



**Mission
Early**



Coloquio

➤ **Cáncer de Mama y la importancia del diagnóstico y abordaje temprano**

Documento elaborado por All.Can, en colaboración con la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (FUNSALUD), como resultado del ***Coloquio Cáncer de Mama y la importancia del diagnóstico y abordaje temprano.***

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, 2026. Todos los derechos reservados.

Edición y diseño editorial

Plenilunia, S.C., 2026

Dirección: Maribel Ramírez Coronel

Coordinación de la publicación: Penélope Juliá Naranjo

Redacción: Denisse Cuadra Vázquez y Penélope Juliá

Diseño Editorial: Stefany Peralta Delgado

Imágenes: Egmont Martínez / Depositphotos.com

Índice

Bienvenida	04
-------------------------	-----------

Dr. Raúl Carrillo Esper

Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México

PRONAM Cáncer de Mama	06
--------------------------------------	-----------

Dra. Patricia Clark Peralta

Secretaria del Consejo de Salubridad General

Consejo Promotor de la Mujer FUNSALUD	10
--	-----------

Dra. Guadalupe Guerrero Avendaño

Coordinadora del Consejo Promotor de la Mujer de la Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD

Carga del Cáncer de Mama en México: GBD 2023	14
---	-----------

Dr. Rafael Lozano Ascencio

Profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM

Red Nacional de Registros de Cáncer de Base Poblacional: Cáncer de Mama y su impacto en México	18
---	-----------

Dra. Yelda Leal Herrera

Coordinadora Nacional del Registro Nacional de Cáncer, base poblacional

Calidad de la Atención Oncológica desde la Experiencia del Paciente	27
--	-----------

Dr. Santos Regino Uscanga Sánchez

*Coordinador de la iniciativa Integrados por la Atención Oncológica
de Calidad (IAOC)*

Costos Directos e Indirectos del Cáncer de Mama	30
--	-----------

Mtro. Luis Ortiz Blas

Economista especialista en sistemas de salud

Perspectivas Clínicas en la Atención Integral del Cáncer de Mama	35
---	-----------

Dra. Claudia Arce Salinas

Directora del Hospital Oncológico para la Mujer de la Ciudad de México

Agradecimientos	40
------------------------------	-----------

Lic. Héctor Valle Mesto

Presidente ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD)

Bienvenida

Dr. Raúl Carrillo Esper

Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México



La Academia Nacional de Medicina de México se suma al importante proyecto de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) y de la iniciativa All Can, con el objetivo de contribuir, aportar a la prevención, al tratamiento temprano y oportuno del cáncer de mama.

Desgraciadamente el cáncer de mama, así como muchos tumores, va al alza.

Basta ver las estadísticas de nuestro país y de todo el mundo para confirmar que el cáncer sigue avanzando a pesar de los avances en el conocimiento de su biología molecular, de su comportamiento clínico y de las nuevas innovaciones en la terapéutica, tanto médica como quirúrgica.

Inexorablemente, sin prisa pero sin pausa, aumenta.

Y algo está sucediendo a nivel global, porque esto no es privativo de nuestro país, sino de todo el planeta. ¿Qué pasa?

En primer lugar, somos más. Ya rebasamos los 9 mil millones de habitantes en este planeta y necesariamente hay más enfermedad, más carga de enfermedad.

Dos. Los estilos de vida poco saludables también son un factor de presión importante para el incremento de este tipo de enfermedades. Otros elementos que no podemos hacer a un lado son el factor genético, el epigenético y el ambiental. Todos esos se suman para que el número de pacientes que vemos con cáncer sea mayor.

Otro punto es que cada vez estamos diagnosticando en etapas más tempranas de la vida, tumores más agresivos, rápidamente evolutivos, que se tornan resistentes al tratamiento. Desgraciadamente también, cuando la paciente o el paciente llegan a pedir atención médica, el tumor está ya muy avanzado, metastásico o casi fuera de cualquier alternativa terapéutica.

Eso es lo que vivimos cotidianamente los médicos que atienden a los pacientes, los oncólogos. Las autoridades de salud se enfrentan cada vez a más pacientes y a una necesidad creciente de inversión para tratarlos, con equipos que luchan día con día para la detección temprana y oportuna de una enfermedad que es muy grave y que no se diagnostica como debería.

Esta enfermedad que afecta a un buen número de mujeres, a un colectivo cada vez más grande, es realmente un flagelo que nos preocupa a todos. **En mi caso veo un buen número de mujeres jóvenes por debajo de los 50, 40 años, que llegan con la enfermedad ya muy avanzada.**

La importancia de este tipo de coloquios es precisamente concientizar. Tenemos que seguir trabajando intensamente, hombro con hombro, porque uniendo esfuerzos, podemos contenerlo, con el diagnóstico temprano y oportuno. Los expertos en salud pública y en factores de riesgo nos irán diciendo qué es lo mejor para aconsejar a la población.

En la Academia Nacional de Medicina se han hecho en 2025 y en 2026, eventos hablando de los factores de riesgo en diferentes enfermedades y en especial en cáncer. Es mucho lo que podemos trabajar para prevenirlo o para promover la salud, pero poco se hace en la práctica clínica.

En buena parte esto se debe a que nos falta llegar a la población. Las autoridades y los médicos trabajan intensamente, pero no han logrado que la gente haga conciencia, a pesar de la información que se transmite a través de los medios.

Por eso la relevancia de estos encuentros. Gracias a Héctor Valle por lanzar esta iniciativa, para llegar a una gran cantidad de médicos y a la población en general. Es una labor tanto de FUNSALUD; del Consejo de Salubridad General; de las instituciones que nos acompañan y de la Academia Nacional de Medicina. Porque tenemos que empoderar a la sociedad para que asistan de manera temprana y oportuna a sus revisiones y controles, y se pueda contener en lo posible el incremento de esta pandemia de tumores, en este caso de cáncer de mama.

Y que a través de esas instituciones se pueda seguir luchando contra el cáncer de mama, que más allá del gasto y el costo de inversión en salud, conlleva el sufrimiento de la paciente que lo padece, de su entorno, de su familia y de la comunidad que la rodea.

Así que sean bienvenidas, esta es su casa. Y también reitero el agradecimiento a la Doctora Clark y a todas las personalidades que nos acompañan, a las agrupaciones de la sociedad civil y a todos ustedes. Son tiempos de trabajar en conjunto para luchar contra esta



PRONAM - Cáncer de Mama

Dra. Patricia Clark Peralta

Secretaria del Consejo de Salubridad General



Reumatóloga, investigadora nacional emérita del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras, miembro de la Academia Nacional de Medicina de México y de la Academia Mexicana de Ciencias. Forma parte del comité editorial de la revista *Osteoporosis International* y es coeditora de la *Gaceta Médica de México*. Fue reconocida como Mujer del año en 2024 por el patronato Nacional de Mujeres Mexicanas y ha publicado más de 173 artículos científicos en revistas arbitradas que acumulan más de 21 mil citaciones internacionales.

Los **Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs)** representan una política de salud innovadora y estructural, diseñada para generar un impacto integral en los sectores público, privado, rural y urbano, con beneficios directos para la población mexicana.

¿CÓMO SURGE LA INICIATIVA?

Dentro de las **prioridades del sector salud en el sexenio 2024 – 2030, se encuentran:** la atención temprana, garantizar que todos los Centros de Atención Primaria (CAP) y hospitales cuenten con medicamentos, insumos y equipamiento, modernizar e integrar al sector salud, y priorizar la promoción de la salud y cultura de la prevención.

Es un paso fundamental para la **transformación del Sistema de Salud**, que gradualmente se irá dando en el país.

Los **PRONAMs** hoy por hoy están dentro de la política de salud innovadora y estructural, que busca fortalecer el primer nivel de atención y hacer un cambio en el paradigma de salud: de la atención centrada en los hospitales a la atención centrada en las personas.

Lo que se busca es estandarizar la atención médica de primer nivel en todas las instituciones de salud, para promover:

- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno
- Manejo de enfermedades, basado en la evidencia
- Alinear nuestras prácticas con estándares internacionales

Esto va a permitir transitar al Sistema Universal de Atención Médica.

¿QUÉ SON LOS PRONAMs?

Se trata de documentos que emiten directrices basadas en la mejor evidencia científica disponible para fortalecer la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de diversas enfermedades, entre ellas el cáncer.

Un dato interesante, es que contienen los medicamentos e insumos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud, para que existan en todos los consultorios de primer nivel de atención.

SON UNA HERRAMIENTA ESTRATÉGICA PARA LA TOMA DE DECISIONES

Los **PRONAMs** son protocolos en temas que son prioritarios de salud, se elaboran bajo estándares metodológicos establecidos en el Consejo de Salubridad General, lo que los convierte en una herramienta estratégica para la toma de decisiones en salud, especialmente desde el primer nivel de atención.

Cada protocolo se construye mediante un proceso de trabajo reflejado en un documento de entre 15 y 25 hojas, acompañado de dos infografías, y son realizados por un grupo interinstitucional de especialistas: representantes de todas las instituciones del sector salud, de la sociedad civil, sociedades de pacientes y el sector privado.

SE LANZA EL PRONAM DE CÁNCER DE MAMA

Los primeros **PRONAMs** se presentaron en 2025; sin embargo, en **marzo de 2026**, declarado **Mes de la Mujer**, se lanzó el **PRONAM de cáncer de mama**, que al día de hoy, es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, en nuestro país.

En México, el **cáncer de mama** registra cerca de **40 casos por cada 100 mil habitantes**, y el **17.5% de los diagnósticos ocurre en mujeres menores de 40 años**.

FACTORES DE RIESGO

Modificables

- Consumo de alcohol
- Obesidad y sedentarismo
- Ausencia de lactancia materna
- Terapia hormonal de reemplazo prolongada

No modificables

- Familiares / Hereditarios
- Hormonales y reproductivos
- Condiciones mamarias benignas
- Ambientales / externos

Es importante conocerlos y sobre todo en primer nivel de atención.

PILARES PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud subrayan que el tamizaje y la detección temprana son pilares fundamentales para reducir la mortalidad y mejorar el pronóstico de esta enfermedad.

De acuerdo con especialistas involucrados en su desarrollo, los **PRONAMs se sustentan en tres pilares clave de atención**, diseñados para responder a las distintas etapas del cáncer de mama.

El primer pilar está enfocado en **mujeres asintomáticas**, a través de estrategias de tamizaje, identificación de factores de riesgo y aplicación sistemática de pruebas diagnósticas para detectar oportunamente la enfermedad antes de que aparezcan síntomas.

El segundo pilar se dirige a **mujeres con manifestaciones clínicas o sospecha de cáncer**, con el objetivo de acelerar el diagnóstico oportuno y mejorar las posibilidades de atención temprana.

Mientras que el tercer pilar corresponde a una **terapia multimodal especializada**, orientada a los casos que requieren manejo integral y atención de mayor complejidad.

Los resultados de una imagen y biopsia, tienen que lograrse de ser posible, en 60 días o menos.

En el caso específico del **PRONAM** de cáncer de mama, enfocado en el primer nivel de atención, se incorporan algoritmos clínicos y rutas de tratamiento, con el fin de orientar al personal médico sobre las intervenciones más adecuadas para cada paciente.

En un camino temprano, una mujer que tiene mayor educación y mayores posibilidades, tiene mayor supervivencia que aquellas que llevan un camino demorado porque no saben lo que tienen que hacer.

Además, una de las prioridades del programa es fortalecer la concientización y participación activa de las mujeres en el autocuidado, promoviendo la autoexploración mamaria y el reconocimiento temprano de factores de riesgo.

Los documentos del protocolo tienen una extensión de entre 15 y 25 páginas e incluyen información sobre factores de riesgo, autoexploración tanto para médicos generales como para pacientes, algoritmos de atención y rutas de referencia.

Cada **PRONAM** incorpora además infografías con códigos QR, que permiten acceder a materiales complementarios, incluidos videos educativos sobre temas como la correcta autoexploración mamaria.



Una de las cosas más importantes, es la reducción de tiempos:

- Una vez que la paciente presenta síntomas, no debe pasar más de un mes para que tenga su primera consulta médica.
- El intervalo de diagnóstico no debe ser mayor a dos meses.
- El intervalo para inicio de tratamiento no debe ser mayor a un mes.

Si logramos reducir tiempos, tendremos la oportunidad de ver muchísimas más mujeres en sus estadios tempranos y que tengan mayor oportunidad de sobrevivir.



INVERSIÓN DE 8 MIL MDP

En el Modelo de Atención Universal de Cáncer de Mama que se ha anunciado, para el **bienio 2026–2027**, el gobierno erogará una inversión de **8 mil millones de pesos**, se hará la compra de **mil mastógrafos y mil ultrasonidos**, así como la creación de **20 centros especializados de diagnóstico para los PRONAMs**.

Para los **PRONAMs** se tiene específicamente una política de promoción y difusión, ya que son alrededor de 18 mil centros de atención primaria, de los cuales más de 10 mil 500 pertenecen al IMSS-Bienestar, además de más de 1,500 unidades del sistema ordinario y alrededor de 4 mil unidades rurales.

Hasta ahora, se han publicado 12 **PRONAMs**, de los cuales siete corresponden al primer nivel de atención, mientras que los cinco restantes están enfocados en atención oncológica.

Aunque, hay interés en varios **PRONAMs** como: cáncer colorrectal, cáncer cervicouterino, salud de la mujer en el ciclo de la vida, leucemia mieloide aguda, cáncer de próstata, cáncer gástrico y tumores del sistema nervioso central.

Beneficios de la estandarización para el médico y el paciente:

- Atención más segura y eficaz
- Reducción de errores médicos
- Mayor confianza en el sistema de salud
- Se siguen procedimientos claros y actualizados
- Mejor calidad de atención
- Todos los pacientes recibirán los mismos cuidados, tratamientos e indicaciones
- Reducción en la variabilidad de tratamiento
- Atención más equitativa
- Mejores resultados en salud
- Se siguen pautas probadas, previniendo complicaciones y optimizando el manejo de enfermedades crónicas

Si se siguen los **PRONAMs** y hay una demanda médica y se logra establecer que se cumplió este protocolo, estarán protegidos nuestros médicos.

Los **PRONAMs** se han descargado 281 mil 626 veces de la página del Consejo de Salubridad General.

Tenemos nuestro primer curso de capacitación junto con la UNAM, sobre diabetes mellitus, dirigido a nuestros médicos generales, en el cual hay 20 mil médicos inscritos, de los cuales, 18 mil ya concluyeron el curso autogestivo.

EN RESUMEN...

- Los **PRONAMs** representan una innovación estructural para el Sistema de Salud mexicano
- Tienen una política integral que beneficia a los sectores: público, privado, rural y urbano
- Estandarizan la atención y elevan la calidad clínica
- Homologan el manejo clínico, con base estricta en evidencia científica
- Constituyen la base de un modelo moderno, equitativo y seguro
- Integran la atención en todos los niveles del sistema y en múltiples especialidades

Consejo Promotor de la Mujer FUNSALUD

Dra. Guadalupe Guerrero Avendaño

*Coordinadora del Consejo Promotor de la Mujer
de la Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD*



Médico cirujana por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), especialista en radiodiagnóstico y subespecialista en radiología intervencionista.

Fue jefa del Servicio de Radiología e Imagen del Hospital General de México, donde lideró la modernización integral del servicio e impulsó la digitalización total. Se desempeñó como directora general del mismo de 2019 a 2024. Fue titular de la Coordinación Estatal del Estado de México del IMSS Bienestar (2024 - 2025). Miembro de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía. Cuenta con más de 120 publicaciones y ha formado generaciones de especialistas en radiología vascular e intervencionista. Actualmente es médico especialista en radiología intervencionista en el Hospital General de México y coordina el área de Radiología e Imagen del Departamento de Medicina de la Academia Nacional de Medicina.

¿Qué es el Consejo Promotor de la Mujer?

Su objetivo es diseñar e impulsar un enfoque técnico pero multisectorial, con políticas, modelos de atención y proyectos que sean medibles y que nos permitan reducir las brechas de acceso a la salud que afectan a todas las mujeres en México.

A lo largo de muchos años y a pesar de que tenemos una presidenta mujer, todavía no estamos alcanzando ese sitio que debemos tener las mujeres y no se le está dando la atención necesaria a todos los problemas de salud que tenemos. Además de que la mujer ocupa su tiempo no nada más en la atención a su desarrollo profesional, sino también al cuidado de la familia, de los hijos, de los padres etc.

Es por esto que decidimos en forma conjunta con FUNSALUD, crear este Consejo Promotor de la Mujer. Y le agradezco enormemente a Héctor Valle que me haya dado la oportunidad de dirigirlo.

¿Qué es el Consejo Promotor de la Mujer?

Lo que vamos a hacer en este Consejo, es diseñar e impulsar un enfoque técnico pero multisectorial, con políticas, modelos de atención y proyectos que sean medibles y que nos permitan reducir las brechas de acceso a la salud que afectan a todas las mujeres en México.

Esto debe de hacerse con calidad, equidad, innovación y evidencia. Ya tenemos proyectos en desarrollo.

Primero. **Reducción en las brechas de género**, pero con indicadores claves para la salud: Que exista un **mayor liderazgo y representación femenina** en los espacios técnicos y de decisión en salud.

Por ejemplo, hemos visto que cada vez hay más estudiantes de medicina mujeres. **Sin embargo, el número de mujeres disminuye al llegar a la residencia.** En esa etapa el número es casi igual al de los hombres.

Cuando se concluye la especialidad, no todos terminan. ¿Quiénes sí?

Terminan más hombres que mujeres. Y no solo eso, a la hora de ocupar posiciones de liderazgo son muy pocas las mujeres.

Cuando yo llegué a la dirección del Hospital General de México, (las mujeres) éramos el 6% (en esas posiciones). En la actualidad andamos en un 20%, sin embargo, siguen siendo muy pocas.

Se ha dicho que para compensar todas las posiciones de liderazgo que históricamente no hemos ocupado las mujeres, tendría que haber por los próximos 60 años, sólo líderes femeninas. Desde luego, que lo anterior sería complicado porque siempre tiene que haber equilibrio.

Debemos ampliar las **redes intersectoriales alineadas en la salud integral de la mujer** y políticas públicas integradas con un enfoque de género, para de esta manera poder influir en la salud de la mujer basándonos en la evidencia.

Si mejoramos la salud de la mujer en todos los aspectos, vamos a incrementar su productividad. Y por salud, no me estoy refiriendo únicamente a la salud biológica, sino a todos los estratos en donde las mujeres se desempeñan. Si impulsamos la productividad, va a haber un crecimiento y un mejor desarrollo económico para el país.

Y aquí un dato interesante, que me parece significativo. Las mujeres tenemos una mayor sobrevivencia que el hombre, pero esa sobrevivencia de la mujer la vivimos enfermas. ¿Por qué?

Porque no nos damos atención, ni el tiempo para cuidar nuestra salud durante nuestros años más productivos. Entonces, cuando llegamos a la etapa donde sobrevivimos al hombre, generalmente lo hacemos enfermas y esto se refleja en la ocupación hospitalaria. **La mayor parte de los hospitales de tercer nivel de atención están ocupados con alrededor del 60% de mujeres de más de 60**

¿Cuál será la agenda de los temas y proyectos?

- 1 Determinantes Sociales y Salud de las Mujeres
- 2 Salud Física de la Mujer
- 3 Salud Reproductiva, Materna y Sexual
- 4 Laboratorio de Equidad de Género
- 5 Participación y Liderazgo Femenino en Salud
- 6 Innovación, Ciencia y Tecnología con Perspectiva de Género

Determinantes sociales y salud de las mujeres

Para esto vamos a medir y visibilizar las desigualdades en salud de las mujeres con variables sociales y territoriales. Sabemos que no estamos igual de favorecidas en la Ciudad de México, que en zonas rurales. El tiempo que estuve en la coordinación estatal del IMSS Bienestar del Estado de México, me di a la tarea de recorrer la entidad, y créanme que las determinantes sociales son sumamente diferentes en Ecatepec, que en la Ciudad de México, en Iztapalapa o dentro del Estado de México.



- Medir y visibilizar desigualdades en salud de las mujeres por variables sociales y territoriales
- Priorizar “puntos de palanca” (determinantes modificables) con mayor impacto esperado sobre:
 - Salud materna y perinatal
 - Salud sexual y reproductiva
 - Cáncer en la mujer (detección y continuidad)
 - Enfermedades crónicas (diabetes/HTA/cardiovascular)
- Traducir evidencia en soluciones:
 - Proponer ajustes de política pública y paquetes de intervención
 - Diseñar rutas de referencia y “acceso efectivo” considerando barreras sociales

Salud física de la mujer

Enfermedades cardiometabólicas. Todos los cánceres de la mujer, empezando por el cáncer de mama que es el más frecuente, pero sin dejar de lado el cáncer cérvico uterino, cáncer de ovario, el endometrial.

Nuestro objetivo es reducir la morbi-mortalidad prematura y mejorar la calidad de vida de las mujeres en México, fortaleciendo los modelos de atención integral, detección temprana y *navegación* efectiva.

La mujer debe saber cómo puede *navegar* dentro del sistema de salud para obtener la mejor atención en el momento adecuado. Para esto, ayudarán mucho los programas que presentó la doctora Patricia Clark (Secretaria del Consejo de Salubridad General).

- Detección oportuna y estratificación de riesgo
- Continuidad y navegación del paciente (cerrar la brecha)
- Enfoque de “Cardio-Oncología” y comorbilidades

La salud reproductiva, materna y sexual

Aquí es importante garantizar el acceso a una salud reproductiva, materna y sexual íntegra, segura y de alta calidad.

- Maternidad segura y reducción de la mortalidad materna
- Salud sexual y reproductiva integral
- Salud materna y perinatal con un enfoque en calidad

Laboratorio de Equidad de Género

El objetivo es convertirse en el centro de inteligencia estratégica de FUNSALUD dedicado a diagnosticar, diseñar y evaluar intervenciones basadas en evidencia que eliminen los sesgos de género en el sistema de salud mexicano, promoviendo la equidad tanto en la atención clínica de las pacientes, como en el desarrollo profesional de las mujeres dentro del sector salud, promoviendo el liderazgo femenino.

- Inteligencia de datos y diagnóstico de brechas
- Eliminación de sesgos clínicos y algorítmicos
- Liderazgo y fuerza laboral femenina en salud

Participación y liderazgo femenino en salud

Empoderar y formar cuadros directivos femeninos, incidir en políticas de equidad organizacional, visibilizar el talento femenino e investigar las brechas de liderazgo.

- Empoderamiento y formación de cuadros directivos
- Incidencia en las políticas de equidad organizacional
- Visibilizar y reconocer el talento femenino
- Investigar sobre la brecha de liderazgo

Innovación, ciencia y tecnología con perspectiva de género

El objetivo es fomentar un ecosistema de investigación científica y desarrollo tecnológico en salud que integre la perspectiva de género desde su concepción, asegurando que la innovación (IA, dispositivos médicos, fármacos y salud digital) responda a las particularidades biológicas y sociales de las mujeres.

- Inclusión en investigación clínica y básica. Hay muchas mujeres que están en investigación básica, pero también tenemos que favorecer la investigación clínica
- Inteligencia artificial y algoritmos sin sesgo
- Impulso a las mujeres para el desarrollo de “Fem Tech” y dispositivos médicos
- Transformación digital con un enfoque en acceso

Todos estos suenan como propósitos muy ambiciosos. Pero estamos tratando de organizarlo de manera en que podamos apoyar al sistema de salud mexicano para lograr todas estas metas y que el Consejo Promotor de la Mujer no sea nada más una estructura de nombre, sino que tenga incidencia en todos estos aspectos que les he mencionado.

Si consideramos estas siete áreas prioritarias dentro del Consejo Promotor de la Mujer:

- 1 **Salud menstrual y condiciones ginecológicas.**
- 2 **Fertilidad, embarazo, pérdidas del embarazo, y soporte postnatal.**
- 3 **Menopausia.**
- 4 **Salud mental y bienestar.**
- 5 **Cáncer en la mujer.**
- 6 **Impacto en la salud, secundario a la violencia contra niñas y mujeres.**
- 7 **Envejecimiento saludable y condiciones crónicas.**

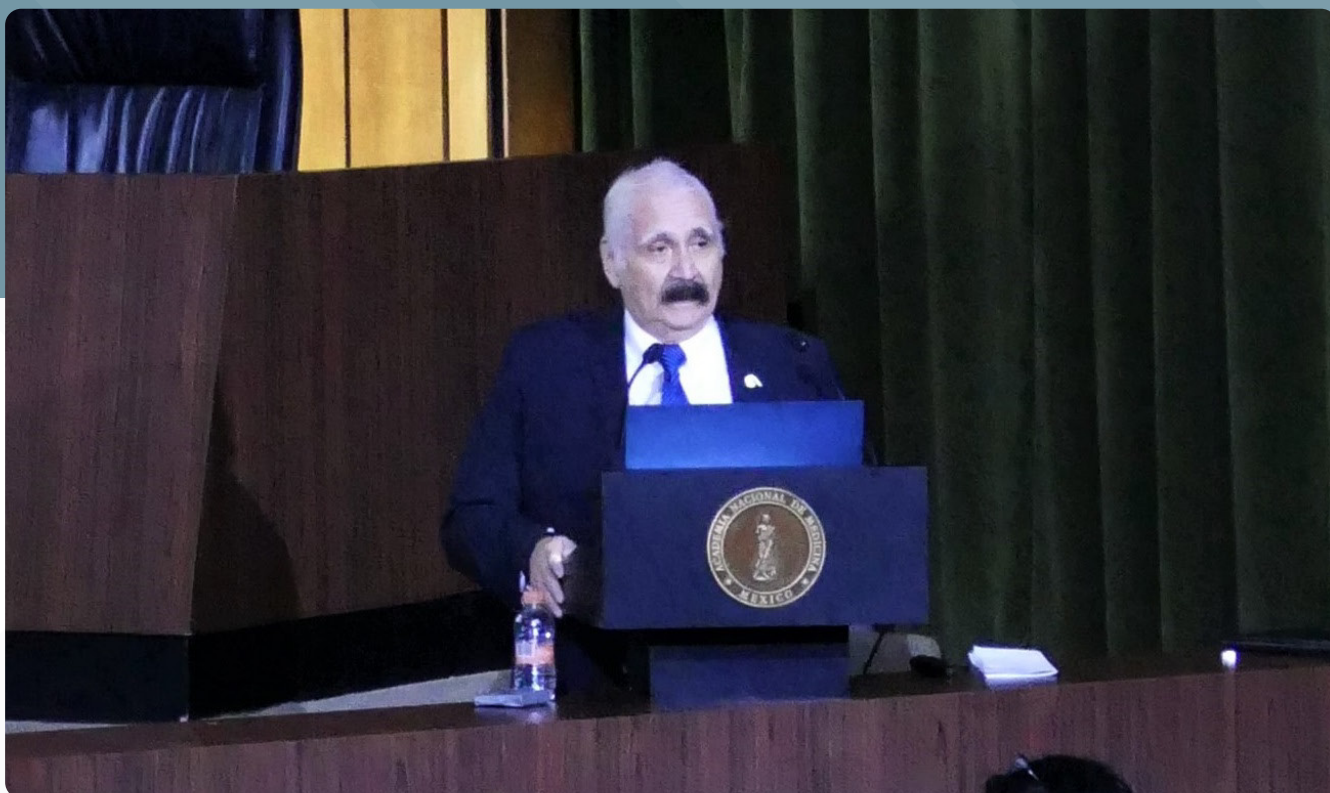
Si logramos favorecer esas siete áreas, vamos a mejorar muchísimo la salud en la mujer en nuestro país y si mejoramos eso, vamos a favorecer la salud de la población general, porque las mujeres somos las que estamos encargadas de la salud de la familia.



Carga del cáncer de mama en México: GBD 2023

Dr. Rafael Lozano Ascencio

Profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM



Profesor titular del departamento de Salud Pública en 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 y miembro regular de la Academia Mexicana de Ciencias. Cuenta con más de 250 publicaciones en revistas académicas y es profesor emérito del Departamento de Ciencias de la Medición en Salud de la Universidad de Washington.

El cáncer de mama continúa siendo una de las principales amenazas para la salud de las mujeres en México. Actualmente, es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, la principal causa de mortalidad prematura y una de las enfermedades con mayor impacto en años de vida perdidos por discapacidad.

La mayor parte de la carga, el 95% prevalece: muerte prematura. De acuerdo con el estudio **Global Burden of Disease (GBD) 2023**, el cáncer se ubica en las primeras 10 causas de muerte en el país, mientras que el cáncer de mama en las mujeres, es la número 9; y el número 14, en las pérdidas por años de vida saludables.

IMPORTANTE VIGILAR LAS FUENTES DE DATOS QUE USAMOS.

Si hablamos de mortalidad, el **Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)** reportó en 2024, **8 mil 400 muertes por cáncer de mama** en México.

Recordemos que INEGI registra los certificados de defunción de todo el país, los acumula y los publica. Por lo que, si bien se puede considerar una cifra robusta por la cantidad de características que tiene, puede haber sub-registro. **Muchas mujeres fallecen por cáncer de mama en sus hogares y esa enfermedad no siempre se reporta como causa de muerte en los certificados de defunción.**

Por otro lado, el **Global Burden of Disease (GBD)** hace un modelo, publica sus intervalos de incertidumbre y señala, entre este valor y este valor, está el número de muertes. Sus datos son cercanos a lo que presentó INEGI y consistentes con los casos estimados, de 24,400. Si con esa cifra se hace una división con el número de mujeres que murieron, el resultado que nos arroja es de 0.37 (mortalidad / incidencia).

A muchos les gusta usar Globocan, que es la base de datos oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Yo no. Aunque trabajé en Globocan, no les creo. Globocan reportó 30 mil casos registrados, con 7 mil 700 muertes por cáncer de mama en nuestro país —una cifra inferior a la registrada por el INEGI (8,400). Si tomamos en cuenta los valores de Globocan, tendríamos que tener un sistema de salud como el de Francia.

México va en dirección contraria

La mortalidad en **Inglaterra, Reino Unido, Estados Unidos** con programas bien organizados va descendiendo.

¿Qué pasa en lugares como México o Brasil donde los programas son oportunistas? La mortalidad está aumentando. Mientras que Chile se encuentra en una situación plana, debido a que comenzó a hacer detección temprana en el primer nivel de atención, tal como indica el protocolo.

¿CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE UN PROGRAMA OPORTUNISTA Y UN PROGRAMA ORGANIZADO?

El programa oportunista espera a que la mujer llegue al sistema, mientras que el organizado va a buscar a la mujer. Eso marca una diferencia significativa, por el estadio en que llegan, cómo se dan los tratamientos, etcétera.

¿Qué está impulsando la carga?

Los factores de riesgo, están cuantificados. El número de muertes que se pueden atribuir a riesgos metabólicos, en el caso de México, fundamentalmente por glucosa elevada y obesidad, son 1,600 muertes.

El grupo de mujeres más jóvenes con obesidad, ya tiene ese riesgo y vamos a llegar a 2040 con eso. Otro dato adicional es que el consumo de carne roja, produce un incremento en la mortalidad por cáncer de mama. Sin embargo, el intervalo de incertidumbre no nos permite dar una certeza, porque incluye el valor de cero.

Los factores de riesgo:

- Glucosa elevada
- Obesidad
- Tabaquismo
- Consumo de alcohol
- Sedentarismo





LA MALA NOTICIA.

El patrón que presentan algunas mujeres mexicanas de no tener hijos, o de tenerlos en edades avanzadas (en términos biológicos), sumado a menores periodos de lactancia, representan elementos de riesgo como los que tenía Europa hace 30 años, cuando la mortalidad empezó a subir.

La diferencia es que estamos en ese proceso, pero nuestro sistema de salud no está cambiando.

¿En qué estadio están llegando las mujeres? No tenemos mucha evidencia, pero tenemos un análisis publicado entre 2007 y 2016, por Dra. Karla Unger. El estudio tiene 10 años, y en ese periodo ocurrieron muchas cosas, entre ellas que ha disminuido el gasto para cáncer de mama.

Algunos de los resultados de esa investigación muestran que en el estadio 1 tenemos una situación similar a Estados Unidos y en el 2 también. Pero en el estadio 3 ya no, y es cuando las mujeres en México llegan al tratamiento.

El reto: Seguimos igual que hace una década

Datos de la Encuesta Nacional CAM 2026 y de la Encuesta Unger-Saldaña 2015 muestran pocos avances en detección oportuna. Seguimos igual que hace 10 años:

- Para el **75% de las pacientes** el tiempo de recibir atención, supera los 60 días.
- **66.6% de los casos** se ubican por autodetección, es decir, cuando el tumor ya se encuentra en una etapa más avanzada.

Lo que se hizo en Monterrey con “Alerta Rosa”, nos da una esperanza: sí podemos bajar los tiempos. Y esto puede ser un incentivo muy grande para el Protocolo Nacional de Atención Médica (PRONAM).

MÉXICO ENFRENTA UN COMPROMISO PARA 2040 IMPULSADO POR LA OMS

Con miras a **2040**, México enfrenta un compromiso internacional impulsado por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**: reducir en **2.5% anual la mortalidad por cáncer de mama**, con la meta global de evitar millones de muertes en el mundo.

Para lograrlo será indispensable **fortalecer el diagnóstico precoz y consolidar protocolos clínicos estandarizados**, especialmente en el primer nivel de atención.

Actualmente, la cobertura de detección se estima en **49% en el papel, aunque apenas alrededor del 20% sería efectiva en la práctica**. Incrementar esta cobertura a **50% real** podría contribuir a reducir hasta **4 mil muertes anuales**.

El reto no solo implica contar con más mastógrafos, sino trabajar en el diagnóstico precoz y para eso es fundamental la presencia de los protocolos.

Un tamizaje activo, un diagnóstico antes de dos semanas y un tratamiento sin barrera financiera, es un escenario prospectivo en el que se podrían bajar 128 mil muertes.

La diferencia está en que se tiene que impulsar la prevención primaria considerando los factores de riesgo. De lo contrario no se alcanzará el compromiso de disminuir en 2.5% las muertes al año en el mundo.

Inversión histórica, ¿Detiene la enfermedad?

Se hizo el anuncio de una inversión de **8 mil millones de pesos para el bienio 2026-2027**, el cual va dirigido para bajar o contener la enfermedad.

Pero, ¿se reducirá el intervalo de diagnóstico? ¿se actualizará la NOM-041, que lleva 14 años sin revisión? ¿el financiamiento solo reduce los retrasos? ¿Se resolverá la subutilización de los mastógrafos?

Hay un estudio publicado en 2022, por el Dr. Huerta Gutiérrez respecto al Seguro Popular, donde se señala que por lo menos ese programa, no logró reducir los tiempos.

Lo que sabemos y lo que no

- **La mortalidad está aumentando en 38% y eso implica que México va en dirección contraria.**
- Hay un retraso crítico que tiene que ver con el sistema y no con las mujeres.
- Ignoramos cuántos casos nuevos de cáncer de mama hay y en qué estadio están llegando.



MENSAJES FINALES:

- 1 Se van a comprar mil mastógrafos, sin saber cuántos casos hay y sin un sistema de información calibrado para medir el resultado de mortalidad. Se va a aumentar la oferta sin saber la magnitud de la demanda.
- 2 Podemos medir el impacto de la inversión con fuentes externas, aunque nos gusta consumir datos de nuestra propia cocina.
- 3 Sin un Registro Nacional completo, ¿qué nos va a presentar el gobierno? Se presentarán métricas de proceso: mastografías realizadas, o número de centros inaugurados.
- 4 Lo que importa no es medir el acceso, es informar si la sobrevivencia aumentó con una mejor calidad de vida, y si la mortalidad disminuyó.

Red Nacional de Registros de Cáncer de Base Poblacional: Cáncer de mama y su impacto en México

Dra. Yelda Leal Herrera

Coordinadora Nacional del Registro Nacional de Cáncer, base poblacional



Investigadora del Instituto Mexicano del Seguro Social. Miembro de los Líderes de Control de Cáncer para América Latina y miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Desde 2018 dirige el Centro Institucional de Capacitación y Registro del Cáncer, donde se implementó el primer registro de cáncer de base poblacional en el país. Desde 2023 dirige la Red Nacional de Registro de Cáncer de Base Poblacional, conformada por 10 nodos distribuidos en la zona norte, centro y sur del país. La Doctora Leal realizó sus estudios de maestría y doctorado en la Universidad Nacional Autónoma de México. En el 2014 realizó una estancia académica en la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer de la Organización Mundial de la Salud y en 2015 en la Unión Internacional para el Control del Cáncer para entrenarse específicamente en registros de cáncer. Sus principales campos de investigación han sido la epidemiología del cáncer, los sistemas de información, la búsqueda de biomarcadores en cáncer y contaminación ambiental y su impacto en la carcinogénesis.

Estamos trabajando juntos para tener una imagen de lo que es la carga real de cáncer de mama en nuestro país.

A nivel global se tienen 2.3 millones de casos nuevos de cáncer de mama en la mujer; con más de 600 mil defunciones por año, y con una prevalencia a cinco años de 8.2 millones de mujeres. En términos de incidencia, el cáncer de mama ocupa el segundo lugar mundial y en términos de mortalidad ocupa el cuarto lugar.

En México, respecto a la carga de cáncer en población en general se tienen **207 mil casos nuevos; con 96,210 defunciones y una prevalencia a 5 años de 577,487.**

Si nos enfocamos en cáncer en la mujer, el reporte Globocan 2022, indica un número de 111,200 casos nuevos registrados, con 49,795 muertes por año.

Si consideramos sólo cáncer de mama en México, de acuerdo a las estimaciones de Globocan, tenemos aproximadamente 31 mil casos diagnosticados por año, poco más de 8 mil muertes de mujeres y una prevalencia a cinco años de 102 mil 223 mexicanas.

En términos de registros se conocen tres tipos:

Los registros de vigilancia por laboratorios, donde varios laboratorios de patología unen sus esfuerzos y generan información. Sin embargo, esta información es sesgada porque depende del tipo de tejidos que manejen estos laboratorios y no representan la carga real de cáncer.

En segundo lugar tenemos **los registros que producen los hospitales que atienden pacientes con cáncer.** Sin embargo, esta información nuevamente puede ser sesgada porque depende del tipo de población que se esté atendiendo en ese hospital.

Esos dos tipos son útiles para fines administrativos, pero el registro de cáncer de base poblacional es aquel que suma el esfuerzo de una vigilancia por laboratorio, de la información que generan los hospitales, pero también hace un censo de todos los posibles sitios donde se encuentre información del paciente con cáncer para poder generar una carga real de cáncer en un área geográfica.

Los registros poblacionales son el estándar de oro para la generación de información de cáncer y a partir de esta información se publican los datos en el libro que cada 5 años lanza la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es la incidencia de cáncer en el mundo.

La línea del tiempo que tenemos en la implementación de los registros en el país, comenzó en 1970 con una iniciativa de lucha contra el cáncer. En ese momento, se hace una red de laboratorios y vigilancia, basado en registros histopatológicos.

Para los años 80 se genera una red de registros hospitalarios y a partir de ahí, tenemos el registro oncopediátrico que funcionó en el IMSS, en el Centro Médico Nacional.

En 2014 se habla del registro institucional de cáncer para el IMSS, pero es a partir de 2014-2016 cuando se genera la posibilidad de abrir el primer registro de base poblacional en México. Éste inicia en la ciudad de Mérida con un proyecto de investigación traslacional, con un fondo Conacyt-Pronace.

Para 2017 se hace una modificación a la Ley General de Salud por los datos que está generando este primer registro de base poblacional. A partir de 2018 se construye el Centro Institucional de Capacitación y Registro de Cáncer y en este año también se abre la red Cáncer México.

Carga de Cáncer en México Globocan - OMS 2022

Cáncer Población General

Población
131 562 775

Número de casos nuevos
207 154

Número de muertes
96 210

Casos prevalentes (5 años)
577 487



Cáncer Mujeres

Población
67 199 888

Número de casos nuevos
111 200

Número de muertes
49 795

Casos prevalentes (5 años)
329 147



Cáncer de Mama

Número de casos nuevos
31 043

Número de muertes
8 195

Casos prevalentes (5 años)
102 223



Fuente: WHO, International Agency for Research on Cancer (IARC) Global Cancer Observatory, 10 Oct 2025

Aún cuando esa red cierra en 2020, Mérida logra publicar los primeros datos preliminares en el 2020. En 2022, al terminar la pandemia, publicamos las primeras tasas de incidencia de registro de base poblacional en Mérida y es a partir de esta fecha cuando se busca replicar ese modelo en otras ciudades.

En 2023 el secretario de Salud hace un llamado para que se reactive esta red con la intención de crecer la red a 10 nodos. Desde 2024 estamos trabajando en colaboración conjunta entre el IMSS y el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) para generar una red de registros, a través de fondos de investigación.

¿Cómo se encuentran actualmente los registros en el país?

De 2016 a 2022 tenemos el primer registro de base poblacional que está generando datos duros y fidedignos en el país y a partir de 2018, con el rescate de tres registros: Tijuana, La Paz y Guadalajara, y con la suma de los cuatro que se abrieron en el 2024, empezamos a trabajar con esta estrategia. El año pasado se abrieron las tres últimas sedes que son Veracruz, Aguascalientes y Monterrey.

Red Nacional de RCBP

Cobertura aprox. 13.7 millones de habitantes

Alcance Nacional aprox. 10%



Tenemos 10 nodos con la sede de Mérida como referencia, y registros en la parte norte, centro y sur del país. Algunos centros son tan pequeños como el de Cajeme, Sonora, que cubre una población aproximada de medio millón y registros tan grandes como el de Puebla, que cubre una población por arriba de 2.8 millones de habitantes.

Con la estrategia iniciada entre 2024 y 2025, la primera limitante que tuvimos fue la falta de personal calificado para hacer los registros. Entonces se hicieron capacitaciones tanto al personal operativo como directivo.

También se trabajó en la matriz integradora de fuentes, que son todos los sitios potenciales, tanto públicos como privados, donde se van a coleccionar datos de cáncer. En 2024 se firmó un convenio interinstitucional entre el IMSS ordinario, el IMSS Bienestar, el INCAN y el Secretario de Salud como nuestro testigo de honor, para apoyar la colecta de la información tanto en el área pública como en la privada.



Objetivo en 2026

Estamos trabajando para incrementar la cobertura poblacional, con la firma de convenios con los secretarios de Salud estatales en las ciudades donde se encuentran los registros poblacionales. Además desarrollamos una herramienta responsiva para identificar los casos o los sitios donde se hace la colecta de los datos. De esta manera creamos un centro de referencia nacional donde se hace la validación y la curación de los datos de cáncer. Este centro trabaja con los indicadores de la OMS: comparabilidad, oportunidad y validez de los registros.

Trabajamos con un sistema de 29 variables en donde la mayor información que se colecta son los datos del tumor. Pero también hacemos un seguimiento pasivo en donde todos los casos de cáncer que se diagnostican, a final de año se cruzan con la base de datos de mortalidad para identificar quienes ya fallecieron y a partir de esto poder determinar supervivencia y letalidad por cáncer.

Tenemos 5 pasos que yo llamo el proceso BICCC, que es, buscar, identificar, coleccionar, codificar y capturar los casos de cáncer.

En la oficina central hacemos el trabajo de minería para generar datos duros y de calidad.

Trabajamos con el software CanReg 5, que desarrolló la OMS para términos de control y de colecta de datos en los registros poblacionales. También generamos la noticia integradora de fuentes, que es la búsqueda intencionada de todos los sitios donde hay información potencial del paciente con cáncer y a donde los recolectores de datos oncológicos tienen que migrar todos los días.

Esa matriz integradora de fuentes está dividida en cuatro dominios.

El primer dominio corresponde a todos los hospitales públicos y privados, de segundo y tercer nivel y clínicas especializadas donde se atienden los pacientes con cáncer.

En el segundo dominio tenemos los laboratorios, tanto públicos como privados, laboratorios de patología, hematología, medicina nuclear, medicina genómica, centros de endoscopia, mamografías, etcétera.

Porque nosotros recolectamos todos los tipos de cáncer, tanto sólidos como hematológicos, en todas las edades, adultos, niños y ancianos, en hombres y mujeres.

También tenemos un plan estratégico de capacitación continua mensual y un curso taller que damos para todos los recolectores de datos oncológicos. Como parte del plan estratégico de mejora, hacemos evaluación cuatrimestral de cada uno de los nodos. Asimismo, pertenecemos a la Agencia Internacional para la Investigación de Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) y participamos en todos sus entrenamientos.

Luego de trabajar con dichas estrategias, estos son los resultados preliminares para la implementación de los registros de base poblacional de esta red:

En aquellas sedes que están en fase de implementación contamos con datos de frecuencia y distribución. Para el caso de los registros consolidados tenemos tasas de incidencia. Al cierre de diciembre del 2025, se contabilizaron 43,661 casos de cáncer, que son datos validados y curados. Los registros que tienen más años son aquellos que están aportando más casos.

Las sedes cuyos registros se abrieron el año pasado son las que nos indican el número de casos a diciembre de 2025. El IMSS ordinario es la institución que aporta el mayor número de casos, pero también tenemos IMSS Bienestar; ISSSTE; privados; laboratorios, y esto nos habla de la cobertura poblacional que tiene esta red de registros.

Del total de casos colectados, tenemos ligeramente mayor número en mujeres (26,635), aproximadamente una diferencia de 10 mil casos con respecto a hombres (17,028).



Si vemos la distribución de los 43 mil casos, el cáncer de mama ocupa el primer lugar con aproximadamente el 25% (10,916 casos), y un promedio de edad en esas mujeres de 53.3 años.

Por género, la distribución de los diferentes tipos de cáncer, está de la siguiente manera: para mujeres, el cáncer de mama se encuentra en primer lugar; seguido del cáncer cérvico-uterino (CaCu) y el del cuerpo del útero. En hombres, los primeros lugares son cáncer de próstata, colorrectal y linfomas.

Estadísticas de incidencia, los datos duros que necesitamos tener en el país

Mérida inició el registro de base poblacional en el 2015-2016 con una población cubierta de más de 1 millón 300 mil habitantes, un área geográfica que incluye la ciudad de Mérida y su zona metropolitana de 3,225 kilómetros cuadrados, y que abarca 82 fuentes de información, tanto públicas como privadas.

A partir de esos datos, en 2022 se publicaron las primeras tasas de incidencia de Mérida. Lo que muestran es que los tipos de cáncer del tubo digestivo, ocupan el primer lugar; seguidos de cáncer de mama, así como el cáncer en genitales femeninos y masculinos.

Con tasas ajustadas por edad, tanto en hombres como en mujeres, el cáncer de mamá tiene una tasa por 100 mil mujeres, de 44.6. Le siguen el cáncer cérvico-uterino (CaCu); el del cuerpo del útero y el colorrectal.

Del lado del cáncer en hombres, las mayores tasas las presentan el cáncer de próstata; los linfomas y el colorrectal.



Importancia de contar
datos fidedignos y reales

Si hacemos una revisión de las distintas fuentes, encontramos que Globocan indica que la carga global de cáncer en la mujer en México es 142, pero Mérida reporta 153, ligeramente más alto (tasa de incidencia ajustada por edad, por 100 mil mujeres). En cáncer de mama, Globocan tiene un dato de 39.9, pero la información del registro de Mérida es de 44.6. (tasa de incidencia ajustada por edad, por 100 mil mujeres).

Aquí radica la relevancia de este registro para tener datos del país. Esto también nos permite compararnos con otras naciones: Los datos de Mérida son muy similares a lo reportado por Chile; Cuba y probablemente Colombia, pero existen en América Latina otros países que tienen datos de cáncer más altos como Brasil y Argentina.

El promedio para América Latina es de 51.9.

De manera específica, de los datos de cáncer de mama que reportó Mérida en el 2022, se hizo un análisis para ver la recurrencia y progresión. En aproximadamente 80% de los casos, se logró identificar el tratamiento que siguió la paciente y a partir de eso fue posible identificar estadísticas de remisión; de progresión y de abandono de tratamiento.

De tal manera que con los datos de Mérida, se puede reportar una recurrencia global de 14% y una progresión de 11.5%. Para el estadio 1, la recurrencia es de 3.4% en la muestra analizada. En el estadio 2, fue de 22.0% y en el estadio 3, de 31.4%.



Tasa Incidencia Ajustada por Edad por 100,000 mujeres

Cáncer	Globocan Mex
Global Mujeres	142.2
Mama	39.9

Cáncer de Mama cinco continentes (CI-5)
América Latina

América Latina	RCBP Argentina	RCBP Colombia	RCBP Chile	RCBP Cuba	RCBP Brasil
51.9	71.3	50.7	38.2	47.2	63.1

Tasa Incidencia Ajustada por Edad por 100,000 mujeres

Fuente: WHO, International Agency for Research on Cancer (IARC)
Global Cancer Observatory, 10 Oct 2025
Leal YA, et al. (2022) Arch Med Res, 53: 859

Tener esta información nos permite tener políticas y planes de acción específicos.

Respecto a los datos de defunción, utilizando las bases de acceso abierto que se encuentran tanto en INEGI como en DGIS, tenemos datos para el periodo 2000 - 2023, con lo que pudimos analizar las tendencias e inclusive hacer proyecciones.

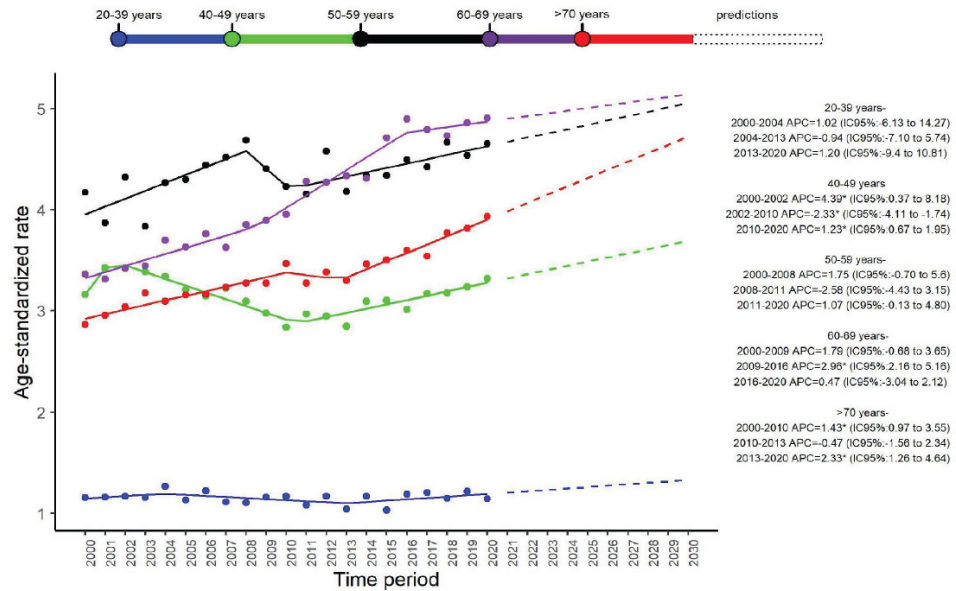
En esa base de datos identificamos aproximadamente 112,752 defunciones por cáncer en mujeres y después de una depuración nos quedamos con aproximadamente 111 mil casos.

Lo que muestra la información es que la mortalidad del cáncer de mamá está aumentando en el país: en el 2000 teníamos una tasa de mortalidad ajustada por edad de 14.7 y para 2023 subió a 17.8.



Mortalidad por cáncer de mama en México, serie de tiempo 2000 - 2023

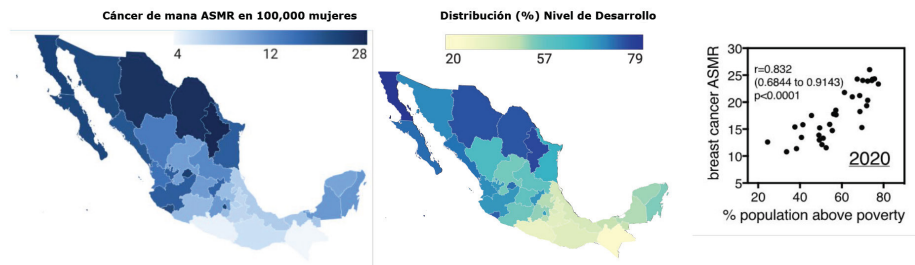
National mortality from breast cancer by age group



Fuente: Jaquín-Yañez L, et al. Eur J Epidemiol, In Press

Mortalidad por cáncer de mama en México, serie de tiempo 2000 - 2023

Y finalmente encontramos también que **existe una mayor mortalidad por cáncer de mama en los estados del norte del país con respecto del sur-sureste**. Lo que encontramos es que hay una correlación positiva entre la tasa de mortalidad por cáncer de mama y el nivel de desarrollo: **entre más nivel de desarrollo mayor mortalidad**.



Fuente: Jaquín-Yañez L, et al. Eur J Epidemiol, In Press



Para concluir: Esta iniciativa ha sido un esfuerzo multi institucional y esta red está generando información útil y fidedigna para el país.

Hago un llamado a sumarse para que este registro crezca y se pueda generar información por cada uno de los nodos.

El cáncer de mama sigue siendo un problema de salud mundial y en el país, con el mayor impacto en mujeres de 40 años. Los pasos que está dando el Registro Nacional de Cáncer son acciones conjuntas para el control y prevención del cáncer en México.



Calidad de la Atención Oncológica desde la Experiencia del Paciente

Dr. Santos Regino Uscanga Sánchez

Coordinador de la iniciativa Integrados por la Atención Oncológica de Calidad (IAOC)



■ Médico especialista en ginecología y obstetricia con subespecialidad en ginecología oncológica. Egresado de la Escuela Médico Militar de la Universidad del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos y la subespecialidad por el Hospital General de México. Maestro en alta dirección, es profesor del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia en los temas de gestión y mejora de la calidad.

Ha coordinado diplomados en unidades de salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, es integrante del Comité de Calidad de la Federación Mexicana de Colegios de Ginecología y Obstetricia, es asesor de CONASEM, de Fundación CIMA y de la Asociación Mexicana de la Lucha contra el Cáncer.



El cáncer de mama es el reto en salud pública caracterizado por diagnósticos tardíos, inicio no oportuno de tratamiento, una no adecuada cobertura de atención médica y una tendencia de mortalidad elevada.

Esta problemática sigue ocurriendo pese a todos los esfuerzos que se han realizado a través de muchos años.

¿Qué hacer para no intentarlo de la misma manera?

Desde el punto de vista de Integrados por una Atención Oncológica de Calidad (IAOC), le damos mucho peso a algo que parece ser que está normalizado: un bajo grado de implantación de la cultura de calidad.

Es decir, con qué periodicidad me reúno para evaluar, monitorear y mejorar las indicaciones que me aplican.

Desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, (OCDE), sobre la importancia que le dan de manera global al compromiso con servicios de salud de calidad, publican en el capítulo 5 de la Prestación de Servicios de Salud de Calidad, en 2018, lo que a cada quien le corresponde hacer.

¿Qué nos toca hacer?

Sociedad civil, sociedad médica y partes interesadas, nos toca el tema de la gobernanza y retroalimentar al sistema de salud con base en mediciones de las experiencias de los pacientes.

Como dice el Dr. Luis F. Aguilar Villanueva: “La interacción entre el gobierno y la sociedad para definir el sentido de dirección, ampliar el alcance y la capacidad para lograr los objetivos, se puede solo si aceptamos que aun cuando sea un gobierno muy competente, por sí solo no es suficiente para enfrentar los problemas que pretenda resolver”.

Por su parte, el Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención en Servicios de Salud para Hospitales, del Consejo de Salubridad General, en su estándar 5.9 señala: **“La importancia de medir y analizar la experiencia del paciente para la mejora de procesos”**.

Requisitos auditables:

- 1 Qué tengan un proceso para evaluar la experiencia de los pacientes.
- 2 Medición de la experiencia del paciente de forma regular.
- 3 Análisis de resultados para identificar oportunidades de mejora.

En tanto, en el **Programa Nacional de Atención Médica (PRONAM)** además de los 15 esquemas de tratamiento, vienen indicadores de desempeño y la estrategia o planes de trabajo compartidos para tener éxito, así como medición del impacto y la calidad de las medidas adoptadas.

A su vez, *The Lancet Global Health* en su comisión de salud, de sistemas de salud de alta calidad, coloca la importancia de no solo medir resultados en salud, sino también comunicar y difundir la satisfacción y la confianza social que se tiene en el sistema de salud.

DE LAS ANÉCDOTAS A LA EVIDENCIA

Así fue como nació IAOC, los que directamente ven y escuchan a pacientes, el dolor, las dificultades, los tiempos de espera, la incertidumbre y sobre todo, esas necesidades sentidas que no han sido satisfechas.

IAOC aceptó como alianza, integrarse con sociedad civil, sociedad médica y tener el apoyo del Instituto Nacional de Salud Pública, con el reto de convertir las experiencias que quedaban en anécdotas a evidencia robusta que permita colocar la experiencia del paciente en el centro de análisis y la toma de decisiones, para contribuir así con el grado de implantación del proceso de mejora continua en el sistema de salud.

Eso permitirá demostrar de manera documentada y confiable, su capacidad para detectar el cáncer en etapa temprana, iniciar oportunamente el tratamiento, la adherencia al tratamiento y fortalecer la confianza social en el sistema de salud.

El reto es normalizar los eventos de mejora continua con participación social a través de una política pública que lo garantice y que se difunda, que la sociedad esté informada, motivada y proactiva en defensa del derecho a la salud.

Para ello se creó una ruta crítica:

- Integración
- Generar evidencia
- Fomentar Interacción
- Acciones
- Evaluación
- Difusión

La parte preliminar de la evidencia ya está difundida y más adelante se publicará en la Revista de Salud Pública de México, pero lo importante es fomentar la interacción con los tomadores de decisiones para motivar el análisis conjunto y tomar acciones que demuestren ser efectivas para cerrar las brechas en los indicadores.

El estudio fue titulado: "Indicadores de calidad en la atención del cáncer de mama en mujeres mexicanas: una perspectiva centrada en la experiencia de la paciente", y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, del Instituto Nacional de Salud Pública.

Para el estudio se usaron los indicadores de la Estrategia Mundial contra el Cáncer de Mama de la OMS, así como el lineamiento técnico de esta administración de cáncer de mama.

El diseño del estudio fue una encuesta electrónica. El análisis es estadística descriptiva y modelos de regresión para evaluar factores asociados con la etapa clínica.

De esta manera se logró obtener un protocolo que ayuda a recabar datos que permiten medir indicadores y sobre todo experiencias para saber el acompañamiento que se le da a las pacientes.

Se puso como meta o tamaño muestral 2 mil 580 participantes, sin embargo, no solo se logró en cinco meses, sino que se rebasó, gracias a que 3 mil 100 mujeres se atrevieron a compartir su historia.

¿Qué se encontró?

- ▶ En primer lugar, **los retrasos que se van acumulando en el proceso de atención**, la mitad no entran dentro del intervalo que recomienda la OMS. Hay que implementar acciones para cerrar la brecha.
- ▶ **El 60%** está en etapa clínica 1 y 2.
- ▶ **La mayor parte de los casos se detectaron por autoexploración**, lo que habla de la cobertura del tamizaje.
- ▶ **¿Gratuidad?** Es relativa, porque las respuestas muestran que aun cuando se acude a servicios públicos, los pacientes gastan en otras consultas, en biopsia, y medicamentos.
- ▶ **Cáncer-miedo:** miedo a morir, miedo a no ver a mis hijos crecer, miedo a perder mi entorno.
- ▶ **Se requieren servicios complementarios:** tanatología, cirugía reconstructiva, fisioterapeuta, grupos de apoyo, clínica del dolor, consulta de nutrición y consulta psicológica.

Hicimos un Índice compuesto de desempeño y vimos la diferencia entre lo público y lo privado, y pudimos ubicar el mejor desempeño, y como una de las preguntas es: ¿en qué institución te atendiste? Entonces vamos a poder hacer un mapa de posición competitiva, que nos muestre dónde estamos cada quién y qué vamos a hacer para mejorar.

Ya logramos transformar la experiencia de pacientes en evidencia. Pero si la información que se genere, no se utiliza para actividades de monitoreo, evaluación y mejora, de nada servirá.

Deben realizarse reuniones interinstitucionales a nivel nacional y estatal, donde se analicen esos indicadores y se generen expedientes de gestión directiva, como lo dice la DGPLADES (Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud), en su modelo GORS (Gerencia y Organización de la Rectoría en Salud).

Vamos a tocar todas las puertas como sociedad civil y médica organizada, para solicitar hacer el análisis conjunto.

En México, muchas pacientes con cáncer enfrentan retrasos en el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

IAOC ya cuenta con información robusta, generada en cinco meses, sobre la calidad de la atención en cáncer de mama desde la voz de las pacientes.

Ahora el llamado es claro, que esta evidencia se utilice en:

- Reuniones Interinstitucionales con participación social para tomar mejores decisiones que mejoren la atención.

Juntos autoridad y sociedad fortaleciendo la gobernanza.

Costos directos e indirectos del cáncer de mama

Mtro. Luis Ortiz Blas

Economista especialista en sistemas de salud



Tiene estudios de licenciatura en Economía en el Centro de Investigación y Docencia Económicas. Cursó la maestría en Economía y Políticas en Salud en la Escuela de Posgrado de Economía de Barcelona, España. A lo largo de su trayectoria profesional se desempeñó como coordinador normativo de Evaluación en el Instituto Mexicano del Seguro Social y fue titular de la Unidad de Análisis Económico en la Secretaría de Salud a nivel federal. Asimismo, fungió como director general adjunto de Política Internacional en la coordinación de asesores de la Secretaría de Salud. Ha colaborado con organismos e instituciones como el Banco Mundial, la OCDE y la Secretaría de Desarrollo Social. Actualmente es director de Sistemas de Salud en la empresa Tecnología e Información para la Salud.

En general a nivel global y con datos de 2022, sabemos que se registraron 670 mil muertes por cáncer de mama y lo que vemos es que de forma consistente es el cáncer más común en mujeres en 157 de 185 países. A nivel nacional también fue la primera causa de muerte entre los tumores malignos en mujeres.

Hoy en especial quiero traer a la mesa los hallazgos de una investigación realizada en los últimos meses, sobre todo de la población que tiene el tipo HR positivo / HER 2 negativo.

¿Por qué es tan relevante esta población?

Es el tipo de cáncer de mama con más prevalencia a nivel nacional. Su variedad de alto riesgo, se encuentra entre los de peor pronóstico a 10 años, y puede ser más agresivo, incluso que otros considerados de alto riesgo como es el triple negativo. Esto puede generar una mayor mortalidad, progresiones más complicadas, mayor recurrencia y enfermedad metastásica.

Lo que hicimos en el estudio fue identificar algunas variables, sobre todo de la parte clínica y traducirlas al costo económico. De la parte clínica sabemos que el cáncer de mama tiene una alta carga de la enfermedad, sabemos además que tiene tratamientos bastante prolongados y múltiples etapas de la enfermedad.

Sin embargo, también existe una parte del impacto social y económico que es importante tomar en cuenta, la cual tiene que ver con la pérdida de productividad de aquellas pacientes que llegan a padecer esta enfermedad, así como la carga para pacientes y cuidadores y el uso intensivo de los servicios de salud.

Esto se traduce en dos tipos de costos. **Por un lado tenemos los costos médicos directos en los cuales se incluyen tanto tratamientos farmacológicos e intervenciones médicas. Por el otro, tenemos los costos indirectos, como son cambios en la productividad; la discapacidad y también el tema de la orfandad.**

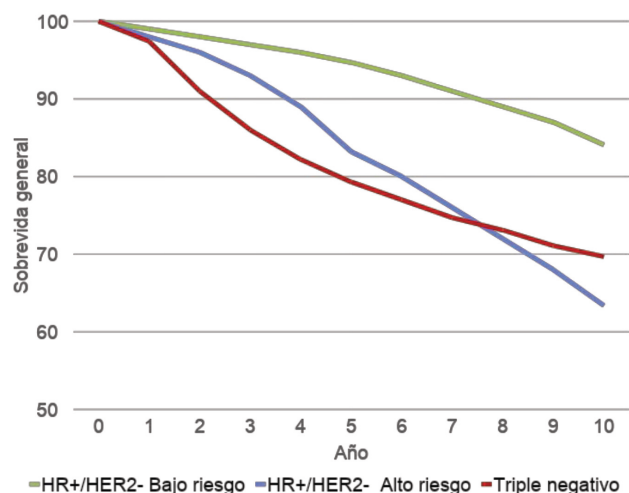
El presente estudio está enfocado sobre todo en la parte de los costos médicos directos y vamos a hacer una reflexión sobre aquellos que son indirectos.

HR+/HER2- de alto riesgo: la urgencia de actuar en etapa temprana

¿Por qué enfocarnos en esta población?

En el subtipo HR+/HER2-, las pacientes de alto riesgo presentan tasas de recurrencia significativamente mayores y, a lo largo de un horizonte temporal de 10 años, una mortalidad superior incluso a la de subtipos tradicionalmente más agresivos, como el triple negativo.

El tratamiento **en etapa tempranas** representa una **oportunidad crítica** para reducir significativamente el riesgo de recurrencia y evitar la progresión a enfermedad metastásica.



Fuente: Lammers, 2024¹

1. Lammers SWM, Meegdes M, Vriens IJH, Voogd AC, de Munck L, van Nijntzen TJA, Keymeulen KBMI, Tjan-Heijnen VCG, Geurts SME. Treatment and survival of patients diagnosed with high-risk HR+/HER2- breast cancer in the Netherlands: a population-based retrospective cohort study. ESMO Open. 2024 May;9(5):103008. doi: 10.1016/j.esmoop.2024.103008. Epub 2024 Apr 26. PMID: 38677006; PMCID: PMC11067336.

Para encontrar la información, en un primer momento, hicimos entrevistas a 16 médicos especializados en cáncer de mama que trabajan en instituciones públicas. Dichas encuestas se hicieron entre diciembre de 2025 y marzo de 2026 y estuvieron basadas en el actual Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de mama de 2025.

En ese momento todavía no contábamos con un PRONAM para poder extraer de ahí la información y se consideró en lo particular a aquellos pacientes que tuvieran cáncer de mama HR positivo/ HER 2 negativo de alto riesgo.

A partir de las entrevistas identificamos los principales factores, frecuencias, porcentajes y duración de cada uno de los tratamientos. Con esta información logramos obtener el uso de recursos en términos de cuántos estudios de laboratorio utilizan, qué medicaciones, los seguimientos, etcétera, y con esa base generamos el cálculo de costos.

Tomamos en cuenta sobre todo tabuladores de hospitales públicos, del IMSS, de institutos de salud y a partir de ello hicimos los cálculos. Por ejemplo, en el caso de los medicamentos y otros tratamientos, consideramos precios asociados a la compra consolidada de 2026.

De las 16 entrevistas realizadas con los médicos, ocho fueron para obtener información de pacientes diagnosticadas en etapa temprana y ocho entrevistas se hicieron sobre etapas avanzadas de la enfermedad, correspondientes a cáncer localmente avanzado y a la etapa metastásica.

Dentro de los resultados obtenidos, se encontró que alrededor de 61% de las pacientes tenían la presencia de biomarcadores para el tipo de cáncer HR positivo/ HER 2 negativo.

Además, 48% se identificó como de alto riesgo y se pudo determinar la proporción entre pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas. Un porcentaje amplio de mujeres fueron diagnosticadas en la etapa temprana y en la localmente avanzada del cáncer.

Sin embargo, al profundizar en la información, encontramos que aquellas pacientes con cáncer de mama de alto riesgo, fueron diagnosticadas en etapas mucho más avanzadas de la enfermedad.

A partir de esto lo que hicimos fue dividir toda la información en cuatro grandes áreas.

Primero la parte de diagnósticos que incluye laboratorios, valoraciones, biopsias, imagenología, entre otros.

Para las etapas tempranas y localmente avanzadas hicimos un costeo de toda la información asociada a tratamientos, quimioterapias, terapias hormonales, etcétera.

En lo que corresponde a la parte metastásica es un poco más complejo porque además de los conceptos anteriores es necesario tomar en cuenta la progresión en otros órganos; así como la atención y seguimiento de esas pacientes.

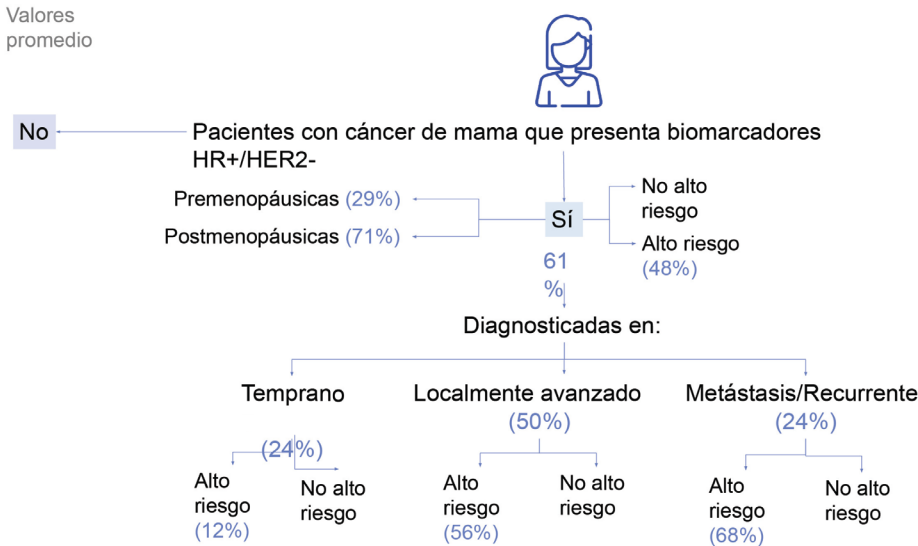
Uno de los puntos relevantes identificados a través de estas encuestas es que en pacientes que son diagnosticadas en una etapa temprana, el riesgo de recurrencia es menor que en aquellas que fueron identificadas en etapas localmente avanzadas. Esto es muy relevante porque brinda una oportunidad única para tratar a las pacientes.

A partir de ello lo que hicimos fue calcular dos tipos de costos, el costo del primer año y el costo de los cinco años subsecuentes.

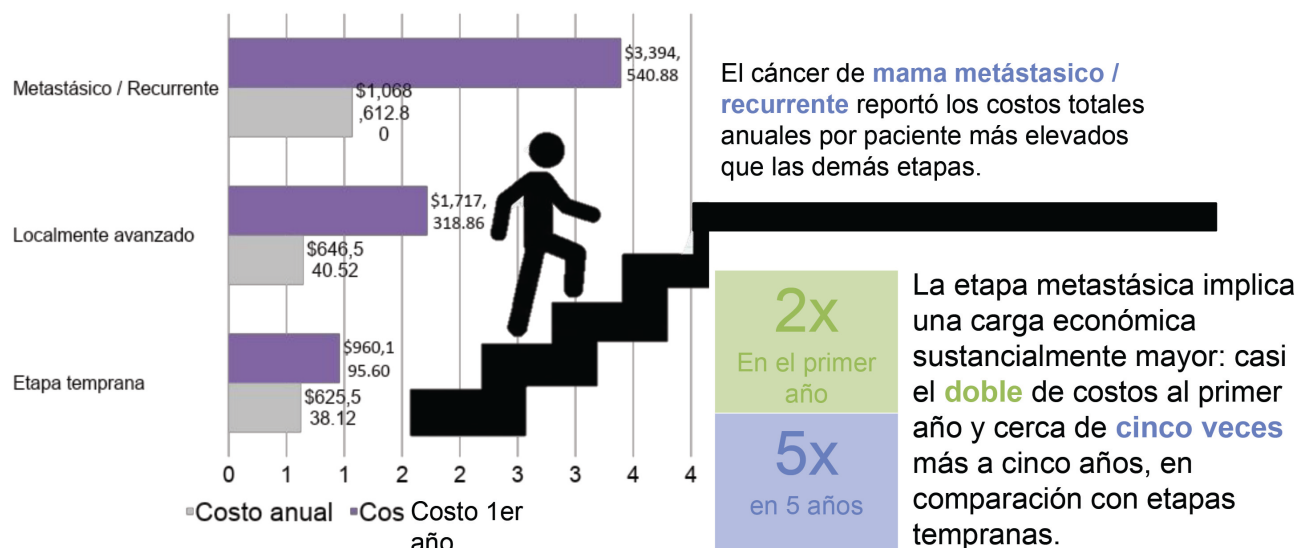
Al momento de comparar, vemos que tan sólo en el primer año la etapa metastásica duplica los costos asociados respecto a la etapa temprana. **Y cuando el cálculo lo llevamos a 5 años, el monto llega a ser 5 veces mayor en una etapa metastásica o recurrente, frente a una etapa temprana.**

Resultados obtenidos

Características clínicas de pacientes con cáncer de mama



¿Cuánto cuesta cada etapa?



Respecto a los costos indirectos, lo que podemos ver es que el cáncer de mama genera no solamente mortalidad, sino también discapacidad en el corto y en el largo plazo; afecta la funcionalidad diaria y la capacidad laboral.

Vemos además que muchas de las mujeres se encuentran en una etapa productiva, lo cual afecta su posición en el mercado laboral.

Y existen muchos costos indirectos por discapacidad que es importante seguir midiendo. Dentro de ellos tenemos la pérdida de productividad ya sea temporal o permanente. Pero también el ausentismo laboral; el presentismo laboral, que es cuando las mujeres pueden ir a trabajar, pero su productividad ha decaído; la incapacidad total o parcial; los costos de rehabilitación. Otro punto importante son los recursos que se requieren para los cuidadores dentro del hogar o el apoyo de familiares y amigos.

La proporción de mujeres que regresan a trabajar cuando son diagnosticadas en una etapa temprana, es un número mucho mayor que aquellas que son identificadas en etapas localmente avanzadas o metastásicas.

Hay otro punto relevante dentro de los costos indirectos, pero que no se menciona tanto, que es la orfandad. Es decir, si el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en México, la mayor parte de esos decesos se dan en un momento en el que ellas aún tienen hijos en edades de dependencia.

De acuerdo con información de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), cada año alrededor de un millón de menores de edad pierden a su madre debido al cáncer. **En América Latina, el 25% de los casos de orfandad materna en menores de edad tiene como causa el cáncer materno.**

Esto conlleva y tiene muchas implicaciones al interior de los hogares, desde la pérdida de la principal cuidadora, un cambio en la estructura total de la familia, la interrupción educativa, la pérdida del ingreso del hogar, así como los costos asociados al cuidado sustituto.

De esta manera, el cáncer de mama no sólo tiene repercusión en las pacientes, sino que tiene un impacto intergeneracional también en los niños.

Conclusiones

- 1 La atención oportuna es clave para reducir la carga de la enfermedad en cáncer de mama.
- 2 El diagnóstico tardío no sólo es un problema clínico, con repercusiones epidemiológicas, sino que también tiene una carga financiera importante.
- 3 La inversión en diagnóstico temprano en las pacientes, al final se convierte en un ahorro en el largo plazo.
- 4 Al identificar a las pacientes en una etapa temprana se tiene la posibilidad de disminuir discapacidad, bajar la mortalidad prematura y reducir costos a todo el sistema.
- 5 Al final, el contar hoy por hoy con nuevas tecnologías y tratamientos en etapas tempranas va a ayudar a mejorar el pronóstico, a reducir la mortalidad, también a disminuir el riesgo de recurrencia y de progresión en pacientes para que no lleguen a una etapa metastásica.
- 6 Priorizar el cáncer de mama no es sólo una cuestión epidemiológica y presupuestal, también tiene un argumento importante de justicia social y de un impacto intergeneracional.



Perspectivas clínicas en la atención integral del cáncer de mama

Dra. Claudia Arce Salinas

Directora del Hospital Oncológico para la Mujer de la Ciudad de México



■ Médico cirujano de la Facultad de Medicina por la UNAM, especialista en Medicina Interna y Oncología Médica por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ). Cuenta con maestría en Ciencias Médicas por el mismo Instituto. Ha editado libros y capítulos relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, así como diversos manuscritos publicados en revistas indexadas. Participa como coordinadora en el Consenso Nacional sobre el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario.

La doctora e investigadora **Karla Unger** publicó un análisis sobre el impacto del Seguro Popular entre 2007 y 2017. El estudio, realizado con información de más de **50 mil pacientes con cáncer de mama**, plantea una reflexión preocupante: **en una década no se logró modificar de manera significativa la etapa clínica en la que las pacientes llegan al diagnóstico.**

A pesar de los avances registrados en distintos ámbitos de la atención médica, las etapas avanzadas de la enfermedad continúan predominando al momento del diagnóstico en México, una situación que se ha mantenido prácticamente sin cambios durante las últimas dos décadas.

El principal hallazgo es contundente: **los esfuerzos realizados hasta ahora no han conseguido transformar de manera sustancial la detección oportuna del cáncer de mama en el país.**

La expectativa con la creación del Seguro Popular era que una mayor cobertura y acceso a medicamentos permitieran reducir la mortalidad y favorecer diagnósticos en etapas más tempranas. Sin embargo, los resultados muestran que esos objetivos no se alcanzaron en la magnitud esperada.

De acuerdo con datos del **Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)**, la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de entre 40 y 50 años no ha mostrado cambios significativos en los últimos 15 años. Mientras tanto, en otras regiones del mundo, las defunciones asociadas a esta enfermedad disminuyen a un ritmo aproximado de **2% anual.**

La pregunta es inevitable:

■ **¿Qué estamos haciendo mal para que, pese a los esfuerzos realizados, no se observe un impacto tangible en la mortalidad ni una mejora sostenida en los resultados de atención?**

Una posible explicación es la falta de articulación entre las distintas estrategias y actores involucrados. Por un lado, están las acciones de tamizaje; por otro, los procesos de diagnóstico oportuno. Sin embargo, ambos componentes continúan operando de manera fragmentada, limitando su efectividad.

En materia de detección temprana, el desafío sigue siendo considerable. En México, **la cobertura de tamizaje se mantiene por debajo del 30%**, una cifra insuficiente para lograr el impacto esperado en la identificación temprana de casos y, en consecuencia, en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama.

Por otra parte, los datos de la **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)** muestran que, aunque a muchas mujeres se les ha realizado una mastografía alguna vez en la vida, la continuidad del tamizaje sigue siendo limitada. Cuando se evalúa si este estudio se realiza con la periodicidad recomendada, ya sea anual o bianual, **la cobertura desciende a aproximadamente 22%.**



En términos prácticos, esto significa que el programa de detección mediante mastografía no está logrando el alcance necesario. Al mismo tiempo, en materia de diagnóstico oportuno, la proporción de pacientes identificadas en **etapas 1 y 2, cuando las probabilidades de curación superan el 90%, se mantiene por debajo del 30%.**

Ante este panorama, surge una pregunta fundamental: **¿qué estrategias deben implementarse para fortalecer tanto el tamizaje como el diagnóstico temprano del cáncer de mama en México?**

Algunas experiencias internacionales ofrecen pistas importantes. En varios países europeos se ha impulsado un enfoque integral que considera a la paciente como el eje de la atención, combinando la autoexploración, la mastografía y una **evaluación individualizada de los factores de riesgo.** El objetivo es identificar de manera más temprana a las mujeres con mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad y, con ello, lograr un impacto real en la reducción de la mortalidad.

En este contexto, ya se trabaja en estrategias para fortalecer la detección oportuna del cáncer de mama en México. Sin embargo, más que enfocarse únicamente en alcanzar una cifra determinada de cobertura, el desafío consiste en avanzar hacia una atención más personalizada, que considere las características y factores de riesgo de cada mujer.

Por ejemplo: los europeos proponen individualizar a la paciente, es decir, si tiene menos de 45 años, no tiene ningún factor de riesgo para cáncer, hace ejercicio, no consume alcohol, no fuma, no tiene terapia de reemplazo hormonal, y no usa anticonceptivos, **entonces la incidencia que puede tener por cáncer de mama va por debajo del 1%.**

En este escenario clínico, a lo mejor ni siquiera tendría que hacerse énfasis en realizar una mastografía anual a partir de los 40 años.

Por el contrario, **si la paciente tiene familiares con cáncer de mama o es portadora de una variante patogénica** para genes de alta susceptibilidad para desarrollar cáncer, en donde el riesgo va de 1 en 16, entonces ahí **se tienen que intensificar las medidas de tamizaje.** Se tiene que incluir, inclusive una resonancia magnética o una mastografía contrastada, de tal forma, que no todas las mujeres se tienen que tamizar igual.

Por ello, avanzar hacia **estrategias de detección más personalizadas para las mujeres con mayor riesgo podría generar un impacto significativamente mayor en la identificación temprana del cáncer de mama** y, en consecuencia, en los resultados de salud.

Además, no basta con considerar los factores de riesgo. Cuando estas estrategias se complementan con intervenciones concretas y acompañamiento continuo, es posible mejorar de manera importante la adherencia al tamizaje. De esta forma, las pacientes comprenden mejor la importancia de realizarse estudios como la mastografía, aun cuando puedan resultar incómodos.

La evidencia muestra que los programas de tamizaje indiscriminado, sin educación ni acciones orientadas a reducir riesgos, tienen un efecto limitado sobre la participación de las pacientes. En cambio, cuando se incorporan campañas de promoción de la salud, actividad física, educación clínica y evaluación de factores de riesgo, **la adherencia al tamizaje puede incrementarse hasta en un 85%.**

En este sentido, el mensaje es claro: es momento de dejar atrás la idea de que octubre se limita a promover la mastografía. Se requiere un enfoque más integral, que involucre a los médicos de primer contacto, fortalezca la identificación temprana de factores de riesgo y genere acciones concretas para garantizar que más mujeres tengan acceso efectivo y oportuno a los programas de detección.

Impulsar el diagnóstico oportuno

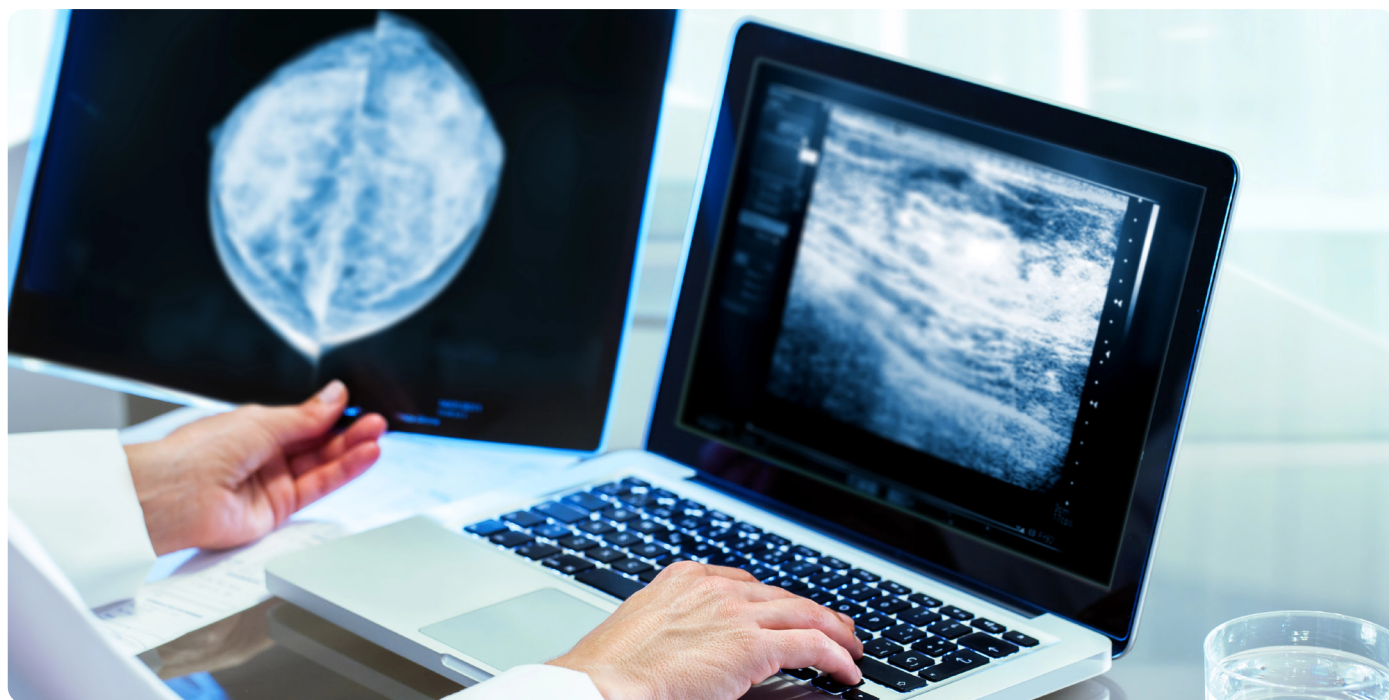
► En México menos del 30% se diagnostican en etapas tempranas.

Sin embargo, en muchas ocasiones la causa-raíz, no solamente es que la paciente tarde en buscar atención médica. También **puede ser un servicio médico que no está ofreciendo las estrategias que requiere una paciente para hacer un diagnóstico oportuno, en donde el intervalo desde que la paciente toca la puerta de algún médico hasta que se le da el diagnóstico oscila en ocho meses en promedio**, aunque esto puede incrementarse hasta a un año y medio. Lo anterior se traduce en un retraso en el inicio de su tratamiento y por lo tanto, se sigue viendo cáncer en etapas localmente avanzadas.

Uno de los puntos en donde hay más retrasos en el diagnóstico, es justamente en la inmunohistoquímica.

Sabemos que el cáncer de mama es una enfermedad heterogénea y que no puede ser diagnosticada solamente como cáncer de mama.

Entonces **lo que se busca es acortar tiempos a un mes de intervalo, desde que la paciente toca la puerta para atención médica o detecta algún síntoma, dos meses en el diagnóstico y un mes para que inicie el tratamiento.**



¿Cómo lograrlo?

Aquí es donde el Hospital Oncológico para la Mujer de la Ciudad de México busca contribuir a cambiar la realidad actual del cáncer de mama, mediante un modelo enfocado en el diagnóstico oportuno y la atención integral de las pacientes.

El hospital opera bajo un esquema de “acto único”, lo que significa que la paciente recibe una valoración integral en una sola visita. Durante la consulta médica se realiza la evaluación clínica y, de acuerdo con los hallazgos, se determina de inmediato la necesidad de estudios complementarios, como la mastografía.

Si durante la mastografía se identifica alguna lesión sospechosa, se procede a realizar una biopsia. De esta manera, en un mismo día o en un plazo menor a una semana, la paciente puede completar el proceso diagnóstico necesario para confirmar o descartar la enfermedad.

A la fecha, se han realizado 190 mastografías en esta unidad. De ellas, 10 han resultado positivas para patología maligna y 180 para patología benigna. Esto significa que, por cada mastografía realizada, aproximadamente 9 de cada 10 pacientes presentan hallazgos benignos.

Con apenas dos meses de operación, el Hospital Oncológico para la Mujer de la Ciudad de México ha logrado identificar oportunamente estos casos de patología mamaria. Además de facilitar un diagnóstico más rápido, este modelo contribuye a reducir costos, evitar traslados innecesarios y mejorar la experiencia de atención para las pacientes.

El modelo de atención del Hospital Oncológico se basa en seis pilares:

- 1 **Promoción:** Educación
- 2 **Prevención:** Detección oportuna
- 3 **Detección:** Tamizaje
- 4 **Diagnóstico:** Diagnóstico rápido
- 5 **Tratamiento:** Manejo multidisciplinario
- 6 **Acompañamiento:** Apoyo emocional (psicología/psiquiatría), navegación de pacientes

Por ello, no basta con indicar a una paciente que debe realizarse una mastografía. Es indispensable acompañar esta recomendación con educación en salud, de modo que conozca sus factores de riesgo y comprenda, por ejemplo, que la obesidad es un factor determinante en el desarrollo del cáncer. De esta manera, podrá involucrarse activamente en su cuidado y en las acciones de prevención necesarias para reducir su riesgo.

En materia de prevención, uno de los principales objetivos es garantizar el acceso oportuno a la atención. Una de las características del Hospital Oncológico para la Mujer es que, independientemente de dónde se haya realizado el estudio, éste se revisa y evalúa para verificar su calidad, evitando que la paciente tenga que repetirlo de manera innecesaria.

Este modelo permite optimizar recursos y, sobre todo, reducir tiempos de espera, favoreciendo un diagnóstico más temprano y una atención más eficiente.

Otra de las prioridades es el acompañamiento emocional. Desde el primer contacto, en el denominado Consultorio Rosa, las pacientes cuentan con apoyo psicológico. Además, en las áreas de quimioterapia y hospitalización se ha habilitado una sala para familiares, reconociendo que el cuidador primario enfrenta una carga física y emocional considerable y requiere atención especializada.

En el Hospital Oncológico para la Mujer de la Ciudad de México se concibe a la mujer de manera integral. La paciente es el eje de la atención y el centro de todas las decisiones y acciones encaminadas a su bienestar y recuperación.

¿Qué estamos haciendo?

Actualmente, el Hospital Oncológico para la Mujer ha logrado reducir significativamente los tiempos de atención. **Desde la primera valoración médica hasta la entrega de los resultados de patología transcurren aproximadamente 14 días.** Una vez confirmado el diagnóstico, **el objetivo es que la paciente inicie su tratamiento en un plazo no mayor a 30 días**, favoreciendo una atención más oportuna y mejores oportunidades de éxito terapéutico.

A dos meses de su apertura, el Hospital Oncológico para la Mujer de la Ciudad de México ha registrado la atención de 600 pacientes hasta el cierre de abril (2026), consolidándose como una nueva alternativa para la detección y tratamiento oportuno del cáncer en mujeres.

Uno de los aspectos más relevantes es que 265 de estas pacientes son derechohabientes del IMSS ordinario. Sin embargo, el hospital opera bajo una política de “cero rechazo”, por lo que brinda atención a toda mujer que requiera tratamiento, independientemente de su institución de afiliación o condición de aseguramiento.

Las 340 pacientes restantes no cuentan con derechohabiencia. Entre ellas, se identificó que el 20% presentaba cáncer de mama, por lo que ya se encuentran en proceso de tratamiento dentro de la unidad.





Asimismo, al 30 de abril se habían administrado 150 esquemas de quimioterapia, como parte de la estrategia de atención integral para las pacientes diagnosticadas con cáncer.

Además del cáncer de mama, el hospital ha detectado otros padecimientos oncológicos: 3.7% de las pacientes atendidas fueron diagnosticadas con cáncer cervicouterino, 1.5% con cáncer de endometrio y 0.9% con cáncer de ovario, lo que refleja la importancia de fortalecer las acciones de detección temprana en salud femenina.

De esta manera, en apenas dos meses de operación, el hospital ha logrado cumplir su objetivo de diagnosticar a las pacientes en un plazo menor a 14 días e iniciar el tratamiento antes de los 30 días posteriores a la confirmación del diagnóstico.

La meta del Plan Nacional es ampliar este modelo de atención a la Red de Hospitales de Acto Único del país (IMSS, IMSS-Bienestar, INSHAE, ISSSTE y PEMEX). Actualmente existen 87 unidades de este tipo y se prevé la incorporación de 70 más, con el propósito de replicar una estrategia que contribuya a mejorar la atención de los pacientes y reducir la mortalidad asociada a estas enfermedades.

¿Cuál es la meta?

El modelo de atención del Hospital Oncológico para la Mujer de la Ciudad de México tiene como objetivo fortalecer el tamizaje basado en factores de riesgo, promover diagnósticos en etapas tempranas y reducir los tiempos de atención y tratamiento.

La meta es que esta estrategia permita incrementar la detección oportuna de casos y que, en un plazo de cinco años, se traduzca en una reducción de la mortalidad y en una mayor supervivencia de las pacientes.

Asimismo, se busca que el intervalo entre la sospecha diagnóstica y la confirmación de la enfermedad sea inferior a 60 días, en concordancia con las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Agradecimientos

Lic. Héctor Valle Mesto

Presidente ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD)



Agradecemos a la **Academia Nacional de Medicina** y a su presidente, el **Dr. Raúl Carrillo Esper**, por recibirnos y abrir este espacio de diálogo sobre el **“Cáncer de mama y la importancia del diagnóstico y abordaje temprano”**.

Nuestro reconocimiento también al **Dr. Carrillo** por compartir su visión sobre la importancia de fortalecer la promoción de la salud y consolidar una verdadera cultura de la prevención como eje de las políticas sanitarias.

Extendemos nuestro agradecimiento a la **Dra. Patricia Clark** por su liderazgo en el desarrollo del PRONAM de cáncer de mama, una estrategia que representa un avance significativo hacia la estandarización de los tratamientos y el establecimiento de directrices claras para la prevención, el diagnóstico y la atención de esta enfermedad.

Agradecemos a la **Dra. Guadalupe Guerrero Avendaño** por su compromiso permanente con el Consejo Promotor de la Mujer y la Fundación, así como por su contribución al fortalecimiento de iniciativas orientadas a mejorar la salud y el bienestar de las mujeres.

Agradecemos al **Dr. Rafael Lozano Ascencio** por los datos compartidos y por recordarnos con claridad los retos que aún tenemos por delante. Queda mucho trabajo por hacer para mejorar la supervivencia de las personas que enfrentan cáncer de mama y para fortalecer la oportunidad y eficiencia de todo el proceso diagnóstico.

Gracias, **Dra. Yelda Leal Herrera**. Para México es un privilegio contar con una especialista de su trayectoria y experiencia en registros de cáncer. Confiamos en que seguirá impulsando y fortaleciendo el registro de los distintos tipos de cáncer en beneficio de la salud pública y de la generación de evidencia para la toma de decisiones.

Gracias también al **Dr. Santos Regino Uscanga Sánchez**. La relevancia de la autodetección, como usted señaló, es fundamental. Del mismo modo, resulta indispensable el trabajo conjunto para transformar la información en acciones que contribuyan a una población mejor informada, más consciente y más saludable, no solo frente al cáncer, sino en todos los ámbitos de la salud.

Agradecemos al **Mtro. Luis Ortiz Blas** por una exposición clara y precisa sobre la importancia del diagnóstico temprano. Además, puso sobre la mesa un tema que con frecuencia queda relegado en la conversación pública: los costos indirectos asociados al cáncer y otras enfermedades.

Se trata de un desafío sobre el que aún queda mucho trabajo por hacer. Con frecuencia, la atención se centra en los costos directos de la atención médica, mientras se dejan de lado otros gastos que impactan profundamente a las familias. Muchas veces es hasta que se vive de cerca la enfermedad cuando se dimensiona la magnitud de esta carga económica.

Son precisamente esos costos indirectos los que, en muchos casos, se convierten en barreras para el acceso a la atención. Basta pensar en historias como la de la señora Tere y su hija, quienes no pudieron acudir a una consulta porque no contaban con los recursos necesarios para cubrir el transporte hacia una unidad médica.

Agradecemos también a la **Dra. Claudia Arce Salinas** por destacar la relevancia del tamizaje y el diagnóstico oportuno. De manera particular, el modelo de atención de "Acto Único", que representa un ejemplo de que sí es posible innovar y mejorar la atención cuando existe coordinación, compromiso y trabajo conjunto entre todos los actores involucrados.

Finalmente, **nuestro agradecimiento a todas y todos los participantes por compartir su experiencia, conocimientos y reflexiones**. Estos espacios de diálogo son fundamentales para seguir construyendo soluciones que permitan mejorar la prevención, el diagnóstico y la atención del cáncer de mama en México.



Coloquio

➤ **Cáncer de Mama y la importancia del diagnóstico y abordaje temprano**

