectal emerge como un problema de salud pública que tiene que ver con el aumento en la expectativa de vida y la occidentalización del estilo de vida: **sedentario, consumo de tabaco, alcohol y carnes rojas.**

Es una enfermedad que inicia como una lesión benigna en el 95% de los casos, que se llama pólipo adenomatoso, tiene una alta prevalencia en la población general de mayores de 50 años, y un periodo de transformación de ser benigno a maligno que va de 5 a 18 años, **lo que significa una ventana de oportunidad para detectar a tiempo estas lesiones y que no se conviertan en malignas.**

La mortalidad está aumentando para ambos sexos, y es mayor la mortalidad en hombres que en mujeres. En el norte del país hay una mayor tasa de mortalidad, que tiene que ver con zonas del país con mayor urbanización.

La supervivencia del cáncer de colon es del 50% para todas las etapas del cáncer, **eso significa que una de cada 2 personas diagnosticadas con cáncer de colon estará viva.**

El 79% de las etapas que se diagnostican en México son localmente avanzadas (etapa III) y avanzadas (etapa IV). La edad del diagnóstico sigue siendo alrededor de los 56 años. No obstante, 1 de cada 3 pacientes se va a diagnosticar antes de los 50 años, **una situación alarmante.**

El futuro:

A nivel mundial, el crecimiento en el número de casos de cáncer de colon que se espera para el 2040 es del 33%.

Sin embargo, para el 2050, en **América Latina**, se espera un aumento del 67% de cáncer de colon en adultos jóvenes, de 58% en cáncer de recto, está aumentando el cáncer de estómago en menores de 50 años y el cáncer de páncreas en 61% **como nunca antes lo habíamos visto.**

El cáncer en adultos jóvenes está siendo un nuevo problema, no salimos todavía del que tenemos en población mayor a 50 años y se viene uno grande: que es en la de los chicos jóvenes.

Los nacidos cerca de 1990 en comparación con los que nacieron en 1950 tienen un riesgo del doble de presentar cáncer de colon y 4 veces más de presentar cáncer de recto.

El proceso viene desde la exposición a edades tempranas a múltiples factores relacionados con la dieta además de la genética. La presentación de síndrome metabólico, diabetes y obesidad temprana, abuso de antibióticos, el tabaco y el abuso de alcohol son factores que al parecer están cambiando el microbioma, que tiene la capacidad de cambiar la forma en que nuestros genes trabajan.

Se necesita un cambio de enfoque del tamizaje oportunista a un abordaje organizado. Ya hay experiencias que soportan la factibilidad de tener programas de detección oportuna en México.

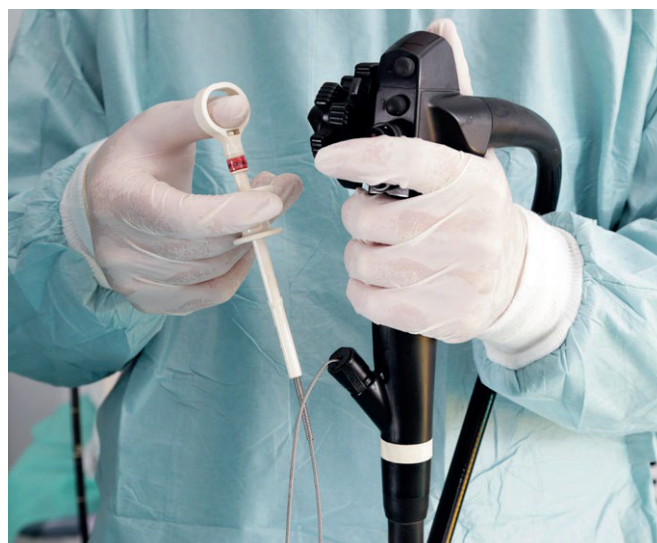
Las mujeres se acercan mucho más que los hombres a los programas de detección.



Cualquier estrategia de tamizaje es mejor que no hacer nada.”

La población en el mundo no acepta el tamizaje, solo de un 31% a un 42% aceptan la invitación a hacerse el estudio a pesar de que sea gratuito, y en un programa establecido.

Esta ausencia de interés tiene que ver con un pobre conocimiento del riesgo y del valor de tamizar, y una falta de recomendación de los médicos de primer contacto: no están refiriendo a los pacientes.



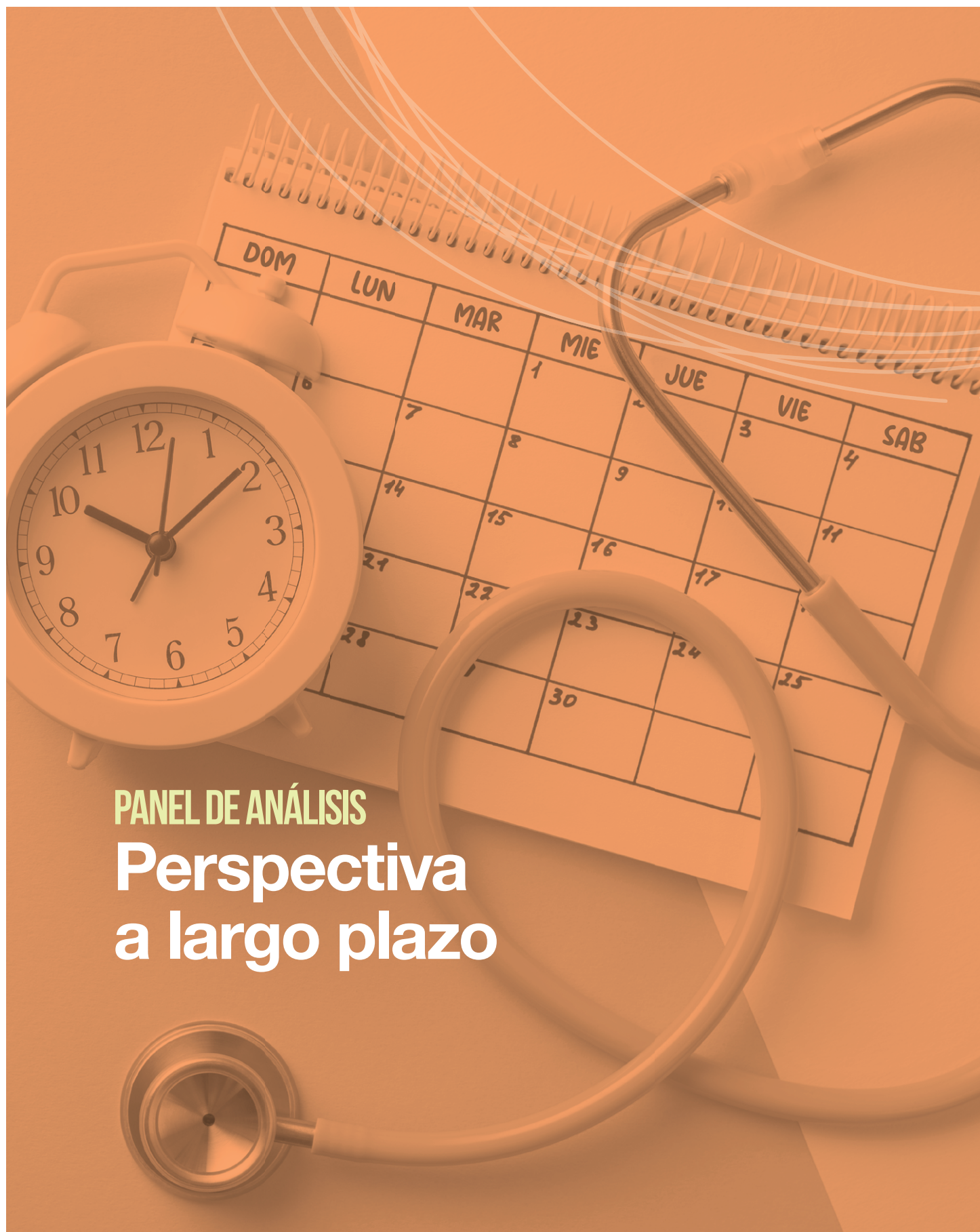
El paciente tiene muchas dudas, tiene miedo porque no hay una explicación clara.

Y factores socioeconómicos como la falta de transporte, los costos, la discriminación por edad, incapacidad o ingreso, analfabetismo y barreras de lenguaje.

La implementación de programas de tamizaje sigue siendo un tema pendiente en la agenda de países latinoamericanos, incluido México.

Como consecuencia, en México una menor supervivencia por cáncer colorrectal es atribuible a una mayor proporción de casos avanzados al diagnóstico.

En reconocimiento del creciente problema, esfuerzos multinacionales y multicéntricos deberían generar la evidencia para la creación de nuevas políticas públicas que aseguren los recursos para el acceso a tamizaje, diagnóstico y tratamientos apropiados.



PANEL DE ANÁLISIS

Perspectiva
a largo plazo

INCAN: Análisis de 3 tipos de cáncer con impacto significativo en las mujeres de México: cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cáncer de colon



Dra. Claudia Haydée Arce Salinas

Jefa de Oncología Médica en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan)

“

Mi intención es centrar mi análisis en tres tipos de cáncer que tienen un impacto significativo en las mujeres en México: cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cáncer de colon.”

Cáncer de mama: El reto persistente de la mortalidad

El cáncer de mama ocupa, tristemente, el primer lugar en prevalencia, incidencia y mortalidad entre las mujeres en nuestro país. Aproximadamente una de cada cuatro mujeres diagnosticadas con cualquier tipo de cáncer morirá por esta enfermedad. Esto por sí solo subraya la necesidad de una acción sistémica e inmediata.

A pesar de que a nivel global llevamos dos décadas en las que se ha logrado disminuir la mortalidad por cáncer de mama en cerca de un 2% anual, en México no hemos conseguido reducir esa mortalidad; **nos hemos estancado.**

La razón de este rezago nacional es lamentablemente clara: el diagnóstico tardío. Estamos hablando de que cerca del 80% de nuestras pacientes que son atendidas en el sistema público llegan a su diagnóstico cuando la enfermedad está en etapas localmente avanzadas o metastásicas.

Es fundamental entender que nuestro gran reto en el sector público no es la cobertura de la mastografía per se, un tema que a menudo acapara la discusión. La limitación más grande es la profunda falta de organización a lo largo de toda la vía de atención. Esta disfunción afecta el proceso desde la detección hasta el tratamiento oportuno. Esta falla estructural se refleja directamente en las tasas de supervivencia: **mientras que el sector privado reporta una supervivencia del 75% al 80%, en el sector público apenas alcanzamos un 60% a 65%. Corregir esta falta de organización es nuestro mandato más urgente.**

¿Qué es lo que estamos haciendo nosotros como institución respecto al cáncer de mama?

Durante los últimos años, hemos trabajado en conjunto con la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) para implementar un programa piloto crucial: el programa prioritario para pacientes con sospecha de cáncer de mama. Este esfuerzo se concentra, por ahora, en la Ciudad de México y su área conurbada, con la CCINSHAE como nuestro referente clave.

Nos hemos unido cinco instituciones de alta especialidad: el Hospital Juárez, el Hospital General de México, el Hospital de Alta Especialidad de Ixtapalapa, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, y el Instituto Nacional de Cancerología.

El objetivo es claro: atender a pacientes con síntomas o con un diagnóstico mamográfico sospechoso, clasificado como BIRADS 4 o BIRADS 5. El mayor desafío que enfrentamos en el país es la falta de acción ante un resultado sospechoso. Por ello, este programa crea una ruta directa. Las pacientes, ya sea que provengan de centros de salud o de gabinetes privados como Chopo o Salud Digna, son referidas a nuestras instituciones a través de una plataforma unificada, lo que garantiza su derivación oportuna según su zona geográfica.



Los resultados son, francamente, esperanzadores: al corte del año pasado, **se habían referido 314 pacientes, de las cuales 309 fueron aceptadas.** Si bien en un 20% no se confirmó malignidad, lo más significativo es el impacto en los tiempos de espera:

- El tiempo promedio de atención fue de tan solo dos a cinco días, lo que contrasta drásticamente con el promedio nacional, que se acerca a los cuatro meses.
- Nuestro tiempo de inicio de tratamiento está por debajo de los 30 días.

Con estas cifras, **logramos cumplir con las metas internacionales de diagnóstico oportuno**, un hito fundamental cuando los recursos para el tamizaje masivo son limitados.



“Mirando hacia adelante, nuestro compromiso es doble: actualizar el seguimiento de las más de 150 pacientes que se han sumado recientemente, y lo más importante, valorar la implementación de esta estrategia a nivel nacional. La meta final es que todas las mujeres en el país puedan beneficiarse de un diagnóstico tan ágil y efectivo.”

Cáncer cervicouterino: éxito y desigualdad

El cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más incidente en nuestro país. **Sin embargo, la historia aquí es una de éxito en salud pública.** Gracias a la implementación sostenida de los programas de tamizaje —primero con el Papanicolaou y ahora avanzando con las pruebas de VPH— y a los programas de vacunación, hemos logrado una impresionante disminución del 70% en la mortalidad en los últimos 30 años. Este logro demuestra el poder de la acción preventiva organizada y masiva.

No obstante, a pesar de este éxito global, la mortalidad persiste de manera crítica en las zonas rurales y en las poblaciones más marginadas. Aunque en el INCan intentamos ver los casos en etapas tempranas, la realidad es que seguimos recibiendo a pacientes con las etapas más avanzadas de la enfermedad. Esto subraya una desigualdad profunda y persistente en el acceso al cribado y a la derivación oportuna, y es allí donde debemos enfocar nuestros esfuerzos para que los beneficios de estos programas sean verdaderamente universales.



Cáncer de colon: El desafío logístico del tamizaje

Finalmente, el cáncer de colon es un problema cuya incidencia y mortalidad van en aumento. Nos preocupa especialmente que en México estamos observando que afecta a personas más jóvenes en comparación con otras poblaciones a nivel global.

Aquí, **la situación diagnóstica es particularmente alarmante:** cerca del 90% de los casos se diagnostican en etapas localmente avanzadas o metastásicas. La causa principal es la flagrante ausencia de tamizaje. Si bien la colonoscopia es el estándar de oro, enfrentamos una limitación logística grave que se discutió en un foro de políticas de salud: **la ausencia de anestesiólogos que puedan apoyar al endoscopista durante el procedimiento de cribado.**

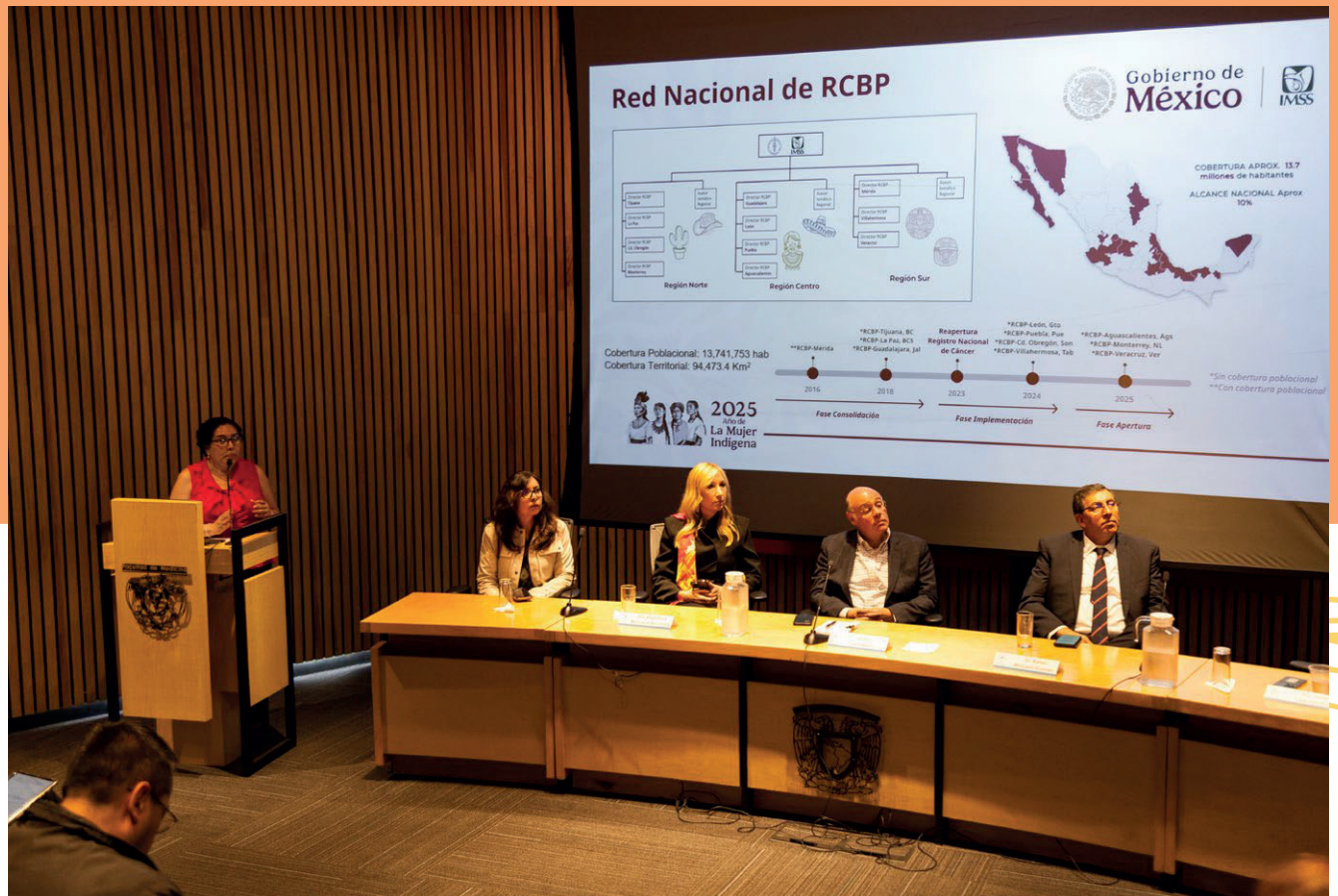
Para mitigar esta barrera, en el INCan estamos utilizando la prueba FIT (Prueba Inmunológica Fecal). Esta es una prueba no invasiva que hemos encontrado asociada con una sensibilidad del 80% y una especificidad del 94%. Aunque es una herramienta poderosa y accesible, la tarea pendiente para el sistema de salud en general es lograr la ampliación de estas pruebas a la población.

En resumen, aunque tenemos un camino de éxito en el control de cánceres prevenibles como el cervicouterino, las fallas en la organización de la vía asistencial y la ausencia de estrategias masivas de cribado en mama y colon siguen teniendo un costo inaceptable de vidas en México.

Resultados del Registro Nacional de Cáncer

Dra. Yelda Aurora Leal Herrera

Coordinadora del Registro Nacional de Cáncer



El germen de este esfuerzo se remonta a 2016, cuando iniciamos el registro de cáncer de base poblacional en la ciudad de Mérida, recolectando datos retrospectivos de casos de 2015. Más adelante, entre 2018 y 2019, intentamos lanzar una iniciativa más amplia para un **Registro Nacional de Cáncer (RNC)**, pero lamentablemente, este esfuerzo tuvo que cerrar en 2020 debido a la pandemia.

Fue hasta finales de 2022, o principios de 2023, que las autoridades federales nos convocaron nuevamente. Se reconoció la necesidad urgente de contar con datos fidedignos y curados en el país. Así es como nace o renace el RNC. Adoptamos el modelo exitoso de Mérida y trabajamos para rescatar y validar los registros que se habían intentado implementar previamente. Logramos rescatar tres registros iniciales: La Paz, Tijuana y Guadalajara, que ya habían comenzado su colección de casos en 2018.

A partir de 2023, hicimos una gestión intensiva para expandirnos. Abrimos cuatro sedes en 2024: León, Guanajuato; Puebla; Ciudad Obregón y Villahermosa. Finalmente, a principios de este año, conformamos una red robusta al abrir las últimas cuatro sedes.

Entendemos que, debido a la inmensa dimensión de nuestro país y la gran población, no podemos generar un registro nacional completo de la noche a la mañana. La alternativa más factible y representativa es trabajar con una red de 10 nodos regionales o registros centinela, distribuidos estratégicamente en todo el territorio para darnos una imagen nacional.

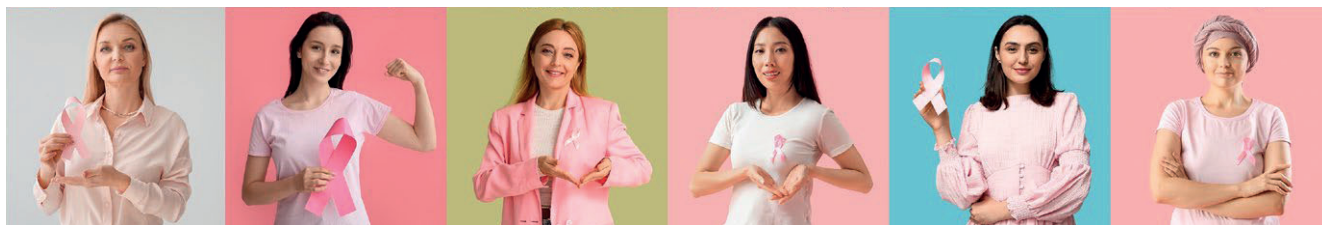
Nuestra red quedó conformada así:

Región Norte: Tijuana, La Paz, Ciudad Obregón y Monterrey.

Región Centro: Guadalajara, León (Guanajuato), Puebla y Aguascalientes.

Región Sur: Villahermosa, Veracruz y, por supuesto, nuestro registro referente en Mérida.

Con esta estructura, cubrimos una población que supera el 10% de la población nacional, lo cual nos proporciona una representatividad significativa. Además, quisiera destacar que en 2022, el registro de Mérida publicó las primeras tasas de incidencia ajustadas por edad en el país, **consolidándose como el primer registro de base poblacional formalmente establecido.**



Datos duros

En abril de 2025, hemos logrado coleccionar, validar y curar 30,000 casos. Naturalmente, Mérida, al haber sido la primera en instituirse, aporta el mayor número de casos. Pero Guadalajara ya está alcanzando una gran cobertura poblacional, y esperamos que para diciembre de este mismo año tengamos ya el segundo registro de base poblacional en el centro del país. Actualmente, Puebla y León tienen colección retrospectiva al 2023, y Veracruz, Monterrey y Aguascalientes están iniciando la colección de datos en este año.

Con esta muestra, hicimos un análisis de la distribución de los cánceres. Nuestros datos reales y curados confirman lo que ya se ha venido comentando: el cáncer de mama ocupa el primer lugar en el país, representando el 23% de todos los casos.

Le sigue el cáncer del tubo digestivo.

Si analizamos los 18,445 casos correspondientes a mujeres en esta muestra, el panorama de los cinco principales cánceres femeninos es:

- 1 **Cáncer de mama.**
- 2 **Cáncer de cuello uterino.**
- 3 **Cáncer de cuerpo del útero.**
- 4 **Cáncer colorrectal.**
- 5 **Cáncer de ovario.**

Poner esta información sobre la mesa nos permite ver un tema fundamental: las edades. En el cáncer de mama, si bien los casos comienzan a partir de los 30 años, observamos que **la mayor concentración se da en los grupos de edad entre 50 y 70 años.** En contraste, el cáncer cervicouterino tiene su mayor impacto en edades más tempranas, particularmente entre los 30 y los 50 años, para luego empezar a disminuir.

Finalmente, les presento un análisis crucial sobre el estadio diagnóstico, que se relaciona directamente con la oportunidad de tratamiento. En el cáncer de mama, se está logrando un impacto mayoritariamente en etapas I y II. Sin embargo, el panorama cambia drásticamente para el cáncer cervicouterino, donde el mayor impacto lo vemos en las etapas III y IV. No debemos perder de vista que el cáncer colorrectal también presenta un riesgo mayor al estar ocupando predominantemente las etapas III y IV en el diagnóstico.

Finalmente quiero comentarles que el **Registro Nacional de Cáncer está vivo, está generando datos de alta calidad y seguimos trabajando diligentemente para generar la información necesaria para nuestro país.**

La magnitud de nuestra institución

Dr. Rafael Medrano Guzmán

Director de la UMAE, Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI



El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una institución histórica, fundada en 1943; este año cumple 82 años y transformó la visión de la salud pública en nuestro país. La magnitud de nuestra responsabilidad es inmensa: estamos atendiendo ya a cerca de 80 millones de derechohabientes, lo que representa más de tres cuartas partes de la población. Además, nuestro modelo se está replicando para el IMSS Bienestar, lo cual es una gran oportunidad para aumentar nuestro *expertise*.

A lo largo de los años, con distintas administraciones, siempre hemos tenido un efecto directo en dos situaciones principales: la innovación y la asistencia (la atención médica). Operamos en tres niveles de atención. Contamos con cerca de 1,200 unidades médicas de primer nivel, unas 300 de segundo nivel, y nuestras 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), a las que se suman 11 unidades más enfocadas en investigación. **Manejar esto para 80 millones de personas implica una logística descomunal.**

Transformación en calidad y oportunidad

Me atrevo a decir que la medicina más barata es la preventiva. Sin embargo, la razón por la que los resultados no han caído de la forma que quisiéramos es algo que nos obliga a actuar con inmediatez en los otros niveles de atención.

Cuando tomé la dirección del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional S. XXI en agosto de 2020, nos encontrábamos en una situación que requería un cambio radical. En el ranking de UMAEs, estábamos en el puesto 24 de 25, y el ranking de quejas también nos tenía hasta arriba. Esto solo lo pudimos revertir con trabajo, disciplina y doctrina.

La transformación fue palpable: a octubre de 2023, logramos subir al primer lugar del ranking de UMAEs hasta que se cambió el sistema de medición en enero de este año. Más importante aún, el número de quejas bajó al sexto lugar, lo que refleja la satisfacción de las personas, el valor natural de nuestro trabajo.

Nuestra visión institucional se concentra en dos acciones simples que nos pidió nuestro Director General: calidad y oportunidad (la puntualidad en la atención).



Innovación, asistencia masiva e investigación

Demostrando esto con resultados, hemos impulsado la innovación tecnológica. Por ejemplo, en octubre de 2022, autorizamos la cirugía robótica. El Hospital de Oncología es el primer hospital de oncología del país y de los pocos de Latinoamérica en iniciar cirugía robótica. Hoy ya tenemos dos robots, estamos entrenando a otras especialidades y creemos que la innovación debe siempre tener un sentido de asistencia.

En cuanto a la oportunidad, donde antes teníamos diferida la infusión de quimioterapia hasta por tres meses, ahora abrimos la quimioterapia 24/7, y la espera se reduce a horas.

Además, estamos renovando la tecnología en radioterapia. Hacemos casi 600 sesiones de radioterapia por día. Y en noviembre, inauguraremos la última versión del *CyberKnife*, un equipo de radiocirugía robótica que es el único en el país y uno de solo tres en Latinoamérica.

Toda esta inversión en tecnología y procesos no serviría de nada si no tuviéramos claro que lo más valioso del IMSS es su personal. Hombres y mujeres de todas las áreas operativas que son nuestro soporte.

Para impactar la asistencia a nivel masivo, hemos lanzado la estrategia 2-30-100. Esta estrategia ambiciosa busca lograr 2 millones de cirugías, 30 millones de consultas de alta especialidad y 100 millones de consultas de primer contacto. Estamos ya en un 70% de esa meta, y no dudo que vamos a llegar.

Finalmente, la investigación es clave. Estamos formando grupos cooperativos para hacer investigación traslacional. **El IMSS, al ser la organización más grande de Latinoamérica, tiene la fuerza para reportar 5,000 casos de cáncer gástrico de 200 hospitales, lo cual genera una fuerza impresionante para posicionar algo relevante.**

Modelos exitosos de detección oportuna en el estado de Nuevo León

Dra. Alma Rosa Marroquín Escamilla

Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León



Asumí la responsabilidad de la Secretaría de Salud hace casi cuatro años, justo en medio de la pandemia, lo que nos enfrentó a enormes retos. Aun cuando el registro de cáncer no era el mejor en ese momento, las cifras eran contundentes: el cáncer representaba la principal causa de muerte en niñas, niños y adolescentes, y el cáncer de mama era, tristemente, la principal causa de muerte en mujeres.

Lanzamos una estrategia global para recuperar la confianza de los ciudadanos en el sistema de salud estatal. Bautizamos nuestro modelo como Cuidado de tu Salud, porque creemos que la salud no depende solo de las instituciones, sino de las decisiones que las personas toman cada día. **Por ello, la educación y la intervención en el primer contacto son cruciales.** Hemos trabajado muy de la mano con otras secretarías del estado, como la Secretaría de Educación, capacitando a gran parte de su personal, y la Secretaría de Igualdad e Inclusión, que nos apoya en estrategias de tamizaje y diagnóstico.

Este modelo integral nos ha permitido obtener logros importantes. Por ejemplo, en el binomio madre-hijo, el acompañamiento y las visitas domiciliarias durante el embarazo y puerperio han reducido la morbilidad materna y perinatal a las cifras más bajas de los últimos 10 años. Además, contamos con el único hospital público del país con un modelo de intervención in útero para pacientes con complicaciones en el embarazo.

Cobertura universal de cáncer infantil

Nos enfrentamos a una situación crítica: con la desaparición del Seguro Popular y la transición al Insabi, más de 100 niños cada año en nuestro estado se quedaban sin la posibilidad de tratamiento. Se estima que una tercera parte de nuestras niñas y niños en Nuevo León se quedaban sin acceso específico a un sistema de salud.

Para contrarrestar esto, arrancamos el programa el 1 de enero de 2022. Generamos un fideicomiso para enfermedades de alto costo, garantizando que el presupuesto no se desviara. Hoy, tenemos 564 niños ya dentro del programa, y hemos logrado 47 trasplantes de médula ósea. Es crucial destacar que, a diferencia del antiguo Seguro Popular, que solo cubría los gastos después del diagnóstico, nuestro programa cubre la atención desde la sospecha de diagnóstico. Además, trabajamos en tamizajes con la Secretaría de Educación, aplicando a más de 349 mil cédulas.

Gracias a estos esfuerzos, logramos un resultado significativo: el cáncer en el grupo de niños de 1 a 4 años, que era la segunda causa de muerte en 2021, cerró 2024 como la cuarta causa de muerte. **La tasa de defunciones se ha reducido considerablemente.**

Cobertura universal de cáncer de mama

Lanzamos este programa el 1 de abril de 2022, pues la zona norte del país presenta las tasas más altas de defunción por cáncer de mama a nivel nacional. El programa también incluye tamizaje, diagnóstico y tratamiento.

Un factor diferenciador en Nuevo León es el proceso de decisión médica: sesionamos los casos más complejos en un grupo de médicos de tres instituciones —la Secretaría de Salud, el Hospital Universitario y TecSalud— para tomar la mejor decisión centrada en la paciente. Además, un gran distintivo es que realizamos el proceso de reconstrucción mamaria con implantes, tempranos o tardíos, lo que ayuda muchísimo en la recuperación emocional.

Hemos asignado un presupuesto de 169 millones de pesos con recurso estatal. Esto nos permite contar con inmunoterapia y radioterapia, garantizando el acceso a las pacientes a pesar de los retrasos federales en medicamentos y servicios.



Los resultados en la oportunidad de la atención son notables:

- Redujimos el tiempo de interpretación de mastografía de hasta cuatro meses a 11 días (95% en menos de 14 días).
- Los resultados de patología los redujimos de tres meses a nueve días.
- El inicio de tratamiento en menos de 15 días pasó del 67% al 80% (esperado para 2025).

A pesar de estos avances, el gran reto sigue siendo la detección temprana. Logramos reducir el porcentaje de pacientes que llegaban en etapas tardías (localmente avanzadas o avanzadas) del 60-65% a 50%, pero no hemos podido bajar de esa cifra. No obstante, nuestra tasa de mortalidad por cáncer de mama bajó de 27.9 muertes por cada 100 mil mujeres (2020) a 23.6 al cierre de 2024.

Esto es el resultado del gran esfuerzo de nuestro equipo. Seguimos trabajando en la prevención, con programas de fomento de la lactancia materna y estilos de vida saludables, que estoy segura impactarán positivamente en otros diagnósticos.



PANEL DE ANÁLISIS

Las voces de la sociedad civil

Reduciendo la brecha de equidad en la atención oncológica para la mujer en México.

*Presentación del informe **The Economist Impact***

Eliza Puente Reyes

Directora general de la Fundación Cima y coordinadora de la Coalición Mexicana por la Salud Mamaria (Comesama). Es abogada, con más de 25 años de experiencia profesional, y desde 2017 dirige la Fundación Cima, posicionando la voz de las pacientes ante tomadores de decisiones y la comunidad científica. Ella ha impulsado modelos educativos para médicos de primer contacto, la revisión de normas nacionales y proyectos audiovisuales de sensibilización sobre cáncer de mama y de cáncer de mama metastásico.



Realización de mamografía: estancada

El cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino son los dos tipos más frecuentes y los que más muertes causan en mujeres. La mortalidad del cáncer de mama va en aumento y con tendencia ascendente. **La mortalidad del cáncer de cuello uterino va en descenso, pero muy lejos de eliminarlo.**

Impacto del COVID-19: 62% de cobertura de vacunación contra VPH contra el 90% previo a la pandemia.

Entre 2018 y 2019, la cobertura de detección a través del Papanicolau se registró alrededor de un 25.7% en la franja de edad de 20 a 39 años, y un 38.6% en la franja de edad de 49 a 59 años, muy lejana a la que deseáramos poder tener. **La realización de mamografía se encuentra estancada con un 59.4%.** Si bien es cierto, de 2002 a 2015 hubo un ascenso en el número de mujeres que se realizó la mamografía, **desde 2018 se encuentra estancada en este porcentaje.**



Factores socioeconómicos determinantes:

Bajo nivel educativo que tiene que ver con escasa concientización
Bajo estatus económico
El origen étnico y los estigmas alrededor

En mujeres menores de 40 años:

- Retrasos en el diagnóstico por baja sospecha médica.
- La consulta inicial con médicos generales no es suficiente para canalizarlas con médicos especialistas, precisamente por los retrasos también de baja sospecha.
- Tiene una mayor prevalencia en este rango de mujeres el tipo de cáncer agresivo, como lo puede ser el cáncer de mama triple negativo.

En mujeres de 75 años o más:

- Falta de detección con diagnóstico tardío
- Son mujeres que tienen comorbilidades y que reciben tratamiento insuficiente.

Los pueblos indígenas son los más vulnerables:

- El machismo afecta el acceso de las mujeres a las pruebas de detección.
- La barrera lingüística: el 15.5% de las mujeres indígenas rurales son monolingües. Hay muchas cosas que pueden no entenderse aun cuando se consiguiera la intervención de un traductor.
- Falta de capacitación cultural en proveedores de salud para entender los contextos de las mujeres que integran estas comunidades.
- Creencias, estigmas, normas culturales y maltrato.
- La vergüenza por tener una enfermedad que puede causar un estigma, como culpa o miedo a que se piense que se tiene una enfermedad que es contagiosa y se le aísle de un grupo de la comunidad.
- Maltrato y segregación.
- Transporte insuficiente para un trayecto que va de cinco a siete horas.

Tiempos de espera:

Cáncer de mama: 103 días para mujeres menores de 40 años, cuando son 57 días en mujeres mayores de 40 años.

Cáncer de cuello uterino: una media de 99 días a diagnóstico y de 57 días a inicio de tratamiento.

Barreras post-diagnóstico: quimio y radioterapia con acceso muy restringido.

Cobertura del seguro médico: desafío clave

Con seguridad social: el 37.5% llega con etapa avanzada al diagnóstico

Sin seguridad social: 64.6% llega en etapa avanzada al diagnóstico

Distribución de mastógrafos: un total de 1,281, de los cuales 41.1% están concentrados en el IMSS, 36.1% en servicios privados y en instituciones que reciben personas sin seguridad social sólo el 22.8%.

- **Supervivencia:** La tasa de supervivencia a 5 años para el cáncer de mama es más baja en estados con menos recursos y menor accesibilidad a los sistemas de salud.
- **Mortalidad por cáncer cervicouterino:** Chiapas presenta la tasa más alta de mortalidad por cáncer cervicouterino en el país.
- **Distribución de oncólogos:** Existe una concentración del 31% de oncólogos en la Ciudad de México, mientras que Quintana Roo tiene solo un 0.5%.
- **Acceso a la radioterapia:** Hay una disparidad significativa, con cero equipos por millón de habitantes en Tlaxcala frente a 5.16 por millón en la Ciudad de México.
- **Déficit de especialistas:** México cuenta con 107.2 especialistas por 100,000 habitantes, muy por debajo del promedio mundial de 230, lo que representa un déficit de aproximadamente 154,786 especialistas.
- **Pobreza multidimensional:** Estados como Chiapas y Guerrero tienen altos niveles de pobreza multidimensional y difícil acceso a los sistemas de salud, con altas tasas de población sin seguro en zonas rurales.

Necesidades y Vacíos:

- **Falta de enfoque en equidad:** Los programas actuales miden la cobertura general, pero no necesariamente reducen las desigualdades. Se necesitan indicadores de progreso en equidad vinculados a la asignación de recursos.
- **Falta de continuidad en políticas:** Cada gobierno tiende a descartar las iniciativas del anterior, lo que sugiere la necesidad de garantizar continuidad y estabilidad en las políticas a largo plazo.
- **Déficit en registro de datos:** Una red de registros poblacionales fue suspendida en 2020, y existe una falta de un sistema robusto y unificado con un identificador universal para integrar datos de salud.
- **Políticas poco focalizadas en poblaciones vulnerables:** No se describen acciones específicas para mujeres rurales e indígenas.
- **Bajo financiamiento:** México invierte menos en salud que el promedio de la OCDE y Latinoamérica, con recortes presupuestarios en cáncer de mama (33%), cáncer cervicouterino (62.5%) y en mujeres sin seguro (52.7%).



Soluciones Propuestas:

- Diseñar acciones diferenciadas para poblaciones vulnerables.
- Concientizar en escuelas secundarias y usar recursos comunitarios como parteras y promotores de salud.
- Elaborar materiales en lenguas indígenas, usar radios comunitarias e infografías.
- Apoyos para transporte y transferencias económicas para acceder a hospitales de tercer nivel.
- Incrementar la inversión pública en salud y ampliar la cobertura de pruebas, priorizando la vacunación.
- Garantizar la disponibilidad de profesionales médicos bien capacitados e invertir en zonas rurales y remotas.

Mission Early: Alianza ética por la salud

Dra. Jacqueline Beuchot González de la Vega

Directora de Sostenibilidad y Alianzas Estratégicas en la Fundación del Cáncer de Mama, FUCAM. Desde 2012 ha colaborado en esta organización y desde 2020 lidera la procuración de recursos y creación de alianzas que permiten a más mujeres acceder a detección y tratamiento oportuno, principalmente en cáncer de mama. Cuenta con certificaciones internacionales en procuración de fondos, ética y liderazgo de las organizaciones de pacientes y participa activamente en redes globales de cáncer de mama.



¿Para qué existe Mission Early?

Para sobrevivir después de un diagnóstico de cáncer con las mínimas consecuencias, gracias a que fueron diagnosticadas y tratadas lo más tempranamente posible.

Todos estamos haciendo esfuerzos individuales muy buenos, pero lo que falta es **unificarnos**. Todos somos responsables de alguna manera, pero realmente la responsabilidad por las propias acciones, decisiones y resultados de todos va a recaer al final en el paciente. Si no hacemos las cosas bien, va a terminar siendo el paciente y el país quien viva las consecuencias negativas o positivas.

La educación en salud es uno de los grandes vacíos. Y respecto a la innovación, no nada más es en la tecnología. Por ejemplo, ya no tenemos que enfocarnos tanto en tamizaje porque no cumplimos con todos los requerimientos para cubrirlo al 70%, sino a lo mejor enfocarnos más en las mujeres que ya tienen síntomas. Damos pruebas FIT (inmunoquímica fecal) y si no hay seguimiento, no va a servir de nada.

Cuando teníamos un Seguro Popular, sabíamos que el 98% se quedaba 5 años y completaba el tratamiento, el 2% no lo hacía por otras causas ajenas a nosotros.

Hoy no, y es una tristeza que el 50% de nuestras diagnosticadas se van y no sabemos dónde están, si fueron atendidas en la etapa correspondiente, si lo han recibido bien, o si lo han podido completar.

Tenemos unos cursos de posgrado de alta especialidad en medicina avalados por la UNAM para médicos radiólogos, para que sean especialistas en imagen mamaria, intervencionistas, cirugía oncológica y ahora patología, que es tan importante.

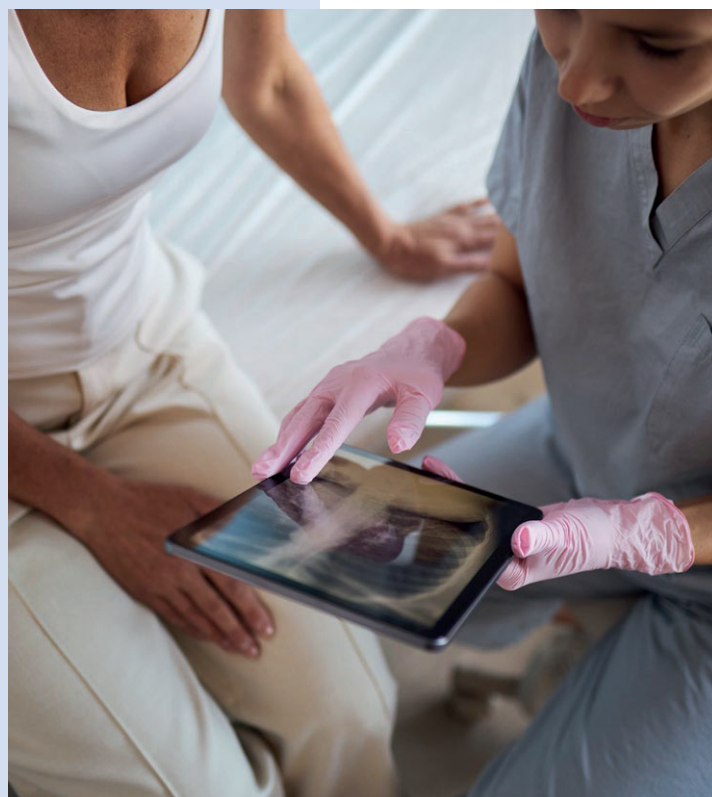
Acceso a medicamentos online. Hay una cantidad de medicamentos que compran las pacientes porque no pueden adquirirlos en otro lado o que son muy costosos o que no hay en el sistema. **Están comprando pirata, de mala calidad.** Tenemos que controlar eso y regularlo.

Y si no lo sabemos, consultar a quien sí lo sepa, porque es una gran responsabilidad, tenemos un superpoder como organizaciones de la sociedad civil, pero mucha responsabilidad.

Nuestra Alianza Ética por la Salud es un marco de consenso donde se juntan todos los sectores, como este tipo de foros, donde están presentes todos, no nada más organizaciones de pacientes de cáncer de mama.

Siempre hemos tenido la oportunidad de escuchar al paciente y tenerlo en el centro, el médico debería ser más empático y dedicarle más tiempo.

Logremos realmente una accesibilidad y una asequibilidad para los pacientes.



¿Cuál es la labor que realiza la Fundación Luis Pasteur en temas de cáncer cervicouterino?

Dra. Loreto Vicente Perotti

Directora de Sostenibilidad de la Fundación Luis Pasteur. Tiene más de 15 años de experiencia en el diseño e implementación de políticas públicas y proyectos sociales con especial énfasis en el empoderamiento de mujeres, la igualdad de género y el acceso equitativo a la salud. Desde la Fundación Luis Pasteur impulsa programas de prevención y atención integral a la mujer.



Como sociedad civil organizada cumplimos un rol estratégico. Dicen que complementamos al Estado, pero con esos presupuestos y esas infraestructuras, yo me atrevo a decir que lo suplimos”



El cáncer cervicouterino es erradicable

Radica en el cuerpo de una mujer, de una mujer que vive en un contexto socioeconómico, político y cultural determinado y en una sociedad patriarcal y machista como es la que vivimos en México. Es un gran tabú porque cruza por la salud sexual y reproductiva. ¿Quiénes son las más estigmatizadas por tener virus del papiloma humano? Las mujeres.

La educación comunitaria y culturalmente pertinente es fundamental. La Fundación Luis Pasteur, en sus 28 años, ha trabajado con promotoras comunitarias voluntarias, 159 mujeres en cinco estados, las cuales organizan y empoderan a las mujeres.

Desde pedir permiso a los hombres hasta movilizar los recursos disponibles para que las mujeres se puedan acercar a las unidades móviles que llevamos a las comunidades a hacerse las pruebas de tamizaje.

El año pasado sensibilizamos cerca de 13 mil mujeres y nuestro sueño es que desde cualquier lugar se pueda acceder a materiales de prevención, de sensibilización y de empoderamiento para las mujeres.

Vacunamos a 1,400 mujeres por medio del INCan y el próximo año si es posible duplicaremos el número.

El tamizaje debe ser descentralizado y móvil, en nuestro caso así es. Inclusive es posible hacer una colposcopia en las unidades móviles como ya lo hacemos. Es importante acercar a las mujeres a su salud dentro de este sistema fragmentado que tenemos en el país.

Además de las jornadas de lunes a viernes, realizamos jornadas foráneas a comunidades indígenas en donde atendemos el fin de semana a alrededor de 300 mujeres, además de las pruebas de tamizaje y diagnósticas.

Fundación Luis Pasteur quiere sofisticar el modelo en términos de que el tamizaje sea a través de un **co-testing** de Papanicolaou y PCR de virus del papiloma humano para que la colposcopia sea un instrumento de diagnóstico, como señalan los estándares internacionales. Nosotros no tratamos el cáncer de mama, referimos a las pacientes tanto al Hospital Central como a FUCAM, en el caso del tratamiento de cáncer cervicouterino, realizamos estudios por medio de nuestras ginecólogas.

Es fundamental que la entrega de resultados sea personalizada, que se lleve el tiempo necesario para que podamos acompañar no solamente desde la parte médica, sino desde la salud emocional a nuestras pacientes.

Yo doy fe de que en muchas comunidades suplimos al Estado en acercar la salud a los pacientes.

Es fundamental generar evidencia y data para tomar decisiones informadas, estratégicas, focalizadas y ser eficientes con nuestros recursos, así como tejer alianzas.

La vinculación, la transversalidad es fundamental para que también seamos la voz de estos pacientes que hoy no tienen cabida en esta mesa.

FUTEJE, atención integral a pacientes con cáncer gástrico y colorrectal

Francisco Freyria Sutcliffe

Director General de la Fundación Fomento de Desarrollo Teresa de Jesús, FUTEJE.

FUTEJE es la única fundación en México dedicada de manera integral a pacientes con cáncer gástrico y colorrectal. Francisco Freyria es impulsor del decreto que instauró el Día Nacional contra el Cáncer Colorrectal. Ha encabezado campañas como el Colorrectón y la carrera contra este cáncer. Con más de 30 años de trabajo social, ha promovido convenios con hospitales e institutos públicos y representa a México en foros internacionales del cáncer y de la salud pública.



Aunque en muchos informes todavía no aparece el cáncer colorrectal, **ya estamos en la mesa**. Es el tercero más frecuente, y el primero más mortal, y realmente tiene poca visibilidad. Es un cáncer que no es muy visto, es un cáncer que es poco conocido, es un cáncer del que se habla poco.

En FUTEJE realizamos la implementación de programas de prevención y detección oportuna, así como de apoyo en tratamiento integral a personas que son diagnosticadas tanto con cáncer colorrectal como gástrico.

¿Qué pasa con las personas que no tienen acceso, que no tienen el recurso, cómo hacen para atenderse? Hubo un acercamiento con el INCAN para brindar apoyo con medicamentos y con diferentes acciones.

Desde hace ocho años lanzamos el programa de prevención y detección oportuna para cáncer colorrectal, la famosa prueba FIT, un kit que vale en promedio 2,800 pesos.

Es para personas de 45 a 74 años, sin antecedentes personales o familiares de cáncer de colon y que no tienen ningún síntoma evidente, la prueba es gratuita.

Todo nuestro programa parte desde talleres y pláticas de prevención y detección donde médicos de los hospitales en convenio, que son los principales hospitales públicos, vamos a empresas, comunidades, oficinas de gobierno, vamos incluso a otras instituciones y fundaciones.

El médico da la explicación de los factores de riesgo, los síntomas, etcétera, y siempre van acompañados de pacientes sobrevivientes, que al momento de contar su historia, hay una identificación tremenda entre los asistentes. De ahí, identificamos quiénes son esas personas que tienen ese factor de riesgo o que pudieran ser elegibles para una prueba FIT. Damos la prueba FIT y de ahí, a través de esta alianza con el INCAN, hay esa entrada para la realización de una colonoscopia a precios realmente accesibles y cuando las personas no tienen el recurso para pagar una colonoscopia, FUTEJE hace un estudio económico y lo paga.

De ahí las personas son identificadas con factores de riesgo, desde pólipos hasta un diagnóstico de cáncer. Si se detectan pólipos, se retiran para mantenerse en vigilancia y cada determinado tiempo tendrá que recurrir a hacerse una colonoscopia de seguimiento.

El que tiene algún tipo de cobertura es referido por el INCAN ya con un diagnóstico para que sea atendido en sus centros.

¿Qué se está logrando con esto? acortar el tiempo de diagnóstico y acceso a la atención en aproximadamente 10 meses.

Este programa se ha llevado durante 8 años con el INCAN, y llevamos 2 años haciéndolo con el Hospital Juárez. Hemos logrado, a través de las alianzas internacionales, poder llevar este modelo de atención y de buenas prácticas a otros países.

Dentro de todo lo que estamos viendo es que hay falta de información y por el alto costo de los estudios, realizar una colonoscopia es una barrera tremenda, además de los tabús y los mitos que hay alrededor de ella.



La falta de educación que hay en los médicos de primer contacto, lo que es la referencia y la contrarreferencia.

En el caso de los cánceres que vemos en Futeje, normalmente los diagnósticos que se dan en el primer contacto son colitis o gastritis. Y se quedan meses, años, las personas con ese diagnóstico, tomando la misma pastillita.

Hay muchos casos de pacientes donde llegaron tiempo después con un sangrado con ese mismo médico, y la respuesta del doctor fue cambiarle la pastilla, ponerle una pomada y ahora son hemorroides cuando ni siquiera hubo una revisión por parte del médico.

Varias organizaciones estamos trabajando en crear cursos de educación para el médico de primer contacto, **es una oportunidad enorme que se tiene.**

No hay suficiente personal para estar haciendo este tipo de programas. Lo que urge es tener centros diagnósticos de todo tipo de cánceres y hablando de colorrectales, donde se puedan hacer pruebas FIT, se puedan hacer colonoscopias y entonces derivar a esos pacientes con un resultado positivo a hospitales de tercer nivel para que el acceso sea inmediato, no tener esas largas esperas y más estudios.

El trabajar juntos, sociedad civil con gobierno y con iniciativa privada, para nosotros es la única fórmula de poder cambiar el destino de esto, porque no hay dinero que alcance, ni personal, ni recursos, lo vemos en lo público, lo vemos desde la sociedad civil.



Coloquio

Mission Early



**Mission
Early**



FUNSALUD

