



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLÁN

ALCANCE DE LAS ESTRATEGIAS ADMINISTRATIVAS
DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012
“CÁNCER DE MAMA”

TESIS Y EXAMEN PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN
PÚBLICA

PRESENTA

JARETH SEBASTIAN TAPIA RODRÍGUEZ

ASESOR DR. JUAN JOSÉ SANABRIA LÓPEZ

Agosto 2017

Santa Cruz, Naucalpan, Estado de México



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría ocupar estas líneas para expresar mi más profundo agradecimiento a todos aquellos profesores que, con su ayuda, han colaborado en la realización del presente trabajo. En especial al Dr. Juan José Sanabria López, asesor de esta investigación, por la orientación y supervisión que me ha permitido crecer como persona y como profesionista. A cada uno de mis sínodos, por su esfuerzo y dedicación para esta tesis.

A mis padres y abuelos, por su cuidado a lo largo de mi vida. Mi padre, que me mostró el camino para alcanzar una de mis metas. Mis abuelas por su constante dedicación y esfuerzo que me han servido como ejemplo. A mis hermanos, porque ellos han sido un motor que siempre me ha impulsado a seguir adelante. A Andrea por estar siempre ahí cuando más la necesitaba.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi Alma Máter, porque a través de ella he comenzado a materializar mis sueños. Siempre será motivo de orgullo y de emoción ser parte de esta institución.

A Dios, que me ha otorgado las herramientas para triunfar y alcanzar la felicidad, aunque el camino pueda no ser fácil siempre es posible dar lo mejor de nosotros para realizar nuestros sueños.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mis amigos y al resto de mi familia. Ellos me han otorgado su apoyo en distintas etapas de mi vida.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.	4
El marco contextual y conceptual de políticas públicas	4
1.1 El Estado del Bienestar	5
1.2 Antecedente del Enfoque de políticas públicas	10
1.2.1 Contexto histórico del surgimiento del Enfoque de políticas públicas	10
1.2.2 El contexto de aplicación del Enfoque de políticas públicas en México	12
1.3 El Ciclo de políticas públicas.....	15
1.4 La formación del problema público	17
1.5 La agenda pública	20
1.5.1 La formulación de la agenda pública.....	20
1.5.2 La inserción a la agenda pública.....	21
1.6 La implementación.	22
1.7 La evaluación	27
1.7.1 La necesidad de la evaluación para la política pública	27
1.7.2 Tipos de evaluación	29
CAPÍTULO II.	33
Contexto del Sector Salud en México	33
2.1 Antecedentes de salud pública en México	33
2.2 Políticas gubernamentales de salud.....	35
2.2.1 Breve historia de la Secretaría de Salud y del sector salud en México	35
2.2.2 Políticas de salud a partir de finales de la década de los 70.....	38
2.3 Desafíos de salud pública 2007-2012	41
2.3.1 Nuevos retos de la salud pública	42
2.3.2 La problemática de las enfermedades crónicas	45
2.4 Relación entre el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.....	48
CAPÍTULO III.	54
El Programa de Acción Específico “Cáncer de mama”	54
3.1 Cáncer de mama	54

3.1.1 El cáncer de mama como problema de salud pública	54
3.1.2 Factores determinantes del cáncer de mama para el desarrollo del Programa de Acción Específico “cáncer de mama”	62
3.2 Diagnóstico de la capacidad institucional del Programa de Acción Específico 2007-2012 “Cáncer de mama”	68
CAPÍTULO IV.....	78
Análisis de la implementación del Programa de Acción Específico “Cáncer de mama”	78
4.1 Análisis del proceso de implementación de las estrategias 3, 4 y 7 del Programa de Acción Específico 2007-2012 “Cáncer de mama”	82
4.1.1 Estrategia 3: Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.	83
4.1.2 Estrategia 4: Promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal para la provisión de la detección y atención del cáncer de mama.....	94
4.1.3 Estrategia 7: Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua del programa.....	102
Conclusiones.....	109
Bibliografía.....	117
Hemerografía	118
Documentos oficiales.....	118
Cibergrafía	119

INTRODUCCIÓN

La salud de la población es uno de los factores que afecta el desarrollo individual y del país; la salud pública se relaciona con el desarrollo económico del Estado, ya que una población con problemas de salud no es capaz de tener una vida laboral adecuada, además de que se le dificultara obtener una vida digna y así contribuir con el desarrollo del país. Por otro lado, una incorrecta aplicación del gasto público y de los programas de salud significa no atender el problema de manera que éste disminuya, por el contrario, aumenta su impacto y su relevancia ya que el INEGI, el Instituto Nacional de las Mujeres y la OMS reportaron que en México los problemas del cáncer de mama persisten y pueden llegar a empeorar¹.

El cáncer de mama es un problema público de salud, su repercusión en la población está en aumento y mantendrá un crecimiento sostenido por los siguientes años porque ha habido cambios sustanciales en la vida de las personas. El crecimiento demográfico ha incrementado el número de personas que buscan el acceso a los servicios de salud pública, el envejecimiento poblacional contribuye a que el servicio tenga que ser otorgado durante más tiempo y, en consecuencia, los costos para el Estado suben.

El impacto del crecimiento demográfico y el envejecimiento poblacional se ven potenciados por el cambio de los hábitos de las personas. Anteriormente se realizaban más actividades físicas y el tipo de alimentación era diferente, el resultado es que las enfermedades no-contagiosas se convirtieron en principales causas de muerte de la población en los países en desarrollo o en vías de desarrollo.

El impacto colectivo, además del correspondiente a la salud, es el obstaculizar el acceso de todas las personas a la igualdad de oportunidades, dificulta su inserción a la vida laboral y productiva del país y, en consecuencia, impide un desarrollo equilibrado de la sociedad mexicana.

A partir de la coordinación de la Secretaría de Salud con el Comité Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), se estableció un programa para dar respuesta al cáncer de mama como problema público, para atender esta problemática se han intentado dos programas, el primero de 2000 al 2006 y el segundo de 2007 a 2012. El Programa de Acción Específico (PAE) "Cáncer de

¹ Infocáncer, en: <http://www.infocancer.org.mx/morbilidad-con491i0.html> [último acceso: 15 de abril de 2017].

Mama” 2007-2012 contaba con metas, estrategias y líneas de acción dedicados de manera exclusiva a atender este problema con los elementos particulares que presentó.

En la presente tesis el estudio de la implementación del PAE ubicó al sector salud como área a analizar; esto abarca de forma general las acciones de capacitación y formación de personal, compra de equipo y adquisición de infraestructura, y en la creación del Sistema de Información del Cáncer de Mama (SICAM).

El PAE fue realizado por la Secretaría de Salud (SSA) de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en el cual se formula una respuesta del sector de salud pública que promovió la cultura de la prevención del cáncer de mama a través de una detección oportuna de la enfermedad; en la presente investigación se realizó un análisis desde el Enfoque de políticas públicas sobre la implementación de las estrategias 3, 4 y 7 del Programa de Acción Específico “Cáncer de Mama” 2007-2012: 3. Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama; 4. Promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal para la provisión de la detección y atención del cáncer de mama; y 7. Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua del programa.

El objetivo general de la presente tesis es describir el Programa de Acción Específico 2007-2012 “Cáncer de mama”, la implementación de las estrategias 3, 4 y 7, que son: impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama; promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal para la provisión de la detección y atención del cáncer de mama; y, monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua del programa, para la materialización de los objetivos de “incrementar la detección temprana del cáncer de mama, a través de la organización de servicios específicos que garanticen la eficiencia y calidad de la mastografía priorizando a mujeres de 50 a 69 años de edad, de acuerdo con la normatividad vigente” y “mejorar la calidad y oportunidad del tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer de mama, a través de la formación de recursos y la capacitación continua del personal” a través de este programa.

La metodología que se emplea será de carácter descriptivo, ya que su propósito es relatar aquellas situaciones, problemas y deficiencias que se identifican en la ejecución de tres estrategias del Programa de Acción Específico 2007-2012 “Cáncer de mama”, con respecto a los resultados propuestos y las distintas líneas de acción implementadas.

El desarrollo de la tesis se encuentra dividida en cuatro capítulos, en el primero se mencionan los antecedentes históricos y los elementos que conforman el método del enfoque de políticas públicas. Las circunstancias en que surgió y cómo llega a ser adaptado este modelo en México. De igual forma se explica el ciclo de Políticas Públicas para entender el desarrollo del este enfoque.

En el segundo capítulo se contextualiza el tema de investigación de esta tesis a través de los antecedentes de salud pública en México, su relación con el enfoque de políticas públicas en México y con las políticas gubernamentales de salud. También se abordan los temas referentes a esta investigación, es decir, los desafíos del sector salud tales como los cambios demográficos, en la vida laboral y de salud de la población, además del aumento en la esperanza de vida y una menor mortalidad infantil; lo que crea un nuevo escenario de salud pública en la que debe intervenir el Estado.

Siendo más específicos con el tema de investigación, el cáncer de mama, una de las enfermedades crónicas, será posible comprender que es uno de los nuevos retos de salud pública. Representan elevados costos de atención y un largo tiempo para el cuidado del paciente, ante esto es necesario anticiparse al problema por medio de la prevención.

El tercer capítulo está enfocado en el PAE a nivel general para entender el análisis del último capítulo. El cáncer de mama será definido como problema de salud para entender la problemática a tratar por el sector salud pública; cuáles fueron los factores determinantes, como el crecimiento demográfico y la detección tardía de la enfermedad, que incrementaron la probabilidad de padecer este cáncer, sus estadios y los datos del impacto negativo en la población.

El cuarto y último capítulo presenta el análisis de la implementación del Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012, en el cual se determina que, como es un programa de reciente creación, sus acciones estaban encaminadas a incrementar la capacidad de respuesta del sector salud. Las distintas estrategias estaban encaminadas a capacitar y formar nuevo personal, conseguir equipo e infraestructura nueva y adecuada para que la capacidad de respuesta sea mayor; además de que se reuniría evaluación anual para crear un sistema de información que permita hacer mejoras en futuros programas.

CAPÍTULO I.

El marco contextual y conceptual de políticas públicas

Existen funciones que el Estado debe cumplir, ya sea mantener la paz en su territorio, velar por la salud de la sociedad, informar a sus ciudadanos de sus acciones, fomentar la participación ciudadana, etcétera; en pocas palabras, se trata de asegurar el bienestar del colectivo social de forma tal que éste sea participe de la consecución de tal objetivo.

La relación sociedad-Estado se modificó a raíz de diversos hechos sociales que fomentaron la participación de la sociedad en la toma de decisiones, ya no se trata de un Estado capaz de marcar el rumbo del país casi sin ninguna propuesta diferente. La sociedad es plural y más participativa, está atenta al proceso de decisión, dispuesta a ser parte de éste y a influir en el camino a seguir para atender las necesidades más urgentes; pero a su vez, el colectivo social está dispuesto a resolver problemas específicos sin la intervención estatal, problemas que consideran privados y que, por lo tanto, desean al Estado fuera de ellos.

Ante un nuevo panorama en el que hay que discernir qué es público y qué es privado, conciliar intereses, respetar la autonomía de ciertos grupos u organizaciones y la participación de otras, las posibles acciones para poder responder a las necesidades de la población se vuelven una búsqueda de consenso. La respuesta más viable es gobernar de acuerdo a la política pública, es decir, “incorporar la opinión, la participación, la corresponsabilidad, el dinero de los ciudadanos, es decir, de actores políticos autónomos y, a causa de ellos, ni pasivos ni unánimes”.²

El Ciclo de políticas públicas es útil para optimizar las decisiones y gestiones públicas de un gobierno que afectan a la sociedad, porque es un estudio basado en la interacción multidisciplinaria, misma que se ocupa para analizar la forma en que la acción de una administración se esfuerza en mejorar y promover el interés de la población. Revisar sus antecedentes generales nos dará un contexto histórico general que confirmará su trascendencia que, aunado a una explicación para comprender a este enfoque como un método, permitirá entender la importancia, dificultad y consecuencias probables de una política pública. Sus fases son la identificación, delimitación y formulación del problema público; la

² Aguilar Villanueva, Luis, “Políticas Públicas y gobierno del Estado”, en Sanabria López, Juan José (Comp.), *Antología de la teoría de la Administración Pública*, México, ed. Acatlán, 1998, p. 176.

formulación de la Agenda Pública y la inserción del problema a la misma; la implementación y la evaluación.

1.1 El Estado del Bienestar

Para entender cómo se crea el Enfoque de políticas públicas, es necesario comprender el contexto en el que se instituyó: el Estado de Bienestar es un modelo estatal en el que se brindan servicios y asistencia a la sociedad para cubrir la necesidad de seguridad social, reducir la desigualdad y luchar contra la pobreza. Este modelo se ha consolidado y transformado hasta encontrarse en crisis, lo que obliga a replantear el modelo y a modificar su actuar ante los retos que se presentan.

El Enfoque de políticas públicas es creado con la finalidad de dar la mayor racionalidad posible a las acciones del Estado, de maximizar la eficiencia y eficacia de su quehacer y de alcanzar las metas de este modelo: beneficiar al conjunto de la sociedad y garantizar la igualdad de oportunidades. Por lo tanto, el objetivo es que el Estado actúe de tal forma que pueda conseguir el máximo beneficio social, superando los costos de cualquier política pública.

Los primeros pasos hacia la construcción del Estado de Bienestar se dieron a finales del siglo XIX con Otto von Bismarck y la legislación social que estableció en Alemania: y con William Beveridge y Lloyd George, quienes introdujeron años después los mismos seguros sociales en Inglaterra, aunque con la adición del seguro de desempleo.³ Alemania y Reino Unido dieron los primeros pasos en la creación de mecanismos estatales para la materialización de servicios que brindarían un apoyo a los trabajadores. En ambos países existieron algunas similitudes, pero también diferencias, por lo que sus características generales están señaladas en la Tabla 1.

³ Comín Comín, Francisco, "El surgimiento y desarrollo del Estado del Bienestar (1883-1980)", en Salort I Vives, Salvador y Muñoz Haedo, Ramiro (Eds.), *El Estado del Bienestar en la encrucijada*, España, ed. Universidad de Alicante, 2007, pp. 91-94.

Tabla 1

Alemania	Reino Unido
Legislación Social	Ley del Seguro Nacional
Seguro social contra enfermedad y accidentes laborales	Seguro de desempleo
Seguro social para la vejez	Pensiones para la vejez
Política redistributiva y protectora hacia los trabajadores con menos recursos económicos	Salario mínimo en las industrias con sindicación débil
Reforma de impuestos y altos aranceles proteccionistas	Reforma tributaria
Prestaciones ligadas a las cotizaciones	Sistema contributivo tricéfalo: trabajador, empresario y Estado

Fuente: elaborado por el autor con base en Comín Comín, Francisco, *op.cit.*, pp. 91-98.

Durante la Primera Guerra Mundial, varios países contendientes expandieron su campo de acción, es decir, comenzaron a intervenir en la economía al regular la producción, prohibir exportaciones, fijar precios, reformar el gasto público y los gravámenes. En el ámbito social, los cambios fueron: la universalización del sufragio, y la generalización y obligatoriedad de los seguros sociales.

Al final de la Primer Guerra Mundial, la intervención del Estado seguía presente en los países que participaron en ella. Aunque distintas intervenciones estatales en la producción y comercialización se hayan flexibilizado, además de que disminuyeran los impuestos extraordinarios. En el resto de Europa y en Estados Unidos se asignaron nuevos impuestos progresivos para proteger a los trabajadores, mientras que en el caso de los empresarios se extendió la intervención estatal en la asignación de recursos económicos a través de regulaciones y reglamentos. “La evolución económica y política de los años veinte apuntaló las tendencias previas, pues la participación del gasto público en la renta nacional creció en los países occidentales entre 1913 y 1929”.⁴

El avance en la consolidación del Estado de Bienestar aceleró a causa de la Gran Depresión, ya que se presentaba como obligatorio que el Estado interviniera para tratar los problemas de la quiebra de empresas, el desempleo, aumento de los paros y la caída del poder adquisitivo. Ante las complicaciones de miseria, el Estado estaba forzado a contener la pobreza y el hambre para mantener el progreso. Keynes veía el problema como una falta de demanda, por lo tanto, propone como solución que el Estado intervenga abierta y profundamente en la producción, en la inversión y en el consumo. Sus propuestas fueron aplicar las siguientes políticas:⁵

⁴ *Ibíd.*, p. 98.

⁵ Costante, Liliana Beatriz, *De qué hablamos cuando hablamos de Estado de Bienestar*, Argentina,

- a) Expansivas (o de crecimiento) en el plano económico: creación de empresas públicas principalmente en ramas industriales como las comunicaciones, la minería y la siderurgia o la construcción naval, y las grandes obras públicas;
- b) Redistributivas en el plano social: redistribución de las rentas, salario mínimo, pago de vacaciones, escala móvil de salarios (ligada a la evolución de la inflación garantizando el valor real de los salarios), pensiones por jubilación, limitación de la jornada laboral. También implica un cierto tipo de política fiscal basada en impuestos sobre la renta y disminución del peso relativo de los impuestos indirectos en los ingresos de la hacienda pública.

El gasto del Estado se incrementó a través de una política intervencionista, el dinero público se destinó a los nuevos programas de gastos sociales como prestaciones para desempleados y seguridad social para jubilados e incapacitados, aumentó la contratación de mano de obra por parte del gobierno y el control de los precios y salarios para incrementar la demanda y estimular la economía. A pesar de que las aplicaciones de las políticas de Keynes parecían generales para los países que estaban dentro del modelo de bienestar, existían diferencias en algunos países; estas características se presentan en el Cuadro 1.

Cuadro 1

	Estado de Bienestar Keynesiano	New Deal
Principal país exponente	Inglaterra	Estados Unidos
Documentos base	Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero Reporte Beveridge	<i>Direct relief</i> <i>Economic recovery</i> <i>Financial reform</i>
Objetivos	Aumentar el poder adquisitivo Subsidios a los trabajadores Servicios de seguridad social integral Incremento en el gasto público	Aumentar el poder adquisitivo Subsidios a la empresa que otorgara altos salarios a los trabajadores Seguridad social individual Incremento en el gasto público
Propuestas	Contratación directa por el gobierno Proteccionismo arancelario Subvenciones a los trabajadores Control de precios y salarios Realización de obras públicas Planificación estatal	Contratación directa por el gobierno Proteccionismo arancelario Subvenciones a las empresas Control de precios y salarios Realización de obras públicas Planificación estatal

Fuente: elaborado por el autor con base en Costante, Liliانا Beatriz, *op. cit.*; y en Serrano Segarra, Mariano, La crisis económica de 1929: Roosevelt y el New deal, España, <https://revistasocialesyjuridicas.files.wordpress.com/2010/09/06-tm-08.pdf>, [último acceso: 03 de mayo de 2016].

Después de la Segunda Guerra Mundial el gasto público se había redistribuido, la prioridad ya no era invertir en armamento, sino en bienes y servicios civiles como en salud y seguridad social; ésta continuó expandiéndose y consolidándose en Estados Unidos y en el Reino Unido. Las economías mundiales líderes como

<http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/lye/revistas/81/de-que-hablamos-cuando-hablamos-del-estado-de-bienestar.pdf>, p. 146, [último acceso: 03 de mayo de 2016].

Francia y el Reino Unido estaban maltratadas por los efectos de la guerra, el desempleo era alto y existían sectores de la sociedad con dificultades para subsistir, en consecuencia, el Estado de Bienestar tenía que “extender los derechos civiles y la participación política a la esfera de lo social [...] supervisar la evolución de la sociedad civil para lograr una mayor igualdad, seguridad y libertad”;⁶ así que, había que racionalizar las acciones para lograr esas metas y que éstas no resultasen contraproducentes. En este contexto nació el Enfoque de políticas públicas, una herramienta para disminuir los riesgos de un gran gasto público y una intervención estatal extensa.

La función del Enfoque de políticas públicas era mejorar los procesos de toma de decisiones con el objetivo de organizar la intervención estatal, ello con la finalidad de que permitiera alcanzar un nivel óptimo de eficiencia y eficacia que continuara como motor del desarrollo económico, sin embargo, se presentaron nuevas dificultades que afrontar, mismas que representaron la etapa de crisis del modelo estatal bajo el que surgió este enfoque.

Las dificultades comenzaron en la década de los setenta pues como “las prestaciones del Estado del Bienestar eran universales, al contrario de lo que ocurría en el caso de la caridad privada o la ayuda pública a los pobres”,⁷ la deuda pública iba en aumento y en lugar de alcanzar una acción gubernamental racional, había una tendencia que permitió a algunos actores públicos tomaran ventaja de la posición en la que se encontraban para obtener beneficios a cambio de dádivas sociales.

El alto nivel de discrecionalidad en la distribución de grandes cantidades de dinero generó pérdidas ya que el objetivo no era lograr un sistema rentable para el gobierno, sino uno que beneficiara a la economía a través del gasto de la sociedad. También había que afrontar que las prestaciones inhibían el crecimiento económico a causa de que sus receptores se sumaban a una situación de dependencia, por ejemplo, el caso en el que las mujeres “se exponen a quedar embarazadas porque saben que el Estado las ayudará a mantener al bebé”;⁸ así que, la población carecía de motivación para salir de la pobreza (o para mejorar su situación económica).

La esperanza de vida de la población se incrementó drásticamente trayendo como resultado que la cantidad de dinero que necesitaba un trabajador para su retiro era mayor. Con una extensa cantidad de trabajadores al servicio del Estado la

⁶ Freeden, Michael, “El advenimiento del Estado de Bienestar”, en Ball, Terence y Bellamy, Richard (Eds.), *Historia del pensamiento político del siglo XX*, España, ed. Akal, 2013, pp. 50-51.

⁷ Goodin, Robert E., “¿El fin del Estado del Bienestar?”, en Ball, Terence y Bellamy, Richard (Eds.), *Historia del pensamiento político del siglo XX*, España, ed. Akal 2013, p. 215.

⁸ *Ibíd.*, p. 224.

*proporción de dependencia*⁹ cambia porque en el momento en que éstos se retiren pasarán a representar un gasto mayor a lo planeado y los nuevos trabajadores no serán suficientes para cubrir tal demanda.

La última de las razones, pero no la menos importante, fue la crisis económica de 1973, “los precios de los hidrocarburos se cuadruplicaron, y como consecuencia del alza del petróleo, la balanza de los Estados industrializados se desequilibró gravemente”,¹⁰ se estancaron las principales economías del mundo, creció la inflación y aumentó el desempleo.

Con este estancamiento las finanzas públicas estaban presionadas en exceso, el peso de los gastos públicos y los servicios sociales en Europa o el subsidio a las empresas y el gasto armamentista en Estados Unidos encarecieron los costos de operación de la administración pública. Era momento de que el Estado reaccionara y equilibrara su gasto, las críticas proponían disminuir la intervención estatal y permitir, una vez más, que el mercado regulara la economía.

La crisis fiscal del Estado se considera un signo de incompatibilidad tendencial entre las dos funciones del Estado de Bienestar: el reforzamiento del consenso social, con la consiguiente lealtad hacia el sistema por parte de las grandes organizaciones de masa, y el apoyo a la acumulación capitalista con el uso anticoyuntural del gasto público. La especial relación entre el Estado y sociedad que se da en el Estado de Bienestar ya no se lee en términos de equilibrio, sino como elemento de una crisis que lleva progresivamente a la eliminación de uno de sus polos.¹¹

Ante tal crisis se transitó del modelo estatal de Bienestar al Neoliberal, con ello comenzó el adelgazamiento de la administración pública, iniciaron las privatizaciones y disminuyó la intervención del gobierno. El Enfoque de políticas públicas estaba ahí para racionalizar las acciones gubernamentales, pero con una perspectiva encaminada a que los resultados priorizaran el carácter económico, eficiente y eficaz; es decir, a que la toma de decisiones conlleve a que las acciones de gobierno sean más racionales y más públicas.

⁹ “Número de dependientes que reciben ayudas sociales en relación al número de trabajadores que lo hacen posible”, esto significa que hay cada vez menos trabajadores para aportar a la pensión que recibirá cada pensionado que el Estado debe mantener. Goodin, Robert E., “¿El fin del Estado del Bienestar?”, en Ball, Terence y Bellamy, Richard (Eds.), *Historia del pensamiento político del siglo XX*, España, ed. Akal 2013, p. 220.

¹⁰ Sanabria López, Juan José, *La ciencia de la Administración Pública: un Enfoque Político de la Actividad Administrativa del Estado en el Marco de la Globalización*, México, ed. Acatlán, 2002, p. 88.

¹¹ Reganoni, Gloria “Estado de Bienestar”, citado en Sanabria López, Juan José, *La ciencia de la Administración Pública: un Enfoque Político de la Actividad Administrativa del Estado en el Marco de la Globalización*, México, ed. Acatlán, 2002, p. 90.

1.2 Antecedente del Enfoque de políticas públicas

Este apartado da a conocer la evolución del Enfoque de políticas públicas a través de su contexto histórico y de su llegada a México. Conocer los cambios que ha sufrido a través de los años permite cimentar su importancia e identificar bajo qué tipo de circunstancias es posible que se desarrolle con la intención de lograr un beneficio de la sociedad en general.

1.2.1 Contexto histórico del surgimiento del Enfoque de políticas públicas

El Enfoque de políticas públicas surgió en los años cincuenta de la mano de la consolidación del Estado Benefactor. Este enfoque es consecuencia de una serie de hechos históricos que exigían una mayor capacidad del gobierno para afianzar el interés general, a pesar de las dificultades que se presentaron antes de la década de los cincuenta. Dichos obstáculos podemos considerarlos como antecedentes del Enfoque de políticas públicas.

Siendo inalcanzable la racionalidad óptima bajo un sistema plural, es decir, que por las diferentes perspectivas y enfoques de los tomadores de decisiones no se logran un pleno consenso, nacieron en Estados Unidos las *políticas públicas* en los años cincuenta. Es un estudio que se sostiene en la interacción de distintos campos disciplinarios conocido como *Policy Sciences*, que piensa en la relación entre gobernantes y gobernados, específicamente en la acción pública de un gobierno y en cómo afecta a los diversos sectores sociales en sus resultados, efectividad y justificación en vistas de un perfeccionamiento continuo del actuar gubernamental.

En la década de los cincuenta el análisis de la decisión se convirtió en campo de estudio de las Ciencias Políticas, diversificando el objeto de estudio del análisis de las políticas públicas, que va desde las instituciones, de la decisión, el gobierno, sobre las leyes y sus reglamentos, los actores políticos o la gestión profesional del sector gubernamental.¹²

¹² Aguilar Pérez, María de Jesús, *El Programa Sectorial de Educación 2007-2012 en materia de la Reforma Integral de la Educación Media Superior (RIEMS) en la región 5 del Estado de México, para el ciclo 2009-2010: Un análisis de su instrumentación desde el enfoque de Políticas Públicas*, para obtener el grado de Licenciatura, México, UNAM, 2013, p. 14.

En la década de los setenta del siglo XX, el Estado de Bienestar se estancó y entró en crisis, en especial en los países desarrollados, pues con el incremento de los precios del petróleo en esa década el Estado sufrió una crisis fiscal, se creó una sobrecarga de expectativas y obligaciones que debe atender, mientras que los recursos disminuyen ante el incremento de asociaciones y grupos de interés, el pluralismo social, la intervención de actores políticos con recursos más amplios.

Esta crisis es consecuencia del aumento desmedido de las exigencias sociales demandadas al Estado, por lo que la competencia estatal se incrementó y sus funciones crecieron, es así que su ejercicio se amplió y se volvió cada vez más complejo:

La política prioritaria de generación de empleo, que constituyó el eje central de las políticas de bienestar hasta mediados de los años setenta, debió supeditarse a las exigencias monetarias y al funcionamiento del libre mercado que, como resultado del desarrollo de la tecnología de la información, adquirió una dimensión sin límites; los intercambios se produjeron a escala mundial, dando origen a un movimiento vertiginoso de capital, mercancías y personas.¹³

El resultado es “una incapacidad generalizada de respuesta estatal, [...], y, por tanto, una parálisis del Estado en su capacidad de prestaciones reguladoras, administrativas, asistenciales”.¹⁴ La planeación a corto y largo plazo se ven inmersas en un mayor nivel de dificultad, controlar la inflación y reducir el empleo se vuelve cada vez más complejo, se tiene un aparato administrativo amplio que se ve entorpecido, por un lado, por las exigencias del mundo empresarial y, por el otro, incapaz de responder efectivamente a las demandas de los ciudadanos. Es un período de crisis, más que económica, de índole estatal, en ese sentido la función social del Estado se considera un fiasco.

Es imprescindible la obligación de la acción del gobierno regulador y de organismos que retomen la capacidad de decisión de la política, pero con dos significativas limitantes: la dificultad de alcanzar una racionalidad óptima que repercute en el resultado esperado ya que las técnicas de decisión, de cuantificación y previsión contiene un margen de error amplio; y, además, el problema del consenso, donde el Estado se relaciona con los múltiples actores y sus intereses particulares por lo que éste no logra alcanzar el objetivo del bien común y, por el contrario, se avoca a legitimarse ante la sociedad.

¹³ Pérez Álzate, Saúl, *Políticas públicas: contexto histórico, paradigmas económicos y crisis del capitalismo actual*, Colombia, Curso Políticas Públicas y Salud. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, 2011, p. 8. En: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/154521/mod_resource/content/0/Archivos_Modulo_2/Material_Basico/Alzate_S_Politic_Publicas_contexto_historico.pdf [último acceso: 29 de mayo de 2016].

¹⁴ Aguilar Villanueva, Luis, “Acerca de la crisis del Welfare State”, en Sanabria López, Juan José (Comp.), *Antología de la teoría de la Administración Pública*, México, ed. Acatlán, 1998, p. 158.

Las políticas públicas son una herramienta para que el Estado responda a las demandas de la sociedad, con la crisis del Estado de Bienestar el gobierno debe adaptarse para seguir cumpliendo sus funciones. Para tener una mejor ejecución gubernamental, es necesario incrementar el nivel de racionalidad, es decir, hay que optimizar la toma de decisiones, a través de las políticas públicas. Éstas servirán como el instrumento que promueva una más óptima elección de las posibles soluciones porque la delimitación del problema y de los recursos disponibles habrá sido adecuada; se trata de mejorar la toma de decisiones para acercar la acción del gobierno al nivel más recomendable.

1.2.2 El contexto de aplicación del Enfoque de políticas públicas en México

El estudio de las políticas públicas arribó a la administración pública mexicana en la década de los ochenta, durante la transición del modelo de Estado interventor a un modelo que permitía un mayor espacio de desenvolvimiento del libre mercado, un Estado regulador.¹⁵ Tal cambio es un reflejo de la crisis de legitimidad en la que se encuentran los Estados y sus instituciones públicas, se hace evidente que es necesaria una reforma que permita atender las necesidades de la población.

Este cambio ocurre en gran parte de América Latina y es como consecuencia de la crisis de la deuda externa y por el desgaste del modelo de sustitución de importaciones. En el caso particular de México el cambio, la modernización del Estado, se debió en mayor medida a la crisis económica de 1982 pues:

El modelo económico hacia adentro, junto con el nacionalismo económico, encontró claras muestras de agotamiento en los años setenta [...], se optó por prolongar su vida artificialmente a través y sobre todo del crédito externo y en menor medida de los recursos petroleros. [...] A la debilidad interna del modelo se sumó la carga de la deuda.¹⁶

Durante varios años la efectividad del gobierno se medía de acuerdo a la cantidad de infraestructura creada, pero ante la escasez de recursos, el retraso tecnológico, la desigual distribución de la riqueza y, en especial, por un contexto de economías cerradas, proteccionistas y de baja intensidad democrática, en este marco el sector público se preocupó por la eficiencia, calidad y rentabilidad de los servicios

¹⁵ Parra Toledo, Araceli "La enseñanza de las políticas públicas en aulas universitarias", en Parra Toledo, Araceli (Coord.), *Las Políticas Públicas en México. De la teoría a la práctica*, México, Acatlán, 2009, p. 22 y 23.

¹⁶ Flores Orendain, María Elena, "Modernización de la administración pública en la globalización", en Martinelli, José Ma. (Coord.), *Políticas públicas en el nuevo sexenio*, México, ed. Plaza y Valdés, 2002, p. 143.

brindados por el Estado, además de interesarse por la fundamentación legal de los programas y la responsabilidad de los funcionarios.

Por lo tanto, el gobierno inició un desmantelamiento del sector paraestatal, junto con una reducción de la protección comercial y una contracción del sector central de la administración pública como ejemplo de su apertura al libre mercado, este proceso era definido como la *modernización* del Estado mexicano. Por otro lado, la sociedad se vio ante la gran oportunidad de acercar sus demandas al aparato gubernamental, la sociedad se convirtió en “[...] plural, abierta, autónoma, cada vez más informada, organizada, compleja, con fines heterogéneos, crecientemente individualizada, pero que sigue atrapada en problemas de desigualdad, pobreza y atraso”.¹⁷

Ante el nuevo contexto nacional, el nuevo marco metodológico en la toma de decisiones gubernamentales es la política pública, bajo la cual se operan problemas públicos de forma particular desde el ámbito federal. Es así, que las decisiones se inician desde el trabajo de la definición y el análisis del problema que requiera una resolución llevada a cabo por el Estado o con la participación del mismo; éstas son generadas desde el nivel federal pasando por la estructura de las instituciones en las que se realizará el proceso para la toma de decisiones que sea propuesto y permita legitimar al Estado además de llevar a cabo la resolución del problema planteado en primer lugar.

Para comprender de mejor manera las políticas públicas como acción del Estado y de su sociedad en México, es necesario recordar que “la acción del Estado moderno y su sociedad no puede entenderse por medio de la idea clásica que diferencia las esferas política y administrativa”.¹⁸ Es un espacio donde el colectivo social interviene e interactúa con el Estado de forma tal que pueden influir o modificar en la construcción de los problemas y en el desarrollo de las políticas públicas.

De esta forma, considerando la correlación de la esfera política y administrativa además de tener en cuenta que la acción social en México se veía limitada y dirigida por un partido hegemónico, el PRI; hay dos posiciones que se encuentran en el escenario de las políticas públicas. Por un lado, está la posición que asume como decisiones y acciones propias solamente del Estado, y por la otra, se encuentra la que las considera como construcción social.

¹⁷ Aguilar Villanueva, Luis, “Políticas Públicas y gobierno del Estado”, en Sanabria López, Juan José (Comp.), *op. cit.*, p. 167.

¹⁸ Pardo, María del Carmen, “La administración pública en México: su desarrollo como disciplina”, en Sanabria López, Juan José, (Comp.), *op. cit.*, p. 60.

Retomemos la idea de que existe la oportunidad que posee la sociedad de acercar sus demandas al aparato gubernamental e influir en su solución y de que el gobierno inició con el desmantelamiento del sector paraestatal para la modernización de la administración pública.

En el primer caso, con la alternancia de partido en la presidencia, México avanzó en la construcción de un sistema democrático que, por consiguiente, deberá dar cabida a la multiplicidad de opiniones y buscar congeniar intereses para lograr el desarrollo del país. Una clara muestra de esto es que se han creado:

Nuevas instancias para el diálogo entre el Gobierno Federal y los gobiernos locales, como lo son la Conferencia Nacional de Gobernadores, la Conferencia Nacional de Municipios de México, la Convención Hacendaria, la Conferencia de Procuradores, la Asociación de Secretarios de Desarrollo Económico, la Consejería Mesorregional y muchas otras.¹⁹

Con nuevas vías para incidir en la toma de decisiones hubo un incremento en la cantidad de organizaciones sociales en México. Parte de la sociedad civil, misma que parece irse incrementando lentamente, decidió intervenir en cuestiones como salud pública, medio ambiente, educación, derechos humanos y otras a través de Organizaciones no Gubernamentales (ONG). Este tipo de organización es un camino nuevo para que la sociedad haga sus demandas y éstas sean atendidas mediante dichas organizaciones; es una forma de re-politizar a la población, de volver a sus individuos ciudadanos.

Las ONG buscan atender problemas distanciados de la forma de actuar del gobierno, aunque en muchas ocasiones financiados con fondos gubernamentales. A pesar de esto, las ONG buscan actuar con autonomía del Estado para responder a esas demandas que son omitidas o atendidas deficientemente. Sin embargo, éstas no se han visto extensas de ser influenciadas por la cultura política general que existe en México, mermando su accionar.

En el segundo caso, con el adelgazamiento de la administración pública en los 80, principalmente en el sector paraestatal, las principales políticas públicas se erigieron desde el sector estatal y se dirigieron primordialmente a privatizar, reducir las inversiones, distribuir el ingreso, la apertura económica, etcétera, haciendo caso a las sugerencias de organismos internacionales, pero sin modificar realmente las “prácticas políticas tradicionales institucionalizadas por el régimen

¹⁹ Sojo Garza-Aldape, Eduardo, *Políticas Públicas en Democracia*, México, ed. FCE, 2006, p. 33.

político imperante”.²⁰ Al final, aunque se modificaron y constituyeron nuevos centros de toma de decisiones, la cultura institucional es similar a la anterior.

Otros factores que mantienen la forma de decidir y ejecutar, en gran parte de las políticas públicas, es el aspecto político electoral. “El sistema electoral mixto sin reelección ha propiciado un fuerte control de las dirigencias partidistas sobre la agenda legislativa”,²¹ en consecuencia, los legisladores rinden cuentas a los partidos y no a la sociedad que los eligió, además que ante las constantes campañas electorales la coordinación entre niveles de gobierno es casi nula y eso dificulta el correcto accionar de las políticas públicas.

Se entiende que, el Ciclo de políticas públicas ha venido a modificar la forma de trabajar en la política y administración pública en México, pero sin modificar la realidad de estos ámbitos. Una mayor participación de la sociedad permitirá incidir de mejor forma en el diseño, ejecución y control de las políticas públicas, pero es un proceso continuo a largo plazo, pues son derechos y responsabilidades que la sociedad debe hacer suyos. Esta es una ventana de oportunidad para abrir nuevos espacios públicos, espacios que no eliminarán los correspondientes al Estado, sino que vendrán a reforzarlos y complementarlos, la intención es que la organización social vea por sus intereses de una mejor manera.

1.3 El Ciclo de políticas públicas

La formalización del Enfoque de políticas públicas se sostiene en los elementos teóricos que contiene y en la utilidad de sus etapas. Profundizar tanto en la teoría como las etapas evidencia y justifica que la Ciencia Política reconozca el método como un área de estudio que apoya a los tomadores de decisión y a los evaluadores del diseño, ejecución y resultados de dicha decisión.

El método de políticas públicas es la herramienta de análisis en el proceso de decisión gubernamental. Harold D. Lasswell²² señalaba que el sentido específico

²⁰ Flores Orendain, María Elena, “Modernización de la administración pública en la globalización”, en Martinelli, José Ma. (coord.), *op. cit.*, p. 143.

²¹ Sojo Garza-Aldape, Eduardo, *op. cit.*, p. 35.

²² Harold D. Lasswell nació en Illinois, Estados Unidos, el 13 de febrero 1902 y murió el 18 de diciembre 1978 en Nueva York. Tuvo estudios en ciencias políticas y teorías de la comunicación, estudió en IES Proval en 1920 y fue influenciado por John Dewey y George Herbert Mead. Fue sociólogo y el fundador de la sociología política americana. Sus principales aportes son su investigación de la propaganda, subrayando la tendencia a sustituir en los gobiernos los expertos económicos por militares, y marcó el lugar del científico de la política en la sociedad como orientador de los gobiernos para combatir las crisis de la época. Sus principales o destacadas obras fueron Psicopatología y política (1930), Política: quién obtiene qué, cuándo, cómo (1936),

del análisis de política pública es que en la acción de los gobiernos se busque la racionalidad y aquello que es de índole público.

Para que la toma de decisiones del gobierno alcance a producir acciones racionales y de impacto público, Lasswell proponía el uso de las *policy sciences*, por lo que enfocó su atención al estudio del *policy process* con especial énfasis en la importancia de lograr *conocimiento del proceso* de la política (*Knowledge of*) y en el *conocer el proceso* de la política (*Knowledge in*).

El estudio de las políticas públicas no es otra cosa que el estudio de la acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad ¿Qué producen quienes nos gobiernan, para lograr qué resultados, a través de qué medios?²³

Se trata de una herramienta que puede delimitar las distintas demandas y necesidades socialmente generales, a las cuales debe responder y dar solución sujeta a los recursos que disponga, en sus tres niveles de gobierno y como parte de su responsabilidad.

Previo a las aportaciones de Harold Lasswell, la política padecía de que sus fuentes de conocimiento vivían una “intensa especialización científica, la desvinculación e indiferencia entre las ciencias”,²⁴ por lo que Lasswell propuso una articulación de distintas ciencias entre sí y de éstas con la política para superar el ensimismamiento de la Ciencia Política y el pobre impacto que tenían en la construcción de posibles soluciones a los distintos problemas sociales.

Éste es un estudio multidisciplinario que coadyuva a la construcción de las políticas públicas con el objetivo de racionalizar, hasta donde sea posible, la acción del gobierno. Las etapas del ciclo de políticas públicas son:²⁵

- La construcción del problema público. El sistema político identifica la existencia de un problema que demanda su atención, se forma como un problema público.
- La formulación de la agenda pública. Una autoridad pública incluye el problema a la agenda pública para tomar una decisión en la que se propusieron soluciones, se estudiaron las respuestas, se elaboraron y negociaron para establecer un proceso de acción que será elegido por el decisor público.
- La implementación, instrumentación de la política pública o programa político. El proceso de acción elegido, una política legítima, es aplicada y administrada en la realidad.
- La evaluación. Se promueve una valoración de resultados.

Técnicas de propaganda en la Guerra Mundial (1938), Análisis del comportamiento político: una aproximación empírica (1948) y La comunicación política (1969), en colaboración con S. K. Arore.

²³ Thoenig, Jean Claude, y Meny, Yves, *Las Políticas Públicas*, Barcelona, ed. Ariel, 1992, p. 8.

²⁴ Aguilar Villanueva, Luis, *El estudio de las Políticas Públicas*, México, ed. INAP, 1992, p. 39.

²⁵ Thoenig, Jean Claude, y Meny, Yves, *op. cit.*, p. 105.

1.4 La formación del problema público

En este apartado definiré la forma de identificar un problema que debe ser atendido, independientemente de quién o quiénes deban solucionarlo. Además de explicar la delimitación del problema para decidir qué situación puede ser objeto de la intervención del Estado y qué cuestiones lo rodean, para lograr una comprensión más precisa. También se describirá la construcción del problema público en la que intervienen distintos factores y actores dentro de un escenario y con distintos grados de relevancia y participación.

Un problema público se entiende como un proceso por medio del cual una “[...] cuestión, oportunidad o tendencia, ya aprobada y colocada en la agenda de la política pública, es estudiada, explorada, organizada y posiblemente cuantificada por los interesados, [...] aceptable provisionalmente en términos de sus probables causas, componentes y consecuencias”.²⁶ Surge de las demandas de la sociedad al Estado, son complicaciones sociales que requieren ser tratadas.

El Ciclo de políticas públicas comienza su proceso por la observación de una circunstancia que involucra la intervención del Estado, es una solicitud o necesidad que afecta a la sociedad y debe ser satisfecha. Los elementos que dotan a un problema de carácter de público son: a) el impacto negativo a una amplia parte de la población, b) la afectación sea de características sociales y c) la posible solución sea una de las responsabilidades del Estado.

Uno de los elementos para definir un problema público es la tarea de precisar las fronteras de la situación en cuestión, es un paso necesario para realizar el estudio de las posibilidades existentes, con la información que se dispone, en concordancia con el problema o situaciones colaterales. La forma de delimitar un problema es encontrar qué sector de la población está siendo perjudicada por alguna complicación, cuán grande es ese sector, cuáles son las consecuencias presentes y/o futuras, definir si el sector afectado puede resolverlo por sí mismo o si se resolverá con el paso del tiempo y cuáles son los recursos con los que el gobierno cuenta en caso de que pueda ser requerida su intervención.

En esta parte del Ciclo de políticas públicas se pretende una alta racionalidad del análisis porque por una parte no todo problema requiere de la participación del

²⁶ Aguilar Villanueva, Luis, *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*, México, ed. INAP, 1993, p. 52.

gobierno y, en caso de que ésta sí sea necesaria, habrá que definir con qué recursos se cuenta y el contexto en el que se buscará darle solución.

Si se concluyó que la situación es un problema que merece intervención gubernamental podrá pasar a ser parte intrínseca de la construcción de la política pública, con lo que esta etapa habrá concluido.

El contexto en el que esta etapa se encuentra es de constante crisis, conflicto e intereses opuestos en lucha, con una tendencia al individualismo social pero con procesos de información y comunicación que promueven controles de transparencia y apertura a la información pública; por lo que el Estado debe actuar en favor del consenso, puesto que: “un problema público es una construcción social que resulta del conjunto de las luchas que los actores sociales y políticos libran para imponer una lectura de un problema que sea la más ventajosa posible de sus intereses”.²⁷

Se presentan algunas dudas razonables: ¿Es el Estado capaz de escuchar a los distintos actores del sistema político? ¿Puede responder ante la actual complejidad social? Y, ¿Posee la suficiente capacidad de gestión técnica, metodológica, legal y material para ambas cuestiones? El Ciclo de políticas públicas aparece como el instrumento que permitirá construir las estructuras de gestión para tratar particularmente los problemas públicos en la Agenda.

Esta fase, para la creación y el estudio de las políticas públicas, es la más determinante del ciclo porque delimitar correctamente el problema público es un factor transcendental para conseguir el resultado o respuesta esperada, inclusive es trascendente para que los recursos disponibles sean ocupados de manera más óptima e inteligente.

En la etapa de la formulación del proceso de las políticas públicas intervienen factores como los políticos, los económicos y los sociales dentro de los cuales participan diferentes actores en el sistema político, mismos que tendrán un diverso grado de participación según el sector al que corresponda el problema, de acuerdo con Julieta Guevara, éstos se clasifican como:²⁸

- Ciudadanos.
- Poder Legislativo.
- Poder Ejecutivo.

²⁷ Roth Deubel, André-Nöel, *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*, Bogotá, ed. Aurora, 2006, p. 58.

²⁸ Guevara, Julieta, “Política gubernamental (Public Policy)”, en Martínez Silva, Mario (Coord.), *Diccionario de política y administración pública, Tomo III*, México, ed. Colegio Nacional de Licenciados en Ciencia Política y Administración Pública A.C., p. 274.

- Poder Judicial.
- Partidos políticos.
- Grupos de interés.
- Medios masivos de comunicación.
- Burocracia.

En este momento es forzoso ocupar uno o más modelos, corrientes de estudio, para la formulación del problema público. Estos modelos por lo regular no operan aisladamente, de acuerdo al tipo de situación que se observe se podrán ocupar dos o más de forma simultánea de acuerdo a los factores precisos. De acuerdo con Lipset y Solari los modelos son:²⁹

- El modelo clásico. Señala que los problemas públicos se determinan con el consenso de los tres poderes que conforman el Estado (Poder Ejecutivo, Poder Legislativo y Poder Judicial).
- Modelo de teoría de grupos. La sociedad civil juega un papel determinante pues a través de grupos organizados se ejerce presión sobre las instituciones del Estado, es decir, grupos de interés determinaran sus logros frente al Estado y el resto de la sociedad de acuerdo al tipo de objetivo que persigan, la magnitud del grupo, sus capacidades y sus aspiraciones políticas.
- El modelo liberal democrático. Aquel en el cuál los partidos políticos son superiores a la sociedad civil y los grupos en que ellos se conforman, pues su tipo de agrupación, competencia y homologación de demandas les otorga poder legal y legítimo para influir en el proceso de política pública.
- Modelo de élites. Las estructuras sociales principales se encuentran en la cima de una pirámide y son ellas quienes poseen una mayor influencia en las decisiones gubernamentales.
- Modelo de sistemas. Comprende al Estado y su distribución como un sistema de elementos y mecanismos internos interactuando entre sí de forma cíclica porque por medio de estos ingresa información (*input*) y salen respuestas (*output*) que resultarán en nueva información que creará nuevas respuestas, en esta dinámica la política pública es producto de la interacción activa de diversas fuerzas de poder.

²⁹ Sanabria López, Juan, "Identificación y construcción de problemas públicos", en Parra Toledo, Araceli (Coord.), *Las Políticas Públicas en México. De la teoría de la práctica*, México, ed. Acatlán, 2009, p. 44.

1.5 La agenda pública

Explicaré cómo se conforma la agenda para poder identificar a varios de los actores que pueden intervenir en su construcción, pero también debo señalar que hay una situación de suma importancia a considerar: no todo problema público se añade a la Agenda Pública. Hay que dejar claro que, a pesar de su discusión e incluso de su inserción a la agenda, un problema público puede ser excluido bajo ciertas circunstancias.

1.5.1 La formulación de la agenda pública

Es el conjunto de asuntos que han adquirido la categoría problemas públicos que pasan a ser parte de los programas de la autoridad pública, es el momento en que los problemas públicos se institucionalizan.

El objetivo de conformar una agenda pública es proceder de forma ordenada y por clasificación a presentar, de acuerdo a su prioridad, los problemas públicos a las instituciones del gobierno competentes. El grueso de los problemas públicos se presenta, por lo regular, en la administración pública nacional como:

Un paquete de propuestas por parte del Poder Ejecutivo al Poder Legislativo, quien [...] consensará este paquete de propuestas y determinará lo que será la agenda legislativa o política, de este modo quedan en manos de los partidos políticos con representación en el Congreso para la creación y aprobación de la Ley correspondiente, en esta etapa la futura política pública aún estará sujeta a posibles cambios, modificaciones e incluso está expuesta a la exclusión de la agenda ya que es esta institución la encargada de aprobar la inclusión de los problemas que alcanzarán la conformación de la agenda gubernamental, ésta es ese cúmulo de problemas públicos analizados, debatidos, aprobados y establecidos dentro del marco legal de la nación como el sustento que les permitirá denominarse política pública y ser implementada como programa político o de gobierno.³⁰

Ahora, es preciso señalar que no todos los problemas públicos entran en la agenda pública porque su mismo proceso de edificación establece ciertas condiciones sociales y políticas que tiene que alcanzar, inmersos en una lucha constante de intereses opuestos entre los diversos actores políticos más los filtros de exclusión de la estructura de gobierno.

³⁰ Aguilar Pérez, María de Jesús, *op. cit.*, p. 26.

Dentro del modelo que se encuentra enmarcado México, los actores políticos utilizarán distintos medios para imponer lo que le convenga al grupo del que son parte, pudiendo fomentar la aceptación de un problema público por parte de otros grupos de la sociedad o buscar que éste sea excluido, esta es una situación difícil porque además de ser un problema público es de carácter político y eso significa que es más importante y significativa la participación de los diferentes sectores de la sociedad y del Estado.

Además de las variables internas para la construcción de una política pública y la interrelación de fuerzas de poder que los diferentes actores políticos ejercen, existe una variable externa: la internacional. Como consecuencia de la globalización, de la creación de bloques económicos y de la apertura de las economías se homogenizan las agendas y las políticas públicas.

La unificación de la agenda pública y de las políticas públicas representa un enorme reto para la autoridad pública, formular la agenda y la implementación por parte del gobierno federal exitosamente. Los expertos, operarios y diseñadores de las políticas públicas se han visto forzados a modificar sus planteamientos a modo de que las formulaciones de las políticas públicas puedan implementarse en diferentes países con sus contextos particulares.

Las políticas públicas son una herramienta muy importante para transformar las capacidades en ventajas, ello por medio de una institucionalidad que favorezca la creación de consensos entre actores políticos y promuevan una mejor relación con la sociedad. La acción en conjunto de las distintas variables de las políticas públicas y de los diferentes actores políticos involucrados permitirá y propiciará la consecución de un resultado favorable de la formulación e implementación de la política pública.

1.5.2 La inserción a la agenda pública

El campo de la agenda pública comprende la agenda legislativa y la agenda administrativa (de gobierno), toca al Poder Legislativo incluir o no un problema público a la agenda gubernamental, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:³¹

- El problema debe ser competencia de las autoridades públicas, es decir, que sean capaces y/o estén obligadas a intervenir. Cabe señalar que aun así la autoridad pública puede delegar la competencia del problema su el marco legal lo consiente,

³¹ Thoenig, Jean Claude, y Meny, Yves, *op. cit.*, p. 123 y 124.

pero en caso de ser incapaz de brindar la atención pertinente y de delegar la responsabilidad del problema el Estado puede declarar su firme intención de resolver ese problema (gesto políticamente significativo) pero llenará la resolución de procedimientos o de análisis de expertos con el fin de sacar de la percepción social al problema.

- La distancia entre el deber ser y el ser tendrá que estar legalmente establecida e institucionalmente implantada para que pueda ser suficientemente enfatizada y pueda demandar una acción política y conveniente de la acción pública. En caso de que existan diferencias remarcadas entre el deber ser y el ser la apreciación del problema público puede resultar en una situación inaceptable que obligue a una acción contraria.
- El problema debe estar presentado bajo un código, es decir, que el actor que promueva el problema público tiene que poder ocupar términos técnicos, ideológicos y políticos para que la autoridad pública pueda tratarlo porque en caso de no comprender el problema se corre el riesgo de ser excluido. Se trata de saber de qué forma plantear la demanda y a quiénes hacerlo.

El proceso contrario al descrito, el interno, surge de forma contraria: es la política sectorial, pensado por parte de la institución pública como un proyecto hecho propuesta del Poder Ejecutivo y, por lo general, es preventivo y se entiende como oferta política que tiene como fin la legitimación de la acción del Estado en la sociedad.

1.6 La implementación.

Explicar la etapa de la implementación es una parte fundamental de esta tesis. La implementación, en la práctica, no puede ser dividida en diferentes lapsos de tiempo; sin embargo, para fines teóricos se hizo con el objetivo de que se observe la transición de la etapa anterior a la implementación y poder explicar la etapa en su totalidad.

En el momento en que el problema público se integra en la agenda gubernamental ya se convierte en una política pública, por consiguiente, se vuelve objeto del análisis institucional para ser un programa político o un programa de gobierno. Es a partir de aquí que se procede a ejecutar la decisión del gobierno, es decir, se implementa la política pública; luego la autoridad pública se ve impulsada a ocupar medios concretos y simbólicos para responder y administrar el carácter

potencialmente conflictivo de las demandas sociales, mismos que en esta etapa se convierten en hechos y obras reales.³²

Los operarios de la agenda gubernamental se encargan de crear posibles soluciones y decidir cuáles serán las ejecutadas, y de acuerdo a qué modelo de decisión se va a actuar.

En la implementación se reconoce que las políticas públicas serán producto de negociaciones y ajustes entre opositores que promueven satisfacer ciertos intereses, por lo tanto, mientras existan menos diferencias entre esos intereses, el margen de maniobra de los operarios del programa político será mayor. Así se entiende a la implementación como una “fase de una política pública durante la cual se generan actos y efectos a partir de un marco normativo de intenciones, de textos o de discursos”.³³

La implementación de las decisiones públicas es una etapa en la que no sólo intervienen los tomadores de decisiones, también tiene que ver las instituciones y actores que van a ejecutar la política pública y el lugar en el que será aplicada, teniendo eso en cuenta es claro que la implementación no es sólo una.

En un primer momento esta fase, de acuerdo su ejecución práctica, se divide en dos categorías: *top-down*, como una línea de administración jerárquica en la que las especificaciones son definidas de forma global por la autoridad política (arriba) y sólo son ejecutadas por la parte administrativa (abajo); y *bottom-up* en la que la línea de implementación no es del todo jerárquica ya que en la parte de abajo las políticas son rediseñadas pues, dado que existe el acercamiento con la sociedad, los procedimientos cambian para modificar la implementación.³⁴

Por otro lado, tomando en cuenta los factores que intervienen en la implementación, ésta se cataloga en los siguientes enfoques según André-Nöel Roth Deubel:³⁵

- El enfoque clásico de administración racional. Es un planteamiento ideal de ejecución en el que existe una racionalidad absoluta y la administración es totalmente neutral y se dedica únicamente a obedecer órdenes, no hay un diálogo de la sociedad y tampoco existe participación activa de la misma.
- El enfoque del buen gobierno o gobernanza. Nace como una necesidad de cambio en la forma de gobernar, se enfoca en mejorar la eficiencia en el gobierno y en la rendición de cuentas, además sostiene que la legalidad de

³² *Ibíd.*, p. 159.

³³ *Ibíd.*

³⁴ *Cfr.* Roth Deubel, André-Nöel, *op. cit.*, Bogotá, ed. Aurora, 2006, p. 109 y 110.

³⁵ *Cfr. Ibíd.*, p. 110-127.

una acción de gobierno no es legítima solamente por su procedencia, sino que los resultados deben satisfacer a la población para ser considerada así; los administradores se transforman en una especie de gerentes y los ciudadanos son vistos como clientes.

Una de sus innovaciones es importante, no solamente el reconocimiento, sino la revalorización de la coparticipación del sector público, el privado y el voluntario en el proceso de implementación para conseguir que los servicios de la política a la sociedad sean más eficientes. Se distingue que hay una interdependencia de poder entre las instituciones que intervienen en la acción pública y que hay guías de técnicas y mecanismos autónomos que pueden realizar la implementación sin que se efectúe por una línea directa del Estado, es decir, no son completamente necesarios los recursos tradicionales de la autoridad, son instrumentos que buscan crear estructuras apoyándose en la interacción y negociación de los actores políticos.

Una de las dificultades de este modelo es que debilitó la legitimidad de las instituciones públicas y disminuyó la supremacía política del Estado frente a la sociedad.

- El enfoque de gestión pública. Está dirigido a diseñadores de políticas públicas y se busca evaluar el grado de implementabilidad de las distintas alternativas para llegar a las metas establecidas. En este modelo hay cinco condiciones para volver más eficiente la política pública:
 1. El programa debe estar fundamentado en una teoría sólida que establezca y fundamente de forma científica la causalidad y los medios de una política que sea capaz de imponer un comportamiento distinto del público imperioso para la realización de los objetivos de la política.
 2. No debe poseer ambigüedades en las pautas de actuación y tiene que ofrecer una estructura administrativa y operativa al proceso de implementación de forma tal que se optimice el control de las variables. En esta fase hay que señalar los límites, las normas y lineamientos que consientan un desarrollo preciso, además de no olvidar que es forzoso contar con personal capacitado que recolecte y maneje la información, realice los análisis técnicos para ofrecer un documento normativo idóneo para garantizar que tanto operarios como los destinatarios se comporten conforme a la reglamentación establecida, en caso de que no se cumpla cabalmente hay que aplicar la sanción correspondiente considerando que habrá posibles oposiciones por grupos de implementadores de distintas instancias de autoridad y por esa razón se vuelve más importante un documento normativo bien establecido y cimentado.

3. Los funcionarios responsables deben disponer de capacidades políticas y de gestión importantes, tienen que estar comprometidos con los objetivos de la política pública que, por el mismo compromiso, los obliga a actuar de acuerdo a los límites de la ley y a renovar e innovar sus técnicas institucionales.
4. Es necesario el apoyo político y la aceptación social del programa, debe existir el apoyo activo de grupos organizados y de actores políticos para consumir los objetivos establecidos por la política pública. A pesar de la aparente sencillez de esta condición, hay variables que se presentan y son contraproducentes, en especial en programas de mediano y largo plazo.
5. El entorno tiene que ser favorable a la prioridad relativa de los objetivos, es decir, se debe establecer en un entorno que no sea tan conflictivo y que no provoque cambios tan bruscos en el contexto en el que está inmersa la política pública.

Debido a que cumplir todas estas condiciones es muy complicado, hay que revisar cuidadosamente cada fase del proceso de implementación para detectar las omisiones y trabajar en ellas. Este modelo se enfoca en el cumplimiento de los objetivos según los resultados obtenidos por lo que la atención se enfoca en los operarios de la política pública.

- El enfoque contingente. En él se realiza un análisis de la dificultad real de contener todas las variables necesarias para tomar la decisión más óptima que repercuta en la implementación más efectiva por lo que, ante tal déficit de información, se toman los procesos de implementación como contingentes. Las variables generan costos para la implementación, estos son los costos de negociación (dependen del consenso de los actores políticos) y los costos de información (obedecen al nivel de confianza en la administración y la claridad de los objetivos de la política); en caso de que los costos sean altos para el proceso la evaluación tendrá un estrecho margen de aplicación.

El modelo contingente plantea condiciones internas al proceso para lograr el cambio planteado:

1. Las normas reglamentarias.
2. Las transferencias financieras.
3. El suministro de bienes y servicios.
4. La reglamentación de procedimientos para la ejecución de la decisión.
5. La persuasión por campañas de información favorables al sistema.

Otros de los factores a considerar son las condiciones externas al proceso como el contexto histórico, la interacción con otras políticas, características

de los ejecutores, el acuerdo entre intereses diversos, la correspondencia entre política pública y expectativa de los destinatarios, entre otros.

- La implementación como proceso y aprendizaje. Proyecta a la implementación como un ciclo que se encuentra en una permanente renovación, redefinición de objetivos y reinterpretación de resultados. Este modelo toma a las etapas de las políticas públicas como un proceso constante en el que los encargados de materializar la política pública están en continua búsqueda de optimizar su capacidad y los medios técnicos para la consecución de las metas trazadas; además que en la puesta en marcha de las políticas públicas siempre hay constantes ajustes por lo cual no debe haber una distinción entre elaboración e implementación.
- La implementación como ambigüedad y simbolismo. Muchas políticas son resultado de negociaciones para satisfacer distintos intereses o, por lo menos, evitar la creación de grupos opositores a la política a ejecutar. Para afrontar estas dificultades agregar un elemento de imprecisión y ambigüedad a la política es importante y necesario, además esto permite que, al no precisar las herramientas a ocupar y el modo en que serán utilizadas, el administrador tendrá un amplio campo de maniobra para que la política sea llevada a buen puerto y que con la experiencia adquirida su implementación sea más sencilla en un futuro. Mientras tanto, la parte simbólica es útil para generar efectos sólo con la enunciación de la política, es decir, no es necesario llevarla a cabo para lograr objetivos no expuestos pero pensados al momento de crear la política pública.
- Un enfoque *bottom-up*: por retroceso o *backward mapping*. La idea principal es que el momento crucial de implementación es aquel en el que se está más próximo al problema, mientras mayor sea la cercanía al problema mayor será la capacidad de identificar los elementos del problema y de influir en ellos para resolverlo. Una vez observado el problema se desarrollan acciones para modificarlo, después se analizan las posibles acciones y se va en retroceso en la cadena jerárquica para lograr la actuación esperada.

1.7 La evaluación

¿Por qué es necesaria la evaluación? Responder esta pregunta contribuye para poder entender la razón de que el método de políticas públicas sea ocupado actualmente en México, además permite justificar o crear nuevas medidas. Mostrar los distintos tipos de evaluación sirve para incrementar el conocimiento y concluir su impacto.

La evaluación es un proceso de calificación y valoración del rendimiento de las personas o instituciones en las acciones gubernamentales. Esta etapa está presente dentro de todo el ciclo de políticas públicas pues hay que estimar y definir la utilidad de la información que existe, es necesario precisar qué problemas son públicos y deben ser incluidos en la Agenda Gubernamental, hay que examinar las opciones de ejecución y, durante la e implementación, hacer un seguimiento permanente para encontrar posibles fallas o puntos a mejorar, todo en vistas de lograr los objetivos trazados.

La evaluación, como etapa final, otorga la posibilidad de conocer cuáles son los resultados de las políticas públicas implementadas, si los efectos eran los esperados y por qué las cosas sucedieron de tal forma. Ésta debe “resultar de observaciones concretas basadas en normas o valores lo más objetivos posible [...] la apreciación sistemática, sobre la base de métodos científicos, de la eficacia y de los efectos reales, previstos o no, buscados o no, de las políticas públicas”.³⁶

1.7.1 La necesidad de la evaluación para la política pública

“La evaluación, como una disciplina de la investigación científica, cumple la función significativa de trabajar por una descripción, interpretación y crítica del impacto real de las políticas públicas”.³⁷ Con ella se recolectarán datos y elementos relativos a la implementación y al impacto de las medidas tomadas sobre una situación social que permitan llevar a cabo un análisis e interpretación que ayuden en la construcción de nuevas medidas.

Esta etapa sirve para seguir los procesos de acciones en apego a las normas y otorga una interpretación de resultados de acuerdo a ciertos valores socio-políticos presentes en las instituciones y otra interpretación forjada desde la

³⁶ Thoenig, Jean Claude, y Meny, Yves, *op. cit.*, p. 195.

³⁷ Salcedo Aquino, Roberto, “Evaluación de Políticas Públicas”, en Salcedo Aquino, Roberto (Comp.), *Evaluación de Políticas Públicas*, México, ed. Siglo XXI, 2011, p. 19.

apreciación social en vistas a crear una realimentación. Es así que un elemento obligatorio de cumplir es el juicio con la interrelación entre la concepción científica y la concepción valorativa.

Considerando que, resolver y atender las demandas y los problemas sociales conlleva un gasto público y un esfuerzo dentro de un lapso de tiempo, es necesario conocer si lo que se está haciendo es lo que se debe hacer y, en caso de que se esté actuando como es requerido, hay que verificar si sus efectos son los deseados. A los ciudadanos no les interesará conocer cuál es la forma en que se crean y ejecutan las políticas públicas, su principal interés radica en los beneficios y si éstos no se ven superados por los costos que la ciudadanía debe cubrir.

El objetivo principal será corroborar que las acciones del sector público estén dotadas de la racionalidad requerida para lograr alcanzar el máximo beneficio social, por lo tanto, es imprescindible que la evaluación sea útil para que las proposiciones ayuden a quienes diseñan o ejecutan las políticas públicas.

La utilidad será asegurada si la evaluación contiene los cuestionamientos de los receptores de las políticas públicas, que las evidencias y pruebas den como resultado sugerencias objetivas, útiles, idóneas y fáciles de concluir. Los principales puntos sobre la utilidad son:³⁸

- Para verificar, ratificar o corregir el rumbo de la acción gubernamental. El objetivo es corroborar que los implementadores estén cumpliendo con sus actividades de modo en que se logren con las metas establecidas y se cumpla con el principio de racionalidad.
- Aprender de la experiencia y tomar decisiones sobre bases más sólidas. Para mejorar el diseño y la implementación se requiere obtener cierto conocimiento que señale los aciertos y los errores.
- Negociaciones presupuestales. Dependiendo de los resultados obtenidos se pueden demandar mayor cantidad de recursos financieros o correr el riesgo de que éstos sean disminuidos.
- Las sanas prácticas gubernamentales. La evaluación será útil para sustituir o modificar las prácticas inefectivas y que así éstas no se extiendan o resulten en consecuencias no planeadas.
- Ejercicio democrático de rendición de cuentas. El ciudadano, el beneficiario de las Políticas Públicas tienen el derecho de saber qué se hace con el gasto público y si la implementación de éste es eficaz y eficiente, es decir, si se está buscando el máximo beneficio social con el menor costo posible.

³⁸ *Ibíd.*, p. 29.

Otro de los fines de la evaluación es meramente político, se trata de la legitimación del Estado, adolecer de ésta trae como resultado una regulación social pobre y una conducción política débil; como consecuencia, el gobierno en turno, tendrá mayor dificultad en responder a las demandas sociales y en incentivar a distintos actores a participar en la atención de esas demandas.

“Las políticas se evalúan, posibilitando y favoreciendo, entre otras cosas, la rendición de cuentas constante con la ciudadanía”.³⁹ En ese sentido, ocupando la evaluación como una herramienta de control tanto para el gasto público como para el desempeño de los funcionarios y de las distintas instituciones, la rendición de cuentas permite ampliar el margen de trabajo de un gobierno e incrementa su legitimidad al fomentar el conocimiento de la población y su participación en el Ciclo de políticas públicas.

1.7.2 Tipos de evaluación

Los tipos de evaluación pueden dividirse de acuerdo al modelo que se ocupará, el momento en que se llevará a cabo y la forma de realizarla, pero antes habrá que definir cuál es el objetivo del evaluador, no es lo mismo evaluar para que la teoría sea ampliada y complementada a hacerlo para supervisar la aplicación del gasto pública o medir las responsabilidades del servidor público. Hay cuatro conceptos de evaluación que señalan el objetivo y, por lo tanto, el lenguaje a ocupar para dirigirlo a un grupo en especial:⁴⁰

- Investigación social. Los investigadores se enfocan en generar conocimiento científico, su meta es construir conocimiento. Están enfocados en hallar tendencias y generalidades en las relaciones causa-efecto que permita conformar teorías, modelos y leyes para explicar el comportamiento gubernamental y, en consecuencia, explicar el diseño, implementación y consecuencias de las políticas públicas.
- Evaluación de políticas públicas. El evaluador valora las consecuencias de la acción gubernamental con el objetivo de generar argumentos que fomenten la racionalidad en la futura toma de decisiones (elaboraciones de planes, programas, presupuestación, implementación, etc.)
- Análisis de políticas públicas. Previo a la implementación de alguna política pública, hay que definir cuáles son los posibles efectos de ésta, considerando cuán eficiente y eficaz puede ser, que calidad, costo e impacto tendrá. El objetivo

³⁹ Arellano Gault, David y Blanco, Felipe, *Políticas Públicas y Democracia*, México, IFE, 2013, p. 54.

⁴⁰ Salcedo Aquino, Roberto, “Evaluación de Políticas Públicas”, en Salcedo Aquino, Roberto (Comp.), *op. cit.*, pp. 21-27.

es mejorar el diseño de las políticas públicas para que su implementación alcance el máximo beneficio social.

- Auditorias de desempeño. Revisando la acción de los servidores públicos es como se establece la responsabilidad de quienes ejercen el poder público. Ésta es una herramienta de la democracia que legitima al gobierno y amplía o mantiene su margen de acción, además de que, señalando las diferencias entre lo conseguido y lo esperado, permitirá a los ciudadanos conocer si el gasto público es utilizado en su beneficio eficaz y eficientemente.

Los períodos de la evaluación están definidos por la etapa del Ciclo de políticas públicas, no es lo mismo evaluar al final (los resultados) o evaluar durante la implementación, estos períodos se clasifican en:⁴¹

- Evaluación según el momento. Se establece si se evaluara antes, durante o después de la implementación; permitiendo determinar posibles efectos en la implementación de factibilidad y costeo.
- Evaluación concomitante. Se evalúa en la implementación, se separa en continua, que sería una excelente forma de para implementar un programa público, pero por cuestiones de costo y técnicas casi no se lleva a cabo; y la periódica que es la práctica de la auditoría empleada de acuerdo al año administrativo.
- Evaluación después de la implementación o *ex post*. Es la más ocupada por medio de herramientas cualitativas y cuantitativas y la aplicación radica en el desarrollo del proyecto de evaluación y del estudio de factibilidad usualmente realizado por evaluadores externos.
- Evaluación según el objeto y finalidad. Se piensa como la etapa inicial del proceso de evaluación, en ella se determina el objeto específico a evaluar con el objeto de mejorar las acciones informando internamente a los actores del programa (endoformativo) e informa al público (recapitulativa).

Evaluar no es cuestión de una sola persona o de un solo grupo, es una responsabilidad conjunta que lleva a obtener información valiosa para un futuro, entonces hay tres formas de trabajo para realizar una evaluación:

- Externa donde solamente participan expertos ajenos al programa público.
- Mixta o pluralista múltiple en la que participan tanto expertos internos como ejecutores del programa y sus beneficiarios.
- Interna o autoevaluación en la que únicamente participan los ejecutores y los beneficiarios.

El modelo a ocupar para la evaluación dependerá de la “complejidad de la acción pública”,⁴² de acuerdo a distintos factores como su objeto, los ejecutores, el

⁴¹ Roth Deubel, André-Nöel, *op. cit.*, p. 143-151.

⁴² *Ibíd.*, p. 142.

momento de su aplicación, el objetivo de la evaluación, etcétera. Los tipos de evaluación son:⁴³

- Evaluación de metas. Se asignan valores a un conjunto de metas y se trata de establecer el éxito relativo del programa según el grado en que esas metas se hayan cumplido. Las preguntas de investigación hacen referencia directa a las metas como una manera de asegurar que los resultados del estudio tengan influencia práctica induciendo cambios en las políticas. Cuando se trabaja bajo este esquema de evaluación de obtención de metas surgen varios problemas, entre los que destacan: la identificación correcta de la meta, la existencia de metas múltiples, la selección de metas a ser incluidas en la evaluación y los cambios de las metas.
- Evaluación de procesos. La investigación evaluativa de procesos, posibilita conocer los mecanismos por los cuales se ha estado logrando el éxito o establecer en qué aspectos puede estar fracasando, e identificar las estrategias alternativas que pueden ser adoptadas al respecto. Por lo tanto, a diferencia de las evaluaciones de metas e impactos que se realizan *ex post*, esta evaluación es realizada concomitantemente con el desarrollo del programa, de ahí que también se le denomine *evaluación formativa*, ya que su objetivo es detectar posibles defectos en el diseño de los procedimientos para su implementación y a través de los registros de eventos y actividades proveer información necesaria para las decisiones sobre su reprogramación.
- Evaluación de impacto. Este modelo, intenta estudiar los efectos que se hayan producido en una población objetivo o en una situación determinada, como consecuencia de la ejecución de ciertas políticas o programas. Se busca no sólo determinar si las actividades prometidas se han realizado sino establecer además si los resultados finales que se esperaban se han logrado. Esto significa, que este estudio se concentra en identificar en qué medida han cambiado las condiciones de los grupos – objetivo o de la comunidad como resultado de un programa o un conjunto de actividades y en qué medida los cambios han ocurrido en la dirección deseada.

En este capítulo se realizó una revisión de la historia general de las políticas públicas. Harold D. Lasswell es considerado como su padre y su visión se enfocaba en racionalizar la acción del gobierno. Con la crisis del Estado Bienestar se modifica la forma de utilizar las políticas públicas, para encontrar un mejor manejo de los recursos se fomenta la participación social para resolver los problemas de la población, cosa que da legitimidad al Estado.

En el caso particular de México, no han sido tan ocupadas como una vía de colaboración de la sociedad, sin embargo, los espacios para su inclusión se han

⁴³ Aguilar Rodríguez, David “Evaluación y políticas públicas”, en Parra Toledo, Araceli (Coord.), *op. cit.*, p. 113.

ido incrementando lentamente, aunque aún son pocos por el estancamiento de la cultura política del país.

En el siguiente capítulo se observará la historia de la salud pública en México, del camino que han seguido las instituciones y de algunos resultados que se obtuvieron por la aplicación de ciertas políticas públicas en materia de salud.

CAPÍTULO II.

Contexto del Sector Salud en México

En México la administración pública es, en su mayoría, centralizada, por lo que se vuelve de suma importancia entender el impacto de la actuación del gobierno en el sector salud y así comprender su valor con relación al desarrollo de la sociedad. De hecho, ya que año con año el gasto público y del PIB en el área de salud es mayor, José Ayala Espino señala que:

[...] el gasto en salud es una inversión en capital humano, pues permite que las personas alcancen un nivel adecuado de calidad de vida, y ello contribuye al crecimiento económico [...] Las políticas para promover el desarrollo de una sociedad influirán en los niveles de salud, y a su vez, una mejoría en la salud favorecerá el desarrollo de esa comunidad.⁴⁴

Es así que, en este capítulo, es necesario señalar el contexto en el que surgieron las políticas públicas de salud en México y repasar los antecedentes de la Secretaría de Salud, de forma general, como también revisar los antecedentes del Plan Nacional de Salud. Además de examinar la actualidad con la Agenda e instrumentación de las políticas públicas de salud, el Plan Nacional de Desarrollo de 2007-2012 y su relación con Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA).

2.1 Antecedentes de salud pública en México

El deber que posee el gobierno mexicano, en materia de salud, con la población tiene su origen en uno de los objetivos de la Revolución Mexicana: llevar la justicia social a todo el país. Ante un grave problema de desigualdad de oportunidades de desarrollo para la población es preciso atender las distintas situaciones que generan esta problemática, una de ellas es la salud pública pues una población saludable es una con las mismas posibilidades de desarrollarse.

Para consolidar el cumplimiento de los derechos de la población más vulnerada, crear igualdad de oportunidades y fomentar el desarrollo y progreso de todo el país se instituyó la primera Constitución con derechos sociales en el mundo. Estos derechos fueron legalizados en los artículos 3° de educación obligatoria y gratuita;

⁴⁴ Ayala Espino, José, *Economía del sector público mexicano*, México, ed. Esfinge, 2001, p. 535.

27° con la propiedad originaria de las tierras y aguas del país; y, en el 123° al regular las relaciones obrero-patronales del país y la facultad de intervención estatal en caso de conflictos.

En el período posterior al término de la Revolución, hasta 1939 el gobierno mexicano vivió una etapa de estabilización política, comenzó a crecer la intervención estatal en la economía y la creación de instituciones para consolidar los objetivos de la Revolución. En el período de Lázaro Cárdenas se instauró el Instituto Politécnico Nacional, la Secretaría de la Asistencia Pública, los servicios médicos rurales cooperativos, de los primeros proyectos para la Ley de Seguridad Social y el aumento del presupuesto de salubridad pública.⁴⁵

De 1940 a 1954 México se estableció el modelo de sustitución de importaciones, donde los objetivos eran promover la institución y el crecimiento de industrias en el país para disminuir la demanda de bienes extranjeros, de tal forma que disminuyera el desempleo, aumentase el consumo interno y la economía creciera.

Las acciones del gobierno estaban encaminadas a dotar de trabajadores más capacitados al sector industrial y a fomentar su crecimiento, ofrecer a la población acceso a los servicios de salud era una de las estrategias para lograr ese objetivo con acciones como la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Cardiología. Aunque, al priorizar acciones dirigidas al desarrollo económico, a través del sector industrial, junto con el del sector de la población relacionado a éste, se obtuvo como consecuencia la marginación de otra parte de la población menos relacionada con el sector industrial, la que se dedicaba a la agricultura.

El modelo de sustitución de importaciones se consolidó en el período de 1954 a 1970, el desarrollo económico era constante, aunque todavía existían problemas de rezago y desigualdad. Los resultados sólo beneficiaban a una parte de los productores y no a los campesinos, propiciando una enorme migración de mano de obra agrícola a las zonas urbanas.

En este período se construyó el ISSSTE, se promulgó la Ley Federal del Trabajo, fue inaugurado el Centro Médico Nacional y se establecieron los desayunos escolares. Estas acciones seguían encaminadas a que la población tuviera mejores condiciones para su desarrollo individual, pero ese objetivo continuaba como una medida enfocada a mantener o crear un entorno que sostuviera el desarrollo económico del país o, en lo posible, acelerarlo.

⁴⁵ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, "Antecedentes", en Salud [Actualización: 19 de junio de 2006], En: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_salud.htm [último acceso: 17 de abril de 2016]

A partir de los años 70 el modelo de Sustitución de Importaciones entró en decadencia porque con el alza de los precios internacionales del petróleo, un gasto público excesivo y con políticas que beneficiaron sólo a ciertos sectores de la población, el gobierno mexicano provocó: un crecimiento económico moderado, una inflación que seguía en ascenso, una deuda externa grande y una contracción en la inversión privada.

El resultado era claro, la desigualdad era más pronunciada y la pobreza y el desempleo iban en aumento; el modelo de Sustitución de Importaciones no estaba cumpliendo con lograr un crecimiento económico que beneficiara a toda la población y permitiera que todos los ciudadanos estuvieran en igualdad de oportunidades para desarrollarse individualmente.

El gasto público continuó su crecimiento, en el caso del sector salud siguió constante pues la intención de atender los problemas de salud de la población se mantenía, esto con el objetivo de tener una población en condiciones de trabajar y contribuir al crecimiento económico del país, en especial, por medio del sector industrial que seguía en desarrollo.

2.2 Políticas gubernamentales de salud

En este apartado repasaremos los elementos que precedieron a la Secretaría de Salud desde, una perspectiva general, iniciando con el sistema de salud en México como conjunto, con una breve mención de sus diversas instituciones y sus repercusiones en la sociedad, además de la política de salud a partir de la segunda mitad del siglo XX para contextualizar la relevancia del sector salud y como se ha ido modificando institucionalmente en los últimos años.

2.2.1 Breve historia de la Secretaría de Salud y del sector salud en México

El sector de salud forma parte del sistema de seguridad social y su objetivo es coadyuvar en la protección de los individuos ante los posibles riesgos que enfrenta a lo largo de su vida. En México, la seguridad social ha representado una herramienta y un sostén de la paz y de la cohesión social, además de que es un medio para luchar contra la pobreza y la desigualdad de oportunidades y, en consecuencia, coadyuvar a impulsar la redistribución de la riqueza de la nación. De hecho, “la salud pública ha sido un componente importante de la política social

del Estado, aunque falta mucho por hacer para satisfacer plenamente las necesidades de salud de la población”⁴⁶ para lograr los objetivos antes señalados del Estado con la sociedad.

Por otro lado, se encuentra el sistema de asistencia pública, cuya actuación corresponde al Estado con el objetivo de beneficiar y asistir, por medio de distintos servicios, a los sectores sociales más vulnerables. En un principio, el enfoque de asistencia pública era correctivo, pero con el correr del siglo XX y el constante cambio del contexto en el que intervienen las instituciones del Estado, como la Secretaría de Salud (antes de Salubridad y Asistencia), la Secretaría de Desarrollo Social y el DIF, en los años ochenta pasa a ser preventivo.

El sector de salud moderno inició en 1943 cuando se creó el IMSS, el 19 de enero; el Hospital Infantil de México, el 30 de abril; y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el 15 de octubre del mismo año. Un año después se abrió el Instituto Nacional de Cardiología; el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, en 1946; el Instituto Nacional de Cancerología, en 1950; el ISSSTE, en 1960; y el Instituto Nacional de Neurología, en 1964.

Estas nuevas instituciones surgieron como consecuencia de la primera reforma de salud en México, que buscaba resolver los problemas surgidos de la pobreza a través del cuidado de la población obrera atendiendo las demandas del desarrollo industrial, y, con la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), encargándose de la salud de los grupos campesinos y urbanos que no eran derechohabientes.

En 1964 se crearon nuevas direcciones generales dentro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, además de separar sus servicios en Subsecretarías de Salubridad y Asistencia respectivamente. En esta década la promoción de la salud, por parte de la SSA, se enfocó en las zonas rurales y en los espacios menos avanzados de las zonas urbanas, trayendo como consecuencia que el precio de los servicios aumentara sin conseguir atender a una amplia cantidad de familias de escasos recursos.

Mientras tanto, paralelamente, el sistema de seguridad social existía para regular la relación tripartita entre el sector empresarial, gubernamental y de los trabajadores, en el caso del IMSS; y para la relación bipartita entre los trabajadores y el Estado, en el ISSSTE, PEMEX y el Instituto de Seguridad Social Para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSSFAM).

⁴⁶ *Ibíd.*

Dicho sistema no sólo se encargaba de brindar atención médica en beneficio de la salud de los trabajadores, sino que ofrecía otro tipo de prestaciones que promovieran “[...] el desarrollo individual, el bienestar familiar y comunitario”.⁴⁷

Las prestaciones eran grandes, por lo que el gasto público seguía en crecimiento, por ejemplo, el IMSS ofrecía prestaciones como guarderías, actividades deportivas, centros recreativos, tiendas, velatorios y actividades culturales y artísticas. En el ISSAFAM se vendían artículos de operación de granjas, servicio de lavandería, planchado, peluquería, servicios funerarios, servicios de centros deportivos y de recreo, entre otras cosas.⁴⁸

El problema de que el gasto público aumentaba en el sector salud no sólo se debía a que eran muchas las prestaciones, también había que agregar que grupos específicos de población sin aporte significativo al financiamiento eran afiliados y eso provocaba un desequilibrio financiero en los servicios de seguridad social.⁴⁹

La diferenciación de sectores a los que se debía atender y de las instituciones responsables de ellos, repercutió en la obtención de resultados escasos en comparación con lo alto de los costos, porque:

Al establecer una diferencia entre sectores formales protegidos por la seguridad social y segmentos de la población sin otra atención que la ofrecida por la SSA y la medicina privada. La fragmentación de los servicios de salud obligó a muchos a tener que hacer lo que suele denominarse <<gasto de bolsillo>> en salud.⁵⁰

Como resultado del estancamiento del sector formal de la economía y del extenso campo de participación del Estado, se formularon, al final de la década de los setenta y principios de los años ochenta, nuevas reformas para el sistema nacional de salud.

En 1979 se fundó el Programa IMSS-COPLAMAR (que en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad), dirigido a la población en el campo. En los años siguientes se instrumentó el Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes, enfocado en atender la problemática de salud de las zonas de miseria urbana. Con el propósito de constituir eventualmente la integración de los servicios, en 1983 surgieron nuevas iniciativas, como el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud.

⁴⁷ Cfr. *Ibíd.*, p. 502.

⁴⁸ Cfr. *Ibíd.*, pp. 502, 505 y 506.

⁴⁹ Cfr. *Ibíd.*, p. 503.

⁵⁰ Dieterlen Struck, Paulette, *Justicia distributiva y salud*, México, Fondo de Cultura Económica, 2015, p. 23.

En el contexto de integración de servicios para una sociedad plural y diversa, comenzó un proceso de modernización administrativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada. Es así que en 1985 la SSA se transformó en la Secretaría de Salud, buscando establecer y cumplir las funciones de coordinación del Sector y del Sistema Nacional de la Salud. Mientras que, a la par, inició la generación de estrategias importantes para la población como el Programa de Vacunación Universal y el Programa Nacional de Salud en 1994.

En 2002 se instituyó, como medida para ampliar el espacio de acción del sistema de salud, el programa del Seguro Popular que, en 2003, se convierte en Ley para tratar de abarcar a la población que carece de seguridad social y cumplir con lo establecido por la norma.

La problemática continua, con el crecimiento demográfico tan dispar frente al de crecimiento del poder adquisitivo de la mayoría de la población, por tal, se vuelve esencial elevar la eficiencia de las acciones que se lleven a cabo por todas las Secretarías y las instituciones públicas y privadas que se encuentran dentro del sistema de salud en México.

2.2.2 Políticas de salud a partir de finales de la década de los 70

En 1978, del 6 al 12 de septiembre, la Organización Mundial de la Salud convocó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán (antes URSS). Ahí se trató la urgencia de estrategias para alcanzar un nivel de salud óptimo que impulsara la protección y promoción de la salud de todos los pueblos del mundo. Las principales estrategias fueron que los gobiernos asegurasen los servicios esenciales de salud y que la atención primaria de salud⁵¹ se volviera universal. Esto quedó plasmado en la Declaración de Alma-Ata:

⁵¹ La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Organización Mundial de la Salud, *Declaración de Alma-Ata*, Kazajistán, OMS, 1978, p. 1-2. En: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.⁵²

Después de que se presentaron los puntos en Alma-Ata la percepción de la salud en el mundo cambió. La gran responsabilidad de los gobiernos del mundo y el planteamiento de una política de atención primaria a la salud repercutió en México, por lo que en 1983 se reconoció el derecho constitucional, en el artículo cuarto, a la protección de la salud; iniciando así la segunda reforma de los servicios de salud.

En 1984 se promulgó la Ley General de Salud, definiendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, estableciendo la distribución de las competencias federales y estatales en materia de salubridad general. También se estableció que el Sistema Nacional de Salud se dividiera en tres tipos de instituciones: públicas, atendiendo a la población no asegurada; instituciones de seguridad social y servicios sociales, y en los servicios privados.

Un año después, en 1985, la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre a Secretaría de Salud para enfocarse en coordinar las acciones del Sistema Nacional de Salud y fungir como rectora general del sector salud de la nación. De acuerdo con Miguel Ángel González Block y John Scott, hay que reconocer que se dieron diversos cambios a raíz de la segunda reforma de salud:

a) el Banco Mundial impulsó las políticas para mejorar el gasto público en materia de salud con base en la igualdad y la universalidad; b) se reconoció que la universalidad de acceso debe acotarse a intervenciones de probada relación costo-efectividad; c) en el campo analítico se diseñaron paquetes de servicios costo-efectividad, y se hizo patente que era posible abatir de manera muy importante las enfermedades en el contexto de la transición epidemiológica del país; d) se demostró la necesidad de crear nuevos esquemas de cobertura institucional que superaran el estancamiento de la seguridad social y que lograran promover atención asegurada a toda la población, y; e) se rompió el mito de la preponderancia del gasto público en salud: el gasto privado representó 58% del gasto total en salud en el año 2000.⁵³

La reforma reconoció los principales problemas del sistema de salud que deben ser tratados. En primer lugar, se identificó que la calidad es insuficiente y la

⁵² Organización Mundial de la Salud, *Declaración de Alma-Ata*, Kazajstán, OMS, 1978, p. 3. En: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf

⁵³ González Block, Miguel Ángel y Scott John, "Equidad y salud. Retos, avances y perspectivas" citado en Dieterlen Struck, Paulette, *op. cit.*, p. 25.

eficiencia es limitada, además de que en las instituciones hay una carencia de incentivos para mejorar; a esto hay que agregar que el centralismo del país es evidente, con lo cual la distribución de los recursos es ineficiente y opaca, y la asignación de responsabilidades es poco clara. Por otra parte, existe una segmentación entre instituciones que, aunado a una deficiente coordinación, duplica la cobertura de salud de algunos grupos sociales, pero deja sin atender a otros. Otro de los problemas es que los costos de la seguridad social para el trabajador y para el empresario son altos, afectando sustancialmente sus economías y disminuyendo la capacidad competitiva a nivel internacional.

Los objetivos de la Reforma del Sector Salud incluyeron establecer instrumentos que promovieran la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, centrar esfuerzos en la ampliación de la cobertura de la seguridad social a través de la facilitación de la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal, tratar de concluir y profundizar la descentralización de los servicios de salud para los no asegurados y, por último, buscar extender la cobertura de servicios a las zonas urbanas y rurales de pobreza.

En los años noventa la política se dirigió en la atención del 10% de la población rural con mayores problemas para recibir atención médica;⁵⁴ con lo que la Secretaría de Salud, con ayuda del Banco Mundial, instauró el Programa de Ampliación de Cobertura como un esfuerzo federal por incluir a todas las instancias de los Servicios Estatales de Salud para realizar acciones básicas de salud en las comunidades que, hasta ese momento, se mantenían al margen de estos servicios.

A pesar de la voluntad por incluir a las comunidades sin acceso a los servicios de salud, la población seguía padeciendo graves problemas de salud. Como respuesta el gobierno mexicano, en 2002, diseñó la política del Sistema de Protección Social en Salud y constituyó el programa de Seguro Popular. En abril del 2003 reformaron la Ley General de Salud y el Seguro Popular pasó de ser un programa gubernamental a una ley que se implementaría desde el 1 de enero de 2004.

La reforma a la Ley General de Salud de 2003 determinó que todos los ciudadanos mexicanos son personas con derechos plenos en materia de salud, terminando así con la diferenciación entre derechohabientes y personas no-derechohabientes. Para materializar este objetivo el Seguro Popular actuó como una herramienta para cubrir con la seguridad de salud a todo aquel que no posea

⁵⁴ González Block, Miguel Ángel y Scott, John, "Equidad y salud. Retos, avances y perspectivas" en Cortés Cáceres, Fernando y de Oliveira Barbosa, Orlandina (Coord.), *Los grandes problemas de México V: desigualdad social*, México, Colegio de México, 2010, p. 220.

seguridad social del IMSS, el ISSSTE, de Petróleos Mexicanos, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina.

El costo del Seguro Popular será cubierto mediante un subsidio federal proveniente de recursos fiscales del Presupuesto de Egresos de la Federación y de las aportaciones familiares de los asegurados, cuyo monto es determinado según el nivel de ingreso de cada familia. Sus objetivos específicos son:⁵⁵

- Reducir el gasto privado de bolsillo que pone en riesgo de empobrecimiento a las familias más vulnerables, por su estado de salud y su nivel socioeconómico.
- Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos.
- Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta prestación en materia de salud.
- Contribuir a superar iniquidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud.

A pesar de los avances persisten las grandes deficiencias en materia de salud. Un ejemplo muy claro es que las medidas tomadas para mejorar la calidad y cobertura de salud en México siguen respondiendo al esquema de costo-efectividad, tal como queda demostrado en que los servicios del Seguro Popular piden una aportación del paciente a atender a pesar de que en la Constitución está señalado el derecho a la protección de la salud.

2.3 Desafíos de salud pública 2007-2012

En México las circunstancias demográficas cambiaron las condiciones laborales y de salud durante los últimos cincuenta años. Las transformaciones ocurridas en los ámbitos político, económico, social y administrativo, por mencionar algunos, han modificado la estructura nacional e institucional. Por ejemplo, con el aumento en la población de poco más de 25 millones de habitantes en 1950⁵⁶ a 97,483,412 en 2000,⁵⁷ con la urbanización de la sociedad⁵⁸ y con la dispersión de las

⁵⁵ Dieterlen Struck, Paulette, *op. cit.*, p. 25.

⁵⁶ Narro Robles, José, Cordera Campos, Rolando y Lomelí Vanegas, Leonardo *Documento preliminar. Simposio "hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social*, p. 1. En: http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/simposium/husss/pdf/Hacia%20la%20universalizacion%20de%20la%20seguridad%20social%20_2_.pdf [último acceso: 03 de junio de 2016].

⁵⁷ INEGI. En: http://www.inegi.org.mx/lib/Olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv00_pt

⁵⁸ México cuenta aproximadamente con "33 ciudades de 500 mil habitantes o más y que en ellas residen más de 28 millones de individuo, en tanto que 18 mil 714 localidades menores de 2,500

localidades rurales hay dificultades para llevar servicios de electricidad, salud, educación, empleo o vivienda a todos los ciudadanos, además de que por esa razón las oportunidades de acceder a una vida digna son inequitativas; en éste sentido las instituciones han tenido que adaptarse a estos retos con incremento en el personal administrativo, el aumento de funciones y especialización de tareas, entre otras cosas.

Esto ha dado como resultado algunos avances como en el incremento en la esperanza de vida al nacimiento, la disminución en la mortalidad infantil y en enfermedades infecciosas como el polio y el sarampión; pero también ha creado enormes rezagos que contrastan como pueden ser el problema de acceso a los servicios de salud de la población con mayor índice de pobreza.

Los cambios han creado realidades dispares para los mexicanos, la salud a la que tiene acceso la población no es la misma y, como consecuencia, los retos a afrontar son grandes. Señalar cuáles fueron los retos de salud en un período determinado ofrece la oportunidad de comprender bajo que contexto fue ejecutado el Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012.

2.3.1 Nuevos retos de la salud pública

Para mejorar la salud de los ciudadanos es necesario incrementar los recursos materiales y humanos porque son insuficientes⁵⁹ para los desafíos que enfrenta el sector salud. En México estos retos están condicionados principalmente por la urbanización de gran parte de la población, el crecimiento demográfico y el aumento en la esperanza de vida. Estas tres situaciones han modificado la realidad de la población mexicana y del Estado de la siguiente forma:

habitantes alojan a 3.5 millones” en Narro Robles, José, Cordera Campos, Rolando y Lomelí Vanegas, Leonardo *Documento preliminar. Simposio “hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social*, p. 2. En: http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/simposium/husss/pdf/Hacia%20la%20universalizacion%20de%20la%20seguridad%20social%20_2_.pdf [último acceso: 03 de junio de 2016].

⁵⁹ Por ejemplo, por cada 100,000 habitantes hay 1.1 hospitales, pero la disponibilidad de hospitales en Baja California Sur y Campeche es seis y cinco veces más alta que en el Estado de México. En lo referente al número de camas por cada 1,000 habitantes en México es de 0.74 mientras que la sugerencia de la OMS es de 1 cama. En lo que respecta a los recursos humanos hay 1.85 médicos por 1,000 habitantes en tanto la OCDE promedia 2.9, esta situación se agrava si tomamos en cuenta que el Distrito Federal tiene 3 médicos por cada 1,000 habitantes y Oaxaca, Guanajuato o Chihuahua cuentan con 1 y Puebla, Chiapas y el Estado de México con menos de uno. En: Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012 “por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, 2007, p. 54-58.

- Urbanización de la población. Han acortado la distancia entre localidades y eso facilita el acceso a la salud, pero aún se mantienen lugares de difícil tránsito y eso no permite una atención de salud oportuna o de calidad, además de que la información sobre medidas de prevención de la salud no llega con la misma velocidad que en lugares urbanizados.
- Crecimiento demográfico. Con el incremento poblacional los recursos económicos que destina el Estado para atender los asuntos de salud pública deben aumentar, además de que tiene que aumentar el personal y ser capacitado para atender a una mayor demanda de servicios de salud.
- Aumento en la esperanza de vida. Una población de mayor edad no significa una alta calidad de vida y de salud, personas de mayor edad son más propensas a padecer distintos tipos de enfermedades y eso trae como consecuencia que más personas requieran de atención médica especializada.

El contexto actual implica afrontar nuevos desafíos y no descuidar los que ya se superaron o que aún están siendo tratados. Las exigencias son mayores que hace cincuenta años, pero hay que recordar que la salud es “palanca del desarrollo humano y en nuestro régimen constitucional se identifica como prototipo de los derechos sociales fundamentales”.⁶⁰

Uno de los objetivos del Estado es mantener a una población saludable para impulsar su desarrollo y el del país, por esa razón se vuelve de vital importancia tener una cobertura de salud que permita alcanzar dicho objetivo. Durante años anteriores, principalmente en el modelo de Estado interventor, la meta trazada era lograr la cobertura universal de la salud sin resultados; incluso bajo la transición al modelo de Estado neoliberal tampoco se ha alcanzado esta meta, por ejemplo, con la creación del Seguro Popular en 2003.

Con una población de 103, 263,388 habitantes en 2005⁶¹ es bastante complicado brindar servicios de salud públicos a toda la población, en especial si tomamos en cuenta las barreras geográficas como las condiciones del terreno que conecta a las comunidades más alejadas y que complica el acercamiento de los habitantes a las unidades de salud o el paso de las unidades móviles de salud a esas comunidades.

⁶⁰ Narro Robles, José, Cordera Campos, Rolando y Lomelí Vanegas, Leonardo *Documento preliminar. Simposio “hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social*, p.4. En: http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/simposium/husss/pdf/Hacia%20la%20universalizacion%20de%20la%20seguridad%20social%20_2_.pdf [último acceso: 03 de junio de 2016].

⁶¹ INEGI. En: http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/conteos/conteo2005/PT.asp?s=est&c=17352&proy=cpv05_pt [último acceso: 03 de junio de 2016].

Además de que es posible que en algunos lugares no estén dispuestos a aceptar la atención médica por cuestiones de creencias y valores personales, por ejemplo, con personas que por dogmas de su religión no están dispuestos a ingerir medicinas o que las personas no permitan que una mujer sea revisada en su cuerpo porque éste sólo puede ser visto por el esposo.

Otra de las características que aquejan al sector salud en México es su estructura segmentada, las instituciones prestadoras de servicios de salud se dividen principalmente en el IMSS, ISSSTE, la Secretaría de Salud y los servicios estatales de salud, más aparte otras de menor cobertura de ciudadanos pero que igualmente se encarga de la salud.

Tener un grupo de instituciones que pueden compartir los mismos objetivos parece beneficioso, pero en realidad es perjudicial ya que “existen distintos niveles de organización, aparatos burocráticos y administrativos duplicados e hipertrofiados y, por supuesto, una enorme dificultad para establecer la coordinación que se requiere”.⁶²

Una organización y coordinación deficiente, tiene como consecuencia que por una parte los esfuerzos por resolver un problema sean redoblados/duplicados o que haya personas con derecho a los servicios de dos o más instituciones; mientras que por el otro lado algún sector de la población siga desprovisto de los servicios de salud pública. La principal prueba de esto es que, a pesar de que México pasó de invertir un 5.6% del PIB en 2000, a 6.5% en 2005, la cobertura de salud sigue siendo desigual.⁶³

Los problemas de coordinación y organización entre instituciones repercuten en la eficiencia en salud pública, ésta aumenta porque la infraestructura y los recursos humanos son insuficientes para atender a una creciente población pues, como ya señalé en párrafos anteriores, el crecimiento demográfico amplía el número de personas a atender.

También es prioritario resolver el tema de la precisión de los objetivos del modelo, es decir, “en materia de salud se necesita saber, con claridad a dónde se quiere llevar a los servicios públicos y a la política sanitaria del Estado”.⁶⁴ Por una parte

⁶² Narro Robles, José, Cordera Campos, Rolando y Lomelí Vanegas, Leonardo *Documento preliminar. Simposio “hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social*, p.10. En: http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/simposium/husss/pdf/Hacia%20la%20universalizacion%20de%20la%20seguridad%20social%20_2_.pdf [último acceso: 03 de junio de 2016].

⁶³ *Plan Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, Secretaría de Salud, 2007, p. 49.

⁶⁴ Narro Robles, José, Cordera Campos, Rolando y Lomelí Vanegas, Leonardo *Documento preliminar. Simposio “hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social*, p.19. En:

existe el antecedente del modelo de Estado interventor que tenía como uno de sus fines proveer a toda la población de servicios de salud lo que, con el crecimiento poblacional, se traducía en una causa más de que el gasto público fuera en aumento.

Con el inicio del proceso neoliberalizador del Estado se busca que el gasto público disminuya, con lo cual el aparato estatal debe ser más eficiente pero también reducirse. De este modo el sector salud debe minimizar sus costos, pero eso resulta contradictorio si tomamos en cuenta que continúa el esfuerzo por cubrir al total de la población de servicios de salud básicos sin tratar primero

La contradicción en los objetivos del modelo estatal para definir el camino que seguirá el sector salud perjudica en la planeación de las estrategias que deberán llevarse y en definir claramente los resultados que se esperan conseguir, esto significa que desde el diseño se verá afectada una política de salud y como consecuencia la ejecución y los resultados no serán los más benéficos para la población.

Vimos los retos que enfrenta el sector salud a nivel general, en un nivel un poco más particular se puede situar el tema central del PAE “cáncer de mama”. El grupo de enfermedades a las que pertenece el cáncer de mama es el de las enfermedades crónicas⁶⁵, el grupo de nuevos retos que hay que tratar.

2.3.2 La problemática de las enfermedades crónicas

Los desafíos a los que se enfrenta el sector salud han ido modificándose conforme a la transformación de la sociedad, las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte ya no son las mismas que hace cincuenta años, aunque

http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/symposium/husss/pdf/Hacia%20la%20universalizacion%20de%20la%20seguridad%20social%20_2_.pdf [último acceso: 03 de junio de 2016].

⁶⁵ Las enfermedades no transmisibles, o crónicas, son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); y la diabetes.

Las enfermedades no transmisibles, o ENT, representan con diferencia la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales.

En: Organización Mundial de la Salud, *10 Datos sobre las enfermedades no transmisibles*, 2013, Organización Mundial de la Salud, http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/ [último acceso: 16 de junio de 2016].

eso no quiere decir que estén erradicadas “las enfermedades del subdesarrollo, como las asociadas a padecimientos infecciosos y desnutrición”.⁶⁶

Las enfermedades crónicas o no transmisibles no pueden ser contagiadas de persona a persona, evolucionan lentamente y su duración es larga. Éstas afectan principalmente a los países de bajos y medios ingresos, en ellos ocurren casi el 75% de las muertes por enfermedades crónicas. “Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como el envejecimiento, una urbanización rápida y no planificada, y la mundialización de unos modos de vida poco saludables”.⁶⁷

Con el crecimiento de la esperanza de vida ahora las causas de perjuicio para la salud son las enfermedades no transmisibles y las lesiones⁶⁸. Los padecimientos de este tipo representan un tratamiento de costo mayor en relación a las enfermedades de infecciones comunes o causadas por desnutrición que afectaban al país en el siglo XX como la tuberculosis o enfermedades diarreicas. Esta transición está “asociada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables”.⁶⁹

Con la extensión de las nuevas enfermedades y sus altos costos, se vuelve un desafío importante anticiparse a las enfermedades a través de medidas precautorias sobre los determinantes críticos de la salud⁷⁰. Esto quiere decir que los esfuerzos no sólo deben centrarse en tratar las enfermedades cuando ya están presentes en un individuo, sino que también es sustancial desarrollar instrumentos para atacar las causas de los nuevos padecimientos de la población.

En el Plan Nacional de Salud los riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables son nombrados como determinantes personales; éstos son una serie de desafíos que han sido tratados en los últimos años por el sector salud para disminuir su impacto en la propagación de las enfermedades no transmisibles,

⁶⁶ Programa de Acción Específico “Promoción de la salud: una nueva cultura” 2007-2012, Secretaría de Salud. 2007, p. 60.

⁶⁷ En Organización Mundial de la Salud, *10 Datos sobre las enfermedades no transmisibles*, 2015, Organización Mundial de la Salud. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/> [último acceso: 16 de junio de 2016].

⁶⁸ Una lesión es un daño que ocurre en el cuerpo. Es un término general que se refiere al daño causado por accidentes, caídas, golpes, quemaduras, armas y otras causas. En: MedlinePlus, <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/woundsandinjuries.html> [último acceso: 17 de junio de 2016].

⁶⁹ *Plan Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, Secretaría de Salud, 2007, p. 23.

⁷⁰ Son aquellos factores que influyen en la salud de la población, como pueden ser el lugar en el que una persona nace, crece, vive, trabaja, su alimentación, su cuidado personal o el sistema de salud de su país. Los determinantes críticos son los que mayor impacto negativo tienen en la salud de los individuos.

aquellas que son el nuevo reto del sector salud en la actualidad. Los determinantes personales son los siguientes:⁷¹

- Sobrepeso y obesidad. La cantidad de adultos con esta condición pasó de 34.5% en 1988 a 69.3% en 2006, se relaciona principalmente con la diabetes, las enfermedades cardio y cerebro-vasculares, y el cáncer de mama.
- Dislipidemias. La concentración de colesterol sérico⁷² ocurre porque las personas llevan dietas ricas en grasas saturadas, por su herencia genética y por algunos problemas metabólicos.
- Hipertensión. Ésta se relaciona con el consumo alto de sal, sobrepeso, consumo excesivo de alcohol e inactividad física. Puede ocasionar padecimientos cerebro-vasculares⁷³, cardiopatía isquémica⁷⁴ e insuficiencia renal.
- Tabaquismo. Asociada principalmente al cáncer pulmonar y también a otros tipos de cáncer, cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebro-vasculares.
- Alcoholismo. Enfermedades como la cirrosis hepática y traumatismos en accidentes son sus principales consecuencias.
- Consumo de drogas.

La prevención es una estrategia más eficiente para aminorar las enfermedades no transmisibles y que en la actualidad superaron a las llamadas de subdesarrollo. Dirigir parte de la atención a los elementos que influyen en el surgimiento de estos padecimientos, es decir, los determinantes personales, dará la oportunidad de atacar la problemática desde sus inicios y permitirá que la población cuente con plenas capacidades de desarrollarse personalmente y de contribuir al desarrollo de la nación.

⁷¹ *Plan Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, Secretaría de Salud, 2007, pp. 43-45.

⁷² Se define como colesterol en suero y se refiere al nivel de colesterol total en sangre de una persona. Toma en cuenta la cantidad de colesterol HDL, también conocido como colesterol bueno y LDL o colesterol "malo", en el torrente sanguíneo. En: Thebellmeade.com, <http://www.thebellmeade.com/definicion-de-colesterol-serico/> [último acceso: 18 de junio de 2016].

⁷³ Las enfermedades vasculares cerebrales (o accidentes cerebrovasculares o enfermedad cerebrovascular) se definen como cualquier enfermedad del encéfalo, focal o difusa, transitoria o permanente provocada por una alteración de la circulación cerebral. Esta alteración puede ser debida a un proceso patológico que afecte a los vasos del cerebro o un trastorno de la sangre circulante. En: Instituto Químico Biológico, <http://www.iqb.es/neurologia/visitador/v0015.htm> [último acceso: 18 de junio de 2016].

⁷⁴ La cardiopatía isquémica es la enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, es decir, las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco (miocardio). La arteriosclerosis coronaria es un proceso lento de formación de colágeno y acumulación de lípidos (grasas) y células inflamatorias (linfocitos). Estos tres procesos provocan el estrechamiento (estenosis) de las arterias coronarias. En: Fundación Española del Corazón, <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html> [último acceso: 18 de junio de 2016].

Enfocarse en fomentar una cultura de la prevención puede traducirse en que la cantidad de ciudadanos con enfermedades crónicas sea menor; con una disminución en los pacientes de este tipo de enfermedades, que son las de mayor costo, se conseguiría disminuir el gasto en los recursos materiales y en el personal especializado para los tratamientos.

2.4 Relación entre el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) es un documento de trabajo que señala los objetivos de las políticas públicas y las acciones específicas a realizar para materializarlos. Los programas sectoriales y especiales derivados del PND establecieron “objetivos alineados y vinculados con el cumplimiento de las metas y estrategias contenidas en el Plan, con el propósito de contribuir a la construcción de un gobierno eficiente y una Administración Pública Federal orientada al logro de resultados”⁷⁵.

El PND tuvo como principio rector el *Desarrollo Humano Sustentable*,⁷⁶ cuyo fin es que la población presente y futura pueda incrementar sus capacidades y sus oportunidades. La meta era asegurar que los mexicanos tuvieran sus necesidades fundamentales satisfechas como lo son la salud, la educación, la vivienda y la protección a sus derechos humanos, tanto para las generaciones actuales como para las futuras. Para lograr que los mexicanos lograsen encontrarse en las mejores circunstancias se propuso una estrategia integral apoyada en cinco ejes de acción:⁷⁷

1. El Estado de Derecho y la seguridad
2. Economía competitiva y generadora de empleos
3. Igualdad de oportunidades
4. Sustentabilidad ambiental
5. Democracia efectiva y política exterior responsable

⁷⁵ Jiménez Salgado, Susana, *Programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-018*, México, SEGOB. En: <http://www.gobernacion.gob.mx/programassectorgobernacion> [último acceso: 18 de junio de 2016]

⁷⁶ “El desarrollo humano sustentable parte del principio de que el bien común es producto del esfuerzo solidario de los integrantes de la sociedad y del apoyo del estado, siempre que el objeto de la acción pública sea propiciar el perfeccionamiento de las capacidades humanas, así como su realización libre y responsable”. *Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012* p. 28.

⁷⁷ *Ibíd.*, p. 32.

El PND 2007-2012 fue una proposición que buscó conjuntar las acciones e interrelacionar las estrategias para mejorar las condiciones del país. Cada eje de acción del PND es una parte de la vida de la nación a la cual el Gobierno Federal dirigió su atención. Los cinco ejes de política pública contienen acciones transversales que comprendían los ámbitos económico, social, político y ambiental, es decir, es un plan que articuló un conjunto de objetivos y estrategias en torno a estos cinco ejes de acción que intentaban favorecer la materialización de las condiciones bajo las cuales se buscan alcanzar los objetivos nacionales.⁷⁸

Dentro del ámbito social y económico, la salud de la población es un asunto de gran interés porque los individuos que no están en las condiciones físicas para trabajar y ser parte activa de la economía nacional no pueden alcanzar un nivel de desarrollo y bienestar al que toda la población tiene derecho a buscar conseguir. Una persona con condiciones de salud mermadas no sólo no podrá intentar mejorar sus condiciones de vida, sino que tampoco podrá ser parte del desarrollo económico del país y representará un gasto más grande para su familia y las instituciones de salud a las que pueda acudir.

⁷⁸ 1. Garantizar la seguridad nacional, salvaguardar la paz, la integridad, la independencia y la soberanía del país, y asegurar la viabilidad del Estado y de la democracia. 2. Garantizar la vigencia plena del Estado de Derecho, fortalecer el marco institucional y afianzar una sólida cultura de legalidad para que los mexicanos vean realmente protegida su integridad física, su familia y su patrimonio en un marco de convivencia social armónica. 3. Alcanzar un crecimiento económico sostenido más acelerado y generar los empleos formales que permitan a todos los mexicanos, especialmente a aquellos que viven en pobreza, tener un ingreso digno y mejorar su calidad de vida. 4. Tener una economía competitiva que ofrezca bienes y servicios de calidad a precios accesibles, mediante el aumento de la productividad, la competencia económica, la inversión en infraestructura, el fortalecimiento del mercado interno y la creación de condiciones favorables para el desarrollo de las empresas, especialmente las micro, pequeñas y medianas. 5. Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizada alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución. 6. Reducir significativamente las brechas sociales, económicas y culturales persistentes en la sociedad, y que esto se traduzca en que los mexicanos sean tratados con equidad y justicia en todas las esferas de su vida, de tal manera que no exista forma alguna de discriminación. 7. Garantizar que los mexicanos cuenten con oportunidades efectivas para ejercer a plenitud sus derechos ciudadanos y para participar activamente en la vida política, cultural, económica y social de sus comunidades y del país. 8. Asegurar la sustentabilidad ambiental mediante la participación responsable de los mexicanos en el cuidado, la protección, la preservación y el aprovechamiento racional de la riqueza natural del país, logrando así afianzar el desarrollo económico y social sin comprometer el patrimonio natural y la calidad de vida de las generaciones futuras. 9. Consolidar un régimen democrático, a través del acuerdo y el diálogo entre los Poderes de la Unión, los órdenes de gobierno, los partidos políticos y los ciudadanos, que se traduzca en condiciones efectivas para que los mexicanos puedan prosperar con su propio esfuerzo y esté fundamentado en valores como la libertad, la legalidad, la pluralidad, la honestidad, la tolerancia y el ejercicio ético del poder. 10. Aprovechar los beneficios de un mundo globalizado para impulsar el desarrollo nacional y proyectar los intereses de México en el exterior, con base en la fuerza de su identidad nacional y su cultura; y asumiendo su responsabilidad como promotor del progreso y de la convivencia pacífica entre las naciones. *Ibíd.*, pp. 25 y 26.

De parte de la población, el tema de la salud también es de su interés por que la colaboración entre sociedad y gobierno permitirá detectar las necesidades, organizar y planear con mayor precisión de tal forma que será más óptima la prestación de los servicios de salud, el seguimiento que se le da a los programas y a los pacientes, y la evaluación de las acciones llevadas a cabo; situación que será muy benéfica para los ciudadanos.

Los daños a la salud que más afectan a la población son las enfermedades no transmisibles y las lesiones, éstas “se asocian al envejecimiento poblacional, a la desigualdad de oportunidades y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables”.⁷⁹ Atender estas enfermedades requiere del uso de materiales tecnológicos, de una atención especializada y de larga duración y eso representa un alto costo.

El eje 3 “Igualdad de oportunidades” del PND está enfocado a cumplir con el objetivo 5 del mismo: reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados salud, alimentación, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución.⁸⁰ Este eje menciona que “la igualdad de oportunidades educativas, profesionales y de salud son necesarias para que todos los mexicanos puedan vivir mejor y participar plenamente en actividades productivas”.⁸¹

El gobierno de Felipe Calderón tuvo como meta la creación de un ambiente con igualdad de oportunidades porque la población no tiene las mismas condiciones para desarrollar sus aspiraciones plenamente y así mejorar su calidad de vida. Si los individuos lograsen contar con capacidades plenas estarían en una situación en la que podrían aprovechar mejor los sistemas de educación y empleo para que exista una verdadera calidad de vida.

Un acceso a los servicios de salud, además de los referentes al agua, alimentación suficiente, a la educación, a la vivienda digna y a la recreación, podría impulsar el bienestar de las personas y de las comunidades, asegurando una vida digna para todos. Además, con el *Desarrollo Humano Sustentable* como principal rector del PND, igualmente se buscaría trabajar de forma tal que los beneficios también cubran a las generaciones futuras.

⁷⁹ Secretaría de Salud, *Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, 2007, p. 12.

⁸⁰ *Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012* p. 26.

⁸¹ *Ibíd.*, p. 24.

Una mayor igualdad de oportunidades también debe estar acompañada por políticas que permitan a la población insertarse a la economía del país, es decir, tiene que haber oportunidades de formación y realización reales. La política social y economía necesitan estar ligadas para crear más empleos y oportunidades que mejoren las condiciones de vida de los más necesitados.

Hay que recordar que “sólo asegurando la igualdad de oportunidades en salud, educación, vivienda y servicios básicos, las personas podrán participar activamente en esta economía dinámica y aprovechar los beneficios que ésta ofrece”.⁸²

Es así que en el PND 2007-2012, en específico en el eje 3 “Igualdad de oportunidades”, y además teniendo como principio rector el *Desarrollo Humano Sustentable*, fue diseñado el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS); con la participación de las instituciones del sector salud, de todas las entidades federativas y de organizaciones de la sociedad civil como un documento colectivo que comprende de cinco objetivos, diez estrategias⁸³ y 74 líneas de acción.

Los cinco objetivos del PNS 2007-2012 son los siguientes:⁸⁴

1. Mejorar las condiciones de salud de la población
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país

⁸² *Ibíd.*, p. 144.

⁸³ Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios; fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades; situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud; desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud; organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud; garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud; consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona; generación de recursos suficientes y oportunos; promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector; fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos; y apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios. Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012 “Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud”*, México, Secretaría de Salud, 2007, pp. 18-19.

⁸⁴ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012*, México, 2007, p. 18.

Estos cinco objetivos están presentes como los objetivos 4, 5, 6, 7 y 8⁸⁵ de los 23 existentes del eje 3 del PND; mismos que aparecen en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

Las estrategias y actividades propuestas corresponden a las necesidades que tiene que atender el sector salud para contribuir al logro de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. Son desafíos de gran magnitud y complejidad en materia de salud, que de ser tratados de forma adecuada se puede contribuir a que la igualdad de oportunidades sea una realidad.

Subordinados al PROSESA y PNS hay 30 Programas de Acción Específicos (PAE) en el período 2007-2012 que buscan coadyuvar a la materialización de las metas en el sector salud y, como consecuencia, del PND. Los PAE son los siguientes:⁸⁶

- Prevención y tratamiento de las Adicciones
- Diabetes mellitus
- Riesgo cardiovascular
- Seguridad vial
- Prevención de la mortalidad infantil
- Cáncer de mama
- Cáncer cérvicouterino
- Arranque parejo en la vida
- Planificación familiar y anticoncepción
- Dengue
- Atención integral para las personas con discapacidad
- Tuberculosis
- Urgencias epidemiológicas y desastres
- Promoción de la salud: una nueva cultura
- Escuela y salud
- Entornos y comunidades saludables
- Envejecimiento
- Salud sexual y reproductiva para adolescentes
- Prevención y atención de la violencia familiar y de género
- Igualdad de género en salud
- Paludismo

⁸⁵ 4. Mejorar las condiciones de salud de la población, 5. Brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente, 6. Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas, 7. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal y 8. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano del país. *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*, México, Secretaría de Salud, 2007, p.14.

⁸⁶ <http://www.spps.gob.mx/programas-y-proyectos.html> [última consulta: 25 de junio de 2016].

- Rabia y otras zoonosis
- Vete sano, regresa sano
- Salud bucal
- Prevención y control del cólera
- Lepra
- Otras enfermedades transmitidas por vector
- Salud Mental
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- VIH/SIDA e ITS

Cabe señalar que el objetivo de estudio en esta tesis es acerca del Programa de Acción Específico “Cáncer de mama”. Éste será descrito en el siguiente capítulo de forma tal que pueda notarse su importancia en los Planes Nacionales y en el Sectorial y el impacto que se trató de lograr en la población.

CAPÍTULO III.

El Programa de Acción Específico “Cáncer de mama”

En este capítulo es necesario señalar que es el cáncer de mama, por qué es un problema público y, de forma general, cuáles fueron los factores determinantes que influyeron en el desarrollo del Programa de Acción Específico “Cáncer de mama”.

Para que el análisis de políticas públicas sea abordado se describirá individualmente el Programa de Acción Específico (PAE) como acción, repasando su marco normativo, los recursos ocupados y qué actores intervinieron en su ejecución para dar paso a un examen que arroje como resultado ideas claras que serán la base del análisis en específico del PAE.

3.1 Cáncer de mama

Para entender cómo y por qué fue necesario hacer un programa para combatir el cáncer de mama es preciso definir de forma general la enfermedad, por qué es un problema público y cuáles fueron los factores que determinantes que pudieron influir en el proceso de toma de decisiones para elegir las acciones que serían tomadas por el gobierno a través del PAE.

3.1.1 El cáncer de mama como problema de salud pública

El cáncer es “el resultado de mutaciones, o cambios anómalos, en los genes que regulan el crecimiento de las células y las mantienen sanas”,⁸⁷ esto quiere decir que, durante el proceso de renovación de células del cuerpo, en las que las células nuevas ocupan el lugar de las células muertas, hay daño genético (mutaciones). Las mutaciones pueden activar o desactivar ciertos genes en una célula, teniendo como resultado que una célula pueda dividirse sin control y orden generando más células iguales y, como consecuencia, un tumor.

⁸⁷ [www.breastcancer.org En: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama](http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama) [último acceso: 20 de septiembre de 2016].

Los tumores pueden ser benignos (sin riesgo para la salud), porque las células poseen una apariencia casi normal y no se expanden a otras partes del cuerpo; y los malignos (con riesgo para la salud), que se extienden a otras partes del cuerpo con un crecimiento acelerado.

Con respecto al cáncer de mama, éste “hace referencia a un tumor maligno que se ha desarrollado a partir de células mamarias.”⁸⁸ Por lo regular este cáncer nace de las glándulas productoras de leche o de los conductos que la transportan al pezón. De los casos de esta enfermedad sólo un 5-10% del total son por una cuestión hereditaria, mientras que el 85-90% restante es porque las anomalías están relacionadas con el envejecimiento y el desgaste natural de la vida.⁸⁹

Para tratar de forma adecuada el cáncer de mama hay que considerar que éste no actúa de la misma forma en cada mujer, mucho dependerán diversos factores. Por esa razón, para entender el comportamiento y la apariencia del cáncer se elabora un perfil a través del análisis de una muestra de tejido extirpado (biopsia). Los resultados de las pruebas conformarán un informe patológico⁹⁰ que determine la apariencia y el tamaño del tumor, velocidad de crecimiento, si hay propagación y factores de riesgo.

Una vez conformado el informe patológico se establecerá el estadio o etapa del cáncer de mama, es decir, si se encuentra sólo en una zona de la mama o si se ha propagado a otras partes del cuerpo; esto se representa con un número entre el 0 (no invasivo) y el IV (invasivo). El estadio y los demás resultados del informe patológico determinarán el pronóstico de sobrevida y el tratamiento. Los estadios del cáncer de mama se dividen en:⁹¹

- IA. El tumor mide hasta 2 cm y el cáncer no se ha extendido más allá de la mama; no hay ganglios linfáticos afectados
- IB. No hay tumor en la mama; en cambio, se observan en los ganglios linfáticos pequeños grupos de células cancerígenas superiores a 0,2 mm, pero inferiores a 2 mm o se observa un tumor en la mama inferior a 2 cm y

⁸⁸ [www.breastcancer.org En: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama](http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama) [último acceso: 20 de septiembre de 2016].

⁸⁹ *Ibidem*.

⁹⁰ La patología define etimológicamente la rama de la medicina que se ocupa del estudio de las enfermedades. Comprende principalmente la búsqueda de sus causas, de sus factores desencadenantes o de los factores que las favorecen, así como del pronóstico, con el objetivo final de entender mejor manera cómo tratarlas y también de prevenirlas.

El término, sin embargo, se ha ampliado y se ha convertido en sinónimo de enfermedad y también permite realizar un inventario de éstas. En: <http://salud.ccm.net/faq/10221-patologia-definicion> [último acceso: 15 de octubre de 2016].

⁹¹ [www.breastcancer.org En: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama](http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama) [último acceso: 20 de septiembre de 2016].

pequeños grupos de células cancerígenas superiores a 0,2 mm, pero inferiores a 2 mm en los ganglios linfáticos

- IIA. No hay ningún tumor en la mama, pero se detectan células cancerígenas (que superan los 2 mm) en 1-3 ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo) o en los ganglios linfáticos cerca del esternón (encontrado durante una biopsia del ganglio centinela) o el tumor mide 2 cm o menos, y se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares o el tumor mide entre 2 y 5 cm, y no se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares
- IIB. El tumor mide entre 2 y 5 cm, y se observan en los ganglios linfáticos pequeños grupos de células cancerígenas superiores a 0,2 mm, pero inferiores a 2 mm o el tumor mide entre 2 y 5 cm, y el cáncer se ha propagado en 1-3 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cercanos al esternón (encontrado durante una biopsia del ganglio centinela) o el tumor mide más de 5 cm, pero no se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares.
- IIIA. No hay tumor en la mama o el tumor puede tener cualquier tamaño, y se detectó la presencia de cáncer en 4-9 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cercanos al esternón (encontrado durante estudios de imágenes o una exploración física) o el tumor mide más de 5 cm, y se observan en los ganglios linfáticos pequeños grupos de células cancerígenas superiores a 0,2 mm, pero inferiores a 2 mm o el tumor mide más de 5 cm, y el cáncer se ha propagado en 1-3 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cercanos al esternón (encontrado durante una biopsia del ganglio centinela).
- IIIB. El tumor tiene un tamaño indefinido y se ha propagado hacia la pared torácica o la piel de la mama, y ha provocado inflamación o una úlcera y pudo haberse propagado hacia 9 ganglios linfáticos axilares o pudo haberse propagado hacia los ganglios linfáticos cercanos al esternón.
- IIIC. Puede que no haya indicios de la enfermedad en la mama o, si hay un tumor, puede tener cualquier tamaño y haberse propagado hacia la pared torácica o a la piel de la mama; el cáncer se ha propagado en 10 o más ganglios linfáticos axilares o el cáncer se ha propagado hacia los ganglios linfáticos ubicados sobre o debajo de la clavícula; o el cáncer se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares o los ganglios linfáticos cercanos al esternón.
- IV. Cáncer de mama invasivo que se ha propagado más allá de la mama y los ganglios linfáticos circundantes hacia otros órganos del cuerpo, como los pulmones, ganglios linfáticos distantes, la piel, los huesos, el hígado y el cerebro. Un cáncer puede ser de estadio IV en un primer diagnóstico o

puede tratarse de una recurrencia de un cáncer de mama anterior que se ha propagado hacia otras partes del cuerpo.

El estadio se basa en cuatro factores: tamaño del tumor, si es o no invasivo, afectación de los ganglios linfáticos⁹² y si se extendió más allá de la mama. Y se describe como local, restringido a la mama; regional, se afectaron los ganglios linfáticos, en especial los ubicados en la axila; y distante, el cáncer se encuentra en otras partes del cuerpo.⁹³

Dependiendo del estadio, además de establecer el tratamiento correspondiente, será mayor o menor la respuesta al tratamiento, por lo tanto, para tener mejores oportunidades de sobrevivir al cáncer es preferible detectarlo en estadios tempranos, es decir, en el caso de los estadios avanzados, hay una “pobre respuesta al tratamiento, altas tasas de recurrencia y por metástasis a distancia”⁹⁴ lo que significa una menor esperanza de sobrevivir más allá de cinco años.

En México, el porcentaje promedio de diagnósticos, de acuerdo al estadio, es de 0 y I con 7.4%, estadio II con 34.4%, el III y IV con 34.4%, además de un 16.1% no clasificable.⁹⁵ Estas cifras señalan que, además de ser un problema público en expansión, es un problema con un diagnóstico en estadios avanzados, es decir, que la detección tardía representará una alta mortalidad con muy poca probabilidad de supervivencia a quienes la padezcan.

El principal factor de riesgo para sufrir cáncer de mama es por las mutaciones en los genes que regulan el crecimiento y mantienen las células sanas, ya que, conforme una persona vive más, la capacidad de reparar el daño genético es menor. Como consecuencia, es evidente que ésta es una enfermedad estrechamente relacionada con el envejecimiento,⁹⁶ por lo que se espera que el número de casos aumente de forma un tanto alarmante.

Incluso en los países en los cuales el cáncer de mama no se presenta como un problema de salud fuerte, si la población está en un proceso de envejecimiento éste será un problema de mayor relevancia que seguirá creciendo considerablemente.

⁹² Los ganglios linfáticos (o nódulos linfáticos) son órganos del sistema inmunitario, con forma de pequeñas bolas circulares, distribuidos por todo el cuerpo y unidos mediante los vasos linfáticos. Son importantes en el funcionamiento adecuado del sistema inmunológico. En: <http://www.ganglioslinfaticos.com/> [último acceso: 01 de octubre de 2016].

⁹³ www.breastcancer.org En: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/diagnostico/estadios> [último acceso: 01 de octubre de 2016].

⁹⁴ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012*, México, 2007, p. 22.

⁹⁵ *Ibidem*.

⁹⁶ www.breastcancer.org En: <http://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores/edad> [último acceso: 01 de octubre de 2016].

Cabe señalar, que también hay otros factores que influyen en el desarrollo del cáncer de mama, como el estilo de vida y el nivel socioeconómico, es decir, hábitos de alimentación, de actividad física, el peso y el momento en el que puedan diagnosticar la enfermedad.⁹⁷ Por ejemplo, en las mujeres de niveles socioeconómicos medianos o altos el riesgo de contraer cáncer de mama por la dieta, el ambiente, los métodos anticonceptivos hormonales,⁹⁸ la duración de la lactancia, entre otros hábitos, es mayor.

Por otra parte, aunque, las mujeres que viven en la pobreza no pueden tener una afectación con el mismo impacto porque el estilo de vida y nivel socioeconómico no es el mismo, ellas también pueden contraer la enfermedad; incluso, ellas corren mayor peligro de ser diagnosticadas en un estadio más avanzado, lo que implica menores oportunidades de sobrevivir al cáncer.⁹⁹

En 2006 las estadísticas señalaban que “a nivel internacional una de cada ocho mujeres”¹⁰⁰ tendría o desarrollaría cáncer de mama, es decir, un 12% presentará cáncer en alguna etapa de su vida. En México, en el 2005, el cáncer de mama era la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, pero desde el 2006, el cáncer de mama es “la principal causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres mayores a 25 años de edad con más de 4000 defunciones registradas y una tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por cada cien mil mujeres.”¹⁰¹

El PAE muestra que el incremento de las muertes pasó de 3,445 en el año 2000 a 4,461 en 2006, es decir, hubo un aumento de 28.5%.¹⁰² Mientras que un análisis

⁹⁷ Rodríguez Cuevas, Sergio y Capurso García, Marino, *Epidemiología del cáncer de mama*, México, Mediagraphic Artemisa, Volumen 74, Núm. 11, 2016. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom0611f.pdf> pp. 588-590, [último acceso: 05 de octubre de 2016].

⁹⁸ Los métodos anticonceptivos hormonales son procedimientos de prevención de embarazo en mujeres sexualmente activas que funcionan por medio de hormonas sintéticas similares a las que produce normalmente el organismo de la mujer. Estos métodos son: píldoras, inyectables, anillo o aro, parches e implantes. En: http://www.sipam.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=99&catid=37

⁹⁹ <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/factores-de-riesgo> [último acceso: 22 de septiembre de 2016].

¹⁰⁰ Instituto Politécnico Nacional, En: http://www.cedicyt.ipn.mx/RevConversus/Documents/Revistas/conversus_55.pdf, [último acceso: 22 de septiembre de 2016].

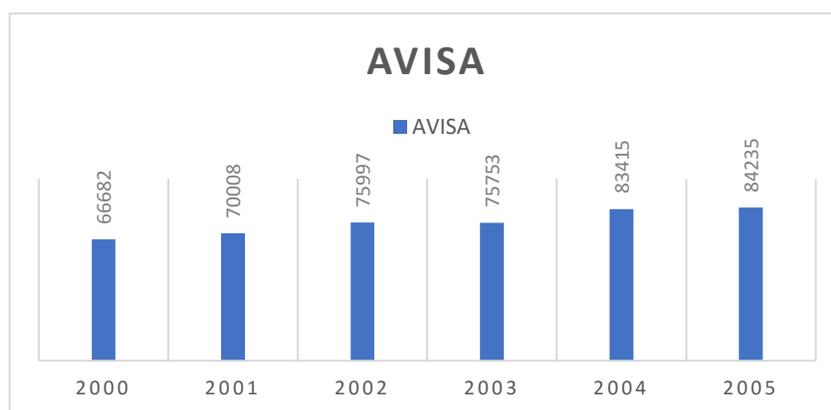
¹⁰¹ http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/abr_01_ponencia.html [último acceso: 22 de septiembre de 2016]. Una neoplasia maligna es un tumor con tendencia a crecer, invadir y expandirse. Suele tener una forma irregular y está constituido por células escasamente diferenciadas. En: <https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=neoplasia%20maligna,mediclopedia>, [último acceso: 22 de septiembre de 2016].

¹⁰² Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012*, México, 2007, p. 20.

por entidad federativa mostró que el 50%¹⁰³ de las muertes se concentraban en los 10 estados con mejor nivel socioeconómico del país.

En 2005 se realizó el estudio “El peso de la enfermedad de las mujeres en México”, en éste se establecieron los Años de Vida Saludable (AVISA) perdidos en el país. El 45% (6, 860,775) del total de AVISA (15, 213,702) pertenecieron a las mujeres; dentro de la categoría de enfermedades no transmisibles (10, 725,644) el 49.2% (5, 278,491) correspondían a las mujeres.¹⁰⁴

Con respecto al cáncer de mama se perdieron 84,235 AVISA,¹⁰⁵ en realidad parece representar un porcentaje reducido, pero si se considera que las detecciones de este cáncer iban en aumento desde el 2000 hasta el 2006, es evidente que para 2006 los AVISA perdidos también sufrieron un aumento. En la gráfica 1.1 se puede notar este ascenso:



Gráfica 1.1 Fuente: Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012, p. 22.

Con relación a la incidencia, en 2003 se presentaron 12,433 nuevos casos de cáncer de mama, es decir, en promedio fueron diagnosticados 50 casos por día laborable.¹⁰⁶ El principal problema de estas detecciones es el momento en que fue descubierto el cáncer de mama, la mayor parte del diagnóstico fue en los grupos de mujeres de 40 a 59 y 60 años de edad en adelante en estadios avanzados.

La detección del cáncer de mama en estadios avanzadas tiene una respuesta pobre al tratamiento, una alta tasa de reincidencia y extensión a lugares menos accesibles en el cuerpo. Como resultado la esperanza de sobrevivida después del diagnóstico se reduce considerablemente, lo que implica un alto costo emocional, familiar, social y económico.

¹⁰³ *Ibidem.*

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 22.

¹⁰⁵ *Ibidem.*

¹⁰⁶ *Ibidem.*

En 2002, México a nivel internacional se encontraba en el lugar de incidencia 101 y en el 135 en el de mortalidad de entre 172 países,¹⁰⁷ esto es tres veces menor en comparación con las cifras de países desarrollados, pero teniendo en consideración el envejecimiento, la tendencia ascendente del cáncer de mama y que el acceso a la salud es dispar en la población mexicana, se puede inferir que el crecimiento de este padecimiento seguirá al alza.

Para dejar todavía más en claro por qué razón el cáncer de mama es un problema público muy relevante y que éste será mayor con el paso del tiempo, es necesario revisar la mortalidad del cáncer de mama de acuerdo al período de nacimiento de las mujeres. Por ejemplo, en las mujeres de 40 a 49 años nacidas entre 196 y 1970 el riesgo de padecer cáncer de mama es 2.6 veces mayor en comparación con las que nacieron entre 1911 y 1920; en las mujeres de 50 a 59 años el riesgo de las mujeres nacidas entre 1951 y 1960 es 3 veces superior al de las nacidas entre 1901 y 1910.¹⁰⁸

Por último, está el impacto significativo que tiene en quién padece el cáncer de mama y su familia a causa del costo emocional, social y económico de la atención requerida. De hecho, para tener una idea relativamente clara de los costos económicos, se realizaron estudios sobre el costo de la atención del cáncer de mama; éstos señalan que en España el tamizaje¹⁰⁹ cuesta en total 2,450 dólares y que en Estados Unidos es de 34,600 por año de vida ganado.

Siendo más específicos, el costo total por AVISA en Estados Unidos es de 145,000 dólares. Esto quiere decir que la atención con radioterapia, mastectomía¹¹⁰ y quimioterapia¹¹¹ cuesta entre 22,600 y 43,000 dólares anuales.

¹⁰⁷ Agencia Internacional de Investigación en Cáncer–IARC, por sus siglas en inglés.

¹⁰⁸ Martínez, Olga, Uribe, Patricia, y Hernández, Mauricio, *Políticas Públicas para la detección del cáncer de mama en México*, Salud Pública de México, vol. 51, suplemento 2, 2009, p. 352.

¹⁰⁹ Las pruebas de tamizaje son mediciones para establecer quién puede padecer cierta enfermedad y quién no, en cualquier momento de la vida de un ser humano.

Para ser más claros, el médico epidemiólogo Emilio Tafur explica que “las pruebas de tamizaje permiten, de manera no tan específica pero estandarizada, conocer el estado en el que se encuentra determinado grupo poblacional en torno a una situación médica o una enfermedad. Además, estos resultados se obtienen rápidamente y de forma económica, comparados con otros exámenes”.

Estas se hacen a través de una muestra de tejidos o sangre para estudiar las células y hacer las mediciones indicadas en cada caso. En: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/lo-que-debe-saber-del-tamizaje/15693618> [último acceso: 01 de octubre de 2016].

¹¹⁰ Una mastectomía es una cirugía para extirpar un seno. Se realiza para tratar o para prevenir el cáncer de seno. La cirugía preventiva se practica solamente en pacientes de alto riesgo. Existen cuatro tipos principales:

- Mastectomía total: Extirpación del tejido mamario y del pezón
- Mastectomía radical modificada: Extirpación del seno, la mayoría de los ganglios linfáticos axilares y, con frecuencia, la membrana que recubre los músculos del pecho
- Lumpectomía: Extirpación del tumor y algo del tejido sano alrededor de éste.

Un punto importante a considerar, es que, los costos de atención varían de acuerdo a los estadios que serán tratados. Por esa razón, una detección temprana representa un ahorro en recursos de atención.

Para mostrar el impacto económico de esta enfermedad se ocupó el siguiente estudio realizado en México, en 2002, “El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social.”¹¹² En este año se diagnosticaron 16,346 pacientes con cáncer de mama, de los cuales 1,904 eran de diagnóstico reciente. Estas pacientes fueron tomadas para realizar dicho estudio que finalizó en 2006.

En este estudio de costos se incluyó el valor de detección (esto comprendió los precios de detección en la población general entre 20 y 69 años, además de los procedimientos de diagnóstico en las pacientes que dieron positivo al cáncer de mama) más la radioterapia, quimioterapia, diversidad de procedimientos quirúrgicos y el costo del seguimiento.

Los resultados totales del estudio señalaban que la detección y el tratamiento representó para el IMSS, sólo en 2002, más de 1,805.8 millones de pesos, es decir, 1.7% del presupuesto que ejercieron ese año; en los 5 años que duró el estudio el gasto total fue de 4,655.3 millones de pesos, o sea, 1.9% del presupuesto ejercido de 2002 al 2006.¹¹³

En consecuencia, el cáncer de mama es un problema público que seguirá creciendo y, si no se toman medidas oportunas, corre el riesgo de tener un

En: <https://medlineplus.gov/spanish/mastectomy.html> [último acceso: 01 de octubre de 2016].

¹¹¹ La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Actúa evitando que las células cancerosas crezcan y se dividan en más células. Debido a que las células cancerosas en general crecen y se dividen más rápido que las células sanas, la quimioterapia las destruye más rápido que a la mayoría de las células sanas.

Como los fármacos de la quimioterapia son fuertes, estos causan daño a muchas células en crecimiento, incluidas algunas células sanas. Este daño causa los efectos secundarios de la quimioterapia. En: <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/quimioterapia/qu%C3%A9-es-la-quimioterapia> [último acceso: 01 de octubre de 2016].

¹¹² Este estudio fue posible gracias al apoyo financiero del Instituto Carso de la Salud, el Consejo Promotor Competitividad y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) como parte del estudio La carga del cáncer mamario en México y su impacto económico y social, convenio 85045 del fondo de investigación en Ciencias Básicas 2008. Knaul, Felicia Marie, Arreola-Ornelas, Héctor, Velázquez, Enrique, Dorantes, Javier, Méndez, Óscar, y Ávila-Burgos, Leticia, *El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Salud Pública de México, México, Vol. 51 (Supl. 2), pp. S286-S295. En:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800019&lng=es&tlng=es [último acceso: 07 de octubre de 2016].

¹¹³ *El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social*, p. S293.

impacto mucho mayor. Con los cambios sociales y culturales proceso del desarrollo económico y de la industrialización, las condiciones y los estilos de vida de las mujeres se transformaron. Esta modernización tiene impactos positivos para los ciudadanos, pero dentro de los efectos negativos está la relación con las enfermedades crónico-degenerativas, como el cáncer de mama.

3.1.2 Factores determinantes del cáncer de mama para el desarrollo del Programa de Acción Específico “cáncer de mama”

El Programa de Acción Específico “Cáncer de mama” es un instrumento que definió la dirección que sería seguida por el sector salud, es decir, las instituciones y órdenes de gobierno, como los Institutos Estatales de la Mujer, los Servicios de Salud, Unidades Hospitalarias, Centros Oncológicos, Autoridades Locales y Servicios de la Sociedad Civil (ONG’s), para responder de forma coordinada y precisa al reto que representa el cáncer de mama para la sociedad mexicana.

El cáncer de mama es un asunto relevante que hay que atender de manera oportuna porque, con el proceso de transición demográfica, su evolución como problema público se mantendrá gradual y sostenido por los años siguientes, además hay que agregar que el costo de su atención es muy elevado, ya sea para enfermos derechohabientes o que no posean ningún seguro médico, en especial para las personas de escasos recursos.

El crecimiento demográfico y el alto costo de atención, son los principales factores que influyen en el crecimiento y en la dificultad de atender el problema del cáncer de mama. Éstos son los factores determinantes porque su influencia es tan amplia y fuerte que impacta en la forma en que debe ser tratada la enfermedad, ya sea como problema público o como enfermedad individual, esto supone que la solución no es sencilla y requiere de entender la influencia de los factores para proponer una solución y que se ejecute de forma adecuada.

El crecimiento demográfico, o transición demográfica, es el cambio en la población en períodos específicos de tiempo, éste puede ser cuantificado para su medición y agrupado en sectores definidos para diversos tipos de estudios. En el caso del crecimiento mexicano que va de 1995 a 2005 (2010) podemos observar en el Cuadro 2, que la población de 40 a 69 años, la más vulnerable al cáncer de mama, aumentó de 8.5 millones de mujeres en 1995 a 11.9 millones en 2005.

El cambio en la población con mayor vulnerabilidad implica que el número de posibles pacientes a atender es más grande, además de que las consultas para

detectar la enfermedad también deberían presentar un incremento. Además, esto supone un aumento en el costo de atención del cáncer de mama para el sector salud y una mayor inversión a largo plazo para tratar le enfermedad como el problema público que representa.

En el caso del costo de atención del cáncer de mama, éste va más allá del directo al paciente y su familia. Por ejemplo, la Secretaría de Salud calculó que en 2001 los AVISA perdidos representaron una pérdida de 3,107.5 millones de pesos;¹¹⁴ mientras que, como se señaló anteriormente, sólo el costo de diagnóstico y atención del año 2002 para una de las instituciones del sector salud, como el IMSS, fue de 1,805.8 millones de pesos.

Cuadro 2

Crecimiento demográfico 1995-2012								
Gpo. de edad	1995		2000		2005		2010	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
35-39	2,804,296	3,015,882	3,023,328	3,329,210	3,371,372	3,741,154	3,964,738	4,328,249
40-44	2,173,041	2,261,276	2,494,771	2,700,062	2,871,549	3,145,719	3,350,322	3,658,904
45-49	1,763,505	1,848,947	1,957,177	2,114,914	2,388,149	2,627,106	2,824,364	3,104,366
50-54	1,418,508	1,477,541	1,624,033	1,733,920	1,959,720	2,130,930	2,402,451	2,661,840
55-59	1,083,293	1,148,604	1,234,072	1,325,159	1,497,981	1,619,090	1,869,537	2,025,828
60-64	929,650	1,012,303	1,045,404	1,152,742	1,243,788	1,378,688	1,476,667	1,639,799
65-69	674,004	751,805	779,666	881,119	922,592	1,035,477	1,095,273	1,221,992
Total	10,846,297	11,516,358	12,158,451	13,237,126	14,255,151	15,678,164	16,983,352	18,640,978

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. En: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo03&s=est&c=17500> [último acceso: 21 de octubre de 2016].

Es claro que el costo total por diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama puede llegar a ser bastante grande, pero también es necesario señalar que hay elementos que pueden modificar los costos económicos y sociales, como los estadios en los que se detectó el cáncer, la evolución de la paciente y los procedimientos a seguir.

En el estudio del costo de la atención médica del cáncer mamario en el IMSS, realizado entre 2002 y 2006, se detectaron 1,904 casos con 13.8% en el estadio I, 39.6% en el II, 33.9% en el III y 12.7% en el IV. Durante este período hubo 194

¹¹⁴ Rodríguez, Sergio y Carpuso, Marino, *Epidemiología del cáncer de mama*, Mediagraphic Artemisa, México, Volumen 74, Núm. 11, noviembre, 2006, p. 587.

mueres de las pacientes detectadas en 2002, 7% de las pacientes en el estadio I, 12% en el II, 20% en el III y 62% en el IV.¹¹⁵

Además, es importante mencionar que, 48% de las detecciones fueron en los estadios III y IV, y que había un 70% de posibilidad de pasar del estadio III al IV, con 9% de probabilidades de morir en menos de 5 años para las mujeres en el estadio III y de 86% en caso de estar en el IV. Por otro lado, si las pacientes fueron diagnosticadas en los estadios I y II sólo poseían 13% y 18% de riesgo de pasar al estadio IV y tienen un 9% y 5% de peligro de fallecer, respectivamente.

Con estos datos queda como resultado que, si se detectasen mil mujeres en el estadio I y II, sólo habrían 20.7 muertes totales dentro de un período de 5 años, comparadas con los posibles 63 y 860 fallecimientos para el estadio III y IV, respectivamente. Esto deja en evidencia que mientras más temprana sea la detección del cáncer de mama mayor será la oportunidad de sobrevivir más allá de 5 años.

Las probabilidades de sobrevida en los estadios más tempranos es el factor de mayor peso e importancia para elaborar un programa que enfrente el problema público del cáncer de mama, pero no el único. Los costos económicos para el sector salud varían de acuerdo al estadio en que fue detectado el cáncer ya que el tratamiento no será el mismo si el cáncer es no-invasivo o invasivo, como sucede en los estadios III y IV.

Los procedimientos a los que se someten las mujeres son de diagnóstico y/o quirúrgicos. Los primeros, son únicamente para determinar si existe el cáncer mamario o no, sus precios en 2005 iban desde \$46 pesos para la biometría hemática completa¹¹⁶ hasta los \$8,765 de la biopsia abierta¹¹⁷, claro que el resto de servicios de diagnóstico se mantienen entre \$300 y \$400.¹¹⁸

¹¹⁵ Knaul, Felicia Marie, Arreola-Ornelas, *et. al.*, *El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Salud Pública de México, México, Vol. 51 (Supl. 2), p. s289. En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800019&lng=es&tlng=es. [último acceso: 07 de octubre de 2016].

¹¹⁶ También llamada hemograma o conteo sanguíneo completo (CSC), esta prueba común ofrece información detallada sobre tres tipos de células presentes en la sangre: glóbulos rojos (transportan oxígeno y eliminan productos de desecho), glóbulos blancos (combaten infecciones) y plaquetas (detienen hemorragias mediante la formación de coágulos).

La biometría hemática completa se puede llevar a cabo bajo muchas condiciones y para evaluar diversas enfermedades y síntomas. En: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/analisis-y-estudios-de-laboratorio/biometria-hematica-completa-hemograma.html> [último acceso: 07 de octubre de 2016].

¹¹⁷ Procedimiento en el que se hace una incisión quirúrgica (corte) en la piel para exponer y extraer tejidos. Un patólogo examina el tejido de biopsia bajo un microscopio. Se puede hacer una biopsia abierta en el consultorio del médico o en el hospital, y se puede usar anestesia local o anestesia general. Una lumpectomía para extraer un tumor de la mama es un tipo de biopsia abierta. En:

Los procedimientos quirúrgicos se dividen en conservadores, como la lumpectomía (extirpación del tumor y algo de tejido) para estadios I y II, con un costo alrededor de los \$11,503 pesos; y radicales, para los III y IV, como la mastectomía total con mapeo y disección ganglionar más reconstrucción con costos que oscilan entre los \$35,222.¹¹⁹ Esto significa que los procedimientos quirúrgicos se pueden triplicar si el cáncer se detectó en los estadios más avanzados. Otro tratamiento que considerar es las radioterapias, cuyo valor iba desde \$9,141 pesos para partes específicas de la mama, hasta \$13,788 para cubrir la mama completamente.

Los resultados finales arrojaron que el costo de atención del cáncer de mama en el período 2002-2006 era de \$74,522 pesos al año por paciente en el estadio I, \$102,042 en el II, \$154,018 en el III, y \$199,274 en el IV. El costo de la atención en pacientes del estadio IV era 2.7 veces mayor a la de pacientes en el estadio I.¹²⁰

Los resultados de ese estudio demostraron que es de suma importancia detectar el cáncer en el estadio I o II porque, además de que económicamente la atención por paciente es menor, el pronóstico de vida es superior. En el estadio II 22% de las pacientes pasó al estadio III, 18% al y sólo un 5% falleció, contrastando con las pacientes del estadio III, de las cuáles 22% se mantuvo, 70% pasó al estadio IV y 9% murió; mientras que, en el estadio IV, 86% de las mujeres no sobrevivieron.

La respuesta más eficiente es la prevención, detectar el cáncer de mama en los estadios más tempranos permitiría a cada una de las pacientes tener una mayor esperanza de vida superior a los 5 años, el tratamiento sería menos costos y los años de vida saludable (AVISA) perdidos podrían reducirse al mínimo que permita la enfermedad.

Los factores generales, como el cambio demográfico (envejecimiento poblacional), los altos costos económicos para sector salud y los AVISA perdidos que repercuten en el desarrollo de las familias mexicanas, motivaron la creación de un programa que se dedicase a atender el cáncer de mama como problema público.

Pero no sólo se tratan de elementos generales, sino que, de manera específica, existen una serie de dificultades particulares que influyeron en el incremento de la mortalidad por cáncer de mama, motivando así la creación del Programa de

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=335492> [último acceso: 07 de octubre de 2016].

¹¹⁸ Knaul, Felicia Marie, Arreola-Ornelas, Héctor, *et. al.*, *op. cit.*, p. s290. En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800019&lng=es&tlng=es. [último acceso: 12 de octubre de 2016].

¹¹⁹ *Ibíd.*, p. s292.

¹²⁰ *Ibíd.*, p. s293.

Acción Específico “cáncer de mama”. Estos factores se encuentran señalados dentro del mismo programa; han sido tomados de los informes realizados a los estados, al sector salud y a otras instituciones que colaboran con el mismo. Las principales dificultades identificadas por el PAE en el 2007 fueron:¹²¹

- Falta de información de la población. La poca información y sensibilización a la población sobre los factores de riesgo, como la dieta, el nivel de actividad física, los métodos anticonceptivos hormonales, la edad de embarazo y nacimiento de los bebés, el tiempo de amamantado, entre otros, aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama pues no se modifican estos hábitos a manera de prevención. Además, dichos factores se ven potenciados en mujeres de más de 40 años de edad. El peligro de padecer cáncer de mama se ve potenciado con la poca información y los tabús sobre la enfermedad porque, la decisión de no ir al médico para realizarse mastografías anualmente, especialmente en las mujeres de mayor edad, incrementa la posibilidad de encontrar el cáncer en estadios más avanzadas y, por lo tanto, en etapas con menor probabilidad de supervivencia.
- Escasa formación de recursos humanos. La poca estructura y organización dedicada a la detección en las instituciones de salud representa un reto administrativo, hay que encontrar la forma de que las distintas instituciones del sector salud posean una estructura que fomente una cultura de detección y atención al cáncer de mama y coadyuve a la disminución del impacto negativo en la población.
- Ausencia de estructura y formación dedicada a la detección del cáncer de mama. Sin una estructura dedicada específicamente a la detección del cáncer de mama es en extremo complicado ejecutar acciones que permitan una detección temprana, un correcto y eficaz tratamiento que disminuya las muertes por esta enfermedad.
- Deficiente modelo de atención. Este problema dificulta una respuesta ágil y oportuna para diagnosticar de forma correcta el cáncer y establecer un tratamiento correcto. Como consecuencia de esto las mujeres con cáncer ven mermadas sus posibilidades de sobrevivir o, en el mejor de los casos, sólo se les dificulta llevar el tratamiento pues no es el más pronto y adecuado.
- Equipo e insumos deficientes. La deficiencia en el equipo, en los insumos y en la capacitación en los laboratorios de anatomía patológica¹²² para que se estableciera el diagnóstico adecuado a través de pruebas de inmuno-

¹²¹ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012*, México, 2007, pp. 19-20

¹²² Parte de la anatomía que estudia las alteraciones o modificaciones anatómicas que aparecen en los órganos y en los tejidos como consecuencia de una enfermedad.

histoquímica¹²³ y anatomía patológica representa un serio problema para establecer el tratamiento requerido. Con errores de diagnóstico, se ven mermadas las posibilidades de curar el cáncer en la paciente, además de que significa, no sólo una equivocación del personal médico, sino una grave falla del sistema de salud que debe ser corregida.

- Poco equipo de radioterapia. La falta de equipamiento para la radioterapia en los centros oncológicos¹²⁴ del país es otra de las carencias importantes del sistema de salud para atacar el problema público que es el cáncer de mama. Sin los recursos materiales necesarios para tratar de manera directa a la enfermedad, es decir, destruir las células cancerosas es imposible curar a las pacientes y, por lo tanto, limitar la mortalidad a nivel nacional.
- Una pobre cobertura de apoyo psicológico. Para conseguir una mejor adhesión al tratamiento y, por consiguiente, facilitar el manejo de la enfermedad es importante que la paciente esté mentalizada para afrontar el reto del cáncer de mama. Lamentablemente no hay una cobertura suficiente para brindar apoyo psicológico, esto también es síntoma de la falta de información sobre el cáncer de mama como problema individual y público.
- Desigual acceso al servicio de salud y carencia de recursos económicos de pacientes. El acceso al servicio de salud sigue siendo un problema importante para México, refleja que sigue sin materializarse la igualdad de oportunidades de la sociedad. Éste es una causa más del crecimiento del cáncer de mama como problema público, además cabe señalar que gran parte de la población carece de recursos económicos suficientes para trasladarse a lugares lejanos a recibir el tratamiento. Como resultado, si no se atienden estos problemas, los casos de cáncer de mama y su mortalidad seguirán creciendo y afectando a las mujeres, su familia y al desarrollo del país.
- Poca consolidación de un sistema de información del cáncer en la mujer. Un sistema de información del cáncer de la mujer, tanto a nivel estatal como federal, coadyuvaría a asegurar la calidad del programa y mejoraría su evaluación. Éste sería un medio idóneo para ampliar la cobertura de

¹²³ Prueba de laboratorio para la que se usan anticuerpos a fin de identificar ciertos antígenos (marcadores) en una muestra de tejido. Por lo general, los anticuerpos están unidos a una enzima o a un tinte fluorescente. La enzima o el tinte se activan cuando los anticuerpos se unen al antígeno en la muestra de tejido; de esa manera, el antígeno se puede observar al microscopio. La inmuno histoquímica se usa para ayudar a diagnosticar enfermedades como el cáncer. También se puede usar para ayudar a distinguir entre diferentes tipos de cáncer. En <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=653117> [último acceso: 23 de septiembre de 2016].

¹²⁴ La oncología es el estudio de todos los tipos de tumores cancerígenos; los tumores cancerosos responden a la multiplicación anárquica de ciertas células en el cuerpo. El objetivo principal de la oncología es comprender mejor las diversas causas posibles de todos los tipos de cáncer, así como su proceso de desarrollo con el fin de poder prevenirlos y curarlos eficazmente en el futuro. En: <http://salud.ccm.net/faq/9975-oncologia-definicion> [último acceso: 23 de 15 octubre de 2016].

detección y tratamiento, pero como este sistema aún no se ha consolidado, queda bastante trabajo por realizar.

Habiendo establecido los costos del cáncer de mama para el Estado y su sociedad, junto con los puntos específicos en los que el sistema de salud debió trabajar, fue que se necesitó la creación del PAE. Una respuesta gubernamental que sirva para evitar que la mortalidad y el número de casos se puedan incrementar de forma incluso mayor a la actual.

Es lógico que exista una curva de ascenso en casos de cáncer de mama y en el número de muertes a causa de la transición demográfica, pero la aplicación del PAE se dio como una respuesta a un problema público que seguirá en aumento.

3.2 Diagnóstico de la capacidad institucional del Programa de Acción Específico 2007-2012 “Cáncer de mama”

Para poder llevar a cabo un análisis adecuado del Programa de Acción Específico 2007-2012 “Cáncer de mama” (PAE), es necesario diferenciar si es una política pública o una política gubernamental. Aguilar Villanueva señalaba que una política pública es “una tarea colectiva que incorpora conjunta y corresponsablemente la iniciativa social y la gubernamental”¹²⁵ esto como un proceso de acción pública de un gobierno que afecta a la sociedad en sus resultados.

Mientras que una política gubernamental “es una regla formal de decisión o conjunto de decisiones, para hacer o no hacer, una acción o acciones, así como el marco en que se realiza.”¹²⁶ Esto quiere decir que señala el rumbo de las acciones, pero sin una influencia importante de la sociedad; a diferencia de las políticas públicas.

Establecer al PAE como un programa que fue implementado como una política gubernamental obedece a que la ejecución dejó poco espacio para la coordinación con la sociedad. En ese sentido, el análisis del PAE es con el enfoque de políticas públicas para entender su etapa de implementación, pero eso no lo hace una política pública.

Definido el cáncer de mama como problema público y se identificaron los costos de atención y el crecimiento de la enfermedad en la población, se entiende que se

¹²⁵ Aguilar Villanueva, Luis, *op. cit.*, México, ed. INAP, 1993, p. 70

¹²⁶ IAPEM, *Políticas de Gobierno para el Estado de México*, México, IAPEM, 2015, p. 15. En: <http://iapem.mx/Libros/POLITICAS-DE-GOBIERNO.pdf>

haya creado el PAE; cuyo objetivo general era “disminuir el ritmo de crecimiento de la mortalidad de cáncer de mama a través de la provisión de servicios óptimos en la detección, diagnóstico, tratamiento y control de padecimiento.”¹²⁷

Esto quiere decir que el sector de salud pública debió identificar las vías que se habrían de seguir para controlar el crecimiento de la mortalidad del cáncer de mama. Por esta razón es que fueron establecidos los siguientes objetivos específicos que, de manera más simple, coadyuvasen a la consecución del objetivo general:¹²⁸

- Mejorar el conocimiento de la población sobre los determinantes del cáncer de mama a través de acciones integradas de promoción de la salud que motiven la participación corresponsable en el cuidado de la salud y la demanda de los servicios de detección temprana.
- Incrementar la detección temprana del cáncer de mama, a través de la organización de servicios específicos que garanticen la eficiencia y calidad de la mastografía priorizando a mujeres de 50 a 69 años de edad, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Mejorar la calidad y oportunidad del tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer de mama, a través de la formación de recursos y la capacitación continua del personal.
- Reorganizar y fortalecer los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama con base en las mejores prácticas en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- Consolidar el sistema de información para el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica, con el fin de disponer de información confiable y sistemática para la mejora continua del programa, el aseguramiento de la calidad y la rendición de cuentas.

Para atender la situación que supone el cáncer como problema público se establecieron tres niveles de prevención: universales, para toda la población; focalizadas, para mujeres de una edad predeterminada y; dirigidas, para mujeres con alto riesgo de padecer el cáncer.

Una vez establecidos los niveles a los que iría dirigida la atención, se trazaron las estrategias, con sus respectivas líneas de acción, que fueron:¹²⁹

1. Desarrollar campañas de comunicación educativa para modificar los determinantes del cáncer de mama a través de la adopción de hábitos de vida saludable y la demanda de los servicios para la detección.

¹²⁷ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012*, México, 2007, p. 26.

¹²⁸ *Ibíd.*

¹²⁹ *Ibíd.*, pp. 26 y 27.

2. Establecer un modelo de detección, dirigido a las mujeres de mayor riesgo, basado en las mejores prácticas conocidas y que permita el incremento de la cobertura de manera eficiente, segura y eficaz.
3. Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.
4. Promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal para la provisión de la detección y atención del cáncer de mama.
5. Fomentar el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral del cáncer de mama con calidad y oportunidad, así como la gratuidad de la atención en mujeres sin seguridad social.
6. Unificar las acciones a través del consenso y la coordinación permanente con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, y con las organizaciones médicas y de la sociedad civil.
7. Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua del programa.
8. Desarrollar campañas de comunicación educativa para modificar los determinantes del cáncer de mama a través de la adopción de hábitos de vida saludable y la demanda de los servicios para la detección.

Cabe recordar que las estrategias relevantes para esta tesis son las 3, 4 y 7. Una vez aclarado esto, los objetivos de cobertura para la detección, el diagnóstico y el tratamiento suponen aumentar y optimizar la estructura dedicada atender el problema del cáncer de mama. Esto incluye crear unidades de detección de cáncer de mama, clínicas de patología mamaria, laboratorios en anatomía patológica y centros oncológicos u hospital con clínica de oncología mamaria, y capacitar y fomentar el desarrollo de personal capacitado para su manejo.

La estructura a mejorar y/o crear debe poseer recursos materiales específicos para la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Los recursos humanos no sólo tienen que ser suficientes para manejar el equipo, también deben estar profesionalmente calificados, poseer un entrenamiento especializado y una capacitación continua. Además de que se tienen que asegurar la formación del personal, esto incluye radiólogos, técnicos radiólogos, patólogos, oncólogos y radioterapeutas.

Por lo tanto, es de suma importancia revisar cuál era la infraestructura al inicio del sexenio de Felipe Calderón. Posteriormente será señalado si hubo un incremento o alguna mejora en esta estructura y su impacto en los objetivos del PAE.

En el 2007, de acuerdo con los lineamientos internacionales, la infraestructura para combatir de manera adecuada el cáncer de mama debería contar con la siguiente estructura:¹³⁰

¹³⁰ Cifras calculadas por el autor con base en Secretaría de Salud, Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico "cáncer de mama" 2007-2012*, México, 2007, pp. 34-37.

- Unidades de detección de cáncer de mama.
 - Una unidad por cada 60 o 75 mil mujeres de 50 a 69 años de edad.
 - Personal exclusivo que constaría de 7 radiólogos, 8 técnicos radiólogos, 2 asistentes y un auxiliar administrativo.
 - Por cada unidad de detección deberían haber 3 mastógrafos, una reveladora y una computadora por mastógrafo estático.
 - Debería haber entre 5,200 y 4,000 mastografías anuales por técnico radiólogo y 6,000 mastografías leídas por médico radiólogo.
- Clínicas de patología mamaria.
 - Una clínica por cada 130 o 160 mujeres mayores de 35 años.
 - Personal exclusivo, 3 radiólogos, 2 especialistas en patología mamaria, 3 técnicos radiólogos, 2 asistentes, 2 enfermeras generales, 2 auxiliares de enfermería, una trabajadora social y un auxiliar administrativo.
 - El equipamiento debería comprender un mastógrafo con esterotaxia y ultrasonido de alta resolución, una reveladora y 2 computadoras.
 - Se considera ideal una productividad de 12 consultas por día.
- Laboratorio de anatomía patológica.
 - Uno por cada clínica de patología mamaria.
 - Debería estar cerca de una clínica de patología mamaria.
 - Se requeriría un anatomopatólogo, un histotecnólogo, una recepcionista y un auxiliar administrativo por cada laboratorio.
 - La productividad estimada es de 2,500 estudios anuales.
 - El material necesario es un procesador automatizado de tejidos, un centro de inclusión, dispensador de parafina, micrótomo, baño de flotación, estufa de laboratorio, tren de tinción e inmunohistoquímica.
- Centro oncológico u hospital de especialidades con clínica de oncología mamaria.
 - No se señalan cuantos son necesarios para cubrir las necesidades de la población, esto es a causa de que la cantidad de mujeres que podrían padecer cáncer puede variar de acuerdo a la eficacia de las medidas que se lleguen a tomar.
 - Se esperaría una productividad de 12 consultas diarias.
 - 2 cirujanos oncólogos, un ginecólogo oncólogo, 2 oncólogos médicos, 2 radiólogos, un patólogo, un oncólogo radio terapeuta, un físico médico, una psicóloga y personal técnico de apoyo.
 - Los servicios que brindarían son consulta externa, clínica del dolor, psico-oncología, imagenología (mastógrafo con esterotaxia, ultrasonido de alta resolución, biopsia por vacío, tomografía, resonancia magnética), laboratorio de anatomía patológica con inmunohistoquímica, unidad de radioterapia, (acelerador lineal, bomba de cobalto), sala de aplicación de quimioterapia ambulatoria, salas de operaciones, hospitalización.

Esto quiere decir que, en un país como México y de acuerdo al grueso de la población de mujeres que había en 2005,¹³¹ la estructura con la que debería contar el sector salud para detectar y atender el problema de cáncer de mama debería constar de los recursos humanos especializados y los recursos materiales señalados en los cuadros 3 y 4.¹³²

Cuadro 3

Unidades de detección de cáncer de mama					
		Recursos Humanos (especializados)		Recursos Materiales	
		Radiólogo	Técnico Radiólogo	Mastógrafo	Reveladora para mastógrafos
Unidades de detección de cáncer de mama por cada 60 mil mujeres*	88	616	704	264	264
Unidades de detección de cáncer de mama por cada 75 mil mujeres*	102	714	816	306	306

Fuente: elaborado por el autor. *Mujeres de 50 a 69 años de edad.

Las unidades de detección de cáncer de mama tienen como finalidad reducir la mortalidad y morbilidad de esta enfermedad sin impactar de forma negativa la salud de las mujeres en revisión, por lo tanto, se requiere personal profesional adecuadamente capacitado y de equipo especializado.

Cuadro 4

Clínicas de patología mamaria						
		Recursos Humanos (especializados)			Recursos Materiales	
		Radiólogo	Técnico Radiólogo	Especialista en patología mamaria	Mastógrafo	Reveladora para mastógrafos
Clínica de patología mamaria por cada 130 mil mujeres*	119	357	357	278	119	119
Clínica de patología mamaria por cada 160 mil mujeres*	147	441	441	294	147	147

Fuente: elaborado por el autor. *Mujeres mayores de 35 años.

La clínica de patología mamaria se encarga de ofrecer el tratamiento a los pacientes que presenten cualquier tipo de enfermedad mamaria, ya sea benigna o

¹³¹ INEGI. En: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo03&s=est&c=17500> [Última consulta: 20 de octubre de 2016].

¹³² Ambos cuadros con base en la información contenida en: Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico 2007-2012 "cáncer de mama"*, pp. 34-36.

maligna. El personal que labora en la clínica establece los procedimientos para tratar el cáncer de los pacientes a través de los diferentes diagnósticos disponibles, recordando que es el diagnóstico temprano y oportuno la principal arma para reducir la mortalidad por cáncer de mama.

Con respecto a las cifras reales del equipo para la detección y atención del cáncer de mama al inicio de sexenio, 2007, éstos se encuentran enumerados en el PAE. Los datos distan de los establecidos en lineamientos internacionales, cosa perfectamente entendible porque el cáncer de mama, como problema público, está en expansión, lo que significa que aún no era un tema prioritario para la sociedad y el gobierno. Las cifras del equipo se pueden observar en los cuadros 5 y 6.

En los recursos materiales, en el equipo para la detección y el diagnóstico, en 2007 se tenía sólo con una tercera parte de la recomendada a nivel internacional. Mientras que, en lo correspondiente a los recursos humanos, en el mejor de los casos, se contaba con una cantidad 9 veces menor.

Cuadro 5

Equipo de detección y atención de cáncer de mama por estado						
Entidad federativa	Mastógrafo de detección		Mastógrafo con estereotaxia	Ultrasonido de alta resolución	Mammotomes	Radioterapia
	Análogo	Ultrasonido de alta resolución				
Ags.	2	0	0	1	0	1
B.C.	3	0	0	1	0	0
B.C.S.	1	0	0	0	0	1
Camp.	2	1	0	2	0	0
Coah.	8	0	0	3	0	0
Col.	1	1	0	1	0	1
Chis.	2	1	0	1	0	0
Chih.	3	0	0	1	0	1
D.F.	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Dgo.	5	1	1	2	0	1
Gto.	5	0	1	3	1	1
Gro.	3	0	1	1	0	1
Hgo.	3	0	0	1	0	0
Jal.	5	1	1	2	1	1
Edo. Méx.	5	0	0	1	0	0
Mich.	3	0	0	2	0	1
Mor.	2	1	0	1	0	0
Nay.	1	0	1	1	1	1
N.L.	7	1	1	2	0	0
Oax.	2	1	0	2	0	1
Pue.	7	0	0	2	0	1
Qro.	3	0	0	2	0	0
Q. Roo.	2	0	0	0	0	0
S.L.P.	2	0	0	1	0	0
Sin.	8	1	1	2	2	1
Son.	3	0	1	2	1	1
Tab.	5	0	1	2	1	1
Tamps.	8	1	1	2	0	1
Tlax.	1	0	0	1	0	0
Ver.	6	1	1	3	1	1
Yuc.	2	0	0	1	0	1
Zac.	4	0	0	1	0	0
TOTAL	114	11	10	47	8	17

Fuente: Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico 2007-2012 "cáncer de mama", p. 36.
 ND Información no disponible.

Esto evidenció que no sólo tenían que invertir en la creación de nuevas instalaciones y en la compra de equipo, si no que había que promover la formación de nuevo personal con las capacidades de responder ante un reto de enormes proporciones. Por esta razón es completamente razonable que en el PAE se fijaran como parte de la estrategia la creación de nuevo personal especializado en cáncer de mama.

Cuadro 6

Recursos humanos para la detección y atención de cáncer de mama por estado						
Entidad federativa	Técnico radiólogo	Radiólogo	Patólogo	Oncólogo quirúrgico	Oncólogo médico	Radioterapeuta
Ags.	2	4	2	4	3	1
B.C.	3	4	4	3	1	0
B.C.S.	1	1	1	1	1	1
Camp.	3	2	2	2	1	0
Coah.	11	6	3	1	1	1
Col.	5	2	1	2	2	1
Chis.	3	2	1	3	2	1
Chih.	5	1	2	2	2	2
D.F.	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Dgo.	6	5	5	2	0	1
Gto.	7	3	1	3	1	1
Gro.	6	2	1	1	0	1
Hgo.	5	2	2	1	0	0
Jal.	7	5	9	2	1	1
Edo. Méx.	0	0	0	1	0	0
Mich.	3	3	1	2	0	1
Mor.	7	4	3	1	0	0
Nay.	2	2	1	1	1	1
N.L.	6	6	4	2	0	0
Oax.	2	3	1	2	0	1
Pue.	18	12	6	1	3	0
Qro.	3	0	0	2	0	0
Q. Roo.	2	0	0	0	0	0
S.L.P.	2	0	0	1	0	0
Sin.	8	1	1	2	2	1
Son.	3	0	1	2	1	1
Tab.	5	0	1	2	1	1
Tamps.	8	1	1	2	0	1
Tlax.	1	0	0	1	0	0
Ver.	6	1	1	3	1	1
Yuc.	2	0	0	1	0	1
Zac.	4	0	0	1	0	0
TOTAL	155	117	102	86	58	26

Fuente: Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico 2007-2012 "cáncer de mama", p. 37.
 ND Información no disponible.

En el caso de las clínicas de oncología mamaria, no hay requerimientos específicos para cubrir a cierta cantidad de la población, ni mención de si se planeaba aumentar el número de clínicas de oncología mamaria en el PAE. Lo que sí está señalado es la infraestructura existente en el 2007. Ver Cuadro 7.

Cuadro 7

Centro oncológico u hospital de especialidad con clínica de oncología mamaria		
Entidad federativa	Centro oncológico	Hospitales generales o de especialidades
Aguascalientes	2	4
Baja California	3	4
Baja California Sur	1	1
Campeche	3	2
Coahuila	11	6
Colima	5	2
Chiapas	3	2
Chihuahua	5	1
D. F.	ND	ND
Durango	6	5
Guanajuato	7	3
Guerrero	6	2
Hidalgo	5	2
Jalisco	7	5
Estado de México	0	0
Michoacán	3	3
Morelos	7	4
Nayarit	2	2
Nuevo León	6	6
Oaxaca	2	3
Puebla	18	12
Querétaro	3	0
Quintana Roo	2	0
San Luis Potosí	2	0
Sinaloa	8	1
Sonora	3	0
Tabasco	5	0
Tamaulipas	8	1
Tlaxcala	1	0
Veracruz	6	1
Yucatán	2	0
Zacatecas	4	0
TOTAL	23	27

Fuente: Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico 2007-2012 "cáncer de mama", p. 35. ND Información no disponible.

En el caso de la clínica de oncología mamaria, perteneciente a un hospital de especialidad o a un centro oncológico, no necesitaba de la construcción de clínicas separadas porque hay otros tipos de cáncer que atender y el cáncer de seno es sólo una parte del problema general. Aquí es donde se pueden proporcionar los métodos más especializados para tratar el cáncer como: radioterapia, cirugía, quimioterapia, etcétera.

La mejor solución, como ha sido señalado en páginas anteriores, es la detección oportuna pues ésta maximiza la posibilidad de sobrevivir mayor a 5 años y disminuye el costo económico socio-familiar y el impacto en el cuerpo del paciente si se descubre en estadios menos avanzados. Además de que revisiones

periódicas permiten llevar un control estadístico del cáncer de mama como problema público en México, permitiendo modificar las medidas tomadas o elegir nuevas con el objetivo de lograr resultados más eficientes y eficaces.

Basados en las cifras de los cuadros anteriores, se evidenció la deficiencia en y de personal especializado, en unidades de detección, en clínicas de patología y en clínicas de oncología para combatir el problema público que supone esta enfermedad. Por lo tanto, se estableció en las estrategias 3 y 4 del PAE incrementar la infraestructura para cubrir al grueso de la población y, para el correcto uso de la misma, fomentar la formación de personal especializado.

Por otro lado, la estrategia 7, de monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención, sirve como medio de mejora permanente para el programa. Es por esa relevancia que es una de las estrategias a revisar más adelante.

En el capítulo 4 se realizará el análisis de políticas públicas de la implementación de las estrategias 3, 4 y 7 del Programa de Acción Específico 2007-2012 “cáncer de mama”; y también se hará una revisión de los resultados reales con los esperados para contrastarlos y emitir una conclusión de acuerdo o lo examinado. Recordando que el cáncer de mama representa un costo elevado para las personas por los Años de Vida Saludables (AVISA) perdidos y para la sociedad por su elevado costo económico que, con una población en situación de pobreza, se convierte en responsabilidad del Estado para asegurar su salud y, como consecuencia, su adecuada interacción con el resto de la sociedad. Esto, por supuesto, en aras de beneficiar a la misma sociedad con la participación de un individuo que, en igualdad de oportunidades, contribuya al desarrollo del país.

CAPÍTULO IV.

Análisis de la implementación del Programa de Acción Específico “Cáncer de mama”

El Programa de Acción Específico 2007-2012 “Cáncer de mama” tiene como finalidad principal disminuir el ritmo de crecimiento de la mortalidad por esta enfermedad, respondiendo ante un problema público importante porque presenta y seguirá presentando una curva de crecimiento. Esto, como ha sido señalado en el capítulo anterior, se debe principalmente al envejecimiento poblacional y a hábitos personales, lo que supone, además de una población más vulnerable a la enfermedad, una situación que afecta el desarrollo individual de la población y, en consecuencia, del país.

Para lograr el objetivo general del PAE, la SSA y el CNEGySR se plantearon objetivos específicos que, en caso de ser cumplidos, favorecerían la consecución del objetivo general. Los objetivos específicos planteados eran mejorar el conocimiento de la población sobre el cáncer de mama, proveer mejores servicios de detección, de diagnóstico y de su tratamiento.

En consecuencia, siguiendo el proceso de formulación del programa se crearon las siguientes estrategias: campañas de comunicación; establecer un modelo de detección dirigido a las mujeres con mayor riesgo; formación de personal para la detección; gestión de infraestructura adecuada para la detección y atención; acceso al diagnóstico y tratamiento; coordinación; y, monitoreo y evaluación de las acciones para una mejora continua.

De esas estrategias establecidas, las que competen al análisis de esta tesis, porque son las que están más relacionadas con un ejercicio administrativo público, son: 3. El impulso a la formación y capacitación de personal, 4. La promoción de infraestructura física y de equipo, y 7. El monitoreo y evaluación continua del PAE. Considerando que para obtener los resultados esperados es necesaria una correcta coordinación e integración entre estrategias y una ejecución coherente de las líneas de acción de cada una de ellas; es importante señalar que, aunque las estrategias son igual de relevantes, sin la correcta ejecución de las estrategias 3, 4 y 7 el resto serían esfuerzos en vano.

Como lo señala la teoría de análisis de políticas públicas, la implementación de un programa es producto de negociaciones y ajustes entre los diseñadores de una política y sus simpatizantes en contra de opositores, ya sea de actores que verían

sus intereses afectados o de diferente ideología, que promoverían la consecución de intereses que considerarían prioritarios. Para que el operario de algún programa a ejecutarse tenga un margen de maniobra mayor sería necesario que las diferencias entre tomadores de decisión en oposición fuesen pocas, en caso de que estas diferencias sean grandes el programa político puede ser elaborado de forma diferente a la planeada o incluso no llegar a ser elaborado.

La etapa de implementación tiene diversos modos de operación: el enfoque clásico de administración racional, *top-down*, con un diálogo nulo entre el gobierno y la sociedad; el enfoque de buen gobierno que prioriza la eficiencia del gobierno y la rendición de cuentas; gestión pública destinado a que los diseñadores de políticas evalúen la implementabilidad de las alternativas para elegir la más eficiente; el enfoque contingente que toma a la implementación como una etapa que depende de la negociación y de la información recabada para aplicarse; la implementación como proceso y aprendizaje que presenta constantes ajustes reflejados desde la elaboración y la implementación; la implementación como ambigüedad y simbolismo en la que la negociación es la parte fundamental de la ejecución por lo cual la política posee un carácter impreciso que permite que se realice la negociación: y el *bottom-up* donde durante la aplicación es más posible detectar un problema a corregir retrocediendo en la cadena jerárquica.

La implementación del PAE es del tipo *top-down*, en la forma de proceso administrativo público porque las decisiones fueron jerárquicas, tomadas por la SSA y el CNEGySR y ejecutadas por los Servicios Estatales de Salud (SES). En el mejor de los casos la participación de los tomadores de decisión se dio a manera de entes coordinadores para las capacitaciones, de supervisores en la gestión de equipo e infraestructura y en evaluadores en la obtención de información del avance del programa a través del Sistema de Información del Cáncer de la Mujer (SICAM).

Este tipo de aplicación del programa contiene errores los cuáles se señalarán más adelante, por ejemplo, dificulta la participación de la sociedad civil en la atención de un problema público de salud al no brindar vías de acceso para un trabajo coordinado que facilite los esfuerzos gubernamentales ni los de las organizaciones ajenas a éste, además de que de esta manera consiente la duplicación de funciones.

De esta forma, es evidente que el modelo principal, pero no exclusivo, de implementación del PAE es el *top-down*. Aunque considerando que debido a la falta de precisión en la redacción de las estrategias y en los cronogramas es posible deducir que el modelo de ambigüedad y simbolismo tiene cierta influencia

otorgando la posibilidad de decidir sobre la marcha el modo en que las líneas de acción serán ejecutadas.

El PAE 2007-2012 siguió con la dinámica del programa del sexenio anterior: incrementar la capacidad de respuesta del sector salud. De hecho, ensanchar este sector implicó el crecimiento de algunas instituciones públicas de salud y, como consecuencia, su importancia para el cuidado de la salud de la población.

Con la intención, casi en cada sexenio desde el fin de la Revolución Mexicana, de llevar a toda la población los servicios de salud para que accedan a una situación de igualdad de oportunidades y a la justicia social, es lógico que la resistencia para el diseño de una política de salud no sea muy fuerte. Su diseño permitía un margen de maniobra amplio al no establecer límites claros, pues, a pesar de que el programa poseía un cronograma y una matriz de responsabilidades de instituciones públicas de salud, éste no incluía de forma clara y concisa la fecha y/o el lugar en que podría ser ejecutada una estrategia, delegando la responsabilidad de la gestión de equipo e infraestructura a los SES.

El presupuesto en materia de salud destinado específicamente a esta enfermedad era repartido y transferido a las entidades federativas, dejando a la SSA más como encargada de supervisar su correcto uso para reunir información para desarrollar el SICAM, que de coordinar y liderar cada una de las líneas de acción del PAE.

El programa menciona que en los primeros años del sexenio de Vicente Fox la principal estrategia para la detección temprana del cáncer de mama era la exploración clínica de la mama, hasta que, en 2003, con la publicación de la Norma Oficial Mexicana establece criterios más específicos para el tamizaje por mastografía, el método más eficaz de detección temprana del cáncer de mama.

Recién en el 2000 es que surgieron programas independientes para atender el problema público el cáncer de mama y el cérvico-uterino de forma separada. Con el antecedente de un programa concreto para tratar el cáncer de seno y con recursos humanos y materiales insuficientes para tener una cobertura al nivel de países desarrollados, el PAE 2007-2012 fue diseñado, más que para resolver la problemática, como un esfuerzo por continuar con el desarrollo del poder de respuesta del sector salud ante un problema en aumento.

La detección temprana del cáncer de mama continuó en este programa, al igual que lo fue en el programa del sexenio anterior, como eje principal para una atención oportuna y con menores costos económicos y sociales. Aunque, señalando como necesario “ampliar su cobertura, instrumentar mecanismos para

el seguimiento de las mujeres con estudio anormal y fortalecer el sistema de información que evalúa todo el proceso.”¹³³

Para lograr lo anterior los objetivos y estrategias del presente Programa se enfocan en el desarrollo de la infraestructura, formación y capacitación continua del personal, en la elaboración de protocolos homogéneos para el diagnóstico y el tratamiento y en la consolidación del sistema de información y de evaluación. Un primer paso será incrementar la cobertura de tamizaje con mastografía con lo que se pueden alcanzar mayores beneficios optimizando la inversión de recursos.¹³⁴

La implementación de las estrategias 3 y 4 del PAE presumía ese intento de ampliar la capacidad del sector salud, yendo más allá de dedicarse a atender el cáncer de mama presente en pacientes ya enfermos. La finalidad era que acrecentando las herramientas del sector salud para detectar en etapas más tempranas el cáncer, es que sería mucho más sencillo tratar la enfermedad y, en especial, menos costoso. Como ha sido señalado en capítulos anteriores, el costo económico de atención es elevado en los estadios III y IV y poco provechoso si se considera que son las etapas con menor probabilidad de superar los 5 años de sobrevivencia, además el costo individual repercute negativamente al dificultar el desarrollo personal y familiar del afectado, es decir, perjudica su acceso a la igualdad de oportunidades.

Los principales actores, señalado en capítulos anteriores, son la Secretaría de Salud como el tomador de decisión, ya que fue desde dónde se desarrolló el Programa de Acción Específico 2007-2012 “cáncer de mama”. Como implementadores están la misma Secretaría de Salud, principalmente en seguimiento y control, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y los Servicios Estatales de Salud. En el caso de los SES, estos estarían reportando a la SSA bajo una línea de autoridad sencilla.

Los instrumentos que se emplearán para analizar la etapa de la implementación de las estrategias 3, 4 y 7 son dos. En primer lugar, es el enfoque clásico de la administración racional, el *top-down*, porque la ejecución parece haber sido pensada y llevada a cabo bajo una línea de autoridad definida y en un contexto de control y coordinación de arriba hacia abajo. Es simple, la SSA es el tomador de decisiones que estableció las estrategias y las líneas de acción del PAE, los SES y el CNEGySR son los encargados de ejecutar las decisiones previamente establecidas y de reportar lo que les requiera la SSA. Aunque, cabe señalar que la SSA también es participe en la implementación del programa; es coordinación y control la forma de ejecutar.

¹³³ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012*, México, 2007, p. 12.

¹³⁴ *Ibidem*.

En segundo lugar, el enfoque complementario a ocupar para el análisis de la ejecución es por medio del enfoque de la implementación como ambigüedad y simbolismo. Bajo éste, si los medios de implementación de una política son imprecisos, los ejecutores estarían trabajando con un amplio margen de maniobra con dos posibles fines: “acumular experiencias y conocimientos para futuras reglamentaciones”¹³⁵ o programas y generar la capacidad de adaptar el programa a los contextos particulares que pudieran haber enfrentado los ejecutores. Además, “numerosas decisiones que afectan directamente al administrado tienden a tomarse en la administración ejecutora”.¹³⁶ Es decir, si hay lagunas que los decisores no quisieron resolver o especificar, queda en manos de los ejecutores trabajarlas del modo más conveniente, en este caso eran los SES.

El momento del análisis de la implementación es *ex-post*, es decir, se realiza después de la ejecución del programa y una vez la Secretaría de Salud revisó los resultados. Un análisis en este momento permite enjuiciar el éxito del programa al comparar los resultados obtenidos con los objetivos establecidos en el programa al final del período de la implementación.

4.1 Análisis del proceso de implementación de las estrategias 3, 4 y 7 del Programa de Acción Específico 2007-2012 “Cáncer de mama”

La implementación de las estrategias 3, 4 y 7 del PAE “Cáncer de mama” estaban determinadas por diversos factores, como la propia estructura del programa, la capacidad institucional, los recursos humanos y materiales disponibles, el envejecimiento poblacional y los actores participantes en el proceso de ejecución.

Entender la implementación de las estrategias a analizar una vez que ya fueron ejecutadas permitirá conocer el avance de las cifras de mastografías en mujeres mayores de 30 años y si la mortalidad no superó el límite propuesto. El resultado será medido al contrastar el porcentaje de mastografías y el promedio de muertes por cada 100 mil mujeres, haciendo hincapié en la relevancia de estas estrategias para el programa por medio de datos que reflejen las capacitaciones y la formación de personal, la infraestructura construida y la información reunida para la elaboración de un nuevo programa.

¹³⁵ Roth Deubel, André-Nöel, *op. cit.*, p. 125.

¹³⁶ *Ibidem*.

4.1.1 Estrategia 3: Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

La estrategia 3 buscaba fomentar la formación y capacitación de personal para proveer a la población de suficiente personal capacitado para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Las líneas de acción eran las siguientes:¹³⁷

- 3.1 Desarrollar campañas de información para el todo el personal sobre las políticas y criterios adecuados para la detección del cáncer de mama, especialmente con mastografía.
- 3.2 Capacitar al personal de salud en la enseñanza de la autoexploración y en la identificación de anomalías a la exploración clínica de las mamas a través del adiestramiento en servicio y la capacitación continua.
- 3.3 Desarrollar programas de capacitación para médicos de primer y segundo nivel en patología mamaria a distancia.
- 3.4 Promover la formación y el desarrollo de competencias de radiólogos y técnicos radiólogos, así como de personal multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento del cáncer principalmente: anatomo-patólogos, oncólogos, radioterapeutas, enfermeras especialistas en oncología, entre otros.
- 3.5 Promover la formación de técnicos asistentes en radiología de mama para la interpretación de mastografías.
- 3.6 Impulsar programas de adiestramiento en servicio y de capacitación continua de radiólogos y técnicos radiólogos.

En las líneas de acción 3.1 y 3.2 se priorizó la detección, con la intención de que si se descubriese cáncer de mama en una persona sea en estadios tempranos (I y II) ya que, a comparación de los estadios avanzados (III y IV) hay una mayor posibilidad de sobrevivida superior a los 5 años y el costo económico es inferior. El resto de las líneas de acción muestran que el diagnóstico y el tratamiento serían la continuación del proceso clínico si es que se detecta el cáncer, aunque con la posibilidad de dar seguimiento a distancia, lo que supone un esfuerzo de que la cobertura sea mayor.

Las etapas de instrumentación de esta estrategia están divididas anualmente, por lo tanto, las acciones para promover la formación y capacitación de personal poseen un orden coherente para la consecución de los objetivos del programa porque el enfoque era tener cada vez más personal capacitado que ocupase un espacio para ser partícipe del programa. Ver Cuadro 8.

¹³⁷ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012*, México, 2007, pp. 27-28.

Cuadro 8

Acciones	2008	2009	2010	2011	2012
Impulsar la formación y capacitación continua del personal que participa en la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama					
Gestionar el incremento en la formación	X				
Aumento de plazas de especialización		X	X	X	X
Incremento de egresados				X	X
Capacitación continua	X	X	X	X	X

Fuente: Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico 2007-2012 "cáncer de mama", p. 39.

Primero se enfocarían en apoyar la formación de personal nuevo y de capacitar el que había al inicio del programa, posteriormente en abrir plazas nuevas para el personal especializado. En 2011 el número de egresados debería haber crecido como resultado del apoyo en la formación de personal, mientras que de forma lógica las plazas seguirían en apertura para ese hipotético nuevo personal. Además de que la capacitación sería continua para mantener una atención de calidad que se pueda ver reflejada en los resultados.

En el 2008 estaba previsto iniciar con las etapas de incremento en la formación de personal y en el proceso de capacitación continua para que, de forma congruente, ocupen las nuevas plazas de especialización que serían abiertas en el año 2009. Y dicho proceso sería reforzado por el aumento de egresados (médicos, radiólogos, técnicos radiólogos, etcétera) para 2011 y 2012. Para el inicio del sexenio la capacidad institucional con la que contaba el programa sólo consideraba la que poseía la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud.

Dentro de la estructura que posee el documento como tal, no se hacen referencias a la cantidad de personal que sería capacitado o formado, tampoco señalaron si las capacitaciones irían dirigidas a un grupo en específico del personal para detección, diagnóstico o atención. Esta situación de falta de exactitud es general en el programa, las estrategias, a pesar de ser claras y entendibles, no son precisas sobre cómo serán ejecutadas. Esto tuvo como consecuencia que los ejecutores tuvieran un amplio margen de maniobra, otorgándoles la oportunidad de adaptarse a posibles escenarios que no tenían previstos.

El único elemento que podría considerarse medianamente como una guía para el PAE son los lineamientos internacionales, cuya mención dentro del programa es meramente para evidenciar de forma superficial la carencia de recursos humanos para detectar, diagnosticar y tratar el cáncer de mama, que padece el sector salud en México.

Estos lineamientos no están, siquiera, mencionados de forma clara en el texto del programa, ni como bibliografía. En el mejor de los casos es posible asumir que

éstos podrían haber sido aquellos en los que la OMS menciona que hay 4 niveles de estratificación de recursos (básico, limitado, amplio y/o máximo) que señalan la capacidad de servicio de salud de un país y pudieran uniformar un método de reacción ante el cáncer de mama.¹³⁸ Pero, este texto no especifica cómo y cuánto se debería invertir por año para tener una respuesta más o menos uniforme de acuerdo al problema que se pueda afrontar, simplemente señala que debe haber una respuesta y que, en años posteriores al 2005 se creará una normatividad que considere las capacidades de infraestructura y de inversión de cada país.

Lo único que sí ha dejado en claro la OMS es que, por su naturaleza no invasiva y su baja dosis de radiación, las mastografías son adecuadas para ser utilizadas como prueba de tamizaje y diagnóstico. Su uso puede reducir en un 20% la mortalidad por cáncer de mama al permitir un diagnóstico en estadios tempranos del cáncer de seno.

Así que, la mención de los lineamientos internacionales sirvió únicamente para recalcar que debe invertirse en la creación de infraestructura y promoción de personal especializado, y que la detección temprana es el método más eficiente para combatir el cáncer de mama a un costo económico no tan excesivo en comparación con una atención a una persona con un cáncer en estadios avanzados.

Para hacer más evidente el déficit de personal e infraestructura hay que tomar en cuenta que el grueso de la población objetivo del PAE, era de poco más de 18.6 millones de mujeres mayores de 35 años y de 14.3 millones de mujeres de entre 50 a 69 años de edad. Por lo tanto, deberían existir entre 937 y 1,155 radiólogos y entre 937 y 1,257 técnicos radiólogos para el proceso de detección y tratamiento. Ambos elementos mencionados en el PAE reconocen que hay un déficit de recursos humanos y materiales que debe disminuir, pero, por otro lado, como en el programa no se estableció clara y concisamente la meta del número de capacitaciones y de nuevos egresados se buscaría formar queda como ambiguo.¹³⁹

Eso quiere decir que esta imprecisión y ambigüedad permitió que cualquier avance realizado en el período de ejecución del programa pueda ser considerado como valioso y significativo, siempre y cuando no sea tan pobre como para mantener un resultado similar al del sexenio pasado.

¹³⁸ *El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama*, OMS, 2005, p.4. En: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-bc-bhgi-normas-int-1.pdf?ua=1>

¹³⁹ Cifras calculadas por el autor con base en Secretaría de Salud, Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico "cáncer de mama" 2007-2012*, México, 2007, p. 29. *Específico "cáncer de mama" 2007-2012*, México, 2007, pp. 34-37.

Se puede inferir que la capacidad institucional es precaria porque el porcentaje esperado para 2012 de cobertura de detección en mujeres de 50 a 69 años de edad es de 21.6% es una expectativa tres veces mayor a la del sexenio anterior; además que, de acuerdo a lo señalado en el PAE, se deberían contar con un mínimo de 973 radiólogos y 1061 técnicos radiólogos cuando se contaban con 117 y 155 respectivamente. Por estas razones, el objetivo de los ejecutores de la estrategia 3 debió ser capacitar y formar la mayor cantidad de personal posible para cubrir esa meta.¹⁴⁰

De hecho, para dejar en claro esto, al poner como objetivo un porcentaje de detección de 21.6%, es lógico que el que hubo en 2006 fue de 7.2%. Lo que demuestra que la capacidad institucional, aunque sea sólo de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud, es inferior en comparación con la de países desarrollados.¹⁴¹

En 2006, un año antes de iniciar el programa, ya había campañas de capacitación de personal para la detección y el diagnóstico de cáncer de la mujer, esto quiere decir que ya existían acciones encaminadas a tratar el problema, pero, como evidenció la ambigüedad del PAE 2007-2012, la capacidad de decisión del ejecutor era amplia porque siendo un programa para un problema relativamente nuevo se estaba en un proceso de aprendizaje.

Aunque la capacitación de personal para Unidades Móviles de la Secretaría de Salud para la Detección del Cáncer de la Mujer (UNEMDE-DEDICAM) no está señalada concretamente en la estrategia 3 o 4, son considerados estos datos porque la línea de acción 3.3 estableció el adiestramiento para médicos en patología mamaria a distancia. La falta de precisión permitía no seguir un camino claro de ejecución. Considerando que las Unidades Móviles permiten una mayor capacidad para ampliar la cobertura de detección y diagnóstico, es claro que forma parte de las acciones a ejecutar, que concuerda con la estrategia 3.

De acuerdo a las evidencias generales obtenidas del Libro Blanco del Cáncer de la Mujer es posible observar que las capacitaciones para Unidades Móviles de la Secretaría de Salud (Ver el Cuadro 9.) son una parte del total de capacitaciones realizadas por parte de la Secretaría de Salud. Durante el período comprendido de 2007 a 2012 las siguientes acciones, para materializar los objetivos del PAE, fueron tanto para Unidades Móviles como para unidades fijas (unidades de detección, hospitales, clínicas y/o centros oncológicos).

¹⁴⁰ Cifras calculadas por el autor con base en Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico "cáncer de mama" 2007-2012*, México, 2007, pp. 35-37.

¹⁴¹ *Ibid.*, p. 29.

Cuadro 9

Capacitación al personal de Unidades Móviles de la Secretaría de Salud Involucrada en la Detección y Diagnóstico de Cáncer de la Mujer				
Tema	Año	Cursos	Asist.	Entidad Federativa
- Actualización de Patología de la Glándula Mamaria	2006	21	896	Tlax., Hgo., Mor., Qro., Camp., BC, Chis., Coah., Tab., Zac., Jal., Col., Oax., Nay., Q. Roo, Edo. Méx., Gto., Gro., NL y Son.
- Actualización de Patología de la Glándula Mamaria	2007	10	423	Dgo., Nay., Oax., Zac., Jal., Edo. Méx., Gro., Mich., Mor. y Sin.
- Pre congreso ABC de Cáncer Mamario - Pre congreso de Imagen	2008	2	441	Veracruz y Morelos
-Implementación de Centros de Lectura-Caminando a la excelencia - Reunión de Acreditación de Radiólogos y Patólogos - Validación Modelo de Atención -1er. y 2do. Curso Semipresencial de Garantía de Calidad de Programas de Detección	2009	7	900	D.F., Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Veracruz y Jalisco
-Validación Modelo de Atención -Congreso de Mastología -Curso Propedéutico Radiología	2010	900	238	Oaxaca, Veracruz y Guerrero
-Atención en Centros de Organización Integral - Difusión de la NOM de Cáncer de Mama - Reunión Federal para la Evaluación del Programa de Cáncer en la Mujer - Congreso de Mastología - Capacitación UNEME-DEDICAM	2011	8	698	4en el D.F. 2 en Campeche 1 en Sinaloa
-Capacitación UNEME- DEDICAM - Actualización de Patología de la Glándula Mamaria	2012	6	156	Querétaro, Chihuahua, Tamaulipas, Durango y Quintana Roo

Fuente: Esta información fue proporcionada por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a través de Infomex, a una solicitud del autor con el folio 0001200237416 con fecha de 20 de junio de 2016 y con respuesta en 01 de agosto de 2016.

En los Cuadros 10 al 12 se puede notar que las capacitaciones, retomadas del Libro Blanco del Cáncer de Mama, poseen un carácter muy general. No se especificó el tipo de asistentes que se presentaron en los diferentes cursos (estudiantes o trabajadores fijos; o la especialidad de los mismos: radiólogos, oncólogos médicos, cirujanos oncólogos, patólogos, ginecólogos, técnicos radiólogos, personal de enfermería o de trabajo social), tampoco de que unidades de salud o escolares procedían y, en consecuencia, que entidades federativas tendrían más capacitaciones de acuerdo a la exigencia que presentaban.

Esto evidenció que el fin primario de las capacitaciones era que el personal fuera adecuado para operar el equipo e infraestructura con la que se contaba, además de los recursos materiales que se adquirirían, para que la cobertura de la

detección fuera más amplia y de mejor calidad. Sustentándose en los cursos de acreditación, de calidad o en actualizaciones, por mencionar algunos.

Cuadro 10

CAPACITACIONES	
Año	Cursos
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos estatales de actualización en Patología de la Glándula Mamaria (22 en total): Asistencia: 885 personas (personal médico general y especializado, enfermería, trabajo social, capturistas y de promoción de la salud). • XII Curso Clínico Radiológico en Cáncer de Mama y la VII Reunión Nacional de Acción Contra el Cáncer de la Mujer: Asistieron con apoyo del CNEGySR, 114 médicos radiólogos, 57 técnicos radiólogos y 4 administrativos.
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Curso a distancia "Desarrollo de Habilidades de Gestión para la Detección Temprana del Cáncer de Mama": 81 personas, la mayoría del área gerencial de las entidades federativas y del CNEGySR. • Curso a distancia "Actualización en Detección y Promoción de la Atención del Cáncer de Mama", con la colaboración del Instituto Nacional de Salud Pública: 361 participantes entre médicos y enfermeras del primer nivel de atención, coordinadores médicos jurisdiccionales de salud reproductiva, trabajadoras sociales y responsables estatales del programa de cáncer de mama. • Capacitación a Técnicas Radiólogas en el Hospital General de México: 4 técnicas radiólogas en toma de mastografías. • III Reunión Internacional de Enfermedades de la Glándula Mamaria y el VI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Mastología: 180 alumnos entre radiólogos, oncólogos médicos, cirujanos oncólogos, patólogos, ginecólogos, técnicos radiólogos y personal de enfermería y trabajo social.

Fuente: Elaborado por el autor.¹⁴²

En 2007 se llevaron a cabo cursos estatales dirigidos a la última línea ejecutoria del programa. Fue capacitado el personal encargado de enseñar la autoexploración y la identificación de anomalías en la exploración clínica de las mamas, además del personal en servicio y personal femenino del CNEGySR en la exploración clínica y mastografía. Este primer año de ejecución las capacitaciones fueron limitadas, pero siguiendo cierta lógica.

Los eventos se dieron a manera de campañas de información sobre los lineamientos de detección de cáncer de mama para el personal médico y de enfermería, así se difundió el contenido del PAE; complementado con el inicio del proceso de capacitación constante dirigido al personal de detección (enfermería, radiólogos y técnicos radiólogos) bajo la idea de que la detección temprana disminuye la mortalidad y el costo de atención.

Para 2008 se observa que las capacitaciones y los cursos comenzaron a diversificarse. En este año se priorizó al personal médico y de enfermería que ya estaban laborando para el sector salud porque uno de los objetivos generales y

¹⁴² Con base en la información de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Libro Blanco 2006-2012*, México, p. 160-161. En: <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CancerdeLaMujer/LBCaMa.pdf>

principales del PAE es mantener bajo el índice de mortalidad y porque capacitar al personal existente suponía una mejora la detección y la atención del cáncer de mama que se vería reflejada en los mismos objetivos del PAE.

La capacitación de 361 médicos y enfermeras en un curso a distancia sigue con la lógica de que capacitar al personal ya existente contribuiría a optimizar su trabajo, lo que se traduciría en atención de mejor calidad y en más mujeres atendidas, permitiendo detectar la enfermedad de forma oportuna. Además, la participación de alumnos en la III Reunión Internacional y en el IV Congreso Nacional, evidencian la intención de la formación de personal médico especializado.

Cuadro 11

CAPACITACIONES	
Año	Cursos
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Primera Reunión para la Implementación de Centros de Lectura del Programa de Cáncer de Mama: 104 personas entre médicos radiólogos, técnicos radiólogos y trabajadoras sociales. • Séptima Reunión Caminado a la Excelencia: 335 asistentes (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales). • Manual del Modelo de Atención: 30 asistentes. • Capacitación en diferentes instituciones especializadas en la detección de cáncer de mama (INCAN, Hospital General): 87 radiólogos y 25 técnicos radiólogos. • “Primer Curso Semipresencial de Garantía de Calidad en Programas de Detección de Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico-uterino”: 220 médicos y enfermeras relacionados con la atención del cáncer en la mujer. • Primera Reunión de Acreditación y Validación de Radiólogos y Anatomopatólogos para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama: 95 alumnos, de las unidades médicas de la Secretaría de Salud a nivel nacional, que incluyó a 28 patólogos y 67 radiólogos. • “Segundo Curso Semipresencial de Garantía de Calidad en Programas de Detección de Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico-uterino”: 200 médicos y enfermeras relacionados con la atención del cáncer en la mujer. • Reunión de Acreditación y Validación de Radiólogos y Anatomopatólogos para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama: 29 médicos patólogos, de 20 entidades federativas, se acreditaron 19. • IV Diplomado Teórico-práctico en lectura mamográfica y Primer diplomado virtual: 19 médicos radiólogos de las unidades médicas de 14 entidades federativas.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Octava reunión caminando a la Excelencia: 351 participantes. • Implementación del Modelo para la detección y diagnóstico del Cáncer de Mama: 56 participantes de nivel estatal y del CNEGySR. • Reunión sobre el Sistema de Información del Cáncer de mama (SICAM): 70 integrantes del personal involucrado en la captura de la información. • Curso de Capacitación para la Implementación y Operación de centros Emisores de mastografía: 50 participantes. • Reunión de Acreditación y Validación de Radiólogos y Anatomopatólogos para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama: 63 médicos radiólogos, de 29 entidades federativas, de los cuales se acreditaron 57. • Curso Propedéutico de calificación de radiólogos y anatomopatólogos: 76 alumnos, 56 radiólogos y 18 patólogos. • Séptimo Congreso de Mastología: 83 alumnos (radiólogos, oncólogos y técnicos radiólogos). • XXIV Congreso Nacional de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, IX Reunión Nacional para Estudio de la Glándula Mamaria y IV Curso Internacional de Imagen Seccional: 32 alumnos de las entidades federativas y que recibieron apoyo del CNEGySR.

Fuente: Elaborado por el autor con base en la información de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Libro Blanco 2006-2012*, México, p. 160-161. En: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CancerdeLaMujer/LBCaMa.pdf>

El aumento de eventos de capacitación de 2007 a 2008 evidenció el esfuerzo por llevar la capacitación a más personas y que de este modo el resultado se viera reflejado en el número de detecciones por mastografía al momento de reunir la información requerida para el SICAM. Por otro lado, los eventos de 2008 son muy pocos como para tener un impacto real en la meta de la detección por mastografía.

Es de suponer que el personal capacitado en 2008 podría compartir su conocimiento a través de algún otro evento realizado por la institución a la que pertenece, pero no hay datos que indiquen si ese tipo de información no la debe recabar la SSA o el CNEGySR ni si la poseen para acceso al público. Ante una petición del autor por conocer al detalle el personal capacitado anualmente el resultado fue que esa información no era de su competencia, por lo que la coordinación entre la SSA y el CNEGySR con los SES deja entrever que actuaron de manera un tanto aislada.

Para el 2009, de los diferentes cursos impartidos, las acciones se centraron en certificar al personal que se tenía en ese sexenio y en el fomento de la calidad del servicio de detección y diagnóstico de cáncer de mama. Los cursos y reuniones crecieron y se diversificaron todavía más, la propuesta era clara, más personal capacitado era igual a mayor número de detecciones por mastografía. Los intentos por fomentar la formación de personal médico especializado, salvo por información de acceso restringido, parecen haber sido dejados de lado o, al menos, fueron vistos como menos prioritarios porque resulta menos productivo para la consecución de los objetivos generales a corto plazo invertir en la formación de nuevo personal que capacitar personal que ya está laborando.

En el 2010 se realizaron congresos, reuniones y cursos a los que asistieron 201 alumnos de radiología, oncología y técnicos en radiología por lo que se puede inferir que en este año se buscó un equilibrio en la ejecución de la estrategia 3 y 7. La capacitación, la validación y certificación continuó, pero también se llevó a cabo la Reunión sobre el SICAM, de acuerdo a la estrategia 7 de monitoreo y evaluación continua y sistemática para la mejora continua del programa, en específico en su línea de acción 7.1 de desarrollo de un sistema de información (observatorio de cáncer de la mujer) unificado en el Sistema Nacional de Salud.

Esta conjunción de capacitación según las líneas de acción de la estrategia 3 con la aplicación de la línea de acción 7.1 se llevó a cabo porque, al informar al personal sobre los lineamientos necesarios para conformar el SICAM, se trabajó para establecer las bases del sistema de información; facilitando la obtención de información relevante para una mejor planeación y una aplicación de programas

de salud contra el cáncer en la mujer en años siguientes de la SSA y el CNEGySR.

Cuadro 12

CAPACITACIONES	
Año	Cursos
2011	<ul style="list-style-type: none"> • 9a reunión caminando a la Excelencia: 350 participantes. • Inducción al puesto: 16 participantes de nivel estatal. • Eventos regionales de difusión de la NOM-041 SSA2-2011 (3): 438 participantes. • Curso Propedéutico de calificación de radiólogos y anatomopatólogos: 76 alumnos, 56 radiólogos y 18 patólogos.
2012	<ul style="list-style-type: none"> • 10a reunión caminando a la Excelencia: 327 participantes. • Inducción al puesto: 4 participantes de nivel estatal. • Curso para capacitación de los Centros de Invitación y Seguimiento de pacientes: 2 participantes. • Curso Propedéutico a radiólogos: 10 participantes. • Curso de Actualización: "Patología de la Glándula Mamaría": 55 participantes. • Capacitación en el SICAM: 170 participantes.

Fuente: Elaborado por el autor con base en la información de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Libro Blanco 2006-2012*, México, p. 160-161. En: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CancerdeLaMujer/LBCaMa.pdf>

En 2011 y 2012 las acciones de formación y capacitación disminuyeron, dejando únicamente algunos cursos de capacitación y dos cursos propedéuticos para la formación de personal. Ahora la aplicación se centraba en difundir la actualización de la norma para atender el problema en 2011 y en la implementación del SICAM en 2012. La calidad primó en ambos años con la constancia de las reuniones "Caminando a la Excelencia", iniciativa que, al igual que en los dos años anteriores, evaluaba e identificaba las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño del PAE.

La única diferencia entre ambos años fue que en 2011 se realizaron eventos regionales para hacer del conocimiento del personal más relevante la actualización de la norma para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. La capacitación y certificación del personal de detección y atención quedaron pendientes porque en ese año se estableció la nueva norma para la detección y atención del cáncer de mama y comenzó la valoración y el uso de la información reunida para el SICAM, evidenciando que los esfuerzos por capacitar al personal y la obtención de nuevo equipo e infraestructura era con la finalidad de acrecentar la capacidad de respuesta del sistema de salud para años posteriores.

En lo referente al año 2012, la Capacitación en el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM) fue el evento que puede considerarse como de mayor relevancia porque, además de ser el resultado de años de reunión de información sobre la ejecución del PAE para mejorar la respuesta del sector salud al cáncer de mama, se creó bajo el supuesto de sentar las bases de futuros programas de

salud que continúen evolucionando y optimizando sus acciones contra esta enfermedad.

Además, los cursos de capacitación, aunque en menor medida por la presencia del curso de preparación para el manejo del SICAM, continuaron con la intención de seguir optimizando el accionar del resto del personal médico y de enfermería para alcanzar la meta de triplicar la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía.

Considerando que, para cumplir con las metas del programa se destinaron recursos y tiempo en formación del personal involucrado, es posible notar que la capacitación es una estrategia fundamental además de ser una inversión a mediano y largo plazo.

Acorde con lo señalado en páginas anteriores, la estructura ambigua y falta de precisión del programa permite a los ejecutores tomar decisiones que consideren más adecuadas y prudentes. Es así que las acciones estuvieron enfocadas en certificar y capacitar al personal disponible entre 2007 y 2012 con miras a cumplir con el porcentaje de detecciones al final del sexenio y manteniendo la mortalidad debajo de los límites establecidos.

De acuerdo a lo observado en los distintos cuadros es posible concluir que la estrategia 3 se centró en las siguientes líneas de acción:

- 3.1, de información dirigida al personal sobre el adecuado procedimiento de detección, a través de cursos y capacitaciones, pero principalmente por medio de los cursos Caminando a la Excelencia. Estas acciones suponen mejorar la calidad del servicio e incrementar la productividad diaria del personal para ampliar la cobertura de detección.
- 3.4, en desarrollar las competencias de los radiólogos y técnicos radiólogos para la detección, además de personal multidisciplinario para su diagnóstico y tratamiento, capacitaciones, cursos y acreditación de personal entre 2009 y 2011 que ampliaría la cobertura de detección y, principalmente, mantendría la mortalidad con un crecimiento controlado durante el sexenio de ejecución del programa.
- 3.6, adiestrar a radiólogos y técnicos radiólogos durante su servicio, cursos, diplomados y congresos para mejorar los procedimientos de detección, tener una mayor certeza del diagnóstico y un tratamiento más adecuado que contribuyó a los objetivos de cobertura de detección y mortalidad limitada.

Que el resto de las líneas de acción no hayan estado tan presentes revela que la capacitación del personal (3.2) no era tan necesaria pues la autoexploración e identificación de anomalías en las mamas ya estaba cubierto por ese

personal. Por otro lado la capacitación de médicos de primer y segundo nivel en patología mamaria (3.3) no funcionó por la dificultad que implica una capacitación a distancia ya que si la infraestructura es precaria para la respuesta al problema, sucede igual con esta vía de mejora; además de que la formación de técnicos asistentes en radiología (3.5) también fue dejada un poco del lado, al únicamente indicar que se transfirieron recursos pero sin señalar resultados, porque los efectos no serían vistos al final del sexenio.

Los resultados obtenidos al final del sexenio para el incremento de la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años, por su condición de mayor riesgo de padecimiento, fue de 7.2% de las mujeres a 20.6%.¹⁴³ La meta establecida era de 21.6%, pero el incremento fue notable si consideramos que la disponibilidad de médicos y técnicos radiólogos fue desigual y que era el segundo sexenio en que se implementaba un programa de acción específico dedicado únicamente al cáncer de mama y no en conjunción con el cérvico-uterino.

La desigual disponibilidad de personal es uno de los problemas a solucionar de este programa pues esa misma ambigüedad que favoreció la ejecución para obtener resultados cercanos a la meta del PROSESA perjudicó a nivel estatal a diferentes entidades. Por ejemplo, el Estado de México y el Distrito Federal poseen el 30 y 31% de personal del sector salud en detrimento de entidades como Chiapas y Veracruz.

El crecimiento dispar del personal de detección, diagnóstico y atención está relacionado con el incremento de infraestructura porque, incluso si se edificaron nuevas unidades de detección y se contrató a personal suficiente para cada unidad, significa que el aumento de infraestructura, equipo y personal no fue suficiente para cubrir las metas estatales establecidas o las proporcionales a la meta nacional.

¹⁴³ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico “prevención y control del cáncer de la mujer” 2013-2018*, México, 2007, p. 33.

4.1.2 Estrategia 4: Promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal para la provisión de la detección y atención del cáncer de mama

La estrategia 4 fue diseñada para complementar la 3, de formación y capacitación de personal, bajo el supuesto de que optimizando el actuar del personal y formando nuevo personal de detección y atención de la enfermedad sería posible triplicar la cobertura de detección y se podría mantener en control el incremento del índice de mortalidad. Las líneas de acción son las siguientes:¹⁴⁴

- 4.1 Contribuir al desarrollar de instrumentos normativos que regulen la construcción, equipamiento y recursos humanos para las unidades de detección con mastografía y clínicas de mama.
- 4.2 Apoyar la planeación y gestión de clínicas de mama para la evaluación de mujeres con resultado anormal a la detección o datos clínicos sospechosos y la creación de servicios o centros de atención oncológica para cáncer de mama en los estados que no cuentan con éstos.
- 4.3 Apoyar la gestión de personal requerido en las acciones de detección, diagnóstico y tratamiento a través de la asignación de recursos presupuestales etiquetados.
- 4.4 Gestionar y vigilar el abasto oportuno, suficiente y con calidad adecuada de los insumos, instrumental y medicamentos, para el diagnóstico y tratamiento, como política prioritaria en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- 4.5 Promover y vigilar el establecimiento de programas de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, así como de su reemplazo para asegurar y prolongar su funcionamiento óptimo.

Esta estrategia estuvo encaminada a crear infraestructura, conseguir equipo y dirigir personal a nuevas instalaciones para ampliar la cobertura de detección y atención. Sus diferentes líneas de acción fueron de apoyo y vigilancia de las instituciones tomadoras de decisiones (CNEGySR y SSA) que no tenían una participación directa, salvo por la línea 4.3 participación más activamente. La ejecución del resto de las líneas de acción quedó bajo la responsabilidad de cada entidad federativa y de sus respectivos Servicios Estatales de Salud (SES).

Las etapas de instrumentación están divididas anualmente, por lo que las acciones correspondientes a gestión y obtención de infraestructura y equipo deben seguir un orden racional para no ocupar presupuesto y esfuerzos ineficazmente. En primer lugar, se debió hacer un diagnóstico de los recursos materiales con los que se contaban, si era necesario darles mantenimiento y/o comprar equipo nuevo, además de las instalaciones en las que se debería invertir.

¹⁴⁴ *Ibíd.*, p. 28.

Para 2009 habrían de alistar los instrumentos normativos para definir las áreas donde se construirían las nuevas instalaciones, los recursos económicos a invertir y cómo sería supervisada la gestión por parte de la CNEGySR y la SSA. Además, en ese mismo año debió iniciar el proceso de planeación para la gestión y adquisición de recursos, cuyas acciones se verían realizadas en los tres años restantes del sexenio para concluir con nueva infraestructura que repercuta en la materialización de los objetivos generales del PAE. Ver Cuadro 13.

Cuadro 13

Acciones	2008	2009	2010	2011	2012
Promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal					
Diagnóstico de recursos	X				
Instrumentos normativos para la construcción y gestión de recursos		X			
Planeación, gestión y adquisición		X	X	X	X

Fuente: Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico 2007-2012 "cáncer de mama", p. 39.

Conocer con qué equipo se contaba en 2007 para la detección y tratamiento del cáncer de mama es información reservada para el CNEGySR y la SSA. Dentro de los datos de acceso no restringido están los referentes a la infraestructura como mastógrafos y radiólogos, además del número de clínicas y hospitales con clínicas oncológicas en existencia antes de que se ejecutase el PAE.

Los datos que sí fueron posibles ser recabados son referentes a la infraestructura construida o en construcción al final de 2012 y la asignación y el ejercicio de recursos presupuestales, claro que, sin especificar en qué equipo fue invertido. Esta información más detallada está reservada para el SICAM y las instituciones que estarían encargadas del siguiente programa contra el cáncer de la mujer, el CNEGySR y la SSA.

Las líneas de acción de la estrategia 4 evidencian que el CNEGySR se encargaría de regular la construcción y equipamiento de las unidades de detección, en apoyar la gestión de clínicas y personal para atención oncológica y en la vigilancia de abasto y mantenimiento de equipo. Por lo tanto, la responsabilidad directa del manejo y cuidado del equipo y de la construcción de unidades de detección quedó en los Servicios Estatales de Salud; apoyando la idea de que el modelo de ejecución del programa es *top-down*.

La falta de accesibilidad a estos datos es un problema relacionado con la forma en la que se aplicó el programa, siguiendo una línea de acción jerárquica en la que el gobierno no fomentaba la participación coordinada de la sociedad civil. El no-acceso a estos datos no permite que las organizaciones no gubernamentales cuenten con información suficiente para cubrir o apoyar al sector salud en

aspectos que se pudieran haber omitido; incluso crea el riesgo de duplicar funciones y no aprovechar todas las herramientas disponibles.

Además de ser un modelo de implementación que va de arriba (SSA y CNEGySR) hacia abajo (SES), también estuvo presente la ambigüedad a la hora de definir en el PAE los lugares donde serían construidas las unidades de detección o las clínicas oncológicas y qué equipo sería obtenido para cada unidad o clínica. Pero, como es señalado en el Libro Blanco, es que, aunque uno de los objetivos es disminuir la mortalidad, se estuvo trabajando para ampliar la cobertura de detección y tratamiento que coadyuvarían a que la mortalidad no aumentara de forma alarmante y para que la capacidad del sistema de salud pueda abarcar a una mayor parte de la población objetivo.

El déficit de la capacidad institucional para atender el problema creciente del cáncer de mama no sólo pasaba por la parte de los recursos humanos. La infraestructura y equipo no sería el suficiente sin una cantidad suficiente de personal médico, de enfermería e incluso administrativo que esté presente y capacitado para operarlo.

Dentro de las líneas de acción de la estrategia 4 y de acuerdo con la información recabada en el Libro Blanco del Cáncer de Mama 2006-2012 es posible conocer los recursos financieros destinados para la construcción de las UNEMES-DEDICAM, para la compra de Unidades Móviles con mastógrafo, la inversión en infraestructura en Cancerología y/u Oncología.¹⁴⁵ Aunque la dificultad radica en que la información específica de la inversión por equipo no era accesible porque el uso de esos recursos quedó como responsabilidad de cada estado y sus reportes no estaban dirigidos al público.

Dada esta situación, únicamente fue posible un analizar si la ejecución se llevó a cabo y si la supervisión, vigilancia y los marcos normativos creados por la SSA y el CNEGySR tuvieron resultados tangibles. Por lo tanto, también se ha tomado en cuenta si fueron transferidos recursos económicos y si éstos incrementaron la infraestructura y el equipo de acuerdo a la búsqueda de materializar la meta de triplicar la cobertura de detección y si esto contribuyó a mantener la mortalidad por cáncer de mama debajo de los límites propuestos en el PAE.¹⁴⁶

Además, en el PAE no estaban fijados el número de UENEME-DEDICAM que debían ser construidos, ni siquiera el lugar dónde serían edificadas estas unidades

¹⁴⁵ Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *op. cit.*, pp. 88 y 89. En: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CancerdeLaMujer/LBCaMa.pdf>

¹⁴⁶ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico "cáncer de mama" 2007-2012*, México, 2007, p. 29.

médicas, tampoco la cantidad de Unidades Móviles que serían compradas o cuánto se invertiría en infraestructura para cancerología u oncología, es por esta razón que en el 2009 se programó el establecimiento de los instrumentos normativos para la construcción y gestión de recursos.

Esta falta de precisión demuestra que la ambigüedad también estuvo presente en esta estrategia porque al no fijar un tope en la inversión para la infraestructura estaba abierta la opción a que las instituciones tomadoras de decisiones solamente tuvieran la responsabilidad de coordinar de forma externa la repartición de recursos financieros y posteriormente debieran supervisar su correcto uso. Ya que la finalidad de la estrategia 4 era gestionar los recursos para coadyuvar a la consecución de los objetivos del PAE, la precisión no era necesaria; por otro lado, también evidenciaba que, al ser una estrategia con roles jerárquicos claramente establecidos, se debió seguir un orden de acción coherente que facilitase la aplicación de esta estrategia.

Entre 2007 y 2012 se realizaron las siguientes acciones para regular la construcción, equipamiento y recursos humanos:¹⁴⁷

- Se elaboraron el Manual de Operación de la UNEME, El Manual de Operación de Centros de Lectura, El Manual de Operación de Centros de Llamado, mismos que se encontraban en revisión y que forman parte de la UNEME.
- Capacitación al personal de operación de las UNEMES.
- Se estableció coordinación con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) para la compra y visto bueno del equipamiento a las UNEMES.
- Se desarrolló un modelo operativo de unidades móviles de mastografía son parte de un modelo de detección y atención del cáncer de mama basado en evidencia lo cual implicó la optimización de la infraestructura existente, la ampliación de la infraestructura de equipo en la toma de mastografía y el acercamiento de los servicios de salud a comunidades con difícil acceso con población vulnerable, apoyando a 27 estados entre 2008 y 2010.
- Y se equipó con unidades móviles en 2011 y 2012 a 11 entidades federativas.
- Se creó en 2011, el Modelo para la Detección, Diagnóstico y Referencia del Cáncer de Mama para optimizar recursos y clarificar los mínimos para un programa organizado para la detección oportuna del cáncer de mama. Este modelo se estaba actualizando para que fuera implementado a partir de la NOM-041-SSA2-2011.

¹⁴⁷ Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *op. cit.*, pp. 202-203. En: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CancerdeLaMujer/LBCaMa.pdf>

La elaboración de manuales de operación refuerza el carácter de tomadores de decisión de la SSA y del CNEGySR, además de que homogeniza en cierta medida el accionar del personal de detección fomentando así que las UNEMES-DEDICAM tengan una ejecución y un desarrollo similar. Esto contribuyó a una optimización de la detección y permitió la reducción de costos porque los manuales estaban planeados para las nuevas unidades de detección que contarían con personal capacitado y equipo nuevo.

Además, del desarrollo del modelo operativo para unidades móviles y la compra de equipo para las mismas, sumándose a los esfuerzos anteriores por mejorar la calidad y el ejercicio del sistema de salud contra el cáncer de mama. La planeación de los manuales de operación estaba pensada para que la detección sucediese con una alta calidad que permitiera, además de un desarrollo de la capacidad de respuesta institucional del sexenio de Calderón, como una contribución que tendría un impacto positivo a mediano y largo plazo.

A partir de 2009 comenzó la entrega de recursos económicos para la construcción de UNEMES-DEDICAM o la compra de unidades móviles de detección. Una vez más, tanto la información proporcionada por el INAI como la recabada en el Libro Blanco del Cáncer de Mama no señalan una fecha específica de en qué momento comenzaron a ser repartidos los recursos económicos ni si iban destinados a unidades de detección, clínicas o unidades móviles ya que el centro del análisis institucional de parte de la SSA y el CNEGySR parece de más de carácter cuantitativo.

Durante el gobierno de Calderón se promovió la construcción de 14 UNEMES-DEDICAM que iniciaron su construcción entre 2009 y 2010, esto como consecuencia de que hasta ese momento iniciaron las asignaciones y transferencias de recursos. De las 14 unidades de detección planeadas, seis iniciaron su operación entre 2011 y 2012 lo que implica una contribución en los últimos dos años de sexenio por contribuir a la meta del PROSESA de triplicar la cobertura de cáncer de mama. Ver Cuadro 14.

Cuadro 14

Unidad Médica Especializada en Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama (UNEME-DEDICAM) 2007-2012					
	Municipio	Entidad Federativa	Avance	Recurso asignado	Año de inicio de operación
1	Tuxtla Gutiérrez	Chiapas	0%	\$9,000,000	Sin iniciar
2	Juárez	Chihuahua	100%	\$17,000,000	2011
3	Toluca	Edo. Méx.	100%	\$9,000,000	2012
4	Morelia	Michoacán	90%	\$17,000,000	Pendiente
5	Querétaro	Querétaro	100%	\$20,000,000	2011
6	Benito Juárez	Quintana Roo	100%	\$17,000,000	2011
7	Jalapa	Veracruz	0%	\$9,000,000	Sin iniciar
8	San Luis Potosí	San Luis Potosí	95%	\$10,500,000	Pendiente
9	Pachuca	Hidalgo	95%	\$10,500,000	Pendiente
10	Victoria	Tamaulipas	95%	\$10,500,000	Pendiente
11	Tlaxcala	Tlaxcala	70%	\$10,500,000	Pendiente
12	Othón P. Blanco	Quintana Roo	100%	\$7,500,000	2012
13	Gómez Palacio	Durango	95%	\$10,500,000	Pendiente
14	Campeche	Campeche	100%	\$8,410,000	2011

Fuente: Elaborado por el autor Con base en la información proporcionada por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a través de Infomex, a una solicitud del autor con el folio 0001200237516 con fecha de 20 de junio de 2016 y con respuesta en 01 de agosto de 2016 y por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *op. cit.*, pp. 164-174. En: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CancerdeLaMujer/LBCaMa.pdf>

De las 8 UNEMES-DEDICAM restantes, seis quedaron pendientes, pero con fecha establecida de inauguración e inicio de operaciones, por lo tanto, estas unidades colaborarán en la detección oportuna del cáncer de mama para aumentar la probabilidad de sobrevivida durante el sexenio de Enrique Peña Nieto, siguiendo la finalidad de incrementar la capacidad de respuesta del sistema de salud, en este caso para la detección, contra el problema público que supone el cáncer de mama.

Según el Libro Blanco no hubo interés por parte de los gobiernos locales de Chiapas y Veracruz por construir una UNEME-DEDICAM en sus estados lo que, no sólo repercutiría negativamente en la estadística nacional de detección y de mortalidad del cáncer de mama, sino que también en las cifras de ambos estados. De hecho, Veracruz y Chiapas estaban entre las entidades con mayor número de mastografías como meta y por falta de personal, infraestructura, insumos, condiciones geográficas y la distribución poblacional es que su desempeño es bajo.¹⁴⁸

Debido a que no hubo comprobación del uso de los recursos financieros proporcionados por el CNEGySR para la construcción y equipamiento de las

¹⁴⁸ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012*, México, 2007, pp. 180-181.

UNEME-DEDICAM de Veracruz y Chiapas, se solicitó el reintegro del monto total y se canceló el proyecto. El gobierno de Veracruz dio respuesta de que sería reintegrada la cantidad total, el gobierno de Chiapas respondió que se buscaría ocupar el recurso federal en la construcción y que con dinero estatal sería comprado el equipo, al 2016 solamente hay un Modelo de Recursos para la Planeación de UNEME-DEDICAM,¹⁴⁹ la obra no ha iniciado.

De acuerdo a información del INAI durante el sexenio de Felipe Calderón se transfirieron recursos económicos (ver Cuadro 15) para infraestructura en Cancerología y/u Oncología, no se especificó la fecha de inicio y conclusión de la obra, ni el personal nuevo que podría requerir. Únicamente se toma en cuenta que, como lo marca la misma estrategia, se gestionaron recursos y se vigiló si fue destinado al aumento de la infraestructura de cancerología y oncología.

Cuadro 15

Transferencia de recursos económicos para infraestructura en Cancerología y/u Oncología			
Estado	Acción (conforme al convenio)	Asignado	Ejercicio
Colima	Construcción y equipamiento de Centro de Cancerología	\$40,000,000	2006
Guerrero (OPD Cancerología)	Hospital de Cancerología de Acapulco, Instituto Estatal de Cancerología "DR. Arturo Beltrán Ortega"	\$100,000,000	2006
Michoacán	Equipamiento para el quirófano de Centro de Atención Oncológico	\$4,000,000	2006
Sinaloa	UNEME Oncología, Culiacán	\$10,000,000	2006
Campeche	Centro Estatal de Oncología Campeche, construcción y equipamiento	\$33,000,000	2007
Colima	Hospital de Cancerología de Colima	\$10,000,000	2007
Guerrero (OPD Cancerología)	Hospital de Cancerología de Acapulco, Instituto Estatal de Cancerología "DR. Arturo Beltrán Ortega"	\$20,000,000	2007
Zacatecas	UNEME Oncología, Guadalupe	\$17,000,000	2007
Baja California	UNEME Oncología, Mexicali	\$37,000,000	2007
Colima	Conclusión del Centro Estatal de Cancerología	\$40,075,200	2008
Yucatán	UNEME Oncología, Mérida	\$13,901,000	2008
Colima	Obra nueva y equipamiento del Centro de Cancerología Colima	\$174,309,527	2008
Tabasco	Ampliación de Área de Oncología del Hospital "DR. Juan Graham Casasús" segunda etapa	\$88,934,454	2009
Yucatán	UNEME de Oncología	\$28,143,726	2009
Colima	Terminación del Instituto Estatal de Cancerología de Colima	\$75,000,000	2010
Guerrero (OPD Cancerología)	Fortalecimiento y ampliación del Instituto Estatal de Cancerología	\$15,000,000	2010
Sinaloa	Instituto Sinaloense de Cancerología Culiacán	\$47,000,000	2010
Tabasco	Continuación a la ampliación del Área de Oncología del Hospital "DR. Juan Graham Casasús"	\$35,199,403	2010

Fuente: Esta información fue proporcionada por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a través de Infomex, a solicitud del autor con el folio 0001200237516 con fecha de 20 de junio de 2016 y con respuesta en 01 de agosto de 2016.

¹⁴⁹ <http://salud.chiapas.gob.mx/doc/marco-normativo/federal/manuales-y-modelos/9.-%20modelo%20recursos%20dedicam.pdf>

La inversión en infraestructura realizada de 2006 a 2010 a siete estados, aunque sin establecer cifras concretas de término o de impacto en pacientes tratadas, demuestra que la inversión fue realizada para impactar positivamente en el control de la mortalidad por cáncer de mama. Iniciar la transferencia de recursos desde el inicio del sexenio permite una conclusión de las obras destinadas antes del final del sexenio, con lo que más mujeres con cáncer de mama podrían haber sido atendidas, con equipo de mejor calidad, personal en capacitación y una posible detección más temprana.

En 2010 se adquirieron siete remolques con equipo médico para funcionar como Unidades Móviles de Detección, dejando un total de 55¹⁵⁰. La finalidad de poseer Unidades Móviles de Detección es llevar a cabo mastografías en lugares de difícil movimiento de parte de la población, en especial aquella que tiene mayor riesgo de padecimiento de cáncer de mama, como la de entre 50 y 69 años.

Con respecto al apoyo en la gestión del proceso de capacitación para el personal de las UNEME-DEDICAM, unidades móviles y clínicas oncológicas o de cancerología se transfirieron recursos, específicos para el programa de cáncer de mama desde el 2008, que se han ido incrementando hasta en un 400%,¹⁵¹ reflejando la importancia que tiene la enfermedad como problema público en crecimiento constante y acelerado. Otras de las acciones referentes a la estrategia 4 han sido financiar la enfermedad por medio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el uso de presupuesto para la verificación de equipos de mastografía, un proceso de identificación de necesidades estatales y para la capacitación de personal, relacionado con la estrategia 3 del PAE.

Al ser una estrategia más de asignación, transferencia y supervisión de resultados del ejercicio del presupuesto distribuido las acciones son más técnicas. De acuerdo al objetivo de esta tesis el asunto relevante es el crecimiento de la infraestructura y si el impacto está reflejado en los resultados de cobertura de detección por mastografía y mortalidad limitada.

La construcción de Unidades de Especialidad Médica de Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama (UNEME-DEDICAM) y la compra de Unidades Móviles de Detección tenían como finalidad contribuir con el esfuerzo colectivo de triplicar la cobertura de detección del cáncer de mama. La meta del PROSESA era un 21.6% de cobertura en mujeres de 50 a 69 años, el resultado fue de 20.6% y, como fue señalado en hojas anteriores, esto sucedió porque la disponibilidad de personal no

¹⁵⁰ Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *op. cit.*, pp. 93 y 132. En: <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CancerdeLaMujer/LBCaMa.pdf>

¹⁵¹ *Ibíd.*, p. 204.

era equitativa con respecto a las necesidades de diversos estados menos favorecidos al inicio del sexenio.

En la aplicación de esta estrategia la dinámica entre instituciones decisoras y ejecutoras fue meramente de supervisión y seguimiento, la coordinación no pareció fuerte porque el incumplimiento en la construcción de dos UNEME-DEDICAM, incluso en el inicio de la obra, reflejó falta de cohesión para que éstas se realizaran a tiempo e impactaran la meta de detección propuesta. Por otro lado, este tipo de cumplimientos parciales no asegura que la capacitación a lo largo del sexenio sea útil porque el objetivo era que personal apto con equipo adecuado lograría impactar positivamente a los posibles pacientes a través de un tratamiento con mayor oportunidad de sobrevivida ya que el número de detecciones y diagnósticos adecuados crecerían.

Además, uno de los temas que se mencionaron ligeramente en el Libro Blanco del Cáncer de Mama y que resulta preocupante, es que quedaron estados con una atención precaria del PAE. La ejecución del programa con un enfoque *top-down* dificulta la coordinación con la población, incluso el diálogo, para adecuar el programa a las necesidades de la población de acuerdo a sus circunstancias particulares.

4.1.3 Estrategia 7: Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua del programa

La estrategia 7 está relacionada con el resto de las estrategias en un sentido de monitoreo y evaluación de la atención del cáncer de mama como problema público, aunque en distintos grados porque la importancia del impacto en beneficio de la población es diferente para cada estrategia por la planeación y relación costo-beneficio que suponen. Esta estrategia tenía como meta proveer al programa de un proceso de mejora continua. Las líneas de acción son las siguientes:¹⁵²

- 7.1 Desarrollar un sistema de información (observatorio de cáncer de la mujer) unificado en el Sistema Nacional de Salud para el monitoreo y evaluación de las acciones
- 7.2 Consolidar el monitoreo y la evaluación sistemática de la atención integral a través de indicadores de proceso y resultado

¹⁵² Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012*, México, 2007, p. 29.

- 7.3 Establecer el registro de cáncer de la mujer y la vigilancia epidemiológica en coordinación con las áreas competentes
- 7.4 Asegurar el mantenimiento del sistema de información para su utilización ágil y segura
- 7.5 Vigilar la suficiencia de personal y de equipo para la operación continua del sistema en todos los niveles de atención

Las líneas de acción 7.1, 7.2 y 7.3 estaban elaboradas para la creación de un sistema de monitoreo y evaluación de las labores del sistema de salud para combatir el cáncer de mama, mientras que las líneas 7.4 y 7.5 son de vigilancia para una ejecución adecuada. La responsabilidad recayó en la SSA y el CNEGySR porque, al ser tomadores de decisión para la elaboración de programas de acción, requiere de información específica, bien delimitada y relevante para la creación de nuevos programas.

A diferencia del resto de las estrategias del PAE, la estrategia 7 no fue diseñada para que fuera realizada en etapas anuales y que las líneas de acción siguieran un orden progresivo porque el enfoque es más recopilatorio que de intervención. El SICAM, como nuevo sistema de información, poseía una visión a futuro como característica principal; la recopilación de la información podría servir para corregir errores del programa en implementación, pero su principal meta era servir de base para programas futuros.

Aunque, este sistema de información es cerrado, es decir, el acceso a esta información está reservado a personal exclusivo del sector salud. La información recabada tiene como destino las instituciones tomadoras de decisiones y únicamente ese personal estaría en condiciones de tomar decisiones porque solamente ellos contarían con datos suficientes para hacerlo. Este modelo de acceso reservado dificulta un tratamiento del problema más adecuado porque, a pesar del hecho de que la falta de precisión del PAE dota de cierto margen de maniobra a los SES, no les otorga desde un primer momento la mayor cantidad de información que pudiesen requerir.

Durante el sexenio de Vicente Fox, los casos de cáncer de mama, medicamentos y los tratamientos realizados se reportaban directamente al CNEGySR. A partir de 2007, con la inclusión del cáncer de mama al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPcGC), los centros oncológicos dejaron de informar de casos diagnosticados y tratados. Por lo que el seguimiento de pacientes para un registro fidedigno y real de la información requerida se dificultó.

Además, antes de 2008, no existían datos confiables sobre exploraciones clínicas para la detección de cáncer de mama realizadas en los servicios de salud, era un área de mejora por explotar y con una gran posibilidad de impacto porque la creación de un Sistema de Información para el Cáncer de Mama permitiría la

recopilación de datos precisos, confiables y complementarios para la elaboración de futuros programas de acción.

Como respuesta a estas dos situaciones, el CNEGySR y la SSA plantearon como objetivo dar seguimiento a la detección, diagnóstico, tratamiento y monitoreo del cáncer en mujeres en el PAE a través del SICAM. En 2007 se realizó una Adjudicación Directa por un monto de \$310,000.000.¹⁵³ El SICAM se estableció como un sistema de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica que contendría información confiable, sistemática y verídica con el fin de promover la mejora continua del programa, asegurar la calidad del servicio y realizar el proceso de rendición de cuentas.

Al inicio del período de implementación del programa, el sistema de información era un medio de recopilación que prácticamente no se utilizaba. De hecho, en el Libro Blanco del Cáncer de Mama señalan que los indicadores eran inexistentes y que la recolección de datos era en formatos que sostenían prácticas arcaicas de reunión de la información y, como consecuencia, dificultaban la auditoria.

La creación del SICAM supuso un cambio relevante que se materializó en el PAE: la mastografía sería considerada a partir del 2007 como otro método de tamizaje, es decir, como una medición para establecer si una persona puede padecer cáncer de mama o no. Para conseguir las metas establecidas de monitoreo se diseñó un formato específico para recolectar la información y sus variables médicas relevantes para el diagnóstico y para cuantificar los datos en el SICAM.

Una vez que se definieron durante 2007 los lineamientos y estrategias del resto de las estrategias del programa se programó una reunión interinstitucional para determinar los indicadores de evaluación y de desempeño del PAE. De hecho, estas reuniones también se llevaron durante dos años siguientes; en 2009, como medida para mejorar los indicadores de acuerdo a las circunstancias que se fuesen presentando y según lo reflejasen los datos obtenidos para optimizar la gestión pública, el sistema de monitoreo y evaluación; y en 2010, para revisar la norma para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento contra el cáncer de mama.

Las reuniones de los tres primeros años de implementación del PAE reflejan un esfuerzo por concretar el desarrollo del SICAM, por la corrección oportuna de errores en los indicadores que servirían para la formulación de un nuevo programa contra el cáncer de mama que, a su vez, repercutiría en la revisión y posterior

¹⁵³ Correspondiente a la salvedad en el caso de la fracción II del artículo 41 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público de un servicio web para el Sistema Integral de Cáncer de la Mujer (SICAM), p. 131.

publicación de una nueva norma de respuesta del sistema de salud pública contra el problema público que representa el cáncer de mama.

Una de las consecuencias en las que se reflejaron los resultados de las reuniones fue que en 2008 la metodología de cobertura de detección con mastografía e índice de anormalidad se incluye en el boletín caminando a la excelencia para que a partir de entonces se pueda medir el desempeño del programa y promover que su accionar tuviese una constante mejora de la calidad en el servicio. Acciones de este tipo sujetaban, aunque de forma poco precisa y ambigua, las decisiones y, en especial, las acciones realizadas por los SES en sus diversas estrategias y líneas de acción.

Además de que, por medio de la colaboración de los SES con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), se realizaron estudios epidemiológicos y del servicio de salud en la población sobre factores de riesgo y el estado de los métodos de tamizaje del programa. Los estudios sirvieron como apoyo para el proceso de toma de decisiones dentro de la implementación del programa, como la firma de un convenio con el Instituto Nacional de Cancerología para capacitar a los radiólogos de las unidades de imagenología.

En colaboración con el INSP se culminó en 2010 el estudio de “EsMaestras”¹⁵⁴ para reunir información confiable y específica sobre los factores determinantes de la aparición del cáncer de mama en la sociedad mexicana. Además de que en este año se realizó la reunión correspondiente para revisar y modificar la norma para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

La formulación de la nueva norma, NOM-041-SSA2-2011, en 2010 y la publicación en 2011, para definir la respuesta del sistema de salud contra el cáncer de mama, se realizó a través de la reunión de un Comité Nacional de Cáncer de la Mujer con la cooperación de la Secretaría de Salud, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS Oportunidades, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Academias o Sociedades Médicas, y la Universidad Nacional Autónoma de México. Además de la participación de la Dirección General Epidemiológica (DGE) para el apartado de vigilancia epidemiológica que buscaría incrementar el número de registros de cáncer de base poblacional.

¹⁵⁴ Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *op. cit.* p. 143. En: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CancerdeLaMujer/LBCaMa.pdf>

El número de diferentes instituciones que contribuyó en la elaboración de la nueva norma con el apoyo de distintas áreas o instituciones que las componen, es una prueba de que la relevancia de las modificaciones y mejoras para prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama son un modelo de respuesta completo del sistema de salud, que estará en desarrollo constante.

El SICAM no sirvió solamente como una fuente de información para la elaboración de la norma, sino que es parte de la misma en el apartado de monitoreo y evaluación y vigilancia epidemiológica. Su contribución se vería reflejada en la reunión de datos relevantes y específicos para el análisis, la evaluación y el desarrollo del programa contra el cáncer de mama por medio de la entrega de las variables mínimas requeridas por el sistema de información a los centros oncológicos, hospitales federales e institutos nacionales; además de que sería la base para la planeación y formulación del programa contra el cáncer del siguiente sexenio.

También se destinaron recursos específicos para añadir un indicador de exploración clínica en el Acuerdo para el fortalecimiento de Acciones en Salud Pública, planeando impulsar las detecciones de cáncer de mama por mastografía para conseguir la meta de 20.6% de mujeres de 50 a 69 años de edad.

Estas acciones, además de contribuir a la meta de cobertura de mastografías, sirvieron para que el estudio de cualquier mujer mayor de 25 años que se haya hecho una exploración clínica de mama quede registrado en el SICAM. Aunque, por las deficiencias de atención y de comunicación en instituciones con servicio para la detección del cáncer, se evidencia que hubo, y habrá en años siguientes, rezago de registro de información en el SICAM, impactando en la cobertura.

De acuerdo a lo establecido por la NOM-041-SSA2-2011, en 2011, inicia la versión 2 del SICAM, elaborada por la SSA y el INSP, para adoptar los nuevos requerimientos para monitoreo y vigilancia epidemiológica. Se estableció que con la colaboración con la Dirección General de Tecnologías de la Información se le dará mantenimiento y servicio al SICAM para garantizar su adecuado funcionamiento.

En 2012, se llevaron a cabo acciones con vistas a facilitar la elaboración del programa para el siguiente sexenio. El CNEGySR en convenio con el INSP realizaron la “Evaluación de los factores de riesgo asociados a densidad mamaria, realización de mastografías y estandarización de los servicios de histopatología de Cáncer de Mama”¹⁵⁵ y la reunión del CNEGySR con las organizaciones de la

¹⁵⁵ *Ibíd.*, p. 144.

sociedad civil para constituir el Observatorio Ciudadano de Gobernanza y Seguridad que coadyuvaría al estudio del cáncer de mama como epidemia, sus datos estadísticos relevantes para el SICAM y su evolución anual.

En el último año del PAE el INSP entregó al CNEGySR el SICAM versión 2, la que se estableció posteriormente a la entrada en vigor de la NOM-041-SSA2-2011, para su revisión. La revisión en el 2012 permitió la evaluación del desarrollo y funcionamiento del SICAM que además permitiría una mejor adecuación del sistema de información y del nuevo programa contra el cáncer de mama al avance conseguido entre 2006 y 2012.

Cabe señalar que, desde 2008, se realizaron las reuniones anuales: “caminando a la excelencia”, para extender la calidad del servicio a través de la capacitación del personal, momento en que los datos reunidos por el SICAM, para una evaluación y análisis, serían aplicados en mejoras de aplicación del PAE.

Las acciones en las que repercutía o participaba el SICAM estaban relacionadas principalmente con las estrategias 3 y 4. Se trataba de llevar un control que beneficiase la implementación del programa, aprovechando la ambigüedad y falta de precisión en las líneas de acción. La amplitud para mejorar de acuerdo al contexto en el que se ubicaba el PAE suponía una oportunidad de trabajo que incrementaría la capacidad de respuesta del sistema de salud a través de un programa relativamente nuevo.

A pesar de que las condiciones de captura y de compilación de información han mejorado, en algunos sitios, seguía existiendo un registro tardío o nula captura de la información como en los Hospitales Federales e Institutos Nacionales de Salud (Instituto Nacional de Cancerología, Hospital General de México, Hospital Juárez, Instituto Nacional de Perinatología, Hospital de la Mujer),¹⁵⁶ incluso otros organismos que realizan jornadas de detección en coordinación con las SES no cumplen debidamente con la transferencia de información para el SICAM.

Incluso en esta estrategia, donde debería haber una coordinación más adecuada por el objetivo de un sistema de información útil para una mejora continua, no sucedió de la forma más óptima. Los problemas de registro tardío, de nula captura de los datos, se sumaban a una aplicación vertical y rígida que mantenía una dinámica sin muchos cambios.

De nuevo se deja ver que el estilo tradicional de proceso administrativo público es como se trabajó. La intención era cubrir los objetivos de reunión de información, no se observaron cambios drásticos a lo largo del sexenio, salvo la modificación

¹⁵⁶ *Ibíd.*, p. 77.

de la norma para la detección y atención del cáncer de mama. De hecho, la información permanece reservada para personal del sector salud, no hay una apertura que propicie que la misma sociedad civil se organice para cooperar en las acciones de respuesta. Organizaciones no gubernamentales que brindan detección gratuita hasta atención psicológica existen, pero sin información suficiente únicamente llegan a cubrir localidades que ya pueden poseer un servicio de salud adecuado.

Este tipo de situaciones ocasiona tres problemas: duplicidad de servicios, el sector salud y las ONG repiten funciones; cobertura estancada, la población sin la posibilidad de ir a recibir este tipo de apoyo es mucha y sin datos suficientes de qué localidades son las que más padecen de falta de atención la cobertura no se incrementara; y desahogo del sector salud, si una ONG ya cumple con una parte de la responsabilidad de una institución de salud pública, ésta cae en el riesgo de disminuir su ritmo de atención al entrar en una zona de confort.

Conclusiones

El objetivo general de la presente tesis fue describir el Programa de Acción Específico 2007-2012 “Cáncer de mama”, la implementación de las estrategias 3. Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama; 4. Promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal para la provisión de la detección y atención del cáncer de mama; y, 7. Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua del programa.

Dichas estrategias estaban encaminadas a colaborar en la materialización de los objetivos de “incrementar la detección temprana del cáncer de mama, a través de la organización de servicios específicos que garanticen la eficiencia y calidad de la mastografía priorizando a mujeres de 50 a 69 años de edad, de acuerdo con la normatividad vigente” y “mejorar la calidad y oportunidad del tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer de mama, a través de la formación de recursos y la capacitación continua del personal” a través de este programa.

El período que comprende esta investigación abarca de 2007 a 2012, a fin de entender la ejecución de un programa de reciente creación en un período presidencial determinado. El análisis de la implementación partió desde el enfoque de Políticas Públicas sobre un programa de acción específico en materia de salud pública sobre un problema relativamente reciente y en aumento.

Una vez recapitulado esto, será más sencillo mencionar las conclusiones de la presente investigación con relación a la implementación del PAE. En primer lugar, es posible deducir que este programa fue ejecutado con el enfoque clásico de administración racional basado en que el manejo de los recursos económicos para adquirir equipo y crear infraestructura por medio de un proceso jerárquico cerrado. Un ejemplo de esto es que la información que se iba recabando para la mejora del PAE se mantiene reservada para uso del personal encargado de la toma de decisiones y/o especializado en el tema, pero perteneciente a las instituciones encargadas del programa: CNEGySR y SSA.

Además del enfoque de administración racional, este programa también fue ejecutado bajo el enfoque de ambigüedad y simbolismo porque se agregó un elemento de imprecisión al programa. Esto fue así por dos razones: la primera es porque permite un campo de maniobra más amplio al momento de la implementación, lo que facilita el accionar si es que existiese algún imprevisto y,

en segundo lugar, es que esto colabora en el proceso de mejora constante, enunciado en la estrategia 7, pues, con la influencia de este enfoque, es más sencillo obtener conocimiento y experiencia para beneficiar al programa actual o aportar al diseño de un programa en otro período de gobierno.

Al momento del desarrollo de la investigación fue posible detectar que la etapa de implementación es opacada, en cuanto a relevancia teórica, por las etapas de diseño del programa y por su evaluación correspondiente. Esto es consecuencia de que la implementación es una fase en la que los ejecutores tienen menor capacidad de control e influencia sobre los medios a seguir, por lo tanto, la atención se centra en un diseño más racional y en una evaluación más rigurosa y no en la creación de conocimiento que facilite la etapa de implementación.

La implementación del PAE tuvo una precaria coordinación con la sociedad civil, esto es consecuencia de que, de acuerdo con el desarrollo histórico del sector salud, éste fue expandiendo sus funciones a través de distintas instituciones, con lo que las ocupaciones y responsabilidades se multiplican sin ampliar la cobertura real de salud en la población.

Otro elemento que influyó en la poca colaboración del sector salud con la ciudadanía es la centralización de funciones y responsabilidades del gobierno en México. Como se señaló, la llegada del enfoque de políticas públicas en México se debió a la *modernización* del Estado desde 1982, pero no es un proceso que se dé en un período de tiempo corto y este aún se mantiene actualmente. Además, cabe mencionar que la salud de la población sigue considerándose responsabilidad casi exclusiva del gobierno, por lo tanto, es posible concluir que es un área con poco avance.

Con respecto a los desafíos del sector salud tales como el crecimiento demográfico, en la vida laboral y en la salud de la población, además del aumento en la esperanza de vida y una menor mortalidad infantil es posible identificar que existe un nuevo escenario de salud pública en la que debe intervenir el Estado. Esto supone una mayor presión en el sector salud porque la población es más propensa a padecer de otro tipo de enfermedades con costos económicos superiores, en específico en enfermedades no-contagiosas.

Partiendo de los sucesos señalados en el párrafo anterior es posible concluir que, con el aumento de enfermedades no-contagiosas, hay nuevos retos en salud pública y la vulnerabilidad en este apartado representa menores oportunidades de desarrollo, por lo tanto, hay que considerar a la salud como un bien social. Una posible solución es fomentar el aumento de los recursos humanos y materiales porque en México la estructura de salud pública está segmentada, con

coordinación deficiente y duplicidad de funciones y cobertura sin llegar a atender a quiénes poseen un acceso más difícil; esto se traduce en ineficiencia del sector salud.

Particularizando la información a lo referente al tema de la tesis, la problemática de las enfermedades crónicas es uno de los nuevos retos de salud pública; el cáncer de mama es una de ellas. Estas enfermedades poseen elevados costos de atención y su aparición se ve impulsada por los distintos determinantes personales. En consecuencia, es posible determinar que la anticipación a las enfermedades crónicas es la mejor vía para disminuir el problema, esto será posible a través de medidas de prevención.

La prevención debe llevarse a cabo a través de una oportuna detección porque esto facilitará encontrar el cáncer en estadios tempranos, creando una mayor oportunidad de sobrevida para los pacientes y reduciendo el costo de la atención médica, mismo que en su mayoría es de origen público. Otro medio es promover entre la sociedad la cultura de la autoexploración, cuyo ejercicio no tiene costo para la población. Acciones provisorias se pueden traducir en eficiencia y eficacia, mismos aspectos que favorecerán al PAE.

El PAE es un programa subordinado al Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud. El PND estableció como eje rector el “desarrollo humano sustentable”, es decir, que la población presente y futura pueda incrementar sus capacidades y oportunidades. De este eje rector se desprenden distintos ejes, destacando para esta investigación el eje 3 “igualdad de oportunidades”. Mejorar el acceso y la calidad de la salud es una de las vías que promovería igualdad de condiciones para el desarrollo de la población.

Como resultado tenemos al PAE como un programa dependiente de otros programas, enfocado a obtener resultados cuantificables para cumplir con objetivos generales del programa subordinante. En consecuencia, el PAE no se enfocó en el tratamiento de un problema en crecimiento constante, sino en alcanzar cifras que justifiquen su existencia y que, a nivel nacional, atraigan beneficios a través de la expansión de la capacidad institucional. Esto provocó que la etapa de implementación fuera establecida para ser ejecutada forma cerrada y jerárquica con poca participación de organizaciones no gubernamentales.

El cáncer de mama fue establecido como un problema público merecedor de atención gubernamental, por lo que, como una la problemática a tratar por el sector salud, se otorgó la responsabilidad de respuesta a la SSA, el CNEGySR y los SES. En consecuencia, la apertura para la colaboración ciudadana es poca

con lo que las acciones para minimizar el problema se ven duplicadas en lugares donde ya existe la atención.

Uno de los elementos que afectan a la población que padece cáncer de mama son los Años de Vida Saludable (AVISA) perdidos. Éstos repercuten en la disminución de oportunidades de desarrollo de la población y del país, en especial con una enfermedad que va en aumento y cuya cobertura es precaria. Tomando en cuenta los AVISA podemos deducir que los años de vida perdido representan un problema para la igualdad de oportunidades de la población porque son años de desarrollo individual y colectivos mermados por problemas de salud.

Entender generalmente el comportamiento del cáncer de mama colaboro en establecer líneas de acción para responder al problema de la manera más adecuada. En este sentido, como se ha señalado, la prevención es parte fundamental para reducir el impacto negativo con costos económicos no tan elevados que sin una estrategia de prevención serían exponencialmente mayores.

Otros factores que fueron determinantes para desarrollar el Programa de Acción Específico “cáncer de mama” son el crecimiento demográfico y la detección tardía de la enfermedad. Altos costos de atención con un problema de desigualdad en México, acceso dispar a la salud y un aumento en el número de casos de cáncer de mama lo vuelve un problema público.

Un programa de prevención también permitirá identificar el estadio de la enfermedad, es decir, el grado de avance. Establecer el estadio del cáncer de mama permite definir el tipo de tratamiento que recibirá el paciente, su costo y, principalmente, dará más o menos probabilidades de sobrevivir. La prevención es un método de eficiencia y eficacia para combatir el cáncer de mama, por lo cual, debió ser un momento importante a considerar a la hora de diseñar el PAE.

Para poder analizar de manera más específica el PAE fue necesario hacer un diagnóstico de la capacidad institucional que tendría a su disposición la parte ejecutora del programa, los SES. Recursos materiales, recursos humanos y la infraestructura especializada es insuficiente para cubrir al grueso de pacientes de los servicios requeridos para combatir al cáncer de mama, incluso solamente para realizar una detección temprana. De este modo fue posible identificar las razones por las que se establecieron metas prudentes y las estrategias del PAE para alcanzarlas.

En conclusión, la capacidad institucional del sector salud era insuficiente, pero el carácter expansivo del PAE permitió incrementar la posibilidad de dar una respuesta adecuada. Aunque, la falta de especificidad al momento de definir la ejecución del programa de acuerdo a las características de las diferentes zonas

del país no favorecía una atención similar. En consecuencia, un programa de ampliación de capacidad institucional de respuesta es útil, pero no el ejecutarlo sin una planeación que centrara los esfuerzos en zonas más vulnerables.

De las estrategias diseñadas, son de interés las de capacitación y formación del personal, adquisición de nuevo equipo y aumento de la infraestructura y el desarrollo del Sistema de Información del Cáncer de la Mujer. Estas estrategias son un medio por el cual la cobertura de detección y atención irá creciendo con una constante revisión de la calidad y eficiencia del servicio, con la intención de contribuir al desarrollo de una igualdad de oportunidades para la población en México.

Este diseño de implementación a través de la capacitación y formación de personal responde a la intención de que las detecciones por día aumenten y que, como resultado, se obtengan los resultados esperados. En conclusión, el objetivo del programa no iba centrado tanto a una cultura de prevención, sino a obtener efectos cuantificables y visibles en un corto período de tiempo que probaran que la atención había aumentado y que el problema podía ser controlado.

Del análisis de la implementación del Programa de Acción Específico “cáncer de mama” 2007-2012, se determina que, como es un programa de reciente creación, sus acciones estaban encaminadas a incrementar la capacidad de respuesta del sector salud.

En primer lugar, quedó claro que la etapa implementación del PAE no contó con las características propias de una política pública porque en la ejecución de las estrategias a analizar existió una clara línea jerárquica: SSA y CNEGySR como tomadores de decisiones y supervisores y, del otro lado, los SES como aplicadores de las medidas tomadas. Como consecuencia se entiende que el método ocupado es el de proceso administrativo clásico, un medio cerrado a opiniones ajenas pues los tomadores de decisiones ya estaban definidos y que, como resultado, no fomentó la participación ciudadana para facilitar la respuesta del sector salud.

De la estrategia 3 se concluye que hubo mayor peso en las capacitaciones que en la formación de personal porque una de las metas del programa era ampliar la cobertura de detección por mastografía sin incrementar la mortalidad por cáncer de mama por arriba de un límite autoimpuesto. Por lo tanto, teniendo en cuenta que los resultados se miden sexenalmente, el enfoque de esta estrategia fue conseguir que el personal fuese el suficiente para lograr ambas metas.

Cabe mencionar que los cursos impartidos en el período de ejecución del PAE, en sus primeros cuatro años, estaban enfocados en la calidad del servicio, es decir,

se llevó a cabo un proceso de certificación para que el servicio pudiera cubrir a más personas en el mismo número de horas laboradas. Esto respalda la intención de alcanzar metas únicamente cuantificables en un período de tiempo establecido y deja en evidencia que a mediano plazo las metas no son igual de relevantes para el gobierno en turno.

Mientras que en los dos últimos años esto disminuyó porque los cursos se enfocaron en capacitar al personal en actividades adecuadas para facilitar la reunión de información para el SICAM. Impacto a mediano plazo porque los cursos de calidad elevan la eficiencia de la respuesta del sector salud para el cáncer de mama que va de la mano con el incremento de la infraestructura; además de que la información que proporcione el personal facilitará el análisis para mejorar las deficiencias encontradas.

Una oportunidad de mejora es ir más allá de capacitaciones y enfocarse en la obtención de resultados a mediano y largo plazo a través de la priorización de la formación de personal, elemento poco desarrollado en el PAE. Complementado con la estrategia 4, de incremento de infraestructura, es posible incentivar al estudio de carreras de salud relacionadas con el tratamiento de esta enfermedad.

De la estrategia 4 concluimos que la SSA y el CNEGySR fungieron como agentes supervisores y le dejaron la responsabilidad de la adquisición de equipo nuevo y el incremento de la infraestructura a los SES. Esto, lejos de ser una implementación coordinada de esta estrategia, es una ejecución de tipo de proceso administrativo. Además de que no facilita la incorporación de la sociedad a los esfuerzos por tratar el problema público que representa esta enfermedad.

La infraestructura lograda fue la construcción de 12 UNEME-DEDICAM y la compra de 7 unidades móviles de detección, además de la equipación completa de estas unidades. La falta de precisión de esta estrategia permitió que los tomadores de decisión solamente eligieran que entidades federativas recibirían el equipo por lo que la construcción de 12 UNEME-DEDICAM de 14 planeadas no tuvo consecuencias graves para las entidades que no cumplieron, de hecho, se les permitió conservar el presupuesto para realizar la construcción en el siguiente sexenio o regresarlo sin ninguna represalia.

Además, solamente 6 UNEME comenzaron su operación entre 2011 y 2012 pero el avance de las otras 6 era de 90% a 95%. La construcción de las UNEME, aunque no fueron finalizadas antes de terminar el sexenio y su impacto en la consecución de la meta de triplicar la cobertura de detección por mastografía era poco, sí solidificaron un avance en el incremento de la capacidad de respuesta institucional al cáncer de mama.

Las 7 unidades móviles adquiridas son un medio complementario para ampliar la cobertura de detección a lugares de difícil acceso y para promover la misma en la población de los lugares visitados. Aunque, como inconveniente, se encontró que el Libro Blanco de Cáncer de Mama no menciona que SES quedan como responsables de estas unidades móviles. Esto dificulta la participación de la sociedad en el sentido en que, si algún sector hace un esfuerzo por apoyar en la detección o para fomentar la autoexploración pueden duplicar funciones, omitir sectores o ubicaciones no consideradas primordiales por los SES o desincentivar la respuesta de las instituciones de salud pública porque ya están cumpliendo con parte de sus responsabilidades.

Estrategia 7, el SICAM es una buena medida a corto, mediano y, quizá, a largo plazo. Porque se está recabando información necesaria para facilitar la planeación de futuros programa para combatir el cáncer de mama y porque permite observar que errores se están cometiendo en la implementación del programa presente, brindando la posibilidad de corregir sobre la marcha.

Por otro lado, la información obtenida es de acceso reservado para personal autorizado de la SSA y del CNEGySR, los tomadores de decisiones. Al ser información restringida, se dificulta la participación de la sociedad civil porque no cuentan con información específica y tan bien delimitada para brindar un apoyo más efectivo. Por lo tanto, la apertura de acceso a estos datos podrá beneficiar el accionar de organizaciones no gubernamentales, en especial en aquellas que no cuentan con los medios para obtener información de ese tipo. Esto beneficiará la atención del sector salud y contribuirá a disminuir su grado de responsabilidad y su costo económico.

Por último, una evaluación global del PAE no es posible porque el diseño del programa y su implementación no permite identificar en cuáles estados mexicanos la ejecución no fue adecuada o conocer si hubo estados que acapararon la atención de las instituciones encargadas del PAE, dejando a otros estados con un trato deficiente. Aunque, la investigación sí arroja detalles que permiten inferir que estados como Veracruz, Chiapas y Oaxaca no tuvieron tanta atención y que otros como el D.F., Jalisco y Nuevo León fueron ligeramente más beneficiados.

Las posibles soluciones son identificar organizaciones no gubernamentales que ya brinden un apoyo a pacientes con cáncer de mama para que colaboren con las instituciones ejecutoras (SSA, CNEGySR y SES) y que así no se dupliquen sus funciones. De esta forma la cobertura podrá extenderse a zonas que no han recibido la atención necesaria, sosteniéndose en datos que debieron recabar según la estrategia 7 sería sencillo identificar los estados con apoyo deficiente.

Dentro de los puntos positivos del PAE es continuar con la creación de infraestructura y la obtención de equipo nuevo para la misma de forma que sería

posible contribuir a la creación de nuevo personal médico y administrativo encargado de dar respuesta el cáncer de mama como problema público. Siendo un problema en aumento, es necesario incrementar la respuesta institucional, por lo tanto, será correcto mantener un programa de carácter expansivo, pero abriendo las puertas a la colaboración de la sociedad a través del apoyo de organizaciones no gubernamentales.

Bibliografía

- Aguilar Pérez, María de Jesús, *El Programa Sectorial de Educación 2007-2012 en materia de la Reforma Integral de la Educación Media Superior (RIEMS) en la región 5 del Estado de México, para el ciclo 2009-2010: Un análisis de su instrumentación desde el enfoque de Políticas Públicas*, para obtener el grado de Licenciatura, México, UNAM, 2013.
- Aguilar Villanueva, Luis, *El estudio de las Políticas Públicas*, México, ed. INAP, 1992.
- Aguilar Villanueva, Luis, *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*, México, ed. INAP, 1993.
- Arellano Gault, David y Blanco, Felipe, *Políticas Públicas y Democracia*, México, IFE, 2013.
- Ayala Espino, José, *Economía del sector público mexicano*, México, ed. Esfinge, 2001.
- Ball, Terence y Bellamy, Richard (Eds.), *Historia del pensamiento político del siglo XX*, España, ed. Akal 2013.
- Cortés Cáceres, Fernando y de Oliveira Barbosa, Orlandina (Coord.), *Los grandes problemas de México V: desigualdad social*, México, Colegio de México, 2010.
- Dieterlen Struck, Paulette, *Justicia distributiva y salud*, México, Fondo de Cultura Económica, 2015.
- Freedon, Michael, “El advenimiento del Estado de Bienestar”, en, Ball, Terence y Bellamy, Richard (Eds.), *Historia del pensamiento político del siglo XX*, España, ed. Akal, 2013, pp. 50-51.
- Martinelli, José Ma. (Coord.), *Políticas públicas en el nuevo sexenio*, 2ª. Ed., México, ed. Plaza y Valdés 2002.
- Martínez Silva, Mario (Coord.), *Diccionario de política y administración pública, Tomo III*, México, ed. Colegio Nacional de Licenciados en Ciencia Política y Administración Pública A.C.
- Martínez, Olga, Uribe, Patricia, y Hernández, Mauricia, *Políticas Públicas para la detección del cáncer de mama en México*, Salud Publica de México, vol. 51, suplemento 2, 2009, p. 352.
- Parra Toledo, Araceli (Coord.), *Las Políticas Públicas en México. De la teoría a la práctica*, México, Acatlán, 2009.
- Roth Deubel, André-Nöel, *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*, Bogotá, ed. Aurora, 2006.
- Salcedo Aquino, Roberto (Comp.), *Evaluación de Políticas Públicas*, México, ed. Siglo XXI, 2011.
- Salort I Vives, Salvador y Muñoz Haedo, Ramiro (Eds.), *El Estado del Bienestar en la encrucijada*, España, ed. Universidad de Alicante, 2007.
- Sanabria López, Juan José, *La ciencia de la Administración Pública: un Enfoque Político de la Actividad Administrativa del Estado en el Marco de la Globalización*, México, ed. Acatlán, 2002.

- Sanabria López, Juan José, (Comp.), *Antología de la teoría de la Administración Pública*, México, ed. Acatlán, 1998.
- Sojo Garza-Aldape, Eduardo, *Políticas Públicas en Democracia*, México, ed. FCE, 2006.
- Thoenig, Jean Claude, y Meny, Yves, *Las Políticas Públicas*, Barcelona, ed. Ariel, 1992.
- Organización Mundial de la Salud, *Declaración de Alma-Ata*, Kazajstán, OMS, 1978, p. 3.

Hemerografía

- *El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social*, p. S293.
- Rodríguez, Sergio y Carpuso, Marino, *Epidemiología del cáncer de mama*, Mediagraphic Artemisa, México, Volumen 74, Núm. 11, noviembre, 2006, p. 587
- Knaul, Felicia Marie, Arreola-Ornelas, Héctor, Velázquez, Enrique, Dorantes, Javier, Méndez, Óscar y Ávila-Burgos, Leticia, *El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Salud Pública de México, México, Vol. 51 (Supl. 2), p. s292. En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342009000800019&lng=es &tlng=es

Documentos oficiales

- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, "Antecedentes", en Salud [Actualización: 19 de junio de 2006], En: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_salud.htm
- Jiménez Salgado, Susana, *Programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-018*, México, SEGOB, <http://www.gobernacion.gob.mx/programassectorgobernacion>
- Organización Mundial de la Salud, *Declaración de Alma-Ata*, Kazajstán, OMS, 1978. En: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
- Rodríguez Cuevas, Sergio y Capurso García, Marino, *Epidemiología del cáncer de mama*, México, Mediagraphic Artemisa, Volumen 74, Núm. 11, 2016

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom0611f.pdf> pp. 588-590, [último acceso: 05 de octubre de 2016].

- *Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012.*
- *Plan Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud,* Secretaría de Salud, 2007.
- *Programa de Acción Específico “Promoción de la salud: una nueva cultura” 2007-2012,* Secretaría de Salud. 2007.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Libro Blanco 2006-2012,* México, En: <http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CancerdeLaMujer/LBCaMa.pdf>

Cibergrafía

- www.breastcancer.org En: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_
- IAPEM, *Políticas de Gobierno para el Estado de México,* México, IAPEM, 2015, p. 15. En: <http://iapem.mx/Libros/POLITICAS-DE-GOBIERNO.pdf>
- INEGI. En: http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/conteos/conteo2005/PT.asp?s=est&c=17352&proy=cpv05_pt
- Instituto Químico Biológico. En: <http://www.iqb.es/neurologia/visitador/v0015.htm36342009000800019&lng=es&tlng=es>
- Organización Mundial de la Salud, *10 Datos sobre las enfermedades no transmisibles,* 2013, Organización Mundial de la Salud. En: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
- MedlinePlus. En: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/woundsandinjuries.html>
- Narro Robles, José, Cordera Campos, Rolando y Lomelí Vanegas, Leonardo *Documento preliminar. Simposio “hacia la Universalización de la Salud y la Seguridad Social.* En: http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/simposium/huss/pdf/Hacia%20la%20universalizacion%20de%20la%20seguridad%20social%20_2_.pdf [último acceso: 03 de junio de 2016].
- Thebellmeade.com. En: <http://www.thebellmeade.com/definicion-de-colesterol-serico/>
- Ganglioslinfaticos.com. En: <http://www.ganglioslinfaticos.com/>
- SIPAM. En: http://www.sipam.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=99&catid=37
- Instituto Politécnico Nacional. En: http://www.cedicyt.ipn.mx/RevConversus/Documents/Revistas/conversus_55.pdf,
- Facultad de Medicina, UNAM. En: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/abr_01_ponencia.html
- Medline Plus. En: <https://medlineplus.gov/spanish/mastectomy.html>

- [www.eltiempo.com](http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/lo-que-debe-saber-del-tamizaje/15693618). En: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/lo-que-debe-saber-del-tamizaje/15693618>
- Salud y medicinas. En: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/analisis-y-estudios-de-laboratorio/biometria-hematica-completa-hemograma.html>
- [cáncer.gov](https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=335492). En: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=335492>