



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales



Cáncer en Varones: Un estudio de la acción gubernamental ante un creciente problema de salud pública

Tesis

Que para obtener el título de
Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública

Presenta:

Juan Manuel Salvador Flores

Directora:

Mtra. Laura Elizabeth Benhumea González

Toluca, Estado de México. Mayo 2021

Índice

Introducción.....	1
-------------------	---

Capítulo I

1. Administración Pública y Salud	5
1.1. La función del Estado en la atención de la salud	5
1.1.1. Salud (Concepto).....	5
1.1.2. Importancia de la Salud para el Individuo y la Sociedad	9
1.1.3. La Salud como Derecho	12
1.1.4. Salud Pública.....	16
1.1.4.1. ¿Qué es un problema de salud pública?.....	18
1.2. Responsabilidades Sociales del Estado.	19
1.2.1. Seguridad Social	20
1.2.2. Sistema de Salud en México	24
1.2.3. Plan Nacional de Desarrollo.....	27
1.2.4. Programas Gubernamentales.	29
1.2.5. Secretaría de Salud.....	33

Capítulo II

2. Salud - Enfermedad	35
2.1. Cáncer	35
2.1.1. Situación Mundial	37
2.1.1.1. Repercusiones sociales y económicas del cáncer	40
2.1.2. Situación en México	41
2.1.1.1. El cáncer como un problema de salud pública en México.....	47
2.2. El cáncer en varones	47
2.2.1. Mortalidad por cáncer en varones en México.....	48
2.2.2. Proyecciones sobre mortalidad por cáncer en varones en México	53
2.2.3. Factores de riesgo del cáncer en varones	56
2.3. Instituciones de salud especializadas en la atención del cáncer en México	59
2.3.1. Sector Público	60
2.3.2. Sector Privado.....	69

Capítulo III

3. La acción gubernamental frente al problema.....	73
--	----

3.1. Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018	77
3.1.1. "México Incluyente"	78
3.2. Programa Sectorial de Salud 2013-2018	80
3.2.1. Objetivos, estrategias y líneas de acción enfocadas a prevenir y atender el cáncer	82
3.3. Otros programas enfocados a prevenir, atender y controlar el cáncer en varones mexicanos	85
3.3.1. Programa de Acción: Cáncer de Próstata (2001-2006)	85
3.4. Acciones o programas de atención al cáncer en varones después de las reformas constitucionales de 2019	91
3.4.1. Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)	94
3.4.2. Programa de Atención Integral de Cáncer de Próstata (OPUS)	95

Capítulo IV

4. Balance y acciones pertinentes	99
4.1. Por una política gubernamental para la prevención del cáncer en varones.....	102
4.2. Por un Programa de Acción Específico para Cáncer en Varones.....	104
4.2.1. Eje 1: Prevención.....	104
Estrategia 1.1. Generar campañas de comunicación educativa que promuevan la adopción de hábitos y comportamientos saludables para prevenir el cáncer.....	105
Estrategia 1.2. Establecer una campaña permanente de comunicación social dirigida a la población masculina en el tema del cáncer, principalmente el de próstata.....	105
4.2.2. Eje 2: Detección temprana	106
Estrategia 2.1. Promover la revisión periódica en varones a partir de los 45 años.....	106
Estrategia 2.2. Implementar acciones que aseguren la calidad en la realización del tamizaje de cáncer de próstata.	107
4.2.3. Eje 3: Atención (diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos).....	107
Estrategia 3.1. Instrumentar acciones para el seguimiento y evaluación diagnóstica de los casos sospechosos identificados en las estrategias de tamizaje	108
Estrategia 3.2. Promover acciones para asegurar el tratamiento oportuno y de calidad de los casos diagnosticados.....	108
Estrategia 3.3. Promover medidas tendientes al alivio del dolor y cuidados paliativos en aquellas neoplasias malignas en estado avanzado.....	109
Estrategia 3.4. Formación y capacitación de personal especializado para la atención del cáncer en varones.	109
4.2.4. Eje 4: Investigación.....	110
Estrategia 4.1. Promover la realización de investigación para el diseño del Programa.....	111

Estrategia 4.2. Promover la evaluación periódica de las acciones de tamizaje entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.	111
4.2.5. Eje 5: Control y vigilancia.....	111
Estrategia 5.1. Establecer la creación de un “Registro Nacional del Cáncer”	112
4.2.6. Eje 6: Evaluación	112
Conclusiones	113
Referencias	117
Anexos	125
Anexo 1. Oficio de respuesta de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	125
Anexo 2. Oficio de respuesta del Instituto Nacional de Cancerología (InCan)	130

Introducción

El cáncer se ha posicionado como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre la población masculina en México, convirtiéndose en un problema de salud pública que requiere atención prioritaria por parte de las instituciones públicas de salud en el país, las cuales deberán responder a las necesidades crecientes de prevención, atención y control de tal enfermedad, a través de políticas y programas gubernamentales diferenciados, especializados y específicos.

Es por ello, que el papel que el Estado Mexicano debe tomar como garante del derecho a la salud, deberá ser totalmente activo y participativo, ya que el gobierno por medio de la administración pública federal (especialmente a través de la Secretaría de Salud), debe promover la atención, prevenir y atender tal enfermedad, esto, a través de la formulación de planes y programas que mejoran la calidad de vida de aquella población con este padecimiento o en riesgo de padecerlo.

Al respecto es importante reflexionar, que a pesar de ser una enfermedad que afecta tanto a mujeres y hombres, el estudio y tratamiento que se ha dado para combatir el cáncer en ambos grupos ha sido diferente, generando una brecha y disparidad en cuanto a las acciones gubernamentales implementadas.

Si bien, han surgido diferentes políticas y estrategias para combatir la enfermedad del cáncer (y como la revisión documental más adelante lo demostrará) estas se han centrado en la prevención y atención del cáncer en la mujer, dejando desprotegida a la población masculina

Como más adelante se abordará, pese a que las evidencias demuestran un incremento de la mortalidad por ciertos tipos de cáncer en varones (en especial el referente al de próstata) la respuesta gubernamental ha sido escasa (e incluso nula) ante la problemática que representa esta enfermedad, la cual es urgente atender desde la parte administrativa, a través de programas, estrategias y acciones gubernamentales con un enfoque interdisciplinario.

Metodológicamente, este trabajo parte de la hipótesis de que la ausencia y carencia de programas gubernamentales que contengan acciones específicas de

prevención, atención y control del cáncer en varones por parte de la Secretaria de Salud, constituye una de las principales razones del crecimiento de esta enfermedad, lo que lo convierte en un problema de salud pública. Se presume adicionalmente que aspectos económicos, culturales y administrativos han impedido la implementación de políticas públicas enfocadas al problema descrito.

Los objetivos perseguidos en la investigación fueron principalmente, establecer ejes generales multivariantes para la creación de un programa de acción gubernamental específico para la prevención y atención del cáncer en varones.

Específicamente se logró en el trayecto de la investigación, en un primer momento dentro de la construcción del objeto de estudio, describir la enfermedad del cáncer en varones como condición multivariable en la cual tienen incidencia factores sociales; estimar la prevalencia de cáncer en varones de México en los distintos grupos de edad; determinar el porcentaje de mortalidad por los principales tipos de cáncer en varones; reconocer las diferencias estadísticas del cáncer en varones respecto de las mujeres e identificar los factores que eleven el riesgo para el desarrollo del cáncer en varones.

Posteriormente al analizar el papel del Estado y la administración pública en el abordaje del problema de estudio objeto de esta investigación, se logró analizar el papel del Estado Mexicano en la atención a la salud de la población; describir la relación entre el ejercicio de la administración pública y atención de la salud; conocer la importancia del abordaje de la enfermedad dentro de la agenda gubernamental; verificar la existencia de planes y programas gubernamentales en el ámbito federal que están dirigidos a atender el cáncer en varones y analizar los planes y programas gubernamentales enfocados a atender el cáncer.

Para finalizar el trabajo, se identificaron las posibles causas de la ausencia de programas gubernamentales para la atención del cáncer en varones y se formularon ejes generales y estrategias para la prevención, detección y atención del cáncer en varones para impulsar acciones de prevención, detección, atención y control de la enfermedad.

Para abordar nuestro problema de investigación y objeto de estudio, se consideró integralmente un enfoque institucionalista, analizando el funcionamiento político-

administrativo de las instituciones formales y su relación con la sociedad, la cual está dada a través de la prestación del servicio de salud.

Se realizó una exhaustiva revisión documental, con el objetivo de dar un acercamiento teórico-conceptual al concepto de salud, entendiéndolo más allá de la sola ausencia de enfermedad y centrándonos en un enfoque multidisciplinario y transdisciplinario entorno al mismo, donde, por medio de un abordaje desde las ciencias sociales, se llegó a un concepto de salud, que más allá de darnos una definición absoluta y definitiva, nos permitió tener una mejor aproximación al tema y las diferentes dimensiones que la integran.

El trabajo de gabinete nos permitió hacer un desglose de temas específicos que tuvo como finalidad poner en evidencia el papel interventor y rector del Estado (principalmente a través de la Secretaría de Salud) en temas como la Seguridad Social, la creación de un Sistema Nacional de Salud y la formulación de planes y programas gubernamentales en materia de salud (haciendo énfasis en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud).

En lo que respecta al estudio del cáncer y por medio de un análisis estadístico con un enfoque deductivo, se visualizó la situación mundial y nacional de tal enfermedad, a fin de obtener información que nos ayudó a estimar la prevalencia del cáncer en varones, su presencia dentro de los distintos grupos de edad, así como los porcentajes de morbilidad y mortalidad de esta. De tal manera que, a través del uso de bases de datos internacionales (Agencia Internacional del Cáncer), se hizo un ejercicio de prospectiva a fin de construir proyecciones sobre mortalidad por cáncer en varones en los subsecuentes años en el país.

Para entender la acción gubernamental frente al cáncer en varones como problema de salud pública, se examinaron planes y programas gubernamentales de salud en el país que tengan por finalidad la atención del cáncer y que engloben acciones para su prevención, atención y control, esto, con la intención de verificar la inclusión de acciones orientadas al cáncer en tal grupo poblacional. Esta visión cualitativa nos permitió crear un diagnóstico de la situación que guarda dicho padecimiento respecto al grupo de población masculina.

Con esto, se indagó sobre los motivos de la ausencia de programas gubernamentales orientados a atender el cáncer en varones, siempre con un enfoque crítico, llegando a explicar y profundizar sobre las causas de esta problemática, sean estas de índole social, política, cultural e incluso por cuestiones de género.

Aunado a lo anterior, se identificarán los factores de riesgo asociados a distintos tipos de cáncer en varones, con la finalidad de sentar las bases teóricas de un programa preventivo en materia de cáncer para tal grupo poblacional en México, todo esto, a través de una revisión documental de distintos programas (tanto nacionales como de otros países) y con una visión de análisis crítico.

En su conjunto, lo descrito anteriormente sirvió como sustento teórico para impulsar y formular ejes generales y estrategias preventivas, de atención y control del cáncer en varones de México por parte del Gobierno y de la Administración Pública a través de la Secretaría de Salud, las cuales, podrán ser utilizadas para el diseño de un “Programa Gubernamental de Acción Específico para la Prevención y Atención del Cáncer en Varones”.

Capítulo I

1. Administración Pública y Salud

1.1. La función del Estado en la atención de la salud

1.1.1. Salud (Concepto)

Hoy en día, pareciera evidente la relación que tiene la salud con múltiples aspectos que nos rodean en nuestra vida cotidiana y que van más allá de lo meramente biológico. Dentro de lo político (y como preámbulo de lo que más adelante se abordara en esta investigación), resulta importante reflexionar acerca de la importancia que tienen las decisiones tomadas desde el plano gubernamental con respecto a la salud, ya que estas tienden a tener un gran impacto en los individuos y finalmente en la sociedad.

La importancia de la administración pública también resulta evidente, ya que, en su papel de ejecutor de las decisiones políticas en relación con el tema de la salud, esta se encargará de atender las demandas sociales y aquellos problemas sanitarios que vayan teniendo mayor presencia y relevancia en el ámbito nacional a través de diversas instituciones.

En la actualidad, la salud se ha convertido en un objeto de estudio que se ha abordado a través de diversas disciplinas y que ha generado un especial interés en las ciencias sociales. Sin embargo, a lo largo de la historia, el concepto de salud siempre había sido construido desde la rama de la medicina, dejando a un lado preceptos que han ido surgiendo con el paso de los años y aquellos conocimientos que emanan de otras ciencias y/o disciplinas.

La salud, en cuanto a su concepto y problematización, ha ido construyéndose con el paso de los años, yendo desde cuestiones mágicas y supersticiosas, hasta lo que conocemos hoy en día, adaptando e integrando problemas y otros factores que se presentan con el tiempo y, que de alguna u otra forma influyen en la conducta, la salud y entorno del individuo y de la sociedad.

“El concepto de salud no es único y universal, como tampoco lo es el de enfermedad. Son cambiantes y dependen de las personas y de los contextos desde donde se conceptualizan. Cada época y cada contexto ha realizado su aportación con la que se ha construido el edificio actual que conocemos” (Gavidia & Talavera , 2012, pág. 161).

Como podemos dar cuenta, este concepto no ha permanecido estático, sino que es un constructo social sujeto a una constante evolución y transformación acorde a los cambios que trascurren en la sociedad a lo largo de la historia, agregando nociones e ideas de otras disciplinas, que más allá de generar confusión, llevan a una continua retroalimentación y enriquecimiento alrededor de este tema.

Volviéndose con los años un tema tan complejo que puede ser analizado desde diferentes perspectivas y enfoques, al respecto, San Martín (1981, citado por Gavidia & Talavera, 2012, pág. 162) puntualiza lo siguiente:

“...el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan”.

Desde la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (1948, citada por Alcántara, 2008, pág. 4), la salud se entendió (y aun se sigue entendiendo) como “... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”.

Si bien, el concepto anterior tiene un enfoque interdisciplinario al agregar el apartado de lo “social”, este aún se encuentra limitado, dejando a un lado variables como lo son el medio ambiente e incluso cuestiones socioeconómicas y políticas, que también influyen directamente en asuntos como lo son la calidad de vida y de salud en los individuos de una determinada sociedad.

Actualmente, hablar de la salud como un fenómeno aislado, resulta inaceptable y se ha convertido en un modelo explicativo casi obsoleto, dado la gran cantidad de variables que entran en juego entorno a este hecho y la interdependencia con otros

factores (sociales, políticos, económicos, etc.) que van más allá de la ausencia de enfermedad en las personas.

En consecuencia, la salud debe ser entendida y abordada más allá de la rama de la medicina, esto, de manera transdisciplinaria (dado que es un problema que trasciende muchas ciencias y donde la medicina no tendrá todas las soluciones, o al menos, explicaciones) y multidisciplinaria (dada la necesidad de diversos enfoques para atender la problemática), debido a la gran convergencia de conceptos y aportes que podemos rescatar de las ciencias sociales.

“...la salud deja de ser un fenómeno exclusivamente médico, encerrado en el interior de los hospitales, para conformar un tema que les atañe a todos los actores de la sociedad, siendo una medición cuando los gobiernos están haciendo las cosas de manera acertada en el sector salud desde una política de Estado que sea eficaz y perdure en el tiempo” (Alcántara, 2008, pág. 102).

De tal manera que y para fines de nuestro estudio, el concepto de salud será entendido desde la perspectiva de Kuruvilla (2014, citado por Idrovo & Alvarez Casado, 2014, pág. 219) como aquel “... estado de bienestar emergente de las interacciones entre los potenciales de los individuos, las demandas de la vida y los determinantes sociales y ambientales”.

El concepto anterior más que darnos una definición absoluta y definitiva, nos permitirá tener una mejor aproximación al tema de la salud y las diferentes dimensiones que lo integran, permitiéndonos incluso agregar aspectos y teorías que emergen de la política y la administración pública, así como otras ciencias, donde en conjunto con el modelo biopsicosocial de la salud, nos permitirá dar revisión a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

“El modelo biopsicosocial proporciona una gran flexibilidad en la aproximación a la salud. Si bien es cierto que carece de una estructura consolidada de factores o dimensiones, esto mismo otorga al modelo libertad suficiente como para explorar las múltiples causas presentes en los problemas de salud” (Juárez, 2011, pág. 72).

Abordar los factores sociales, nos permitirá analizar el proceso de salud-enfermedad más allá de los enfoques biológico y psicológico, donde si bien estos son de gran importancia, terminan por dar una explicación incompleta y una aproximación inconclusa a un problema que en la actualidad debe ser visto desde múltiples dimensiones.

Es así, que dentro del apartado de lo político y la administración pública, podemos deducir el impacto que puede tener la deficiente provisión de servicios públicos en la calidad de vida de los individuos y de la sociedad, ya que en gran medida estos terminan por influir en la salud de la población y en su desarrollo.

El acceso a servicios públicos, así como las políticas que garanticen su provisión, con el paso del tiempo se han vuelto una variable determinante en el bienestar y la salud de las personas, con lo cual se llega a una constante interacción entre sociedad y Estado, este último como garante del interés social.

Con esto, se puede deducir que más allá del autocuidado o ausencia de enfermedad que podamos encontrar en las personas, la salud de estas se puede ver afectada por factores que van más allá de lo biopsicosocial, y donde las decisiones gubernamentales plasmadas en planes o programas, en conjunto con aquellas acciones y tareas ejecutadas desde la administración pública, terminan por volverse condicionantes en la salud de los individuos.

“El entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de las ciudades y barrios, la calidad del aire que se respira, del agua que se bebe, de los alimentos que se comen, los animales con los que convivimos, el ejercicio físico que se realiza, el entorno social y medioambiental de las personas, todo ello determina la salud. Las acciones de gobierno, a cualquier nivel, las intervenciones públicas o privadas, tienen en mayor o menor grado repercusiones sobre la salud” (Hernández, 2012, pág. 1).

Como podemos dar cuenta, el tema de la salud responde a un análisis multifactorial, en el cual convergen diversas ciencias y disciplinas, no exclusivo de una

sola y que trasciende las fronteras y problemas de otras, donde los descubrimientos y teorías de las ciencias sociales pueden servir de referencia o punto de partida para explicar este tema, que hasta no hace mucho tiempo se consideraba exclusivo de la medicina.

1.1.2. Importancia de la Salud para el Individuo y la Sociedad

Hasta ahora, hemos visto cómo el tema de la salud pasó de ser un objeto de estudio exclusivo de la medicina a ser un tema abordado por las ciencias sociales, reconociéndose así su multidisciplinariedad y transdisciplinariedad.

Durante el siglo XIX y gran parte del siglo XX, “toda la atención científica se concentró en el individuo y en los procesos biológicos, dejando fuera de su campo de investigación a la colectividad humana y a la estructura social en la cual se inscribía” (Barona del Infante & Alvarez A., 1991, pág. 425), además de otros factores que se han ido integrando y que son de gran importancia para entender a la salud y sus componentes en toda su complejidad.

No obstante, más allá de factores biológicos (además del autocuidado o la ausencia de enfermedad), existe otra serie de elementos que terminan por influir en la salud de los individuos, tales como factores sociales, económicos, ambientales y político-administrativos, los cuales, están en una constante interdependencia y transformación.

“Como fenómeno biológico, la causa de la enfermedad pertenece al reino de la naturaleza, pero en el hombre la enfermedad tiene además otra dimensión: la social. En ninguna parte existe la enfermedad como naturaleza pura, sino que siempre está mediatizada y modificada por la actividad social y por el medio cultural que esa actividad crea” (López Romero, Ángeles Preciado, Hernández Hernández, & Ortiz Aguilar, 2012).

De esta manera, surge una constante interacción entre el individuo y la sociedad, donde a medida que el primero se encuentre “sano”, el segundo también lo estará, esto, a manera de desarrollo.

“La salud de los individuos es parte integrante del desarrollo individual y social. Sin un buen estado de salud los individuos ven limitadas sus “capacidades”, coartadas sus posibilidades laborales actuales y futuras y menoscabada su vida toda en general” (London y Santos, 2006, citado por London, Temporelli , & Monterubblanesi, 2009, pág. 126).

De esta forma, podemos encontrar una relación inversa, donde a medida que una sociedad se encuentre desarrollada, también terminará por influir en la salud de quienes la integran, es decir, las personas o individuos que configuran tal colectivo.

“Sociedades con desigualdades sociales y económicas generan también desigualdades sanitarias. La pobreza y la marginación no permiten a gran cantidad de personas acceder a los avances continuos que en materia sanitaria vienen incorporándose, no sólo por dificultad de acceso a los servicios, sino principalmente por no alcanzar requisitos mínimos en cuanto a calidad de vida que les permita llevar una vida saludable” (London et al., 2009, pág. 127).

Ante esto, la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud hace énfasis en la salud como promotor del desarrollo económico dentro de un país, incorporándola como un nuevo paradigma para entender los problemas de desarrollo que puedan suscitarse en tal territorio.

“El vínculo entre salud y desarrollo económico es bidireccional. Un mayor desarrollo económico permite a la población de un país obtener un mejor estado de salud, y a la inversa: un mejor estado de salud promueve de modo natural un mayor desarrollo económico, entendido este último como una combinación del nivel de ingreso, su tasa de crecimiento y su distribución entre la población” (Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006, pág. 41).

En consecuencia, se puede entender que todas aquellas medidas formuladas (planes, programas, etc.) desde el plano gubernamental para proteger la salud de los individuos, están más encaminadas a repercutir en lo colectivo (sociedad), yendo mucho más allá de solo lograr o esperar efectos individuales, de tal manera que, la salud se termina convirtiendo en una determinante del crecimiento económico.

Agudelo C. (1999, pág. 23), en relación con lo anterior, hace mención de lo siguiente:

“...la inversión nacional en salud y la buena salud colectiva aumentan las posibilidades del crecimiento económico actual y futuro, no sólo por su efecto sobre la productividad, sino también porque contribuyen a crear un clima favorable para el mercado y las inversiones de largo plazo, al tiempo que estimulan la producción de más bienes y servicios, acrecientan el ingreso potencial y la disponibilidad de tiempo libre para la recreación y la creatividad”.

En el ámbito internacional, encontramos casos que nos dan cuenta de la conexión existente entre salud y desarrollo económico, demostrándose así la relación bidireccional mencionada con anterioridad.

Para esto, la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (2006, pág. 19-20, citando a Barro, 1996) menciona lo siguiente:

“La relación entre salud y crecimiento en el largo plazo ha sido corroborada, una y otra vez, por la evidencia empírica, tanto en estudios sobre países específicos, como de corte transversal. Entre los primeros destacan aquellos realizados por Robert Fogel, el Premio Nobel de economía, sobre el caso de Inglaterra, donde los resultados indican que más de un tercio del crecimiento económico de dicho país en los últimos doscientos años se puede explicar por mejoras en la salud (incluyendo la nutrición). En los trabajos de corte transversal se ha encontrado que un aumento en la esperanza de vida de 50 a 70 años (un incremento de 40%) eleva la tasa de crecimiento potencial en 1.4 puntos porcentuales anuales (lo que equivale a una duplicación del ingreso en el lapso de dos décadas)”

Y continúa:

“En promedio, la evidencia sugiere que cada año de aumento en la esperanza de vida se asocia a un incremento de entre 2% y 4% en el ingreso per cápita (potencial). En los países de América Latina y el Caribe, las mejoras en salud — medidas como la probabilidad de sobrevivir de un grupo de edad al próximo— se asocian con aproximadamente un tercio del crecimiento (potencial) de largo plazo”

(Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006, pág. 20, citando a Weil, 2005 y Mayer-Foulkes, 2001).

Como se puede advertir, la salud (como anteriormente se pensaba) ya no solo impacta al individuo en cuanto a la búsqueda de la ausencia de enfermedad o para su bienestar, sino que tratándose de capital humano, los “recursos destinados a proteger o recuperar la salud, como también ocurre con la educación, se consideran como una inversión que tiene una cierta productividad, rentabilidad o rendimiento actuales y futuros (Agudelo C. , 1999, pág. 24).

En definitiva, con el transcurso de los años la salud se ha vuelto una variable fundamental ya no solo para el desarrollo y bienestar de los individuos, sino también de las sociedades en las cuales se encuentran inscritos, incentivando así a una mayor productividad y desarrollo, incluso en el plano macroeconómico.

“En síntesis, la salud es un determinante fundamental del crecimiento económico. En el caso de México, el estudio disponible sobre la relación directa entre salud y crecimiento (utilizando como indicadores de salud la esperanza de vida y la tasa de mortalidad para diferentes grupos de edad) sugiere que la salud es responsable de aproximadamente un tercio del crecimiento económico de largo plazo, para el periodo 1970-1995. Por cada año en que se incremente la esperanza de vida se logrará entre 2% y 4% más ingreso” (Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006, pág. 48).

1.1.3. La Salud como Derecho

La protección de la salud es un derecho fundamental para el individuo y toda sociedad, por ello, desde su creación, la Organización de las Naciones Unidas (a través de la Organización Mundial de la Salud), ha instado a que los gobiernos alrededor del mundo jueguen un papel interventor en la formulación de todas aquellas medidas tendientes a interferir en los procesos de salud-enfermedad, e incluso, en aquellas cuestiones socioeconómicas y ambientales que terminan por repercutir en los procesos biológicos de las personas.

“...la OMS viene a ser un ente internacional que da pie para que dentro de muchos Estados Nacionales se tomen medidas de políticas públicas sanitarias gubernamentales para mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos. De ahí la necesidad de un Estado Social que regule de manera coordinada las políticas de salud pública para evitar males mayores que los ciudadanos sin un Estado promotor de mejoras sociales sería incapaz de lograr por sí mismo” (Alcántara, 2008, pág. 96).

He aquí, que la Organización Mundial de la Salud (2018, pág. 1), insiste en que el derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna, además de ser uno de los muchos factores que impulsan el desarrollo de una sociedad.

A lo largo de la historia han ido surgiendo diferentes generaciones de derechos que emanan de distintas luchas sociales. Es así que en el año de 1948, dentro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y específicamente en su artículo 25º, encontramos lo siguiente:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...” (Naciones Unidas, 2015, pág. 52)

Entre las diversas declaraciones de derechos humanos, identificamos a los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), “como aquellos derechos humanos que posibilitan a las personas, en lo individual y en lo colectivo, para gozar de un nivel de vida adecuado” (Sandoval, 2007, pág. 9). Tales derechos, se encuentran enmarcados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDECSC), al cual fue aprobado en México por la Cámara de Senadores del Congreso de la Unión en el año de 1980.

Los DESCAs implican acción del Estado, el cual tendrá la obligación de respetar y proteger, así como de realizar o cumplir, medidas tendientes al ejercicio, vigilancia y

plena ejecución de este tipo de derechos. En lo que respecta al derecho a la protección de la salud, Areli Sandoval (2007, pág. 82) precisa:

“Cumplir significa facilitar, proporcionar y promover. Respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. Proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el artículo 12 (derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental). Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud”.

Destaca también, el principio de interdependencia que tiene el derecho a la salud con otras cuestiones más allá de lo biológico, en este caso, con aquellas en las que el Estado, ya sea de manera directa o indirecta, puede influir en su provisión, o al menos creando las condiciones necesarias para que se provean.

“El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de ellos, en particular de los que se refieren a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la vida, a la no-discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud” (Sandoval, 2007, pág. 78).

Por otra parte, la provisión de servicios de salud por parte del Estado, a través del gobierno y la administración pública, es una medida obligatoria tendiente a proteger la salud de las personas y en un criterio más amplio, de aquella sociedad a la cual pertenecen, esto, ya sea a través de acciones preventivas, de atención o control ante diversos problemas de sanidad que se puedan hacer presentes.

Un año antes de la Declaración ya citada, la Organización Mundial de la Salud ya establecía dentro de su Constitución algunos aspectos importantes sobre la salud, siendo algo a destacar lo citado a continuación.

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados” (Organización Mundial de la Salud, 2006, pág. 1).

Con lo anterior, se deduce que el Estado debe de tener un rol interventor y rector en los distintos planes y programas que tengan por propósito atender aquellas problemáticas y situaciones relacionadas a la salud entre su población, siempre guiándose a través de los principios de libertad e igualdad. Para ello, deberá crear las condiciones necesarias (instituciones, infraestructura, personal, etc.) para así atender tales situaciones.

Además, de nueva cuenta, la salud deja de ser solo una vía de desarrollo o para el pleno bienestar de las personas, sino que también termina repercutiendo en el colectivo, es decir, la sociedad.

En el caso mexicano, queda establecido en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. De tal manera que el gobierno, a través de su entramado institucional y administrativo deberá proteger tal derecho, asegurando el acceso efectivo a los servicios de salud pública tanto a mujeres y hombres, además de formular planes, programas y políticas, traducidas en acciones gubernamentales, que atiendan sus problemáticas.

“Actualmente, la naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud se modificó a derecho humano tras la reforma constitucional de 2011, con los alcances y las obligaciones generadas por el contenido sustancial conformado por

los derechos humanos establecidos en la Constitución mexicana y en los tratados internacionales de los que el Estado es parte...” (Lugo, 2015, pág. 138)

Es importante recalcar, que si bien pueden existir múltiples interpretaciones entorno al Artículo 4º Constitucional, una de las más importantes (como se ha venido mencionando) es la de la obligatoriedad del Estado en su papel como formulador y rector de la política entorno a la salud (a través de planes, programas, proyectos, etc.), la cual deberá traducirse en acción (infraestructura, personal, etc.) para así lograr un efecto positivo en aquellas situaciones que degeneren la salud de los individuos, y que finalmente terminan por repercutir en la sociedad.

1.1.4. Salud Pública

La salud como se ha demostrado es un fenómeno que trasciende el plano individual, es decir, no solo se entiende como un proceso biológico y psicológico, sino que también se tiene que agregar la esfera social en la cual el individuo se encuentra inserto (además de otras condicionantes que se han mencionado con anterioridad).

La definición clásica de salud dada por la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), giraba en torno a lo biológico (ausencia de enfermedad) y lo psicológico, dejando a un lado lo social y otras cuestiones de gran importancia entorno al concepto y fenómeno mismo.

“En realidad, salud y enfermedad no son sólo categorías científicas, sino también políticas (es decir, de poder). Tanto el conocimiento científico de lo que es salud y enfermedad, como lo que constituye y se define como práctica médica y las que se reconocen como instituciones sanitarias están altamente influenciados por el contexto social y político que les rodea” (Navarro , 1997, pág. 49).

Al irse transformando la sociedad y ante subsecuentes cambios políticos a lo largo de la historia, el concepto de salud entró en un proceso de redefinición, agregándose nuevas variables al mismo y dando por resultado nuevas maneras de intervenir por parte de los gobiernos, incorporando e integrando demandas que surgían de la sociedad misma, dando paso así al surgimiento de la Salud Pública.

La definición clásica de Charles Edward Amory Winslow (citado por Sarmiento , 2013, pág. 152) en torno a la Salud Pública, establece que esta es “el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, recuperar la salud y evitar las consecuencias de la enfermedad mediante la acción colectiva de la población.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (citada por Sarmiento , 2013, pág. 151) establece que la Salud Pública son las acciones colectivas e individuales del Estado y la sociedad civil, dirigidas a mejorar la salud de la población.

Como podemos visualizar, en ambas definiciones se agrega el apartado social (la población, o, mejor dicho, la sociedad), el cual es el centro sobre el que finalmente terminan incidiendo todas aquellas acciones y decisiones tomadas desde el ámbito gubernamental y finalmente ejecutadas por su entramado institucional-administrativo.

Conforme a lo descrito por Claudia Abecasis (2002, págs. 3-4), la Salud Pública trata de compensar, a través de políticas públicas, el papel que el Estado debe tener para asumir y supervisar, además de mantener y mejorar las condiciones de vida y de salud de toda la población, centrándose en programas de salud colectivos más allá de la atención individual de la enfermedad

La Salud Pública, teniendo como objetivo principal la promoción y protección a la salud, así como la prevención y el control de enfermedades en la población, se ha consolidado como un campo multidisciplinar, donde convergen diversos enfoques ante un fenómeno, que por lo menos en la actualidad, se ha caracterizado por ser transdisciplinario, es decir, ha dejado de ser exclusivo de la medicina y de las ciencias biológicas.

“En tanto que campo multidisciplinario de investigación, la nueva salud pública puede definirse como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en poblaciones humanas. De ahí que abarque dos objetos principales de análisis: por un lado, el estudio epidemiológico de las condiciones de salud de las poblaciones; por el otro, el estudio de la respuesta social organizada a esas condiciones, en particular, la

forma en que se estructura dicha respuesta a través del sistema de atención a la salud” (Frenk, 2016) .

Lo anterior, a través de un enfoque multidisciplinario, permitirá que a través de la conjunción de diversas disciplinas (demografía, sociología, medicina, estadística, por mencionar solo algunas), se abra la posibilidad de formular políticas (traducidas en programas, planes, políticas públicas, etc.) que tengan una incidencia en los procesos de salud-enfermedad de una determinada población, esta última, ya no solo siendo un sujeto pasivo de aquellas decisiones gubernamentales y acciones político-administrativas, sino también tomando un papel activo en la prevención, atención y control de la salud.

1.1.4.1. ¿Qué es un problema de salud pública?

La respuesta social organizada y el papel rector del Estado como aquel encargado de la formulación de políticas para prevenir, atender y mejorar las condiciones de vida y de salud de toda la población, deberá ser una constante para incidir de manera positiva y disminuir (e incluso erradicar) aquellos grandes problemas de salud pública que se presenten en sus territorios.

Al respecto, es importante aclarar que un “problema de salud pública” es aquel que requiere intervención gubernamental (principalmente por medio de programas) a través de un análisis de los factores de riesgo y socioeconómicos, conductas, la incidencia y mortalidad asociados a una determinada enfermedad que se encuentre ligada a un grupo (o grupos) poblacional, para posteriormente entrar en un proceso de toma de decisiones institucional que servirá para generar soluciones a aquellas demandas de la sociedad y situaciones que afectan de manera negativa el estado óptimo de salud de los individuos y de la población, todo esto, mediante aquellas instituciones de salubridad públicas.

Es necesario hacer énfasis en que un problema de salud pública se constituye por una alta incidencia de un determinado padecimiento de salud que afecta diversos ámbitos de la vida social. Por ejemplo, las epidemias o pandemias que van más allá de la atención y estructura médico-sanitaria:

“...es una situación que afecta negativamente el bienestar de los individuos y de la población y puede analizarse desde su magnitud o su letalidad” (Paniagua Suárez, 2013, pág. 4).

Un problema de salud pública implica acción del Estado de diversos aspectos, como el de las estructuras del sector salud sin duda, pero además aspectos económicos, sociales, educativos, culturales, entre otros. Lo cual impacta en temas sensibles como los presupuestos gubernamentales, por ejemplo, hay padecimientos como la obesidad que se constituyen en problemas de salud pública, no solo por su alta demanda de atención a la salud de muchos individuos, sino porque el impacto de ello se presenta en los lugares de trabajo de esas personas, las relaciones familiares, los gastos excesivos. etc.

“La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo” (Paniagua Suárez, 2013, pág. 1).

De forma resumida, podemos afirmar que cualquier padecimiento o conducta dañina sobre la salud de las personas que se repita de forma cotidiana con el riesgo de normalizarse, puede ser considerado un problema de salud pública. Debido a que afecta a un porcentaje importante de la población e incide en su calidad de vida e incluso puede tener altos índices de mortalidad o discapacidad.

Por consiguiente, el Estado a través de sus instituciones tiene la responsabilidad de tomarlo y atenderlo para en la medida de lo posible reducir su prevalencia. Un problema de salud pública como lo es el embarazo adolescente, los trastornos emocionales, la obesidad, entre otros que han crecido en los últimos años en México, sin duda exigen gran parte del presupuesto destinado al rubro de salud, ocasionando el desequilibrio en la atención de otros problemas emergentes.

1.2. Responsabilidades Sociales del Estado.

En épocas recientes, a través de procesos de reestructuración y reformas en el sector salud, se han privilegiado cambios en materia financiera y cuestiones estructurales

y organizacionales, dando paso a que la salud pública haya sido descuidada como una responsabilidad social e institucional por parte del Estado (Muñoz , y otros, 2000, pág. 126).

No obstante, la salud pública y el derecho humano a la protección de la salud, como se ha venido manejando hasta ahora, implican responsabilidad social y acción estatal, es decir, suponen que el Estado debe de tener un papel activo y rector en la formulación e implementación de políticas concernientes a prevenir, atender y controlar los procesos de salud-enfermedad dentro la sociedad, e incluso aquellos factores que van más allá de lo biológico (cuidado del medio ambiente, sociales, servicios públicos, etc.) y que tienden a incidir de manera significativa en los mismos.

“La razón de ser del Estado es el bien común. Y para ello conforma estrategias y acciones específicas de sus distintos órganos centralizados y descentralizados donde cada cual busca el logro de sus objetivos específicos” (Scarpetta, 2014, pág. 1).

Dentro de las responsabilidades sociales del Estado como rector de la salud, quedan enmarcados el pleno reconocimiento del derecho a la protección de la salud, así como garantizar el acceso efectivo a servicios de salud tanto individual como colectivamente. Para ello, el Estado hará uso de la seguridad social, los modelos sanitarios, así como la formulación de planes y programas que tengan por objetivo atender e incidir en este fenómeno.

1.2.1. Seguridad Social

La Seguridad Social se puede entender como aquel conjunto de acciones destinadas a satisfacer demandas sociales, entre las cuales se encuentra el fenómeno de la salud, no ahondando únicamente en ello, sino extendiéndose a otras cuestiones de gran importancia para el desarrollo del individuo y la sociedad.

Acorde a lo establecido por la Organización Internacional del Trabajo (2003, pág. 1), la “seguridad social es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares, para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del

ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia”.

Si bien, la salud se ha consolidado como uno de los principales factores para el desarrollo del individuo y la sociedad, la seguridad social integra otras cuestiones que resultan de igual manera trascendentes para el fortalecimiento y bienestar de estos.

Conforme a lo establecido en el artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 2015, pág. 46), “toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

De esta manera, la seguridad social trasciende más allá de la esfera individual, cobrando importancia para hacer valer el derecho a la protección de la salud y otros derechos con los que se relacione (Principio de Interdependencia), involucrando al Estado para que este respete, proteja y finalmente haga cumplir este tipo de derechos, reconociendo las necesidades sociales y prestando los servicios necesarios enfocados a prever o atender las mismas.

A consecuencia de una amplia movilidad social y política a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, la seguridad social surge como una respuesta institucionalizada ante los problemas y exigencias de diversos sectores de la población, tales como campesinos, obreros y otros actores de la sociedad; a través de esta, se pretendía que las personas y la sociedad tuvieran acceso a servicios de salud y asistencia médica (así como otro tipo de prestaciones sociales) con el objetivo de asegurar e impulsar su desarrollo y bienestar.

En México la Seguridad Social queda entendida como aquel “sistema general y homogéneo de prestaciones, de derecho público y supervisión estatal, que tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo...” (Macías , Moreno, Milanés, Martínez, & Hazas, 1993, pág. 13).

En referencia a la seguridad social y ejemplificando su dimensión al caso mexicano, es en el año 1943 que se promulga la “Ley del Seguro Social”, teniendo en su exposición de motivos el “garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”. Más adelante, en el año de 1959, se promulga la “Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado”, teniendo por objetivo el brindar seguridad social a los trabajadores del Estado.

En consecuencia, a ambas leyes, se crean el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), siendo estos organismos públicos, descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propios; encargados de la atención a la salud y la protección social de los mexicanos agrupados en diferentes sectores.

Es a partir de la década de los 80’s, que se da un repliegue estatal entorno a la seguridad social (principalmente en lo referente al sistema de pensiones), trayendo consigo una serie de deficiencias en la prestación y cobertura de servicios de salud y sociales, dificultando que la población tuviera acceso a los mismos.

Ante este panorama, y enfocado directamente al actuar del gobierno y la administración pública entorno a los servicios de salud y de seguridad social, resulta de vital importancia, ya que más allá de estancarse en cuestiones financieras u organizacionales (que también son de gran trascendencia), exista una verdadera captación de problemas y exigencias de la población, integrándolos a la agenda gubernamental para su solución.

“...la seguridad social es un instrumento de política social que se diseña para responder a las necesidades de una colectividad en un tiempo determinado. Es, por ello, que los sistemas de seguridad social deben ajustarse a los cambios poblacionales, económicos y de salud que se registren en la misma (Narro, Moctezuma , & Orozco, 2010, pág. 9).

En la actualidad el “sistema de seguridad social resulta indispensable para el desarrollo económico y la estabilidad social en nuestro país, tanto por su importancia

cuantitativa, como, por su papel en la redistribución del ingreso, y en la reducción de la desigualdad social y la pobreza extrema. Los cambios de sus estructuras demográfica y epidemiológica, y sobre todo, la profunda desigualdad y aumento de la pobreza en nuestro país, acrecientan la necesidad de contar con un verdadero sistema de seguridad social en México” (Narro, Moctezuma , & Orozco, 2010, pág. 12).

La seguridad social, al ser considerada un derecho humano básico, se ha consolidado como uno de los grandes retos para los gobiernos en busca de generar mejores condiciones de vida a sus respectivas poblaciones e incentivar el desarrollo socioeconómico de las mismas.

Pese a variar en cuanto a operación y normatividad adoptada de un país a otro, entre las principales acciones que están enmarcadas dentro de lo que comprendemos por seguridad social hoy en día y que debieran ser obligatoriedad para los Estados, encontramos lo siguiente:

- Regímenes de protección en caso de desempleo.
- Acceso a la atención de la salud.
- Cobertura universal de salud.
- Garantía de la seguridad de los ingresos.
- Protección en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Prestaciones de discapacidad.
- Seguridad de ingresos en la vejez.

Remitiéndonos exclusivamente a los apartados de salud y como se ha manejado en temas anteriores, resulta necesario hacer énfasis en la importancia que estos tienen para el desarrollo no solo individual, sino colectivo dentro de un país, donde en suma a los otros puntos que abarcan la seguridad social, contribuirán a la estabilidad y crecimiento de este:

“Promover la protección social es apremiante en esta época. Las medidas en esta esfera no solo respaldan la efectividad del derecho humano a la seguridad social, sino que además son una necesidad económica y social. Los sistemas de protección social bien diseñados contribuyen a reducir la pobreza y la desigualdad,

al tiempo que fortalecen la cohesión social y la estabilidad política” (Organización Internacional del Trabajo, 2017, pág. 6).

1.2.2. Sistema de Salud en México

El derecho a la salud, al abarcar libertades y derechos “incluye el derecho al acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar” (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Como se ha venido explicando, el Estado tiene un papel rector en la formulación de políticas y programas concernientes a proteger la salud (tanto individual como colectivamente), sumando recursos (materiales, tecnológicos, humanos y financieros) y creando todo un entramado institucional e infraestructura tendientes a dar seguimiento y atención a este tema.

Para ello, un sistema de salud, acorde a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (2005), queda definido de la siguiente manera:

“...la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero”.

El sistema de salud en México surge en el año de 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México, esto, como un esfuerzo gubernamental para mejorar la calidad de vida y proteger la salud de los individuos y la sociedad, a través del acceso a servicios sanitarios tendientes a prevenir, promover, y tratar los procesos de salud-enfermedad.

Con el paso de los años, se fueron creando otras instituciones encargadas de proteger la salud desde otros ámbitos más especializados, tales como el Instituto Nacional de Cardiología (1944), el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1946) el Instituto Nacional de Cancerología (1950), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, en el año de 1960) y el Instituto Nacional de Neurología (1964).

“El sistema de salud mexicano ha evolucionado, desde su creación, conforme a los cambios no solo del componente biológico de la salud sino también en consonancia con los aspectos económicos, políticos y sociales de nuestro país” (Chertorivski & Fajardo, 2012, pág. 503).

Siguiendo un modelo mixto, el sistema de salud en México desde sus inicios y hoy en día, se encuentra conformado por el sector público y el sector privado, los cuales intervienen de diferentes maneras, ya sea en la provisión de servicios de salud o su financiamiento.

“El sistema nacional de salud en México se compone de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local; de personas físicas y morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud y los mecanismos de coordinación de acciones entre dichos organismos. La coordinación del sistema nacional de salud está a cargo de la Secretaría de Salud; una dependencia del poder ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud de la población” (Gómez C. , 2017, pág. 131).

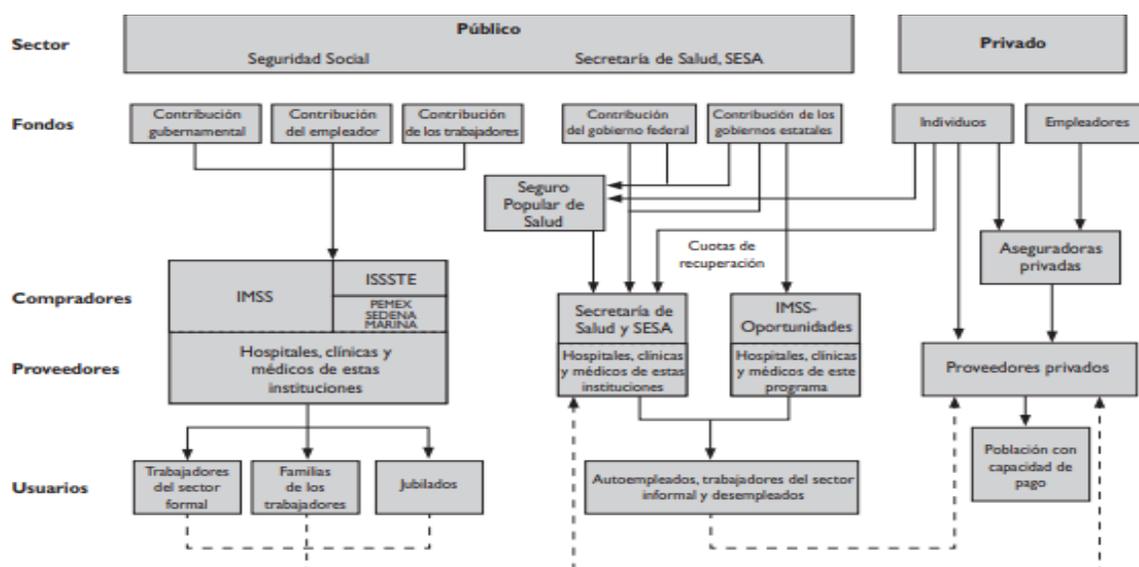
Entre algunas de las dependencias y entidades de la administración pública que integran el sector público en salud, encontramos instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR).

Por otro lado, también se encuentran aquellas instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social, tales como la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Seguro Popular de Salud (SPS).

“Como parte de los seguros sociales el IMSS cubre a más de 40% de la población y la atiende en sus propias unidades, y con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 6% de la población, también en unidades propias y con recursos humanos propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud al 1% de la población [...]. El sector público que no provee beneficios al seguro social es manejado por los sistemas estatales de salud. Dentro de este sector existe el Seguro Popular que provee servicios a través de los sistemas estatales de salud y cubre un 30% de la población, generalmente los más pobres” (Giedion, Villar, & Ávila, 2010, pág. 215).

Desde otra perspectiva, el sector privado se caracteriza principalmente por una cantidad grande de prestadores en consultorios individuales de médicos privados, donde los seguros privados en el sector cubren entre el 1,5% y 3% de la población, prestando servicios a través de clínicas y hospitales privados...” (Giedion, Villar, & Ávila, 2010, pág. 216).

Ilustración 1. Sistema de Salud en México



Fuente: Gómez, y otros (2011, pág. 221).

Como se puede apreciar, el sistema de salud en México es un conjunto de diversas instituciones, que en función de diferentes grupos de beneficiarios y de su poder adquisitivo, se encargan de prestar servicios de salud a diferentes segmentos poblacionales.

Actualmente, se puede considerar que México cuenta con un sistema de salud segmentado, de una gran complejidad, relaciones y múltiples jerarquías, donde el Estado atiende a distintos segmentos de la población y donde la afiliación no está determinada por la necesidad, sino por el empleo de una persona (Gómez C. , 2017, pág. 132).

Para finalizar, es importante recalcar que el derecho a la protección social de la salud (a través del Sistema Nacional de Salud) establecido en el artículo 4º constitucional, involucra al Estado en la rectoría y generación de mecanismos que garanticen la cobertura y acceso a servicios de salud a la población que integra el territorio mexicano.

“Los sistemas nacionales de salud constituyen la respuesta social organizada para que los países puedan contender con los grandes retos que van enfrentando para mejorar, mantener y acrecentar el nivel de salud de los ciudadanos. Son, así, poderosos instrumentos que contribuyen al bienestar social y un recurso invaluable que es preciso desarrollar para solucionar los problemas de salud del presente y prever lo que se espera en esta materia en el futuro” (Chertorivski & Fajardo, 2012, pág. 502).

Hoy en día, la importancia del sistema de salud mexicano va mucho más allá de su sola intervención en los procesos de salud-enfermedad, ya que, en conjunto con la seguridad social y la salud pública, se convierte en un factor que contribuye al crecimiento y desarrollo integral del país.

1.2.3. Plan Nacional de Desarrollo

La planeación, queda definida como aquel proceso mediante el cual se establecen objetivos y se escogen aquellos medios más apropiados para el logro de los mismos antes de emprender acción (García & Valencia, 2012, pág. 11).

Desde la perspectiva de Cuauhtémoc Valdés (1987, pág. 234), la planeación se puede entender como aquella toma de decisiones anticipatoria, que prevé los diversos efectos, escenarios futuros o aquellos problemas que puedan surgir a partir de su elección.

En nuestro país, el artículo 26 de nuestra Carta Magna establece la necesidad de contar con un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional, donde a través de diversos mecanismos, se captarán las aspiraciones y demandas de la sociedad, las cuales se podrán ver traducidas en un *Plan Nacional de Desarrollo* y distintos programas que guiarán el actuar de la Administración Pública Federal.

Siguiendo el mismo orden de ideas, la *Ley de Planeación* en su artículo 3 ,define por *Planeación Nacional de Desarrollo* a aquella “ordenación racional y sistemática de acciones que, con base al ejercicio de las atribuciones del Ejecutivo Federal en materia de regulación y promoción de la actividad económica, social, política, cultural, de protección al ambiente y aprovechamiento racional de los recursos naturales así como de ordenamiento territorial de los asentamientos humanos y desarrollo urbano, tiene como propósito la transformación de la realidad del país, de conformidad con las normas, principios y objetivos que la propia Constitución y la ley establecen” (Ley de Planeación, 2018, pág. 2).

Es así como el Plan Nacional de Desarrollo se configura como aquel documento rector que rige la programación, traza los grandes objetivos de las políticas públicas y establece las acciones específicas para alcanzarlos, precisando indicadores que permitirán medir los avances obtenidos, convirtiéndose en la principal línea rectora que contiene las directrices básicas para el desarrollo integral y sustentable del país en diversas materias.

Como preámbulo de lo que más adelante se analizará y enfocándonos en nuestro tema, la trascendencia del Plan Nacional de Desarrollo radica en la importancia de la función rectora que tendrá el Estado en el campo de la salud, sentando las bases para la prestación de servicios que atiendan tal materia, así como su acceso y financiamiento, además de las líneas de acción sobre las cuales deberán guiarse aquellos encargados

de la formulación e implementación de planes, programas y proyectos que atiendan tal tema.

Para el caso mexicano, tal rectoría la llevará a cabo la Secretaría de Salud, como aquella dependencia de la Administración Pública Federal encargada de la prevención de enfermedades y promoción de la salud entre la población mexicana.

1.2.4. Programas Gubernamentales.

Acorde a lo establecido por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, un programa queda definido como aquel conjunto de proyectos que tienen por objetivo materializar la política social, en pro de satisfacer las necesidades y demandas de la población (CEPAL, 1998, pág. 14).

Actualmente los programas gubernamentales son aquellos instrumentos que especifican “los objetivos, prioridades, y políticas que regirán el desempeño del sector administrativo de que se trate” (SHCP, 2004, pág. 1).

En el caso mexicano, es durante el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado que se da la creación del Plan Nacional de Desarrollo (1983), empezándose a materializar la política social, donde en materia de salud, se comienzan a establecer los lineamientos para fortalecer los programas que atendían tal tema, centrándose en acciones preventivas, así como de reorganización y modernización de los servicios de salud (Ontiveros , 2005, págs. 30-31).

De tal Plan, se desprende el “Primer Programa Nacional de Salud”, incluyendo dentro de sus principales estrategias el mejorar la cobertura y oportunidad de acceso a los servicios de salud.

Durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, el Plan Nacional de Desarrollo (1989-1994) se siguió consolidando como aquel eje de planeación para la elaboración de los programas y proyectos gubernamentales, fijando las líneas estratégicas para modernizar el sistema de salud y consolidar los servicios de salud en el país, contemplando además a la salud, ya no como la sola ausencia de enfermedad, sino

como aquel estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo (Ontiveros , 2005, págs. 34-35).

Con lo anterior, se da la creación del “Programa Nacional de Salud”, incluyendo estrategias encaminadas al fortalecimiento de los sistemas locales de salud y la descentralización de los servicios de salud, en un intento de asegurar el acceso universal a los mismos, guiándose a través de los principios de equidad y calidad.

Dentro del mismo programa, se incluyeron una serie de “Programas de Acción”, enfocados a temas específicos, como lo son la prevención y control de enfermedades, la salud ambiental, la investigación en salud y para el impulso de la asistencia social, por mencionar algunos.

Entrados en el sexenio de Ernesto Zedillo Ponce de León, se presenta el “Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000”, incluyendo entre sus principales lineamientos lo siguiente:

- Ampliación de la cobertura de seguridad social.
- Descentralización de los servicios de salud.
- La participación municipal en salud.
- Reorganización del modelo de sistema de salud.

El propósito de esto era transitar hacia un sistema de salud moderno, para garantizar la calidad del servicio hacia los ciudadanos, proveyéndolos de los servicios esenciales de salud. De igual manera, se desprendían una serie de programas enfocados a temas específicos y de apoyo a tareas sustantivas.

El “Programa Nacional de Salud 2001-2006” formulado e implementado durante el sexenio de Vicente Fox Quesada, mantuvo entre sus estrategias el fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, vinculando la salud con el desarrollo económico y social, además de brindar protección financiera en materia de salud a toda la población mexicana.

Un punto que destaca y que se incluye dentro de este programa, es la “democratización de la salud”, consistente en crear las condiciones necesarias para que la población pudiera acceder a los servicios de salud, independientemente de su capacidad de pago y financiamiento.

Ante este último punto, se da la creación y promoción del “Seguro Popular”, medida que consiste en un prepago subsidiado con fondos públicos para asegurar y dar protección básica en salud a aquella población de bajos recursos.

Es en el sexenio de Felipe Calderón Hinojosa, cuando se crea el “Programa Sectorial de Salud 2007-2012”, teniendo entre sus objetivos (casi de igual manera a sus predecesores) el mejorar las condiciones de salud entre la población, así como el prestar los servicios de salud con calidad y seguridad.

Parte importante y que hay que rescatar, es el hecho de que en este programa se reconoce la importancia de la salud más allá de la esfera individual, en este caso, estableciendo que el garantizar el derecho a la salud, contribuiría al combate de la pobreza y el desarrollo social del país. También, se empiezan a establecer indicadores para la medición y verificación de los distintos objetivos y metas estratégicas, en un intento de visualizar el impacto de las políticas gubernamentales en materia de salud.

Dentro de las estrategias que van incluidas dentro de este programa, resalta la “Estrategia 2”, consistente en fortalecer e integrar acciones de promoción de la salud y prevención y control de diferentes enfermedades, entre las que destacan, la diabetes mellitus, padecimientos cardiovasculares, el cáncer cervicouterino y de mama, por mencionar algunas.

El “Programa Sectorial de Salud 2013-2018” llevado a cabo durante el sexenio de Enrique Peña Nieto (2012-2018), y el cual se analizara a detalle en siguientes apartados, vuelve a hacer énfasis en la promoción, la prevención de enfermedades y la protección de la salud como aquellos ejes prioritarios para el mejoramiento y fortalecimiento de la salud entre la población.

Dentro de las estrategias incluidas en tal programa, destaca la “Estrategia 1.1”, consistente en la promoción de actitudes y conductas saludables entre la población, como un intento de prevenir y controlar enfermedades vinculadas a la obesidad (diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama).

De nueva cuenta, dentro de este programa se considera el hecho de que la salud es un elemento fundamental para el bienestar ya no solo de las personas, sino también para el desarrollo nacional.

Como se puede apreciar, los programas de salud, desde su creación han tratado de englobar las prioridades nacionales en tal materia, así como hacer frente a los desafíos que se han presentado en diferentes épocas.

Tales programas, se han consolidado como aquellos instrumentos que guían el desempeño de las unidades administrativas del Gobierno Federal, en este caso, de la Secretaría de Salud, materializando e instrumentando la política social y captando las aspiraciones y necesidades de la población.

Al ser la salud un componente esencial para el bienestar de las personas, así como un factor de desarrollo socioeconómico, resulta necesario seguir fortaleciendo el papel que tiene el Estado Mexicano como rector en el tema de la salud, ya que el gobierno a través de la Administración Pública Federal (y en especial a través de la Secretaría de Salud), deberá formular estrategias y acciones tendientes a promover, prevenir y atender las enfermedades que se generen entre la población, así como la integración de demandas que puedan surgir de grupos específicos.

Lo anterior, deberá terminar por consolidarse en la formulación, financiación e implementación de programas que mejoren la calidad de vida de la población y que contribuyan al desarrollo integral del país.

1.2.5. Secretaría de Salud

De acuerdo con lo estipulado en el Artículo 7º de la “Ley General de Salud”, la Secretaría de Salud es la autoridad sanitaria encargada de la coordinación del Sistema Nacional de Salud, teniendo entre sus principales atribuciones, lo siguiente:

- Establecer y conducir la política nacional en materia de salud.
- Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

A lo largo de los años, la Secretaría de Salud se ha consolidado como aquella dependencia del Poder Ejecutivo encargada de diseñar las políticas y programas para la prevención de enfermedades y promoción de la salud entre la población, esto, con el propósito de hacer cumplir el artículo 4º constitucional, en relación con la protección de la salud.

Fundada en el año de 1943 bajo el nombre de “Secretaria de Salubridad y Asistencia”, esta dependencia albergaba dentro de sus funciones el impulsar recursos y medidas para la asistencia médica y social de la población, así como instrumentar acciones de control de enfermedades epidémicas y de combate a las enfermedades endémicas, además del establecimiento de medidas higiénicas para promover la salud (Secretaría de Salud, 2018).

Actualmente, en el ámbito federal, la Secretaría de Salud continúa siendo la dependencia gubernamental responsable de la rectoría y formulación de la política entorno a la salud en México, instrumentando los principales programas que contendrán los objetivos, prioridades, y políticas, así como estrategias, que regirán el desempeño del sector salud.

Ante esto, es preciso hacer mención de lo establecido en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (2018) llevada a cabo durante el sexenio de Enrique Peña Nieto (2012-2018), donde en su artículo 39º se hace énfasis en el papel que tendrá la Secretaría de Salud como aquella dependencia administrativa encargada de “establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios

médicos y salubridad general [...] y coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal...”

Los desafíos para la Secretaría de Salud han ido variando conforme a la época, así como las demandas y necesidades de la población en tal tema, por lo tanto, es necesario seguir manteniendo el papel rector del Estado (a través de esta dependencia de gobierno) en la política de salubridad, con el propósito de seguir instrumentando programas que engloben medidas de prevención, atención y control de enfermedades, esto, para asegurar un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Capítulo II

2. Salud - Enfermedad

2.1. Cáncer

Actualmente el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública, perfilándose como una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial.

Sin embargo, su estudio y presencia no es nuevo, ya que se cuentan con antecedentes que lo ubican a lo largo de la historia humana: papiros egipcios que datan de aproximadamente del año 1600 a.C. (donde se comienza a describir tal enfermedad), los estudios de Giovanni Morgagni en 1761 (a través de los cuales se empieza a dar un abordaje científico del cáncer), las primeras advertencias donde se empieza a sugerir la operación de neoplasias (tumores) por parte de John Hunter en el siglo XVIII, hasta llegar finalmente al siglo XIX, donde comienza el estudio patológico del cáncer (Gandur , 2010, pág. 7).

La interpretación de tal enfermedad también ha ido variando con el paso de los años, donde en la prehistoria, e incluso llegando al medioevo y al renacimiento, el cáncer se consideraba como aquella manifestación patológica atribuida a fuerzas sobrenaturales. Caso excepcional, es el de la Grecia Clásica (Siglo IV a. C.), ya que a través de los escritos hipocráticos se empiezan a encontrar las primeras descripciones del cáncer, como aquellas lesiones ulcerosas crónicas y endurecidas que se desarrollaban progresivamente y sin control en distintas partes del cuerpo (Salaverry, 2013, pág. 138).

Hoy en día, el cáncer, conforme a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (2016), es definido como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células, el cual, puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo, donde el tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

Dado su abordaje de manera casi exclusiva por las ciencias médicas, resulta difícil formular un concepto social del cáncer. No obstante, desde las concepciones de las ciencias sociales alrededor de este padecimiento, se percibirá este proceso de salud-enfermedad a través de las siguientes características: social (malos hábitos de salud que prevalecen entre la población), económica (costo y acceso a tratamientos, así como el Producto Interno Bruto destinado a salud) y política, esta última donde la salud es un derecho humano consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Meza, 2016, págs. 111-116).

Esta enfermedad, tiene grandes repercusiones en las distintas sociedades alrededor del mundo, volviéndose así, un tema que requiere especial abordaje por parte de los distintos gobiernos, ya que ellos serán los encargados de formular políticas y diseñar estrategias para abordar tal tema, tanto en el sentido de la prevención como del tratamiento.

Como problema de salud pública, el cáncer tiene un impacto significativo en los sistemas de salud de los distintos países alrededor del mundo, suponiendo un “gravamen económico debido a la productividad perdida y los costos asociados con la enfermedad y el tratamiento, y los efectos duraderos del cáncer y de su tratamiento en la calidad de vida de los supervivientes...” (Instituto Nacional del Cáncer, 2018).

Cabe destacar que este padecimiento puede aparecer en distintos grupos poblacionales, ya sea por edad, sexo, grupo racial y/o étnico e incluso por ubicación geográfica. La distribución e incidencia de la enfermedad entre la población (epidemiología), ha llevado a que, como se ha mencionado anteriormente y se describirá en los subsecuentes apartados, el cáncer se posicione como la segunda causa de muerte a nivel global, acorde a estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (2018).

Entre las causas y factores de riesgo del cáncer en seres humanos, encontramos la “contaminación de aire, agua y comida; factores de dieta; obesidad; inactividad física; tabaquismo; alcohol; radiación solar; factores hormonales; exposiciones tempranas en la vida; virus; herencia; drogas y ocupación” (Partanen, Monge, & Wesseling, 2009, pág. 196).

Además, otro factor que aumenta la incidencia de esta enfermedad (y que se detallara en otros apartados para el caso mexicano) es el envejecimiento, ya que facilita la progresión de dicha enfermedad.

Para dimensionar el problema y el grado de incidencia que tiene algunos factores de riesgo en el desarrollo del cáncer, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018) “el tabaquismo se convierte en el principal factor de riesgo, ya que ocasiona aproximadamente el 22% de las muertes por esta enfermedad”.

Por otro lado, debido a la actividad humana alrededor del globo, en la actualidad encontramos sustancias o materiales que cuentan con una gran potencialidad de causar cáncer en seres humanos, siendo, hasta ahora, un total de 931 agentes los identificados, esto, acorde a información dada por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (Partanen, Monge, & Wesseling, 2009, pág. 197).

Expuesto lo anterior, hoy en día el cáncer se ha posicionado como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En el caso mexicano, este problema no se ha quedado atrás, siendo una de las principales causas de muerte en el país.

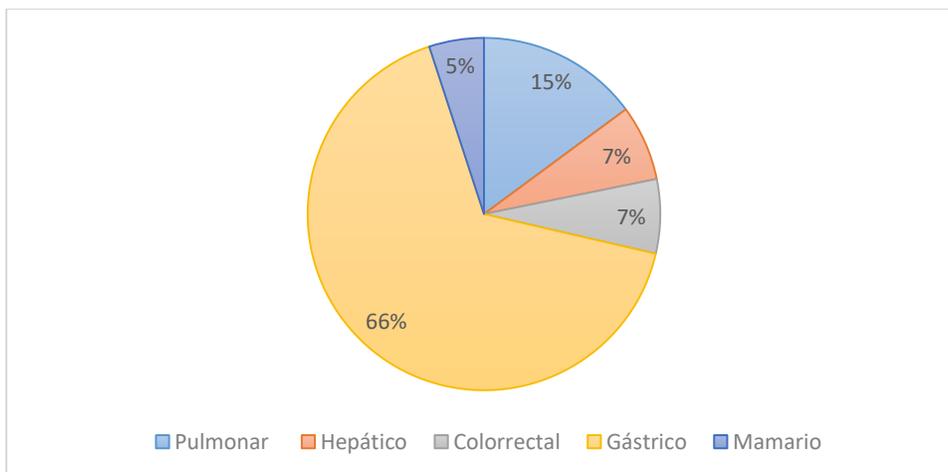
2.1.1. Situación Mundial

En el contexto mundial y conforme a datos de la Organización Mundial de la Salud (2018b), el cáncer se ha posicionado como la segunda causa de muerte en el mundo, con un aproximado de 8,8 millones de defunciones registradas tan solo en el año 2015.

Los cinco tipos de cáncer con mayor carga de fallecimientos a nivel mundial, con arreglo a lo establecido por la propia Organización Mundial de la Salud (2018b), fueron los siguientes: pulmonar (1,69 millones de defunciones), hepático (788,000 defunciones), colorrectal (774,000 defunciones), gástrico (754,000 defunciones) y mamario (571,000 defunciones)

Lo anterior, queda reflejado en la siguiente tabla:

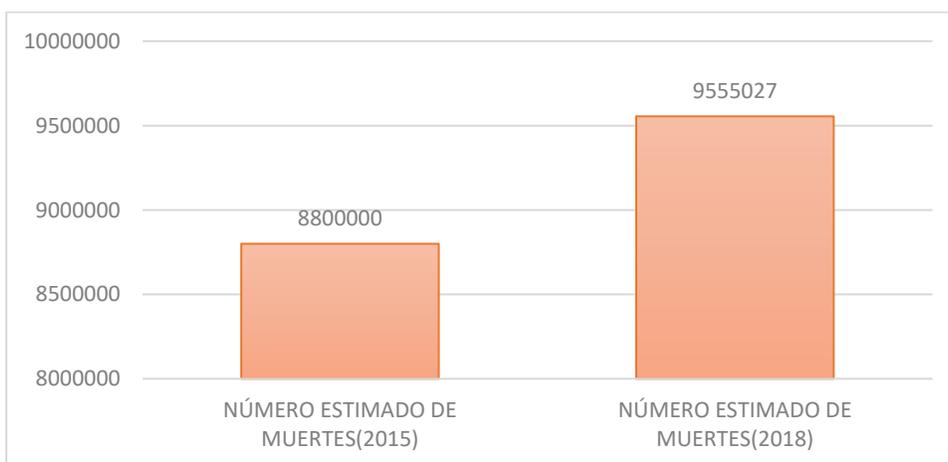
Tabla 1. Tipos de cáncer con mayor índice de mortalidad



Fuente: Elaboración propia, con base a Datos y Cifras del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (2018b).

Llegados al año 2018, conforme a estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (2018) de la misma Organización Mundial de la Salud, se registraron cerca de 9, 555,027 de defunciones relacionadas a tal enfermedad a nivel mundial.

Tabla 2. Número estimado de muertes en el año 2015 y 2018 (ambos sexos, todas las edades)



Fuente: Elaboración propia, con base a información de “Cancer Tomorrow¹” de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (2018).

¹ “Cancer Tomorrow”, es un instrumento de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (parte de la Organización Mundial de la Salud) que proporciona un conjunto de herramientas de visualización de datos para predecir la incidencia y mortalidad futuras para un país o región dada a partir de las estimaciones actuales en 2018 hasta hasta 2040, con base a estimaciones de la incidencia, mortalidad y prevalencia de 36 tipos específicos de cáncer, por sexo y grupo de edad.

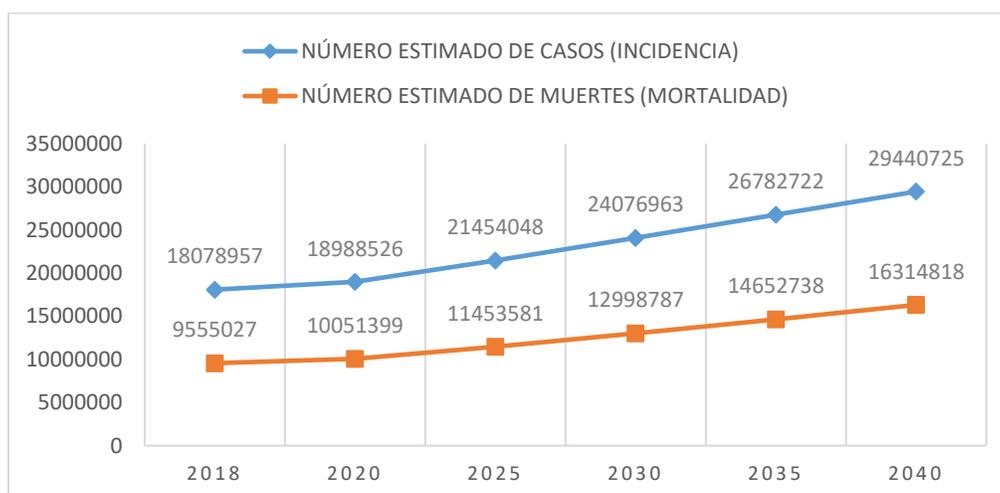
Como se puede observar, esta enfermedad se presenta como uno de los grandes problemas de salud pública en diferentes países, especialmente para el sector público, ya que los gobiernos a través de sus administraciones públicas deben comprometerse a la elaboración de planes y programas dirigidos a prevenir y atender dicha enfermedad.

De igual manera, el cáncer se posiciona como la segunda causa de muerte en el continente americano, donde tan solo en el año 2018 se registraron 1,3 millones de muertes asociadas a tal enfermedad y 3,7 millones de nuevos casos (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2019).

Pese a los esfuerzos encaminados por parte de los gobiernos alrededor del mundo, el cáncer ha tenido una tendencia al alza a nivel mundial, estimándose, que para el año 2030, el número casos aumenten hasta en un 32%, lo que vendría a significar cerca de 23,6 millones de nuevos casos llegados a tal fecha (Instituto Nacional del Cáncer, 2018b).

Cabe destacar que actualmente, siguiendo las estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (2018), se tiene un registro aproximado de 18, 078, 957 de casos relacionados a la enfermedad antes mencionada a escala mundial, siendo una cifra, que como ya se ha recalado, se mantendrá al alza en los siguientes años:

Tabla 3. Proyecciones de Mortalidad e Incidencia 2018-2040 (ambos sexos, todas las edades)



Fuente: Elaboración propia, con base a información de Cancer Tomorrow (Mortalidad e Incidencia) de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (2018).

2.1.1.1. Repercusiones sociales y económicas del cáncer

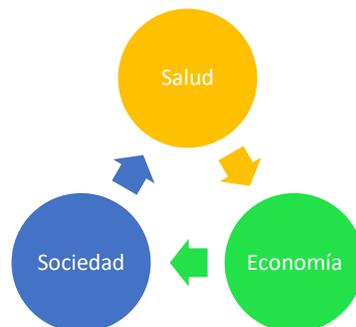
El cáncer, más allá de considerarse única y exclusivamente un problema de salud pública en diferentes países, también tiene un impacto social y económico en los mismos, generándose así una interacción entre tales variables.

De manera inversa, además del factor biológico asociado al cáncer, existen otros factores que influyen en el estado de salud de los individuos, los cuales se encuentran en constante interdependencia y transformación, como lo pueden ser: lugar de residencia, posición socioeconómica, nivel educativo, acceso a los servicios de salud, factores alimentarios, ocupación, exposición a la contaminación, políticas sociales, entre otros.

Lo anterior y en referencia al plano social, son factores que terminan por incidir de manera directa en el desarrollo de la enfermedad en un determinado país, donde las diferencias en los mismos terminaran por afectar las determinantes sociales como ocupación, ingresos, riqueza, pobreza y educación, desembocando en discriminación social y desigualdades en la incidencia, prevención, diagnóstico, tratamiento, supervivencia, calidad de vida y mortalidad por cáncer (Arias, 2009, pág. 343).

Por otra parte, y como se ha mencionado en anteriores apartados, el estado de salud en una determinada población se puede ver como un factor que influye en el desarrollo individual, social y económico dentro de un país, o de manera contraria, en la generación de desigualdades socioeconómicas.

Ilustración 2. Interrelación entre salud, economía y sociedad



Fuente: Elaboración propia.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2004, pág. 22) señala que por encima del impacto que tiene el cáncer sobre el individuo y su entorno más próximo, terminan por surgir también una serie de repercusiones sociales y económicas asociadas a tal enfermedad en diferentes países alrededor del mundo.

Acorde a la Organización Mundial de la Salud (2018b), los costes indirectos y la carga económica generada por el cáncer, atribuibles principalmente a los costes sanitarios y la pérdida de productividad, terminaron por ascender a cerca de 1,6 billones de dólares tan solo en el año 2010, significando cerca del 1.5% del Producto Interno Bruto a nivel mundial.

Al respecto, la misma Organización Mundial de la Salud (2004, pág. 22) señala lo siguiente:

“La carga económica que genera el cáncer es más evidente en los costos sanitarios, como los de hospitales, otros servicios de salud y medicamentos. Los costos indirectos surgen de la pérdida de productividad como resultado de la enfermedad y la muerte prematura de los afectados. Los costos directos pueden calcularse bastante fácilmente en las situaciones donde se conocen la naturaleza y el grado de los servicios prestados a los pacientes con cáncer. Sin embargo, el cálculo de los costos indirectos incluye hacer suposiciones concernientes a los ingresos futuros esperados y a una tasa de actualización para convertir los ingresos potenciales en una cantidad actual”.

2.1.2. Situación en México

En México, la situación resulta poco alentadora, ya que de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud (2017), el cáncer se ha posicionado como la tercera causa de muerte en el país, donde de cada 100 fallecimientos, 14 se deben a esta enfermedad.

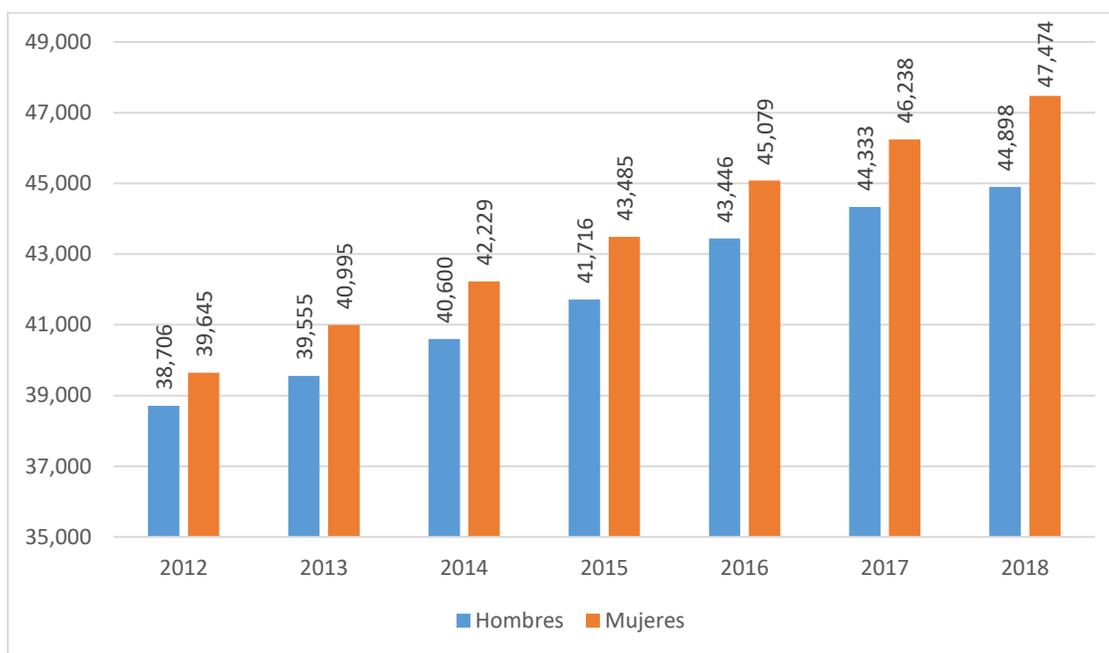
Tan solo en el año 2015, conforme a estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017, pág. 9), se registraron un total de 85,201 fallecimientos atribuidos a la presencia de tumores malignos, de los cuales 41,716 correspondieron a varones y 43,485 coincidieron a registros en mujeres.

Pasando al año 2016 y de acuerdo con los mismos registros del INEGI, encontramos un total de 88, 526 decesos atribuidos a neoplasias malignas, donde 43,446 fallecimientos fueron registrados para varones y 45,079 correspondieron a mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019).

Por otra parte, de las 90,752 defunciones registradas por tumores malignos en el año 2017, 44,333 decesos correspondieron a varones, mientras que 46,238 lo fueron para mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019).

Por último, con registros disponibles hasta el año 2018, encontramos un total de 92,372 fallecimientos atribuidos a la presencia de neoplasias malignas, de los cuales 44,898 correspondieron a hombres y 47,474 lo fueron para mujeres.

Tabla 4. Mortalidad General por tumores según sexo 2012-2018 (neoplasias)

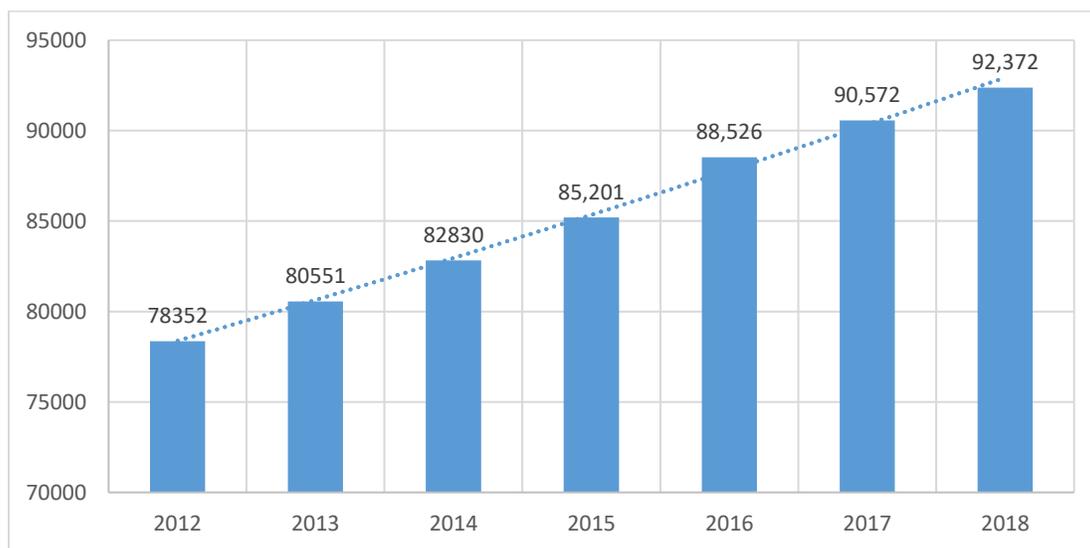


Fuente: Elaboración propia, con base al conjunto datos de “Mortalidad General” del INEGI y utilizando la clasificación “CIE-10²” (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019).

² La “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)”, es un sistema implementado desde 1992 por la Organización Mundial de la Salud para rastrear estadísticas de mortalidad, utilizado por el INEGI en su portal de “Consulta Interactiva de Datos”.

Los párrafos que nos preceden reflejan la tendencia al alza en cuanto a mortalidad general por cáncer en México distribuida en ambos sexos desde el año 2012 hasta el año 2018, demostrando un comportamiento similar en tales grupos poblacionales.

Tabla 5. Mortalidad general por tumores (neoplasias) 2012-2018



Fuente: Elaboración propia, con base al conjunto de datos de “Mortalidad General” del INEGI y utilizando la clasificación “CIE-10” (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019).

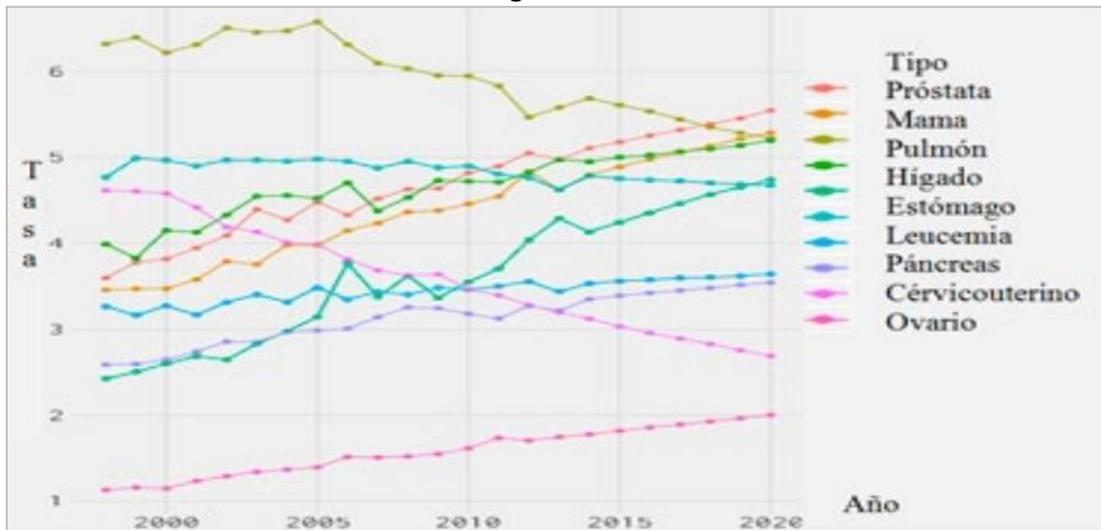
La “Tabla 5” refleja la mortalidad por tumores malignos desde el año 2012, mostrando de manera general el comportamiento ascendente que ha tenido (en cuanto a decesos) la enfermedad con el paso de los años, lo que, y como más adelante se abordará, vendría a significar un impacto socioeconómico para el sistema de salud en México.

Por otra parte, encontramos que en cuanto a mortalidad por las 10 principales causas de cáncer (mama, próstata, hígado, pulmonar, entre otros) se nota de igual manera un comportamiento ascendente con el paso de los años entre la población mexicana, panorama que, conforme a proyecciones hasta el año 2020 seguirá repitiéndose.

Cabe destacar, que estos tipos de cáncer, en su etapa de detección más temprana son prevenibles y tratables (incluso a través de hábitos de vida saludables), reduciendo el riesgo de muerte a causa de su aparición.

“Las proyecciones de mortalidad muestran que, de las diez principales causas de muerte por cáncer, cáncer de mama, próstata e hígado aumentan constantemente cada año llegando a tasas de más de cinco muertes por cada 100 mil personas” (Reynoso & Torres, 2017, p.9).

Ilustración 2. Proyecciones de Mortalidad por las 10 principales causas de cáncer de la población en general.

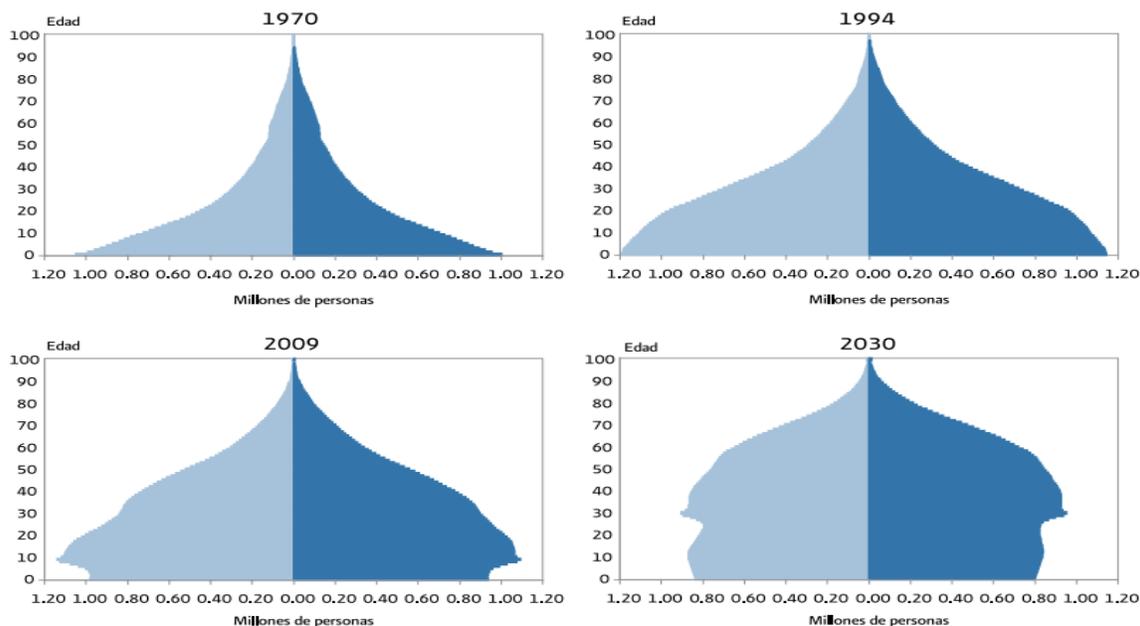


Fuente: Secretaría de Salud (citada por Reynoso & Torres, 2017, pág. 12).

Aunado a esto, debido al envejecimiento de la población, se espera que en los siguientes años aumente la mortalidad debido a esta enfermedad, sumado a otros factores de riesgo.

“La acelerada transición demográfica, así como la transición epidemiológica y nutricional que vive el país, hace susceptible a la población de presentar diversos factores de riesgos para cáncer, como son el envejecimiento, el fumar y consumir alcohol, el consumo bajo de frutas y vegetales, entre otros, lo que puede conllevar al incremento en el número de casos y fallecimientos debidos a neoplasias malignas” (Reynoso & Torres, 2017, pág. 13).

Ilustración 3. Pirámides de Población 1970-2030

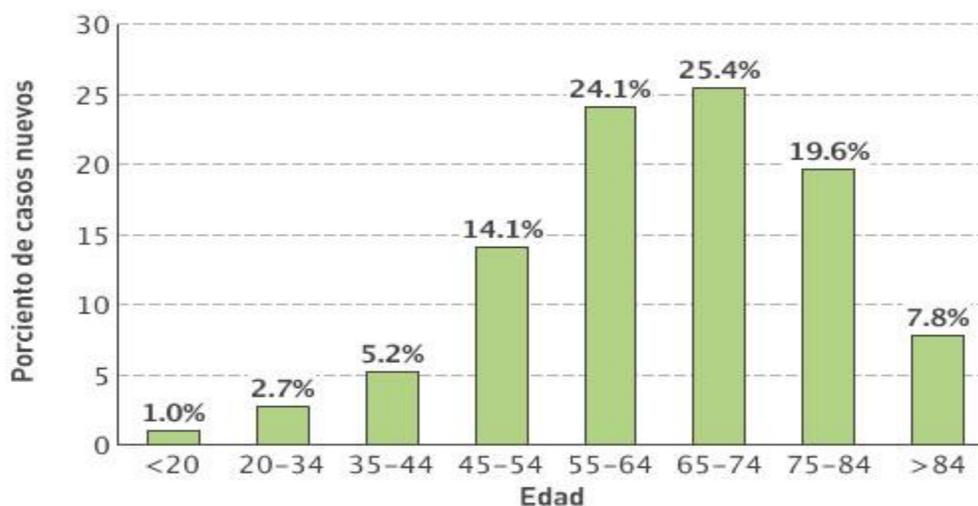


Fuente: Consejo Nacional de Población (2007, pág. 49).

Como se puede apreciar en la “Ilustración 4” y considerando la edad avanzada como un factor de riesgo que hace susceptible a la población mexicana para padecer ciertos tipos de cáncer, se espera hasta el año 2030, debido a la transición demográfica en el país, exista una mayor incidencia y mortalidad por ciertos tipos de neoplasias en grupos poblacionales que van de los 50 a los 70 años.

Debido a lo expuesto y de acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (2015) de EE. UU. se observa “un patrón semejante para muchos tipos comunes de cáncer. Por ejemplo, la edad media al momento del diagnóstico es de 61 años para el cáncer de seno, 68 años para el cáncer colorrectal, 70 años para el cáncer de pulmón y 66 para el cáncer de próstata (la edad media para un diagnóstico de cáncer es de 66 años)”.

Ilustración 4. Porcentaje de los cánceres nuevos por grupo de edad: todos los sitios de cáncer.



Fuente: SEER (citado por el Instituto Nacional del Cáncer, 2015).

Por lo anterior y ante el gran desafío que supone para el sector salud, resulta necesario formular e implementar políticas y programas enfocados a prevenir, atender y controlar tal padecimiento, a través de un enfoque multidisciplinario y especializado, ya que las estadísticas sugieren en escenarios próximos, una mayor incidencia y mortalidad asociadas al cáncer en nuestro país y en el mundo.

Desde una perspectiva de género, de acuerdo con Ferlay y otros autores (2013, citados por Borràs, 2015), “la incidencia de cáncer presenta aspectos propios para cada género y que tradicionalmente han motivado tanto análisis diferenciados de forma sistemática en todas las publicaciones sobre el tema, como la necesidad de evaluar las tendencias de cada tumor con análisis específicos según género y edad y la frecuencia de los distintos tipos de cáncer según el género”.

Siguiendo el mismo orden de ideas, los tipos de cáncer, incidencia y morbilidad, las tasas de supervivencia, así como factores de riesgo, tratamientos y acciones encaminadas a combatir tal enfermedad, terminan variando en cuanto grupo poblacional y género.

2.1.1.1. El cáncer como un problema de salud pública en México

Como las estadísticas señalan, el cáncer de manera general se ha posicionado como uno de los principales problemas de salud pública en México, debido a sus altos índices de mortalidad tanto en hombres y mujeres en diferentes grupos poblacionales.

Además, como se ha precisado en otros apartados, el envejecimiento de la población en México es un factor que contribuye (y se espera, contribuirá en los siguientes años debido a la transición demográfica) a que, principalmente en grupos de edad avanzada, exista una mayor incidencia y mortalidad por ciertos tipos de neoplasias malignas, agravando así la magnitud y trascendencia del cáncer como un problema de salud pública.

Debido a lo expuesto, el cáncer se ha convertido en un problema de atención prioritaria para las instituciones públicas de salud en México, las cuales deberán responder a las necesidades crecientes de prevención, atención y control de tal enfermedad, a través de políticas y programas gubernamentales diferenciados, especializados y específicos (esto, en razón del sexo, edad, tipos de cáncer, entre otros factores).

Desde el ámbito de la salud pública y entendiéndola como un campo multidisciplinario y transdisciplinario (donde convergen diversos enfoques ante un fenómeno) que tiene como objetivo principal la promoción y protección de la salud, así como la prevención y el control de enfermedades en la población; es necesario que más allá del estudio epidemiológico del cáncer (conductas y factores de riesgo) se analice también la respuesta social y gubernamental organizada (o falta de la misma) a la enfermedad, en este caso y como objeto de nuestro estudio, a aquellas enfocadas a neoplasias malignas que se presentan en varones, debido a su alta incidencia y mortalidad en tal grupo.

2.2. El cáncer en varones

El cáncer, a pesar de ser una enfermedad que afecta tanto a hombres y mujeres, ha tenido un enfoque diferente en su estudio, prevención y tratamiento, generando una

brecha y disparidad en cuanto a las acciones gubernamentales implementadas para combatirlo.

Si bien, han surgido diferentes políticas y estrategias para combatir tal enfermedad, estas se han centrado mayoritariamente en la prevención y atención del cáncer en la mujer, volviendo a la población masculina un sector vulnerable y desprotegido ante tal tema, esto, pese a la meta de “México Incluyente” y las estrategias y líneas de acción transversales con perspectiva de género establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 del Ejecutivo Federal.

Muestra de lo anterior, es el “Programa de Acción Específico para la Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018” implementado por la Secretaría de Salud (dependencia del Poder Ejecutivo Federal), donde se describen líneas de acción para atender el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino, los cuales constituyen las primeras causas de muerte por neoplasias malignas en mujeres mayores de 25 años.

Como más adelante se demostrará, pese a que las evidencias avalan un incremento y alta incidencia de ciertos tipos de cáncer en varones, la respuesta gubernamental ha sido aparentemente ineficiente y nula ante la problemática que representa esta enfermedad y la cual resulta necesario atender de manera urgente.

2.2.1. Mortalidad por cáncer en varones en México

El cáncer, de manera general, se ha consolidado como uno de los grandes problemas de salud pública en México. Con el paso de los años, las estadísticas sugieren que la incidencia de ciertos tipos de cáncer, así como la morbilidad ante tal enfermedad, ha ido en aumento en la población masculina.

Conforme a datos recabados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017, pág. 9), algunas de las causas de fallecimientos emergentes por atender son las defunciones generales por tumores malignos, siendo en el año 2015 un total de 85,201 de las cuales un 15.4% fueron por tumores de próstata y un 10.4% por tumores de la tráquea, bronquios y pulmón.

En el año 2016, se contabilizaron un total de 88,526 defunciones de manera general por tumores. Para el año 2017, la cifra de defunciones generales por neoplasias fue en aumento, llegando a registrarse un total de 90,572 defunciones (Revisar Tabla 5 y 6).

Tabla 6. Mortalidad por Tumores (Neoplasias) en el año 2017 (ambos sexos, todas las edades)

Tipo de Neoplasia	Defunciones	Porcentaje
Tumores malignos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	1234	1%
Tumores malignos de los órganos digestivos	27403	30%
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	8101	9%
Tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares	1061	1%
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	1629	2%
Tumores malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos	1559	2%
Tumor maligno de la mama	6889	8%
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos	8080	9%
Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	7547	8%
Tumores malignos de las vías urinarias	3781	4%
Tumores malignos del ojo, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	2495	3%
Tumores malignos de la glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas	963	1%
Tumores (neoplasias) malignos de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	4078	5%
Tumores (neoplasias) malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	9322	10%
Tumores (neoplasias) malignos (primarios) de sitios múltiples independientes	0	0%
Tumores (neoplasias) in situ	0	0%
Tumores (neoplasias) benignos	801	1%
Tumores (neoplasias) de comportamiento incierto o desconocido	5629	6%
Total	90572	100%

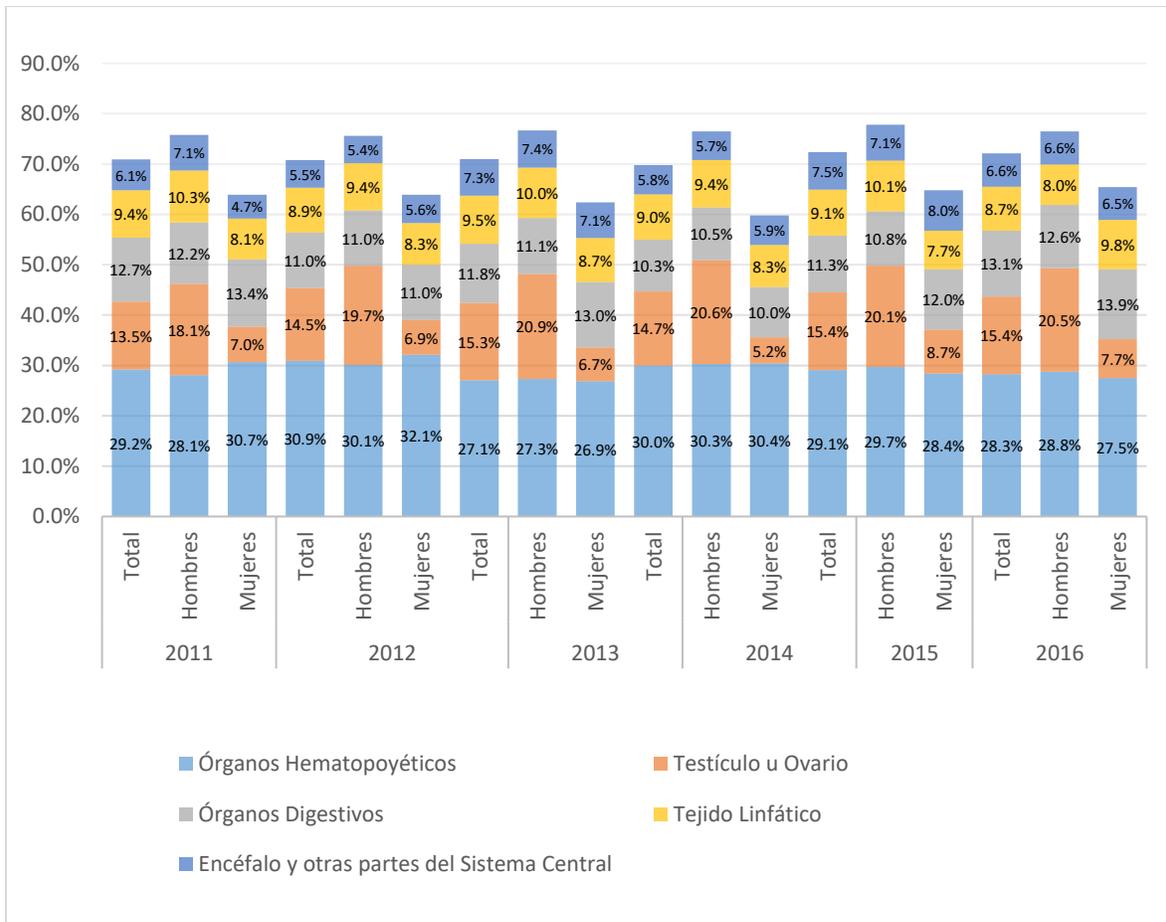
Fuente: Elaboración propia, con base al conjunto datos de "Mortalidad General" del INEGI y utilizando la clasificación "CIE-10" (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019)

Es necesario recalcar que de las defunciones registradas en el año 2017, 44,333 decesos correspondieron a varones, mientras que 46,238 lo fueron para mujeres, no observándose grandes diferencias de manera general, pero si en cuanto a la mortalidad por distintos tipos de cáncer.

Siguiendo con los datos obtenidos hasta el año 2016, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018, págs. 4-6) destaca que, en grupos de edad de 18 a 29 años, la mortalidad por leucemia (tipo de cáncer de órganos hematopoyéticos), cáncer en órganos digestivos y cáncer en el encéfalo es mayor en hombres que en mujeres,

aunque no presentando diferencias porcentuales muy marcadas. En cambio, la mortalidad por tumores malignos en testículos despega con un 20.5% respecto al 7.7% en cáncer de ovarios, lo cual significa que por 2 varones fallecidos, existe una defunción femenina.

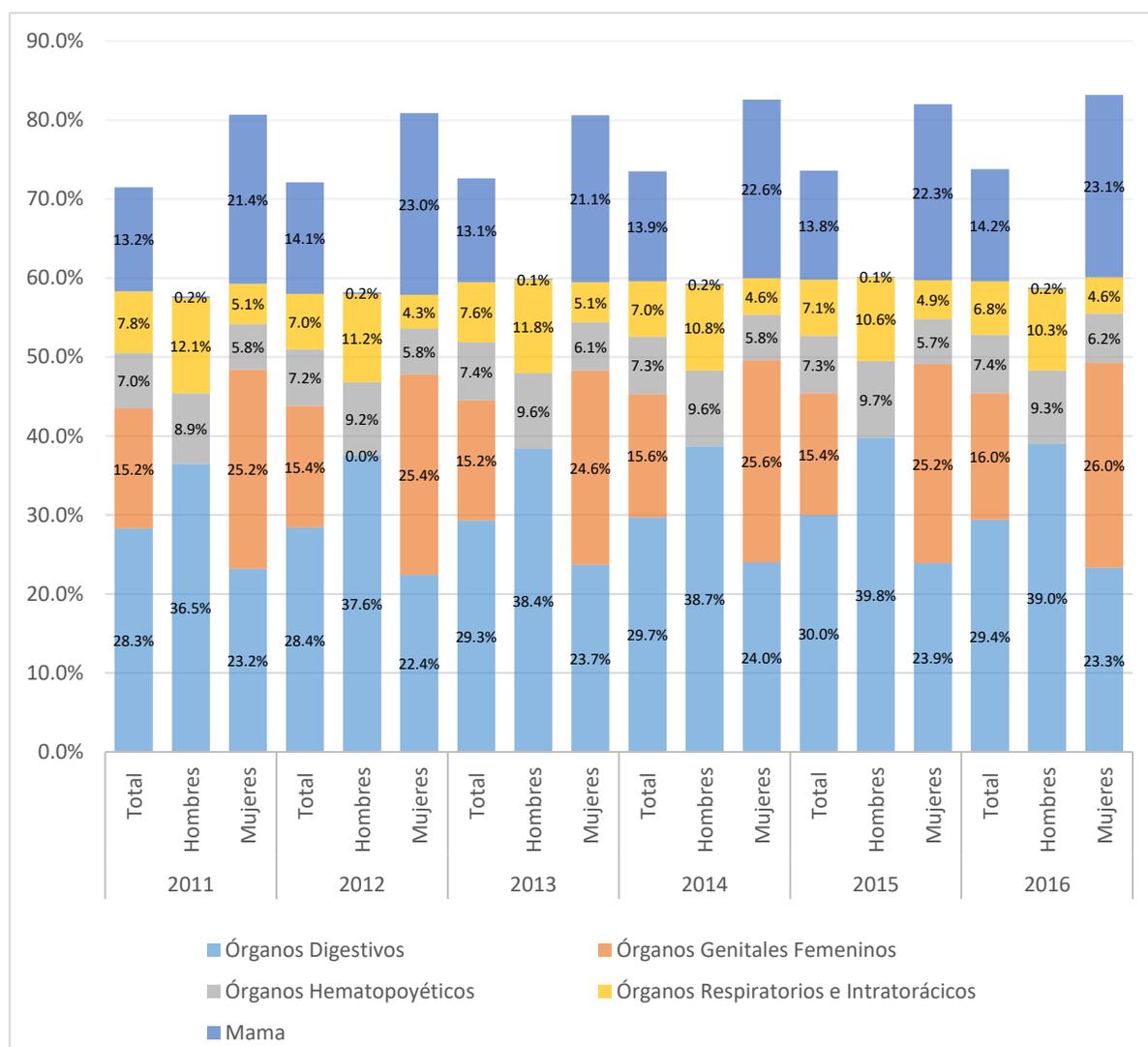
Ilustración 5. Porcentaje de muertes observadas para los cinco principales tumores malignos en la población de 18 a 29 años según sexo.



Fuente: Elaboración propia, con base a “Estadísticas de Mortalidad” y utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10, INEGI, 2018 en “Estadísticas a Propósito del Día Mundial Contra el Cáncer (4 de febrero)”.

Por otro lado, de acuerdo con los mismos datos recabados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018, págs. 6-9) en el grupo de edad de la población que va de los 30 a 59 años encontramos que la mortalidad por tumores malignos en órganos digestivos en hombres supera hasta por 13 puntos porcentuales en lo referente a las defunciones respecto a las mujeres.

Ilustración 6. Porcentaje de muertes observadas para los cinco principales tumores malignos en la población de 30 a 59 años según sexo

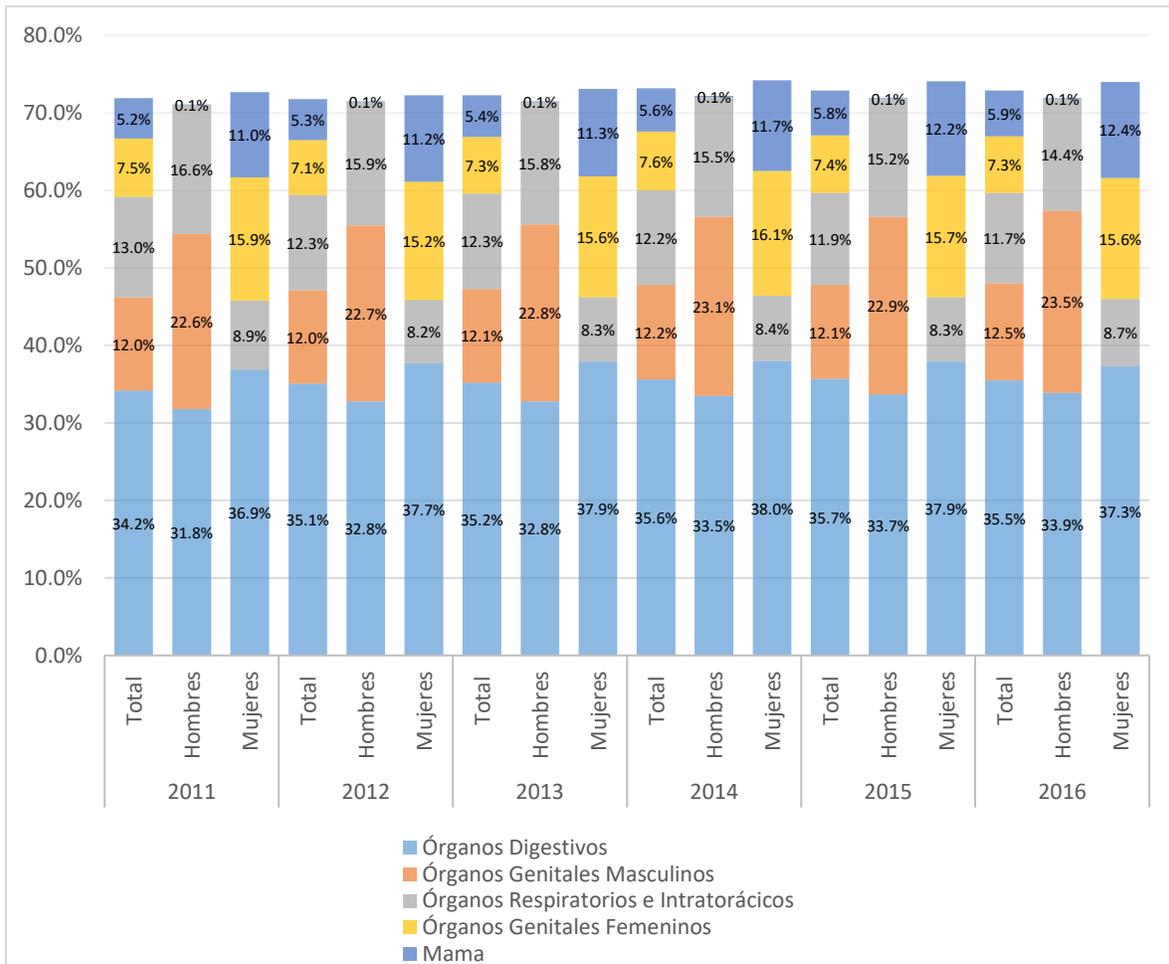


Fuente: Elaboración propia, con base a "Estadísticas de Mortalidad" y utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10, INEGI, 2018 en "Estadísticas a Propósito del Día Mundial Contra el Cáncer (4 de febrero)".

También, en la mortalidad del grupo de edad de 60 años o más, encontramos una prevalencia del cáncer en órganos genitales masculinos (23.5%) respecto al cáncer en órganos genitales femeninos (8.7%), significando una diferencia porcentual del 14.8% (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018, págs. 9-11).

Es importante señalar y como más adelante se detallará, que en la actualidad el cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos en México.

Ilustración 7. Porcentaje de muertes observadas para los cinco principales tumores malignos en la población de 60 años y más según sexo



Fuente: Elaboración propia, con base a "Estadísticas de Mortalidad" y utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10, INEGI, 2018 en "Estadísticas a Propósito del Día Mundial Contra el Cáncer (4 de febrero)").

Debido a este escenario nacional, es necesario analizar las causas de las escasas acciones gubernamentales en materia de prevención y atención, así como control del cáncer en el sexo masculino, para su probable integración a un "Programa Gubernamental de Acción Especifico para la Prevención y Atención del Cáncer en Varones".

Este análisis nos permitirá atender y revisar los factores culturales, ideológicos y políticos para tener una mayor comprensión de la enfermedad, y encaminar acciones enfocadas a su atención.

La mujer a lo largo de la historia ha sido un sector vulnerable y desprotegido que poco a poco ha ido logrando reconocimiento de diferentes derechos, entre los que destaca el derecho a la protección de la salud. Actualmente, encontramos una serie de programas y acciones gubernamentales enfocadas a prevenir y atender el cáncer en la mujer, sumado a campañas informativas en diferentes medios de comunicación, lo cual ha constituido un avance en la lucha contra esta enfermedad en este sector de la población, por ello la importancia de traducir esta experiencia a grupos específicos como los varones, ya que hemos analizado su incidencia (ver Ilustración 6, 7 y 8).

Con lo anterior no se pretenden descalificar las acciones y programas que atienden el cáncer en la mujer, sino incentivar a través de las metas de inclusión e igualdad establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, a atender los problemas de salud específicos que también afectan a los hombres (en especial el cáncer) dado que el aumento de este padecimiento debe ser de interés público, debido a su alta incidencia e incremento en este sector poblacional.

Cabe destacar que un pronto diagnóstico y una adecuada atención pueden disminuir la mortalidad debido al cáncer, por lo cual la implementación de programas gubernamentales traducidos en acciones específicas serán determinantes para la atención de este problema, con lo cual, los varones tendrán garantizado su derecho a la salud a través de la prevención, atención y control del cáncer.

2.2.2. Proyecciones sobre mortalidad por cáncer en varones en México

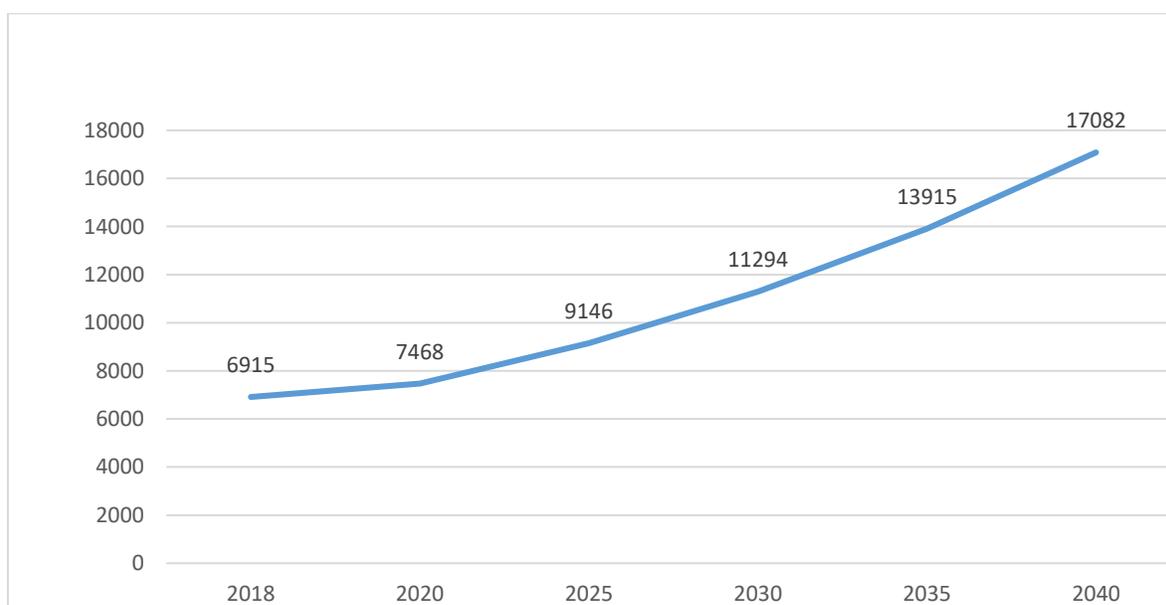
Como se ha hecho mención en anteriores párrafos, se proyecta que la mortalidad por cáncer vaya en aumento durante los siguientes años, adquiriendo una relevancia particular sobre la demanda y utilización de servicios de salud, lo cual conlleva a un rebaso considerable en la capacidad de respuesta institucional para atender las necesidades de atención médica especializada de la población, repercutiendo en la calidad de la misma” (Tirado, Vela, & Mohar, 2003, pág. 9).

Conforme a datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (2015), “el cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos con un 16% de incidencia en México”.

Clasificado como un tumor maligno de los órganos genitales masculinos, tan solo en el año 2017, de acuerdo con datos del INEGI, se registraron un total de 6, 676 defunciones en varones por tumores malignos en la próstata.

A través de datos recabados por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud, se espera que las muertes por tumores prostáticos sigan aumentando en el transcurso de los siguientes años en nuestro país, principalmente en aquellos grupos de edad avanzada:

Ilustración 8. Número estimado de muertes por cáncer de próstata en varones de México (2018-2040)



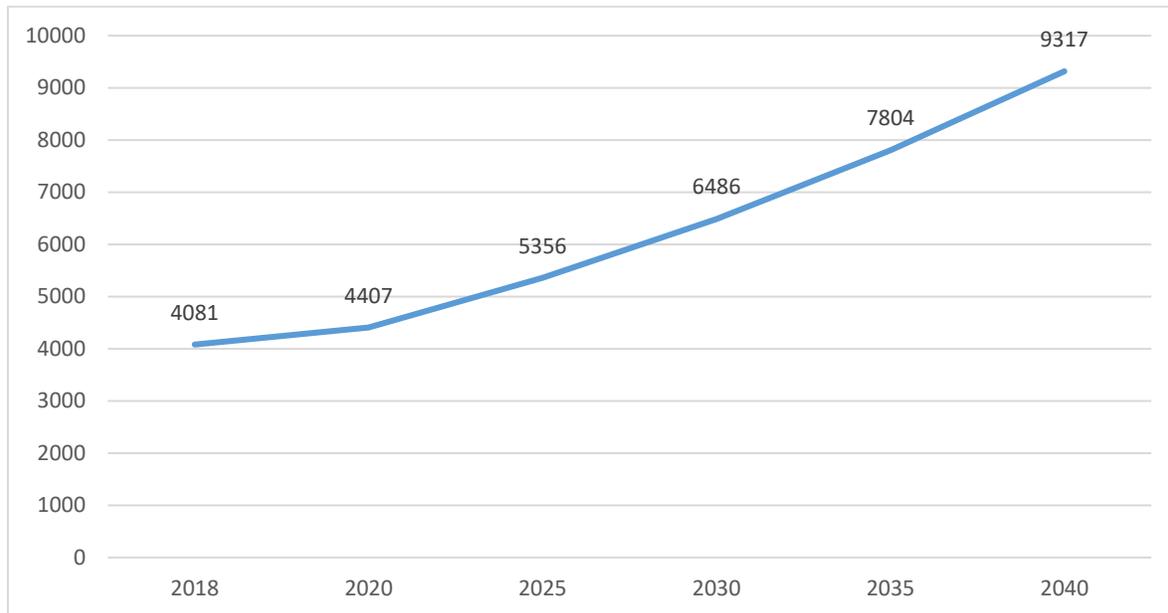
Fuente: Elaboración propia, con base a información de Cancer Tomorrow (Mortalidad e Incidencia) de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (2018).

En otro orden de ideas, las defunciones por tumores malignos de los bronquios o del pulmón (como aquellos tumores de los órganos respiratorios e intratorácicos), tienen una mayor incidencia en hombres que en mujeres, duplicándose las cifras en el primer grupo poblacional, con un total de 4, 217 defunciones registradas en varones y 2, 639 por el lado de las féminas (esto, acorde a estadísticas de “Mortalidad General” del INEGI en el año 2017).

El panorama también resulta poco alentador, ya que remitiéndonos a estadísticas de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer, se espera que en los

siguientes años las defunciones en varones relacionadas solamente a tumores del pulmón vayan en aumento, duplicándose las cifras en un lapso de 20 años.

Ilustración 9. Número estimado de muertes por cáncer de pulmón en varones de México (2018-2040)



Fuente: Elaboración propia, con base a información de Cancer Tomorrow (Mortalidad e Incidencia) de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (2018).

De acuerdo a Nancy Reynoso y Juan Alejandro Torres (2017, pág. 11) “las principales neoplasias causantes de mortalidad para 2014 en población femenina fueron cáncer de mama (15.3%), cérvico-uterino (10.4%), hígado y vías biliares (8.0%) y estómago (7.0%), en hombres, próstata (16.7%), tráquea, bronquios y pulmón (11.3%), estómago (8.1%) e hígado y vías biliares (7.9%) fueron los que mayormente provocaron fallecimientos”.

Revisando la situación de los varones y a manera de prospectiva, ambos autores hacen hincapié en lo siguiente:

“...en el caso de los hombres se presenta un cambio en la principal causa, siendo desde el año 2005 el cáncer de próstata, previéndose que para 2020 llegue a una tasa de 11.5 por 100,000 hombres y siendo el segundo motivo de fallecimientos el cáncer de pulmón...” (Reynoso & Torres, 2017, pág. 12).

Ante el aumento de este tipo de neoplasias, resulta necesario implementar planes y programas enfocados a dar una respuesta institucional ante un problema de salud pública presente y, que como la evidencia lo señala, seguirá aumentando en los siguientes años.

2.2.3. Factores de riesgo del cáncer en varones

Un factor de riesgo es definido como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (Organización Mundial de la Salud, 2016b).

Como se ha mencionado anteriormente, la incidencia de cáncer presenta aspectos propios tanto para hombres y mujeres, incluso dentro de los distintos grupos de edad en cada género.

En relación con el género, las incidencias más frecuentes en los hombres son el (cáncer) de pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago y próstata; y para las mujeres, de mama, pulmón, estómago, colon-recto y cuello uterino (INEGI, citado por Ortiz, Reyes, Grajales, & Tenahua, 2013, pág. 4).

Para el caso de los varones, los factores de riesgo varían dependiendo del tipo de cáncer, respondiendo a múltiples circunstancias, como lo pueden ser la edad, estilo de vida, consumo de tabaco, consumo de alcohol, entre otras cuestiones.

Tabla 7. Factores de Riesgo de Cáncer

Factores de riesgo relacionados con la conducta	Factores de riesgo ambientales	Factores de riesgo biológicos	Factores de riesgo hereditarios
-Consumo de tabaco. -Consumo de alcohol. -Consumo de alimentos poco saludables. -Sobrepeso. -Falta de actividad física.	-Radiación UV. -Exposición pasiva al humo del tabaco. -Contaminación. -Pesticidas. -Otras toxinas.	-Sexo. -Raza o grupo étnico. -Edad. -Color de la tez.	-Mutaciones génicas específicas que se heredan de los padres.

Fuente: Elaboración propia, con base en “Factores de Riesgo de Cáncer”(MD Anderson Center, s.f.).

Las neoplasias y mortalidad atribuibles al consumo del tabaco se han convertido en una realidad y en un problema de salud pública en la actualidad, presentando una mayor incidencia y mortalidad de cáncer en órganos respiratorios e intratorácicos (pulmón, laringe, boca, faringe y esófago) en varones de los grupos de edad de 30 a 59 años y de 60 años y más, donde incluso, el porcentaje de muertes observadas en hombres duplica al de las mujeres, encontrando así una razón de género en este tipo de enfermedad (Revisar ilustración 7 y 8).

Por otro lado, acorde a lo establecido por la Secretaría de Salud (2018b), “se estima que 90 por ciento de los carcinomas que afectan principalmente en boca y laringe están relacionados con el consumo de tabaco y alcohol”.

En este caso, se sugiere que aquellas personas que ingieren bebidas alcohólicas, de acuerdo con informes de la misma Secretaría, duplican el riesgo de padecer esa enfermedad respecto de aquellas personas que no tienen este tipo de hábitos.

Por lo tanto, el consumo de alcohol se encuentra asociado a distintos tipos de cáncer, entre los cuales destacan los de boca y garganta, laringe, esófago, colon y recto e hígado, los cuales tienen altas tasas de mortalidad en varones (Revisar Ilustración 7 y 8).

Es preciso mencionar que el desarrollo de cáncer atribuible al consumo de tabaco y alcohol es una de las enfermedades más prevenibles (especialmente en cuanto a su progresividad y mortalidad), ya sea inhibiendo o disminuyendo el uso de los mismos o adoptando estilos de vida más saludables.

Además, debido a la transición demográfica que atraviesa nuestro país (Revisar Ilustración 4), se espera que en los próximos años la edad avanzada se convierta en uno de los factores de riesgo que podrían provocar una mayor incidencia de tumores malignos y mayor mortalidad por cáncer de próstata en el caso de los varones (Revisar Ilustración 9).

En relación con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (2018b) recalca lo siguiente:

“El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir con la edad”.

De igual manera, ante esta transición demográfica que se espera en los siguientes años, resulta necesario idear mecanismos gubernamentales que sepan dar respuesta a los problemas de salud (en especial el tema del cáncer) en los grupos poblacionales de edad mayor a los 50 años, ya que como las estadísticas lo sugieren, son donde se da una mayor concentración de nuevos casos de distintos tipos de cáncer, especialmente el de próstata.

Por último, en referencia al cáncer de próstata y desde una perspectiva por género, la construcción social de la masculinidad a lo largo de la historia posibilita la existencia de mayores tasas de mortalidad y morbilidad de esta enfermedad en la población masculina, al no existir una cultura preventiva, ausencia de hábitos saludables, resistencia a la revisión periódica y al haber una fuerte carga de prejuicios hacia los modos de diagnóstico, tratamiento y control de este tipo de neoplasias.

Al respecto, Carlos Fonseca (2005, pág. 146), menciona que en la mayoría de los casos, “descubrir tardíamente un cáncer de próstata es consecuencia de la negación de los hombres de ser revisados por un proctólogo”.

De tal forma, la difusión de información veraz y oportuna deberá convertirse en uno de los ejes transversales de cualquier estrategia enfocada a la prevención y atención del cáncer de próstata (y de cualquier otro tipo), incluyendo un análisis y control de los distintos factores de riesgo.

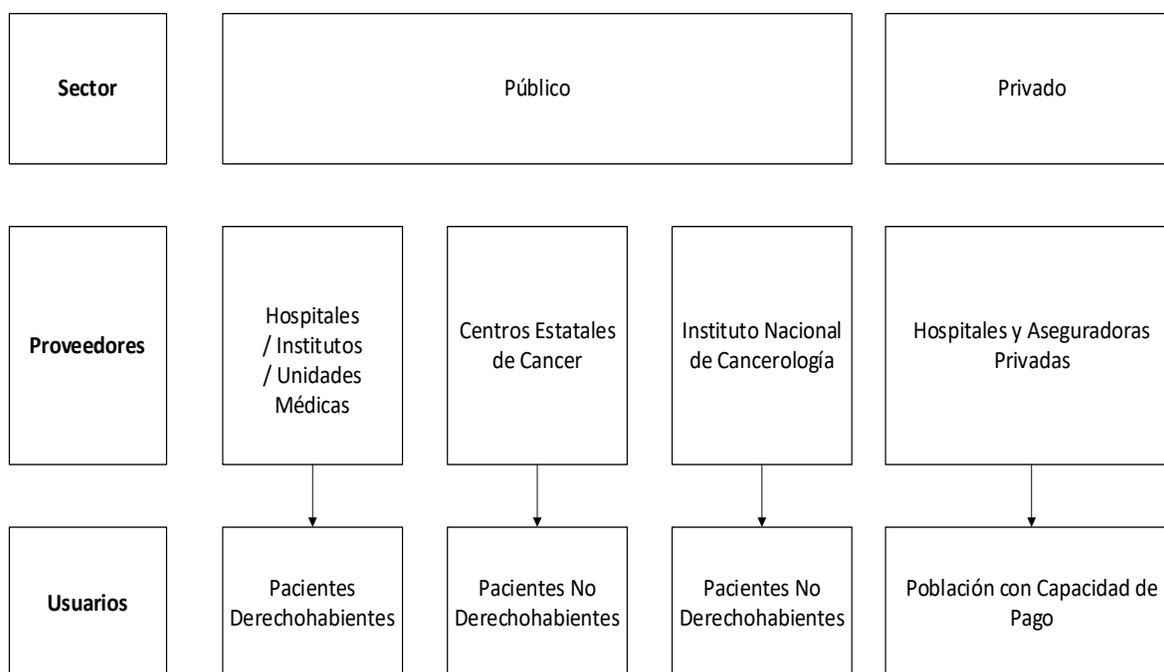
La evidencia demuestra que nos encontramos ante problema de salud pública que requiere intervención gubernamental, donde si bien han existido acciones enfocadas a atender tal problemática, estas han resultado ineficientes y carecen de estrategias para afrontar (principalmente en cuanto a su prevención) el cáncer en varones en escenarios

futuros, esto último, pese a que las tendencias señaladas anteriormente, indican un incremento en la incidencia y mortalidad de tal enfermedad.

2.3. Instituciones de salud especializadas en la atención del cáncer en México

Como se ha mencionado en anteriores apartados, México cuenta con un sistema de salud mixto, que para el caso de la atención al cáncer se encuentra conformado también por un sector público y un sector privado.

Ilustración 10. Sistema de Salud para la atención al cáncer



Fuente: Elaboración Propia.

La prestación de los servicios de salud en referencia al cáncer varía dependiendo del grupo beneficiario³ (población asegurada), y como se puede notar, también en relación con su poder adquisitivo.

“El término población asegurada en México se refiere a toda aquella cubierta por un subsistema de seguridad social o bien por el Seguro Popular. Las empresas

³ Es preciso señalar que en México, toda persona menor a 18 años contará con financiamiento gratuito para todo tipo de cáncer (en cuanto a diagnóstico y tratamiento), esto, acorde a lo establecido en el Programa de Acción Específico “Cáncer en la Infancia y la Adolescencia 2013-2018”.

privadas también proveen parte de la cobertura, aunque las aseguradoras cubren a una pequeña proporción de la población mexicana” (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2016, pág. 64).

A pesar de la visualización y detección del cáncer en la población masculina, las instituciones de salud pública no han sabido responder y ofertar servicios especializados ante un creciente problema de salud en tal grupo poblacional pese a la evidencia existente, reflejándose la incapacidad e inacción del Estado para generar políticas y programas específicos enfocados al cáncer en varones, lo que pone en riesgo la salud de quienes integran tal sector.

La falta de políticas y programas específicos en materia de prevención, atención y control del cáncer en la población masculina evidencian la falta de respuesta gubernamental y del sector público salud ante una enfermedad que tiene una alta incidencia y mortalidad en la actualidad, traduciéndose esto, en un impacto económico y financiero a aquellas instituciones de salud públicas en México.

2.3.1. Sector Público

De acuerdo con Joaquín López Bárcenas (citado por Díaz, 2018), en México actualmente existen cerca de 2,535 especialistas en cáncer (entre cirujanos, oncólogos médicos, radio oncólogos, oncólogos pediatras y ginecólogos oncólogos), de los cuales solo 1,731 cuentan con una certificación vigente.

Pese a no contar con un registro de incidencia del cáncer en México, se puede deducir el déficit de este personal especializado ante una población que asciende en la actualidad a más de 120 millones de habitantes en la actualidad, sumado a las altas tasas de mortalidad por neoplasias malignas registradas (tanto en varones y mujeres) en años recientes.

Para dimensionar lo anterior, si contrastamos el total de 1,731 especialistas en cáncer con certificación vigente, ante los 119, 938, 473 de habitantes que se tenían registrados en México (conforme a cifras de la “Encuesta Intercensal 2015” realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015), obtenemos una razón de 15

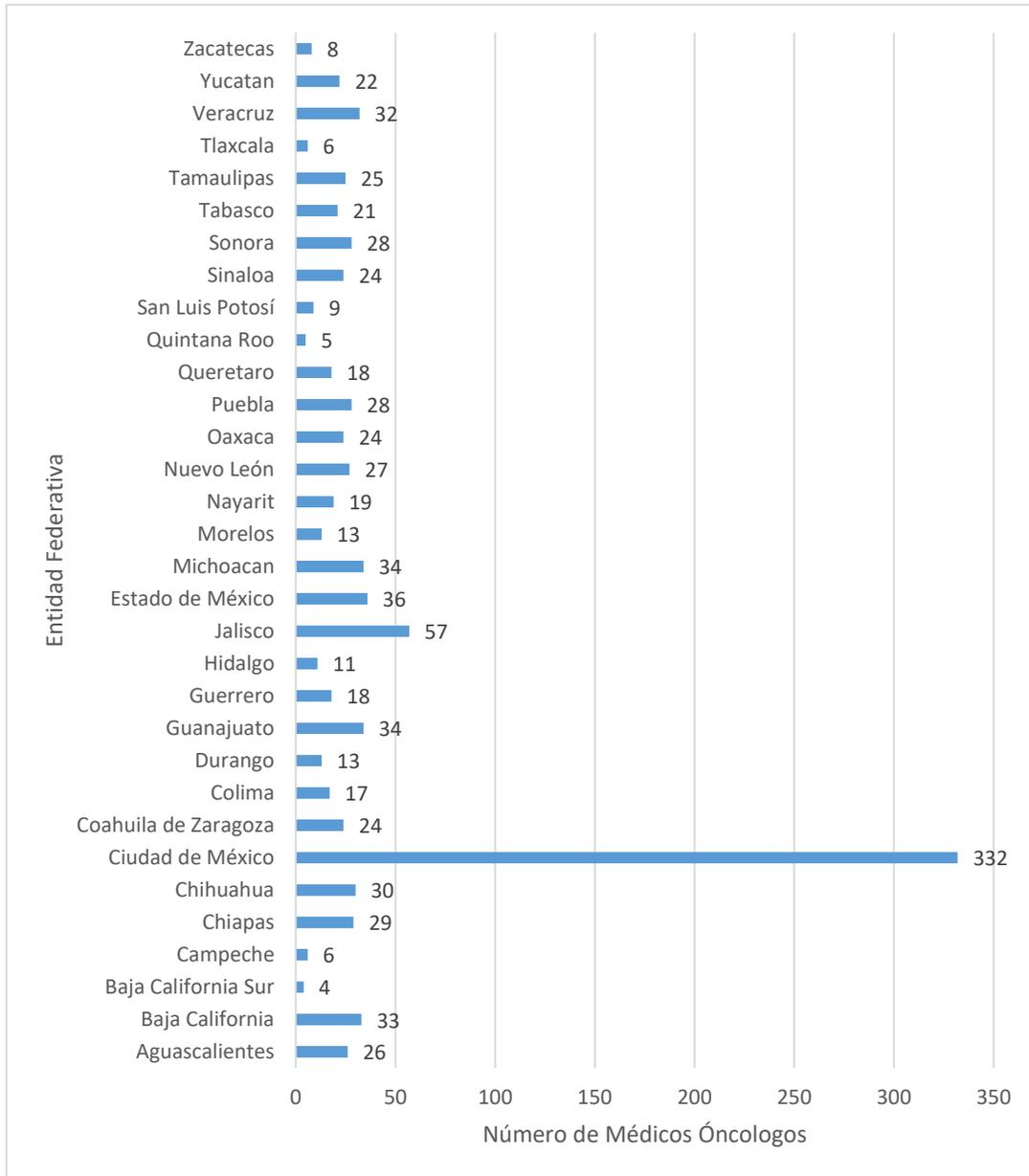
especialistas en oncología por cada 1, 000, 000 de habitantes, cifra, que como se ha mencionado, puede resultar insuficiente para dar atención oportuna a tal tamaño de población.

Asimismo, la aún no puesta en marcha de un “Registro Nacional del Cáncer”, supone grandes problemas para el Sector Público Salud, ya que no se pueden prever las necesidades de formación y capacitación de recursos humanos especializados para atender distintos tipos de neoplasias, así como para mantener una vigilancia epidemiológica de tal enfermedad entre la población, ya sea a través de registros o bases de datos que se deberían mantener constantemente actualizadas.

“Los registros poblacionales de cáncer son actividades de bajo costo fundamentales en cualquier programa de control del cáncer, puesto que solamente a través de ellos es posible conocer la incidencia real de cáncer, proceso que, a su vez, posibilita estimar la magnitud de la carga de enfermedad y predecir su evolución, realizar investigación etiológica y de prevención, recopilar información sobre prevalencia de factores de riesgo y su tendencia, y evaluar el desempeño y la calidad de los servicios de tamizaje, detección temprana, tratamiento y cuidado paliativo” (Weir, Berg y Belloni, citados por Arias O, 2013, pág. 128).

Por otro lado, Gregorio Quintero (citado por Miranda, 2018)) señala que la centralización de cerca de un 40% de médicos especialistas oncológicos en grandes ciudades (principalmente en la Ciudad de México), supone otro de los grandes problemas para dar una cobertura adecuada a tal enfermedad en otras entidades federativas, pese a que estas cuenten con hospitales, unidades o centros estatales especializados en tal padecimiento.

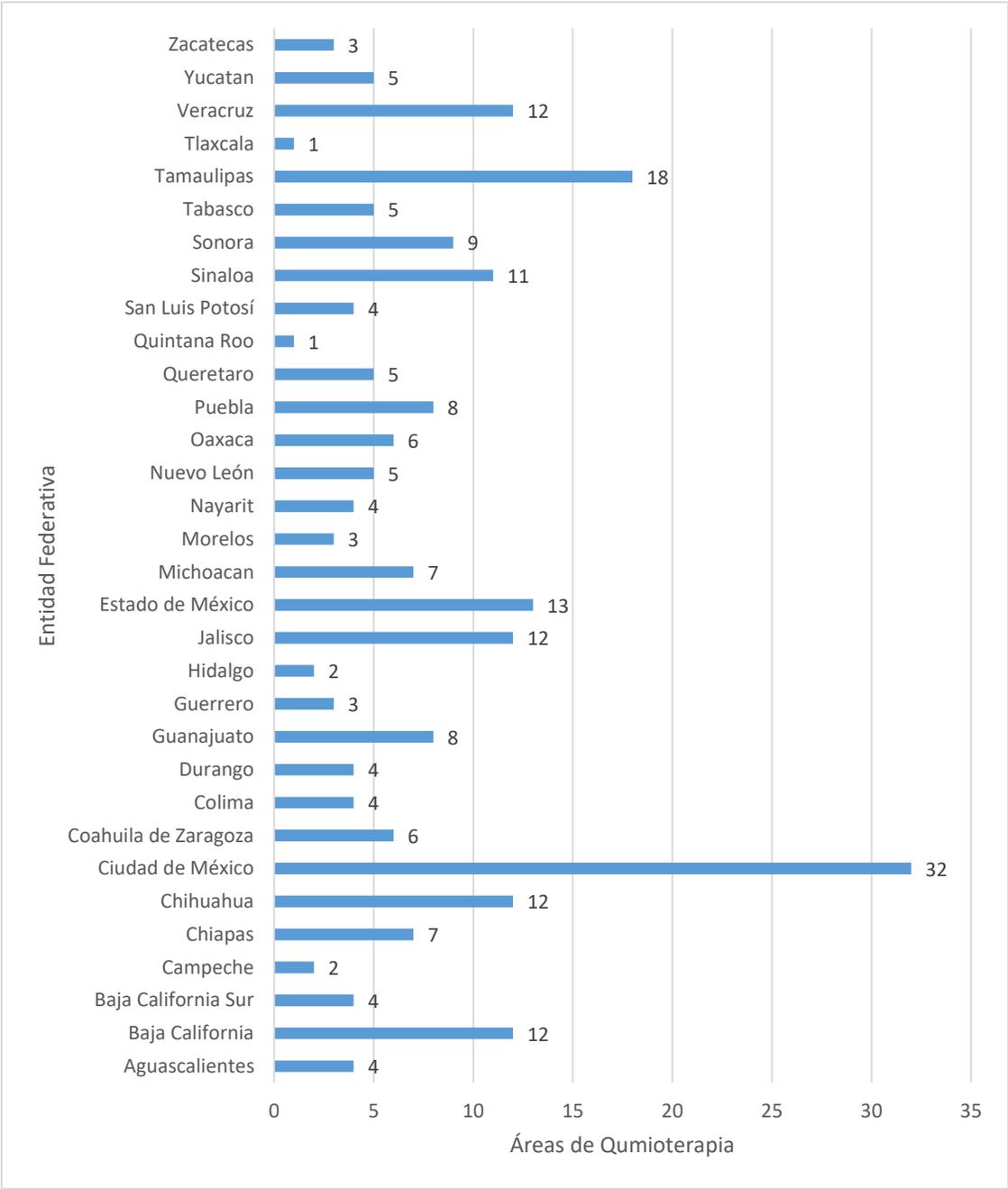
Ilustración 11. Número de médicos oncólogos por Entidad Federativa (adscritos al Sector Público Salud)



Fuente: Elaboración propia, con base al Catálogo "Recursos en salud 2017" del Modelo de Gobierno de Información en Salud (Dirección General de Información en Salud, 2018).

La tendencia a la centralización se refleja, aunque en menor medida, en los recursos destinados a atender al cáncer, en este caso, en aquellas “áreas de quimioterapia” dentro de los hospitales o unidades del sector salud público. De esta manera, la Ciudad de México se convierte en aquella entidad federativa que concentra más áreas de quimioterapia:

Ilustración 12. Distribución de "Áreas de Quimioterapia" por Entidad Federativa (Sector Público Salud)



Fuente: Elaboración propia, con base al Catálogo "Recursos en salud 2017" del Modelo de Gobierno de Información en Salud (Dirección General de Información en Salud, 2018).

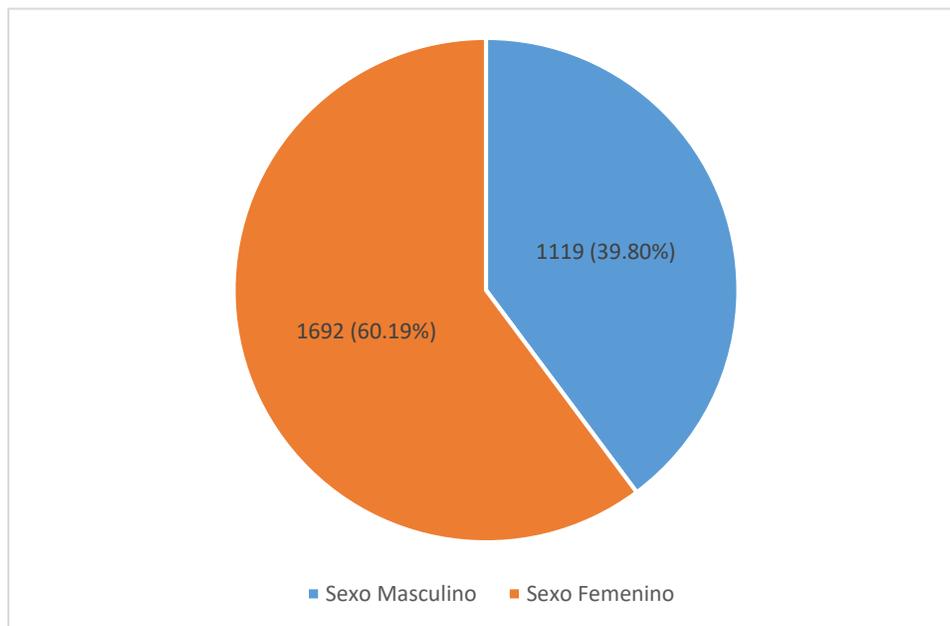
Por otro lado, actualmente encontramos una “Red Nacional de Centros Estatales de Cancerología”, conformada por hospitales, institutos y unidades médicas, los cuales se encuentran distribuidos en distintas entidades federativas del país.

Es importante señalar que el Instituto Nacional de Cancerología (InCan), será aquella instancia coordinadora de la red ya mencionada, “con lo cual se ofrece una posibilidad única para diseñar programas y estrategias comunes para un mejor control del cáncer de carácter nacional y alcanzar un impacto nacional al mejorar la prevención y la detección temprana reduciendo la morbilidad del cáncer en México” (Juntos Contra el Cáncer, 2018).

El Instituto Nacional de Cancerología, será aquel organismo descentralizado, dependiente de la Secretaría de Salud, que brinda atención médica oncológica a través de acciones enfocadas a aquellos pacientes no derechohabientes de la seguridad social.

Con estadísticas del año 2016, los pacientes de nuevo ingreso en el Instituto Nacional de Cancerología en tal fecha sumaron un total de 2,811 de los cuales 1,692 correspondieron al sexo femenino y 1,119 al sexo masculino.

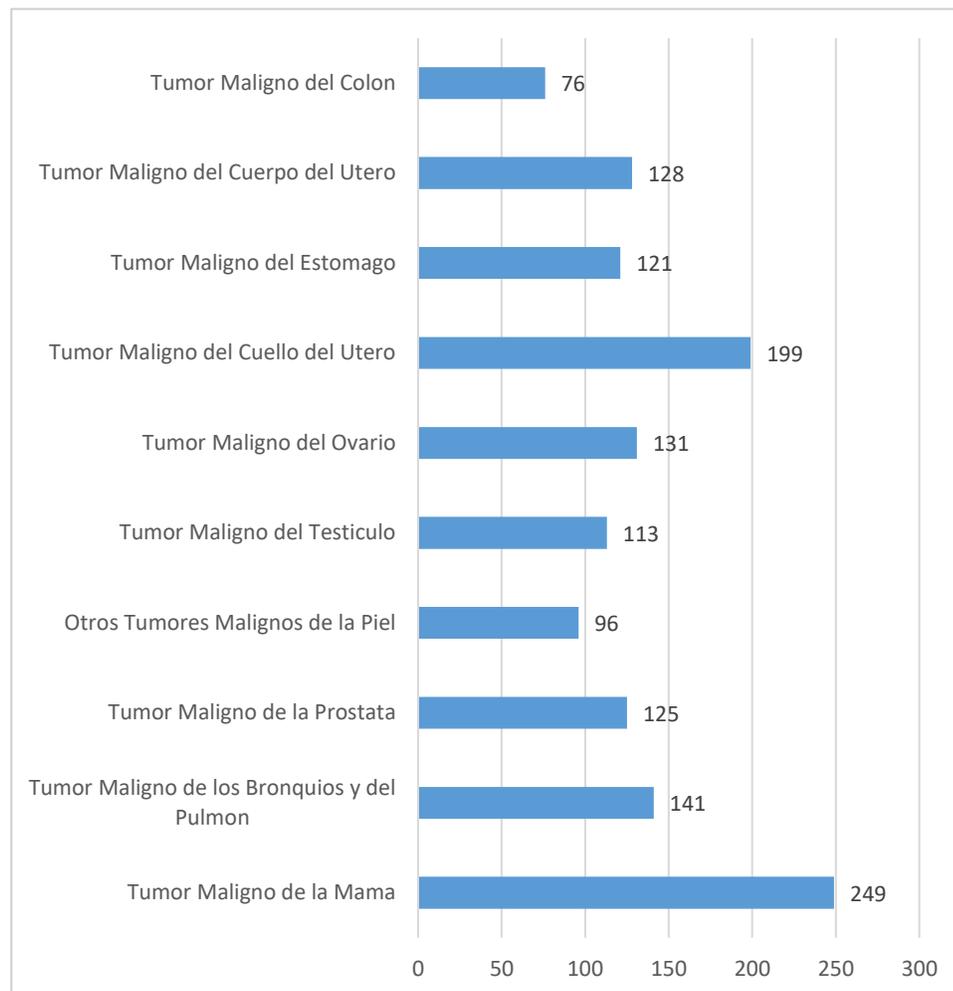
Ilustración 13. Pacientes de nuevo ingreso en el Instituto Nacional de Cancerología (2016)



Fuente: Elaboración propia, con base a "Pacientes de Nuevo Ingreso" (Instituto Nacional de Cancerología, 2017).

En el mismo periodo, la distribución de los 10 tipos de neoplasias malignas más frecuentes en aquellos nuevos pacientes llegó a representar el 49% del total de ingresos en tal año dentro del mismo Instituto:

Ilustración 14. Neoplasias más frecuentes en pacientes de nuevo ingreso al Instituto Nacional de Cancerología (2016)



Fuente: Elaboración propia, con base a "Pacientes de Nuevo Ingreso" (Instituto Nacional de Cancerología, 2017).

Si bien, el Instituto Nacional de Cancerología se ha vuelto un referente en cuanto a la atención a aquellos pacientes no derechohabientes, el porcentaje de la población enferma que tiene accesibilidad y se encuentra cubierta por este tipo de servicio es mínima. La falta de atención eficiente en cuanto a la accesibilidad y cobertura en tal Instituto es una realidad que se reproduce en las instituciones de salud especializadas en cáncer en todo el país.

La "Red Nacional de Centros Estatales de Cancerología" surge como un esfuerzo para descentralizar los servicios oncológicos en el país, facilitando el acceso a los mismos a la población que reside en tales entidades federativas.

Sin embargo, estados como Hidalgo, Morelos, Quintana Roo, Tlaxcala y Zacatecas, no cuentan con hospitales, unidades o centros estatales enfocados a atender el cáncer para sus respectivas poblaciones.

La siguiente tabla, muestra la distribución por entidad federativa, de aquellos Centros Estatales, Hospitales, Unidades e Institutos enfocados a atender el cáncer:

Entidad Federativa	Centro Estatal, Hospitales, Unidades y/o Institutos
Aguascalientes	Hospital "Miguel Hidalgo"
Baja California Norte	Coordinador de Hospitales de la Secretaría de Salud de Baja California
	Unidad de Especialidades Médicas UNEME
Baja California Sur	Centro Estatal de Oncología "Dr. Rubén Cardoza Macías"
Campeche	Centro Estatal de Oncología de Campeche
Chiapas	Centro Estatal de Cancerología de Chiapas
	Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas
	Hospital Regional de Alta Especialidad de Chiapas "Ciudad Salud"
Chihuahua	Centro de Cancerología de Chihuahua
Ciudad de México	Hospital Juárez de México
	Hospital General de México
	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"
Coahuila	Hospital Universitario de Saltillo "Dr. Gonzalo Valdés"
Colima	Centro Estatal de Cancerología de Colima
Durango	Centro Estatal de Cancerología de Durango
Estado de México	Centro Oncológico Estatal del ISSEMYM
Guanajuato	Hospital General Regional de León
	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío
Guerrero	Instituto Estatal de Cancerología de Guerrero Dr. Arturo Beltrán Ortega"
Jalisco	Instituto Jalisciense de Cancerología
	Hospital Civil de la S.S.A. Jalisco
	Hospital General de Occidente S.S.A. Jalisco

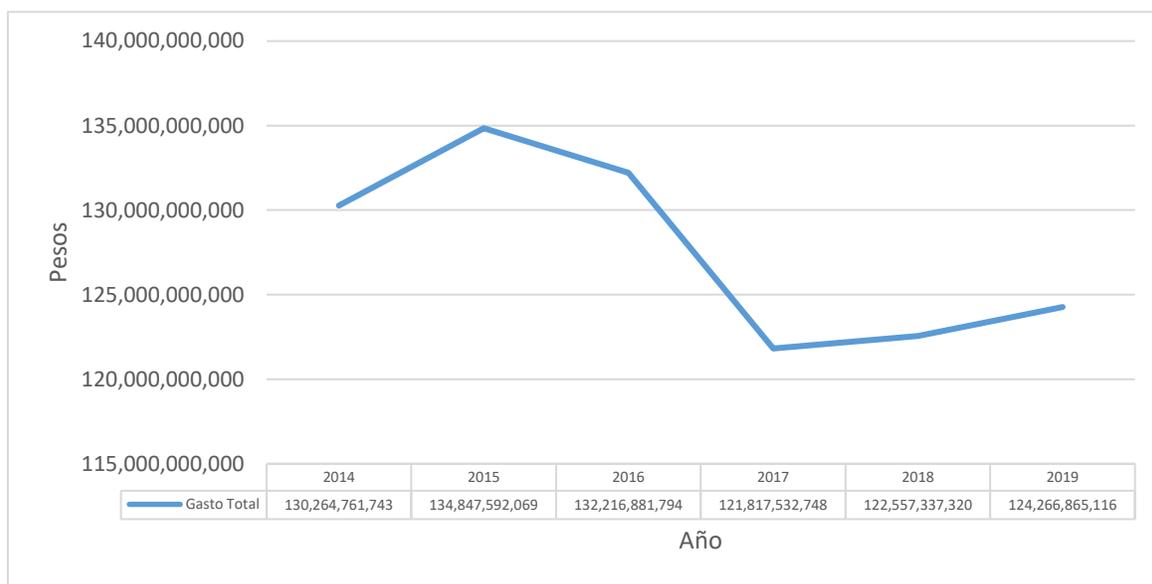
Entidad Federativa	Centro Estatal, Hospitales, Unidades y/o Institutos
Michoacán	Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia
Nayarit	Centro Estatal de Cancerología de Nayarit
Nuevo León	Centro Universitario contra el Cáncer, Hospital Universitario "Dr. José E. González"
Oaxaca	Centro de Oncología y Radioterapia de Oaxaca
	Hospital Regional de Alta Especialidad
	Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso"
Puebla	Unidad de Oncología de los Servicios de Salud
	Hospital Universitario de Puebla - Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Querétaro	Hospital General de Querétaro S.S.A
San Luis Potosí	Centro Potosino contra el Cáncer
Sinaloa	Centro Estatal de Cancerología de Culiacán
	Hospital General de la S.S.A. de Culiacán
	Hospital Oncológico del Estado de Sonora
Tabasco	Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús"
Tamaulipas	Centro Oncológico de Tamaulipas
Veracruz	Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa"
Yucatán	Centro Anticanceroso de Mérida
	Hospital de Alta Especialidad de la Península de Yucatán
	Hospital O'Horan de la Secretaría de Salud

Finalmente, cabe mencionar que pese a la prevalencia del cáncer entre la población mexicana, así como la creciente mortalidad por algunos tipos de neoplasias malignas, en años recientes los recortes presupuestales al sector salud han sido frecuentes.

Lo anterior, se puede traducir en la ausencia de acciones y falta de cumplimiento de metas y objetivos contenidos dentro de los distintos programas y estrategias enfocadas a prevenir, controlar y atender el cáncer, con la subsecuente falta de financiamiento a los hospitales de alta especialidad, a la nula construcción de nueva infraestructura, a deficiencias en la adquisición de nuevos equipos e insumos para hacer

frente a tal enfermedad y a la falta de capacitación y formación de personal especializado en oncología.

Ilustración 15. Comportamiento del Gasto Total Destinado al "Ramo 12 Salud" conforme a los Presupuestos de Egresos de la Federación⁴ 2014-2019 (Análisis Funcional Programático Económico)



Fuente: Elaboración propia, con base a información de los "Presupuestos de Egresos de la Federación"⁴ (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2014-2019).

Pese a que la atención al cáncer en México no ha sido abandonada, no hay información que nos indique un cambio de rumbo para atender este problema de Salud pública (principalmente en varones), no únicamente en materia presupuestaria, sino también en planeación, esto, al no existir indicios de políticas, planes o programas enfocados a tal enfermedad, principalmente en el ámbito preventivo.

Además, como se ha reiterado en diversas ocasiones, la alta demanda de servicios oncológicos por parte de la población rebasa la capacidad de respuesta gubernamental ante un problema de salud pública que va en crecimiento, habiendo un déficit en lo referente a la atención y control del cáncer en varones desde el sector público

⁴ El **Presupuesto de Egresos de la Federación**, es aquel documento de política pública elaborado por el Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en el que se describen la cantidad, la forma de distribución y el destino de los recursos públicos de los tres poderes, de los organismos autónomos, así como las transferencias a los gobiernos estatales y municipales

salud, principalmente, respecto a la falta de acciones y campañas preventivas orientadas a combatir tal enfermedad.

2.3.2. Sector Privado

Cuando la cobertura de salud no es la adecuada en el Sector Público, los hospitales y aseguradoras privadas se erigen como una de las opciones para atender el cáncer para ciertos grupos poblacionales en México.

Empero, hoy en día no se cuenta con información o registro de aquellos hospitales privados que prestan servicios oncológicos a la población en las distintas entidades federativas del país, ni un promedio de los costos para la atención a tal enfermedad en este sector.

Sin embargo, entendiéndose el cáncer como una enfermedad que tiene un impacto psicológico y socioeconómico en quien la padece (además de quienes lo rodean), de acuerdo con Cecilia Rojas (2015) se estima que el 90% de los mexicanos no podría costear los tratamientos para el cáncer en el sector privado.

Lo anterior, debido a los elevados precios en los traslados, medicamentos, posibles cirugías, periodicidad de los tratamientos, entre otras cuestiones. De igual manera, debido a los posibles altos costes de los tratamientos enfocados a atender el cáncer en el sector privado, las aseguradoras únicamente incluyen la cobertura de esta enfermedad en los seguros de gastos médicos mayores.

Para dimensionar los costos del cáncer en este tipo de seguros financieros en el Sector Privado (en este caso el de mama en mujeres), se cuenta con la siguiente información de Seguros Monterrey New York Life (citado por Ramírez, 2017):

“...la atención de un caso de cáncer de mama puede llegar a costar en promedio de 3.5 millones a 5 millones de pesos anuales. Esto, incluyendo desde el diagnóstico, la quimioterapia y/o radioterapia si se requiere. Sólo la terapia de radiación puede costar de 100,000 a 300,000 pesos mensuales”.

Como se puede observar, si bien los seguros de gastos médicos mayores son una opción para atender la enfermedad del cáncer, estos escapan del poder adquisitivo de la

mayoría de la población, ya que de acuerdo a datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (2016, pág. 8) sólo el 8.8% de la población en México cuenta con este tipo de productos.

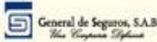
Lo expuesto en el párrafo anterior, pone en evidencia que el cáncer, más allá de ser un problema único y exclusivo de salud pública, termina por convertirse en un problema económico, que varía dependiendo de la capacidad adquisitiva de la población para costear los tratamientos de dicha enfermedad.

Por lo tanto, aunque resulta cierto que hay servicios de salud y aseguradoras privadas que se ofertan como una opción para atender distintos tipos de cáncer en la población, se debe de entender que el Estado no se debe deslindar de tal función y rectoría, ya que este fungirá como aquel responsable de proteger la salud como un derecho de todo individuo y sociedad, interviniendo en la formulación de todas aquellas medidas y acciones tendientes a interferir en los procesos de salud-enfermedad, ya sea a través de sus estructuras administrativas (instituciones de salud), servicios, programas y políticas, entre otras cuestiones.

Al respecto, y como quedó plasmado en el apartado “La Salud como Derecho”, dentro de nuestra Carta Magna (en específico en el Artículo 4º Constitucional) y otra serie de tratados internacionales (DESCA: Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales) queda bien establecida la intervención del Estado en lo referente a la salud, el cual tendrá la obligación de respetar y proteger, así como de formular y cumplir, medidas tendientes al ejercicio, vigilancia y plena ejecución de este tipo de derechos.

Por último, se presentan una serie de instituciones financieras privadas que ofrecen posibilidades de tratamiento al cáncer a la población mexicana con capacidad de pago, siendo una alternativa a las ofertadas por el Sector Público Salud en México:

Ilustración 16. Instituciones Financieras Privadas que ofrecen tratamientos al cáncer

Institución financiera	Tipo de seguro	Requisitos	Cobertura	Exclusiones	Tiempo de espera
 Respaldo Seguro Bancomer contra Cáncer	Seguro de accidentes y enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de contratación 12 a 60 años. • Tener tarjeta de crédito o cuenta de cheques Bancomer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a primer diagnóstico por cáncer. • Apoyo a gastos funerarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer o enfermedad distinta a ésta. • Cáncer de piel (pre maligno). • Sarcoma de Kaposi. • Cáncer de aparato respiratorio a consecuencia de tabaquismo. • Cáncer cérico uterino in situ. • SIDA o cualquier enfermedad derivada de ésta. 	3 meses contados a partir del inicio de vigencia de la póliza o 365 días en caso de cáncer de aparato respiratorio.
 Cobertura de Cáncer Femenino	Seguro de accidentes y enfermedades	Edad de aceptación de 18 a 63 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Indemnización por diagnóstico de cáncer (aplica por neoplasia maligna en ovarios, útero o mama). • Cirugía por cáncer. • Cirugía reconstructiva por cáncer de mama. • Indemnización diaria por hospitalización (deducible de 2 días sobre el periodo de hospitalización). • Incapacidad temporal por cáncer. (Las coberturas podrán ser contratadas de manera independiente). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cánceres preexistentes. • Lesiones descritas como carcinoma in situ. • Infección oportunista y/o carcinoma maligno, si al momento de la crisis se tenía SIDA o VIH. • Cánceres a consecuencia del alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, etc. 	6 meses a partir de la fecha de emisión de la póliza.
 Seguro de Vida Familiar por Cáncer	Seguro de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de aceptación: titular y cónyuge de 18 a 55 años, hijos de 0 a 24 años. (Sin exámenes médicos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Indemnización por diagnóstico de cáncer. • Cobertura básica por fallecimiento por cáncer. La suma asegurada varía según el paquete contratado. Para menores de 12 años será como máximo de 60 SMGMDF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leucemia linfocítica crónica. • Tumor benigno o con crecimiento pre-maligno. • Cáncer de piel, excepto melanoma maligno, a menos que exista metástasis. • Tumor en presencia de VIH o SIDA. • Cáncer a consecuencia del uso o exposición a sustancias de índole nuclear o radioactiva. 	120 días naturales, contados a partir del inicio de vigencia de la póliza.

 Inburcáncer Mujer Inburcáncer Hombre	Gastos médicos mayores	Edad de contratación 12 a 64 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama, cérvico uterino, de ovario, próstata, pene, testicular. • Indemnización por diagnóstico. • Intervenciones quirúrgicas. • Reconstrucción de senos/ prótesis testicular. • Consultas psiquiátricas. • Gastos funerarios. • Servicios de asistencia médica. • Radioterapias y quimioterapias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer preexistente o diagnosticado durante el periodo de espera. • Intervenciones quirúrgicas de carácter estético (excepto prótesis testicular o reconstrucción de senos). 	120 días, contados a partir del inicio de vigencia de la póliza.
 Previcancer	Gastos médicos mayores	Edad de aceptación hasta los 64 años.	Indemnización por diagnóstico de cáncer.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades preexistentes o aquellas que ocurran durante el periodo de espera. • Enfermedades relacionadas con el SIDA. • Cáncer de piel en cualquiera de sus estadios. • Cáncer cérvico uterino en la etapa I (in situ). 	90 días posteriores al inicio de la vigencia de la póliza.
 CáncerLife	Seguro de vida	Edad de aceptación de 18 a 60 años, la edad de aceptación de los hijos del titular va de 0 a 19 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Indemnización por diagnóstico: metastásico 100%, in situ 25% y de presentarse la metástasis se pagará el 75% restante. • Cobertura por fallecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma in situ no invasivos. • Leucemia crónica linfocítica, menor de etapa III. • Cáncer de piel, excepto melanoma maligno a menos que haya metástasis. • Tumor en presencia de VIH o SIDA. 	120 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.
 Mujer Previsora. Seguro de Vida para Cáncer Femenino	Seguro de vida	Exclusivo para mujeres. Edad de aceptación de 20 a 50 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Indemnización por diagnóstico de Cáncer. • Cobertura por fallecimiento. • Anticipo por enfermedades terminales del 30% de la cobertura por fallecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leucemia linfocítica crónica. • Tumor benigno o con crecimiento pre-maligno. • Cáncer de piel, excepto melanoma maligno. • Tumor en presencia de VIH o SIDA. • Cáncer a consecuencia del uso o exposición a sustancias de índole nuclear o radioactiva. 	90 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza.

Fuente: Protégete del Cáncer (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, 2014).

Capítulo III

3. La acción gubernamental frente al problema

La toma de decisiones en el proceso de planeación tiene como propósito incidir un cambio en la realidad del país y distintos sectores de la sociedad, a través de la asignación de recursos, tiempos y delegación de responsabilidades a las distintas dependencias de la Administración Pública Federal.

En referencia al tema de la salud y la planeación, Cuauhtémoc Valdés (1987, pág. 235) advierte lo siguiente:

“El proceso de planeación de salud se ubica en el contexto de la planeación nacional del desarrollo. Se da así una concatenación y congruencia entre el Sistema Nacional de Planeación Democrática y el Sistema Nacional de Salud, y entre el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud”

Tal concatenación y congruencia, se llevará a cabo mediante aquellos objetivos, metas, estrategias y prioridades plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo, las cuales sentarán las bases para la elaboración de los distintos programas sectoriales (en lo que concierne a nuestro tema, el Programa Sectorial de Salud) de la Administración Pública Federal.

Es decir, se considerará al Plan Nacional de Desarrollo como aquel gran documento rector que contendrá los objetivos y directrices básicas para la elaboración de políticas públicas y formulación de aquellos programas gubernamentales en materia de salud, además de sentar las bases para la prestación de los servicios de salud y la organización de los mismos.

De modo que, la rectoría de la salud se convierte en un componente esencial para cualquier gobierno, donde al contar con una visión estatal, se captan las demandas y necesidades de la población en materia de salud para así ir las integrando al Plan Nacional de Desarrollo.

En lo que respecta al proceso de planeación en salud de nuestro país, este se fundará a través de diversos mecanismos (diagnósticos, consultas y ejercicios de

prospectiva) que permitirán conocer las distintas necesidades de la sociedad en diversos temas, las cuales se podrán incorporar en el Plan Nacional de Desarrollo y subsecuentemente, al Programa Sectorial de Salud:

Tabla 8. Proceso de Planeación de Salud en México

Diagnóstico	Consultas	Formulación (Prospectiva)
Permite conocer y analizar las características de demanda y de los servicios de salud e identificar la naturaleza de los problemas de salud de la población.	Tienen como propósito recoger opiniones y propuestas de los sectores social y privado	Se diseñan o precisan las condiciones deseables de la situación futura de la salud en el país.

Fuente: Elaboración propia, con base a Valdés (1987, pág. 235).

Por lo tanto, el *Programa Sectorial de Salud*, será el documento que definirá los “objetivos, estrategias y líneas de acción en materia de salud en un marco guiado por el ordenamiento jurídico aplicable en materia de salud y por el Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018...” (Gobierno de la República, 2013b, pág. 15).

Tales objetivos, estrategias y líneas de acción, servirán como base para aquellas instituciones de la Administración Pública Federal que se encargarán de materializar el derecho a la protección de la salud, el cual, como se ha revisado en anteriores apartados, se encuentra plasmado en nuestra Constitución Federal.

Cabe recalcar, que siempre deberá haber una congruencia entre el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud, esto, a través de las grandes metas y objetivos establecidos en el primer documento⁵.

Como se ha mencionado en anteriores ocasiones y acorde a lo establecido en la Ley General de Salud (2019), la Secretaría de Salud, será aquella dependencia de la

⁵ La *Ley de Planeación*, en su artículo 16, fracción I, establece que las dependencias de la Administración Pública Federal les corresponde intervenir respecto de las materias que les competan, en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo, observando siempre las variables ambientales, económicas, sociales y culturales que incidan en el desarrollo de sus facultades. De igual manera, en la fracción IV del mismo artículo, queda establecido que las mismas dependencias deberán asegurar la congruencia de los programas sectoriales con el Plan Nacional de Desarrollo, así como con los programas especiales en los términos que establezca éste.

Administración Pública Federal encargada de conducir la política nacional en materia de salud, además de coordinar el Sistema Nacional de Salud y aquellos programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la misma Administración. De tal forma que, la Secretaría de Salud será aquella dependencia federal encargada de diseñar las políticas y programas para la prevención de enfermedades y promoción de la salud entre la población.

No obstante y pese a su concepción teórica y el marco jurídico existente en materia de planeación en México, su gestación y elaboración a lo largo de los años ha distado mucho de ser aquel proceso de gran complejidad sobre el que se habrían de diseñar aquellos objetivos y metas específicas (así como los instrumentos para su consecución y medición) que servirían de base para la elaboración (además de su diseño, implementación y operación) de aquellos grandes programas gubernamentales y políticas públicas, respondiendo más a “connotaciones o contenidos significantes de acuerdo a las posiciones o discursos ideológicos...” (Ramírez & Ramírez, 2012, pág. 1).

En otras palabras, más allá de que la planeación en México (y su posterior materialización en el Plan Nacional de Desarrollo) se diseñe a través de un riguroso marco metodológico que responda a las distintas demandas sociales, a la evidencia (datos, cifras, números, estadísticas, etc.) y a la realidad existente en nuestro país, pareciera ser un proceso que se funda a partir de aspiraciones y decisiones carentes de racionalidad del gobierno en turno, las cuales, no servirán como aquella base para que se tracen políticas públicas y programas gubernamentales que atiendan las distintas problemáticas sociales, económicas y/o de desarrollo.

Dado lo anterior, el proceso de planeación en México pareciera la respuesta al cumplimiento a un simple requisito establecido en nuestra Carta Magna, carente de mecanismos que fomenten la verdadera participación de la ciudadanía para así captar sus aspiraciones y demandas, las cuales se deberían ver traducidas en el Plan Nacional de Desarrollo.

Asimismo, es importante mencionar que en años recientes, el “Pacto por México”⁶, impulsado en el periodo presidencial de Enrique Peña Nieto (2012 – 2018) se convirtió en un documento precedente al Plan Nacional de Desarrollo, a través de la construcción de una serie de acuerdos entre los principales partidos políticos (PAN, PRI, PRD y PVEM) a tal fecha.

En lo que se refiere al tema de la salud, el acuerdo “Sociedad de Derechos y Libertades”, supuso un intento para impulsar la *Seguridad Social Universal*, a través de la creación de “una red de protección social que garantizaría el acceso al derecho a la salud y otorgaría a cualquier mexicano, independientemente de su condición social o estatus laboral, un conjunto de beneficios sociales procurados por el Estado a través de un Sistema de Seguridad Social Universal” (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2012, pág. 3).

Además, dentro del mismo acuerdo, se trató de impulsar el “Acceso universal a los servicios de salud”, de la mano de la calidad y acceso efectivo a los mismos por parte de la población mexicana, esto, a través de la reorganización del sector salud.

En resumen, este acuerdo serviría posteriormente como aquella base sobre la cual se habrían de elaborar algunas metas, objetivos, estrategias y líneas de acción; contenidas dentro del Plan Nacional de Desarrollo, en especial, la de “México Incluyente”.

A manera de reflexión, más allá de que el “Pacto por México” se configurará como un mecanismo alterno que fomentará la participación ciudadana (a través de los partidos políticos) en el diseño de aquellos acuerdos que se traducirían en metas y objetivos contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo, este se puede definir como “un pacto cupular y de partidos políticos...” (Rocha, 2013, pág. 103).

Es decir, se puede considerar a este pacto como un acuerdo excluyente de diversos sectores de la sociedad, donde solo se agrupo a unas cuantas fuerzas políticas con el propósito de impulsar una serie de reformas estructurales en diversos temas,

⁶ El “Pacto por México”, fue un acuerdo político, económico y social entre las principales fuerzas políticas del país en aquel entonces y el gobierno federal, para impulsar un conjunto de iniciativas y reformas constitucionales. Fue firmado el 12 de diciembre de 2012 por los líderes de las principales fuerzas políticas: Gustavo Madero Muñoz (PAN), Cristina Díaz Salazar (PRI), Jesús Zambrano Grijalva (PRD) y finalmente por Arturo Escobar y Vega (PVEM).

negando así la posibilidad de que la ciudadanía incidiera de nueva cuenta en temas de gran trascendencia política en el país.

Por otro lado, más allá de que uno de los grandes resultados de este “Pacto” haya sido la generación de puntos de acuerdo entre las principales fuerzas políticas y la posterior aprobación de reformas estructurales (Energética, educativa, fiscal, entre otras), varios han sido los temas pendientes e inconclusos del mismo, principalmente en lo concerniente a la salud, como lo es el tránsito hacia una seguridad social universal y el acceso universal a los servicios de salud por parte de la población mexicana, apartados que como veremos más adelante, se plasmaron en el Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018.

3.1. Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018

El “Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018”, es definido como aquel documento de trabajo que rige la programación, traza los grandes objetivos de las políticas públicas y establece las acciones específicas para alcanzarlos, precisando indicadores que permitirán medir los avances obtenidos (Gobierno de la República, 2013, pág. 13)

De acuerdo con lo establecido en tal documento, el objetivo general del mismo es “Llevar a México a su Máximo Potencial”, a través de la conformación de 5 Metas Nacionales, siendo estas las descritas a continuación:

- I. México en Paz.
- II. México Incluyente.
- III. México con Educación de Calidad.
- IV. México Próspero.
- V. México con Responsabilidad Global.

Para efectos de nuestro tema, en la meta “México Incluyente” se hace énfasis en la acción del Estado en garantizar el ejercicio de los derechos sociales y cerrar las brechas de desigualdad social que aún nos dividen, incorporando la perspectiva de igualdad de género en las políticas públicas, programas, proyectos e instrumentos compensatorios como acciones afirmativas de la Administración Pública Federal.

La perspectiva de género, como estrategia transversal del Plan Nacional de Desarrollo, resulta de vital importancia para el diseño de todos los programas de la Administración Pública Federal, con el propósito de garantizar la igualdad sustantiva de oportunidades entre hombres y mujeres.

Ilustración 17. Esquema del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018



Fuente: Gobierno de la República (2013, pág. 21).

3.1.1. “México Incluyente”

Una de las principales metas que se incluyen en el Plan Nacional de Desarrollo, y que se relaciona directamente con el tema de salud, es la de “México Incluyente”.

En ella, se hace énfasis en la acción del Estado para garantizar el ejercicio y goce de los derechos sociales (entre ellos el derecho a la salud), para así permitir el desarrollo pleno de los individuos dentro de la sociedad.

Dentro de la misma meta, se evidencian aquellos factores por los cuales el Estado no ha dado cumplimiento al derecho a la salud, ni satisfacer las demandas de la sociedad en tal ámbito. Entre tales factores, se destaca lo siguiente:

- I. Más allá del diseño de políticas y programas preventivos en salud, las estrategias concebidas por las instituciones encargadas de atender tal tema se han centrado en lo “curativo”.
- II. Carencia de un enfoque multidisciplinario e interinstitucional en el diseño de aquellas políticas y programas de salud, así como de mejoramiento en la calidad de los servicios de salud.
- III. Prevalencia de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas en el Sistema de Salud Pública.

Ante tal problemática, se diseñan una serie de objetivos para tal meta, destacando el “Objetivo 2.3.”, que consiste en asegurar el acceso a los servicios de salud a través del fortalecimiento y rectoría de la Secretaría de Salud, además de hacer énfasis en un enfoque preventivo y de promoción de una vida saludable.

Tal objetivo, va acompañado de las siguientes estrategias:

- **Estrategia 2.3.1.** Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.
- **Estrategia 2.3.2.** Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.
- **Estrategia 2.3.3.** Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.
- **Estrategia 2.3.4.** Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
- **Estrategia 2.3.5.** Promover la cooperación internacional en salud.

Las estrategias mencionadas, surgen para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 4º constitucional, con respecto a que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

En relación al tema tratado en la presente investigación, la “*Estrategia 2.3.2.*” hace énfasis en el fortalecimiento de programas de detección oportuna de cáncer de mama, de cáncer cérvico-uterino y de cáncer de próstata; enfermedades, que como se ha mencionado en anteriores apartados, tienen gran incidencia entre la población mexicana,

y donde a manera de prospectiva, el cáncer de próstata, en los próximos años, se colocará en el primer lugar por mortalidad de neoplasias malignas de manera general.

Cabe destacar que del texto en análisis, las líneas de acción en relación a nuestro tema de estudio se reducen a esta única mención:

Tabla 9. Estrategias relacionadas al cáncer dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud. • Reducir la carga de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente diabetes e hipertensión. • Instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes. • Reducir la prevalencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. • Controlar las enfermedades de transmisión sexual, y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable. • Fortalecer programas de detección oportuna de cáncer de mama, de cáncer cérvico-uterino y de cáncer de próstata. • Privilegiar acciones de regulación y vigilancia de bienes y servicios para la reducción de riesgos sanitarios, así como acciones que fortalezcan el Sistema Federal Sanitario en general. • Coordinar actividades con los sectores productivos para el desarrollo de políticas de detección, prevención y fomento sanitario en el ámbito laboral.

Fuente: Elaboración propia, con base al Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 (Gobierno de la República, 2013, pág. 117).

3.2. Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El *Programa Sectorial de Salud 2013-2018* constituye aquel “instrumento mediante el cual el Gobierno de la República formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018” (Gobierno de la República, 2013b).

Desde su creación y hasta nuestros días, los *Programas Sectoriales de Salud* han tratado de captar las prioridades nacionales y demandas sociales en el ámbito sanitario a través de diversos mecanismos.

Por tanto, se entiende al *Programa Sectorial de Salud* como aquel documento rector del sector salud, que contiene los objetivos, estrategias y líneas de acción específicas en tal materia, a las cuales se deberán apegar las distintas instituciones de salud de la Administración Pública Federal, esto, para materializar el derecho a la protección de la salud.

Como se ha mencionado con anterioridad, el Programa Sectorial de Salud, deberá encontrarse alineado a las metas nacionales, objetivos y estrategias contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo.

Para efectos de nuestro tema, y como se mencionó en el apartado del Plan Nacional de Desarrollo, la meta que guarda estrecha relación con nuestro objeto de estudio es la de “México Incluyente”, la cual sirve de base para definir algunos objetivos del Programa Sectorial de Salud:

Tabla 10. Alineación de los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 al Plan Nacional de Desarrollo

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del Programa Sectorial de Salud
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud	Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
			Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
		Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad/ Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

Fuente: Elaboración propia, con base al Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018 (Gobierno de la República, 2013b, pág. 43).

3.2.1. Objetivos, estrategias y líneas de acción enfocadas a prevenir y atender el cáncer

Uno de los principales objetivos contenidos en este Programa Sectorial de Salud, consiste en consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades en nuestro país

Dentro del mismo, si bien no se hace mención del cáncer, encontramos una serie de estrategias tendientes a promover actitudes y conductas saludables y corresponsables entre la población mexicana, las cuales vendrían a disminuir el riesgo de padecer ciertas neoplasias malignas:

Tabla 11. Estrategias tendientes a promover actitudes y conductas saludables dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades	
Estrategia 1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario	
Líneas de acción	1.1.2. Generar estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables
	1.1.3. Impulsar la comunicación personalizada para el mejor uso de la información para mejorar la toma de decisiones en salud.
	1.1.4. Impulsar la actividad física y alimentación correcta en diferentes ámbitos, en particular en escuelas y sitios de trabajo
	1.1.5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social.

Fuente: Elaboración propia, con base al Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018 (Gobierno de la República, 2013b, pág. 48).

Como tal, esta estrategia y líneas de acción se podrían considerar complementarias y auxiliares en cuanto a aquellas estrategias de prevención de neoplasias malignas, en relación aquellos factores de riesgo que hacen más propensa a la población a sufrir las mismas, tanto en hombres y mujeres.

De igual manera, incidir en aquellos factores de riesgo que propicien distintos tipos de cáncer entre la población, resulta esencial para la promoción de estilos de vida saludable, los cuales vendrían a disminuir la incidencia y mortalidad de distintos tipos de cáncer:

Tabla 12. Estrategias tendientes a disminuir factores de riesgo relacionados al cáncer dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades	
Estrategia 1.4. Impulsar acciones integrales para la prevención y control de las adicciones	
Líneas de acción	1.4.1. Impulsar campañas para informar y concientizar acerca del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas
	1.4.2. Reforzar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al tabaco y otras sustancias psicoactivas
	1.4.3. Consolidar la red nacional para la atención y prevención de las adicciones y promover la vigilancia epidemiológica y la investigación
	1.4.6. Incrementar acciones para reducir la demanda, disponibilidad y acceso al alcohol y evitar su uso nocivo.

Fuente: Elaboración propia, con base al Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018 (Gobierno de la República, 2013b, pág. 49).

El segundo objetivo de este Programa Sectorial de Salud, y que guarda estrecha relación con nuestro tema, consiste en “asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”.

Dentro del mismo, se incluye la “*Estrategia 2.5. Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cervicouterino, de mama y próstata*”, la cual define las líneas de acción enfocadas a promover la detección temprana de neoplasias malignas, así como de aquellas destinadas a generar acciones de prevención y atención de tal enfermedad.

Tabla 13. Líneas de acción enfocadas a promover la prevención, detección temprana y atención de neoplasias malignas dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad	
Estrategia 2.5. Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cervicouterino, de mama y próstata	
Líneas de acción	2.5.1. Establecer acciones de comunicación de riesgos de neoplasias malignas
	2.5.2. Promover la detección temprana de neoplasias malignas.
	2.5.3. Focalizar acciones de prevención y detección de cánceres, particularmente cervico-uterino y de mama.
	2.5.4. Elaborar y difundir evaluaciones de desempeño de los programas de tamizaje de cáncer cervico -uterino y de mama.

	2.5.5. Fomentar la revisión rutinaria para detectar factores de riesgo de enfermedad prostática, cáncer de próstata y otras neoplasias malignas.
	2.5.6. Fortalecer la detección temprana y referencia oportuna para el tratamiento adecuado de pacientes oncológicos en menores de 18 años
	2.5.7. Impulsar la atención oportuna de las neoplasias malignas.
	2.5.8. Garantizar la atención adecuada mediante la integración de redes de atención especializada para cáncer de infancia y adolescencia.
	2.5.9. Fortalecer las competencias profesionales del personal de salud en la atención integral del paciente oncológico menor de 18 años.

Fuente: Elaboración propia, con base al Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018 (Gobierno de la República, 2013b, pág. 52).

Es preciso señalar que, si bien se hace énfasis en fomentar la revisión rutinaria para detectar factores de riesgo de enfermedad prostática, cáncer de próstata y otras neoplasias malignas en varones; las líneas de acción destinadas a atender este padecimiento en tal grupo poblacional se reducen solamente a este enunciado (2.5.5.).

Como se puede apreciar, el establecimiento de acciones de prevención y detección de neoplasias malignas se reducen solamente al cáncer cervicouterino y de mama, excluyendo al cáncer prostático, esto, pese a que la evidencia señala su gran incidencia y mortalidad entre los varones mexicanos, además, de que en un futuro, se espera que este tipo de neoplasia ocupe el primer lugar en cuanto a defunciones por tumores malignos se refiere.

Es de considerar, que una línea de acción destinada a la creación de distintas acciones de prevención y detección de neoplasias malignas (más allá del cáncer cervicouterino y de mama), podría sentar las bases para la formulación de programas específicos destinados a prevenir, atender y controlar el cáncer, en este caso, aquellas neoplasias prostáticas en varones mexicanos.

Además, una estrategia transversal contenida tanto en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, es la de la “Perspectiva de Género⁷”. Pese a esto, las líneas contenidas dentro tal estrategia, únicamente se centran

⁷ La Perspectiva de Género, acorde a lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, consiste en garantizar la igualdad sustantiva de oportunidades entre mujeres y hombres, además de contemplar la necesidad

en el fortalecimiento de programas destinados a atender neoplasias malignas en la mujer, como lo son el cáncer cervicouterino y de mama.

3.3. Otros programas enfocados a prevenir, atender y controlar el cáncer en varones mexicanos

Uno de los principales problemas detectados en cuanto a aquellos programas enfocados al cáncer en varones mexicanos, ha sido la falta de continuidad de tales instrumentos, es decir, una vez terminada una administración, más allá de la evaluación y posterior mejora de estos, estos son descontinuados por el gobierno en turno.

Lo anterior, se convierte en una problemática en cuanto al tema de planeación en salud se refiere en México, que incluso, se llega a replicar en más ámbitos de intervención gubernamental en el país.

Además, es importante señalar que hasta el año 2000, la mayoría de los programas enfocados a la salud en México se caracterizaban más por reformas estructurales al Sistema de Salud, abarcando desde la reorganización y descentralización de tales servicios, hasta aspectos de financiamiento y segmentación.

No obstante y pese a lo descrito anteriormente, encontramos esfuerzos aislados en otras administraciones para prevenir y atender el problema del cáncer en varones mexicanos, más allá de líneas de acción y enunciados específicos contenidos en los Programas Sectoriales de Salud hasta antes del año 2000.

3.3.1. Programa de Acción: Cáncer de Próstata (2001-2006)

Respecto a los varones y, en lo referente a acciones enfocadas a prevenir y atender las principales neoplasias malignas en tal grupo poblacional, el *Programa de Acción: Cáncer de Próstata* se convirtió en uno de los primeros intentos para combatir tal enfermedad y visualizar su creciente incidencia entre los hombres mexicanos.

de realizar acciones especiales orientadas a garantizar los derechos de las mujeres y evitar que las diferencias de género sean causa de desigualdad, exclusión o discriminación. Cabe destacar, que acorde a lo establecido en el mismo Plan, esta servirá de base para la formulación de todos los programas de la Administración Pública Federal

Derivado del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* y de la estrategia "Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades", el *Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer de Próstata* incorporó acciones destinadas a promover la salud, la prevención de riesgos específicos, la detección oportuna de casos y la atención temprana de los enfermos.

En cuanto a la estructura del documento, este se encuentra dividido en tres capítulos:

- I. Diagnóstico. - En este apartado se describe la situación del padecimiento.
- II. Objetivos. - Dentro de este apartado, quedan planteados los objetivos, estrategias y líneas de acción.
- III. Sistema previsto de evaluación y seguimiento. - En este capítulo se describen las modalidades bajo las cuales se evaluará con base a resultados tal programa, así como la rendición de cuentas (Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, 2001, pág. 10).

Dentro del *Diagnóstico*, se reconoce que las neoplasias malignas ocuparon el segundo lugar en la tabla de mortalidad general; donde el cáncer de próstata fue la segunda neoplasia más frecuente con 3,766 defunciones y una tasa de 71.7 por 100 mil en el grupo de 65 años y más ((Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, 2001, pág. 13)).

Se hace énfasis también, en la ausencia de datos que señalen la prevalencia de tal cáncer entre la población, problema que como hemos visto, se repite con esta y otras neoplasias hasta la actualidad.

A manera de justificación de tal programa, se señala que del año 1995 al año 2000, las defunciones por tal enfermedad ascendieron a 17,099, siendo el grupo de 65 años y más aquel que concentró la mayor cantidad de decesos (87.3%), seguido del grupo de 15 a 64 años (12.66%) (Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, 2001, pág. 27).

Con lo descrito anteriormente, se señala que de no ejercer acciones de prevención efectiva y detección oportuna de cáncer de próstata, el costo en la calidad de vida de las personas y para los sistemas de salud será alto.

Es importante precisar que desde esta fecha se empezó a visualizar al cáncer en varones (principalmente prostático) como un problema de salud pública, con altas tasas de mortalidad y prevalencia entre la población masculina (principalmente adulta), así como su tendencia al alza.

Ante tal contexto y, después de una descripción detallada de la fisiopatología, factores de riesgo, formas de diagnóstico y tratamiento de tal enfermedad; se enuncian los objetivos específicos y estrategias, así como recursos y metas para hacer frente a tal enfermedad.

Aunque dentro del documento este no se encuentra identificado como tal, el *Objetivo General* de tal programa es el siguiente:

- “Prevenir o retardar la aparición de cáncer de próstata, mediante acciones de promoción de la salud, la detección y el tratamiento oportuno de la enfermedad, con el propósito de disminuir la mortalidad por esta causa y elevar la calidad de vida en los pacientes con hipertrofia prostática y cáncer de próstata” (Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, 2001, pág. 39).

De lo anterior, se desprenden una serie de *Objetivos Específicos* tendientes a dar cumplimiento a lo planteado en lo general, siendo estos los descritos a continuación:

1. Establecer una campaña de comunicación social para la sensibilización de la población masculina.
2. Contar con documentos técnico-normativos en materia de prevención, tratamiento y control del cáncer de próstata y vigilar su cumplimiento.
3. Mantener informada a la población respecto de los riesgos, signos y síntomas propios de la enfermedad prostática.
4. Detectar los factores de riesgo prostáticos, a partir de los 40 años de edad, en los hombres que tengan antecedentes familiares de cáncer de próstata y

mama y en aquellos mayores de 45 años cuando no presenten dichos antecedentes.

5. Proporcionar capacitación técnica y humanística al personal de salud, en coordinación con la Asociación Mexicana de Urología, para mejorar la calidad en la atención del cáncer de próstata y la hiperplasia prostática benigna HPB.
6. Participar en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, 2001, pág. 39).

Consecuentemente, las estrategias que se derivan de lo anteriores objetivos específicos son las siguientes:

1. Contar con los lineamientos técnico-normativos en materia de prevención, tratamiento y control del cáncer de próstata y la hiperplasia prostática benigna, entre la comunidad médica y la población general, asegurando la participación de todas las instituciones y organismos expertos en el tema.
2. Realizar campañas de comunicación educativa orientadas a identificar oportunamente los factores de riesgo de la enfermedad prostática y el cáncer.
3. Establecer el uso de la "Encuesta de búsqueda de síntomas prostáticos", en todas las unidades de salud del 1er nivel de atención.
4. Dar seguimiento a las personas con hiperplasia (aumento del tamaño y consistencia) o cáncer de próstata (clínico y por laboratorio).
5. Establecer el sistema de referencia y contrarreferencia para los pacientes con enfermedad prostática.
6. Generar metodologías didácticas para garantizar aprendizajes significativos en las intervenciones educativas que realicen los Centros Estatales de Capacitación, de manera conjunta con la Sociedad Mexicana de Urología.
7. Facilitar al personal de salud involucrado, así como a la población en general, el acceso a la información y actualización en temas de interés.
8. Establecer diagnóstico diferencial entre hiperplasia prostática benigna y cáncer prostático mediante la participación coordinada del médico del 1er nivel de atención y el urólogo en los hospitales de 2do nivel.

9. Establecer coordinación con otros Programas de Acción (Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, 2001, págs. 39-40).

Como se puede apreciar y, más allá de aquellos enunciados dirigidos al personal médico, dentro del contenido de los objetivos específicos y estrategias señalados en los párrafos que nos preceden, se hace un mayor hincapié en la comunicación como un medio para difundir estrategias de prevención para la detección de enfermedades prostáticas, además de hacer énfasis en la educación como un medio para combatir tal enfermedad.

Por otra parte, como estrategias auxiliares para sensibilizar sobre el tema del cáncer y, sustentados en que la educación es el recurso más poderoso para alcanzar mejores niveles de salud y promover el desarrollo humano, se hace mención del *Programa de Educación Saludable* y el *Programa de Comunidades Saludables*:

- El *Programa de Educación Saludable*, establecía que, dentro de los espacios escolares, se proporcionara información para promover estilos de vida saludables y evitar conductas de riesgo, además de incentivar la actividad física al interior de los centros educativos.
- El *Programa de Comunidades Saludables*, promueve el auto cuidado de la salud, así como el fortalecimiento de la acción comunitaria, esto, a través de Centros Estatales de Capacitación, Grupos de Ayuda Mutua, revistas de difusión y colaboración con páginas de internet (Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, 2001, pág. 40).

Así, la sensibilización masculina a través de la comunicación y la educación se convierte en una constante de este programa, donde se fomentan estilos de vida más saludable y actitudes responsables en la prevención y control del cáncer de próstata. La coordinación con otros programas, también se vuelve un punto a destacar, para de esta manera, incidir un mayor cambio en las conductas de los varones.

Otro punto para resaltar en este documento es el tercer apartado denominado *Sistema previsto de evaluación y seguimiento*, el cual constituye un esfuerzo que define las bases para la medición periódica (a través de indicadores) de tal programa.

El seguimiento y evaluación, en materia de planeación, son esenciales para “corregir el rumbo” e incorporar posibles aspectos de mejora, en este caso, a este programa enfocado al cáncer de próstata, además medir el grado de cumplimiento de los objetivos previamente mencionados.

Por lo tanto, para la evaluación de este programa, se consideran los siguientes indicadores:

- I. Cobertura de detecciones.
- II. Cobertura de Centros Estatales de Capacitación, con planes educativos en detecciones oportunas de cáncer de próstata.
- III. Porcentaje de pacientes detectados que están bajo tratamiento (Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, 2001, pág. 45).

Es necesario señalar, que los indicadores únicamente se remiten a los enunciados descritos que preceden este párrafo, no incluyendo fórmula alguna, resumen narrativo, medios de verificación y supuestos bajo los cuales se habría de dar la medición.

No obstante y pese a lo descrito en los anteriores párrafos, a través de una búsqueda de información exhaustiva en distintos portales de Gobierno y previa solicitud de información (con fecha del 10 de noviembre de 2019⁸) a las unidades de transparencia de la Secretaría de Salud (así como a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud) ,no se encontró expresión documental o electrónica que indiquen que tal programa se encuentre vigente, no señalándose los motivos y fecha de cancelación de tal documento, así como los alcances y resultados del mismo.

También, a través de la misma solicitud de información, el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)⁹, señala los Programas de Acción Específicos que se encuentran implementados actualmente para prevenir y controlar enfermedades entre la población mexicana, no encontrándose ninguno relativo al cáncer en varones.

⁸ Revisar Anexo 1, oficio de respuesta de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

⁹ El CENAPRECE, es aquel órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud responsable de conducir e implementar a nivel nacional programas sustantivos para la prevención y control de enfermedades en la población mexicana.

3.4. Acciones o programas de atención al cáncer en varones después de las reformas constitucionales de 2019

Queda establecido que la protección de la salud es una parte fundamental de los derechos humanos y de aquellos derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA) que posibilitan a las personas, en lo individual y en lo colectivo, gozar de un nivel de vida adecuado.

Como se ha reiterado en diversas ocasiones, la salud como derecho, implica acción del Estado, el cual tendrá que adoptar las medidas pertinentes (ya sean de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole) para dar plena efectividad a tal derecho.

En el caso mexicano y en el ámbito legislativo, el artículo 4º constitucional, hasta antes del 2019 y enfocándonos únicamente en el tema de la salud, establecía que toda persona tiene derecho a la protección de la misma, además de que la ley definía las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

No obstante, y tras las reformas constitucionales en materia de bienestar llevadas a cabo el 8 de mayo de 2020, el artículo 4º constitucional, párrafo IV, quedó definido de la siguiente manera en lo que respecta al tema de la salud:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2020).

Se puede deducir del anterior texto, que el Estado Mexicano asume la responsabilidad de proveer servicios de salud (por lo menos en la teoría) de calidad y en

cantidad a la población mexicana que no se encuentra asegurada a aquellas instituciones de salud pública en México.

Para ello y como más adelante se abordará, se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), como aquel órgano descentralizado de la Secretaría de Salud encargado de brindar servicios de salud gratuita, universal y de calidad a todas las personas que se encuentren en el país y no cuenten con seguridad social.

Por otro lado, y como también se ha reiterado en otras ocasiones, el Plan Nacional de Desarrollo será aquel documento rector que rige la programación en diversas materias (entre ellas el tema de la salud), trazando los grandes objetivos de las políticas públicas y estableciendo las acciones específicas para alcanzarlos, precisando indicadores que permitirán medir los avances y resultados obtenidos.

Es así, que una vez iniciado el sexenio del presidente Andrés Manuel López Obrador (2018 – 2024), se empezaron a definir los objetivos prioritarios y el rumbo de la política que habría de quedar plasmada en el Plan Nacional de Desarrollo (2019-2024), sentando las bases para la elaboración de distintos programas sectoriales de la Administración Pública Federal.

Sin embargo, más allá de ser un documento realista y sistemático de acciones que capte las demandas y aspiraciones de la sociedad, además de trazar los grandes objetivos de las políticas públicas y establecer las rutas específicas para alcanzarlos, pareciera ser un escrito que únicamente expresa los ideales e ideología del gobierno turno, careciendo de mecanismos de evaluación y seguimiento de avances y resultados, así como de objetivos, metas y estrategias claras y precisas.

Dicho Plan, se encuentra conformado por doce Principios Rectores, tres Ejes Generales y una Visión hacia 2024, donde se definen las prioridades para el país:

Ilustración 18. Estructura del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024



Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2019, pág. 7).

En lo que respecta al tema de la salud, dentro del “Eje 1. Política y Gobierno”, únicamente encontramos en el “Objetivo 2. Garantizar empleo, educación, salud y bienestar” una breve mención al Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, sin ahondar más en tal institución.

Pasando al “Eje 2. Política Social” y en lo referente al apartado “Salud para toda la población”, encontramos una descripción y crítica del Sistema de Salud Pública heredado de administraciones pasadas. De manera inmediata encontramos el apartado denominado “Instituto Nacional de Salud para el Bienestar”, en el cual se describe de manera breve su creación y su objetivo inmediato: brindar el servicio de salud en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE.

Lo descrito en los párrafos que nos preceden, son las únicas expresiones que encontramos relacionadas al ámbito de la salud y, como se ha hecho mención en anteriores ocasiones, carentes de objetivos, metas, estrategias, líneas de acción, así como indicadores y mecanismos de evaluación, que permitan entender las directrices básicas que habrán de seguirse para lograr el desarrollo integral del país en diversas materias.

3.4.1. Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)

Una vez reformado el artículo 4º constitucional, el Instituto de Salud para el Bienestar comenzó a entrar en funciones el primero de enero de 2020, como aquel órgano descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios (sectorizado en la Secretaría de Salud), encargado de proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social.

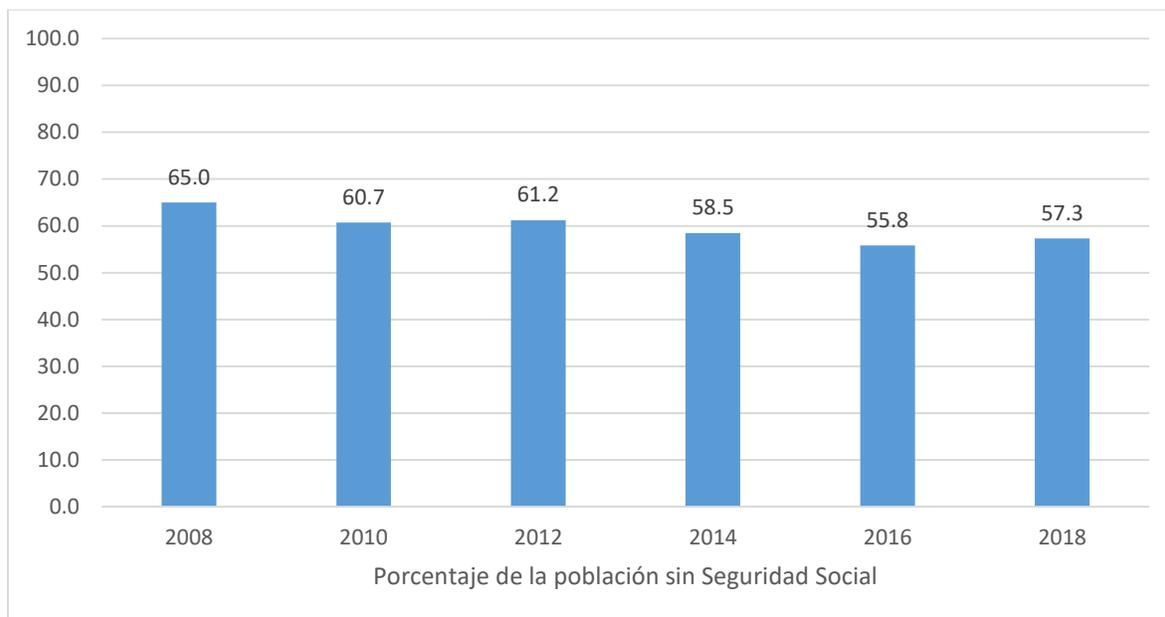
Aunado a lo anterior, se reformaron, adicionaron y derogaron diversas disposiciones de la Ley General de Salud y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, esto, con el objetivo de establecer un marco legal sobre el cual dicha institución tendría determinado su alcance y naturaleza, así como para la regulación de sus actividades.

Es necesario recordar, que, una vez hechas las anteriores reformas, el INSABI suplió al “Seguro Popular” como aquella institución sobre la cual se transitaría hacia una cobertura universal de salud en el país.

Aunque ciertamente han existido avances y esfuerzos significativos en materia de cobertura universal de salud en México, es preciso señalar que en la actualidad un gran porcentaje de la población aún no se encuentra asegurada a una institución de salud pública e incluso, sin un acceso mínimo a servicios sanitarios en sus localidades.

De acuerdo con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2019, pág. 13), hasta el año 2018, 57.3% de la población en México (cerca de 71.7 millones de personas) carecía de acceso a seguridad social:

Ilustración 20. Carencia por acceso a la Seguridad Social 2008 - 2018



Fuente: Elaboración propia, con base al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2019) en " Diez años de medición de pobreza multidimensional en México: avances y desafíos en política social. Medición de la pobreza serie 2008-2018".

Lo anterior, es una muestra del gran desafío que supone transitar hacia una cobertura universal de salud, donde más allá de las reformas constitucionales al artículo 4º y a las leyes aplicables en la materia, deberían de sentarse las bases para la reorganización del Sistema Nacional de Salud (así como mejoras en su calidad y eficiencia), el fortalecimiento del financiamiento del mismo, la oferta de servicios personales de salud (entre ellos el cáncer en todos sus tipos y en especial el de próstata) y la protección financiera a aquellas personas sin seguridad social, para de esta manera, hacer efectivo el ejercicio del derecho humano a la salud.

3.4.2. Programa de Atención Integral de Cáncer de Próstata (OPUS)

En fecha 12 de septiembre de 2019 y, previa solicitud de información¹⁰ en la Plataforma Nacional de Transparencia, se logró acceder a un documento del Instituto Nacional de Cancerología en el que se describe a grandes rasgos la estructura del Programa de Atención Integral de Cáncer de Próstata (OPUS).

¹⁰ Revisar Anexo 2, oficio de respuesta del Instituto Nacional de Cancerología (InCan).

Éste es definido como un Programa Institucional Especial Gratuito, gestionado desde febrero de 2019 por el Instituto Nacional de Cancerología que se concibe con la intención de mejorar las estadísticas desfavorables del cáncer de próstata en México, tendiente a mejorar los resultados a mediano y largo plazo.

Sus principales objetivos, acorde a lo contenido en el documento de respuesta previamente mencionado, son los siguientes:

- I. Prevenir y diagnosticar oportunamente el cáncer de próstata, así como, atender integralmente al paciente de acuerdo a la etapa de la enfermedad.
- II. Implementar estrategias que reduzcan la proporción de pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en etapas avanzadas.
- III. Impulsar la atención multi y transdisciplinaria, con uso de métodos y tecnología de vanguardia, para obtener los mejores resultados y mejorar la calidad de vida del paciente.¹⁰

Dado la anterior y, a manera de conclusión en tal documento, se refiere que tal programa busca la promoción de la salud, mediante campañas de sensibilización y concientización de la enfermedad, que permitan incrementar el número de diagnósticos tempranos, así como el número de pacientes tratados con intención curativa, lo cual ayudará a revertir la tendencia negativa en las estadísticas que tenemos de la enfermedad en el país.

Como información complementaria anexada en tal documento de respuesta, se detalla que, de marzo a junio de 2019, 268 pacientes con cáncer de próstata han sido los beneficiados, entre otras cosas, con acceso a tratamientos de alta calidad y última generación, tanto en el ámbito médico como quirúrgico, que preservan la calidad de vida, lo cual incluye:

- Insumos para cirugías de mínima invasión y alta tecnología.
- Procedimientos de osteoplastias para el manejo de metástasis.
- Medicamentos innovadores y suplementos alimenticios.
- Estudios de laboratorio y medicina nuclear.

Asimismo, con fecha 12 de noviembre de 2019 y, a través de solicitud de información¹¹ en la Plataforma Nacional de Transparencia, se obtuvo otro documento del Instituto Nacional Cancerología en el que se detalla el presupuesto asignado al Programa de Atención Integral de Cáncer de Próstata (OPUS), siendo este el descrito a continuación:

Presupuesto Asignado para el Ejercicio Fiscal 2019	
\$35,000,000.00	Treinta y cinco millones de pesos 00/100 M.N

Aunado a lo anterior, se anexó la distribución presupuestal por capítulo de gasto del mismo programa, siendo esta la siguiente:

Capítulo 2000. Materiales y suministros		
Partida Presupuestal	Nombre de la Partida	Aprobado Anual Total
25301	Medicinas y productos farmacéuticos	\$17,500,000.00
25401	Medicinas, accesorios y suministros médicos	\$5,833,334.00
25501	Materiales, accesorios y suministros de laboratorio	\$5,833,333.00
	Total por capítulo	\$ 29,166,667.00

Capítulo 3000. Servicios generales		
Partida Presupuestal	Nombre de la Partida	Aprobado Anual Total
33901	Subcontratación de servicios con tercero	\$5,833,333.00
		\$5,833,333.00

Es importante precisar que hasta la fecha, dentro de las características de este programa, si bien encontramos el problema o necesidad que pretende atender, este no

¹¹ Revisar Anexo 2, oficio de respuesta del Instituto Nacional de Cancerología (InCan).

cuenta con una descripción detallada de indicadores, objetivos, estrategias y metas que permitan darle seguimiento, control y evaluación al mismo.

Por otro lado, también carece de mecanismos que permitan identificar y cuantificar a la población potencial, objetiva y atendida; ya sea que esta fuese desagregada por grupo de edad y entidad federativa, así como los bienes o servicios que se ofrecen a tal población.

A manera de conclusión, se puede deducir que este programa institucional, a la fecha, tiene una cobertura limitada, constituyendo un esfuerzo aislado en la atención al cáncer de próstata. Esto, al no existir una coordinación interinstitucional dentro del sector salud, negándose la posibilidad de que tal programa, se convierta en un instrumento rector que sienta las bases para la prevención, atención y control del cáncer de próstata en otras instituciones del país, tales como el IMSS, el ISSSTE, entre otras.

Capítulo IV

4. Balance y acciones pertinentes

Como se ha revisado, la escasa o nula intervención gubernamental en lo referente a la formulación de programas dirigidos a atender el cáncer en varones (principalmente prostático) ha sido una constante a lo largo de los años en México, pese que se ha convertido en un problema de salud pública en aumento en cuanto a su incidencia y mortalidad entre los varones mexicanos, tal como las estadísticas presentadas en anteriores apartados lo señalan.

Por otro lado, y como la revisión documental lo demuestra, encontramos escasas acciones (e incluso nulas) contenidas en planes, programas y acciones gubernamentales que deberían contener los principios rectores bajo los cuales las distintas instituciones de salud públicas ofertarían servicios de salud especializados para prevenir, atender y controlar el cáncer entre la población masculina.

Otro problema encontrado en el ámbito administrativo y político, es que si bien han existido esfuerzos aislados -véase “Programa de Acción: Cáncer de Próstata (2001-2006)- enfocados al cáncer en varones mexicanos, la falta de continuidad en tales instrumentos no ha permitido la retroalimentación y posterior rediseño o institucionalización de los mismos, no permitiendo así la incorporación de aspectos susceptibles de mejora en tales documentos, para de esta manera redefinir los objetivos, metas y estrategias dirigidas a hacer frente a tal problema de salud pública.

La falta de financiamiento al sector salud también se convierte en una variable que impide el fortalecimiento de aquellas instituciones públicas especializadas en el tema del cáncer en México, con lo cual también se dificulta la posibilidad de formular planes y programa específicos enfocados a atender tal enfermedad.

También y a pesar a no contar con un registro de incidencia del cáncer en México, se puede deducir la falta de este personal especializado ante una población que asciende en la actualidad a más de 120 millones de habitantes, contando en la actualidad, con cerca de 2,535 especialistas en cáncer (entre cirujanos, oncólogos médicos, radio

oncólogos, oncólogos pediatras y ginecólogos oncólogos), de los cuales solo 1,731 cuentan con una certificación vigente.

Pese a que el cáncer es una enfermedad que tiene múltiples factores de origen, la falta de cultura ciudadana de los varones en cuanto al autocuidado, la prevención y el diagnóstico temprano, han hecho que la enfermedad tenga un mayor índice de mortalidad en este grupo poblacional y un mayor impacto financiero de aquellas instituciones del sector público salud.

“El cáncer como la mayoría de las enfermedades crónicas tiene un origen multicausal, algunos estilos de vida y factores ambientales laborales y los determinantes sociales juegan un papel fundamental en la salud o la enfermedad, por ello las mejores estrategias para mejorar la salud de la población están basadas en la prevención y en el desarrollo de políticas intersectoriales saludables” (Salas & Peiró, 2013).

Sumado a lo anterior, la falta de programas gubernamentales dirigidos a los varones y enfocados en la prevención, el autocuidado, las revisiones periódicas y el diagnóstico temprano (al igual que en cáncer cervicouterino en las mujeres), también terminan por impactar en la calidad de vida de los individuos elevando con ello las estadísticas de mortalidad.

“Las estrategias de prevención se basan en disminuir los factores de riesgo (prevención primaria) y en el diagnóstico precoz del cáncer (prevención secundaria). Teniendo en cuenta que la exposición a los factores de riesgo, tanto sobre los que se tiene capacidad de modificación individual, por ejemplo la actividad física, como sobre los que no se tiene ninguna capacidad individual, por ejemplo factores ambientales, son diferentes entre la población por nivel socioeconómico, por género, y otras variables sociales, y por tanto esto produce desigualdades en cáncer. Siempre que sea posible se deben priorizar las estrategias de prevención primaria y completar con estrategias de prevención secundaria. Y desarrollar estrategias para que las políticas de prevención beneficien a toda la población y no contribuyan a mantener estas desigualdades en la exposición y en la enfermedad” (Salas & Peiró, 2013).

Tradicionalmente, las estrategias enfocadas al cáncer en varones se centraban en la atención y control de este. No obstante, y en la actualidad, toda estrategia gubernamental dirigida a combatir el cáncer en varones deberá incidir en la disminución de aquellos factores de riesgo asociados que aumentan la probabilidad de desarrollar tal enfermedad, entre los cuales se encuentran el fumar, consumo de alcohol, falta de actividad física, entre otros.

También, aunque ha existido una creciente visualización de la enfermedad como un problema de salud pública, la falta de acciones gubernamentales (principalmente desde la Secretaría de Salud) y estrategias enfocadas a prevenir y tratar las neoplasias malignas en varones sigue siendo una contante hoy en día. Para esto, la formación de administradores públicos y personal especializado en el sector salud deberá ser esencial para la formulación de estrategias y líneas de acción enfocadas a prevenir, tratar y controlar el cáncer en la población masculina (en especial, el de próstata).

Asimismo, la fragmentación del sector salud público en México, da como resultado la falta de universalidad y equidad en el acceso a servicios especializados de salud para atender y controlar el cáncer, impidiendo así hacer garante el artículo 4º constitucional establecido en nuestra Carta Magna, además de que en la actualidad encontramos que un gran porcentaje de la población no se encuentra asegurada a una institución de salud pública (o sin un acceso mínimo a servicios sanitarios en sus localidades), viendo así menoscabada su calidad de vida y coartada su posibilidad de desarrollo individual.

De nueva cuenta, es necesario volver a mencionar que la salud como derecho, implica acción del Estado, teniendo este que adoptar las medidas pertinentes (ya sean de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole) para dar plena efectividad a tal derecho.

Sin embargo, no hay evidencia en la actualidad (por lo menos en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024) que indique un cambio de rumbo en cuanto a la formulación de programas y acciones específicas (así como los medios para alcanzarlos y posteriormente evaluarlos) enfocados al cáncer en varones en nuestro país, ya que más allá de los ideales e ideología de la administración en turno, se deberían definir de

manera clara, concreta y precisa aquellos objetivos, metas y estrategias para combatir tal problema de salud pública como lo es el cáncer en tal grupo poblacional, en especial el de próstata.

Ante las condiciones dadas, resulta necesario un abordaje epidemiológico a través de un enfoque multidisciplinario y transdisciplinario de tal enfermedad, así como una respuesta social organizada a tal problema de salud pública, en especial aquella gestada desde la administración pública a través de la Secretaría de Salud y las instituciones de salubridad públicas que la integran, para así disminuir el impacto financiero a las mismas (fomentando la prevención y el autocuidado) e incidir en los procesos de salud-enfermedad, para de esta manera mejorar la calidad de los individuos y finalmente lograr el desarrollo de la sociedad.

4.1. Por una política gubernamental para la prevención del cáncer en varones.

Como queda establecido, el Plan Nacional de Desarrollo será aquel documento que rija la programación y trace los grandes objetivos de las políticas públicas en materia de salud, bajo los cuales se han de definir las acciones específicas para lograrlos, además de servir como base para el diseño de los objetivos, estrategias y líneas de acción contenidas dentro del Programa Sectorial de Salud, logrado así una concatenación y congruencia entre ambos instrumentos de planeación

Por lo tanto, es de vital importancia integrar dentro del Plan Nacional de Desarrollo, estrategias, objetivos y metas que sienten las bases sobre las cuales se dará la prestación de servicios especializados para la atención al cáncer en varones, así como su acceso y financiamiento, haciendo énfasis en la prevención y el autocuidado, así como la detección temprana, para hacer frente a tal enfermedad.

“El mejor control del cáncer se logrará en gran medida gracias a las estrategias de prevención y a los programas de detección temprana, incluyendo las campañas de información y los programas de tamizaje de la población. El éxito de los programas de detección temprana dependerá de la utilización eficaz y óptima de las posibilidades de tratamiento. A pesar de la explosión de conocimientos acerca de los tumores en el campo de la biología, probablemente transcurrirá otro decenio

antes de que su aplicación mediante medicamentos nuevos y principios de tratamiento más avanzados reduzcan la mortalidad por cáncer. Por consiguiente, los distintos aspectos del control de la enfermedad deben verse dentro del contexto de un enfoque sistemático e integral, esto es, un plan o estrategia de control del cáncer” (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. vii).

La promoción de estilos de vida más saludables, la difusión de campañas informativas para la revisión periódica (a través de medios de comunicación y redes sociales), así como la prevención de riesgos y la detección oportuna de casos (y su conteo en un Registro Nacional de Cáncer), deberán ser las bases sobre las cuales se habrá de diseñar un “Programa de Acción Específico para Cáncer en Varones”, logrando así incidir de manera oportuna en el proceso salud – enfermedad, mejorando la calidad de vida los individuos e impulsando el desarrollo social y económico, disminuyendo también el impacto financiero que tiene el cáncer sobre las instituciones de salud públicas.

“La prevención implica eliminar o reducir al mínimo la exposición a las causas de cáncer e incluye la disminución de la sensibilidad individual frente a los efectos de tales causas. Este enfoque ofrece el mayor potencial para la salud pública y el control del cáncer más económico a largo plazo” (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. xiii).

Cabe mencionar y, como quedo establecido en anteriores apartados, que el vínculo entre salud y desarrollo económico es bidireccional: Un mayor desarrollo económico permite a la población de un país obtener un mejor estado de salud y un mejor estado de salud promueve de modo natural un mayor desarrollo económico (Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006, pág. 41).

Con lo anterior y más allá del impacto individual que tiene el cáncer sobre los varones y su entorno más próximo, con las acciones de prevención y atención temprana integradas a un Programa de Acción Específico para Cáncer en Varones, también se evitaran aquellas repercusiones sociales y económicas asociadas a tal enfermedad en el país, principalmente hacia las instituciones de salud pública.

4.2. Por un Programa de Acción Específico para Cáncer en Varones.

Las acciones de prevención y detección temprana, serán la base sobre la cual se habrá de elaborar aquel “Programa de Acción Específico para Cáncer en Varones”, esto, con el propósito de prevenir o retardar la aparición de diversos tipos de neoplasias malignas (en especial de próstata y pulmón), a través de acciones de sensibilización y promoción de la salud entre la población masculina, para así disminuir la mortalidad por ciertos tipos de cáncer en este grupo poblacional y aumentar su calidad y esperanza de vida, con lo cual también se disminuirá el impacto financiero que tiene la enfermedad sobre las instituciones de salud pública.

Es necesario informar que los siguientes ejes, así como estrategias y líneas de acción, se elaboraron siguiendo los criterios establecidos por la propia Organización Mundial de la Salud (Programas nacionales de control del cáncer. Políticas y pautas para la gestión, 2004), por el Código Europeo contra el Cáncer, el Observatorio Nacional del Cáncer en Colombia, además de algunos lineamientos definidos en el “Programa de Acción Específico: Prevención y Control del Cáncer en la Mujer (2013-2018)” y el “Programa de Acción: Cáncer de Próstata (2001-2006)”.

Además, si bien resulta cierto que los siguientes ejes, y el contenido de los mismos, están más enfocados al área médica, correspondería a la administración del sector salud su implementación, control y evaluación.

4.2.1. Eje 1: Prevención

El desarrollo del cáncer atribuible al consumo de tabaco y alcohol es una de las enfermedades más prevenibles (especialmente en cuanto a su progresividad y mortalidad), ya sea inhibiendo o disminuyendo el uso de estos o adoptando estilos de vida más saludables.

En referencia a la prevención, la Organización Mundial de la Salud establece lo siguiente (2004, pág. 23):

“Implica eliminar o disminuir al mínimo la exposición a las causas del cáncer e incluye reducir la sensibilidad individual al efecto de esas causas. Este enfoque

ofrece el mayor potencial para la salud pública y es el método de control del cáncer más económico a largo plazo. El tabaco es la principal causa de cáncer en todo el mundo y en la lucha contra el cáncer cada país debe asignar la más alta prioridad al control del tabaco”.

Asimismo y, aunque no se han esclarecido los factores de riesgo que determinan el desarrollo de cáncer de próstata en varones, se ha llegado a relacionar principalmente con aspectos biológicos (edad mayor a 65 años), factores ambientales (exposición a radiación, tóxicos y contaminación ambiental) y factores conductuales (fumar, consumo de alcohol, enfermedades de transmisión sexual y obesidad) (Savón, 2019).

Estrategia 1.1. Generar campañas de comunicación educativa que promuevan la adopción de hábitos y comportamientos saludables para prevenir el cáncer.

- Impulsar acciones de información, educación y comunicación desde el ámbito educativo, social y privado para evitar conductas de riesgo, como lo son el consumo de tabaco y alcohol.
- Promover la actividad física en el ámbito educativo, social, comunitario y privado.
- Incentivar la ingesta de frutas y verduras de manera recurrente.
- Capacitar a los profesionales de la salud para proporcionar orientación sobre aquellos factores de riesgo asociados al cáncer.

Estrategia 1.2. Establecer una campaña permanente de comunicación social dirigida a la población masculina en el tema del cáncer, principalmente el de próstata.

- Sensibilizar a la población masculina sobre la importancia de realizar acciones para prevenir la enfermedad prostática.
- Difundir spots en redes sociales, así como radio y televisión, enfocados al autocuidado y mayor conocimiento de neoplasias malignas en varones, principalmente las de próstata.
- Realizar campañas de comunicación educativa orientadas a la identificación de signos y síntomas de cáncer de próstata y otros.

- Promover en medios de comunicación la revisión periódica a partir de los 45 años en varones, para la detección temprana de neoplasias malignas, principalmente aquellas prostáticas.

4.2.2. Eje 2: Detección temprana

Es importante mencionar que el cáncer en su etapa de detección más temprana, puede tratarse, e incluso, llegar a ser curable, aumentando así la calidad y esperanza de vida de la población masculina.

“El mayor conocimiento de los signos y los síntomas del cáncer contribuye a la detección temprana de la enfermedad. Cuando se cuenta con pruebas para detectar el cáncer de sitios específicos y las instalaciones son apropiadas, el tamizaje de individuos aparentemente sanos puede revelar la presencia de tumores malignos en los estadios iniciales o precursores, cuando el tratamiento puede ser más eficaz. La detección temprana sólo tiene éxito cuando se vincula con un tratamiento eficaz” (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 23).

En lo referente a las neoplasias malignas prostáticas y en su etapa más temprana, estas se limitan solo a la próstata y no suelen ser mortales, con lo cual las acciones de detección oportuna son una herramienta que permite incorporar al paciente al tratamiento radical a tiempo, e impide la progresión de la enfermedad ((Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, 2001).

Estrategia 2.1. Promover la revisión periódica en varones a partir de los 45 años.

- Crear el “Carnet Único para la Prevención y Atención del Cáncer en Varones”.
- Desburocratizar los trámites relacionados a la obtención de citas, seguimiento, prevención y tratamiento de neoplasias malignas en varones mexicanos.
- Promover la exploración clínica completa (tacto rectal) para la detección del cáncer de próstata.

- Promover la realización de análisis de sangre para la detección de antígenos prostáticos específicos en aquellos varones que no presenten síntomas asociados a neoplasias malignas prostáticas.
- Promover la ecografía transrectal para la detección de neoplasias malignas prostáticas en varones.

Estrategia 2.2. Implementar acciones que aseguren la calidad en la realización del tamizaje de cáncer de próstata.

- Instrumentar un sistema de control de calidad en la realización del tamizaje de cáncer de próstata.
- Fortalecer la infraestructura de los servicios de detección y diagnóstico en las instituciones de salud públicas.
- Capacitar al personal de salud pública para la identificación de signos y síntomas asociados al cáncer de próstata.
- Consolidar el control de calidad de laboratorios de citología, patología y biología molecular.

4.2.3. Eje 3: Atención (diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos)

El diagnóstico y tratamiento del cáncer resultan esenciales para poder evaluar la etapa en que se encuentran aquellas neoplasias malignas que se presenten en varones, además de determinar el tratamiento más adecuado a las mismas.

Por otro lado, el tratamiento, acorde a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (2004, pág. 23) procura curar, prolongar la vida útil y mejorar la calidad de vida de los individuos.

En concordancia con lo anterior, los servicios de tratamiento deberán incluir apoyo psicosocial, servicios de rehabilitación y cuidados paliativos cuando la enfermedad se encuentre avanzada.

En referencia a los cuidados paliativos, la misma Organización advierte lo siguiente:

“En gran parte del mundo, la mayoría de los pacientes con cáncer presentan enfermedades avanzadas. Para ellos, la única opción realista de tratamiento es el alivio del dolor y los cuidados paliativos” (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 24).

Por otra parte, como se señaló en apartados anteriores y en referencia al cáncer de próstata, la concentración de infraestructura en aquellas ciudades céntricas del país (en especial la Ciudad de México) para atender distintos tipos de neoplasias malignas, así como de profesionales de la salud en oncología y urología, suponen otro de los grandes retos para dar un diagnóstico y tratamiento adecuado a la enfermedad en distintas entidades federativas del país.

Es así que la formación de personal especializado para dar atención a aquellos varones que presenten tumores malignos resultará imprescindible en cualquier estrategia enfocada a combatir el cáncer en tal grupo poblacional.

Estrategia 3.1. Instrumentar acciones para el seguimiento y evaluación diagnóstica de los casos sospechosos identificados en las estrategias de tamizaje

- Facilitar la coordinación interinstitucional para el seguimiento de los casos diagnosticados y tratamiento de estos.
- Promover el fortalecimiento de los servicios de atención para acortar el tiempo de evaluación diagnóstica e inicio de tratamiento.
- Ampliar el catálogo de enfermedades tratables, incluyendo al cáncer de próstata como una de las principales en cuanto a su tratamiento de manera gratuita.

Estrategia 3.2. Promover acciones para asegurar el tratamiento oportuno y de calidad de los casos diagnosticados

- Facilitar la vinculación de unidades de atención oncológica con los programas de detección para el seguimiento y tratamiento de casos confirmados.

Estrategia 3.3. Promover medidas tendientes al alivio del dolor y cuidados paliativos en aquellas neoplasias malignas en estado avanzado

- Formular un programa de cuidados paliativos del cáncer.
- Capacitar a los profesionales de la salud en el alivio del dolor y cuidados paliativos del cáncer.

Estrategia 3.4. Formación y capacitación de personal especializado para la atención del cáncer en varones.

- Detectar las necesidades de formación y capacitación de profesionales de la salud y personal especializado en las entidades federativas, para la atención de aquellas neoplasias malignas en varones, principalmente las de próstata.
- Detectar las necesidades de insumos, recursos materiales e infraestructura (hospitales y clínicas) en las entidades federativas, para la atención especializada de neoplasias malignas en varones, principalmente las de próstata.
- Formular un “Manual Integral para el Manejo del Cáncer de Próstata” que proporcione el conocimiento esencial a los profesionales de la salud sobre la enfermedad
- Asignar recursos destinados a la formación y capacitación de profesionales de la salud y personal especializado para la atención de aquellas neoplasias malignas en varones, principalmente las de próstata.
- Destinar recursos específicos a la formación y capacitación de profesionales de la salud y personal especializado para la atención de aquellas neoplasias malignas en varones, principalmente las de próstata.
- Dedicar recursos específicos para la adquisición de insumos, recursos materiales y construcción de infraestructura (hospitales y clínicas) en las entidades federativas, para la atención descentralizada de neoplasias malignas en varones.

4.2.4. Eje 4: Investigación

La investigación oncológica en México resultará de vital importancia para mejorar aspectos del mismo Programa, así como para diseñar e incorporar nuevas acciones que mejoren la calidad de vida de aquellas personas con neoplasias malignas, en especial aquellas relacionadas al cáncer de próstata.

“El propósito de la investigación relacionada con el control del cáncer es identificar y evaluar los medios de reducir la morbilidad y la mortalidad provocadas por la enfermedad, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes con neoplasias malignas y sus familias. La investigación es, entonces, un componente clave en la elaboración, aplicación y evaluación de un programa nacional de control del cáncer, que debe tener una base científica para la identificación de las causas de la enfermedad y para la formulación de estrategias eficaces de prevención, tratamiento y control del cáncer, así como para evaluar el desempeño general del programa” (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 97).

Contar con una base científica, permitirá una mejor toma de decisiones desde el ámbito gubernamental, incorporando estrategias y acciones que respondan a la problemática del cáncer en varones; esto, no solo a través de una perspectiva medicobiológica, sino también desde los aportes de otras disciplinas, en especial desde las Ciencias Sociales, para así ir conociendo aspectos propios de la enfermedad que hasta hace mucho tiempo no habían sido abordados:

“...la importancia de la investigación en cáncer radica en diversos aspectos: por una parte, desde la perspectiva científica, el cáncer representa un grupo de enfermedades de gran interés que podrían ayudar a explicar procesos de trascendencia en diferentes áreas de estudio, siendo también un problema de salud mundial que afecta la economía y evidencia las desigualdades existentes entre las distintas regiones del mundo, por lo que su investigación es necesaria para disminuir algunos de estos problemas; sin embargo, como juicio personal, creo que la importancia primordial de la investigación en cáncer se encuentra en un rasgo más primitivo e inherente al hombre, en la sensibilidad por el sufrimiento

ajeno, en la fraternidad entre los hombres: en el sentimiento humanista” (Andonegui, 2006, pág. 227).

Estrategia 4.1. Promover la realización de investigación para el diseño del Programa.

- Promover la realización de investigación multidisciplinaria para la toma de decisiones y mejora del Programa.
- Integrar a la academia en la generación de información adicional requerida.
- Generar recomendaciones y propuestas para la toma de decisiones y generación de políticas.

Estrategia 4.2. Promover la evaluación periódica de las acciones de tamizaje entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

- Elaborar y difundir evaluaciones de desempeño de los programas de tamizaje de cáncer de próstata en varones.

4.2.5. Eje 5: Control y vigilancia

Acorde a lo establecido por Nancy Reynoso y Alejandro Mohar (2014, pág. 419), a pesar de que contamos con cifras que reflejan la mortalidad por cáncer a nivel nacional, la información que se tiene sobre la incidencia y prevalencia real de neoplasias malignas entre la población resulta parcial y poco representativa, lo cual obliga a recurrir a estimaciones internacionales (véase la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer).

Por ello, para el diseño, control y continua mejora de un Programa de Acción Especifico para Cáncer en Varones, el contar con un “Registro Nacional del Cáncer” resultara de vital importancia para formular estrategias y acciones tendientes a combatir tal enfermedad en distintos grupos poblaciones (haciendo énfasis en las neoplasias prostáticas) y sobre esa base, también conocer las necesidades de formación de personal oncológico, insumos, infraestructura y recursos financieros.

“Los registros poblacionales de cáncer son actividades de bajo costo fundamentales en cualquier programa de control del cáncer, puesto que solamente a través de ellos es posible conocer la incidencia real de cáncer,

proceso que, a su vez, posibilita estimar la magnitud de la carga de enfermedad y predecir su evolución, realizar investigación etiológica y de prevención, recopilar información sobre prevalencia de factores de riesgo y su tendencia, y evaluar el desempeño y la calidad de los servicios de tamizaje, detección temprana, tratamiento y cuidado paliativo” (Arias O, 2013).

Estrategia 5.1. Establecer la creación de un “Registro Nacional del Cáncer”

- Integrar información actualizada que refleje la incidencia del cáncer entre la población mexicana para el diseño y toma de decisiones en la política pública.
- Mantener de manera permanente un sistema de seguimiento y monitoreo de nuevos pacientes que reciban el diagnóstico de alguna neoplasia maligna en las instituciones del sector salud.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional para el intercambio de información y cifras de morbilidad por cáncer.
- Divulgar de manera semestral, informes que reflejen la incidencia del cáncer entre la población mexicana.

4.2.6. Eje 6: Evaluación

Acorde a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (2004, pág. 189), “la evaluación continua de los procesos y resultados de un programa de control del cáncer nacional es una herramienta esencial para determinar el progreso de su organización y mejorar su eficacia”.

Para ello, se contará con un “Sistema de Evaluación y Seguimiento”, donde se definirán los criterios metodológicos a través de los cuales se evaluarán los avances y resultados del Programa, permitiendo así, la mejora continua de tal Programa.

Conclusiones

El objetivo general de este trabajo de investigación fue el establecer ejes generales multivariados para la propuesta de creación de un “Programa de Acción Gubernamental Específico para la Prevención y Atención del Cáncer en Varones”. Esto, debido a que dentro de la agenda gubernamental nacional, pese a que el cáncer en varones mexicanos ha ido convirtiéndose en un problema de salud pública (en cuanto a su incidencia y mortalidad), no se le ha dado un tratamiento adecuado desde aquellas instancias administrativas (Secretaría de Salud) encargadas de diseñar planes, programas y estrategias enfocados/as a atender tal enfermedad, con lo cual se garantizaría el cumplimiento del artículo 4 constitucional, en pro de cumplir el derecho a la salud.

La ausencia de programas, estrategias, así como líneas de acción destinadas a combatir esta enfermedad en varones quedó demostrada a través de un análisis y revisión documental exhaustiva del Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) y el Programa Sectorial de Salud (2013-2018), quedando evidenciado además que el establecimiento de acciones de prevención y detección de neoplasias malignas se enfocan mayoritariamente al cáncer cervicouterino y de mama, excluyendo al cáncer prostático, con lo cual se genera una disparidad en cuanto a la prevención y atención de este problema de salud pública entre hombres y mujeres, esto, pese a metas de inclusión e igualdad establecidas en tales documentos

Lo expuesto en el párrafo anterior, confirmo la hipótesis de que la ausencia y carencia de programas gubernamentales que contengan acciones específicas de prevención, atención y control del cáncer en varones por parte de la Secretaría de Salud, constituye una de las principales razones del crecimiento de esta enfermedad, lo que lo convierte en un problema de salud pública

Ante este escenario, se concluyó que el diseño de ejes generales multivariados para un “Programa de Acción Gubernamental Específico para la Prevención y Atención del Cáncer en Varones” podría sentar las bases para la formulación de estrategias y

líneas de acción específicas destinadas a prevenir, atender y controlar el cáncer, principalmente, aquellas neoplasias prostáticas en varones mexicanos.

En razón de lo antes expuesto, se hizo énfasis en “Eje 1: Prevención”, como aquella base sobre la cual se habría de implementar una política y acciones para combatir el cáncer en varones, especialmente, en cuanto la promoción de conductas saludables, la difusión de información para un mayor conocimiento de la enfermedad y la revisión periódica. Esto, derivado del análisis de distintos documentos (en especial los aportes de la Organización Mundial de la Salud), donde un enfoque preventivo (sumado a la difusión de información veraz y oportuna) es la opción más económica y factible de implementar para los gobiernos, ya sea a corto, mediano y largo plazo, ofreciendo un mayor potencial para la salud pública y un método de control más viable para la enfermedad.

El diseño del “Eje 2: Detección temprana”, tuvo como finalidad reducir el impacto financiero que tiene la enfermedad sobre el sistema de salud en México, por medio de acciones que impidieran la progresión de la enfermedad, para así también mejorar la calidad de vida de los individuos y propiciar el desarrollo de la sociedad. Esto último resultado de gran importancia, ya que se concluye también a través de la revisión de distintas fuentes documentales, que la salud entra en una relación directa como promotora del crecimiento económico y también del desarrollo de la sociedad.

En el mismo orden de ideas, dentro del “Eje: Atención”, se subrayó la importancia de brindar servicios de tratamiento oportunos y cercanos al paciente enfermo dentro de las entidades federativas (así como de formación de personal especializado y destinación de recursos específicos), descentralizando los servicios de salud dentro de las mismas para una pronta y oportuna atención de la enfermedad, ya que como quedó demostrado, la concentración de infraestructura y recursos (tanto materiales y humanos) en aquellas ciudades céntricas del país (en especial la Ciudad de México), supone otro de los grandes problemas para dar un diagnóstico y tratamiento a los enfermos por cáncer en distintos estados del país.

Se concluyó también, que el diseño del “Eje 4: Investigación”, “Eje 5: Control y vigilancia” y “Eje 6: Evaluación”, serán complementarios para identificar y evaluar los

medios de reducir la morbilidad y la mortalidad provocadas por la enfermedad, permitiendo además contar con criterios científicos de diversas disciplinas para una mejor toma de decisiones desde el ámbito gubernamental.

Asimismo, y en concatenación con lo anterior, se deduce que la implementación de un “Registro Nacional del Cáncer”, será una de las estrategias principales que coadyuven a conocer la incidencia real del cáncer y, sobre ello prever las necesidades de formación de personal especializado en el tema, insumos e infraestructura para hacer frente a tal enfermedad.

En suma, el diseño de los ejes mencionados anteriormente conllevó a un análisis de la función del Estado Mexicano en la atención de la salud y sus responsabilidades sociales ante la misma, partiendo desde una perspectiva ya no solo biológica (desde la medicina), sino por medio de un abordaje epidemiológico a través de un enfoque multidisciplinario y transdisciplinario de tal enfermedad, en especial desde los aportes de las Ciencias Sociales, donde, se llegó a la conclusión de que la salud (y la enfermedad del cáncer en varones en sí misma) deja de ser un fenómeno exclusivamente médico, llegando a ser un estado de bienestar emergente de las interacciones entre los potenciales de los individuos, las demandas de la vida y los determinantes sociales y ambientales (Kuruvilla, 2014, citado por Idrovo & Alvarez Casado, 2014, pág. 219).

Por ello y en la acción gubernamental ante el cáncer en varones como problema de salud pública, se infiere que el papel que debe tomar el gobierno mexicano (principalmente a través de la Secretaría de Salud) debe ser totalmente activo y rector en cuanto a la formulación de planes y programas, así como a la asignación de recursos dirigidos a combatir tal enfermedad; ya que como se destacó en el análisis documental hecho en este trabajo de investigación, en administraciones pasadas y aun en el presente, el actuar gubernamental ha sido ineficiente e incluso nulo ante este problema de salud pública.

Para finalizar y en estrecha relación con lo anterior, de las estadísticas presentadas en la presente tesis y por medio de la construcción de distintos escenarios a manera de prospectiva incluidos en distintos apartados de la misma, se deduce aún

más la importancia del actuar gubernamental en los siguientes años, ya que como las proyecciones a futuro así lo sugieren, la mortalidad por cáncer en varones (principalmente de próstata) se elevará a cifras alarmantes, posicionándose como la primera causa de muerte de manera general en México.

Referencias

- Abecasis, C. (2002). Breve historia de la salud pública [Documento en línea]. *FBioyF - UNR*, 1-7. Disponible: https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/2976/mod_resource/content/0/1_Breve_historia_de_la_Salud_Publica_protegido.pdf [Consulta: 15 de octubre de 2018].
- Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer. (2018). *Cancer Tomorrow [En línea]*. Obtenido de International Agency for Research on Cancer: https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphic-bar?type=1&population=900&mode=population&sex=0&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0#collapse-by_country [Consulta: 11 de marzo de 2019]
- Agudelo C. , C. A. (1999). Desarrollo y Salud [Documento en línea]. *Revista de Salud Pública, Vol. 1 (1)*, 17-28. Disponible: <http://bdigital.unal.edu.co/22347/1/18947-61813-1-PB.pdf> [16 de septiembre de 2018].
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinaria [Documento en línea]. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, Año 9, No. 1*, 93-107. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2781925.pdf> [Consulta: 26 de agosto de 2018].
- Andonegui, M. A. (2006). Relevancia de la Investigación en Cáncer [Ensayo]. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 226-227. Disponible: <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1172290452.pdf> [Consulta: 24 de agosto de 2020].
- Arias O, N. E. (2013). Registros poblacionales de cáncer: avances en Colombia, Chile y Brasil [Documento en línea]. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 31(1)*, 127-135. Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=120/12026437014> [Consulta: 19 de mayo de 2019].
- Arias, S. V. (2009). Inequidad y cáncer: una revisión conceptual [Documento en línea]. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 27, No.3*, 341-348. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n3/v27n3a12.pdf> [Consulta: 20 de junio de 2020].
- Barona del Infante, N., & Alvarez A., L. (1991). *Sociedad y salud*. Cali: Formas Precisas.
- Borràs, J. M. (2015). La perspectiva del género en el cáncer: una visión relevante y necesaria [En línea]. *Arbor, 191 (773)*, Disponible: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3001> [Consulta: 31 de marzo de 2019] .
- CEPAL. (1998). *Gestión de Programas Sociales en América Latina. Volumen I*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Chertorivski, S., & Fajardo, G. (2012). El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación? [Documento en línea]. *Gaceta Médica de México*, 502-508. Disponible: https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_502-508.pdf [Consulta: 21 de noviembre de 2018].

- Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. (2006). *Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico*. México: FCE, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros. (Noviembre de 2016). *Simulador de Gastos Médicos Mayores [Documento en línea]*. Obtenido de Gobierno de México:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/170172/Presentaci_n_a_Medios_-_Simulador_de_Gastos_M_dicos_Mayores.pdf [Consulta: 12 de mayo de 2019]
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. (13 de Febrero de 2014). *Protégete del Cáncer [En línea]*. Obtenido de Condusef:
<https://www.condusef.gob.mx/Revista/index.php/seguros/gastos-medicos/308-protegete-del-cancer> [Consulta: 12 de mayo de 2019]
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (5 de Agosto de 2019). *Diez años de medición de pobreza multidimensional en México: avances y desafíos en política social. Medición de la pobreza serie 2008-2018 [Documento en línea]*. Obtenido de CONEVAL:
https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_18/Pobreza_2018_CONEVAL.pdf [Consulta: 17 de junio de 2020]
- Consejo Nacional de Población. (2007). *Crecimiento y estructura de la población [Documento en línea]*. Obtenido de CONAPO:
<http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/205/1/images/Cap02.pdf> [Consulta:11 de marzo de 2019]
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2020). *Diario Oficial de la Federación (Última reforma publicada DOF 08-05-2020)*. México: Cámara De Diputados del H. Congreso De La Unión.
- Díaz, I. (02 de 07 de 2018). Incan realizó su 35 Reunión Anual: México cuenta con 100 nuevos médicos oncólogos. *Saludiarlo. El medio para médicos*, págs. Disponible:
<https://www.saludiarlo.com/incan-realizo-su-35-reunion-anual-mexico-cuenta-con-100-nuevos-medicos-oncologos/> [Consulta: 18 de mayo de 2019].
- Dirección General de Información en Salud. (2018). *Recursos en Salud 2017 [En línea]*. Obtenido de Datos Abiertos: http://dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html [Consulta: 19 de mayo de 2017]
- Fonseca, C. (2005). Reflexionando sobre la construcción de la masculinidad en el Occidente desde una postura crítica [Documento en línea]. *Bajo el Volcán, Vol. 5, No.9*, 135-155. Disponible:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=286/28650908> [Consulta: 2 de junio de 2019].
- Frenk, J. (2016). *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gandur , N. (2010). Introducción a la oncología. Breve historia del cáncer. Definiciones. En I. N. Cáncer, *Manual de Enfermería Oncológica* (págs. 7-8). Argentina: INC, Ministerio de Salud.

- García , E., & Valencia, M. L. (2012). *Planeacion Estrategica: Teoria Y Practica*. México: Editorial Trillas.
- Gavidia, V., & Talavera , M. (2012). La construcción del concepto de salud [Documento en línea]. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales Nº 26*, 161-175. Disponible: <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf> [Consulta: 9 de septiembre de 2018].
- Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado*. Madrid: Fundación MAPFRE.
- Gobierno de la República. (20 de Mayo de 2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 [Documento en línea]*. Obtenido de Sistema Nacional de Información. Estadística y Geográfica: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013 [Consulta: 25 de agosto de 2019]
- Gobierno de la República. (20 de Mayo de 2013b). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018 [Documento en línea]*. Obtenido de Comisión Nacional contra las Adicciones: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf [Consulta: 20 de mayo de 2019]
- Gómez, C. (2017). El Sistema de Salud en México [Documento en línea]. *Revista CONAMED, Vol. 22, No. 3*, 129-135. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6434801.pdf> [Consulta: 21 de noviembre de 2018].
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril , V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk , J. (2011). Sistema de salud de México [Documento en línea]. *Salud Pública de México, Vol. 53, No. 2*, 220-232. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779017> [Consulta: 21 de noviembre de 2018].
- Hernández, I. (2012). Calidad de gobierno y políticas de salud [Documento en línea]. *Encuentros Multidisciplinares No. 41*, 1-8. Disponible:http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%BA41/Ildelfonso_Hern%E1ndez_Aguado.pdf [Consulta: 9 de septiembre de 2018] .
- Idrovo, A. J., & Alvarez Casado, E. (2014). Asumiendo el concepto de salud [Documento en línea]. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, Vol. 46, No. 3*, 219-220. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343838645001> [Consulta: 26 de agosto de 2018].
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (13 de Febrero de 2015). *Cáncer de Próstata [En línea]*. Obtenido de IMSS: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-prostata> [Consulta: 7 de abril de 2018]
- Instituto Nacional de Cancerología. (19 de Junio de 2017). *Pacientes de nuevo ingreso [En línea]*. Obtenido de Datos Abiertos: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/pacientes-de-nuevo-ingreso> [Consulta: 2 de junio de 2019]
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Encuesta Intercensal 2015. Principales resultados*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (30 de Octubre de 2017). *Estadísticas a Propósito del Día de Muertos (2 de noviembre) [Documento en línea]*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía:

- https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf
[Consulta: 29 de agosto de 2018]
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018 de Febrero de 2018). *Estadísticas a Propósito del Día Mundial Contra el Cáncer [Documento en línea]*. Obtenido de INEGI:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_nal.pdf
[Consulta: 4 de abril de 2018]
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Mortalidad General [En línea]*. Obtenido de Consulta Interactiva de Datos (INEGI):
https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/mortalidadgeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg [Consulta: 31 de marzo de 2019]
- Instituto Nacional del Cáncer. (29 de Abril de 2015). *Factores de riesgo de cáncer [En línea]*. Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/edad> [Consulta: 31 de marzo de 2019]
- Instituto Nacional del Cáncer. (18 de Diciembre de 2018). *Investigación de salud pública y el cáncer [En línea]*. Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer:
<https://www.cancer.gov/espanol/investigacion/areas/salud-publica#impact> [Consulta: 11 de marzo de 2019]
- Instituto Nacional del Cáncer. (27 de Abril de 2018b). *Estadísticas del cáncer [En línea]*. Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
[Consulta: 11 de marzo de 2019]
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud [Documento en línea]. *International Journal of Psychological Research*, Vol. 4, No.1, 70-79. Disponible: www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf [Consulta: 26 de agosto de 2018].
- Juntos Contra el Cáncer. (2018). *Necesidades de infraestructura y recursos humanos para la atención del cáncer*. Obtenido de Panorama del cáncer en México:
<https://juntoscontraelcancer.mx/panorama-del-cancer-en-mexico/>
- Ley de Planeación. (2018). *Diario Oficial de la Federación (Última reforma publicada DOF 16-02-2018)*. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- Ley General de Salud. (2019). *Diario Oficial de la Federación (Última reforma publicada DOF 29-11-2019)*. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. (2018). *Diario Oficial de la Federación*. México : Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- London, S., Temporelli, K., & Monterubblanesi, P. (2009). Vinculación entre salud, ingreso y educación. Un análisis comparativo para América Latina [Documento en línea]. *Economía y Sociedad*, Vol. XIV, No. 23, 125-146. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/510/51011904007.pdf> [Consulta: 26 de agosto de 2018].
- López Romero, D., Ángeles Preciado, E., Hernández Hernández, G., & Ortiz Aguilar, R. (2012). Salud y sociedad: cuando la explicación biológica no alcanza [En línea]. *Educación Y Salud. Boletín*

- Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo,
 Disponible: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n1/e1.html> [Consulta: 16 de septiembre de 2018].
- Lugo, M. E. (2015). *El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*. México: CNDH.
- Macías , E., Moreno, J., Milanés, S., Martínez, A., & Hazas, A. (1993). *El sistema de pensiones en México dentro del contexto internacional*. México: Confederación Patronal de la República Mexicana, Instituto de Propositiones Estratégicas.
- MD Anderson Center. (s.f.). *Factores de riesgo de cáncer [En línea]*. Obtenido de MD Anderson Center Cancer Madrid * España: <https://mdanderson.es/el-cancer/prevencion/factores-de-riesgo-de-cancer> [Consulta: 22 de abril de 2019]
- Meza, G. (2016). Las ciencias sociales y el cáncer oral [Documento en línea]. *Revista Mexicana de Estomatología, Vol. 3, No.2*, 111-118. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/312092070_Las_ciencias_sociales_y_el_cancer_oral [Consulta: 11 de marzo de 2019].
- Miranda , R. (1 de Junio de 2018). Hay déficit de oncólogos en México: Sociedad Mexicana de Oncología. El Sol de Toluca. *El Sol de Toluca*.
- Muñoz , F., López, D., Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Hanna, W., Larrieu, M., & Ubila , S. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud [Documento en línea]. *Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, No.1/2*, 126-134. Disponible: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000000700017&script=sci_arttext&lng=es#back1 [Consulta: 22 de octubre de 2018].
- Naciones Unidas. (2015). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Naciones Unidas.
- Narro, J., Moctezuma , D., & Orozco, L. (2010). Hacia un nuevo modelo de seguridad social [Documento en línea]. *Economía UNAM, Vol.7, No.20*, 7-33. Disponible: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v7n20/v7n20a1.pdf> [Consulta: 23 de octubre de 2018].
- Navarro , V. (1997). Concepto actual de la salud pública. En F. M. Navarro, *Salud pública* (págs. 49-54). España: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Ontiveros , G. (2005). *El Programa Nacional de Solidaridad. La política social en México 1988-1994*. México.
- Organización Internacional del Trabajo. (2003). *Hechos concretos sobre la seguridad social*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (2017). *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019. La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Programas Nacionales de Control del Cáncer. Políticas y pautas para la gestión*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (9 de Noviembre de 2005). *¿Qué es un sistema de salud? [En línea]*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/features/qa/28/es/> [Consulta: 21 de noviembre de 2018]

- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud (Documentos básicos)*. Nueva York: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Cáncer. Temas de salud [En línea]*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/cancer/es/#> [Consulta: 22 de abril de 2019]
- Organización Mundial de la Salud. (2016b). *Factores de riesgo [En línea]*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/ [Consulta: 22 de abril de 2019]
- Organización Mundial de la Salud. (29 de Diciembre de 2017). *Salud y derechos humanos [En línea]*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> [Consulta: 21 de noviembre de 2018]
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *El derecho a la salud (Folleto Informativo)*. Suiza: WHO.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Prevención del cáncer [En línea]*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/cancer/prevention/es/> [Consulta: 3 de marzo de 2019]
- Organización Mundial de la Salud. (12 de Septiembre de 2018b). *Datos y cifras*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20la%20segunda,de%20ingresos%20medios%20y%20bajos.> [Consulta: 01 de julio de 2020]
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2019). *Programa de Cáncer [En línea]*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es [Consulta: 3 de marzo de 2019]
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*. París: OCDE.
- Ortiz, G. L., Reyes, A., Grajales, I., & Tenahua, I. (2013). Identificación de factores de riesgo para cáncer de próstata [Documento en línea]. *Enfermería Universitaria*, 3-7. Disponible: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000100002&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000100002&lng=es) [Consulta: 2 de junio de 2019].
- Paniagua Suárez, R. E. (2013). *¿Qué es un problema de salud pública?* Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública.
- Partanen, T., Monge, P., & Wesseling, C. (2009). Causas y prevención del cáncer ocupacional [Documento en línea]. *Acta Médica Costarricense*, 51 (4), 195-205. Disponible: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000400003 [Consulta: 3 de marzo de 2019].
- Ramírez, M. (5 de Noviembre de 2017). ¿Y, si vemos el cáncer como problema económico? [En línea]. *El Economista*, págs. Disponible: <https://www.eleconomista.com.mx/economia/Y-si-vemos-el-cancer-como-problema-economico-20171105-0033.html> [Consulta: 19 de mayo de 2019].

- Ramírez, V., & Ramírez, M. F. (2012). Caracterización de la planeación en México [Documento en línea]. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, No. 172, 1-11. Disponible: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/31358/secme-16779.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consulta: 8 de septiembre de 2019].
- Reynoso, N., & Mohar, A. (2014). El cáncer en México: propuestas para su control [Documento en línea]. *Salud Pública de México*, 56(5), 418-420. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500002&lng=es&tlng=es. [Consulta: 24 de agosto de 2020].
- Reynoso, N., & Torres, J. A. (2017). Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020 [Documento en línea]. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, Vol. 8, No.1, 9-15. Disponible: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/65111> [Consulta: 31 de marzo de 2019].
- Rocha, J. E. (2013). El Pacto por México bajo la lupa [Documento en línea]. *Revista Análisis Plural*, 94-105. Disponible: <https://rei.iteso.mx/handle/11117/820> [Consulta: 17 de septiembre de 2019].
- Rojas, C. (16 de Febrero de 2015). El 90% de los mexicanos no podría pagar el cáncer [En línea]. *Milenio*, págs. Disponible: <https://www.milenio.com/estados/el-90-de-los-mexicanos-no-podria-pagar-el-cancer> [Consulta: 12 de mayo de 2019].
- Salas, D., & Peiró, R. (2013). Evidencias sobre la prevención del cáncer. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(2), 66-75. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013000200005&lng=es&tlng=es. [Consulta: 19 de julio de 2017].
- Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico [Documento en línea]. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 1, No. 13, 137-141. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100026&lng=es&tlng=es [Consulta: 11 de marzo de 2019].
- Sandoval, A. (2007). *Comprendiendo los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA)*. México: DECA Equipo Pueblo.
- Sarmiento, J. (2013). Algunas visiones sobre la disciplina, práctica y concepto de la salud pública [Documento en línea]. *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 17, No. 2, 151-161. Disponible: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/27116/28748/> [Consulta: 15 de octubre de 2018].
- Savón, L. (2019). Cáncer de próstata: actualización. *Revista Información Científica*, Vol. 98, No.1, 117-126. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000100117&lng=es&tlng=es. [Consulta: 19 de julio de 2020].
- Scarpetta, G. M. (2014). Responsabilidad social estatal. *Documentos Técnicos 2014 [Documento en línea]*, 1-7. Disponible: <http://old.amfeafip.org.ar/seminario/2014/lecturas/scarpetta.pdf> [Consulta: 22 de octubre de 2018].

- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2014-2019). *Presupuesto de Egresos de la Federación*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.pef.hacienda.gob.mx/>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (1 de Septiembre de 2019). *Guía para la elaboración de programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (Documento en línea)*. Obtenido de Transparencia Presupuestaria: https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Capacitacion/enfoques_transversales/Guia_programas_derivados_PND_2019_2024.pdf [Consulta: 16 de junio de 2010]
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2012). *Pacto por México [Documento en línea]*. Obtenido de Embajada de México en Italia: https://embamex.sre.gob.mx/bolivia/images/pdf/REFORMAS/pacto_por_mexico.pdf [Consulta: 17 de septiembre de 2019]
- Secretaría de Salud. (8 de Agosto de 2017). *Cáncer, tercera causa de muerte en México [En línea]*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/salud/prensa/318-cancer-tercera-causa-de-muerte-en-mexico> [Consulta: 29 de mayo de 2018]
- Secretaría de Salud. (2018). *Nace la Secretaría de Salubridad y Asistencia [En línea]*. Obtenido de Secretaría de Salud: <https://www.gob.mx/salud/75aniversario/articulos/1943-nace-la-secretaria-de-salubridad-y-asistencia> [Consulta: 5 de diciembre de 2018]
- Secretaría de Salud. (16 de Abril de 2018b). *El consumo de alcohol y tabaco asociados con 90% de los casos de cáncer de boca y laringe [En línea]*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/salud/prensa/157-el-consumo-de-alcohol-y-tabaco-asociados-con-90-de-los-casos-de-cancer-de-boca-y-laringe> [Consulta: 22 de abril de 2019]
- SHCP. (2004). *Catálogo de Categorías Programáticas de la Administración Pública Federal 2005*. México: SHCP.
- Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. (2001). *Programa de Acción: Cáncer de Próstata [Documento en línea]*. Obtenido de Secretaría de Salud: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cancer_prostata.pdf [Consulta: 10 de noviembre de 2010]
- Tirado, L. L., Vela, B., & Mohar, A. (2003). Panorama Epidemiológico del Cáncer en México [Documento en línea]. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud, Vol. 6, No.1*, 9-13. Disponible: <http://revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/viewFile/33237/30420> [8 de abril de 2019].
- Valdés, C. (1987). Planeación y salud pública. Un enfoque centrado en problemas de la salud [Documento en línea]. *Salud Pública de México, Vol. 29, No. 3*, 233-248. Disponible: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/284/275> [Consulta: 25 de agosto de 2019].

Anexos

Anexo 1. Oficio de respuesta de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud



OFICINA DEL ABOGADO GENERAL
Dirección de Transparencia

Ciudad de México, a 9 de diciembre de 2019

Estimado (a) Solicitante:

Me refiero a la solicitud de información con número de folio **0001200480419**, ingresada por Usted a esta Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud, en los términos siguientes:

Modalidad preferente de entrega de información

Entrega por Internet en la PNT

“Motivos y fecha de término o cancelación del Programa de Acción: Cáncer de Próstata, elaborado en el año 2001 por la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud (adscrita a la Secretaría de Salud). “(sic)

Sobre el particular, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 6 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 121 y 133 al 136 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 10 y 25 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, le informo que su solicitud fue turnada a la **Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades**; mismos que en el ámbito de sus competencias, dieron respuesta en los términos de los oficios que se adjuntan.

Por otro lado, se le informa que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 142 de la LGTAIP, así como el 147 de la LFTAIP, usted cuenta con un término de quince días hábiles siguientes a la fecha de notificación de la respuesta a la solicitud de información, para la interposición del recurso correspondiente.

Finalmente, le comento que de tener alguna duda o aclaración respecto de la respuesta que se otorga, puede comunicarse al teléfono 50621600 extensión 53004# y 53005#; o bien, mediante el correo electrónico: unidadenlace@salud.gob.mx.

Sin otro particular, le envío un cordial y afectuoso saludo.

Atentamente

Unidad de Transparencia

Av. Marina Nacional 60, Planta Baja, Col. Tacuba, Miguel Hidalgo, C.P. 11410, CDMX. Tel: 5062 1600, Ext.53004#, www.gob.mx/salud



DAGC



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2019
AÑO DEL CARTELO DEL MUNDO
EMILIANO ZAPATA

Subsecretaría de Prevención
y Promoción de la Salud

SAC

Ciudad de México,



SPPS- 3819 2019.

Asunto: Respuesta a solicitud de información 0001200480419

UNIDAD DE TRANSPARENCIA
OFICINA DEL ABOGADO GENERAL
PRESENTE

Me refiero a su atenta comunicación enviada por correo electrónico número OAG-UT-CORREO-5470-2019 mediante el cual remite para atención la solicitud de información con el número 0001200480419 y que a continuación se transcribe:

Motivos y fecha de término o cancelación del Programa de Acción: Cáncer de Próstata, elaborado en el año 2001 por la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud (adscripción a la Secretaría de Salud)

En ese orden de ideas y a efecto de dar cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 13, 15 y 130 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, esta Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, realizó una búsqueda exhaustiva en los archivos de expresión documental y electrónica respectivos y en ese sentido se concluye que esta Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud no ha generado ni conserva información en los términos planteados en dicha solicitud.

Por lo anterior se declara la inexistencia de la información en términos del CRITERIO / 7-17 emitido por el pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, mismo que al tenor señala lo siguiente:

"Casos en los que no es necesario que el Comité de Transparencia confirme formalmente la inexistencia de la información. La Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública establecen el procedimiento que deben seguir los sujetos obligados cuando la información solicitada no se encuentre en sus archivos; el cual implica, entre otras cosas, que el Comité de Transparencia confirme la inexistencia manifestada por las áreas competentes que hubiesen realizado la búsqueda de la información. No obstante, lo anterior, en aquellos casos en que no se advierta obligación alguna de los sujetos obligados para contar con la información, derivado del análisis a la normativa aplicable a la materia de la solicitud; y además no se tengan elementos de convicción que permitan suponer que ésta debe obrar en sus archivos, no será necesario que el Comité de Transparencia emita una resolución que confirme la inexistencia de la información."

No obstante, lo anterior, y con la finalidad de privilegiar la solicitud de información bajo el criterio de máxima publicidad con fundamento en el artículo 6 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, puede consultar material diverso relacionado en la siguiente liga electrónica:

<https://www.gob.mx/salud/cnegsr>

<https://www.gob.mx/salud/cenaprece>

Lleja 7, P.B., Col. Juárez, Demarcación Territorial Cuauhtémoc
C.P. 06600, Ciudad de México, Tel. (55) 50621600 ext. 55142 y 55143



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2019
AÑO DEL CADUCLLO DEL SUP
EMILIANO ZAPATA

**Subsecretaría de Prevención
y Promoción de la Salud**

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Lic. Raúl Gómez Torres
Director de Área de la Subsecretaría de
de Prevención y Promoción de la Salud y
Enlace en Materia de Transparencia y Acceso a la Información.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2019
AÑO DEL CADUCLLO DEL SUP
EMILIANO ZAPATA

**Subsecretaría de Prevención
y Promoción de la Salud**

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Lic. Raúl Gómez Torres
Director de Área de la Subsecretaría de
de Prevención y Promoción de la Salud y
Enlace en Materia de Transparencia y Acceso a la Información.

Lieja 7, P.B., Col. Juárez, Demarcación Territorial Cuauhtémoc
C.P. 06600, Ciudad de México, Tel. (55) 50621600 ext. 55142 y 55143

"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

Finalmente, se le informa al peticionario que actualmente este sujeto obligado conduce e implementa a nivel nacional **18 (dieciocho) Programas de Acción Específico** para la prevención y control de enfermedades en la población mexicana, los cuales se mencionan a continuación:

1. Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres
2. Atención del Envejecimiento
3. Eliminación de la Lepra
4. Eliminación de la Oncocercosis
5. Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera
6. Prevención y Control de la Brucelosis
7. Prevención y Control de la Diabetes Mellitus
8. Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas
9. Prevención y Control de la Intoxicación por Picadura de Alacrán
10. Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular
11. Prevención y Control de la Rabia Humana
12. Prevención y Control de la Rickettsiosis
13. Prevención y Control de la Tuberculosis
14. Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza
15. Prevención y Control de las Leishmaniasis
16. Prevención y Control del Dengue.
17. Prevención y Control del Paludismo
18. Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal¹

Derivado de lo anterior, se advierte que este CENAPRECE, no lleva el "Programa de Acción, Cáncer de Prostata".

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
El Director General

Dr. Ruy López Ridaura

C.c.p Dr. Hugo López-Gatell Ramírez, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. Presente.

RECIBIDO

Elabora


Dr. Ruy López Ridaura

Revisa/Valida


Dra. María Esther Lozano Davila

¹ Disponibles en el siguiente vínculo electrónico: <https://www.gob.mx/salud/%7Ccenaprece/que-hacemos>

Comisión de Atención al Ciudadano, Alkaldo Miguel Ridaura, C.P. 54633-1154, Jardines de las Doñas, CDMX, México, C.P. 06702. E.ct. 54633-1154. www.gob.mx/salud/cenaprece/54633

Anexo 2. Oficio de respuesta del Instituto Nacional de Cancerología (InCan)



Instituto Nacional
de Cancerología

UT/212/2019

Número de folio: 1221500033919

Ciudad de México a 12 de noviembre de 2019

Estimado ciudadano:

En atención a la solicitud de información dirigida a este Instituto Nacional de Cancerología a través del sistema determinado para tales efectos, denominado Sistema de Solicitudes de Información de la Plataforma Nacional de Transparencia, mediante el cual solicita le sea entregado en la modalidad de entrega por internet en la PNT, el requerimiento siguiente:

“Presupuesto asignado al Programa de Atención Integral de Cáncer de Próstata (OPUS). -Distribución presupuestal por capítulo de gasto del Programa de Atención Integral de Cáncer de Próstata (OPUS).” (sic)

Sobre el particular, me permito informar lo siguiente:

Información obtenida del oficio número DCP/2/58/2019 de fecha 1 de febrero de 2019 suscrito por el C. David Pedraza Orozco, Jefe de Departamento de Control Presupuestal del Instituto Nacional de Cancerología.

1. Presupuesto asignado al Programa de Atención Integral de Cáncer de Próstata (OPUS).
El total del presupuesto asignado al Programa de Atención Integral de Cáncer de Próstata en el ejercicio fiscal 2019 fue de: \$35,000,000.00 (treinta y cinco millones de pesos 00/100 M.N.)
2. Distribución Presupuestal por capítulo de gasto del Programa de Atención Integral de Cáncer de Próstata (OPUS).

La distribución presupuestal por capítulo para el ejercicio fiscal es la siguiente:

Capítulo 2000 Materiales y Suministros

Partida Presupuestal	Nombre de la Partida	Aprobado Anual Total
25301	Medicinas y productos farmacéuticos	17,500,000.00
25401	Materiales, accesorios y suministros médicos	5,833,334.00
25501	Materiales, accesorios y suministros de laboratorio	5,833,333.00
	Total por capítulo	29,166,667.00

Capítulo 3000 Servicios Generales

Partida Presupuestal	Nombre de la Partida	Aprobado Anual Total
33901	Subcontratación de servicios con terceros	5,833,333.00
	Total por capítulo	5,833,333.00

Esperando con lo anterior haber dado respuesta a su solicitud, esta Unidad se pone a su disposición para cualquier duda o comentario.

Reciba un cordial saludo.
UNIDAD DE TRANSPARENCIA
56280400 ext. 40015/22028