

ACCIÓN CONJUNTA CONTRA EL CÁNCER

Una deuda con la
salud de México

UNA PROPUESTA DESDE LA SOCIEDAD CIVIL



En 2024, de acuerdo con los datos más recientes disponibles, habrá en México casi 100 mil fallecimientos por cáncer y poco más de 200 mil nuevos casos, confirmando una tendencia creciente que ya dura más de una década. La ausencia de políticas efectivas de prevención y programas de detección temprana así como los déficits en los servicios de atención que se ofrecen a pacientes, son factores que pueden explicar este crecimiento, ello podría corregirse con la formulación e instrumentación de políticas públicas que incluyeran la perspectiva del paciente.

De eso hablamos en este libro, mismo que no hubiese sido posible sin la participación generosa del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, México Evalúa y Econopharma, cristalizada en las contribuciones de Judith Méndez (directora adjunta de investigación y especialista en salud), Jorge Cano (investigador) y Juan Vargas (director), respectivamente; sin su bonhomía y compromiso este proyecto hubiese sido imposible. A todos ellos nuestro reconocimiento y profundo agradecimiento.

A Luis Acevedo, gerente de vinculación y asuntos públicos, a Alma Ortiz, coordinadora de este proyecto, y a su equipo de trabajo de la AMLCC, el reconocimiento por el entusiasmo y sobreesfuerzo implicados en este proyecto. A todos y cada uno de ellos nuestro agradecimiento.

Dirección
AMLCC

Índice

	pagina
Introducción	5
¿Merecemos los mexicanos el sistema de salud que tenemos?	6
¿Qué cambiar y añadir a la historia del sistema de salud mexicano?	8
¿Qué podemos decir de los servicios de salud en México y de su evolución?	10
¿Nos sale cara una salud barata?	13
¿Es sano apostar por una salud de bajo costo?	14
¿Cuánto le cuesta a un mexicano enfermarse?	15
¿Qué tan sanos somos los mexicanos?	16
¿Tenemos servicios de salud a la altura de nuestra economía?	17
¿De qué nos morimos más los mexicanos?	18
¿Estamos haciendo las cosas bien en la atención del cáncer?	20
¿Es transparente el gasto en salud en México?	22
¿Es buena idea enfermarse en México?	23
¿Qué pasa cuando lo público no es suficiente?	25
¿A quienes afectan más las deficiencias de la salud pública?	26
¿Importa en donde te atiendes?	29
¿Es equitativo disminuir el gasto en seguridad social de los trabajadores?	30
¿A quiénes se desprotege cuando se reduce la atención?	31
¿Cuál es la relación entre presupuesto y atención en cáncer?	32
¿Cómo es el panorama de los cánceres en México?	34
¿Atendemos los síntomas, los casos o las causas?	38
¿Cuál es la singularidad del cáncer de mama en México?	39
¿Qué números hacen sentido en la prevención de cáncer de mama?	40
¿Por qué el cáncer de próstata mata a tantos mexicanos?	42
¿Cuál es el impacto de las neoplasias hematológicas en nuestro país?	44
¿Es posible curar el cáncer con menor inversión?	47
¿Por qué importa la participación de la sociedad civil organizada?	48
¿A qué nos referimos con gobernanza moderna?	49
¿Qué avances aportan las OSC a la salud?	54
3 propuestas desde las OSC de pacientes para una renovada política en salud	58
Propuesta 1: Presupuesto en salud	59
Propuesta 2: Impulsar la prevención primaria del cáncer	63
Propuesta 3: De gobierno a la gobernanza moderna	71
Conclusión	77



Introducción

"Acción Conjunta Contra el Cáncer: Una Deuda con la Salud de los Mexicanos" da cuenta de la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil sobre la problemática de la salud en México, con énfasis en cáncer, y sus propuestas de posibles rutas para mejorar el acceso al diagnóstico, el tratamiento efectivo y los resultados para los pacientes.

Se ha demostrado, mediante el trabajo realizado por décadas, como las OSC coadyuvan con el Estado sumándose para dar soluciones, concientizar y educar apostando por la prevención y el diagnóstico oportuno, apoyando a quienes viven con una condición de salud y no cuentan con alguna respuesta o solución por parte del sistema públicos.

En México se diagnostican 207 mil nuevos casos de cáncer al año y 96 mil fallecimientos. Estas cifras lo ubican como la tercera causa de mortalidad en el país. Estos resultados nos invitan a reflexionar, pero, sobre todo, nos comprometen. Es innegable la necesidad de incidir para establecer estrategias claras y acciones específicas para disminuir el avance del cáncer y el incremento en la pérdida de vidas.

Comprendemos la magnitud del desafío que representa la prevención y atención de las enfermedades crónicas y del cáncer, hemos aprendido a través de los años el valor de la promoción de la colaboración entre los actores involucrados en la atención de la salud para enfrentar de una manera integral la enfermedad y sabemos que es posible cuando existe la voluntad y se administran los recursos de manera correcta.

Un sistema de salud que realmente responda a las necesidades de la población es una deuda pendiente con los mexicanos que tiene solución. Es imperativo diseñar e implementar una estrategia presupuestal sólida y sostenible para el Sistema Nacional de Salud; incluir efectivamente a las organizaciones de la sociedad civil en los espacios de deliberación sobre las acciones para mejorar el desempeño de los servicios; incorporar en la evaluación la percepción y satisfacción del paciente como elemento esencial en la métrica de la calidad; y diseñar planes específicos de prevención culturalmente sensibles y apropiados para las diversas comunidades de México, para cada uno de los cánceres de mayor incidencia y mortalidad. Hay mucho que hacer, el tiempo apremia. Con este libro las OSC declaramos nuestra propuesta y decisión de seguir sumando.

Mayra Galindo Leal

Directora
Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer

¿Merecemos los mexicanos el sistema de salud que tenemos?



A casi 8 décadas de suscribir en nuestra Constitución el Derecho Universal a la Salud de los mexicanos, suficiente evidencia empírica demuestra que estamos aún lejos de que este derecho sea una realidad para toda la población.

Probablemente las intenciones de conformar un sistema de salud eficaz han estado presente en las distintas administraciones públicas, ha sido descrito de múltiples formas en planes y programas de desarrollo y gobierno, ha sido objeto de inversiones multimillonarias, ha sido responsabilidad de grupos de destacados expertos en múltiples instituciones públicas y, sin embargo, podemos afirmar que este derecho aún es una realidad que nos queda a deber. En este documento nos planteamos, desde la sociedad civil, no solo las preguntas respecto al diagnóstico de nuestro sistema de salud, sino que

presentamos una visión crítica de las inequidades e insuficiencias que detectamos en el estado del sistema, en una perspectiva de largo plazo, es decir, desde mediados del siglo xx y hacia el futuro próximo.

Nuestra visión busca también hacer propuestas, no es un reclamo que busca responsables, pero sí una demanda de cambio que reconozca que, sin la participación activa e integrada de las Organizaciones de la Sociedad Civil, la consecución de los objetivos de un sistema óptimo de salud en México será inalcanzable.

Actualmente la relación entre gobierno y OSC presenta equívocos. En primer lugar la falta de reconocimiento al trabajo de las organizaciones y, en segundo lugar, el desinterés por instrumentar espacios efectivos de participación de estas organizaciones en lo relativo a la formulación y evaluación de las políticas públicas.

Este documento hace énfasis en la necesidad de un cambio de paradigma: la instauración de una gobernanza moderna en donde las OSC, que representamos los intereses de los pacientes, seamos actores efectivos en todas las fases del ciclo de las políticas públicas de salud.

Sin menoscabo de los avances realizados por los gobiernos de la postrevolución en materia de salud pública, son varios los desafíos que el sistema de salud enfrenta para satisfacer a cabalidad las demandas de la sociedad mexicana en materia de **Universalidad, Calidad y Participación de la Sociedad Civil.**

La expectativa de un nuevo gobierno nos obliga a presentar este documento con propuestas realizables, enmarcadas en una perspectiva soberana de la salud, que cimenten las bases para construir el modelo de salud que como nación merecemos.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido que cada país debería destinar 6 % de su Producto Interno Bruto (PIB) a su sistema público de salud (OMS; OPS, 2018).

¿Qué cambiar y añadir a la historia del sistema de salud mexicano?

El sistema de salud en México ha transitado por un camino largo y complejo, marcado por el trabajo y esfuerzo conjunto de diversas instituciones, incluyendo: instituciones de seguridad social, universidades, academia, institutos de investigación, hospitales públicos y privados e industria farmacéutica. Entender el sistema de salud con su complejidad es necesario para proponer formas de colaboración que redunden en mejoras efectivas y equilibrios virtuosos en beneficio de la población.



La historia de la salud pública en México cuenta una historia de retos y éxitos, permitiendo combatir la enfermedades derivadas de las malas condiciones sanitarias, la falta de acceso a instalaciones y servicios sanitarios en el país, de reducir la mortalidad infantil y aumentar la expectativa de vida de la población, de suministrar esquemas de vacunación completos y de desarrollar investigación especializada y de alto nivel sobre la salud de la población y de la incorporación de innovaciones clínicas y farmacológicas a los esquemas de atención pública.

Nuestro sistema de salud es complejo y dinámico y también desarticulado, lo que ha limitado el acceso universal a los servicios de salud por parte de la población generando inequidades profundas en la atención y acceso parcial o inexistente a la salud.

La historia suele contarse desde la voz grave y monótona de la administración pública y las instituciones de salud del estado, acaso punteada por la academia y la escasa prensa especializada, pero es tiempo de que este monólogo evolucione a un ejercicio coral donde las otras voces, primordialmente la de la Sociedad Civil, sean incorporadas.



El actor principal de este drama es el paciente, quien en su búsqueda de recuperar su salud, se ve limitado a decisiones de las que él no forma parte y en donde no ha sido considerado, ni en su construcción como tampoco en la evaluación de la calidad de los servicios prestados.

¿Qué podemos decir de los servicios de salud en México y de su evolución?

México ha contado con instituciones de salud, en principio de índole asistencial, desde su etapa virreinal, modelo que fue superado por los principios liberales prevalecientes en el siglo XIX que visualizaron la salud como una obligación del Estado hacia la sociedad. La segunda mitad del siglo pasado se caracterizó por la construcción, en el sentido literal del término, de un sistema público de salud y en lo que va de este la “disputa por la salud pública” ha ofrecido distintas versiones de un modelo universal y de calidad que satisfaga las necesidades de una población que ha modificado ampliamente su configuración demográfica.

Hitos del Sistema de Salud Mexicano

1521

Se funda el Hospital de Jesus



1861

Decreto de Secularización de Hospitales y Establecimientos de la Beneficencia Pública

La salud se vuelve un Derecho a cargo del Estado



1905

Creación del Hospital General de México



1943-1964

1943 Creación de la SSA
1943 Fundación del IMSS
1944 Creación del Hospital Infantil de México
1944 Creación del Instituto Nacional de Cardiología
1946 Fundación del Hospital de Enfermedades de la Nutrición
1950 Creación del Instituto Nacional de Cancerología
1960 Fundación del ISSSTE
1964 Fundación del Instituto Nacional de Neurología

Las enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas el cáncer, constituyen un desafío de salud pública de gran magnitud en México. La demanda de atención ha experimentado un crecimiento exponencial, saturando los sistemas de salud y generando largas listas de espera para diagnósticos y tratamientos.

Los costos del tratamiento representan una carga considerable para el sistema de salud público y para las familias.

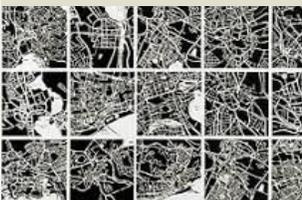
Si bien la prevención de la enfermedad y la atención oportuna de las complicaciones podrían reducir significativamente la carga sobre el sistema de salud y el de las familias mejorando la calidad de vida de ellos, las estrategias de prevención no han sido suficientes ni eficientes, el diagnóstico tardío acompañado de la falta de acceso oportuno mantienen una tendencia progresiva hacia el desarrollo de complicaciones e incremento de sus costos asociados.

Solo a través de un enfoque integral, incluyente y congruente que priorice la prevención y la atención oportuna, se podrá avanzar hacia un futuro más saludable para México, donde las enfermedades crónicas y el cáncer no representen una carga tan significativa para la salud individual, familiar y social del país.

Cabe suponer que quedan muchas necesidades por cubrir, algunas que debieron ser atendidas décadas atrás y que siguen esperando respuesta, y otras que se añaden conforme la demografía del país cambia, lo cual obliga a una adaptación rápida y continua.

1979

Firma del convenio IMSS Coplamar para para extender los servicios de salud a todo el territorio



1989 - 2014

1989 IMSS Coplamar cambia de nombre a IMSS SOLIDARIDAD
2002 Cambia de nombre a IMSS OPORTUNIDADES
2014 Cambia de nombre a IMSS PROSPERA



2003 - 2006

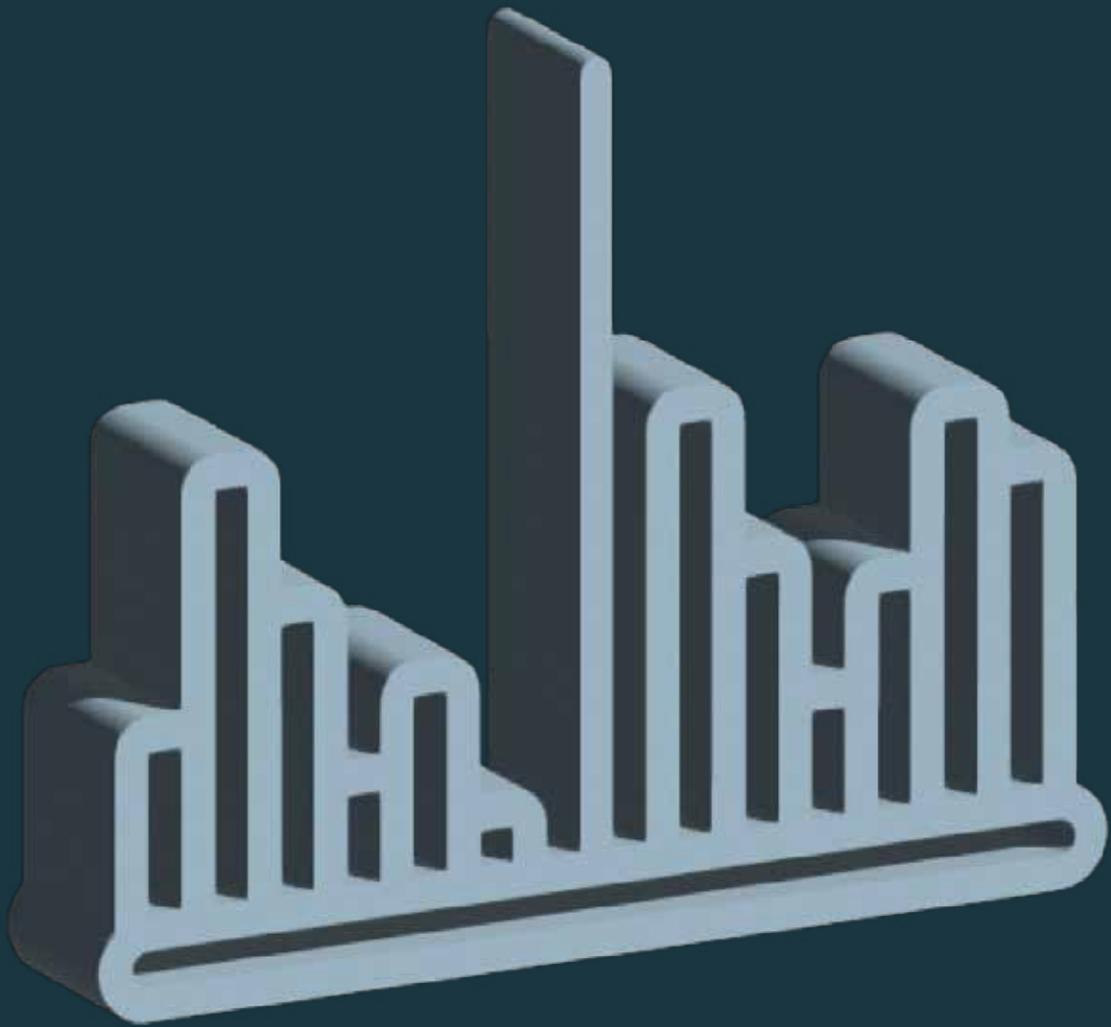
Creación del SEGURO POPULAR
2006 Creación de Seguro Médico para una Nueva Generación



2018- 2024

Desaparece el Seguro Popular y se crea el INSABI
2023 Desaparece el INSABI y se crea el IMSS BIENESTAR





¿Nos sale cara una salud barata?

México es el tercer país de la OCDE que menos gasta en salud (2.9% del PIB en 2022), esto es menos de la mitad del 6% que sugiere la Organización Mundial de la Salud (OMS). Invierte menos en salud que Argentina (6.6), Colombia (6.1%) y Chile (5.6%), países que cumplen con lo recomendado internacionalmente, y también menos que Perú (4.3%), Brasil (4.5%) y Costa Rica (5.3%).

Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2022

Fuente: OECD (2023), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 26 November 2023)



Pese a ser una de las economías más fuertes de Latinoamérica, México invierte poco en salud, muy por debajo de las recomendaciones globales.

¿Es sano apostar por una salud de bajo costo?

El gasto público per cápita en salud en México (620 dólares) **es considerablemente menor al promedio de los países de la OCDE** (3,882 dólares). Esta diferencia refleja brechas importantes en acceso, calidad y cobertura.

El rezago de México no es nuevo, ya hace más de una década, **en 2010, el gasto per cápita en salud de México era el más bajo de todos los países de la OCDE** (449 dólares), pero además tendemos a progresar a un ritmo mucho más lento: entre 2010 y 2022 el gasto en salud per cápita de México se incrementó en apenas 177 dólares, de 449 a 620 dólares, Sin embargo países como Costa Rica invierte casi 2 veces más , Colombia invierte más de 2 veces más, Argentina invierte 2.33 veces más y Chile casi 3 veces más.

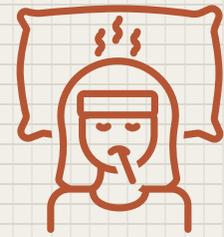
Gasto per cápita en salud, 2022

Fuente: OECD (2023), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 26 November 2023)

Según las cifras que se presentan en el gráfico, cada mexicano en 2022 dispuso de **significativamente menos recursos públicos (620 dólares) para prevención, diagnóstico y atención de su salud que los ciudadanos de países como Chile (1,679 dólares), Argentina (1,444 dólares), Colombia (1,248 dólares) y Costa Rica (1,234 dólares).**



¿Cuánto le cuesta a un mexicano enfermarse?



El gasto de bolsillo en salud es una parte del gasto privado que se refiere a los pagos directos que realizan las personas para atender su salud, la otra parte son los pagos voluntarios de seguros privados.

Servicios públicos de salud insuficientes abren espacio al mercado donde el acceso a la salud es condicionado por las desigualdades en la distribución del ingreso, esto arrastra consecuencias en lo que respecta a los principales indicadores sobre la salud de la población.

México es el segundo país de la OCDE con el mayor gasto de bolsillo en salud: en 2022 las familias mexicanas cubrieron directamente 41.4% de gasto total en salud del país, porcentaje mucho mayor al de otros países de Latinoamérica: 29.8% de Chile, 24.2% de Argentina, 22.8% de Perú, 22.4% de Brasil, 20.7% de Costa Rica y 13.7% de Colombia.

En 2010 los hogares mexicanos cubrían directamente 43.5% del gasto total en salud, mientras que los hogares de otros países de la región porcentajes muchos menores (de entre 27 y 17 por ciento). Pero, además, entre 2010 y 2022 esta proporción, ya de por sí baja respecto de la que se registra en México, ha tendido a bajar en países como Brasil, Chile, Costa Rica y Perú; mientras que en México se ha mantenido prácticamente inalterado.

Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, 2022

Fuente: OECD (2023), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 26 November 2023)



¿Qué tan sanos somos los mexicanos?

De acuerdo con las cifras de la OCDE (2021), México tiene una tasa de mortalidad infantil de 12.7 fallecimientos por cada 1000 niños nacidos vivos, **esto ubica a México como el quinto país de la Organización con la tasa más alta de mortalidad infantil.**

El número de muertes de niños menores de un año por cada mil niños nacidos vivos (la tasa de mortalidad infantil), refleja las condiciones de salud de las madres y los recién nacidos, así como la efectividad del sistema de salud de un país; es decir, la existencia y acceso efectivo a programas y recursos para la atención de la salud de la madre y el niño.

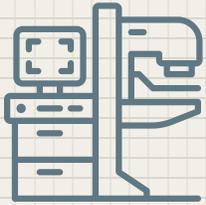
Tasa de mortalidad infantil, 2021

Fuente: OECD (2023), Infant mortality rates (indicator). doi: 10.1787/83dea506-en (Accessed on 26 November 2023)

La tasa de mortalidad infantil por cada 1000 niños nacidos vivos de México (12.7) es superior a la de países como Ecuador (11), Perú (11), Costa Rica (9.6), Argentina (6.1), Chile (5.9) y Cuba (4)



¿Invertimos lo suficiente en detección y atención del cáncer?



La capacidad de suministro de servicios de salud consiste en el acceso a equipos y recursos necesarios para tratamientos. Amén de la cantidad de equipamientos, su estado de funcionamiento, su distribución geográfica y su disponibilidad para la población en general.

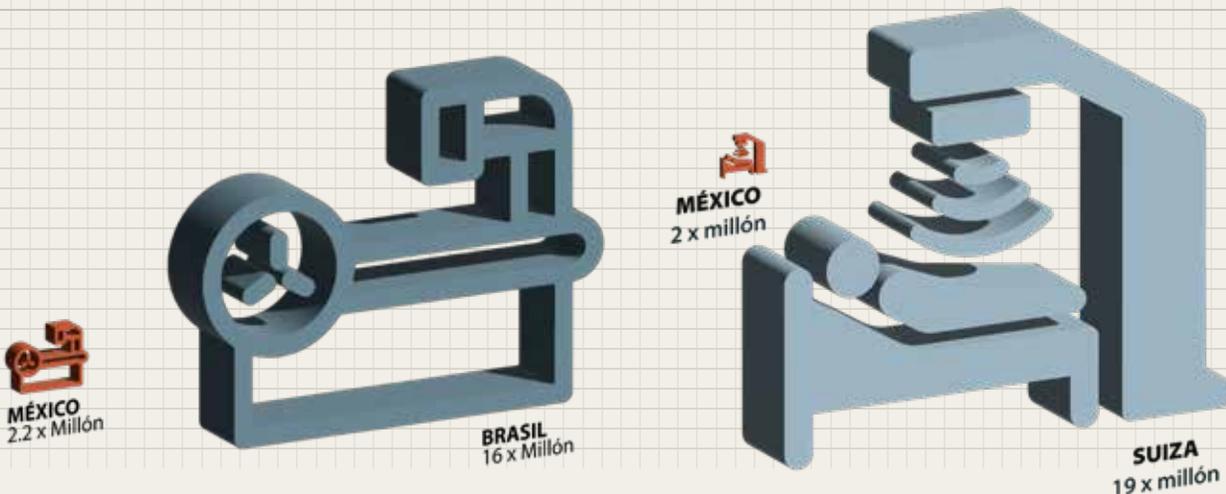
Si bien existe una tendencia general a que mayor nivel de ingresos implique mayor disponibilidad de equipo médico, esta relación no siempre se cumple. México, la economía número 12 del mundo y la segunda de Latinoamérica, comparte el último lugar entre los países de la OCDE por el número de mastógrafos disponibles por cada millón de habitante (9.5), es el penúltimo por las unidades de resonancia magnética (2.9) y el último por equipos de radioterapia (2.2), equipos necesarios para la detección oportuna y atención del Cáncer.

Unidades de Resonancia Magnética por millón de habitantes 2021

Fuente: OECD (2023), Magnetic resonance imaging (MRI) units (indicator). doi: 10.1787/1a72e7d1-en (Accessed on 16 December 2023)

Unidades de Radioterapia por millón de habitantes 2021

Fuente: OECD (2023), Radiotherapy equipment (indicator). doi: 10.1787/47a5492f-en (Accessed on 16 December 2023)



¿De qué nos morimos más los mexicanos?

Factores asociados a la genética de las poblaciones, las condiciones de salubridad en general, hábitos de actividad y alimentación, educación y grado de conciencia de la prevención y la salud definen la incidencia de enfermedades no transmisibles.

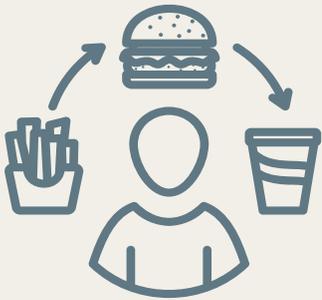
Las enfermedades no transmisibles son las causas más comunes de muerte en Latinoamérica. De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), **la probabilidad de morir de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas, entre las edades de 30 y 70 años, en México es de 15.6%, mayor a la de países como Chile, Colombia, Perú y Costa Rica.**

Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas

PAÍS	2019
República Dominicana	19.1
Honduras	18.7
Bolivia	17.9
Guatemala	16.5
Uruguay	16.5
Paraguay	16
Argentina	15.7
México	15.6
Brasil	15.5
Nicaragua	15.3
Venezuela	14.8
Ecuador	11
El Salvador	10.7
Panamá	10.7
Chile	10
Colombia	9.7
Perú	9.7
Costa Rica	9.5

Fuente: ODS - Base de datos ODS de Naciones Unidas : Estimaciones de salud global 2019: Muertes por causa, edad, sexo, por país y por región, 2000-2019. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020

De acuerdo con los indicadores observados, México, la octava economía de la OCDE y segunda de Latinoamérica, tiene los peores resultados en materia de salud de la OCDE.



Los patrones de mortalidad y enfermedad que prevalecen en México lo sitúan entre los países con altas tasas de mortalidad infantil y mayores probabilidades de morir de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas; muertes que podrían evitarse o bien postergarse con intervenciones eficaces de salud pública como lo es un enfoque orientado a la prevención que influya sobre los determinantes sociales de la salud desde muy temprana edad e inversión dirigida a incentivar detección oportuna.



¿Estamos haciendo las cosas bien en la atención del Cáncer?

El cáncer es la tercera causa principal de muerte después de las enfermedades cardiovasculares en la región. México tiene la tasa general de mortalidad por cáncer más baja de los países miembros de la OCDE: 125.9 muertes por cada 100 mil habitantes en 2021*.



Esta tasa de mortalidad comparativamente baja podría reflejar, en parte, una menor detección del cáncer en lugar de esfuerzos eficaces de prevención y tratamiento ya que entre el 70 y 80% de los pacientes llegan a diagnóstico en etapas muy avanzadas.

De acuerdo con el INEGI, la tasa de mortalidad por cáncer ha aumentado de forma constante entre 2012 y 2022, al pasar de 62 a 69 defunciones por cada 100 mil personas. En el mismo sentido, la más reciente estadística de Globocan, correspondiente a 2022, el incremento anual de nuevos casos de cáncer ha pasado de 195 mil a 207 mil casos y las muertes de 90 a 96 mil. La misma fuente estima que para el 2030 los nuevos casos de cáncer en nuestro país crecerán de los 207 mil casos a 577 mil



Fuente:

<https://www.oecd.org/en/data/indicators/deaths-from-cancer.html?oecdcontrol-a36842ec7c-var3=2022>
<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheet.pdf>

Porcentaje de mujeres de 50 – 69 años que se realizaron mamografías en los últimos 2 años

PAÍS	2021
Dinamarca	86.0
Finlandia	82.2
Suecia	80.0
Estados Unidos	76.1
España	73.8
Países Bajos	72.7
Israel	71.9
Corea	69.9
Noruega	65.5
Reino Unido	64.2
Bélgica	56.1
Republica Checa	58.3
Croacia	56.0
Italia	55.9
Islandia	54.0
Alemania	47.5
Francia	46.9
Austria	40.1
Costa Rica	36.0
Chile	35.8
Polonia	33.2
Hungría	29.8
Turquía	20.5
México	20.2

Fuente: Elaborado por la AMLCC con base en OECD Health Statistics 2023

Dada la importancia de la detección temprana para la sobrevivencia del cáncer, las mexicanas, son las que menos mamografías se realizan, tienen las posibilidades de sobrevivencia más bajas respecto del resto de los países de la OCDE.

Las pruebas de detección son herramientas fundamentales para la prevención y el control de los cánceres que permiten reducir significativamente su mortalidad y costos asociados. De acuerdo con la estadística de la OCDE, en 2021, sólo 20.2% de las mexicanas de entre 50 y 69 años se habían realizado mamografías en los últimos dos años: lo que representa la proporción más baja entre los países de la OCDE. Los esfuerzos para impulsar la detección oportuna del cáncer de mama y su atención, aun muestra grandes brechas, lo que se traduce en un esfuerzo insuficiente y pérdida de vidas prevenibles por cáncer.



MÉXICO
20.2%



DINAMARCA
86%

¿Es transparente el gasto en salud en México?



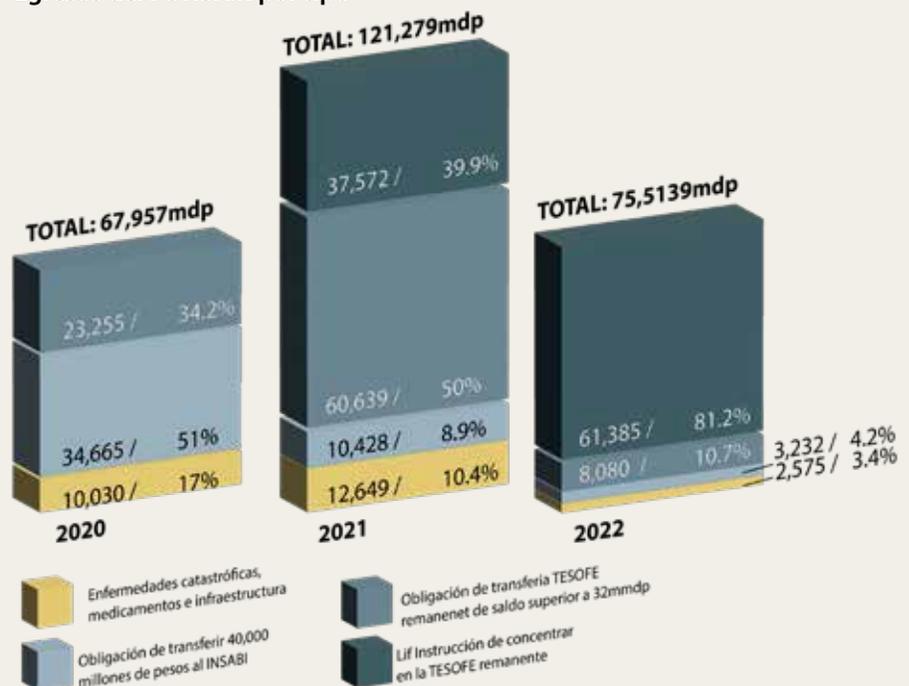
A partir de 2020 **las cifras del gasto en salud dejaron de ser confiables** debido a que se permitió el regreso de fondos del FONSABI hacia la Tesorería de la Federación (TESOFE).

Lo anterior consintió que la Secretaría de Salud mandara recursos al Fonsabi, clasificando las transferencias como gasto efectivo en salud para posteriormente transferir ese dinero a la TESOFE, donde se pierde el registro de su destino.

Para 2024 el IMSS-Bienestar contará con 127.3 mil millones de pesos, monto inferior a lo logrado por el Seguro Popular en 2013. La pregunta obligada es: **¿Cuántos de estos fondos se aplicarán efectivamente en gastos de salud?**

En 2022, sólo el 3.4% de los gastos del FONSABI fueron para pagar enfermedades de alto costo o construcción de infraestructura médica, 4.2% se usaron para el gasto corriente del INSABI y 91.9% de los recursos se regresaron a la Tesorería de la Federación, donde se perdió el rastro del dinero.

Egresos del FONSABI por tipo



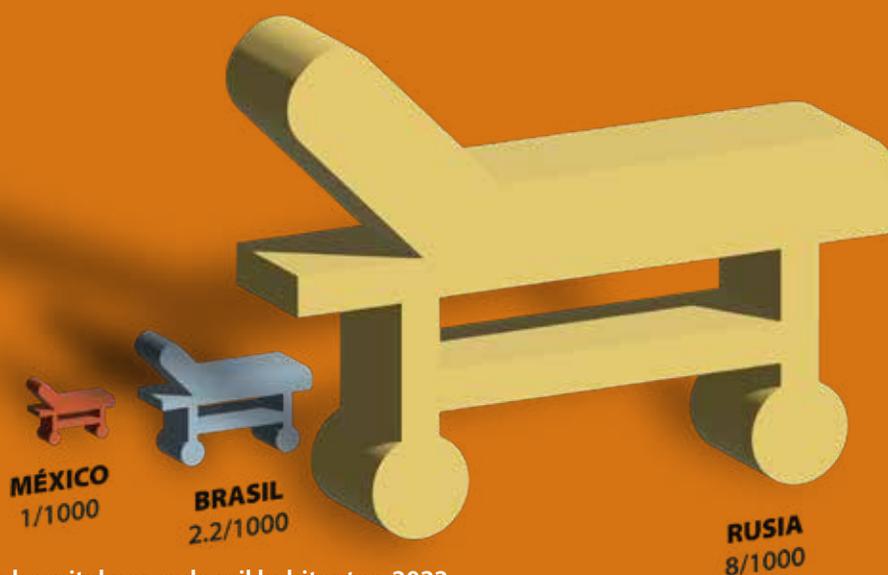
Fuente: Elaborado por México Evalúa con datos de la SSA.

¿Es buena idea enfermarse en México?

En México, la disponibilidad de camas de hospital (una por cada mil habitantes) y de médicos (2.5 por cada mil habitantes) es muy inferior a la que promedian los países de la OCDE: 4.3 y 3.5 respectivamente. Particularmente, la **disponibilidad de camas de hospital en México no solo está por debajo de la de los países desarrollados de la Organización, sino también de países latinoamericanos** como Brasil, Colombia, Costa Rica y Chile.

Invertir o no en salud da cuenta de la voluntad política de un gobierno y de su perspectiva de justicia social. La dimensión de los objetivos y metas que se plantea el sistema de salud de un país, y la capacidad real para alcanzarlos, depende de los recursos presupuestales dispuestos, pero también de nuevos arreglos institucionales y mayor gobernanza.

México el sexto país de la OCDE con menos médicos por habitantes (2.5 médicos por cada mil habitantes) y el segundo con menos disponibilidad de camas de hospital, una por cada mil habitantes.



Camas de hospital por cada mil habitantes, 2022

OECD (2023), Hospital beds (indicator). doi: 10.1787/0191328e-en (Accessed on 17 December 2023)

En el futuro inmediato se vuelve indispensable diseñar y desplegar una estrategia presupuestal que permita financiar el sistema nacional de salud con las características deseadas de cobertura y calidad de manera que pueda hacer frente a los desafíos que le imponen la transición demográfica y epidemiológica del país: entre 1970 y 2023, la población adulta de 30 a 64 años aumentó de 24 a 43 % mientras que el porcentaje de adultos mayores se incrementó a más del doble, al pasar de 4 a 10 por ciento.

El número de médicos disponibles por cada 100 mil habitantes, determina aspectos como el acceso a la atención médica, la calidad de la atención, la eficiencia del sistema de salud y los resultados en la salud de los mexicanos. La distribución, su formación y habilidades, así como los recursos disponibles afecta en gran medida la calidad de la atención.

El incremento en el número de médicos disponibles por cada 100 mil habitantes podría ser determinante para mejorar el acceso a la atención preventiva, el tratamiento oportuno y la reducción de disparidades.

Población adulta en México

Fuente: INEGI, Comunicado de Prensa núm. 395/23



Médicos por cada mil habitantes, 2022

OECD (2023), Doctors (indicator). doi: 10.1787/4355e1ec-en (Accessed on 17 December 2023)



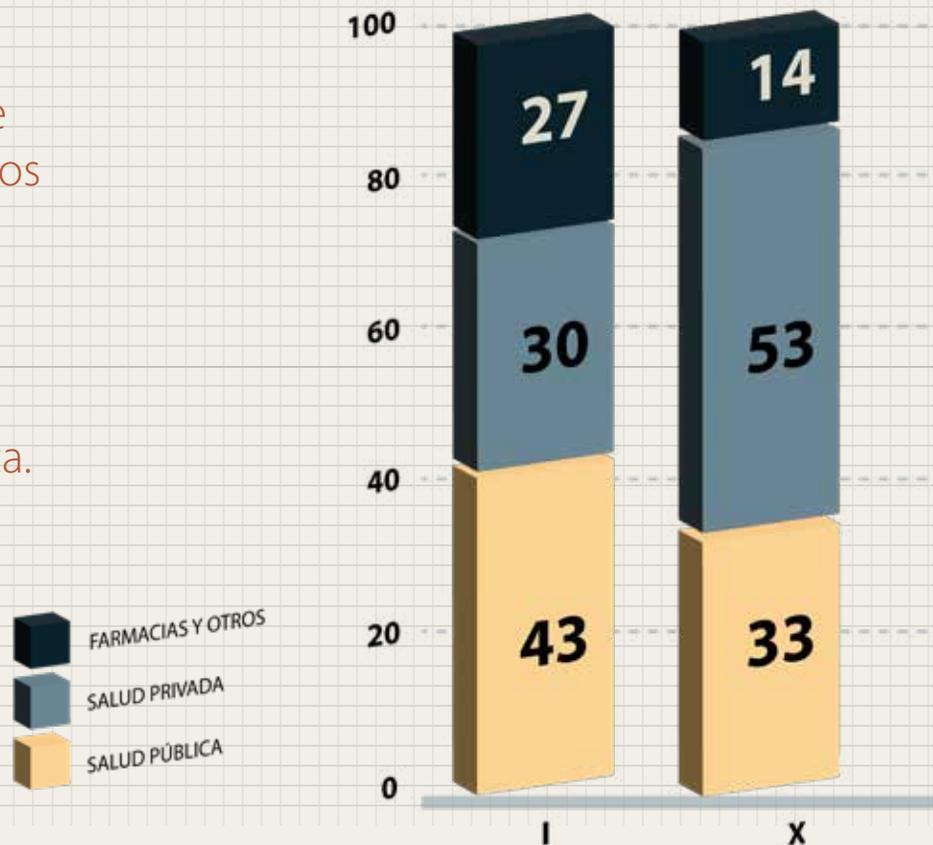
¿Qué pasa cuando el Sistema de Salud Pública no es suficiente?

En México, si bien el 75% de la población que tuvo una necesidad de salud en 2022 recibió atención, 6 de cada 10 personas recurrieron a los servicios en el sector privado. Esto, por la sola fuerza de los hechos, representa la privatización de la atención a la salud.

Usuarios de las instituciones de salud
Deciles I y X

Fuente: elaborado por el CIEP con información del INEGI

El mayor uso de servicios privados de salud ha incrementado el gasto de las familias en su atención médica.



¿A quienes afectan más las deficiencias de la salud pública?

En México, entre 2018 y 2022, el gasto en medicamentos sin receta experimentó un incremento del 39% en términos reales. Sin embargo, este aumento no fue uniforme entre todos los sectores de la población. Los hogares de menores ingresos, pertenecientes a los deciles de ingreso I y II, vieron duplicado su gasto en este tipo de medicamentos durante el mismo período.

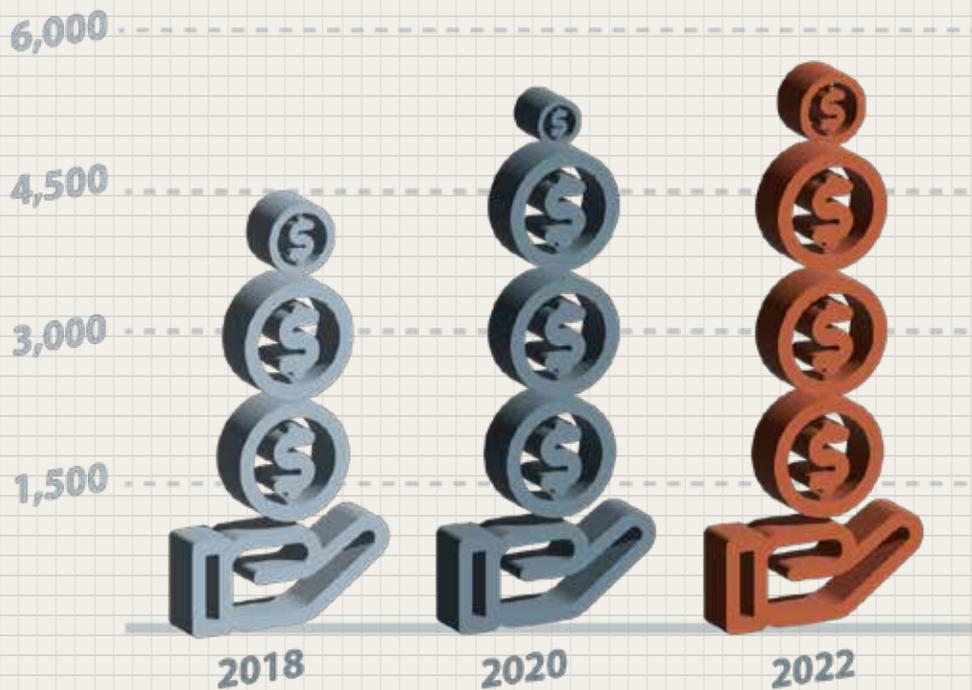
Gasto en medicamentos sin receta médica
Fuente: Elaborado por el CIEP, con información del INEGI



Entre 2018 y 2022, 10% de los hogares más pobres del país (aquellos en el primer decil de ingresos) tienen el mayor incremento porcentual de su gasto de bolsillo en salud.

Gasto de bolsillo en los hogares (Anual)

Fuente: Elaborado por el CIEP, con información del INEGI



Entre 2018 y 2022 el gasto de bolsillo, promedio anual, a nivel nacional aumentó en alrededor de 30%. En términos reales, el aumento fue de 28.4% y pasó de \$4,401 a \$5,650.

Aunque en magnitud la diferencia es mucho más elevada, en porcentaje el cambio representa la mitad del sufrido por el primer decil. Además, hay que destacar que su gasto en salud sólo abarcó el 2.2% de su ingreso corriente, la mitad de la proporción observada en los hogares más pobres

No hay otro segmento de la población que gaste más en salud como porcentaje de su ingreso.

Gasto público en salud para la población con y sin seguridad social



Para 2024 el gasto en salud para las personas sin seguridad social llegará a 367 mmdp, 2.2% (8 mmdp) por arriba del aprobado en 2023, o 24% (70 mmdp) superior al de 2018.

Para 2024 el gasto en salud para las personas con seguridad social será de 615 mmdp, 7.8% (40 mmdp) mayor al aprobado en 2023 o 30% (141 mmdp) mayor al de 2018.

El gasto para personas con seguridad social ha crecido en mayor ritmo desde 2018. Al cierre del sexenio pasado, el gasto en salud para personas aseguradas era 62% superior al de aquellas no aseguradas, pero en 2024 será 68% superior, la mayor brecha desde 2007.



Fuente: México Evalúa con datos de la SHCP

Al contrario de su objetivo, las reformas al sistema de salud de los últimos años han contribuido a convertir el acceso a la salud en un importante factor de desigualdad.

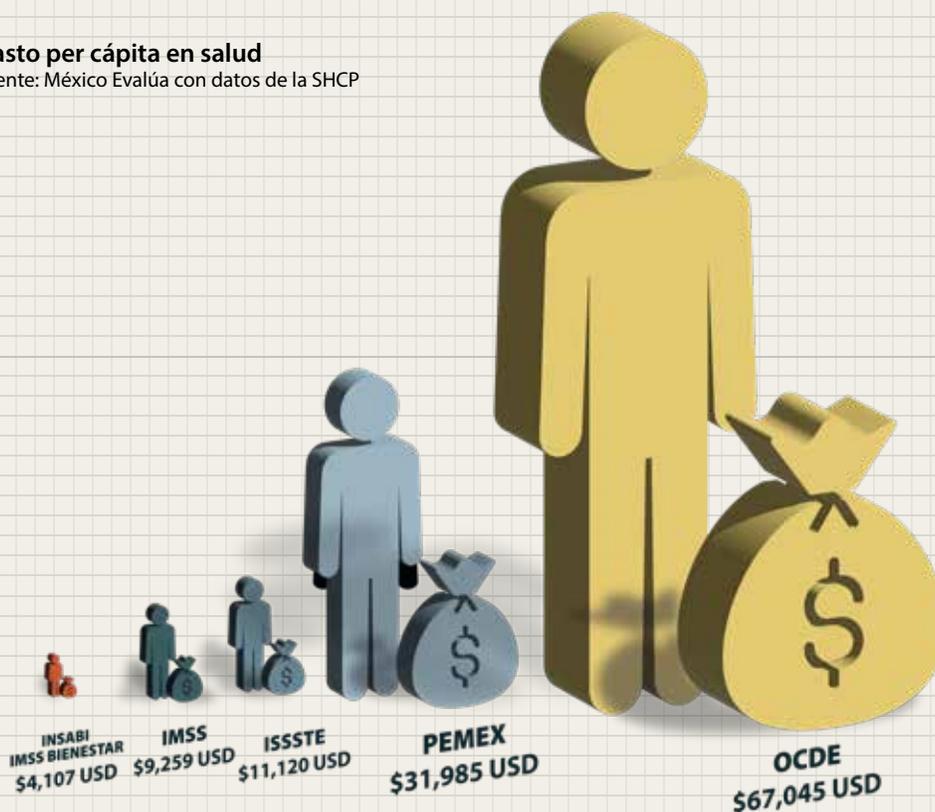
¿Importa en donde te atiendes?

El hecho de que el sistema de salud de México esté fragmentado entre diversos proveedores, es un obstaculo para acceder a una seguridad pública universal.

El desbalance entre presupuestos de salud por institución, por beneficiario, implica que los índices de atención y calidad de tratamientos sea también dispares. Aún así, la seguridad social con más recursos por beneficiario, Pemex, destina menos de la mitad del promedio de los países de la OCDE.

Gasto per cápita en salud

Fuente: México Evalúa con datos de la SHCP



Una persona derechohabiente del IMSS tiene el doble de recursos que una persona con acceso a los servicios de salud de IMSS-Bienestar. El extremo se observa en la población con servicios médicos de Pemex, donde el gasto per cápita es 7.8 veces el gasto per cápita de una persona en IMSS-Bienestar. Estas disparidades presupuestales configuran un sistema de salud profundamente desigual.

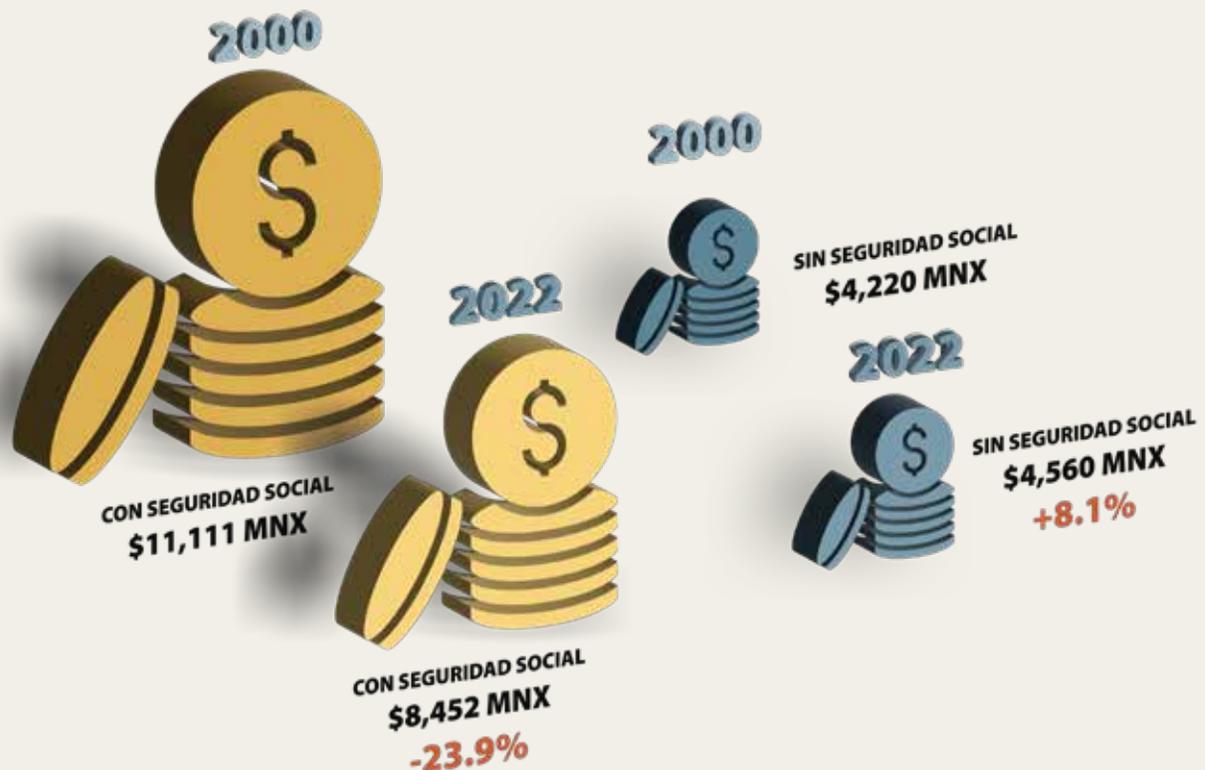
¿Es equitativo disminuir el gasto en seguridad social de los trabajadores?

Durante el periodo que va de 2000 a 2022, **la brecha entre los recursos para la población con y sin seguridad social se redujo**. Sin embargo, esta disminución se da a consecuencia de una **reducción del gasto per cápita en la población con seguridad social**, el cual pasó de \$11,111 en 2000 a \$8,452 en 2022, una disminución de 23.9%. En cambio, el gasto per cápita en la población sin seguridad social aumentó 8.1% en 22 años, al pasar de \$4,220 en 2000 a \$4,560 en 2022.

La brecha entre los recursos para la población con y sin seguridad social en México se ha reducido; sin embargo, esta disminución es preocupante porque se debe a una reducción del gasto per cápita en la población con seguridad social.

Gasto público per cápita en salud en población con y sin seguridad social (pesos)

Fuente: Elaborado por el CIEP



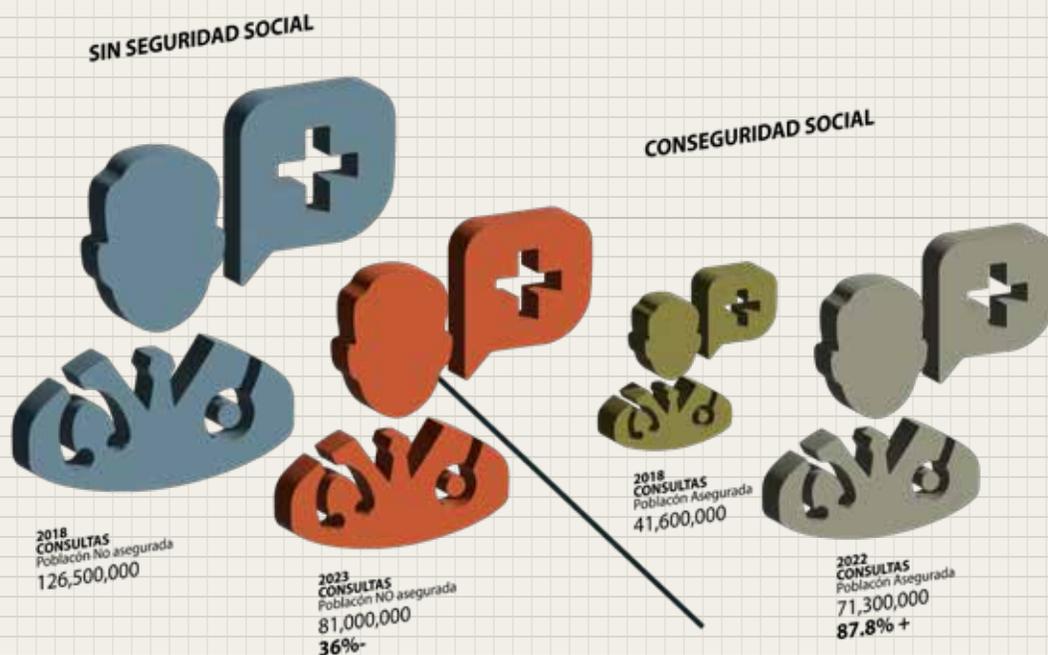
¿A quiénes se desprotege cuando se reduce la atención?

Está claro que tanto **las consultas para las personas aseguradas como para las no aseguradas han caído**. Sin embargo, lo ha hecho **en mayor medida para este último grupo**.

Se estima que para el cierre de 2023 el número de consultas de la población que no está asegurada llegue sólo a 81 millones, 36% (45.5 millones) menos frente a 2018, mientras que para la población asegurada caerá 9% (15.8 millones).

En 2023, las consultas para las personas aseguradas serán superiores en 87.8% o 71.3 millones de consultas. En 2018, esta brecha era de 41.6 millones de consultas, o 32.8% más.

Consultas otorgadas para personas con y sin seguridad social
Elaborado por México Evalúa con datos de IMSS, SSA y 4to Informe de Gobierno



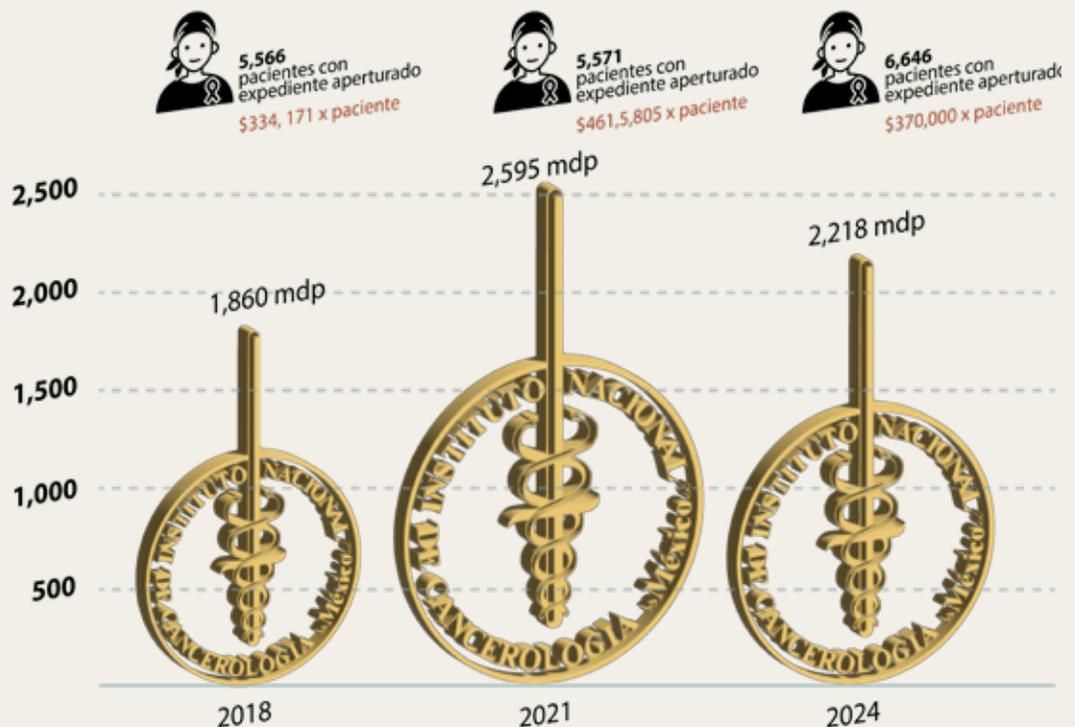
¿Cuál es la relación entre presupuesto y atención en cáncer?



A pesar de que los diferentes tipos de cáncer representan una de las principales causas de años perdidos por discapacidad y muerte prematura, para 2024 se aprobó un presupuesto de 2 mil 218 mdp para el INCan que representa un recorte de 2.5% o 57 mdp menos que el monto aprobado para 2023.

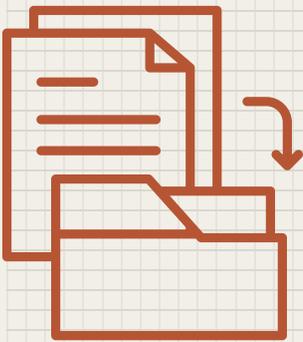
Presupuesto del Instituto Nacional de Cancerología (InCan)

Fuente: Elaboración de la AMLCC con información del informe de Avances y Resultados 2022 del InCan



De acuerdo con los informes anuales de avances y resultados de Instituto, el número anual de nuevos pacientes -por el número de expedientes abiertos por primera vez para otorgar servicios médicos a pacientes- ha pasado de 5,566 en 2018 a 6,446 en 2022, lo que se traduce en un incremento de 16%.

En 2022 se aperturan casi 900 expedientes más de nuevos pacientes que en 2018. En ese periodo el presupuesto no ha acompañado la tendencia de crecimiento de la demanda de atención.



Si en 2020 se disponía para cada uno de los nuevos expedientes abiertos, 5519, más de 420 mil pesos y en 2021 para cada nuevo expediente, 5571, 465 mil pesos; en 2022 cada nuevos expediente, 6446, dispone de solamente 370 mil pesos (-20.5% que el año anterior).

¿Cómo es el panorama de los cánceres en México?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, para el 2050 se estima que habrá más de **35 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo, esto supone un crecimiento del 77% de los 20 millones de nuevos casos en 2022.**

El crecimiento de la carga de la enfermedad impulsada por muy diferentes factores crece a un ritmo preocupante.

La ausencia de políticas públicas efectivas de prevención y programas dirigidos a la detección temprana así como el envejecimiento, el aumento de la población y la exposición a factores de riesgo, están en el centro como causales de este crecimiento.





207,000

Tercera causa de muerte en México, el cáncer es un problema para la salud pública, de acuerdo con Globocan **el incremento de nuevos casos en 2022 paso de 195 mil a 207 mil casos y las muertes de 90 a 96 mil en un lapso de 2 años.**



Mama, próstata y colorrectal representan más de la tercera parte de los nuevos casos de cáncer cada año en nuestro país y las acciones realizadas parecen ser, a la luz de nuestro análisis, insuficientes para detener su avance.

Principales cánceres en México por incidencia y mortalidad 2022

Cáncer	Nuevos casos	Posición	Muertes por año	Posición	% de muertes con respecto a nuevos casos
Mama	31,043	1	8,195	2	26%
Próstata	26,565	2	7,358	5	28%
Colorrectal	16,082	3	8,283	1	52%
Tiroides	11,392	4	993	18	9%
Cervicouterino	10,348	5	4,909	9	47%
Estómago	9,516	6	7,226	6	76%
Linfoma no Hodgkin	9,000	7	3,223	12	36%
Hígado	8,603	8	7,673	4	89%
Pulmón	8,257	9	7,808	3	95%
Leucemia	7,457	10	5,126	8	69%

Fuente: <https://Globocan-mexico-fact-sheet.pdf>

El Instituto Nacional de Salud Pública ha identificado en el origen de las principales carencias en salud: la ausencia de cobertura universal, la desigualdad en el acceso a los servicios, la insuficiencia de recursos humanos y financiero, así como la falta de información y educación.

Existen diferentes factores que influyen en el impacto negativo del cáncer en México; desde una perspectiva que toma en cuenta la evidencia científica y los indicadores de la atención de cáncer se muestra que la falta de recursos humanos y técnicos, la limitada infraestructura para su atención y diagnóstico, así como las barreras logísticas del Sistema de Salud demoran los tiempos de diagnóstico e inicio de tratamiento para las personas que viven con cáncer.

Las tasas de supervivencia en algunos tipos de cáncer, son más bajas que las documentadas en países desarrollados. Esto se asocia a la detección tardía de la enfermedad, la falta de acceso a la atención y tratamiento oportuno y de calidad aunado a la desigualdad en el acceso a la atención médica.

Desde nuestra perspectiva, la falta de participación de los pacientes en las decisiones de salud que le competen y su nula consideración como evaluadores de la calidad de la atención que reciben, deja velada la necesidad de un enfoque integral en la atención.

Existe una brecha entre el diagnóstico y el acceso a la atención, a medicamentos esenciales y a tratamientos innovadores que podrían cambiar el rumbo de los resultados en salud. De igual forma, hay temas poco considerados como el soporte a pacientes y cuidadores desde el punto de vista psicológico y social al lado de un enfoque de atención humana en donde, con el apoyo adecuado, se pueda mejorar la gestión del paciente en el tránsito de su enfermedad. Los pacientes hoy enfrentan una serie de barreras que no les permiten tener una atención de calidad, entre ellas las largas esperas para estudios, citas y procedimientos, la falta de información clara

y oportuna por parte de su proveedor de salud respecto a su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico.

La colaboración entre pacientes y organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la educación, prevención y apoyo a pacientes ha permitido a algunos pacientes fortalecer su red de apoyo para un mejor manejo de su enfermedad.



El cáncer tiene un impacto significativo sobre la vida de las personas tanto en el ámbito personal, laboral y familiar. **El gasto desigual per cápita** de cada institución refleja la desigualdad en el acceso a la atención, a ello se suma la saturación de los servicios de salud, la disparidad regional y las barreras administrativas. **La insuficiencia de recursos** para la atención del cáncer se hace evidente cuando se ve la disminución de presupuesto del INCAN al tiempo que crece el número de expedientes (personas) que solicitan atención.

Los costos elevados de los medicamentos, aunado a la falta de genéricos, son barreras que parecieran no tener una solución simple, sin embargo, la voluntad de la industria farmacéutica ha mostrado en algunos casos, que es posible ofertar esquemas que benefician el acceso a una mayor población.

Las organizaciones de la sociedad civil hemos reconocido que para garantizar la continuidad y efectividad de las acciones y programas contra el cáncer es necesario contar con una base estructural sólida, lo que da sentido a la exigencia de un **Plan Nacional de Cáncer** e instrumentos como el **Registro Nacional de Cáncer**, así como programas que definan la hoja de ruta de las intervenciones necesarias para el control de esta enfermedad, una estrategia de financiamiento con apertura a espacios de participación que permita construir una gobernanza moderna e influyan en mejores resultados para los pacientes.

Fuentes:

<https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2020/08/20/el-cancer-cervicouterino-una-enfermedad-prevenible-y-curable/>
<https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing>
<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexicofact-sheet.pdf>
 Flamand Gómez, Laura Cáncer y desigualdades sociales en México 2020 / Laura Flamand G., Carlos Moreno Jaimes, Rafael Arriaga Carrasco. – 1a ed. – Ciudad de México : El Colegio de México, Red de Estudios Sobre Desigualdades : ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara : Fundación de Alba : Respirando con Valor A.C. : Salvati A.C., 2021
 Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer información interna del área de atención a pacientes.

¿Atendemos los síntomas, los casos o las causas?



CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el tipo más común de cáncer entre las mujeres en América Latina y el Caribe.

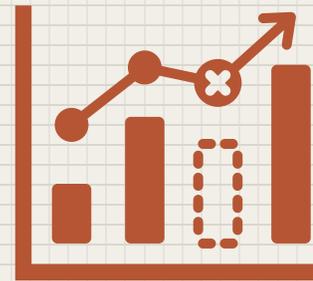
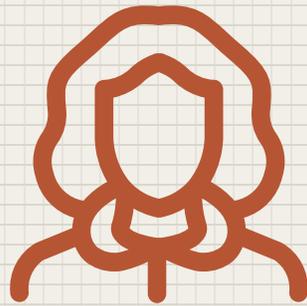
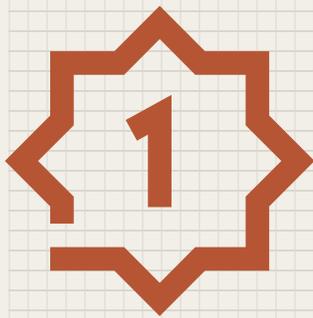
En 2022, se diagnosticaron aproximadamente 220,000 nuevos casos de cáncer de mama en la región y 59,000 mujeres fallecieron a causa de la enfermedad. En América Latina, el cáncer de mama es responsable del 28% de todos los nuevos casos de cáncer y del 13% de todas las muertes por cáncer en mujeres.



El 83% de las mujeres en el sector público son diagnosticadas tardíamente con cáncer de mama, en contraste con el 48% en el sector privado que son diagnosticadas a través de pruebas diagnósticas cuando aún no hay síntomas. Además, el 31% de las pacientes tratadas en el sector público fueron diagnosticadas en una etapa clínica tardía, en comparación con el 18% en el sector privado.

<https://globocan-latam-america-and-the-caribbean-fact-sheet.pdf>

¿Cuál es la singularidad del cáncer de mama en México?



En México, en 2022, el cáncer de mama fue la enfermedad más frecuente y la primera causa de muerte en mujeres, con un estimado de 31 mil nuevos casos y 8 mil muertes.

La edad media al momento del diagnóstico es de 51 años, lo que es más de diez años más joven que la edad media en Europa y Estados Unidos.

Según la OMS el índice de cobertura de los servicios esenciales es de solo 74 puntos sobre 100, inferior a países como Brasil, Colombia y Chile (75, 78 y 80, respectivamente).

Esto indica que una parte significativa de la demanda de atención médica esencial no se satisface.

Fuente:

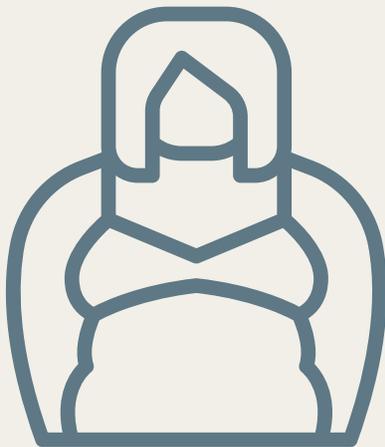
<https://globocan-mexico-fact-sheet.pdf>

Rodríguez-Cuevas S, Macías Martínez CG, Labastida Almendaro S. Cáncer de mama en México. Enfermedad de mujeres jóvenes? [Breast cancer in Mexico. Is it a young women disease?]. Ginecol Obstet Mex. 2000 May;68:185-90. Spanish. PMID: 10902285.

<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>

¿Qué números hacen sentido en la prevención de cáncer de mama?

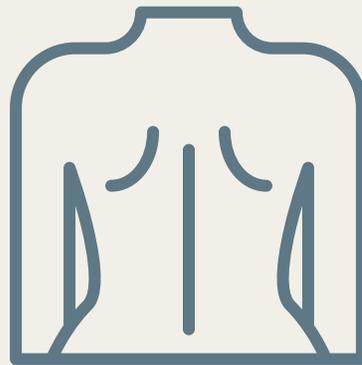
30%



Más del 30% de la población femenina tiene obesidad y más del 30% de las mujeres no son suficientemente activas físicamente, lo que aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama.

Fuente: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf

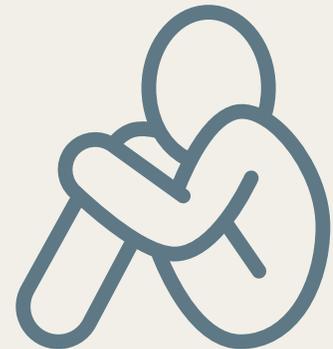
20.2%



No hay un programa único a nivel nacional de detección de cáncer de mama. Se anima a las mujeres de 40 a 69 años a hacerse pruebas, pero la responsabilidad recae en ellas. Se estima que de ellas, solo 20.2 % se realizó una mastografía en los últimos 12 meses y 5.6 % fue con resultado positivo.

Fuente: INEGI Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre), Comunicado de prensa número 595/23 17 de octubre de 2023 ,

80%

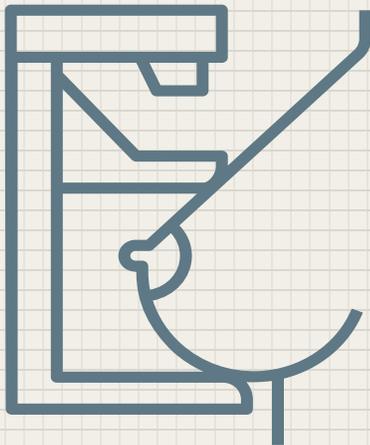


La **baja participación** (80% de las mujeres entre 40 y 69 años no se han hecho pruebas el último año) explica en parte por qué la mayoría de los diagnósticos de cáncer de mama se realizan en una etapa clínica avanzada.

Fuente: INEGI Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre), Comunicado de prensa número 595/23 17 de octubre de 2023 ,

La atención al cáncer de mama en México no es completamente igualitaria. Si bien existen avances significativos y programas de gobierno enfocados en la detección temprana y el tratamiento en algunas instituciones de salud pública, persisten brechas importantes en el acceso a servicios de calidad para todas las mujeres.

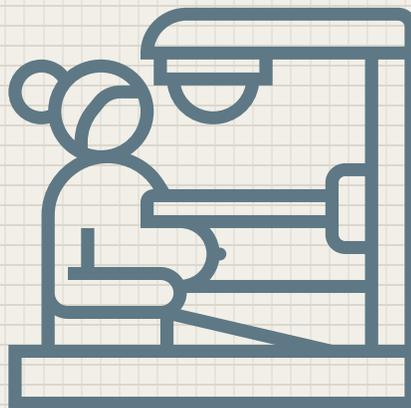
70%



De acuerdo con la OMS, para que un programa de tamizaje con mastografía tenga impacto en la reducción de la mortalidad entre un 20 a 30% en mujeres a partir de los 50 años, **se recomienda mantener una cobertura del 70% en el grupo blanco.**

Fuente: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706943/PAE_CAN_cF.pdf

1,134



Para cumplir con este objetivo sería necesario contar con **1,314 equipos de mastografía específicos para tamizaje** con control de calidad, en condiciones óptimas de funcionamiento y personal suficiente y capacitado para toma e interpretación de estudios.

Fuente: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706943/PAE_CAN_cF.pdf

1/3



Atender en el IMSS a una mujer con cáncer de mama en etapa IV, cuesta en promedio **672,480.90 mil pesos**, mientras el gasto por atender el mismo tipo de cáncer en etapa temprana es de **195,104.70 mil pesos**, menos de una tercera parte del costo del tratamiento en etapa IV.

Fuente: Estimación elaborada por EconoPharma.

¿Por qué el cáncer de próstata mata a tantos mexicanos?

CÁNCER DE PROSTATATA

En México, de acuerdo con la más reciente estadística de Globocan, correspondiente a 2022, cada año aparecen 26,565 nuevos casos de cáncer de próstata, lo que lo sitúa como el cáncer que más casos suma cada año entre la población masculina (28%): en otras palabras, **3 de cada 10 nuevos casos de cáncer entre los mexicanos se deben a cáncer de próstata.**

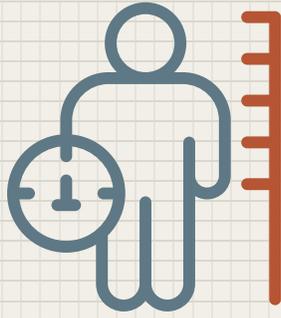
El cáncer de próstata es responsable de 7,358 defunciones cada año, lo que lo convierte en **el cáncer más letal entre la población masculina**: entre los varones de 60 y más años es la principal causa de muerte por cáncer con una tasa de defunciones que supera al de cualquier cáncer en México: **97.7 defunciones por cada 100 mil habitantes.**

Fuente:

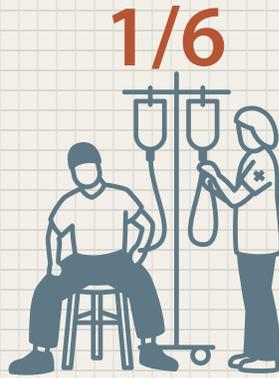
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_CANCER24.pdf
<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheet.pdf>

Según el estudio de la Carga Global de Enfermedad, el cáncer de próstata se ubica en el segundo lugar en incidencia y primer lugar en mortalidad en Latinoamérica.



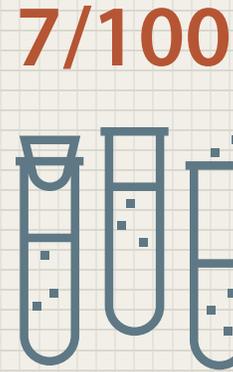


De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) la probabilidad de desarrollar cáncer de la próstata se debe a factores diversos: **la edad y la historia familiar; la alimentación y el estilo de vida: sedentarismo y obesidad.**



Pese a que el cáncer de próstata es más letal que el cáncer de mama y que aproximadamente **1 de cada 6 mexicanos lo desarrollarán.** Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología arrojó que un bajo número de hombres en riesgo se habían realizado pruebas.

Fuente:
<https://prostatamexico.org/programaopus/>



Solo 7 de cada 100 hombres en riesgo, se había realizado prueba de Antígeno Prostático Específico para detectar el cáncer de próstata.

Fuente:
<https://prostatamexico.org/programaopus/>

La atención del cáncer de próstata enfrenta una serie de desafíos, uno de los principales es la detección temprana, la falta de conciencia de la enfermedad, el estigma en torno a la salud sexual masculina, el acceso limitado a servicios de salud y la falta de infraestructura, es una combinación que sigue frenando el acceso al diagnóstico oportuno.

2/100



Únicamente 2 de cada 100 se había realizado tacto rectal. Seguramente estos números son aún más bajos en las demás entidades del país.

Fuente:
<https://prostatamexico.org/programaopus/>



En México, a pesar de que la incidencia de cáncer de próstata es tres veces menor que lo observado en Estados Unidos, la mortalidad por esta causa es prácticamente igual.

Fuente:
<https://www.insp.mx/avisos/4189-cancer-prostata-mx.html>



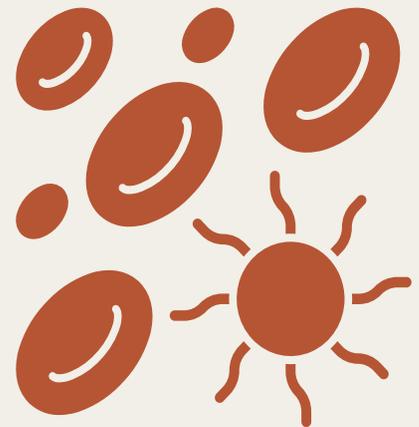
La falta de campañas de concientización, la detección tardía, el acceso inequitativo a la atención y tratamiento así como una carente coordinación y colaboración interinstitucional, son condiciones asociadas a la mortalidad por esta causa.

¿Cuál es el impacto de las neoplasias hematológicas en nuestro país?

Los cánceres hematológicos, también conocidos como cáncer de la sangre, son un grupo de enfermedades que se originan en las células de la sangre o en los órganos que la producen, como la médula ósea.

La leucemia, el linfoma y el mieloma múltiple, **se encuentran entre los 10 tipos de cáncer más comunes en México y se estima que representan el 12% de todos los cánceres nuevos en nuestro país.** Se estima que cada año se diagnostican 18 mil nuevos casos de cánceres hematológicos.

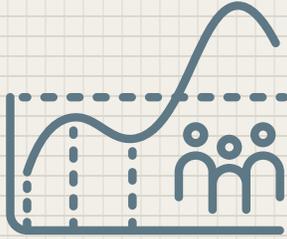
Integrar esfuerzos entre autoridades sanitarias, organizaciones civiles, profesionales de la salud, investigadores y la comunidad, dirigidas a mejorar el diagnóstico y la atención oportuna puede reducir las muertes por esta causa y mejorar la calidad de vida de los pacientes.



Fuente:

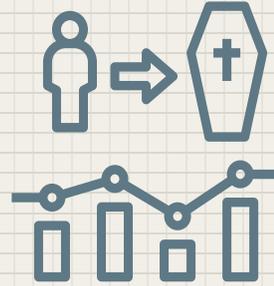
<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheet.pdf>

20,154



Cada año aparecen 207,154 nuevos casos de cáncer, 12% de ellos se deben a cánceres hematológicos. **El Linfoma no Hodgkin es la tercera causa de cáncer entre la población masculina** sólo por debajo de los cánceres de próstata y colorrectal.

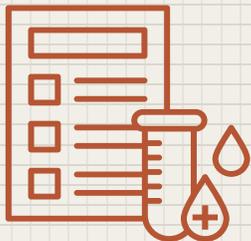
11%



El cáncer ocasiona anualmente 96,210 fallecimientos, **11% de estos corresponden a cánceres hematológicos.**



El diagnóstico temprano es indispensable para aumentar las posibilidades de éxito en el tratamiento y mejorar el pronóstico de los pacientes. **Es crucial reforzar la capacitación de los médicos generales** para que puedan realizar derivaciones rápidas a hematólogos, especialistas.



Es fundamental desarrollar campañas de información para la población en general sobre la importancia de realizarse una biometría hemática preventiva al menos una vez al año, ya que esta prueba puede dar indicios de un posible cáncer hematológico.



Leucemia

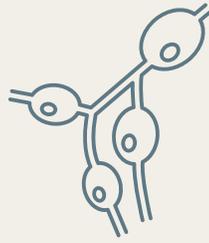
La incidencia de leucemia en México es de aproximadamente 3.6 casos por cada 100,000 habitantes. **Se registran 7,457 nuevos casos y 5,126 muertes por esta causa durante el 2022.**

Es la primera causa de muerte en población infantil, en adolescentes y jóvenes hasta los 29 años.

Fuente:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/salade-prensa/aproposito/2024/EAP_CANCER24.pdf

<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheet.pdf>



Linfoma

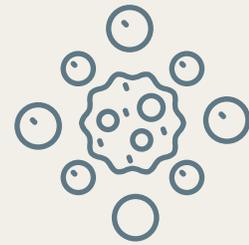
La incidencia de linfomas en México es de **3.8 por cada 100,000 habitantes.**

Durante el 2022 se registraron **9,000 nuevos casos** de linfoma y **3,223 muertes** por esta causa.

Fuente:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/salade-prensa/aproposito/2024/EAP_CANCER24.pdf

<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheet.pdf>



Mieloma múltiple

Se estima que en 2022 se registraron **2,346 nuevos casos de MM**, Lo que lo convierte en el tercer cáncer hematológico más frecuente después del linfoma y la leucemia. Globocan 2022 menciona que murieron 1,507 personas por esta causa.

Fuente:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/salade-prensa/aproposito/2024/EAP_CANCER24.pdf

<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheet.pdf>



El acceso diagnóstico es limitado y muy frecuentemente sus síntomas se confunden con otras enfermedades, mejorar la detección temprana, su atención oportuna y el acceso a tratamiento, representa hoy una mayor oportunidad de vida para los pacientes que viven con esta enfermedad y con ello mejorar sus resultados en salud.

¿Es posible curar el cáncer con menor inversión?

A través del Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI), se atendían los principales tipos de cánceres en México: mama, cervicouterino, infantil, tumores testiculares, cáncer de próstata y cáncer de colon.

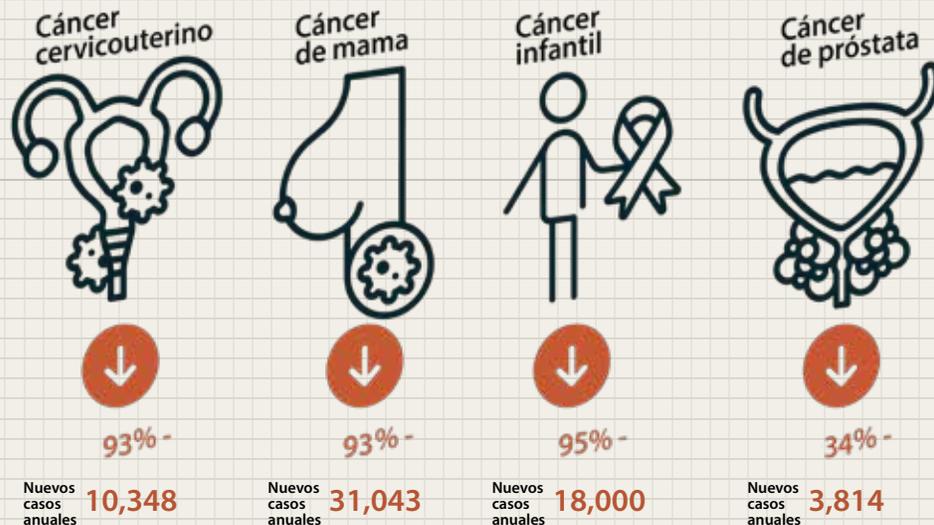
Frente al promedio del sexenio pasado, en 2021 (último año que se tiene desglose de atención) el gasto para atender el cáncer se desplomó.

millones de pesos y el cáncer de mama 170 millones; en ambos casos el recorte supera el **90% frente al sexenio pasado**.

Por ejemplo, en 2021, el gasto para atender el cáncer infantil fue de 15 millones, **95% menos que en el sexenio pasado**. El gasto para atender el cáncer cervicouterino fue de 9.4

El gasto para atender el cáncer de próstata fue de 103 millones, **34% menor al de 2018** y aquel para combatir tumores testiculares fue de 49.7 millones, **16% menor al de 2018**.

En comparación con el gasto en el sexenio anterior, el gasto para atender el cáncer en México en 2021 (último año en el que se dispone con información desglosada por tipo de cáncer) se había desplomado hasta 97% en algunos casos.



Fuente: México Evalúa con datos de la SSA
<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheet.pdf>

¿Por qué importa la participación de la sociedad civil organizada?

Es imperativo en la actualidad adoptar un enfoque colaborativo en la toma de decisiones en salud con la participación activa de todos los actores involucrados: gobierno, profesionales y expertos en la salud, pacientes, representantes de la industria y organizaciones de la sociedad civil como medida fundamental para mejorar la salud de la población mexicana.



¿A qué nos referimos con gobernanza moderna?

La gobernanza moderna en salud es un enfoque complejo y en constante evolución. Sin embargo, tiene el potencial de transformar los sistemas de salud y mejorar la salud de las poblaciones en todo el mundo.

En México están registradas 48,035 organizaciones de la sociedad civil (OSC), 38 Organizaciones por cada 100 mil habitantes, **México tiene un nivel bajo de densidad asociativa**: en el estudio "Las organizaciones de la sociedad civil en México", se consigna que Estados Unidos tiene 670 OSC por cada 100 mil habitantes, Chile 650, Argentina 270 y Brasil 170.



Fuente:

Carlos Chávez Becker y Pablo González Ulloa (2018). Las organizaciones de la sociedad civil en México: hacia una reforma de la LFFAROSC. Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República. México

En el complejo panorama de la salud pública actual, la gobernanza moderna surge como un enfoque innovador para abordar los desafíos y alcanzar mejores resultados sanitarios. Este enfoque se aleja de los modelos tradicionales, apostando por la colaboración efectiva entre diversos actores:



Gobierno: Como ente rector, juega un papel crucial en la definición de políticas, la asignación de recursos y la regulación del sistema sanitario.



Sector privado: Aporta su experiencia, innovación y capacidad de inversión para complementar la oferta pública de servicios y de esta forma contribuir al desarrollo de tecnologías sanitarias.



Sociedad civil organizada: Representa la voz de las comunidades y grupos poblacionales, asegurando que sus necesidades y perspectivas sean tomadas en cuenta en la toma de decisiones.



Academia: Aporta y genera conocimiento científico y evidencia robusta que fundamenta las políticas y programas de salud promoviendo una toma de decisiones basada en datos.

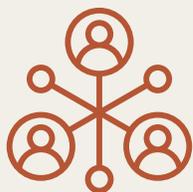


Observatorios ciudadanos y/o comités de expertos: Son una herramienta valiosa para fortalecer la salud pública mediante la recopilación de datos, su análisis; la promoción de la participación comunitaria, la mejora de la transparencia y la identificación de necesidades de salud.

La participación, transparencia, rendición de cuentas, eficiencia y equidad, constituyen los principios rectores de la gobernanza en salud y su papel es incidir en mejorar la calidad de la atención, buscar la equidad en el acceso, el uso eficiente de los recursos y velar por la sostenibilidad del sistema de salud de la mano de un enfoque humano.

Un futuro saludable puede ser concebido únicamente desde una perspectiva integral que garantice su sostenibilidad. Este enfoque involucra diversos actores, instituciones y mecanismos para la toma de decisiones, una gestión del sistema más efectivo, eficiente, equitativo y sostenible.

Es necesario considerar en la búsqueda de implementar una gobernanza moderna en salud, un enfoque flexible y adaptable sustentado por:



La Participación de los actores relevantes incluyendo ciudadanos, pacientes expertos, academia, profesionales de la salud, sector privado y organizaciones de la sociedad civil en la toma de decisiones que afectan la salud.



La Rendición de cuentas hacia la población, regida por mecanismos institucionales confiables que sancionen y sean respaldados por la ley.



La Equidad como principio rector en la búsqueda del acceso universal a servicios de calidad evaluados por el paciente y los demás actores involucrados en la búsqueda de la justicia social hacia todos los sectores poblacionales.



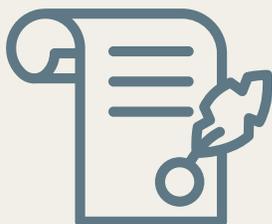
La Eficiencia en el uso de recursos. No basta con tener los recursos suficientes, es necesario que sean empleados de forma eficiente y eficaz con el objetivo de maximizar los resultados, con base en una planeación experta y regulada.



Asegurar la sostenibilidad financiera para una viabilidad de largo plazo, esto implica incrementos presupuestales que vayan acorde con las necesidades contractuales y dentro de los parámetros establecidos por los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo y Económico.

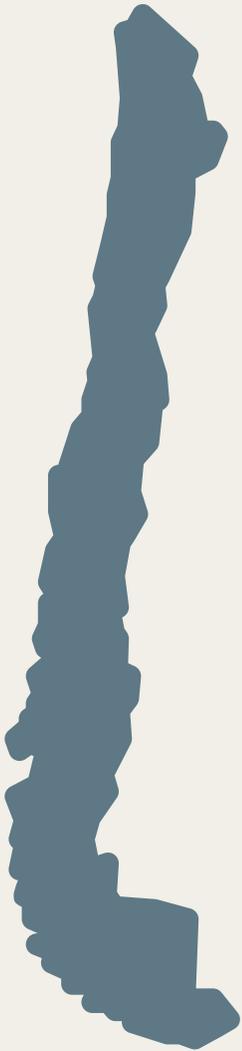
La implementación de una gobernanza moderna en salud requiere de esfuerzos conjuntos que consideren elementos que la faciliten: **establecer un marco legal y regulatorio sólido**, fortalecer las instituciones de salud, desarrollar recursos humanos calificados, evaluar la calidad de estos, implementar sistemas de información efectivos, fomentar la participación y colaboración y asegurar el cumplimiento.

Existen ejemplos de gobernanza moderna en salud relacionados al cáncer en otros países que han demostrado resultados tangibles como es:



El proceso de construcción de La Ley Nacional del Cáncer de Chile, promulgada en el año 2004, así como su implementación y seguimiento de resultados, constituye un ejemplo notable de la aplicación de la gobernanza moderna en salud y un **ejemplo exitoso de cómo esta puede contribuir a mejorar la salud poblacional**.

LEY 19966



La implementación del Consejo Nacional de Cáncer (CNC) al lado del Ministerio de Salud como órgano rector son un ejemplo claro de gobernanza. El CNC integrado por representantes de diversas instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil con amplia experiencia en el ámbito oncológico tiene funciones establecidas como son:

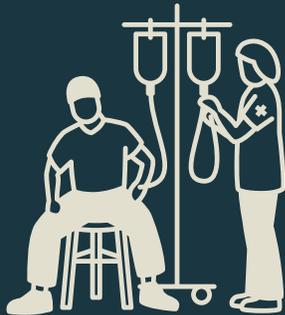
- Proponer políticas públicas, estrategias y acciones que fortalezcan la atención, prevención y rehabilitación del cáncer.
- Formular y aprobar el Plan Nacional de Cáncer.
- Monitorear y evaluar la implementación de política pública.
- Generar información y evidencia científica.

Colaboran organismos de servicios de salud, instituciones públicas y privadas a través de mecanismos de participación social como son sus **Consejos Regionales y los Foros de Participación Ciudadana**.

Esta ley ha permitido establecer un marco normativo integral para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del cáncer en el país, incorporando los principios clave de este enfoque. **Su implementación ha rendido frutos, incidiendo en la reducción de la mortalidad por cáncer, aumentando la detección temprana y la minimización de costos, mejorando la calidad de vida de los pacientes y fortaleciendo la investigación nacional en cáncer.**

Fuente:
<https://www.bcn.cl/portal/leyfacil/recurso/ley-del-cancer>

¿Qué avances aportan las OSC a la salud?



Existen muestras claras de su papel coadyuvando al Estado mexicano, entre ellas, acciones con un enfoque específico en varios ámbitos que implican la concientización a la población en general acerca del cáncer, la importancia de su detección temprana y su atención integral; educación a cuidadores, pacientes y familiares; la educación a médicos de primer nivel y de primer contacto dirigidas a fortalecer el diagnóstico oportuno; apoyo a pacientes, cuidadores y familiares; y su trabajo propositivo centrado en las personas buscando incidir en política pública en salud.

Las OSC también generamos alianzas con sociedades médicas y fundaciones que buscan otorgar educación sobre cáncer, como es la alianza que la AMLCC mantiene desde hace tres años con Fundación Academia Aesculap, apoyada por SMEO y la Academia Nacional de Cirugía y el Comité Normativo Nacional de Medicina General buscando incentivar el diagnóstico oportuno del cáncer que **en tres años ha logrado impactar a más de 30,000 médicos de primer contacto.**



Un claro testimonio del impacto transformador que las OSC tienen en las vidas de las personas más vulnerables del país lo ofrecen los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. De acuerdo con sus registros, en al menos **32% de los hogares ubicados en los tres deciles de ingresos más bajos, se declaró haber recibido algún beneficio de las OSC**, ya fuera económico, en especie o en servicios para satisfacer sus necesidades de subsistencia, educativas, de salud, etc.

De las 44.144 Organizaciones con Clave Única de Inscripción al Registro Federal de las OSC (CLUNI), lo que permite tener información de sus actividades, 9.829, alrededor de 20%, se dedican a la "Promoción y aportación de servicios para la atención de la salud y cuestiones sanitarias". **Estas organizaciones conforman iniciativas sensibles, adaptables e innovadoras que complementan políticas públicas gubernamentales para promover la educación en salud, brindar orientación y acompañamiento o ampliar la oferta de servicios de detección y atención a pacientes.**

Fuente:

Consejo Mexicano de Filantropía AC. COMPENDIO ESTADÍSTICO del sector no lucrativo 2023 . Disponible en: <https://www.cemefi.org/centrodedocumentacion/11568.pdf>.

La Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer, por ejemplo, en 2023 donó al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE): 14 colposcopios y 11 ultrasonidos que fueron instalados en 10 estados de la República, Ciudad de México, Sonora, Chiapas, Hidalgo, Guerrero, Querétaro, Guanajuato, Veracruz, Quintana Roo y Durango, con el objetivo de incrementar las oportunidades de detección oportuna y sobrevivencia.

32%



9,829

20%



Las OSC dedicadas al apoyo a pacientes, actuamos con responsabilidad, dirigiendo nuestro esfuerzo a personas, familiares, cuidadores y pacientes para impulsar la consciencia de autocuidado, hábitos saludables y la prevención de enfermedades.

Incluso en contextos de suficiencia en la provisión de servicios de salud, las organizaciones de la sociedad siguen siendo un recurso valioso y aprovechable.

En países con mayor inversión en salud y cobertura universal y gratuita, la participación institucionalizada de la sociedad civil organizada brinda a la administración pública una base sólida para la elaboración y evaluación de políticas públicas relativas.

En **Canadá**, por ejemplo, se reconoce que la participación de la sociedad civil organizada es clave en el ámbito de la salud y su fomento es una prioridad de política pública. La denominada Iniciativa del Sector No Gubernamental busca fortalecer desde el gobierno la capacidad de colaboración de las OSC con profesionales de la salud y el sector público para **instrumentar programas y ofrecer servicios de salud** y ha tenido un impacto significativo **mejorando la atención, aumentando la eficiencia de los servicios y fortaleciendo las redes de apoyo comunitario**.



CANADÁ



En Holanda, la **administración interactiva**, caracterizada por el uso de herramientas digitales para facilitar la comunicación **entre el gobierno y la ciudadanía**, representa un enfoque específico que favorece la participación ciudadana **durante el ejercicio de toma de decisiones**.

HOLANDA



Un caso ejemplar en Francia donde las ONG han influido significativamente en las políticas públicas de salud en relación al cáncer es el trabajo de la Liga Contra el Cáncer (Ligue Contre le Cancer). Esta organización ha jugado un papel crucial en la modificación y mejora de políticas públicas para la prevención, detección y tratamiento del cáncer.

FRANCIA



La Liga Contra el Cáncer ha influido en la elaboración de los Planes Nacionales contra el Cáncer en Francia, colaborando con el gobierno para establecer prioridades y estrategias en la lucha contra esta enfermedad. Estos planes incluyen medidas para la prevención, detección, tratamiento y apoyo a la investigación.

Fuente:

<https://www.cemefi.org/centrodedocumentacion/11568.pdf>

MONITOR ESTRATÉGICO Número 6 Julio - Diciembre 2014 | La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva Francy Yanira Pineda Granado

<https://www.ligue-cancer.net/>

Tres propuestas desde las OSC de pacientes para una renovada política en salud

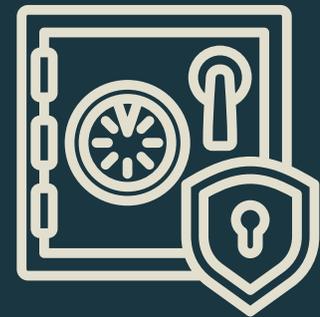
**Una visión realista y una salud alcanzable:
Prioridades y acciones necesarias**



Propuesta 1

PRESUPUESTO EN SALUD: ELEVAR Y BLINDAR EL PRESUPUESTO PÚBLICO EN SALUD

La inversión en salud da cuenta de la voluntad política de un gobierno y de su perspectiva de justicia social. La dimensión de los objetivos y metas que se plantea el sistema de salud y la capacidad real para alcanzarlos, depende de los recursos presupuestales dispuestos.



El histórico rezago del gasto público en salud pone en entredicho la viabilidad de los modelos instrumentados en busca de la cobertura universal efectiva y de calidad; desde nuestra perspectiva, el Seguro Popular, el Instituto para el Bienestar y hoy el IMSS Bienestar, en realidad son la expresión de anhelos sin sólidos fundamentos presupuestales.

La situación actual tenderá a empeorar si se mantiene la asignación actual de recursos a la salud: el envejecimiento de la población, años de prevalencia de factores de riesgo como el tabaquismo, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, provocarán muchos más casos de enfermedades en las próximas décadas. Más del 70% de los pacientes con cáncer se diagnostican en etapas avanzadas, lo cual reduce sus posibilidades de recuperación y supervivencia y eleva los costos del tratamiento.

¿Por qué es importante blindar el presupuesto?

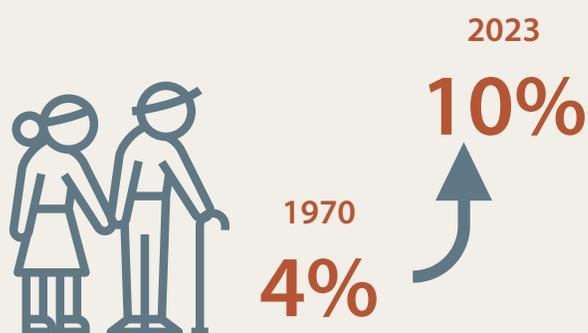
La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los países inviertan al menos el 6% de su Producto Interno Bruto (PIB) en salud. Sin embargo, en México, la inversión en salud ha sido históricamente por debajo de este umbral.

Aunque en 2023 se prometió el gasto en salud más elevado de la historia, al cierre de año se erogaron 888 mil millones de pesos, un recorte de 3.4% frente al ejercido en 2022, aunque superior en 11.1% frente a 2018. La razón del retroceso radica en que los distintos sistemas del sector público federal dejaron de gastar, en su conjunto, 60 mil millones de pesos de los 868.1 aprobados para el año. ¿es una buena idea reducir el gasto en salud?

Asimismo, como porcentaje del gasto público total, el de salud abarcó el 9.9%, el segundo nivel más bajo del sexenio junto al de 2019, y similar a lo logrado en 2007 (9.2%).

Para 2024 se aprobó un gasto federal en salud de 962 mil millones de pesos.

México enfrenta en estas circunstancias el reto de asegurar el financiamiento suficiente para garantizar la cobertura universal y la calidad de la atención médica, en un contexto de transición demográfica y epidemiológica: Entre 1970 y 2023, la población adulta de 30 a 64 años aumentó significativamente de 24% a 43%, mientras que el porcentaje de adultos mayores se duplicó con creces, pasando de 4% a 10%.



A medida que la población envejece en México, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas relacionadas con la edad.

6 de cada 10 adultos de 53 años y más, le declararon al INEGI tener un estado de salud de regular a malo.

* INEGI, Comunicado de Prensa núm. 395/23

** Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2021

¿Qué proponemos?

UNA ESTRATEGIA PRESUPUESTAL Y ACCIONES ESPECÍFICAS

QUE INCLUYAN:



Aumentar paulatinamente la inversión en salud como porcentaje del PIB, acercándose a la recomendación de la OMS del 6%. La meta debe explicitarse y especificar la gradualidad anual de los incrementos hasta alcanzar la meta en los próximos 6 años.



Modificar la Ley General de Salud para establecer, en su Capítulo III. "Del financiamiento de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados", que el financiamiento del IMSS Bienestar (o cualquier institución dedicada a atender a la población sin seguridad social formal) sea calculado en términos per cápita según la población objetivo del programa. En correspondencia, en las Reglas de Operación del IMSS-Bienestar se debe establecer la obligatoriedad de calcular e informar de forma anual su población objetivo.



Establecer en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria que el gasto público en salud no podrá ser inferior al año anterior en términos reales para los capítulos de gasto de subsidios y transferencias, así como servicios personales. Los capítulos de inversión o servicios generales pueden variar según el contexto y mejoras administrativas.



Modificar la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (la ley del IEPS) para elevar los impuestos al tabaco, alcohol, bebidas azucaradas y alimentos no esenciales, y etiquetar lo recaudado para prevención en salud.



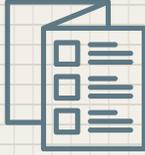
Evitar la opacidad y discrecionalidad en el manejo del presupuesto en salud eliminando las disposiciones legales que distorsionan la contabilidad del gasto ejercido en salud pues es imposible dar seguimiento a los recursos que se regresan a la Tesorería de la Federación (TESOFE) por lo que se desconoce si el uso último del dinero fue efectivamente para la salud.



Modificar el artículo 77 bis 17 para que el FONSABI, bajo el supuesto de que acumule recursos en un monto superior a dos veces la suma aprobada en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020 (32 mmdp), no sea obligado a reintegrar dicho remanente a la Tesorería de la Federación (TESOFE).



Eliminar el transitorio, que se ha venido consintiendo en las leyes de ingresos de la federación desde 2021, que establece la obligación del FONSABI de concentrar los remanentes del Fondo en la TESOFE, salvo que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autorice que el remanente referido permanezca para el cumplimiento de los fines de dicho fondo.



Crear un catálogo claro de enfermedades catastróficas a financiar mediante el FONSABI, con su respectiva estimación de costo financiero y respaldo presupuestal en el fideicomiso.



Aumentar la inversión en salud, vincular el presupuesto del IMSS-Bienestar a la población objetivo y mejorar la gobernanza del Fondo de Salud para el Bienestar.

Propuesta 2

IMPULSAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER (BAJO CRITERIOS DE RACIONALIDAD ECONÓMICA)

En México, **más del 70% de los pacientes con cáncer se diagnostican en etapas avanzadas**, lo cual reduce sus posibilidades de recuperación y supervivencia y eleva los costos del tratamiento. De seguir la tendencia actual de incidencia-prevalencia y mortalidad, aunado a la falta de intervenciones encaminadas a la prevención y diagnóstico temprano, la presión financiera generada por el cáncer seguirá siendo creciente.

\$30,871
mdp



Estimaciones realizadas por el Instituto Nacional de Cancerología (INCaN) sobre la presión financiera que el cáncer representa para el país, considerando las tendencias de mortalidad e incidencia-prevalencia, y de no existir intervenciones de prevención y diagnóstico temprano, situaban el costo macroeconómico del cáncer en cerca de 31 millones de pesos para 2020.

Por lo que resulta clave explorar mecanismos para asegurar servicios de salud eficientes y sustentables, enfatizando los procesos de detección y diagnóstico temprano del cáncer como parte de la salud preventiva.

Fuente:

Instituto Nacional de Cancerología [INCaN]. (2016). Programa Integral de Prevención y Control del Cáncer en México. México: Secretaría de Salud.

La falta de oportunidad para el diagnóstico temprano se puede dar por distintas causas, atribuibles no solo al personal médico o las instituciones de salud, sino incluso al paciente.



Causas atribuibles al **paciente**

Desconocimiento de cuidados de la salud y signos y síntomas que llevan a la sospecha de cáncer (sangrados inexplicables, dificultad para deglutir, cambios en hábitos intestinales y urinarios, úlceras que no sanan, dolor inexplicable, tos y disfonía, tumores o hinchazón identificados, pérdida de peso inexplicable, etcétera).



Atribuibles al **médico de primer contacto**

Falta de conocimiento sobre los datos clínicos de sospecha o diagnóstico de cáncer y sobre el proceso de derivación oportuna a los centros de atención especializados;



Atribuibles al **sistema de salud**

Centros de atención especializados carentes de protocolos de diagnóstico y etapificación y poca disponibilidad de estudios especiales de imagen y diagnóstico histopatológico y molecular precisos (medicina personalizada).

Por ello es necesario intervenir desde la educación de la población sobre cómo distinguir signos y síntomas de cáncer, ofrecer capacitación al médico de primer contacto para la gestión del acceso al diagnóstico, así como contar con el personal de salud especializado e infraestructura para disponer de un diagnóstico completo que permita que un paciente esté apto para iniciar el tratamiento. Así mismo es necesario desarrollar e implementar programas intersectoriales para la prevención de las causas ambientales y del estilo de vida; incluir en la estrategia nacional de prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes; y ampliar la infraestructura y cobertura para el diagnóstico por imagen. Lo que puede representar una ventana de oportunidad para garantizar la sustentabilidad financiera del sistema de salud.

Las consecuencias en salud (sobrevida global) y los costos de atención cambian significativamente a medida que la enfermedad progresa, conduciendo a un círculo vicioso, menos esperanza de supervivencia aunado a costos mayores de atención. Esta situación genera una puja distributiva durante la asignación de recursos que evidentemente tiende a priorizar la alta complejidad. Sin embargo, la mayor proporción de casos pueden obtener adecuada respuesta desde los niveles de atención médica de menor complejidad. Esto se puede ver claramente al analizar el caso del cáncer de mama. Donde **las pacientes que son atendidas oportunamente alcanzas una esperanza de vida a 5 años en torno al 90%; no así, cuando son diagnosticadas tardíamente.** De igual manera, se observan cifras de gasto de atención para las instituciones de salud pública a medida que la enfermedad progresa.

Tabla 1. Costo de atención del cáncer de mama y supervida global por estadio clínico

Estadio Clínico	Estado al diagnóstico [1]	Sobrevida global a 5 años [2]	Costo anual [3]
Estadio 0 (in situ)	7.10%	99%	\$195,104.70
Estadio I	37.7% (I y IIA)	92%	\$410,413.50
Estadio II		81%	\$670,874.40
Estadio III	47.1% (IIB, IIIA, IIIB y IIIC)	65%	\$728,670.60
Estadio IV	8.10%	13%	\$672,480.90

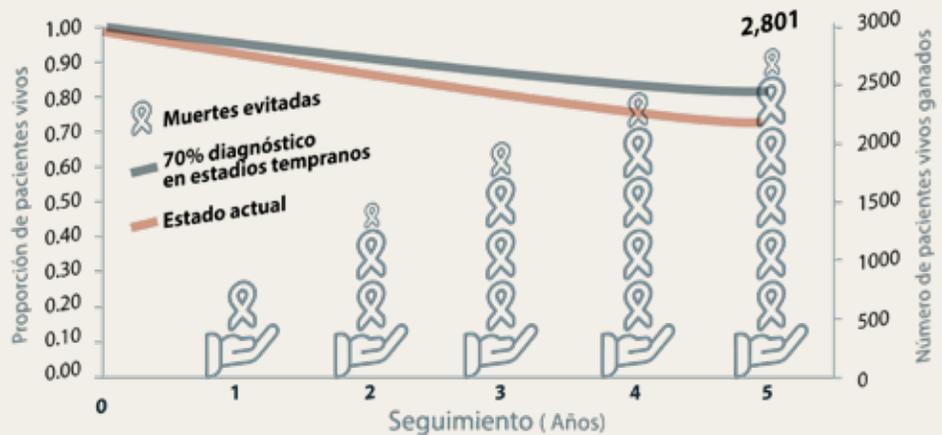
Elaborado por EconoPharma con información de:

1. Maffuz-Aziz A, Labastida-Almendaro S, Espejo-Fonseca A. y Rodríguez-Cuevas S. Características clinicopatológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. Cirugía y Cirujanos. 2017, 85(3): 201-207 <https://doi.org/10.1016/j.circir.2016.08.004>.
2. Heredia-Caballero Ángel Germán, Palacios-López Germán Gabriel. Supervivencia a 5 años postratamiento de cáncer de mama: experiencia institucional. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2018 [citado 2023 Sep 26]; 86(9): 575-583. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0300-90412018000900575&lng=es>. <https://doi.org/10.24245/gom.v86i9.1536>.
3. Hernández-Nájera Olimpia, Cahuana-Hurtado Lucero, Ávila-Burgos Leticia. Costos de atención del cáncer de mama en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2021 Ago [citado 2023 Sep 25]; 63(4): 538-546. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0036-36342021000400538&lng=es>. Epub 27-Feb-2023. <https://doi.org/10.21149/12332>.

Es posible revertir esta situación, ejemplo de ello son los resultados alcanzados a partir del establecimiento en el Reino Unido a principios de la década de 1990 de programas nacionales de tamizaje del cáncer de mama. **Programa que tan solo en 10 años, logró reducir la mortalidad en un 8%.** Alcanzando hoy en día diagnosticar en estadios tempranos (Estadio clínicos 1 y 2) al 85% de las mujeres con cáncer de mama, garantizando la probabilidad de supervivencia a 5 años en el 99% de los casos (NHS 2023).

Asumiendo una meta de diagnóstico en estadios tempranos en el 70% de los casos, escenario conservador si tomamos en cuenta la tasa del 85% de detección temprana alcanzada en el Reino Unido, **se podrían evitar 2,801 en un plazo de 5 años por esta causa** (Figura 2), **y un ahorro para las instituciones de salud de \$86,695 promedio por paciente**, pasando de un costo promedio ponderado de \$566,177 a \$479,482 (Precios IMSS 2024). Si proyectamos estas cifras, consideramos los 31,043 Nuevos casos de cáncer de mama reportados para el año 2022 por GLOBOCAN, **el ahorro anual promedio para el sistema de salud de \$2,691 millones de pesos, como resultado de una estrategia de diagnóstico y referencia oportuna.**

Figura 2.
Impacto del diagnóstico oportuno (70% en estadios tempranos) en la sobrevida.



Elaborado por EconoPharma

Aplicando este mismo racional (70% de diagnóstico en estadios tempranos) con otras neoplasias altamente prevalentes en México como el cáncer de próstata y cáncer de pulmón con 26,565 y 8,257 nuevos casos al año respectivamente (Tablas 2 y 3) **se obtendría un ahorro total anual para el sistema de salud de \$4,850 millones de pesos al año** (Tabla 4).

Tabla 2.
Costo de atención y sobrevida global del cáncer de próstata por estadio clínico

Estadio Clínico	Estado al diagnóstico [4]	Sobrevida global a 5 años [5]	Costo tratamiento [3]
Estadio I	30%	99%	\$ 52,506.00
Estadio II	40%	85%	\$ 97,146.00
Estadio III	30%	30.50%	\$ 317,016.00

Elaborado por EconoPharma con información de:

4. Datos México, adaptado de reuniones de expertos nacionales

5. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-prostata/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/tasas-de-supervivencia.html>

6. Saturnino LTM, Polanco A, Kuperman G, Gasca R and Larrosa J. Economic Burden Associated with Advanced Prostate Cancer in Mexico (POSA196). VALUE IN HEALTH. 2022 (25)1: S125

Tabla 3.
Costo de atención y sobrevida global del cáncer de pulmón por estadio clínico

Estadio Clínico	Estado al diagnóstico [4]	Sobrevida global a 5 años [5]	Costo tratamiento [3]
Estadio I	23.5%	65%	\$148,424.58
Estadio II	15.3%	51%	\$223,677.31
Estadio III	15.3%	23%	\$290,289.94
Estadio IV	45.9%	9%	\$414,344.42

Elaborado por EconoPharma con información de:

7. Rascón-Pacheco RA, González-León M, Arroyave-Loaiza MG, Borja-Aburto VH. Incidencia, mortalidad y costos de la atención por cáncer de pulmón en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Mex. 2019;61:257-264. <https://doi.org/10.21149/9808>

8. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pulmon/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/tasas-de-supervivencia.html>

9. Se aplica el promedio de los costos por estadios reportados por Ráscon 2019 y Gerson 2019.

El pronóstico y costos de atención puede variar ampliamente dependiendo la neoplasia (ej. cáncer de páncreas o mieloma múltiple o si se trata de un caso pediátrico), los ahorros que representa para el sistema, derivado de un uso eficiente de recursos es evidente al evaluar el cáncer de mama, próstata y pulmón, que en conjunto representan el 32.9% de los 207,154 nuevos casos al año de cáncer en México.

Tabla 4
Impacto económico del diagnóstico oportuno (70% en estadios tempranos).

NEOPLASIA	NUEVOS CASOS (GLOBOCAN 2022)	MUERTES EVITADAS A 5 AÑOS (70% diagnóstico temprano)	AHORRO PROMEDIO POR PACIENTE (Precios IMSS 2024)	AHORRO TOTAL (Millones de pesos)
Mama	31,043	2,801	\$86,695	\$2,691
Próstata	26,565	3,362	\$55,548	\$1,476
Pulmón	8,257	1,385	\$82,689	\$683
TOTAL	68,211	7,548	\$73,630	\$4,850

Elaborado por EconoPharma

Estos resultados, rompen con el paradigma prevalente actual, que sustenta que el único camino para mejorar los resultados de la supervivencia es mediante el acceso a nuevos tratamientos; sin embargo, **se pueden generar ganancias en la supervivencia mediante la priorización de los esfuerzos tendientes a minimizar el tiempo de diagnóstico de cáncer e inicio de los tratamientos de semanas a días.**

¿Por qué es importante?

En México, el diagnóstico tardío del cáncer representa un problema de salud pública de gran magnitud. Más del 70% de los pacientes con cáncer son diagnosticados en etapas avanzadas, lo que tiene graves consecuencias:



Menores posibilidades de recuperación y supervivencia.



Tratamientos más costosos.



La detección tardía, los sobrecostos que conlleva, disminuyen la capacidad del sistema de salud para invertir en infraestructura, recursos humanos y tecnología; y procura su sostenibilidad financiera.

¿Qué proponemos?

IMPULSAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN TAMIZAJE Y DETECCIÓN TEMPRANA.

Dicho modelo, deberá de proporcionar un plan de acción encaminado a reducir la morbilidad y mortalidad del cáncer, principalmente mediante la reducción de la exposición a los factores de riesgo.

Deberá fortalecer el sistema de detección precoz del cáncer en etapas tempranas y disminuir la discapacidad y el número de muertes innecesarias por falta de cobertura o diagnóstico tardío. Es necesario implementar acciones de capacitación al personal de salud de primer contacto, y garantizar el acceso a los servicios de detección y diagnóstico temprano de cáncer en la población.



Implementar campañas de información y educación: Es fundamental educar a la población sobre la importancia de la detección temprana del cáncer y como acceder a los servicios disponibles. Así como el fortalecimiento de las campañas de prevención primaria, encaminadas a la creación de conciencia y reducir los factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol, la obesidad y el sedentarismo, y a la vez promover hábitos de vida saludables. Así mismo capacitar al personal de salud de primer contacto sobre factores de riesgo y protección.

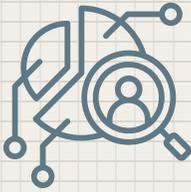


Fortalecimiento de las redes de detección temprana que permitan reducir el número de pacientes que llegan en fases tardías de difícil manejo y alto costo. Estableciendo campañas de tamizaje, mediante programas de salud pública diseñados para reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer a través de la implementación sistemática de estrategias para la prevención, detección temprana, diagnóstico oportuno y referencia del paciente con cáncer, haciendo el mejor uso de los recursos disponibles.



Reducir los tiempos entre prueba de tamizaje y confirmación diagnóstica, así como entre ésta última y el inicio de tratamiento.

En este sentido resulta estratégico impulsar la creación de la figura de "Navegador", quienes deberán facilitar el tránsito del paciente a través de los diferentes servicios de las instituciones de salud; y de ser necesario entre instituciones.



La incorporación de indicadores de desempeño como: La cuantificación de unidades, equipo y personal especializado en detección temprana; el avance en la cobertura de los programas de tamizaje, así como la reducción en tiempos entre las pruebas de tamizaje y confirmación diagnóstica, así como entre ésta última y el inicio de tratamiento. Así mismo es necesaria la instrumentación de métricas que permitan la optimización y el uso razonado de los recursos disponibles garantizando la sustentabilidad financiera del sistema de salud.

Encontrar el equilibrio entre la búsqueda de la mejor atención médica posible y la sostenibilidad del sistema de salud es un desafío complejo que requiere un enfoque integral y una colaboración activa de todos los actores involucrados y donde la prevención, dado su impacto sobre los costos de los tratamientos, es estratégica: queremos “Más prevención para mejor atención”

REFERENCIAS:

NHS Digital 2023. Cancer Registrations Statistics, England 2021 – First release, counts only 2023. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/cancer-registrations-statistics/england-2021---summary-counts->

Propuesta 3

DE GOBIERNO A LA GOBERNANZA MODERNA

**PROMOVER LA PARTICIPACIÓN EFECTIVA
DE LAS OSC PROSALUD EN TODOS LOS
ÁMBITOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS
(BAJO CRITERIOS DE GOBERNANZA
MODERNA)**



Un régimen democrático moderno supone espacios efectivos de diálogo e interacción entre las organizaciones de la sociedad civil y el Estado. De otra manera, la población no es escuchada, ni atendida efectivamente en el marco democrático.



*Ley Federal de Fomento
a las Actividades
Realizadas por las
Organizaciones Civiles*

En México, la participación social esta enmarcada en la *Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por las Organizaciones Civiles*. De acuerdo con su artículo 6, las organizaciones de la sociedad civil tienen, entre otros, el derecho a “Participar, en los términos que establezcan las disposiciones jurídicas aplicables, en la planeación, ejecución y seguimiento de las políticas, programas, proyectos y procesos que realicen las dependencias y entidades, en relación con las actividades a que se refiere el artículo 5 de esta ley”.

Artículo 5 / LFAROC

Adicionalmente la misma ley establece, en su artículo 5, que entre las actividades de las organizaciones de la sociedad civil objeto de fomento se encuentra “XI. Promoción y aportación de servicios para la atención de la salud y cuestiones sanitarias”.

*Ley de Planeación /
Artículo 20*

Por su parte, en la Ley de Planeación, en su artículo 20, se establece que “Las organizaciones representativas de los obreros, campesinos, pueblos y grupos populares; de las instituciones académicas, profesionales y de investigación de los organismos empresariales; y de otras agrupaciones sociales, participarán como órganos de consulta permanente en los aspectos de la planeación democrática relacionados con su actividad a través de foros de consulta popular que al efecto se convocarán” y que “Para tal efecto, y conforme a la legislación aplicable, en las disposiciones reglamentarias deberán preverse la organización y funcionamiento, las formalidades, periodicidad y términos a que se sujetarán la participación y consulta para la planeación nacional del desarrollo”.

Más específicamente, en la Ley General de Salud, se establece, en su artículo 77 bis 43, que “Las acciones de salud pública comprenden el desarrollo de políticas públicas; la evaluación y monitoreo del estado de salud de la población; la promoción de la salud, fomento de la participación comunitaria y de la sociedad civil organizada; la identificación, prevención, atención y recuperación de los problemas que afecten la salud de la población en general, y la atención de sus determinantes o causas estructurales”.

*Ley General de Salud /
Artículo 77 bis 43*

No obstante, en México no siempre existe la suficiente y adecuada implementación de los mecanismos de participación ciudadana en la gestión pública.

De hecho, en los mecanismos de participación que se anuncian el contexto del modelo del IMSS-Bienestar es muy claro el papel de la participación comunitaria y de la sociedad civil organizada en lo relativo a corresponsabilizarse del uso de los recursos en las Unidades de Salud de Primer Nivel, impulsar la calidad de los servicios prestados de salud mediante la capacitación de la percepción de los beneficiarios y contribuir con los apoyos necesarios para la consecución de los objetivos en salud; pero en lo que se refiere a la formulación, instrumentación y evaluación de las políticas públicas no son ciertos, hasta ahora, los mecanismo de participación de las OSC.

*ACUERDO por el que
se emite el Modelo de
Atención a la Salud
para el Bienestar (MAS-
BIENESTAR)*

¿Por qué es importante?

La exclusión de las OSC de los espacios deliberativos sobre la salud tiene diversas consecuencias negativas:



Pérdida de perspectivas valiosas

Las OSC aportan una visión única y complementaria a la de los actores gubernamentales y empresariales, lo que enriquece el debate y permite identificar soluciones más integrales.



Falta de legitimidad

Las decisiones tomadas sin la participación de la sociedad civil carecen de legitimidad y pueden generar resistencia por parte de la población.



Falta de transparencia

La falta de claridad en los mecanismos de participación dificulta el seguimiento y la evaluación de los procesos por parte de la ciudadanía.



Debilitamiento de la democracia

La exclusión de las OSC de los espacios de participación ciudadana debilita la democracia y limita la capacidad de la sociedad para influir en las políticas públicas.



La evaluación no refleja la experiencia del paciente

La calidad de la atención no se limita a la disponibilidad de recursos y la aplicación de protocolos técnicos. La experiencia del paciente, incluyendo su percepción del trato recibido, la comunicación con el personal de los servicios de salud y la satisfacción con los resultados del tratamiento es un componente fundamental de la calidad..



Organización
Mundial de la Salud

El 28 de mayo de 2024 la 77ª Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó una resolución, A77/A/CONF./3, sobre la participación social en la atención de salud, estableciendo un marco para que las comunidades y la sociedad civil puedan tener una mayor participación en la planificación y ejecución de las decisiones que afectan su salud y bienestar. De acuerdo con dicha resolución, suficiente evidencia empírica demuestra el impacto transformador de la participación social en la construcción de confianza en los sistemas de salud, la promoción de la equidad y la adecuación de la atención sanitaria a las necesidades de las personas.

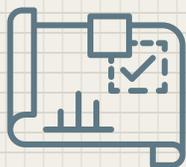
¿Qué proponemos?

PROMOVER LA PARTICIPACIÓN EFECTIVA DE LAS OSC MEDIANTE ACCIONES TENDIENTES A SU INSTITUCIONALIZACIÓN:

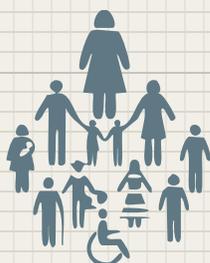


Modificar el artículo 13 de la Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por las Organizaciones de la Sociedad Civil para establecer que el fomento de dichas actividades pasa por la:

- II. Promoción de órganos, instrumentos y mecanismos de consulta con la participación de las organizaciones de la sociedad civil para la planeación, ejecución y seguimiento de políticas públicas (nueva fracción II)
- III. Promoción de la participación, reglamentada y con derecho a voz y voto, de las organizaciones de la sociedad civil en los órganos, instrumentos y mecanismos de consulta que establezca la normatividad correspondiente, para la planeación, ejecución y seguimiento de políticas públicas (anterior fracción II reformada).



Modificar la Ley de Planeación para establecer que las disposiciones reglamentarias, en lo relativo a la organización y funcionamiento de los órganos consultivos permanentes, deberán considerar la participación de las OSC con voz y voto efectivo y la absoluta transparencia de las sesiones, de manera que se permita y promueva el conocimiento, contenidos y fundamentos de las decisiones que se adopten en su interior. No debe haber lugar para mecanismos opacos de cara a la sociedad.

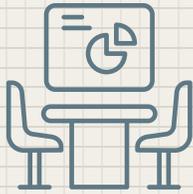


Adicionar en el ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), en el segundo eje de trabajo del Servicio Nacional de Salud Pública, Desarrollo de Políticas, que la "Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población" implicará espacios de participación efectiva, con voz y voto, de las OSC que trabajan en la prevención y atención de las enfermedades de mayor incidencia y mortalidad.



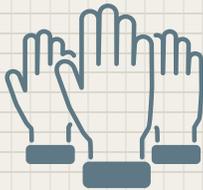
Adicionar en el Estatuto orgánico del IMSS-Bienestar que el titular de su Dirección General -responsable de "Establecer, previa autorización de la Junta de Gobierno, un sistema de evaluación del desempeño y de gestión de la calidad para conocer y, en su caso, proponer programas, estrategias y acciones de mejora del IMSS-BIENESTAR"- debe considerar en este

sistema de evaluación y gestión la creación de un órgano colegiado con la participación de las OSC que trabajan en la prevención y atención de las enfermedades de mayor incidencia y mortalidad en país.



Dar continuidad a los trabajos del “Foro para la formulación de propuestas para una política y arquitectura de participación social en salud en México”; realizado en la Secretaría de Gobernación noviembre de 2023 para conocer los alcances y limitaciones de los mecanismos de participación de las OSC en los nuevos componentes del sistema de salud y, en su caso, precisar la ruta para la definición de un nuevo modelo de participación de la sociedad civil organizada.

Fortalecer el sistema de Gobernanza en las decisiones que afectan a los pacientes en:



**Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Regulación sanitaria:**

Crear un cuerpo colegiado o grupo de trabajo integrado por gobierno, iniciativa privada y sociedad civil (paciente experto, academia, médicos y observatorios de política pública) que establezca mecanismos que adopten buenas prácticas internacionales y que se integren a la agenda de cambio institucional en corresponsabilidad para que, todo lo que suceda, sea en el marco de buenas prácticas de gobernanza.

Consejo de Salubridad General:

Hacer efectiva la participación incluyente y el diálogo institucionalizado con academia, consejos de especialidades, asociaciones de pacientes, pacientes expertos, industria, profesionales, entre otros, reglamentando su participación continua con voz y voto en todas las sesiones.

Conclusión

Como organizaciones de la sociedad civil (OSC) sin fines de lucro, con años de experiencia trabajando a favor de miles de pacientes, somos conscientes de los profundos desafíos que enfrenta el sistema de salud en México. Las propuestas que presentamos surgen de un genuino compromiso en donde la colaboración y el trabajo conjunto, valores que han definido nuestra labor durante décadas, guían nuestro discurso.

El interés genuino por el bienestar y el profundo compromiso con las personas, nos ha permitido profundizar en las oportunidades y la búsqueda de propuestas coherentes y viables que creemos pueden ser de valor para los tomadores de decisión que ocuparan la compleja responsabilidad de lograr un país con acceso universal a la salud y un país más sano.

A lo largo de las décadas, hemos sido testigos del cambio de gobierno y sus esfuerzos por construir las mejores opciones para mejorar la atención sanitaria. Sin embargo, las brechas en la atención y la calidad del servicio persisten y se profundizan, lo que nos impulsa a actuar con mayor determinación.

El financiamiento de una nueva estructura de salud debe basarse en un enfoque de gestión financiera suficiente y eficiente, donde los recursos se asignen de manera estratégica y transparente. Esto implica realizar un análisis exhaustivo de las necesidades de salud, priorizando las intervenciones con mayor impacto en la prevención, el diagnóstico oportuno y la atención integral del cáncer que tome en cuenta el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria, el desarrollo de recursos humanos, la implementación de tecnologías innovadoras y la promoción de la investigación científica.

La transparencia en el gasto en salud es un elemento fundamental para garantizar el uso responsable de los recursos públicos. Es necesario implementar mecanismos que permitan a la ciudadanía y a las organizaciones de la sociedad civil conocer el destino de los fondos destinados a la salud, incluyendo la nueva estructura de salud. Esto fomentará la confianza y la participación ciudadana en la toma de decisiones relacionadas con la salud pública.

El aumento paulatino de la inversión en salud incentivaría la posibilidad de llegar al enfoque de equidad de gasto per cápita en el sistema público de salud. Entendemos que los recursos son finitos, pero existen estrategias para generar este incremento de forma sostenible y bajo condiciones específicas.

Hemos insistido en diferentes foros sobre la importancia de modificar la Ley del Impuesto sobre Producción y Servicios, lo que permitiría recaudar fondos dirigidos a la prevención y el diagnóstico oportuno, impidiendo que los determinantes comerciales de la salud influyan negativamente en el estado actual de la salud de los mexicanos.

Establecer en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria que el gasto público no pueda ser inferior al año previo, mantendría una tendencia sostenible en la inversión de salud.

Favorecer e impulsar la prevención primaria de cáncer con modelos de tamizaje y detección temprana centrados en la detección precoz mejorará los resultados para el paciente, disminuirá los costos y optimizará la atención del paciente que vive con cáncer. **El enfoque de la salud basado en la prevención y detección temprana es una tarea impostergable** si buscamos generar un impacto de mediano y largo plazo, disminuyendo muertes prevenibles por cáncer, incapacidades y carga de la enfermedad.

Es importante implementar campañas de información sobre cáncer con un enfoque en prevención para la salud, para concientizar y reducir los factores de riesgo en la población en general dando acceso a redes de detección temprana, lo que permitiría reducir el número de personas que llegan en fase tardía a la atención y disminuiría los costos inherentes con una posible reducción en la incidencia y la mortalidad por cáncer.

Para lograr avanzar hacia el acceso universal a servicios de salud de calidad, equitativos y sostenibles, se requiere un replanteamiento profundo del enfoque de gobernanza.

La gobernanza moderna en salud emerge como un paradigma integral y necesario para abordar estos desafíos de manera efectiva. El adoptar principios de participación, rendición de cuentas, equidad, eficiencia y sostenibilidad, puede permitir que gobierno, academia y sociedad civil entre otros, trabajen juntos para crear un sistema de salud más justo, efectivo y sostenible para todos, ponderando la experiencia del paciente y reinstalando su lugar como principal actor de su salud.

La participación de los pacientes y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en la toma de decisiones relacionadas con la salud es un factor clave para transformar los sistemas sanitarios. Al incorporar la perspectiva de quienes viven en carne propia las enfermedades, se logra un enfoque más humano y centrado en las necesidades reales. Los pacientes aportan información invaluable sobre sus experiencias, necesidades y preferencias, mientras que las OSC actúan como defensores de sus derechos y facilitan la colaboración entre diferentes actores. Sin embargo, lograr una participación efectiva requiere superar diversos desafíos, como la capacitación insuficiente y la resistencia al cambio.

Se propone abrir espacios de participación con foco en la regulación sanitaria, la evaluación de tecnología, la construcción de guías terapéuticas, protocolos de atención así como en la conformación de planes específicos dirigidos a la atención integral del cáncer que impulsen la educación médica, la concientización y educación de población general, personas con factores de riesgo, así como de pacientes, familiares y cuidadores.

La participación eficiente de la OSC en la planificación de servicios de salud, podría contribuir a garantizar que la atención sanitaria sea culturalmente sensible y adecuada a las necesidades específicas aportando un sentido de humanización en la atención.

Adoptar un enfoque colaborativo en la toma de decisiones en salud que incluya la perspectiva del paciente **es una medida** fundamental para mejorar la salud de la población mexicana.

Nos sentimos confiados en la participación de la OSC en el ecosistema de toma de decisiones que afectan a pacientes, redundará en el incremento paulatino de la inversión en salud y su trazabilidad, el impulso al diagnóstico oportuno y la atención del cáncer en sus primeras etapas.

No tenemos duda que actuar conjuntamente hacia estas propuestas, pueden cambiar el rumbo de la atención del cáncer influyendo en una mejora directa de los resultados en salud para quienes padecen la enfermedad y requieren urgentemente un cambio que garantice el futuro que todos deseamos.

Semblanzas de los autores

Mayra Galindo

Directora General de la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer (AMLCC). Es fundadora de la Red Juntos Contra el Cáncer cuyo fin es incidir en las políticas públicas para tener un sistema de salud más justo y equitativo. Además, participa como representante de la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer en distintas redes internacionales. La mística que impulsa su quehacer cotidiano se resume en la frase: “Si yo estuviera en sus zapatos, me gustaría que alguien me tendiera la mano”.

Alma Ortiz

Licenciada en Administración de Empresas por la Universidad Autónoma Metropolitana, con más de 30 años de experiencia en temas de salud trabajando para empresas multinacionales dentro y fuera del país y más de 10 en posiciones directivas. Su experiencia abarca área de patient advocacy, área comercial, acceso, política pública en salud, comunicación corporativa entre otras. Consultora especialista en estrategia comercial de acceso y política pública en salud con énfasis en la construcción de estrategia centrada en la ciencia. Desde hace dos años y medio se ha sumado a la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer buscando incidir en política pública en salud en favor de las personas que viven o pueden llegar a vivir la experiencia del Cáncer.

Luis Acevedo

Maestro en ciencias sociales por el Colegio Mexiquense. Cuenta con experiencia en el sector público e instituciones de educación superior. Actualmente es gerente de vinculación y asuntos públicos en la AMLCC.

Judith Méndez

Doctorante de Políticas Públicas en la Escuela de Gobierno y Transformación Pública y licenciada en Economía por el Tecnológico de Monterrey. Cuenta con experiencia en economía de la salud y finanzas públicas. Actualmente es directora adjunta de investigación en el CIEP e investigadora asociada a la Iniciativa de Transición Económica y Demográfica (ITED), desde donde contribuye a construir a un México donde la salud sea un igualador social.

Jorge Cano

Licenciado en Relaciones Internacionales por el ITESM y maestro en Economía por la UNAM. Ha sido periodista para diversos medios; realizado investigaciones de finanzas públicas locales e implementado proyectos de desarrollo social en el estado de Querétaro. Actualmente realiza análisis de finanzas públicas en México Evalúa en temas como empresas públicas del estado, gasto de los órganos de seguridad, donativos gubernamentales, fondos de emergencia, gasto en salud, ingresos locales, entre otros.

Juan Vargas

Economista de la salud, experto en farmacoeconomía, procesos de acceso y evaluación de tecnologías sanitarias. Fundador y director de Econopharma Consulting, empresa pionera en el ramo en México. Profesor de extensión universitaria en la UNAM. Entusiasta en la búsqueda de soluciones a las problemáticas de salud pública que enfrenta nuestro país.

