

PRESENTACIÓN

Conforme a lo establecido en el Artículo Sexto del Acuerdo para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012 y numeral 15, de los Lineamientos para la formulación del Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, así como los Lineamientos para la Elaboración e Integración de Libros Blancos y Memorias Documentales, se ha considerado conveniente dejar constancia documental de las acciones y resultados alcanzados en materia de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, en este contexto me permito presentar el Libro Blanco denominado "**Programa de Acción Específico Cáncer Cérvico Uterino 2007-2012**", que presenta y describe los hechos y estrategias implementadas en la consecución de los resultados de dicho programa, dejando constancia del uso de los ingresos presupuestales asignados en forma permanente a dichos proyectos, así como establecer la importancia de los apoyos otorgados a las Entidades Federativas que proporcionan servicios a la población más desprotegida, dentro de un marco de control y ejercicio transparente de los recursos otorgados.

ATENTAMENTE

FIRMA

NOMBRE Dra. Prudencia Cerón Mireles

CARGO Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

FECHA 31 de Octubre de 2012

Libro Blanco 2006-2012

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

Dr. Germán Fajardo Dolci
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dra. Prudencia Cerón Mireles
Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Libro Blanco 2006-2012
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

©Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez 06696, México, D.F.

CONTENIDO

I.	Presentación	9
I.1.	Nombre del Proyecto	11
I.1.1.	Programa de Acción Especifico PAE	11
I.1.2.	Propuesta de creación y puesta en marcha del Programa	11
I.1.3.	Publicación en el Diario Oficial de la Federación.	12
I.1.4.	Acuerdo de la Comisión Intersecretarial de Gasto Financiamiento(CIGF) en el que aprueba el apoyo presupuestal.	12
I.2.	Objetivo del Programa o Proyecto.	12
I.3.	Periodo de Vigencia.	12
I.4.	Ubicación geográfica.	12
I.5.	Unidad Administrativa participante.	12
I.6.	Nombre del responsable del proyecto.	12
I.6.1.	Participantes en el desarrollo del documento	12
I.7.	Principales características técnicas	13
II.	Fundamento legal y objetivo del Libro Blanco	15
III.	Antecedentes	17
IV.	Marco normativo aplicable a las acciones realizadas durante la ejecución del programa, proyecto o asunto	36
IV.1.	Programa o Proyecto 2007-2012	38
IV.1.1	Problemática actual	38

IV.2 Retos 2007-2012	40
IV.3 Organización del Programa	43
IV.3.1 Misión	43
IV.3.2 Visión	43
IV.3.3 Objetivos	43
IV.3.4 Líneas de Acción	45
IV.3.5 Metas anuales 2006-2012	48
IV.3.6 Indicadores de evaluación y seguimiento del Programa	49
IV.4 Estrategia de Implantación Operativa	50
IV.4.1 Modelo Operativo	50
IV.4.2 Estructura y Niveles de Responsabilidad	50
IV.4.3 Etapas para la Instrumentación	53
IV.4.4 Acciones de Mejora de la Gestión Pública	54
IV.5 Evaluación y Rendición de Cuentas	56
IV.5.1 Sistema de monitoreo y seguimiento	56
IV.5.2 Evaluación de resultados	57
V. Vinculación del programa, proyecto o asunto con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, PROSESA y PRONASA 2007-2012	60
VI. Síntesis ejecutiva	62
VII. Acciones realizadas en el periodo. Aspectos programáticos, presupuestales y contables.	78

VII.1. Autorización presupuestaria por año	79
VII.1.1. Solicitud de recursos por parte de la dependencia o entidad.	86
VII.1.2. Autorización presupuestal de la SHCP	88
VII.2. Radicación de los recursos a favor de la dependencia	95
VII.2.1. Oficios de afectación presupuestal	95
VII.2.2 Cuentas por Liquidar Certificadas	95
VII.2.3. Comunicación de radicación de recursos	96
VII.2.4. Póliza cheque y contra recibos firmados	96
VII.3. Aplicación de Recursos	97
VII.3.1. Programas de Trabajo Anuales Presupuestales y Gestión	97
VII.3.2. Integración de expedientes presupuestarios e identificación de problemas para la aplicación del programa.	98
VII.3.3. Procedimientos de Adjudicación de Recursos	98
VII.3.4. Convenios y/o Contratos celebrados	106
VII.3.5. Registros contables y presupuestarios realizados conforme a la normatividad emitida por la SHCP, para el efecto	114
VII.3.6. Documentación soporte de la aplicación de los recursos por parte de la dependencia	115
VII.3.7. Presupuesto Total	115
VII.3.8. Entero de recursos de la TESOFE	115
VII.3.9. Total de Fondos entregados y recibidos	116
VII.3.10. Correspondencia relevante	116

VII.4. Fideicomisos	117
VIII. Seguimiento y control	118
VIII.1 Informe sobre el avance y situación del Programa	119
VIII.2 Acciones realizadas para corregir a mejorar su ejecución	119
VIII.3 Auditorias prácticas y atención a las observaciones determinadas	120
IX. Resultados y beneficios alcanzados	123
IX.1. Cumplimiento de los objetivos metas del proyecto.	124
IX.1.1. Basal 2006	144
IX.1.2. Resultados 2007 a 2012	145
IX.1.3. Proyección 2012	181
IX.1.4. Actas de supervisión física y de evaluación de la ejecución del programa por personal técnico capacitado y autoridades competentes	184
IX.2. Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados.	189
IX.3. Resultado de los acuerdos adoptados durante el desarrollo del Programa por parte del titular de la dependencia	191
IX.4. Informe Presupuestal y contable y de resultados con motivo de la aplicación de los recursos y conclusión del programa	192
X. Informe final del servidor público de la dependencia o entidad, responsable de la ejecución del programa, proyecto o asunto	194
X.1. Situación Actual del Programa / Proyecto.	195
X.1.1. Evaluación concreta de resultados al 31 de octubre de 2012	197

X.1.2.	Proyección de conclusión al 31 de noviembre de 2012	197
X.1.3.	Proyección de conclusión al 31 de diciembre de 2012	198
X.2.	Sustentabilidad 2030	198
X.3.	Asuntos relevantes pendientes.	200
X.3.1.	Relación de asuntos pendientes con identificación de problemática	203
X.3.2.	Relación de asuntos pendientes de solución al término de 30 de noviembre de 2012	205
X.3.3.	Relación de asuntos pendientes que rebasaran el 30 de noviembre de 2012	205
X.3.3.1.	Identificación de áreas de oportunidad para atenderlo.	206
XI.	Glosario de Términos	208
XII.	Relación de Anexos	213



Presentación

La integración del presente expediente constituye un ejercicio de evaluación del Programa de Acción Específico: Cáncer Cérvico Uterino que permita determinar los avances y resultados, de acuerdo a los compromisos que se establecieron, así como identificar las áreas de oportunidad para los últimos meses de esta Administración Federal, además de preparar el ejercicio de transparencia y rendición de cuentas por conclusión de la misma en el ánimo del Gobierno Federal de dejar evidencia documental de las acciones realizadas durante su gestión, tomando como base el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Programa Sectorial de Salud PROSESA y el Programa Nacional de Salud PRONASA, para los mismos años.

El documento, establece una síntesis puntual los compromisos y los logros obtenidos y las asignaturas pendientes, el ejercicio transparente de los recursos asignados y ejercidos, dejando sentadas las bases para la continuidad de las acciones y proyectos en beneficio de la sociedad mexicana.

Dra. Prudencia Cerón Mireles
Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

I.1 Nombre del proyecto:

I.1.1 Programa de Acción Específico 2007 – 2012

Cáncer Cérvico Uterino

I.1.2 Propuesta de creación y puesta en marcha del programa

En México los servicios de salud han demostrado su gran capacidad y compromiso en el combate a las enfermedades. Nuestro sistema de salud posee grandes fortalezas, pero también debilidades para cumplir exitosamente su cometido. El perfil epidemiológico que hoy nos caracteriza está dominado por enfermedades crónicas degenerativas y lesiones, y obedece a determinantes de naturaleza compleja, asociadas tanto a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones a favor de la salud propia y de los suyos. Otro reto mayor lo constituye la segmentación del sistema de salud, lo que dificulta la coordinación sectorial y amplifica las desigualdades en la capacidad para la prestación de servicios, por la duplicidad de infraestructura y recursos en algunas regiones y la carencia en otras.

En este contexto complejo de la salud en México, el cáncer es la segunda causa de muerte y representa un grave problema de salud pública por su magnitud creciente y la trascendencia en las esferas individual, familiar, social y económica. Es motivo de dolor físico y sufrimiento emocional para enfermos y sus familiares, y por si fuera poco, los costos del diagnóstico, tratamiento y control se ubican entre los más altos en la medicina, motivo por el cual se consideran de tipo catastrófico tanto para el individuo, como para las instituciones. Los tipos de cáncer que más afectan a la mujer son el cérvico uterino y el de mama, ambos cuentan con intervenciones de tamizaje para la detección temprana y en ambos se requiere un esfuerzo sectorial con el concurso de la sociedad para fortalecer y garantizar la provisión óptima de acciones de promoción de la salud, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y control.

En el cáncer cérvico uterino la reducción de la mortalidad puede ser hasta del 98% con programas de tamizaje bien organizados, en Inglaterra por ejemplo durante 2005, se registraron 841 defunciones con una tasa ajustada de 2.6 por 100 mil mujeres. Lo anterior, manifiesta el enorme rezago en la detección y control del cáncer cérvico uterino, principalmente en las áreas más empobrecidas del país. Por ello en esta administración nos comprometimos a la disminución significativa de este cáncer, apoyados en una reorganización del programa en la que se incorporó la detección del virus del papiloma humano como tamizaje primario, se evaluó la introducción de la vacunación contra el VPH y se fortalecieron la calidad y capacidad de los servicios.

Sin duda, el esfuerzo coordinado en la elaboración y ejecución del Programa de Acción llevó al éxito en el mejoramiento de la calidad de la atención y a la disminución de la incidencia y de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en las mujeres mexicanas. El Programa de Acción Específico Cáncer Cérvico Uterino tuvo su puesta en marcha en el año 2007, en el cual se determinaron las estrategias y acciones que determinaron las políticas públicas dirigidas a la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportunos.

I.1.3 Publicación en el Diario Oficial de la Federación

No se publicó en el DOF.

I.1.4 Acuerdo de la Comisión Intersectorial de Gasto Financiamiento (CIGF) en el que se aprueba el apoyo presupuestal

No aplica

I.2 Objetivo del Programa

- § Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino, a través de la provisión de servicios óptimos en la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento, así como de la participación responsable de la población en el cuidado de su salud.

I.3 Periodo de vigencia

1° de diciembre de 2006 al 31 de octubre de 2012

I.4 Ubicación geográfica

Nacional

I.5 Unidad administrativa participante

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

I.6 Nombre del responsable del proyecto

Dra. Prudencia Cerón Mireles. Directora General Adjunta del CNEGySR

Susana.ceron@salud.gob.mx

Homero 230 Col. San Miguel Chapultepec Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570 México, D.F. Teléfono: 52000-3500, ext. 59127

I.6.1 Participantes en la elaboración del documento

Dra. Mirella Loustalot Laclette San Román

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

Dr. Mario Gómez Zepeda

Director de Cáncer en la Mujer

Dra. María Eugenia Espinosa Valdés

Subdirectora de Cáncer de Mama

Homero 230 Col. San Miguel Chapultepec Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570 México, D.F. Teléfono: 52000-3500, ext. 59127

I.7 Principales características técnicas

El cáncer cérvico uterino es un problema de salud prioritario no únicamente por su alta magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad que es prevenible casi en un 100%. En el mundo, este padecimiento ocasiona la muerte prematura de aproximadamente 274,000 mujeres cada año; afecta principalmente a las mujeres más pobres y vulnerables, con un efecto negativo para sus familias y sus comunidades, al perderse de manera prematura jefas de familia, madres, esposas, hermanas, abuelas, todas ellas con un papel importante e irremplazable.

Las estadísticas muestran que 83% de los casos nuevos y 85% de las muertes ocasionadas por esta neoplasia ocurren en los países en desarrollo, donde además se constituye en la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres. Esta distribución no es aleatoria, la alta mortalidad por esta causa obedece por un lado a falta de recursos e inversión, y por otro a fallas en la organización y operación de los servicios de salud para la detección temprana y atención del cáncer cérvico uterino (CaCu).

En México la mortalidad por cáncer cérvico uterino ha mantenido una tendencia descendente los últimos 21 años, con una tasa de 25.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 1990 y de 12.8 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 2011, lo que representa una disminución del 50.59%. Sin embargo, este descenso no ha sido homogéneo en todo el país; de manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en estados con un menor índice de desarrollo humano y en zonas rurales, por lo que uno de los retos es contribuir al principio de equidad que la salud de la sociedad requiere y lo dicta la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Actualmente, se ha demostrado que la infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la causa del cáncer cérvico uterino. Sin embargo la infección por este virus no es suficiente para su desarrollo, de hecho la gran mayoría de las mujeres infectadas por el VPH nunca desarrolla este tipo de cáncer. Esto sugiere la existencia de otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH y que influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad, tales como la alimentación deficiente en folatos y antioxidantes, tabaquismo, inicio de vida sexual tempranamente, número de compañeros sexuales, enfermedades de transmisión sexual de repetición, y nunca haberse practicado un estudio de detección; como se puede observar varios de ellos, frecuentes en nuestras mujeres de las zonas más desprotegidas del país. Existen más de 50 tipos de virus de VPH que infectan el aparato genital, de éstos son 15 (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82) los que se consideran como oncogénicos o de alto riesgo para el desarrollo del cáncer cérvico uterino. Diferentes estudios internacionales sugieren que ocho tipos (16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58), causan cerca del 95 por ciento del cáncer cérvico uterino que ocurre en el mundo. De éstos, el tipo 16 es el de mayor prevalencia, ya que se asocia al 50-60% de los casos, y el tipo 18 al 12%. En los diferentes países y

regiones varían los tipos de VPH de alto riesgo que tienen mayor prevalencia, en México los tipos de mayor frecuencia reportados en asociación con cáncer cérvico uterino son el 16 y el 18. Garantizar la calidad y la oportunidad de la información de laboratorio, a nivel federal y estatal, para la inteligencia epidemiológica. Producir evidencia científica de laboratorio, a través de la inteligencia epidemiológica, para la preparación ante las amenazas de enfermedades emergentes, re-emergentes y por liberación intencionada. Sustentar y empoderar las Políticas de Estado para la respuesta a amenazas de salud pública nacionales e internacionales. Garantizar la credibilidad de la información generada por laboratorio para la Inteligencia Epidemiológica en el vínculo con salud global (proyectos con América del Norte y Reglamento Sanitario Internacional).



Fundamento Legal y objetivo del Libro Blanco

Fundamento legal

Este documento denominado Libro Blanco por el periodo del 1° de diciembre de 2006 al 31 de octubre de 2012, se elabora de conformidad con lo establecido en los acuerdos, decretos y lineamientos que a continuación se mencionan y que establecen la normatividad y los procedimientos que debe uno considerar para el desarrollo del documento:

- § Acuerdo para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, de conformidad con el Diario Oficial del 19 de diciembre de 2011. Lineamientos para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, de conformidad con el Diario Oficial del 18 de enero de 2012.
- § Lineamientos para la Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012, de conformidad con el Diario Oficial del 18 de enero de 2012.
- § Lineamientos para la elaboración de los Libros Blancos y Memorias Documentales, de conformidad con el Diario Oficial del 10 de octubre de 2011.
- § Decreto para realizar la Entrega-Recepción del Informe de asuntos a su cargo y recursos asignados, al momento de separarse del empleo, cargo o comisión, de conformidad con el Diario Oficial del 14 de septiembre de 2005.
- § Acuerdo para realizar la Entrega-Recepción del Informe de los asuntos a su cargo y de los recursos asignados, de conformidad con el Diario Oficial del 13 de octubre de 2005.

Objetivo

El presente documento, tiene por objeto la rendición de cuentas de manera transparente, por el período del 1° de diciembre del 2006 al 31 de octubre de 2012, que permita establecer el estado que guardan los compromisos establecidos y el ejercicio de los recursos asignados para cumplir con la operación de dicho período.

Así como, que este documento sea parte integrante del informe de rendición de cuentas, para que también sirvan de guía para quién suceda en el encargo y que permita dar continuidad a los servicios y funciones gubernamentales, así como a los programas y proyectos de conformidad con lo establecido en los documentos que norman el quehacer institucional como son: el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Programa Sectorial de Salud PROSESA y el Programa Nacional de Salud PRONASA, para los mismos años, de igual forma los programas de acción específica y otros documentos que establecen las bases para el desarrollo de la actual administración.



Antecedentes

El 19 de agosto de 1977, la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil, por disposición superior, se transformó en la Dirección General de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, con ello se inició en la

Secretaría de Salubridad y Asistencia el Programa de Salud Rural para promover en las pequeñas localidades rurales el acceso a servicios “mínimos de salud” que incluían los de planificación familiar, también se amplió la atención en zonas urbanas.

En el año de 1983, como resultado de las acciones de descentralización de la vida nacional, la Secretaría de Salubridad y Asistencia se reorganiza de manera que el Programa de Planificación Familiar en sus aspectos de planeación, normatividad, control y evaluación queda bajo la responsabilidad de la entonces denominada Subsecretaría de Salubridad, a través de una Dirección General integrada por la Coordinación General de Planificación Familiar y parte de la Dirección General de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, las atribuciones de ésta nueva unidad administrativa quedaron inscritas en el Reglamento Interno de la Secretaría, que fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 13 de octubre del mismo año.

En 1984, al promulgarse la Ley General de Salud, se definieron los servicios de planificación familiar y se dieron las bases para perfeccionar la estructura de la Secretaría como parte de los trabajadores de reorganización y modernización de los servicios.

En junio del mismo año, la Asociación de Lucha contra el Cáncer apoya al Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer integrado a la Dirección General de Medicina Preventiva conformada por una Subdirección y tres Jefaturas de Departamento, con tres componentes: a) Prevención de Cáncer Cérvico Uterino; b) Prevención de Cáncer en órganos digestivos y peritoneo y ; c) Prevención de Cáncer de aparato genitourinario y tejido linfático de los órganos hematopoyéticos, dando mayor énfasis a la prevención del cáncer cérvico uterino y de mama.

En 1994, de acuerdo a la estrategia de modernización administrativa se volvieron a integrar la Dirección General de Planificación Familiar y la Dirección General de Atención Materno Infantil, creando la Dirección General de Salud Reproductiva bajo la responsabilidad de la Subsecretaría de Servicios de Salud, con una estructura organizacional de cinco Direcciones de Área, ocho Subdirecciones y catorce Jefaturas de Departamento.

El 16 de enero de 1995, se publica en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana Nom-014-SSA2-1994 para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Utero y Mamario en la atención primaria.

En 1996 se reubica el Programa de Cáncer en la Mujer de la Dirección General de Medicina Preventiva a la Dirección General de Salud Reproductiva, para formar parte de los componentes de Salud Reproductiva y se reorienta y renueva el programa incluyendo componentes de normatividad, estrategias programáticas, capacitación, control de calidad, información y evaluación, investigación, comunicación educativa y social y participación comunitaria, otorgándole en 1997 un nivel de Dirección de Área adscrito a la Dirección General

de Salud Reproductiva. Esta dirección además incluía un Programa de Atención del Climaterio y de la Condición Posmenopáusica.

Derivado a la nueva estructura organizacional de la Secretaría de Salud, a partir del día 6 de agosto de 1997, se publicó el Reglamento Interior de la Dependencia en el Diario Oficial de la Federación. La Dirección General de Salud Reproductiva paso a pertenecer a la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, con la nueva estructura orgánica autorizada por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

El 6 de octubre de 1997 se publica en el Diario Oficial, la creación del Comité Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y Mamario, con el objeto de contribuir a la disminución de las tasas de mortalidad por dichas neoplasias mediante la intensificación de acciones preventivas y de control de factores de riesgo, así como el desarrollo de estrategias para su detección oportuna. En esta área se elabora el nuevo Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, periodo 1998-2000, incluyendo avances científicos y tecnológicos, y fortaleciéndose la estructura y los recursos disponibles para su operación.

El 6 de marzo de 1998, se publicó la modificación a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino, entrando en vigencia al día siguiente de su publicación. El objetivo de esta norma es uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

La norma de cáncer cérvico uterino es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en los establecimientos que prestan servicios de atención de los sectores público, privado y social que realicen acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer cérvico uterino y se dará especial atención a las áreas rurales e indígenas a través de estrategias de extensión de cobertura y en las zonas urbano marginales. En 1998, el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino se separa del Cáncer de Mama, debido a que los factores de riesgo, estilos de vida y especialistas vinculados a cada uno de estos cánceres son muy distintos y al incremento paulatino del cáncer de mama como una enfermedad emergente vinculada al desarrollo. El mismo año, se crea la Coordinación de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino, y en diciembre de 1999 se autoriza como Dirección General de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, adscrita a la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, contando con una nueva estructura orgánica: Una Dirección General, Dirección Técnica de Cáncer Cérvico Uterino, Dirección de Vinculación, Subdirección de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, Subdirección de Estrategias Especiales, Subdirección de Sistematización de la información, Departamento de Programación,

Departamento de Sensibilización, Participación Social y Comunicación Educativa y una Coordinación Administrativa.

En el año 2000 la Dirección General de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino se fusionó a la Dirección General de Salud Reproductiva ya existente, simultáneamente, se creó la Coordinación del Programa de Mujer y Salud, con la misión de promover una visión de la salud a lo largo del ciclo vital de la mujer, con un enfoque holístico y de derechos humanos; incorporando la perspectiva de género en la Secretaría de Salud y contribuyendo a la disminución de las inequidades de género en salud; atendiendo a la mujer no sólo como usuarias de servicios de salud; sino como trabajadoras de la salud a nivel profesional, familiar y comunitario. Este programa se presentó oficialmente el 25 de noviembre de 2001; y su desarrollo y conducción de diciembre del 2001 hasta agosto del 2003 se llevó al cabo por 4 personas contratadas como parte de la Oficina del C. Secretario, ya que no existía una estructura orgánica en la Secretaría que tuviera las atribuciones para desarrollar estas actividades.

Después de diversos esfuerzos, el 1º de Septiembre de 2003 se crea como un órgano desconcentrado el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva como resultado de la fusión de dos unidades administrativas centralizadas de la Secretaría de Salud existentes previamente: la Dirección General de Salud Reproductiva que dependía de la Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud y el Programa de Mujer y Salud que dependía del C. Secretario de Salud. Los programas de acción que quedaron a cargo del nuevo Centro Nacional fueron los diferentes programas de las unidades que se fusionaron como fueron igualdad de género en salud, violencia de género y salud reproductiva que incluye arranque parejo en la vida (salud materna y perinatal), cáncer de mama y cáncer cérvico uterino, planificación familiar, salud reproductiva del adolescente y la salud durante la peri y postmenopausia.

Por disposición oficial se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 2004, y más tarde aparece instituido en el artículo 40 del Reglamento Interior de la dependencia en comento, como un instrumento jurídico, para cumplir con el objeto para el que fue creado.

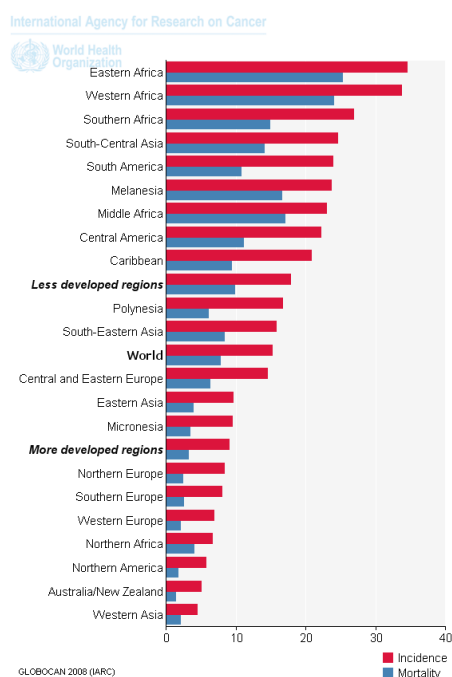
De esta forma, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva se estructura como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, implementándose programas, como el de la salud sexual y reproductiva, con la misión de contribuir a incorporar la perspectiva de género en salud y a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de programas y acciones sustentados en evidencias científicas, mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social, en un marco de participación social y con el pleno respeto a las garantías individuales tuteladas en nuestra Constitución.

El cáncer cérvico uterino es un problema de salud prioritario no únicamente por su alta magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad que es prevenible casi en un 100%.

En el mundo, este padecimiento ocasiona la muerte prematura de aproximadamente 274,000 mujeres cada año; afecta principalmente a las mujeres más pobres y vulnerables, con un efecto negativo para sus familias y sus comunidades, al perderse de manera prematura jefas de familia, madres, esposas, hermanas, abuelas, todas ellas con un papel importante e irremplazable.

Las estadísticas muestran que 83% de los casos nuevos y 85% de las muertes ocasionadas por esta neoplasia ocurren en los países en desarrollo, donde además se constituye en la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres. Esta distribución no es aleatoria, el cáncer cérvico uterino es prevenible si se detectan y tratan sus lesiones precursoras y es también curable cuando se detecta en etapas tempranas, de ahí que la persistencia de una alta mortalidad por esta causa obedece por un lado a falta de recursos e inversión y por otro, a fallas en la organización y operación de los servicios de salud para la detección temprana y atención del cáncer cérvico uterino

Mortalidad e incidencia del cáncer cervical en el mundo. 2008



En México la mortalidad por cáncer cérvico uterino ha mantenido una tendencia descendente los últimos 15 años, con una tasa de 25.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 1990 y de 14.6 en 2006, lo que representa un descenso del 45%. Sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país; de manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en

estados con un menor índice de desarrollo humano y en zonas rurales, por lo que uno de los retos de la presente administración es disminuir esta inequidad.

Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino estandarizada por edad por 100,000. Todas las edades.

Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino estandarizada por edad por 100,000. Todas las edades



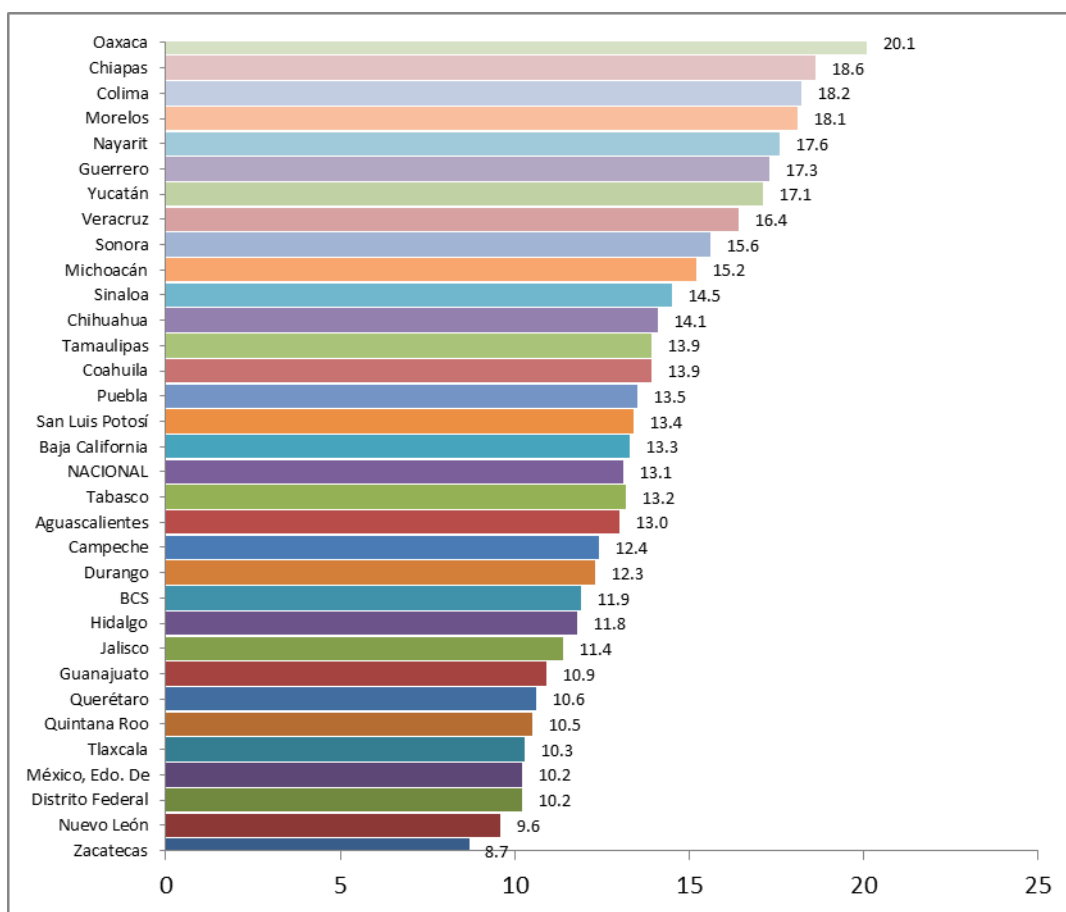
Fuente: Globocan, 2008



Fuente: Elaborado por el CNEGSR, con base en INEGI, SINAIS, 2005.

Durante el año 2000, el 61% de las defunciones por cáncer cérvico uterino ocurrieron en 10 entidades federativas del país: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Jalisco, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Guanajuato, Chiapas y Guerrero; sin embargo, los estados con las mayores tasas de mortalidad por cada 100,000 mujeres de 25 años y más fueron: Nayarit, Morelos, Yucatán, Chiapas, Campeche, Veracruz, Michoacán, Guerrero y San Luis Potosí, con cifras superiores a 22 defunciones por cada 100,000 mujeres de 25 años y más.

Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino por Entidad Federativa, 2010



*Tasa por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad

Fuente: Elaborado por CNEGSR con base en DGIS, INEGI.

El sustrato social determinado por la pobreza, la inequidad de género y el escaso acceso a la información, entre otros factores, mantiene a grandes sectores de la población femenina en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de enfermar y morir por esta y otras causas. Según datos derivados del análisis de los certificados de defunción del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 30.6% del total de mujeres que murieron por cáncer cérvico uterino en el año 2000, no tuvieron instrucción escolar; 21.9%, cursaron menos de tres años de primaria y 13.8% únicamente de tres a cinco años de primaria, lo que indica que 66.3% del total de defunciones por esta causa eran mujeres sin instrucción escolar o con primaria incompleta.

El costo institucional que representa la atención de este problema está determinado por la oportunidad en su detección y prevención, el cual se reduce significativamente mientras más temprana sea la intervención. Del total de muertes por cáncer cérvico uterino registradas en el año 2000, 40.91% correspondieron a mujeres sin seguridad social, 42.62% eran derechohabientes del IMSS y 6.95% eran derechohabientes del ISSSTE.

Durante el año 2000, el número de detecciones realizadas en el Sector Salud ascendió a 4,594,672 correspondiente al 57.8% de la población objetivo del programa para ese año, es decir, a la tercera parte del total de mujeres de 25 años y más, dado que la citología debe practicarse cada tres años. Como resultado de los estudios citológicos efectuados en el Sector Salud en el año 2000, se detectó el 2.5% del total de muestras con alteraciones, es decir, 125,950; de las cuales, 61% correspondieron a displasias leves, 18.4% a moderadas, 8.64% a displasias graves, 6.5% a cáncer in situ y 5.47% a cáncer invasor.

En el período 2000-2006 se realizaron algunas estrategias que contribuyeron a mejorar la prevención y control del cáncer cérvico uterino; se focalizó la detección prioritariamente a las mujeres que nunca se habían realizado el estudio y a aquellas que tuvieran más de tres años que no se lo habían realizado o que presentaran otros factores de riesgo asociados al desarrollo de la patología.

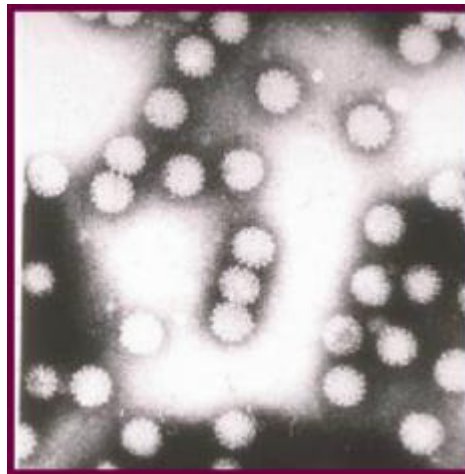
Se propuso que la citología cervical se realizara cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultados negativos a infección por virus del papiloma humano, displasia o cáncer. De acuerdo con las experiencias internacionales y a la historia natural de la enfermedad, se demostró que en las mujeres que se realizan el estudio con dicha periodicidad, las tasas de cáncer en los siguientes cinco años son bajas, por lo que resulta innecesaria la detección semestral o anual.

Así mismo, se propuso que las mujeres con resultados positivos se refirieran a las clínicas de displasias, incluso aquellas con diagnósticos inciertos. Una vez tratadas y dadas de alta de acuerdo a los procedimientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino, se citarían para un nuevo estudio a los tres años. Aunque se hacía énfasis en que no se negaría el estudio cuando la usuaria lo solicitara con mayor periodicidad. Actualmente, se ha demostrado que la infección por el papilomavirus humano (VPH) es la causa del cáncer cérvico uterino. Sin embargo, la infección por este virus no es suficiente para su desarrollo, de hecho la gran mayoría de las mujeres infectadas por el VPH nunca desarrolla cáncer. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad. Existen más de 50 tipos del VPH que infectan el aparato genital; de éstos, 15 (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82) se consideran oncógenos o de alto riesgo para el desarrollo del cáncer cérvico uterino. Diferentes estudios internacionales sugieren que ocho tipos-16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58, causan cerca del 95 por ciento del cáncer cérvico uterino que ocurre en el mundo. El tipo 16, es el de mayor prevalencia, ya que se asocia al 50-60% de los casos y el tipo 18, al 12%. En los diferentes países y regiones varían los tipos de VPH de alto riesgo que tienen mayor prevalencia, en México los tipos de mayor frecuencia reportados en asociación con cáncer cérvico uterino son el 16 y el 18.

Factores y cofactores en la historia natural del cáncer cérvico uterino

Infección por VPH	Desarrollo del Cáncer	Muerte
<ul style="list-style-type: none"> • Primera relación sexual antes de los 17 años • Parejas múltiples u ocasionales o pareja masculina que tiene o ha tenido múltiples parejas sexuales • Padecer enfermedades sexualmente transmisibles • No uso de condón • No estar circuncidado o pareja no circuncidada 	<ul style="list-style-type: none"> • No antecedentes de detección • Inmunodepresión • Coinfección con VIH, Virus del herpes simple 2 y <i>Chlamydia trachomatis</i> • Uso prolongado de contraceptivos orales • Tabaquismo • Multiparidad • Dieta pobre en vitaminas 	<ul style="list-style-type: none"> • No antecedentes de detección • Sin acceso a servicios de salud • Analfabetismo • Pobreza • Áreas marginadas e indígenas

Virus del Papiloma Humano



El mayor conocimiento de los factores de riesgo y de la historia natural del cáncer cérvico uterino, así como las nuevas tecnologías para su detección, ofrecen la oportunidad de mejorar el desempeño del programa en nuestro país y eliminar la mortalidad prematura por cáncer cérvico uterino como problema de salud, por ello entre los objetivos y estrategias, la instrumentación de la detección con la prueba de VPH es una acción prioritaria. Así mismo, considerando que existen problemas en la calidad con la que opera el programa y rezagos en áreas de alta marginación, incluidas las comunidades indígenas y en las que no se cuenta con infraestructura adecuada para realizar la detección con citología cervical de manera regular, es necesario actualizar el diagnóstico del estado actual del programa, evaluar la introducción de la vacunación contra el VPH, mejorar la calidad de la interpretación citológica y del diagnóstico colposcópico, y anatomopatológico,

así como estandarizar el tratamiento para las lesiones precursoras y el cáncer. Para este fin se desarrollarán pruebas piloto, campañas de educación para la salud, capacitación continua, certificación del personal y la consolidación del sistema de información para el monitoreo y evaluación sistemáticos. El éxito de este programa de acción dependerá del trabajo conjunto de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

La muerte de una mujer puede provocar graves desajustes en la integración y dinámica familiar, ya de por sí deteriorada, a causa de sus condiciones materiales de vida. En términos sociales, el impacto representa una gran pérdida de años de vida productiva que contribuye al deterioro económico del país y a la ruptura de su tejido social. Es frecuente además, que ciertos sectores de la sociedad y de los propios prestadores de servicios de salud, asuman la actitud de culpar a las mujeres, quienes además de ser víctimas de la marginación y desigualdad, deben cargar sobre sus hombros con la estigmatización social e institucional.

Marco conceptual

Los programas de detección temprana del cáncer se iniciaron con base en la observación de que el tratamiento es más efectivo cuando la enfermedad es detectada y tratada en las etapas preclínicas o clínicas iniciales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce dos componentes en los programas de detección temprana del cáncer: el tamizaje y el diagnóstico temprano.

- El tamizaje o detección temprana es la identificación de una enfermedad en fase preclínica a través de la utilización de pruebas que puedan ser aplicadas de forma rápida y extendida a población en riesgo aparentemente sana.
- El diagnóstico temprano se basa en actividades de educación a la población y de capacitación al personal de salud para identificar de manera precoz los síntomas y signos de cáncer que lleven al diagnóstico y tratamiento tempranos.

Para que la detección temprana sea efectiva, debe reunir varias condiciones:

- Debe estar apoyada por un programa de tamizaje organizado, como el medio para alcanzar altas coberturas en la población en riesgo
- Mantenerse como parte de la rutina de la práctica médica
- Promoción para que se realicen las pruebas de tamizaje con la periodicidad requerida
- Asegurar el diagnóstico de confirmación y el tratamiento adecuado

Además, el éxito del programa de tamizaje depende de contar con el personal capacitado, la tecnología y los equipos suficientes para efectuar las pruebas, así como de la disponibilidad de servicios para el diagnóstico y

tratamiento oportunos y de calidad. Entre los principios que determinan el impacto de un programa de tamizaje se encuentran:

- La sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo positivo o negativo de la prueba
- La aceptación de la población del método de tamizaje
- La magnitud del problema de salud pública
- La accesibilidad a un tratamiento efectivo que reduzca la morbilidad y la mortalidad (vulnerabilidad)
- Conocimiento de la historia natural del padecimiento y que pueda ser identificado en etapa preclínica (factibilidad)
- Programa poblacional accesible a toda la población en riesgo y que opere con estándares de calidad

Por motivos numerosos, tanto la población objetivo como el personal de salud, frecuentemente no se apegan a las recomendaciones de los programas de tamizaje, por lo que es necesario llevar a cabo actividades de promoción y educación a nivel poblacional y de capacitación continua para el personal de salud, con el fin de mejorar los resultados de los programas. Se requiere además de una organización que identifique integralmente todas las posibles fallas y debilidades para incorporar medidas de control que permitan mayor eficiencia en la utilización de los recursos, así como lograr resultados beneficiosos para la población. Por otro lado, desde la perspectiva pública, los servicios de salud deben responder por sus acciones a través de la rendición de cuentas, es decir, informando los avances en las acciones, justificando sus decisiones y asumiendo las consecuencias de la falta de cumplimiento. Por lo anterior es indispensable un sistema de información para el monitoreo y evaluación del programa.

El cáncer cérvico uterino es una enfermedad prevenible y con mayor respuesta al tratamiento cuando se detecta en etapas iniciales, ya que su desarrollo toma entre 10 y 20 años. En los últimos 50 años, los países desarrollados han organizado programas de tamizaje adecuados con excelentes resultados en la reducción de la morbilidad y la mortalidad. En el mismo período se ha observado un impacto nulo o limitado en los países en desarrollo, donde ocurre cerca del 85% de las muertes que ocurren en el mundo.

El fracaso de los programas de prevención en los países en desarrollo es multicausal, por un lado se relaciona con la falta de demanda oportuna por la población blanco (acuden cuando tienen síntomas de la enfermedad, los cuales se manifiestan en las etapas tardías) y por otro, con la falta de organización y control de calidad de los servicios involucrados. Un programa efectivo de prevención de cáncer cérvico uterino debe centrarse en tres factores críticos:

1. Alcanzar coberturas de tamizaje en la población blanco asintomática, iguales o mayores 80%, con un período entre detecciones de 3 años con la citología cervical o de 5 años con la prueba de VPH después de un resultado negativo.

2. Ofrecer exámenes de calidad aceptables para la población.

3. Asegurar diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos, en las mujeres con resultados anormales. Actualmente existen alternativas complementarias a la citología cervical –el Papanicolaou– que es el método tradicional de tamizaje; una de ellas es la detección de VPH de alto riesgo, por técnicas de hibridación de ADN en muestras cérvico-vaginales, la cual ha demostrado tener mayor sensibilidad que la citología y el examen visual, para detectar anomalías. La estrategia de detección primaria con VPH será descrita con más amplitud en la sección de retos.

Los siguientes son puntos fundamentales que la OMS en el manual para gestores: Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cérvico uterino, recomienda para la planeación, instrumentación y evaluación de los programas de tamizaje:

- El programa y el presupuesto necesario deben elaborarse cuidadosamente por un grupo multidisciplinario y deben incluir un diagnóstico de necesidades y capacidades para proveer información y educación a la población; tamizaje, diagnóstico y tratamiento, así como capacitación y un sistema de información para el monitoreo y la evaluación.
- Los servicios ofrecidos a la población deben ser accesibles, aceptables, sostenibles, de calidad, confiables y culturalmente adecuados. Por ejemplo, los programas que reducen el número de visitas en el tamizaje, tratamiento y seguimiento hacen más fácil a las mujeres recibir la atención que necesitan, mejoran las tasas de seguimiento y reducen los costos del programa.
- Un sistema de referencia para el seguimiento y tratamiento de las mujeres con resultados anormales explícito y bien establecido es indispensable para garantizar la continuidad de la atención.
- En áreas rurales y poblaciones marginadas deben existir trabajadores de la salud comunitarios bien entrenados, para animar a las mujeres a recibir tratamiento, seguir a las que deben ser tratadas y proveer atención paliativa comunitaria, cuando ésta sea necesaria.
- Las actividades de información y educación a la población para incrementar la demanda de servicios preventivos deben incluir campañas en medios de difusión masiva, educación grupal y la consejería directa por el personal de salud, esta última ha demostrado ser la más efectiva para elevar las coberturas y no debe ser substituida por la entrega impersonal de material impreso.
- Todo el personal del programa de tamizaje debe:
 - Estar profesionalmente calificado.
 - Tener entrenamiento especializado.
 - Participar en actividades de capacitación continua y de actualización.
 - Someterse a evaluación de calidad externa.

- Contar con la certificación de las competencias y habilidades necesarias.

Para lo anterior, es necesaria una combinación de métodos didácticos que incluyan entrenamiento simulado y en servicio. La capacitación clínica debe hacerse justo antes de la provisión de servicios para evitar la pérdida de las habilidades aprendidas.

- El programa debe tener un proceso de mejora continua, por lo que el monitoreo y evaluación son necesarios para asegurar que todos los aspectos de la atención funcionen efectiva y eficientemente. El mejoramiento en la calidad contribuye a la eficiencia, a la disminución de costos, a la satisfacción del proveedor de servicios de salud y de las usuarias. La satisfacción de las usuarias influye en la utilización de los servicios y la utilización de éstos, en el desempeño del programa.

- Los sistemas de información deben centrarse en la calidad y cobertura de la información y no en la cantidad y los datos obtenidos deben ser usados para el monitoreo, la evaluación y la toma de decisiones.

- Los servicios preventivos deben asociarse también al tratamiento y atención paliativa del cáncer cervical y, si es posible, integrados dentro de un plan nacional de control del cáncer. Además del manejo del dolor y otros síntomas del cáncer, los cuidados paliativos incluyen apoyo a nivel de la comunidad para movilizar recursos locales, coordinación con centros oncológicos y apoyo emocional, social y espiritual a la mujer en etapa terminal. Debe hacerse una revisión de las regulaciones en el uso de medicamentos que puedan restringir su utilización por enfermas terminales, principalmente en áreas rurales.

- Los programas deben ser planeados estratégicamente, estar basados en diagnósticos reales de necesidades y capacidades y utilizar la evidencia más reciente en las intervenciones de tamizaje y tratamiento. El bajo desempeño de los programas es causado por una planeación e instrumentación pobres, con falta de monitoreo y evaluación.

Si bien se ha demostrado la efectividad de los programas de tamizaje del cáncer cérvico uterino, debe entenderse que su instrumentación es compleja y que se requieren esfuerzo y voluntad política para alcanzar los principios básicos de organización, pues sin éstos no se alcanza el impacto en la salud y la utilización de recursos no tiene beneficios.

Además de las características de los servicios de salud, la instrumentación y mejoramiento de los programas de tamizaje deben considerar el entorno social, cultural y económico de la población a la que van dirigidos; en este aspecto, es indispensable tomar en cuenta la perspectiva de género en salud.

A lo largo de la historia se han justificado como “naturales” muchas de las diferencias en las tareas, derechos y obligaciones que se observan entre hombres y mujeres. Estos roles de género influyen en la valoración social, en la capacidad de decisión o propiedad sobre los recursos y actividades, en el nivel de autonomía de las personas y su capacidad de negociación; desafortunadamente, muchas de estas diferencias se traducen en

desventajas sociales para la mujer. La misma transición de roles que actualmente vive la mujer la hacen más vulnerable al tener que cumplir una doble o triple jornada: su incorporación creciente como trabajadora asalariada, más la responsabilidad del trabajo doméstico y del cuidado de los demás; mientras que los hombres se involucran de manera marginal en las tareas del hogar y en la crianza de los hijos.

En el caso de la salud, los roles y relaciones de género tienen impactos nocivos, aunque diferentes, en mujeres y hombres. En general, se reconoce que las mujeres tienen menos poder y autonomía en la toma de decisiones, aun sobre su propio cuerpo, lo que puede constituirse en barreras para la detección y el tratamiento temprano de padecimientos como el cáncer; pero no sólo eso, los estereotipos de género impuestos a las mujeres, en particular la priorización de la atención de las necesidades de otros, hace que ellas difieran su propia atención siempre “para después”, que no se apeguen al tratamiento o a la dieta prescritos, sobre todo si esto entra en conflicto con las necesidades o preferencias de otros miembros de la familia, lo que aumenta el riesgo de enfermar y de sufrir complicaciones evitables de enfermedades crónicas. Pese a los avances en la equidad de género que han ocurrido en algunos sectores de la población, se ha documentado que existen grupos o familias donde las decisiones para que una mujer tenga acceso a la detección, diagnóstico o tratamiento del cáncer dependen de su pareja masculina, en detrimento de la salud y bienestar de ella.

Bajo este contexto, es indispensable aplicar el concepto de equidad de género en la salud, ya que “apunta al logro, por parte de todas las personas, del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos”, significa que ambos sexos deben tener la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar con buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables como es el caso del cáncer cérvico uterino. Así, cuando se habla de alcanzar la equidad de género en salud, nos referimos a la eliminación de diferencias remediables entre unas y otros, que afectan el estado de salud.

Finalmente, es importante destacar que durante la presente administración el Sistema Nacional de Salud tiene como propósito fundamental disminuir las diferencias en los indicadores relacionados con esta materia entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios de alta y muy alta marginación; entre sus principales objetivos está el de continuar mejorando la oportunidad, calidad y acceso a la detección oportuna, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino y de mama, para abatir sus incidencias y mortalidades, incorporando las nuevas tecnologías y opciones preventivas que hayan demostrado su costo-efectividad.

Avances 2000-2006

En el mundo, la mitad de las mujeres que desarrollan cáncer cérvico uterino no sobreviven debido a que el diagnóstico es tardío y el problema es agravado por desigualdades socioeconómicas, casi el 80% de los casos ocurren en países de bajos ingresos, a diferencia de los países desarrollados que han logrado disminuir

notablemente su incidencia en las últimas décadas. Tales inequidades reflejan un mayor perjuicio en mujeres indígenas, de escasos recursos o de zonas rurales. En la Región de las Américas, se estima ocurren cerca de cien mil casos anualmente, con aproximadamente 40 mil defunciones, de las cuales, el 80% tienen lugar en América Latina y el Caribe (PAHO, 2004).

En México, el número de mujeres mayores de 25 años que murieron por cáncer cérvico uterino en el año 2000 fue de 4,594, mientras que para el 2006 se reportaron 4,114, con tasas de mortalidad de 19.2 y 14.6 por cien mil mujeres de 25 años y más respectivamente, lo que representa una disminución de 24.2% en el período.

Cuadro 1. Número de defunciones y tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más, periodo 2000-2006

Año	Defunciones	Tasa*	% Variación vs. 2000
2000	4,594	19.2	—
2001	4,483	18.2	-5.2
2002	4,307	17.0	-11.5
2003	4,323	16.5	-13.5
2004	4,227	15.8	-17.7
2005	4,247	15.5	- 19.6
2006	4,114	14.6	- 24.2

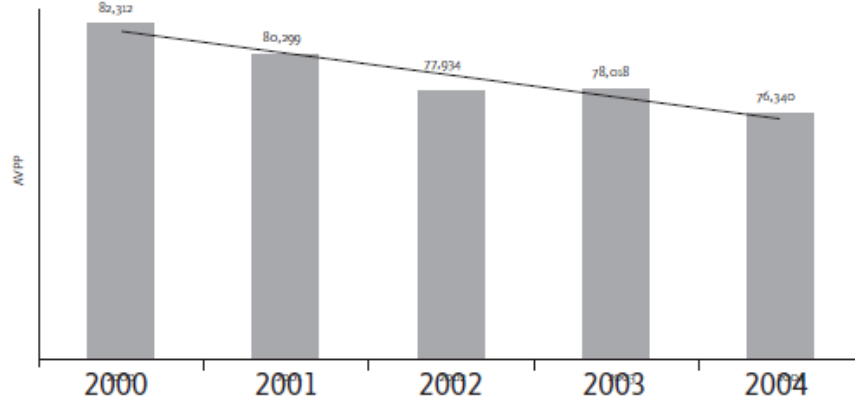
Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino.

Cuando se mide la carga de la enfermedad en años de vida potencialmente perdidos (AVP), las estimaciones sugieren que se pierden entre 70 y 80 mil AVP anualmente.

En el estudio “El peso de la enfermedad de las mujeres en México, 2005”, donde se establecieron los Años de Vida Saludable perdidos (AVISA) en nuestro país, donde un AVISA es igual a la pérdida de un año de vida saludable. Para todas las causas de muerte registradas para hombres y mujeres, se señala que en total se perdieron 15,213,702 AVISA; de éstos, 6,860,775 (45%) correspondieron a mujeres. Los AVISA perdidos en ambos sexos por enfermedades no transmisibles, categoría donde se ubica el cáncer cérvico uterino, fueron 5, 278,491 (49%). Sin embargo los AVISA, no reflejan la trascendencia de este padecimiento ya que sólo 1.5% de los AVISA perdidos en mujeres corresponden al cáncer cérvico uterino.

Figura 1. Años de vida potencialmente perdidos, cáncer cérvico uterino, 2000-2004, (EUM)

Mujeres de 25 años y más

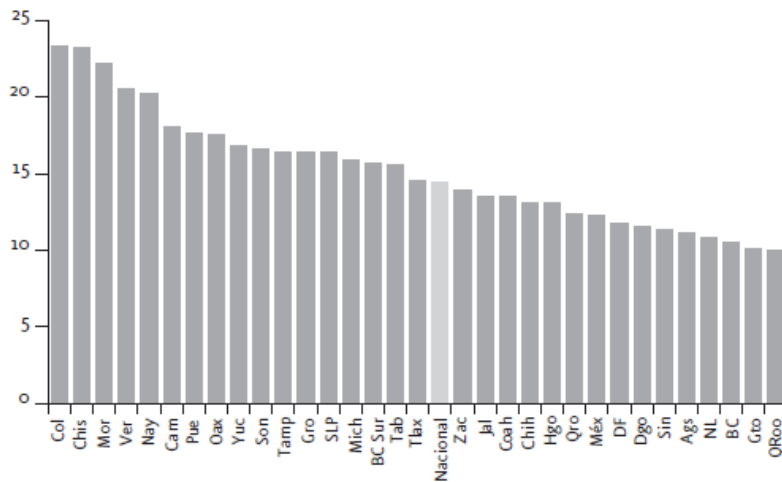


Fuente: Estimado CNEGSR

Características epidemiológicas de las mujeres que fallecen por cáncer cérvico uterino:

De las 4,114 muertes ocurridas en 2006, más del 80% fueron mujeres mayores de 45 años, con una edad promedio al morir de 59.6 años, esto significa que afecta a las mujeres en la etapa productiva de sus vidas y su muerte tiene un tremendo impacto negativo en su entorno familiar, social y comunitario.

Figura 2. Tasas de mortalidad por entidad federativa, 2006



Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino.

Aproximadamente el 30% de las defunciones ocurre en mujeres sin escolaridad y un 63% no alcanza la primaria completa. El 40% de las defunciones tuvieron lugar en la Secretaría de Salud y una proporción similar en el Seguro Social. Este perfil refuerza la relación estrecha entre rezago social y mortalidad por cáncer cérvico uterino.

Cobertura de detección

En la década de los 70's se establece por vez primera un Programa Nacional de Detección y Prevención del Cáncer Cérvico Uterino, con la citología cervical o Papanicolaou como método de tamizaje en 10 ciudades. El programa fue fortaleciendo su infraestructura física y humana, con la intención de frenar la mortalidad creciente por esta causa y no es sino veinte años más tarde que se establecen metas de cobertura, se elabora una norma oficial mexicana y se refuerza el programa a nivel nacional. Las diversas encuestas nacionales que han evaluado la cobertura son poco comparables porque abordan diferentes grupos de edad y diferentes períodos (último año, últimos tres años).

Mortalidad

Aún persisten diferencias marcadas de la mortalidad entre los estados asociadas a la desigualdad social. No obstante, éstas disminuyeron 29, al comparar el promedio de las tasas de mortalidad de las entidades federativas en los extremos, en los años 2000 y 2006.

Lo anterior indica avances importantes aunque aún insuficientes, en la brecha entre estados con mayor y menor mortalidad. La disminución gradual de la tasa de mortalidad en México, que inició a principios de los años noventa, ha sido más rápida en los últimos seis años, como resultado de la confluencia de diversos factores: incremento en cobertura y creación de servicios de colposcopia y centros oncológicos, así mismo, se mejoró la infraestructura, el equipamiento y la formación de recursos humanos. Otros aspectos fundamentales son la mejoría en la calidad de vida de la población, la mayor conciencia de la mujeres sobre la importancia de la prevención, y un mayor apoyo político y financiero que ha permitido incrementar la cobertura de detección y el tratamiento oportuno de las lesiones precursoras y del cáncer cérvico uterino. Si bien podemos considerar que ha habido avances, no son suficientes para una patología considerada altamente prevenible.

Cuadro 2. Entidades con Tasas de mortalidad en los extremos, 2000 y 2006

Entidad Federativa	Años	
	Entidad Federativa	
	2000	2006
Con las tasas de mortalidad más altas Grupo A	Nayarit Morelos Yucatán Chiapas Campeche	Colima Chiapas Morelos Veracruz Nayarit
Con las tasas de mortalidad más bajas Grupo B	Nuevo León Zacatecas Hidalgo Distrito Federal México	Quintana Roo Guanajuato Baja California Nuevo León Aguascalientes

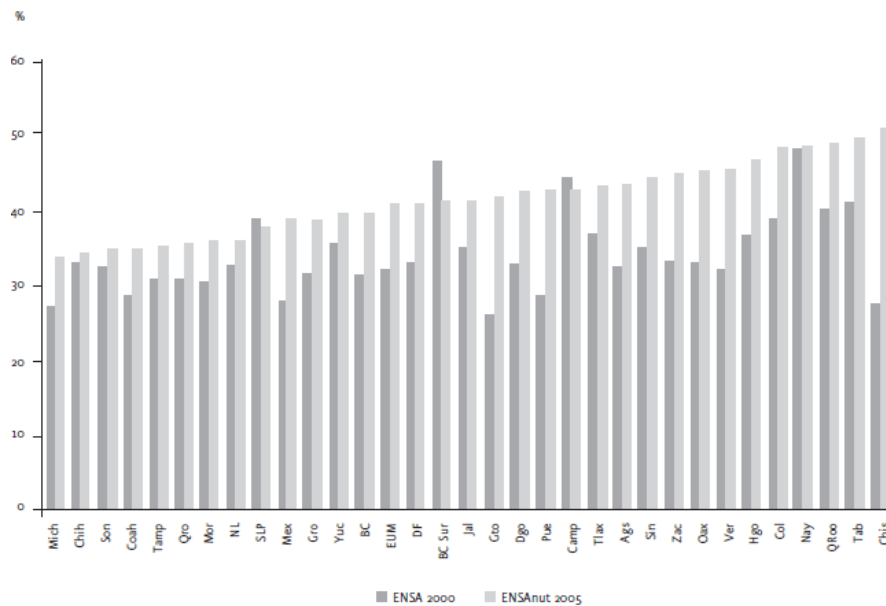
Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino.

Cuadro 3. Diferencias entre los Estados con Tasas de Mortalidad Más Altas y Más Bajas, 2000 y 2006

Grupos según tasa de mortalidad	Años/Tasas		Porcentaje de cambio
	2000	2006	
Grupo (A): cinco entidades con tasas más altas (promedio)	29.8	21.8	- 28.9
Grupo (B): cinco entidades con tasas más bajas (promedio)	13.9	10.5	
Diferencia Abs (A-B)	15.9	11.3	
Más alta del grupo (A)	36.1	23.3	- 46.0
Más baja del grupo (B)	12.2	10.4	
Diferencia Abs (A-B)	23.9	12.9	

Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino.

Figura 3. Cobertura de la detección de cáncer cérvico uterino en el último año por entidad federativa, México 2000-2005



Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino.



IV.

Marco normativo aplicable a las acciones realizadas durante la ejecución del programa

De manera general se establece el marco en el que se desarrollan las actividades encomendadas al Sector Salud, establecidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hasta oficios y circulares que establecen el marco de actuación normativo. Así mismo, se enuncian los documentos que integran de manera específica este marco normativo, el cual se define en el Anexo 1.

General

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: El derecho a la protección de la salud, establecido en el Artículo 4°.

Leyes

Ley General de Salud.

Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Ley de Información Estadística y Geográfica.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Ley de Planeación, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 1983.

Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

Reglamento de Insumos para la Salud

Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

Acuerdos Específicos

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Cáncer en la Mujer, 24 de agosto de 2004.

Normas Oficiales Mexicanas

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino. Publicada el 31 de mayo de 2007, en el Diario Oficial de la Federación.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de octubre 1999.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de octubre 1999.

Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1998 para la Organización y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos.

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998 Requisitos Mínimos de Infraestructura y Equipamientos de Establecimientos para la Atención de Pacientes Ambulatorios.

Norma Oficial Mexicana NOM-179-SSA1-2000 Requisitos Mínimos de Infraestructura y Equipamientos de Hospitales Generales y Consultorios de Atención Médica Especializada.

Planes y Programas

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

Lineamientos

Manual de Consejería en Cáncer Cérvico Uterino.

Manual de procedimientos. Tinción e interpretación de la muestra de citología cervical.

Laboratorio de Anatomía Patológica. Manual de procedimientos generales "Cáncer Cérvico Uterino".

Manual de procedimientos de supervisión. Programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino.

Manual de usuario. PROCACU-SICAM Sistema de Información de Cáncer de la Mujer.

IV.1 Programa de Acción Específico:

IV.1.1 Problemática actual

Actualmente en el programa de detección de cáncer cérvico uterino en México, los principales factores relacionados con los servicios de salud que son determinantes para la disminución de la mortalidad, se mencionan a continuación.

Cobertura de detección insuficiente

- La información que la mujer tiene sobre los factores de riesgo y la oferta de servicios preventivos para la detección temprana es aún insuficiente, a pesar de los avances en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, se ha documentado, que en mujeres residentes de áreas urbanas con seguridad social, de las mujeres sin Papanicolaou, el 26% no se lo efectúan porque no lo consideran necesario, 19% por pena y 13% por falta de tiempo.

En relación con la oferta de servicios, sólo 75.8% de la población femenina del grupo blanco de la detección identifica que ésta se ofrece en las unidades de salud (ENCOPREVENIMSS 2003, 2005)

- La cobertura de detección en los últimos tres años con citología cervical, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 2003 es de 70.7%, lo anterior evidencia la necesidad de incrementar la cobertura para alcanzar el 85% fijado en el 2012. De acuerdo con dicha encuesta, existen diferencias en la detección según el área de residencia, nivel socioeconómico y de escolaridad, con una menor utilización de las mujeres en áreas rurales, con nivel socioeconómico bajo y muy bajo y con menor escolaridad.

- El programa de detección es oportunista, es decir no existe un sistema de invitación organizado con base poblacional, por lo que hasta 60% de las detecciones se realizan de manera subsecuente en el mismo año y al mismo tiempo 27.4% de la población en riesgo nunca se la ha efectuado.

Calidad de la detección

- Desde el 2001 se monitorea la calidad de la detección a través de la citología por medio de tres indicadores: la calidad de la muestra, el control de calidad interno y el índice de positividad. Los dos primeros tienen un buen desempeño, sin embargo el último es muy bajo (0.87% con un estándar de 2.3% en mujeres de 35 a 64 años), lo anterior se traduce en no identificar una lesión precursora o cáncer en 3 de cada 200 citologías interpretadas.

- El resultado anterior es debido a varios factores bien identificados durante las visitas de supervisión que efectúan las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud, entre los que se encuentran: equipo obsoleto o sin mantenimiento, falta de mobiliario, áreas de trabajo inadecuadas que no cumplen con los requerimientos de seguridad en el trabajo e insumos de baja calidad.
- Otro factor es la falta de cumplimiento de los lineamientos establecidos en el manual de citología y patología que señalan se debe realizar la supervisión tutelar y la revisión de la congruencia cito-colpo-histopatológica como formas de capacitación y control de calidad.

Diagnóstico y tratamiento

- Deficiencias de equipo y personal, que garanticen el control de calidad y la oportunidad de la atención.
- Carencia de guías para clínicas de colposcopia y oncológicas para el diagnóstico y tratamiento homogéneo entre las institucionales, por lo que los tratamientos ofrecidos difieren en su calidad.
- Falta de equipamiento de los centros oncológicos para la oferta de radioterapia (braquiterapia)
- Abandono terapéutico por desigualdad en la accesibilidad al servicio y carencia de recursos económicos de las pacientes para trasladarse a lugares lejanos para recibir tratamiento.
- No se ofrece de manera sistemática la atención paliativa a las enfermas de cáncer en todas las instituciones del sistema, lo anterior es motivo de que las pacientes con cáncer terminal sean dadas de alta a su domicilio sin tratamiento específico.

Aseguramiento de la calidad de la detección, diagnóstico y tratamiento, y rendición de cuentas.

- No se ha consolidado el sistema de información de cáncer en la mujer, tanto en los servicios estatales de salud como en las instituciones del sector, entre los motivos se encuentra: falta de equipo de informática, falta de personal que capture la información, capacitación continua insuficiente, falta de participación de los profesionales que son fuente de información en el llenado de formatos y apoyo insuficiente para que el sistema de monitoreo y evaluación funcione adecuadamente. Un sistema de información en cáncer es crucial para la evaluación y aseguramiento de la calidad del programa.

IV.2 Retos 2007-2012

En el ámbito de la salud de la mujer, el cáncer cérvico uterino continúa siendo un problema prioritario, que requiere atención y esfuerzos coordinados por las instituciones de salud, con los siguientes retos:

- Integrar acciones de promoción y educación en salud dirigidas a la población femenina para modificar los determinantes del cáncer cérvico uterino, fortaleciendo principalmente la demanda de la detección.

- Ampliar la cobertura, especialmente en las zonas marginadas con un menor índice de desarrollo humano, fortaleciendo la vinculación con las instancias correspondientes y facilitando el acceso y la asiduidad de la atención preventiva. En áreas urbanas implementar un sistema de invitación organizado.

- Evaluar las mejores estrategias para la implementación de la vacunación contra el VPH.

- Mejorar la infraestructura física y el equipamiento de los laboratorios de citología, clínicas de colposcopia y centros oncológicos.

- Difusión y vigilancia de la aplicación de la normatividad y lineamientos del programa.

- Incorporar el tamizaje primario con la prueba de VPH a la detección del cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 a 64 años. El conocimiento de que el virus del papiloma humano es la causa necesaria, aunque no suficiente, del cáncer cérvico uterino, originó el desarrollo de pruebas que pudieran detectarlo; actualmente existe una prueba que identifica la infección por el VPH a través de la captura de híbridos II. La prueba está diseñada para detectar tipos del VPH de alto riesgo: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68. Cuando la prueba es positiva indica que la mujer está infectada con uno o varios tipos sin especificarlos de manera individual.

Llegar a ser una Institución de excelencia, respetada en el ámbito de su competencia, líder en el diagnóstico, la referencia, investigación, innovación tecnológica y capacitación de recursos humanos, con respuesta confiable y oportuna ante los retos de salud pública, nacionales e internacionales, a través de un equipo comprometido en un ambiente de trabajo que fomente el desarrollo humano y la satisfacción entre los usuarios y prestadores del servicio.



Puesto que las mujeres jóvenes tienen una mayor probabilidad de estar infectadas con el VPH de manera transitoria, la prueba no se recomienda en mujeres menores de 30 años de edad. Son dos las ventajas principales de incorporar la detección del VPH al tamizaje del cáncer cérvico uterino. La primera está relacionada con la sensibilidad; la prueba de Papanicolaou convencional tiene una sensibilidad que varía de

30% a 87% y una especificidad que varía de 86% a 100%. Al agregar la prueba del VPH a la citología convencional, la sensibilidad aumenta de 87% a 100%. En México el riesgo de padecer cáncer cérvico uterino se incrementa significativamente a partir de los 35 años de edad, por lo que la detección del VPH será de gran utilidad al identificar a aquellas mujeres con un riesgo mayor de desarrollar o tener lesiones precursoras o cáncer.

La segunda ventaja es la facilidad con la que se obtienen las muestras, ya que esta tecnología sólo requiere obtener células del cérvix uterino exfoliadas que son recogidas con un hisopo, se colocan en un medio líquido que no requiere refrigeración para su traslado. La toma de la muestra es sencilla y puede ser efectuada por la misma mujer (auto-toma) en su hogar, sin necesidad de instalaciones o mobiliario específico. Estudios de investigación efectuados en México han mostrado una amplia aceptación de la auto-toma en áreas marginadas, por lo que la introducción de esta prueba además de mejorar la calidad del tamizaje, mejora también la accesibilidad, facilitando la ampliación de la cobertura. Otras ventajas adicionales son la disminución del costo de la detección, ya que sólo las mujeres con resultado positivo a la prueba del VPH, que son alrededor de 9%, requieren citología cervical. Para las mujeres con resultado negativo se puede espaciar a cinco años la periodicidad de la detección. Por otro lado, la detección del VPH introduce nuevos retos en la atención del cáncer cérvico uterino y sus lesiones precursoras; al identificar la infección con VPH como una enfermedad de transmisión sexual, es posible que las mujeres sientan ansiedad, angustia, temor, enojo y culpa en respuesta al diagnóstico, ello exige que los profesionales de la salud brinden información objetiva, completa, sin prejuicios y adecuada a la comprensión de las pacientes antes de la prueba y al entregar los resultados.

Asimismo, se deberá tener cuidado especial para evitar el sobre-tratamiento de mujeres con infección por el VPH y con lesiones de bajo grado, que además de aumentar la angustia puede ser motivo de iatrogenia con consecuencias negativas en la salud de la mujer y su familia.

Al incorporar de manera paulatina esta prueba al tamizaje y evaluar sus resultados, deberá modificarse progresivamente el marco normativo para adecuarlo a esta actividad; por lo pronto la recomendación será el uso de las pruebas de VPH como tamizaje primario, si el resultado es negativo la prueba se repetirá a los cinco años, si es positivo, deberá efectuarse una citología cervical y de acuerdo con el resultado definir conducta a seguir. Si la citología es negativa pero la prueba de VPH es positiva, se deberán repetir ambas pruebas en un año; si la citología muestra células anormales, la mujer será enviada a la clínica de colposcopia para continuar con su manejo.



- Para mejorar la calidad de la detección y atención es indispensable un proceso de capacitación y actualización continuo del personal de salud involucrado. En el mismo sentido, deben elaborarse guías y protocolos para el manejo homogéneo de las pacientes en las diferentes instituciones.
- Consolidar un sistema de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de los procesos del programa. No se podrá evaluar el beneficio de las acciones propuestas sin un sistema de información adecuado, el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer exige un esfuerzo para establecerlo como sistema único de información confiable y para la rendición de cuentas, lo cual facilitará la toma de decisiones y la corrección de rumbos, en los ámbitos municipal, estatal y federal.
- Por último, es compromiso sensibilizar al personal involucrado en la atención integral de las pacientes, para obtener modificaciones en su actitud que redunden en un trato digno, cálido y en una atención de mayor calidad.

IV.3. Organización del Programa



IV.3.1 Misión

Establecer las políticas, estrategias y actividades más efectivas y eficientes, en el desarrollo de acciones de promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento, con el propósito de disminuir al máximo la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino.

IV.3.2 Visión

En el 2012, las instituciones del Sistema Nacional de Salud trabajan de manera coordinada en las acciones de promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y evaluación del programa de cáncer cérvico uterino, con políticas que revierten la inequidad social y de acceso a los servicios de salud, con atención cordial y de calidad que se manifiesta en la satisfacción de las usuarias y sus familiares por los servicios recibidos, y que logra en el año 2020 un México libre de mortalidad prematura por cáncer cérvico uterino.

IV.3.3 Objetivos

La salud de la población tiene determinantes tanto a nivel individual como social. Es por ello que el Programa de Acción SINAVE 2007-2012 considera un modelo operativo que debe brindar información relevante, oportuna y de calidad que responda a las diferentes necesidades, agentes y acciones en los niveles universal, focalizado y dirigido.

Objetivos específicos

1. Mejorar el conocimiento de la población sobre los determinantes del cáncer cérvico uterino a través de acciones integradas de promoción de la salud que motiven la adopción de conductas que protejan la salud y promuevan la demanda de la detección temprana.
2. Alcanzar coberturas de tamizaje de 85% en mujeres de 25 a 34 años de edad con la prueba de citología cervical cada tres años y en mujeres de 35 a 64 años con prueba de VPH cada cinco años.
3. Mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer cérvico uterino, a través de la formación y la capacitación continua del personal de salud.
4. Reorganizar y fortalecer los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino con base en las mejores prácticas, en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
5. Consolidar el sistema de información para el monitoreo, evaluación y sistema de vigilancia epidemiológica con el fin de disponer de información confiable y sistemática para la mejora continua del programa, el aseguramiento de la calidad y la rendición de cuentas.

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

2. Mejorar la cobertura y calidad de las acciones de prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino, principalmente en áreas marginadas, a través de la vinculación estrecha con las instituciones correspondientes y la incorporación de nuevas intervenciones para la prevención y detección del cáncer Cérvico uterino.

3. Instrumentar de manera gradual la detección oportuna del cáncer cérvico uterino a través de la prueba de VPH con captura de híbridos.

4. Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer Cérvico uterino.

5. Promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal para la provisión de la detección y atención del cáncer Cérvico uterino.

6. Fomentar el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral del cáncer cérvico uterino con calidad y oportunidad, así como la gratuidad de la atención en mujeres sin seguridad social.

7. Unificar las acciones a través del consenso y la coordinación permanente con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, y con las organizaciones médicas y de la sociedad.

8. Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua del programa y la rendición de cuentas.

IV.3.4 Líneas de acción

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

1.1. Efectuar coordinación con las áreas de Promoción de la Salud, Comunicación Social, instituciones de salud y organizaciones civiles para el desarrollo de campañas de difusión masiva, organización de ferias y eventos de promoción y educación al público en general, con alineación de mensajes para sensibilizar, informar y motivar la asistencia de las mujeres a los servicios de salud para la detección.

1.2 Informar sobre la importancia del virus del papiloma humano en el desarrollo del cáncer cérvico uterino de manera objetiva, clara, adecuada a las diferentes audiencias y dirigida a la desmitificación.

1.3 Diseñar, reproducir y difundir material educativo, comprensible y adecuado para las diferentes audiencias, incluidas mujeres de áreas rurales e indígenas, sobre la prueba de VPH, la vacunación y el Papanicolaou.

1.4 Fomentar la participación de la sociedad civil organizada en la sensibilización y educación sobre el cáncer cérvico uterino y el VPH.

1.5 Desarrollar encuestas sobre la percepción de la población en relación con los factores de riesgo, la prevención y la detección oportuna del cáncer cérvico uterino.

2. Mejorar la cobertura y calidad de las acciones de prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino, principalmente en áreas marginadas, a través de la vinculación estrecha con las instituciones

correspondientes y la incorporación de nuevas intervenciones para la prevención y detección del cáncer cérvico uterino.

2.1 En cada contacto con los servicios de salud, ofrecer y realizar a las mujeres la detección, de acuerdo con su grupo de edad.

2.2 Vincular acciones con la Red Mexicana de Municipios por la Salud y redes estatales para lograr incrementar la detección.

2.3 Acercar los servicios de detección en áreas rurales a través de las Caravanas de Salud.

2.4 Desarrollar un sistema de información con base poblacional para invitar de forma organizada a las mujeres a efectuarse la detección cada tres o cinco años, en áreas urbanas.

2.5 Evaluar la introducción de la vacunación contra el VPH para establecer las políticas más adecuadas que generen el mayor beneficio en salud.

2.6 Adecuar en áreas rurales y marginadas la instrumentación de la detección con la prueba de VPH, a través de estrategias adecuadas al contexto cultural y que favorezcan el tratamiento oportuno.

2.7 Ampliar los horarios de atención para mejorar la accesibilidad a la detección.

3. Instrumentar de manera gradual la detección oportuna del cáncer cérvico uterino a través de la prueba de VPH con captura de híbridos.

3.1 Instalar y estandarizar laboratorios para el procesamiento de la captura de híbridos, regionalizados de acuerdo con la población a cubrir.

3.2 Capacitar y acreditar al personal para la toma de muestra de VPH y el Papanicolaou.

3.3 Crear centros de excelencia de citología cervical y colposcopia.

3.4 Elaborar y difundir los manuales de procedimientos para las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

3.5 Capacitar a los responsables estatales y jurisdiccionales del programa y sus equivalentes en las instituciones del sistema nacional de salud.

4. Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino.

4.1 Desarrollar campañas de información para todo el personal sobre las políticas e indicaciones adecuadas de las intervenciones de prevención y detección del cáncer Cérvico uterino.

4.2 Desarrollar programas para citotecnólogos, patólogos y colposcopistas a través de la capacitación en servicio, a distancia o por otros métodos de capacitación efectivos.

4.3 Promover la formación suficiente y de calidad de colposcopistas, patólogos, así como de personal multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento del cáncer principalmente: oncólogos, radioterapeutas, patólogos, enfermeras especialistas en oncología, entre otros.

4.4 Difundir y facilitar la aplicación de la normatividad en cáncer cérvico uterino, a través de la elaboración y reproducción de materiales de apoyo con diseño creativo que facilite su conocimiento por el personal de

salud, así como promover talleres de revisión, sesiones generales y otras que en la operación se determinen como adecuadas.

5. Promover la gestión apropiada de la infraestructura física, equipo y personal para la provisión de la detección y atención del cáncer cérvico uterino.

5.1 Desarrollar instrumentos normativos que regulen la construcción, equipamiento y recursos humanos para las clínicas de colposcopia y laboratorios de patología.

5.2 Elaborar un diagnóstico de las necesidades (personal, equipo y de instalaciones) para laboratorios de citología, patología y colposcopia de acuerdo con las necesidades futuras derivadas de la incorporación de la prueba de VPH al tamizaje del cáncer cérvico uterino.

5.3 Promover la creación de servicios o centros de atención oncológica en los estados que no cuentan con éstos y gestionar el número suficiente de personal que participa en las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento, a través de la asignación suficiente de recursos presupuestales.

5.4 Gestionar y vigilar el abasto oportuno, suficiente y con calidad adecuada de los insumos, instrumental y medicamentos, para el diagnóstico y tratamiento, como política prioritaria en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

5.5 Mantener actualizado el diagnóstico de recursos humanos, físicos y materiales.

6. Fomentar el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral del cáncer cérvico uterino con calidad y oportunidad, así como la gratuidad de la atención en mujeres sin seguridad social.

6.1 Promover la realización de investigación en servicios de salud que incluya el diagnóstico sobre el funcionamiento actual del programa, que sirva como base para la mejora del mismo.

6.2 Establecer la regionalización para la referencia y atención integral de lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino, que incluya los mecanismos para asegurar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres con resultados anormales a la detección.

6.3 Establecer coordinación con autoridades estatales, municipales y la comunidad para el traslado y albergue de pacientes de zonas rurales a clínicas de colposcopia o centros oncológicos durante el diagnóstico y el tratamiento.

6.4 Informar al personal y a las pacientes sin seguridad social sobre las gestiones que deben realizar para acceder a la atención gratuita.

6.5 Promover la elaboración y difusión de guías clínicas para unificar los procedimientos del diagnóstico, tratamiento integral, referencia y contrarreferencia en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

6.6 Impulsar la atención de excelencia a través de la acreditación del personal y la certificación de unidades, clínicas, hospitales y centros oncológicos.

6.7 Efectuar coordinación con las instancias competentes para verificar la aplicación de la normatividad y el cumplimiento de estándares de calidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino en establecimientos de salud públicos y privados.

7. Unificar las acciones a través del consenso y la coordinación permanente con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, y con las organizaciones médicas y de la sociedad.

7.1 Promover la participación institucional, interinstitucional y de la sociedad organizada en los Consejos, Comités y Subcomités relacionados con las acciones para la prevención y control del cáncer Cérvico uterino.

7.2 Fomentar la elaboración de programas de trabajo alineados con el programa de acción del cáncer cérvico uterino, a nivel municipal, estatal e institucional.

7.3 Establecer mecanismos de seguimiento sistemático a los acuerdos y compromisos establecidos, incluyendo la firma de acuerdos y convenios.

7.4 Desarrollar reuniones nacionales, regionales o locales interinstitucionales con el objetivo de dar seguimiento al cumplimiento de las metas y compromisos establecidos en los diferentes ámbitos de gobierno e instituciones.

8. Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua del programa y la rendición de cuentas.

8.1 Desarrollar un sistema de información (observatorio de cáncer de la mujer) unificado en el sector para su utilización en los establecimientos de salud públicos y privados.

8.2 Consolidar el monitoreo y la evaluación sistemática de la atención integral a través de indicadores de proceso y resultado.

8.3 Establecer el registro de cáncer de la mujer y la vigilancia epidemiológica en coordinación con las áreas involucradas.

8.4 Asegurar el mantenimiento del sistema de información para su utilización ágil y segura.

8.5 Vigilar la suficiencia de personal y de equipo para la operación continua del sistema en todos los niveles de atención.

IV.3.5 Metas anuales 2007-2012

Metas de resultado

- Alcanzar una cobertura de detección por citología cervical de 85% cada tres años, en mujeres de 25 a 34 años de edad, en el año 2012
- Alcanzar una cobertura de detección primaria por captura de híbridos (VPH) de 85% cada cinco años, en mujeres de 35 a 64 años de edad, en el año 2012

Metas de proceso

- Alcanzar un índice de positividad (lesiones de alto grado o cáncer) de 1.5% en la detección con Papanicolaou, en el año 2012
- Lograr el 9% de positividad a través del tamizaje primario con la prueba de VPH
- Certificar a más del 90% de los citotecnólogos, patólogos y colposcopistas que participan en la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino, en el año 2012.

Metas de impacto

- Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más de edad, en el año 2012, con base en la cifra registrada en 2006.
- Reducir 50%, las diferencias en la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino entre los cinco estados con mayores y menores tasas en el año 2012.

Estrategia del Programa de Acción	Unidad de medida	Metas	Años					
			2007	2008	2009	2010	2011	2012
Metas de resultado								
2	Cobertura %	Alcanzar la cobertura de detección (PAP) cada 3 años mujeres de 25 a 34 años de edad	81	82	83	84	85	85
2	Cobertura %	Alcanzar la cobertura de detección (VPH-PAP) en mujeres de 35 a 64 años de edad, cada 5 años		10	25	45	65	85
Metas de proceso								
2.4	Por ciento %	Incrementar la identificación de lesiones de alto grado de detección primaria con Papanicolaou (positividad a la prueba de VPH)	0.7	0.9	1	1.2	1.3	1.5
2.6	Por ciento %	Lograr un porcentaje adecuado de positividad con el diagnóstico primario con prueba de VPH		9	9	9	9	9
6	Por ciento %	Acreditar a los colposcopistas, citotecnólogos y anatomopatólogos del sector salud que participan en la detección, diagnóstico o tratamiento del cáncer cérvico uterino		30	60	80	>90	>90
Metas de impacto								
7	Tasa de mortalidad por 1000	Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 y más años de edad	14.2	13.5	12.8	12.1	11.5	10.9
2.7	Por ciento %	Reducir las diferencias en la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino entre los cinco estados con mayores y menores tasas	8.3	16.6	24.9	33.2	41.5	50

Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino.

Las metas se evaluarían con periodicidad anual, sin embargo se pretendió realizar un monitoreo más estrecho con el fin de identificar áreas de oportunidad y tomar acciones oportunas para corregir las desviaciones. Lo anterior se consideraba posible ya que se cuenta con un sistema de información (SICAM o equivalentes) en el sector, que colecta variables relacionadas con procesos y resultados, por lo que algunos de estos podrán analizarse trimestralmente.

IV.3.6 Indicadores de evaluación y seguimiento del Programa

La evaluación de los indicadores se efectúa de forma trimestral y se difunde a través de un boletín del sector, además de los establecidos en cada institución.

Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente y periodicidad
Cobertura y calidad de la detección			
Cobertura de detección primaria con citología cervical	$\frac{\text{Mujeres de 25 a 34 años de edad con detección en el último año}}{\text{Número de mujeres elegibles* de 25 a 34 años de edad}} \times 100$	Anual 28.3%	SICAM/Trimestral
Cobertura de detección primaria con prueba de VPH	$\frac{\text{Mujeres de 35 a 64 años de edad con detección en el último año}}{\text{Número de mujeres elegibles* de 35 a 64 años de edad}} \times 100$	2008: 10 2009: 15 2010: 20 2011: 20 2012: 20	SICAM/Trimestral
Índice de positividad de la citología posterior a resultado VPH +	$\frac{\text{Citologías efectuadas a mujeres positivas a la prueba de VPH, con lesión escamosa intraepiteliales o cáncer}}{\text{Total de citologías cervicales realizadas}} \times 100$	35-40%	SICAM/Trimestral

Diagnóstico			
Correlación colposcópica-histológica	Número de mujeres con diagnóstico de lesiones intraepiteliales o cáncer por histología	70%	SICAM/Trimestral

	-----x 100 Total de mujeres con diagnóstico de lesiones intraepiteliales o cáncer por colposcopia		
Oportunidad del diagnóstico	Total de mujeres con diagnóstico histológico en los primeros 30 días hábiles posteriores a la entrega del diagnóstico citológico -----x 100 Total de mujeres con diagnóstico citológico con LEI o cáncer	> 80%	SICAM/Trimestral
Tratamiento			
Seguimiento de pacientes	Total de mujeres con diagnóstico histológico de lesión de alto grado o cáncer con seguimiento al año de diagnóstico -----x 100 Total de mujeres con diagnóstico histológico de lesión de alto grado o cáncer	85%	SICAM/Trimestral
Sobrevida a 5 años	Número de mujeres vivas según etapas a 1, 3 y 5 años del diagnóstico ----- x 100 Número de mujeres según etapa con seguimiento	0 - 99% I-IIb > 96.8% IIIa-IIb > 75% IV > 40%	SICAM/Semestral
Rectoría y monitoreo			
Coordinación interinstitucional	Por ciento de entidades federativas con programa de trabajo interinstitucional alineado con el programa de acción del cáncer cérvico uterino	>95%	Anual
Cobertura de notificación	Número de unidades que registran acciones de detección, diagnóstico o tratamiento del cáncer cérvico uterino ----- x 100 Número de unidades con acciones de detección, diagnóstico o tratamiento del cáncer cérvico uterino	>90%	Trimestral

Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino.

IV.4 Estrategia de implantación operativa

IV.4.1 Modelo operativo

El modelo operativo del Programa de Acción Específico Cáncer Cérvico Uterino incluye las intervenciones y acciones universales, focalizadas o selectivas y las dirigidas o indicadas que se determinan con mayor detalle en el siguiente esquema:

Intervenciones y acciones para la prevención y control del cáncer cervicouterino



Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino.

V.4.2 Estructura y Niveles de responsabilidad

Para asegurar la atención de las mujeres de 25 a 64 años de edad con lesiones precursoras o cáncer cérvico uterino se establecieron indicadores de estructura que garantizan la suficiencia de recursos para el desarrollo de las actividades de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes. Estos indicadores deben adecuarse con la introducción de la detección con la prueba de VPH, para lo cual deberá efectuarse previamente un diagnóstico de la situación actual, tal y como se establece en la línea de acción 5.2.

En la comunidad	Servicios de Salud a la Población	Permanentes en el SNS
Autocuidado de la salud	Promoción de la salud	Rectoría
Conocimiento de obligaciones y derechos	Tamizaje	Apoyo político
Demanda de atención preventiva	Diagnóstico	Gestión de recursos
Apego a la detección, diagnóstico y tratamiento	Tratamiento	Desarrollo y mantenimiento de la infraestructura
Participación comunitaria	Seguimiento	Formación del personal
		Capacitación del personal
		Supervisión
		Vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación

Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cérvico Uterino.

- Un laboratorio de citología por cada 70,000 a 90,000 mujeres de 25 a 64 años de edad. En cada laboratorio de citología se requiere un equipo integrado por un médico citólogo o citopatólogo como jefe del servicio, tres citotecnólogos, un técnico en tinción, una recepcionista y un capturista.
- La productividad del laboratorio debe alcanzar la lectura de 33,600 laminillas anuales.
- En cada laboratorio de citología se requiere un microscopio de rutina por citotecnólogo, un microscopio de doble observación, un tren de tinción, una campana de extracción de gases tóxicos, un equipo de cómputo conectado a línea de Internet y mobiliario para las áreas de proceso (recepción, tinción, lectura y archivo). Una clínica de colposcopia en hospitales con población de 400 a 500 mil habitantes
- Por cada clínica de colposcopia se requiere un equipo integrado por un médico ginecólogo u oncólogo capacitado en colposcopia, una enfermera, una trabajadora social y un capturista. La productividad por médico debe alcanzar de 3,300 a 5,500 colposcopias anuales, de las cuales entre 990 y 1,650 serán para pacientes de primera vez.
- Por cada clínica se requiere un colposcopio, una unidad de electrocirugía, un evacuador de humo, una mesa de Pilcher, pinzas de biopsia (renovables cada dos años), instrumental mínimo necesario y un equipo de

cómputo conectado a línea de Internet. Un laboratorio de anatomía patológica en hospitales con población de 400 a 500 mil habitantes.

- En cada laboratorio de anatomía patológica se requiere un anatomopatólogo, un histotecnólogo, una recepcionista y un auxiliar administrativo.
- La productividad por laboratorio de anatomía patológica debe alcanzar 3,500 estudios anuales (2,500 si el patólogo realiza actividades administrativas y docentes regularmente).
- Por cada laboratorio de anatomía patológica se requiere un procesador automatizado de tejidos, centro de inclusión, dispensador de parafina, microtomo, baño de flotación, estufa de laboratorio, tren de tinción, microscopio binocular por patólogo y mobiliario para cada área de proceso (recepción, laboratorio, interpretación y archivo).

Infraestructura actual

La infraestructura en las 32 entidades federativas, que incluye el equipamiento, es heterogénea entre los estados e instituciones para atender la demanda de la población en riesgo la cual, debido a la transición demográfica y epidemiológica de nuestro país, día con día irá creciendo.

Recursos humanos

Se requiere ampliar, en aproximadamente 60%, la plantilla de personal técnico y profesional especializado, principalmente con médicos patólogos para el diagnóstico y el tratamiento de 90,000 mujeres diagnosticadas cada año con lesiones precursoras o con cáncer, se prevé que el número de mujeres con lesiones identificadas se incremente al mejorar la sensibilidad con la introducción de la prueba de VPH. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Recursos Humanos por institución y Entidad Federativa 2007

Entidad Federativa	SSA			IMSS			ISSSTE			PEMEX		
	Laboratorio citología	Unidad patología	Clínica colposcopia	Laboratorio citología	Unidad patología	Clínica colposcopia	Laboratorio citología	Unidad patología	Clínica colposcopia	Laboratorio citología	Unidad patología	Clínica colposcopia
Aguascalientes	1	1	1	2	1	2	1	1	1			
Baja California	3	2	3	3	2	4	2	1	1			
Baja California S.	2	1	2	1	1	5	1	1	1			
Campeche	3	1	3	1	1	2	1	1	1	1	0	2
Coahuila	4	1	4	4	2	6	2	1	1			
Colima	2	1	3	1	1	3	1	1	1			
Chiapas	9	2	5	2	2	3	2	1	1			
Chihuahua	2	1	2	2	1	4	2	1	1			
Distrito Federal	7	7	26	9	9	9	7	7	7	2	2	2
Durango	2	2	3	2	2	3	1	1	1			
Guanajuato	5	3	5	4	2	3	1	1	2	1	1	1
Guerrero	7	1	7	1	1	4	2	1	2			
Hidalgo	1	1	4	1	1	3	1	1	1	1	0	1
Jalisco	11	3	11	5	3	13	2	1	4			
México	18	5	13	9	3	12	1	1	2			
Michoacán	4	3	6	3	1	7	1	1	1			
Morelos	1	1	5	1	1	1	1	1	1			
Nayarit	1	1	3	1	1	1	1	1	1			
Nuevo León	1	1	4	5	5	3	1	1	2	1	1	1
Oaxaca	2	2	6	2	2	4	1	1	1	1	1	1
Puebla	1	1	7	1	1	4	1	1	2	1	0	0
Queretaro	1	1	3	1	1	2	1	1	1			
Quintana Roo	2	1	3	2	1	3	1	1	1			
San Luis Potosí	1	2	6	1	1	4	1	1	1	1	0	0
Sinaloa	5	2	4	4	2	3	1	1	1			
Sonora	2	2	4	2	2	5	1	1	1			
Tabasco	1	4	12	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Tamaulipas	3	4	7	6	2	6	2	1	1	1	2	2
Tlaxcala	1	1	2	1	1	1	1	1	1			
Veracruz	12	8	12	8	4	11	2	1	2	1	2	3
Yucatán	1	2	4	2	1	1	1	1	1			
Zacatecas	3	2	2	1	1	1	1	1	1			
Total	119	70	182	89	60	135	46	38	48	12	10	15

Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino.

Niveles de responsabilidad

La prevención y control del cáncer cérvico uterino depende de varios procesos realizados en diferentes niveles de atención por personal multidisciplinario, con la intervención de las Jurisdicciones Sanitarias o sus equivalentes, así como de autoridades estatales y centrales o del nivel federal. A continuación se presentan los procesos relevantes: La magnitud del cáncer cérvico uterino como problema de salud pública en el país exige el trabajo conjunto entre los diversos actores involucrados en la cadena de servicios dedicados a la atención y control de esta patología. Son fundamentales los consensos respecto a los objetivos, estrategias y operación de las acciones del Programa; el mecanismo para lograr acuerdos ha sido la instalación del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer. Participan dos grandes grupos: el institucional de los niveles federal y estatal, y el de los organismos no gubernamentales y grupos de la sociedad civil que contribuyen con el apoyo a valiosas actividades del Programa.

IV.4.3 Etapas para la instrumentación

En el siguiente cuadro se seleccionaron algunas de las acciones relevantes para señalar las etapas que deberán ejecutarse para su instrumentación; como se observa, el año 2008 es crucial para finalizar la planeación y diseño de intervenciones que permitan la operación de las mismas en el resto de la administración y alcanzar así las metas propuestas:

1. Desarrollar campañas de promoción de la salud para promover la demanda de la detección
2. Mejorar la cobertura y calidad de las acciones de prevención y detección del cáncer cérvico uterino
3. Instrumentar la detección mediante la prueba de ADN para VPH
4. Impulsar la capacitación y formación de personal
5. Promover la gestión adecuada de infraestructura física y personal
6. Promover el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral del cáncer con calidad, y oportunidad
7. Unificar acciones con las instituciones del SNS, organizaciones médicas y sociedad civil
8. Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática el programa

Cuadro 6. Matriz de responsabilidades

Acciones	CNE GySR	SEGURO POPULAR	DGC ES	DGPS DGCS	Coord Hosp	SESAs	DGPLADES CENETEC	DGTI DGIS DGE	INSP	IN-CAN/C Oncol	Instituciones del Sistema Nacional de Salud
1. Desarrollar campañas de promoción de la salud para promover la demanda de la detección	Propietario										
2. Mejorar la cobertura y calidad de las acciones de prevención y detección del cáncer cérvico uterino		Propietario									
3. Instrumentar la detección mediante la prueba de ADN para VPH		Propietario	Propietario						Propietario		
4. Impulsar la capacitación y formación de personal			Propietario		Propietario					Propietario	
5. Promover la gestión adecuada de infraestructura física y personal		Propietario					Propietario				
6. Promover el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral del cáncer con calidad, y oportunidad		Propietario					Propietario			Propietario	
7. Unificar acciones con las instituciones del SNS, organizaciones médicas y sociedad civil										Propietario	
8. Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática el programa			Propietario				Propietario				

■ Propietario ■ Participantes

IV.4.4 Acciones de mejora de la gestión pública

Con el propósito de dar respuesta a los planteamientos del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 en materia de mejorar la gestión pública, específicamente a las estrategias propuestas, se indican las siguientes:

1. Hacer más eficiente la operación y el gasto de las dependencias y entidades federales.

a. Oportunidad y calidad de la detección, diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico y el tratamiento oportunos son condición sustantiva para la disminución de la mortalidad y la mejora de la sobrevivencia de las mujeres con cáncer cérvico uterino. Este proceso exige del acceso facilitado a la atención especializada a través de las siguientes medidas:

- Identificar el déficit y efectuar la gestión de los recursos necesarios de atención especializada para el diagnóstico y el tratamiento
- Identificar las necesidades y realizar la gestión de insumos para los laboratorios de citología, patología, prueba de VPH y colposcopia
- Establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia eficientes
- Apoyar el traslado, a los centros de atención médica especializada de las pacientes y de un acompañante en familias de bajos recursos económicos
- Evaluar sistemáticamente del diagnóstico y tratamiento: oportunidad, calidad y resultados

b. Formación de recursos humanos para la atención especializada

El control del cáncer cérvico uterino tiene una fuerte dependencia en acciones de alto nivel que tiene que desarrollar el personal de salud para realizar el diagnóstico y el tratamiento. La formación de recursos médicos, enfermería y técnicos altamente especializados, para apoyar la detección, diagnóstico y el tratamiento, es el resultado de una planeación conjunta entre instituciones educativas y de salud para aportar y captar los profesionales que se requieren.

Las instituciones educativas deben sensibilizar a la población universitaria sobre la trascendencia de esta neoplasia maligna, adecuar sus planes de estudio en el área de salud, y ampliar la oferta educativa para la especialización del personal médico, de enfermería y técnico, a las necesidades actuales y futuras. El adecuado control de este proceso es posible realizarlo a través de las siguientes medidas:

- Realizar un diagnóstico del perfil académico del personal especializado en la detección, diagnóstico y atención del cáncer cérvico uterino que permita identificar las necesidades de formación, tanto en el área técnica como profesional.
- Elaborar planes y programas educativos con base en los diagnósticos epidemiológicos, demográficos y geográficos del padecimiento.
- Definir esquemas de contratación atractivos para el personal médico y técnico.
- Evaluar el desempeño del personal respecto a sus tareas en el Programa.

2. Evaluar el desempeño de los programas de gobierno y su impacto en la población.

Sistema de información para el monitoreo, la evaluación del programa y la rendición de cuentas.

La complejidad de los programas de detección y control del cáncer hace indispensable incorporar sistemas de información que de manera sistemática evalúen las acciones que se llevan a cabo para identificar áreas de oportunidad y corregirlas en un proceso de mejora continua que garantice la calidad de los servicios. Sin embargo no basta con el desarrollo de un sistema informático, deben invertirse esfuerzos y recursos en el mantenimiento y operación del mismo, de manera que se cumplan los siguientes procesos de manera continua:

- Recolección de la información, con la participación de todos los involucrados en el programa a través del llenado preciso y cuidadoso de los formatos específicos
- Captura de la información, que requiere contar con personal específico y capacitado, así como equipo suficiente y con funcionamiento adecuado
- Conectividad a la red de información
- Análisis sistemático de la información, que implica la impresión de reportes establecidos periódicamente, la comparación de los resultados obtenidos con el estándar y la identificación de desviaciones, así como sus causas
- Difusión de la información en los niveles correspondientes
- Corrección de la problemática identificada.

Acciones	2008	2009	2010	2011	2012
Desarrollar campañas de promoción de la salud para promover la demanda de la detección					
Coordinación intra e interinstitucional					
Diseño y difusión de campañas					
Educación para la salud					
Mejorar la cobertura y calidad de las acciones de prevención y detección del cáncer cérvico uterino					
Prueba piloto para la introducción de la vacunación contra el VPH					
Vinculación para mejorar acceso en áreas marginadas					
Instrumentación de la detección con prueba de ADN para VPH					
Prueba piloto en el estado de Morelos e implementación en los 10 estados con mayor mortalidad					
Estandarización e instrumentación de laboratorios regionales para detección con VPH					
Centros de excelencia de citología y colposcopia					
Impulsar la capacitación y formación de personal que participa en la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino					
Promover la formación de colposcopistas en centros de capacitación acreditados					
Aumento de plazas de especialización para patólogos, oncólogos y radioterapeutas					
Incremento de egresados					
Capacitación continua al personal multidisciplinario					
Promover la gestión adecuada de personal, equipo e infraestructura					
Diagnóstico de recursos					
Instrumentos normativos					
Planeación, gestión y adquisición					
Diagnóstico y tratamiento integral del cáncer con calidad y oportunidad					
Elaboración de guías clínicas					
Difusión e implementación de las guías					
Establecer criterios para acreditación y certificación					
Acreditación de unidades y certificación de personal					
Unificar acciones a través de consenso, coordinación permanente con las instituciones, organizaciones médicas y sociedad civil					
Seguimiento sistemático a los acuerdos y compromisos					
Monitoreo y evaluación continua y sistemática del programa					
Desarrollo e implementación del sistema único interinstitucional (Observatorio de Cáncer de la Mujer)					
Operación y mantenimiento					

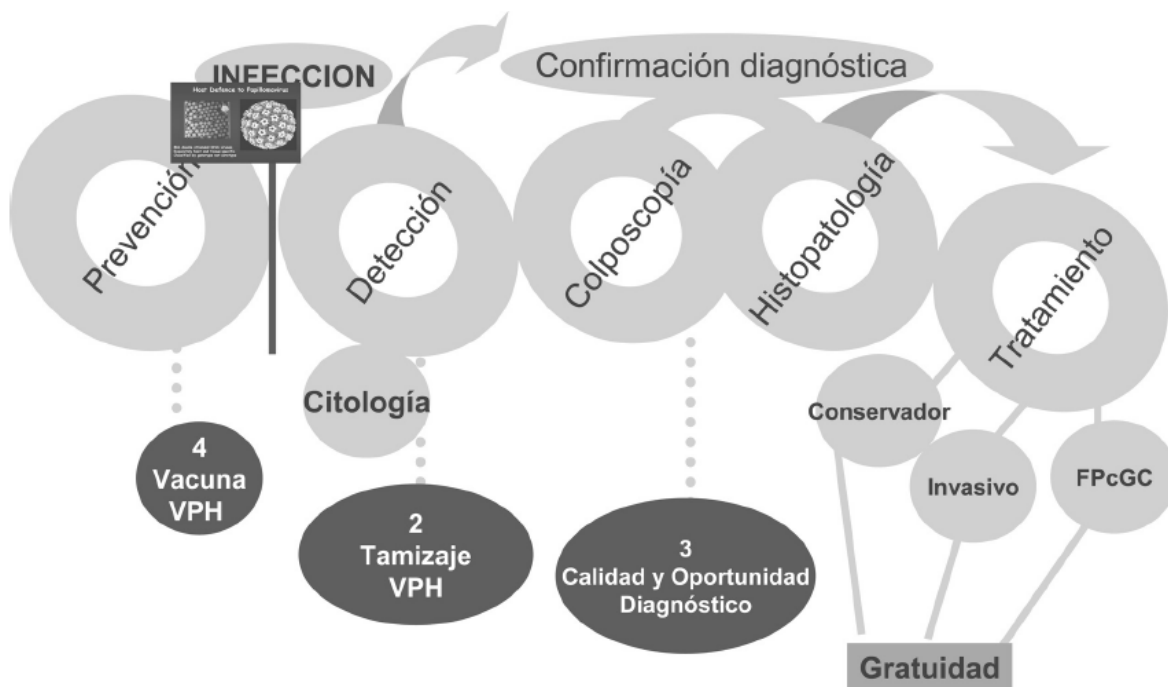
Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino.

IV.5. Evaluación y rendición de cuentas

IV.5.1 Sistema de monitoreo y seguimiento

Uno de los elementos indispensables en un programa de detección y control del cáncer es el monitoreo y seguimiento sistemáticos a través de indicadores de proceso y resultados, que tienen como fuente de información el registro nominal de acciones de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento en cada nivel de atención. Como se mencionó anteriormente una estrategia para consolidar este punto, es unificar los sistemas de información que existen en cada institución para estandarizar las actividades de monitoreo y vigilancia epidemiológica; mientras se concreta el sistema de información, se implementará un reporte básico de información concentrado entre las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Los indicadores se presentarán por institución y se elaborará un manual específico con todos los procedimientos y características del mismo. De acuerdo con las etapas de implementación el sistema deberá ser operativo en el año 2009, por lo que es a partir de ese año que se evaluarán de manera completa los indicadores propuestos.



Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012. Cáncer Cervicouterino.

IV.5.2 Evaluación de resultados

La evaluación de los resultados se llevará a cabo de la siguiente manera:

1. Seguimiento estrecho del cumplimiento de las metas prioritarias, lo cual será reportado en los Informes de Gobierno, Informe de Labores de la Secretaría de Salud e Informes adicionales solicitados por legisladores, organizaciones civiles o instituciones fiscalizadoras.
2. Reuniones para evaluar avances a nivel jurisdiccional, estatal y federal.
3. Reportes periódicos por parte de las instituciones del Sistema Nacional de Salud en el Comité Nacional de Cáncer de la Mujer.
4. Reuniones periódicas internas de evaluación en cada una de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
5. Boletín Caminando a la Excelencia en Cáncer Cérvico Uterino. Instrumento informativo de periodicidad trimestral y anual que permite retroalimentar el desempeño del programa en los Servicios Estatales de Salud, para facilitar la identificación de áreas de oportunidad de mejora.
6. Supervisiones programadas. Se realizarán visitas de supervisión a los estados considerados prioritarios y visitas a través de los grupos de Atención Integral del Cáncer de la Mujer (AICaMu) para aplicar estudios de campo cuyos resultados serán integrados en un reporte, al igual que los compromisos para el seguimiento de las acciones de mejora.
7. Encuestas rápidas de cobertura, en relación con percepciones sobre los determinantes del cáncer y de satisfacción con la atención de los servicios.
8. Vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Se efectuará de manera permanente en coordinación con la Dirección General de Vigilancia Epidemiológica de acuerdo con la normatividad establecida.

Acciones de Rectoría

Para contribuir a garantizar el cumplimiento de los programas de acción se llevarán a cabo además las siguientes acciones de rectoría:

A. Conducción y alineación de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

1. Elaboración de programas de trabajo estatales de cáncer cérvico uterino, donde las entidades federativas deberán alinear sus esfuerzos y compromisos para lograr las metas comprometidas en el PROSESA 2007-2012.
2. Acuerdos de Salud Pública firmados entre la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y los Servicios Estatales de Salud para comprometer el cumplimiento de las metas estatales en los programas de salud pública prioritarios acordados.
3. Acuerdos firmados por los titulares de las instituciones de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR) con el Secretario de Salud federal, para alcanzar las metas institucionales anuales establecidas en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.
4. El Seguro Popular incluirá en sus criterios de evaluación y de asignación de recursos el cumplimiento de metas establecidas en los programas de salud prioritarios del CAUSES.
5. Anexos de Ejecución firmados entre los órganos desconcentrados, unidades administrativas o instituciones descentralizadas con los Servicios de Salud de los Estados de los insumos, equipos, donaciones o subsidios que sean transferidos por el nivel federal (Ramo 12) a los estados, comprometiendo los resultados que deberán entregar con estos apoyos.
6. Seguimiento a nivel Secretarial de los avances en las metas de manera periódica en las reuniones del Consejo Nacional de Salud y en reuniones específicas con los estados con la mayor problemática.

Acciones extrasectoriales

1. Realizar reuniones periódicas del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer como un espacio estratégico de coordinación y consenso interinstitucional y con otros sectores involucrados
2. Promover acuerdos intersectoriales que permitan mejorar la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino (Pacto Nacional)

B. Regulación

1. Se actualizarán las guías, lineamientos y normas del cáncer cérvico uterino
2. Se incluirán como criterios de acreditación de las unidades médicas indicadores que garanticen la calidad de la atención para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino
3. Se solicitará la intervención de COFEPRIS en las unidades médicas públicas y privadas con resultados inadecuados en los indicadores propuestos en éste programa, con el objeto de establecer las medidas preventivas, correctivas o el cierre de la unidad en caso de que sea necesario.
4. CONAMED establecerá un plan de acción de los problemas de salud prioritarios vinculados a metas de prioridad presidencial y secretarial que causan el mayor daño o muerte por negligencia de acuerdo a los reportes anuales de esta institución.

5. Se reportará a las contralorías internas de cada entidad federativa o institución, las irregularidades detectadas para que se realice la investigación pertinente y se aplique la sanción que corresponda en caso de establecer que existió responsabilidad institucional o profesional.

V.

Vinculación del Programa, proyecto o asunto con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, PROSESA y PRONASA 2007-2012.

Vinculación con PND 2007-2012

El presente programa de salud se vincula con el Eje 3. Igualdad de oportunidades, cuyo fin es lograr el desarrollo humano y el bienestar de los mexicanos a través de la igualdad de oportunidades con el mejoramiento de las condiciones de vida de quienes viven en la pobreza. Gozar de salud es una de las condiciones que permiten participar activamente en la economía y de los beneficios que ésta ofrece. El Programa de Acción de Cáncer Cérvico Uterino incorpora los siguientes aspectos:

- Estrategias para mejorar el acceso, cobertura y calidad de las acciones de promoción de la salud, detección, diagnóstico y atención del cáncer cérvico uterino en áreas marginadas o con menor desarrollo económico
 - Gasto en salud como una inversión responsable que proporciona el mayor beneficio posible a la población
 - Implementación de acciones que han probado ser las más efectivas con base en la evidencia científica disponible
 - Coordinación con otras instituciones del sistema nacional de salud para sinergizar los esfuerzos e impactos
 - Promueve la participación de la sociedad civil para mejorar el acceso a los servicios
 - Disminuye la brecha en cuanto a las necesidades de recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías acordes con las necesidades para la detección y atención oportuna del cáncer cérvico uterino
 - Vigila el acceso a la atención gratuita para evitar el empobrecimiento de la familia
 - Monitorea y evalúa para la mejora continua del programa y la rendición de cuentas
- Sustentación con base en el PROSESA 2007-2012

El Plan de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino contribuye al cumplimiento de los cinco objetivos planteados en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, que de manera explícita lo menciona en:

- Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población
- Meta 1.6. Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino por 100,000 mujeres de 25 y más años de edad. Esta meta se clasifica en el PROSESA como estratégica y su seguimiento será también monitoreado por la oficina de la presidencia
- Línea de acción 2.13. Promover la prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico uterino y de mama, incluida en la estrategia 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades
- Las acciones propuestas en el PROSESA enfatizan la necesidad de fortalecer las actividades de detección y atención de las lesiones precursoras y el cáncer cérvico uterino

Sustentación con base en el PRONASA 2007-2012

El Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino contribuye al cumplimiento de los cinco objetivos planteados en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, que de manera explícita lo menciona en:

Objetivo 1. Mejorar las condiciones de salud de la población;

Meta 1.6 Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino por 100,000 mujeres de 25 años y más

Estrategia 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades

2.13 Promover la prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico-uterino y de mama

VI.

VI. Síntesis ejecutiva del programa,
proyecto o asunto

Antecedentes

El cáncer cérvico uterino es un problema de salud prioritario no únicamente por su alta magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad que es prevenible casi en un 100%.

En México la mortalidad por cáncer cérvico uterino ha mantenido una tendencia descendente los últimos 15 años, con una tasa de 25.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 1990 y de 14.6 en 2006, lo que representa un descenso del 45%. Sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país; de manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en estados con un menor índice de desarrollo humano y en zonas rurales, por lo que uno de los retos de la administración era disminuir esta inequidad.

En el período 2000-2006 se realizaron algunas estrategias que contribuyeron a mejorar la prevención y control del cáncer cérvico uterino; se focalizó la detección prioritariamente a las mujeres que nunca se habían realizado el estudio y a aquellas que tuvieran más de tres años que no se lo habían realizado o que presentaran otros factores de riesgo asociados al desarrollo de la patología.

Actualmente, se ha demostrado que la infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la causa del cáncer cérvico uterino. El mayor conocimiento de los factores de riesgo y de la historia natural de la enfermedad, así como las nuevas tecnologías para su detección, ofrecen la oportunidad de mejorar el desempeño del programa en nuestro país y reducir la mortalidad prematura por esta patología. Por ello, la instrumentación de la detección con la prueba de VPH se convirtió en acción prioritaria. Así mismo, considerando que aún existen rezagos en áreas de alta marginación, incluidas las comunidades indígenas y en las que no se cuenta con infraestructura adecuada para realizar la detección con citología cervical y/o prueba del papiloma virus de manera regular, es necesario actualizar el diagnóstico del programa, evaluar la introducción de la vacuna contra el VPH, mejorar la calidad de la interpretación citológica y del diagnóstico colposcópico, y anatomopatológico, así como estandarizar el tratamiento para las lesiones precursoras y el cáncer. Para ello, se continuará con campañas de educación para la salud, capacitación continua, certificación del personal y con la consolidación del sistema de información para el monitoreo y evaluación sistemáticos.

DESARROLLO DEL PROGRAMA O PROYECTO

ÁMBITO DE DESARROLLO

El Programa de Acción Específico Cáncer Cérvico Uterino es de aplicación permanente a nivel nacional en el Sector y lleva a cabo acciones que han demostrado su efectividad; es además, de aplicación general en las unidades de la Secretaría de Salud de las 32 entidades federativas, bajo la rectoría del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

PRINCIPALES LOGROS

Uno de los propósitos fundamentales del Programa de Acción Específico consistía en la disminución de las diferencias entre los indicadores que monitorean su operatividad entre las entidades federativas, con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios de alta y muy alta marginación; entre sus principales objetivos se

encontraba continuar mejorando la oportunidad, calidad y acceso a la detección oportuna, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino, para abatir la incidencia y disminuir la mortalidad, incorporando las nuevas tecnologías y opciones preventivas disponibles y asequibles a la administración pública que hayan demostrado su costo-efectividad.

Entre los logros más destacados se encuentra la implementación de tecnologías de punta tanto para detección, con la prueba del virus del papiloma humano, como para la prevención primaria con la vacuna contra la infección por VPH a nivel nacional, considerando que se trata de un programa público.

Actualmente, la Secretaría de Salud utiliza en sus unidades médicas dos métodos de tamizaje, la citología cervical o Papanicolaou, para mujeres de 25 a 34 años de edad; y la prueba del papiloma humano, consistente en la detección de VPH de alto riesgo oncogénico por medio de técnicas de hibridación de ADN en muestras cérvico-vaginales, indicada para mujeres de 35 a 64 años de edad.

Otro logro destacado es la oficialización del carácter universal de la vacuna contra la infección por virus del papiloma humano, responsable de alrededor del 70% de los casos de cáncer cervical.

La Secretaría de Salud fue pionera tanto en la implementación de la prueba del papiloma humano como en la aplicación de vacuna, inicialmente se consideró facilitar el acceso a estas tecnologías para mujeres y niñas que habitan los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano en siete entidades federativas. Posteriormente y de manera gradual, se amplió a otros municipios en un número mayor de entidades, hasta lograr la universalización en este 2012.

Durante 2012, se realizaron 396,643 citologías; de estas, se detectaron 13,514 muestras con resultado citológico anormal. Se atendieron 7,415 mujeres con resultado anormal en clínicas de colposcopia y a 722 se les tomó biopsia; 690 mujeres se encuentran en tratamiento.¹

Respecto a la prueba del papiloma virus, se realizaron 681,894 estudios; resultado 59,614 muestras positivas. Se les realizó citología complementaria a 20,372 mujeres, cuyo resultado a la prueba fue positivo, de ellas, 5,495 presentaron alguna anomalía citológica, 1,717 fueron atendidas en clínica de colposcopia y 94 se encuentran en tratamiento.²

En cuanto a la vacuna contra la infección por VPH, en 2009 se concluyó la vacunación con el esquema de tres dosis sugerido por los laboratorios (0 meses, a los 2 meses y a los seis meses), vacunando al 90% de las niñas de 12 a 16 años de edad programadas y para 2010 se vacunaron 86,379 niñas de 9 años con un logro de la meta propuesta para ese año de 76.8%. En total, el sistema nacional de salud de enero de 2009 a agosto de 2010 aplicó 697,498 vacunas contra el VPH.

¹ Fuente: Documento interno elaborado en el CNEGSR. Octubre 2012.

² Fuente: Documento interno elaborado en el CNEGSR. Octubre 2012.

A partir del año 2011, la aplicación operativa de la vacuna pasó a ser responsabilidad del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) y a partir del 03 de octubre de 2012, tiene carácter universal con su inclusión en la Cartilla Nacional de Salud.

AVANCES POR ENTIDAD FEDERATIVA

El método de tamizaje para mujeres de 25 a 64 años de edad en el 2007 era la citología exfoliativa cervical o Papanicolaou. A partir de noviembre de 2008 se inicia con el tamizaje con prueba del papiloma virus para mujeres de 35 a 64 años de edad en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano en siete entidades federativas, a saber, Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz. Para el año 2009, ya todas las entidades federativas iniciaron con el tamizaje con este método. No obstante, las entidades federativas continuaron realizando citologías entre las mujeres del grupo de edad de 35 a 64 años, por lo que se contabilizan detecciones en el grupo de edad de 25 a 64 años. Los avances en el tamizaje por entidad federativa de 2007 a 2011 fueron los siguientes:

Entidad Federativa	DETECCIONES				
	2007	2008	2009	2010	2011
Aguascalientes	10,688	10,290	8,833	16,426	20,632
Baja California	21,571	19,227	26,236	33,848	28,433
Baja California Sur	4,420	3,596	6,830	6,395	7,326
Campeche	11,026	10,923	20,006	15,664	14,084
Coahuila	18,334	15,228	13,928	11,788	22,178
Colima	8,138	6,719	13,306	11,185	13,342
Chiapas	22,866	25,646	57,495	87,340	81,042
Chihuahua	22,885	24,197	27,362	40,132	44,346
Distrito Federal	46,354	38,052	33,214	85,974	74,938
Durango	15,322	14,485	22,141	14,193	19,747
Guanajuato	66,866	62,407	69,124	129,169	120,006
Guerrero	29,958	31,996	67,289	57,405	57,477
Hidalgo	30,796	28,925	50,599	56,854	43,692
Jalisco	33,165	29,289	27,954	138,661	86,726
México, Estado	64,297	62,366	74,260	176,113	148,086
Michoacán	34,367	28,527	76,830	51,986	46,096
Morelos	15,155	104,087	12,644	23,735	14,109
Nayarit	18,488	12,280	20,929	20,024	22,315
Nuevo León	34,842	29,386	28,729	65,283	55,157
Oaxaca	29,687	34,200	74,412	63,474	45,295
Puebla	63,895	54,701	102,811	79,554	98,233
Querétaro	16,125	16,072	24,523	28,652	25,427
Quintana Roo	12,717	12,164	22,443	21,475	16,990
San Luis Potosí	21,209	19,371	19,080	34,968	43,907

Sinaloa	16,226	15,808	16,019	40,567	37,501
Sonora	19,797	18,850	18,789	29,884	39,613
Tabasco	41,385	38,715	72,568	60,963	60,589
Tamaulipas	25,039	21,658	60,202	31,230	39,818
Tlaxcala	14,916	14,316	23,458	57,266	21,514
Veracruz	72,671	66,830	126,313	114,863	78,181
Yucatán	11,652	10,844	23,243	32,962	23,959
Zacatecas	15,308	15,071	29,542	23,026	21,430
Total	870,165	896,226	1,271,112	1,661,059	1,472,189

Fuente: SICAM, Corte 18/04/2012.

Detecciones en mujeres de 25 a 64 años de edad.

Durante el 2012, la evaluación del desempeño en tamizaje con la prueba de Papanicolaou en mujeres de 25-34 años de edad fue la siguiente. ³

Lugar nacional	Entidad Federativa	Calificación del desempeño
1	Durango	83.00%
2	Chihuahua	85.30%
3	Baja California Sur	83.60%
4	Sonora	82.60%
5	San Luis Potosí	80.10%
6	Nayarit	78.80%
7	Guerrero	78.50%
8	Guanajuato	78.40%
9	Baja California	76.50%
10	Michoacán	75.10%
11	Colima	74.90%
12	Tabasco	74.50%
13	Veracruz	73.10%
14	Coahuila	73.10%
15	Yucatán	72.50%
16	Aguascalientes	71.90%
17	Hidalgo	71.20%
18	Tamaulipas	70.90%
19	Jalisco	70.20%
20	Querétaro	69.10%
21	Morelos	69.00%

³ Fuente: Documento interno elaborado en el CNEGSR. Octubre 2012.

22	Sinaloa	68.90%
23	Quintana Roo	68.60%
24	Tlaxcala	68.30%
25	Puebla	67.50%
26	Zacatecas	66.50%
27	Oaxaca	65.60%
28	México, Estado de	65.50%
29	Nuevo León	65.10%
30	Distrito Federal	54.70%
31	Chiapas	54.10%
32	Campeche	46.40%
	Total	72.50%

Respecto a la productividad lograda con la prueba del papiloma virus, a septiembre 2012, es la siguiente⁴:

Entidad Federativa	Pruebas realizadas	Pruebas con resultado positivo
Aguascalientes	6,366	524
Baja California	14,692	1,327
Baja California Sur	3,019	241
Campeche	7,792	699
Coahuila	10,398	841
Colima	4,273	354
Chiapas	45,975	4,319
Chihuahua	20,557	2,054
Distrito Federal	42,688	3,953
Durango	9,366	785
Guanajuato	52,850	3,603
Guerrero	19,735	1,893
Hidalgo	20,473	1,625
Jalisco	57,431	4,473
México, Estado	66,392	5,295
Michoacán	28,357	2,279
Morelos	2,864	293
Nayarit	4,442	369
Nuevo León	22,718	2,054
Oaxaca	27,496	2,632

⁴ Fuente: Documento interno elaborado en el CNEGSR. Octubre 2012.

Puebla	30,473	2,655
Querétaro	9,158	701
Quintana Roo	4,990	561
San Luis Potosí	23,407	1,903
Sinaloa	19,564	1,794
Sonora	12,981	1,346
Tabasco	32,897	3,272
Tamaulipas	18,494	1,795
Tlaxcala	6,944	623
Veracruz	35,234	3,726
Yucatán	9,602	974
Zacatecas	10,266	651
Total	681,894	59,614

Respecto a evaluación del desempeño en tamizaje con la prueba de VPH en mujeres de 35-64 años de edad, por entidad federativa durante el 2012 es la siguiente.⁵

Lugar nacional	Entidad Federativa	Calificación del desempeño
1	Guerrero	89.40%
2	Colima	86.30%
3	Aguascalientes	86.00%
4	Distrito Federal	85.90%
5	Campeche	83.20%
6	Yucatán	80.90%
7	Tabasco	80.00%
8	Puebla	79.40%
9	Baja California	78.60%
10	Veracruz	78.00%
11	San Luis Potosí	76.80%
12	Sinaloa	76.10%
13	Oaxaca	75.90%
14	Guanajuato	69.80%
15	México, Estado de	69.50%
16	Michoacán	67.90%
17	Jalisco	65.70%
18	Baja California Sur	64.60%
19	Quintana Roo	62.10%

⁵ Fuente: Documento interno elaborado en el CNEGSR. Octubre 2012.

20	Tlaxcala	60.70%
21	Zacatecas	58.20%
22	Querétaro	55.90%
23	Hidalgo	46.60%
24	Chihuahua	44.20%
25	Sonora	43.60%
26	Coahuila	43.00%
27	Chiapas	42.70%
28	Nuevo León	30.40%
29	Nayarit	25.60%
30	Durango	23.70%
31	Tamaulipas	22.70%
32	Morelos	19.70%
	Total	74.50%

ALCANCE

En México la mortalidad por cáncer cérvico uterino ha mantenido una tendencia descendente los últimos 15 años, con una tasa de 25.3 defunciones por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en 1990 a 12.8 en 2011, lo que representa una disminución del 50.59% en 20 años; sin embargo, este descenso no ha sido homogéneo en todo el país; de manera similar al comportamiento mundial, en México la mayor mortalidad se concentra en estados con un menor índice de desarrollo humano y en zonas rurales, por lo que uno de los retos es disminuir esta inequidad.

El programa de acción de cáncer de cérvico uterino es un programa con años de tradición, sin embargo no estaba estructurado acorde a la historia natural de la enfermedad la cual se desconocía, y fue hasta en la décadas recientes en que Haroldd Zur Hausen presentó las evidencias del papel del VPH en el cáncer de cérvix, postulándolo como agente causal del mismo.

El mayor conocimiento de los factores de riesgo y de la historia natural del cáncer cérvico uterino, así como contar con nuevas tecnologías para la prevención (Vacuna) y para detección (pruebas de biología molecular), ofrecieron la oportunidad de mejorar el desempeño del programa en nuestro país y, disminuir la mortalidad prematura por cáncer cérvico uterino. Por ello se instrumentó la detección con la prueba de captura de híbridos de VPH en el grupo de mujeres de 35 a 64 años y se ha iniciado la vacunación en las niñas de 5°. Año de primaria, acciones ambas que colocan a México a la vanguardia y como referencia en materia de Medicina Preventiva ya que somos el primer país en Latino América en tener esta prueba de tamizaje y la vacunación universal de las niñas (9 años) como estrategias integrales dentro del programa de cáncer cérvico uterino.

RETOS CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO

Además de las características de los servicios de salud, la instrumentación y mejoramiento de los programas de tamizaje debe considerarse el entorno social, cultural y económico de la población a la que van dirigidos; en este aspecto, es indispensable tomar en cuenta la perspectiva de género en salud; con el enfoque de la salud como un derecho humano que involucre el bienestar de las personas tanto en el área biológica y social, sin omitir el aspecto emocional, que en la práctica debe tender a la eliminación de estigmas, antes bien, proporcionar atención de manera integral.

Continúa siendo un foco rojo el seguimiento de pacientes con resultado citológico anormal y la garantía de su atención y adherencia al tratamiento en las clínicas de colposcopia. Un aspecto medular a considerar es la calidad de los servicios, no sólo en el aspecto técnico-médico, sino primordialmente en el de actitud y vocación de servicio del personal de salud.

La consolidación de un Sistema de Información en línea que sea sustentable en sí mismo y proporcione los datos que permitan la toma de decisiones respecto a los ajustes o mejoras de los diferentes procesos involucrados en el Programa, resulta de necesidad a corto y/o mediano plazo.

Es de sobra sabido que el impacto de las acciones en la reducción de la mortalidad por esta patología podrá ser ponderado en un largo plazo. No obstante, parece totalmente inaceptable que casi 4,000 mujeres de 25 años y más sigan falleciendo por cáncer cérvico uterino cada año, siendo casi 100% prevenible al realizar detección y diagnósticos tempranos y tratamiento oportunos; menos aún, cuando se cuenta con tecnologías avanzadas para poder cumplir con estas tareas.

Uno de los retos mayores estriba en el fortalecimiento de la red de unidades de atención en los aspectos de infraestructura, equipamiento, capital humano, competencias técnicas, pero primordialmente en la calidad de la atención a la población usuaria desde la validación de su naturaleza como personas, no como casos clínicos ni número de expedientes.

EJERCICIO PRESUPUESTARIO

La información presupuestaria incluida es, en su mayoría, correspondiente al total de lo ejercido para el Programa de Acción Específico de Cáncer Cérvico Uterino; sin embargo, derivado de que alguna de esta información no es posible de desagregar, al pertenecer a los Programas de Acción Específicos: Igualdad de Género en Salud, Prevención y Atención de la Violencia, Cáncer de Mama, Cáncer Cérvico Uterino, Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Materna y Perinatal, y Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes, simultáneamente, existe información perteneciente al total de lo ejercido por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Asimismo, es importante mencionar que durante los ejercicios fiscales 2007 y 2008, el presupuesto del Programa de Acción de Cáncer Cérvico Uterino compartía su presupuesto con el Programa de Acción de Cáncer de Mama.

Años	Capítulo	Autorizado	Modificado	Ejercido	Diferencia	Comentarios
2007	2000	68,400,000.00	27,438,899.38	27,438,899.38	-	Durante este ejercicio fiscal el Programa de Acción de Cáncer de Mama ejercía un presupuesto en
	3000	3,442,513.00	2,846,193.22	2,846,193.22	-	

	4000	-	-	-	-	conjunto con el de Cáncer Cérvico Uterino
	5000	-	-	-	-	
	7000	-	-	-	-	
TOTAL 2007		71,842,513.00	30,285,092.60	30,285,092.60	-	
2008	2000	34,612,289.00	239,441,473.36	239,441,473.36	-	Durante este ejercicio fiscal el Programa de Acción de Cáncer de Mama ejercía un presupuesto en conjunto con el de Cáncer Cérvico Uterino
	3000	7,471,467.00	31,768,737.20	31,768,737.20	-	
	4000	42,193,605.00	81,450,961.00	81,450,961.00	-	
	5000	-	28,519,586.35	28,519,586.35	-	
	7000	-	4,807,618.04	4,807,618.04	-	
TOTAL 2008		84,277,361.00	385,988,375.95	385,988,375.95	-	
2009	2000	312,000,000.00	198,000,000.00	198,000,000.00	-	
	3000	13,433,881.00	9,197,165.93	9,197,165.93	-	
	4000	2,000,000.00	116,000,000.00	116,000,000.00	-	
	5000	-	-	-	-	
	7000	-	-	-	-	
TOTAL 2009		327,433,881.00	323,197,165.93	323,197,165.93	-	
2010	2000	283,850,000.00	208,954,129.13	208,954,129.13	-	Durante este ejercicio \$289,531,507.47 (Doscientos ochenta y nueve millones quinientos treinta y un mil quinientos siete pesos 47/100 M.N.) fueron ejercidos de manera conjunta con el Programa de Cáncer Cérvico Uterino la pertenecer a "Cáncer Cérvico Uterino y Mamario".
	3000	36,064,357.00	36,982,354.89	36,982,354.89	-	
	4000	179,921,026.00	196,510,201.57	196,510,201.57	-	
	5000	-	32,800,000.00	32,800,000.00	-	
	7000	-	200,000.00	200,000.00	-	
TOTAL 2010		499,835,383.00	475,446,685.59	475,446,685.59	-	
2011	2000	502,000,000.00	256,347,306.97	256,347,306.97	-	
	3000	30,200,000.00	28,259,410.45	28,259,410.45	-	
	4000	37,000,000.00	109,635,259.60	109,635,259.60	-	
	5000	-	-	-	-	
	7000	-	-	-	-	
TOTAL 2011		569,200,000.00	394,241,977.02	394,241,977.02	-	
2012*	2000	249,702,359.00	174,804,538.24	121,459,983.25	53,344,554.99	Esta información incluye también los recursos comprometidos para el segundo semestre de 2012
	3000	21,950,000.00	23,728,449.26	3,088,173.95	20,640,275.31	
	4000	143,649,666.00	138,940,622.07	135,764,387.93	3,176,234.14	
	5000	-	-	-	-	
	7000	-	-	-	-	
TOTAL 2012		415,302,025.00	337,473,609.57	260,312,545.13	77,161,064.44	
TOTAL	Total 2000	1,450,564,648.00	1,104,986,347.08	1,051,641,792.09	53,344,554.99	
	Total 3000	112,562,218.00	132,782,310.95	112,142,035.64	20,640,275.31	
	Total 4000	404,764,297.00	642,537,044.24	639,360,810.10	3,176,234.14	

	Total 5000	-	61,319,586.35	61,319,586.35	-
	Total 7000	-	5,007,618.04	5,007,618.04	-
Sumas:		1,967,891,163.00	1,946,632,906.66	1,869,471,842.22	77,161,064.44

Fuente: Listado del Ejercicio de Presupuesto DGPOP

*Con corte al 31 de agosto de 2012

Durante el periodo comprendido en 2007-2012 el Presupuesto de Egresos de la Federación asignó un presupuesto autorizado por 1,967,891,163.00 (Mil novecientos sesenta y siete millones ochocientos noventa y un mil ciento sesenta y tres pesos 00/100 M.N.) para el Programa de Acción de Cáncer Cérvico Uterino, dado a conocer por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud. Este importe sufrió modificaciones para llegar a un monto total modificado de 1, 946, 632,906.66 (Mil novecientos cuarenta y seis mi. Mismo que se ha ejercido en un 99 por ciento al 31 de Agosto de 2012, los 77, 161,064.44 (Setenta y siete millones ciento sesenta y un mil sesenta y cuatro pesos 44/100 M.N.) restantes se ejercerán a diciembre de este mismo año.

Transferencia de recursos

Desde el 2007, el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE) es firmado año tras año por los titulares de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y sus órganos, así como por la Secretaría de Salud de cada estado y por la Secretaría de Finanzas y Administración o de la Secretaría de Hacienda locales según sea el caso, con el objetivo de mantener la rectoría por parte del ámbito federal.

Objeto del Recurso

El propósito de este convenio es identificar y ordenar la ejecución del gasto de acuerdo al nuevo modelo de gestión por resultados.

Problemática

El esquema de asignación de recursos para las entidades federativas ocasiona que la responsabilidad de la gestión de los programas y la ejecución de los recursos financieros estén sujetas a la discrecionalidad o voluntad política del ejecutivo local.

De acuerdo con la Cédula de Resultados Finales de la Auditoría No. 522/2009 realizada en 2010 por la Auditoría Superior de la Federación: "Se concluye que no existe una planeación y programación adecuada de las entidades federativas sobre la aplicación de recursos para el cumplimiento de metas con los recursos del AFASPE 2009;... además de que no existen medidas correctivas por el incumplimiento por parte de las entidades federativas".

Los recursos fiscales que se encuentran pendientes por Comprobar para el Programa de Acción de Cáncer Cérvico Uterino, hasta el 31 de agosto de 2012, son los siguientes. Asimismo, en el anexo No. 1 de este

informe se desagregan las transferencias convenidas, transferidas, comprobadas, pro comprobar y lo devuelto a la TESOFE.

ENTIDAD FEDERATIVA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL POR ENTIDAD
AGUASCALIENTES	-	-	-	-	2,601,427.00	2,921,788.00	5,523,215.00
BAJA CALIFORNIA	-	-	-	-	11,928,922.46	7,202,241.00	19,131,163.46
BAJA CALIFORNIA SUR	-	-	-	-	75,109.75	5,013,874.93	5,088,984.68
CAMPECHE	-	-	43.03	-	6,201,189.28	10,153,219.54	16,354,451.85
COAHUILA	-	-	-	1,078,249.78	32,822,989.26	10,000,000.00	43,901,239.04
COLIMA	-	-	-	-	11,018,036.15	3,972,810.06	14,990,846.21
CHIAPAS	-	-	17,808.32	-	4,962,091.83	13,340,628.35	18,320,528.50
CHIHUAHUA	-	-	-	-	5,368,557.10	9,452,795.67	14,821,352.77
DISTRITO FEDERAL	-	-	-	-	11,922,359.22	15,092,196.15	27,014,555.37
DURANGO	-	-	224,492.08	15,420.15	18,484,024.93	5,452,263.45	24,176,200.61
GUANAJUATO	-	-	-	-	3,833,508.26	16,741,240.21	20,574,748.47
GUERRERO	-	-	-	-	1,653,284.09	14,385,078.51	16,038,362.60
HIDALGO	-	-	-	-	27,459,742.58	6,658,911.00	34,118,653.58
JALISCO	-	-	-	-	10,789,147.38	12,299,450.34	23,088,597.72
MÉXICO	-	-	-	-	16,272,365.06	18,837,876.60	35,110,241.66
MICHOACÁN	-	-	-	-	11,566,368.60	14,463,733.35	26,030,101.95
MORELOS	-	-	-	-	10,736,890.37	3,664,793.80	14,401,684.17
NAYARIT	-	-	-	-	17,390,645.33	3,275,757.38	20,666,402.71
NUEVO LEÓN	-	-	-	-	7,366,022.00	12,869,293.99	20,235,315.99
OAXACA	-	-	-	-	24,897,014.16	9,124,751.43	34,021,765.59
PUEBLA	-	-	-	-	27,036,947.21	5,044,469.51	32,081,416.72
QUERÉTARO	-	-	-	-	644,480.32	3,633,862.52	4,278,342.84
QUINTANA ROO	-	-	-	-	11,291,764.07	4,535,174.41	15,826,938.48
SAN LUIS POTOSÍ	-	-	-	-	15,117,525.65	5,248,009.00	20,365,534.65
SINALOA	-	-	-	-	2,732,682.14	6,999,154.00	9,731,836.14
SONORA	-	-	-	81,370.50	5,677,536.48	5,625,407.00	11,384,313.98
TABASCO	-	-	-	-	5,847,959.15	7,338,562.00	13,186,521.15

TAMAULIPAS	-	-	-	-	11,922,185.65	6,991,857.00	18,914,042.65
TLAXCALA	-	-	-	-	14,546,143.28	3,517,566.40	18,063,709.68
VERACRUZ	-	-	-	-	23,943,243.88	15,235,630.37	39,178,874.25
YUCATÁN	-	-	-	-	2,701,900.93	3,715,379.50	6,417,280.43
ZACATECAS	-	-	-	-	7,893,281.19	3,807,003.00	11,700,284.19
TOTAL	-	-	242,343.43	1,175,040.43	366,705,344.76	266,614,778.47	634,737,507.09

Acciones realizadas para su recuperación y/o devolución a la TESOFE

A fin de verificar que los recursos financieros e insumos transferidos con motivo del Convenio Específico, sean destinados únicamente para la realización de las intervenciones aprobadas en el ámbito del Programa de Cáncer Cérvico Uterino, a partir del ejercicio 2010 se programan supervisiones integrales convocadas por la Dirección de Operación de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Asimismo, en cumplimiento a las obligaciones contractuales de "LA SECRETARÍA" establecidas en este Convenio Específico, el área técnica de este Programa de Acción realiza supervisiones a las entidades federativas para verificar que los recursos financieros e insumos transferidos con motivo del Convenio Específico sean destinados únicamente para la realización de las intervenciones aprobadas en el ámbito del Programa de Cáncer Cérvico Uterino.

RESULTADOS PROGRAMÁTICOS SEGUIMIENTO DE METAS

A) METAS DE RESULTADO

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Metas: Alcanzar una cobertura de detección por citología cervical de 85% cada tres años, en mujeres de 25 a 34 años de edad en el 2012

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/E
Programado	80%	81%	82%	83%	84%	85%	85%	85%
Real	35%	65%	59%	54%	53%	21%	39.5%	48.6%
Variables*	668,164 /1,895,667	824,974 /1,269,191	798,383 /1,344,482	774,247 /1,423,856	766,319 /1,444,462	307,027 /1,469,015	497,770 /1,483,267	3,968,720 /8,434,273
Logro	47%	80.2%	71.9%	65.0%	63.0%	24.7%	33.5%**	47.1

*Variable 1=Total de mujeres de 25 a 34 años de edad en las cuales se realizó Pap/Variable 2=Total de mujeres de 25 a 34 años de edad

**Enero a agosto 2012. Septiembre-diciembre, 2012 proyecciones.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Metas: Alcanzar una cobertura de detección primaria por captura de híbridos (VPH) de 85% cada cinco años, en mujeres de 35 a 64 años de edad, en el año 2012

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012**	2012/E
Programado	N/A	N/A	10%	25%	45%	65%	85%	85%
Real			24%	29%	53%	26%	45%	45%
Variable			193,641 /800,000	542,908 /1,845,352	906,409 /1,699,746	424,254 /1,642,288	659,924 /1706971	2,727,136 /7,694,357
Logro			24.2%	29.4%	53.3%	25.3%	38.7%	35.4%

*Variable 1=Total de mujeres de 35 a 64 años de edad en las cuales se realizó prueba de VPH y Pap/Variable 2=Total de mujeres de 35 a 64 años de edad por año

**Enero- Agosto 2012.

B) METAS DE PROCESO

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Metas: Alcanzar un índice de positividad (lesiones de alto grado o cáncer) de 1.5% en la detección con Papanicolaou, en el año 2012

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado		0.7	0.9	1	1.2	1.3	1.5
Real		1.2	1.1	1.2	1.2	1.5	
Variables		895,57 7 /10,96 2	802,5 30 /9,13 3	787,2 37 /9,56 9	767,3 73 /9,05 2	331,1 64 /4,12 3	586,48 5 /4,823
Logro		171%	122%	120%	100%	115%	100%

*Variable 1=Total de mujeres de 35 a 64 años de edad positivas a lesiones de alto grado/Variable 2=Total de mujeres de 35 a 64 años de edad en las cuales se realizó prueba de Papanicolaou

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Metas: Lograr el 9% de positividad a través del tamizaje primario con la prueba de VPH

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado			9	9	9	9	9
Real			8.6	7.9	7.8	6.6	8.7

Variables			5,902 /68,4 49	42,89 1 /542, 908	75,98 7 /969, 230	29,55 9 /446, 134	659,92 4 /1,381, 160
Logro			95.5%	87.8%	86.6%	73.3%	47.8%

*Variable 1=Total de mujeres de 35 a 64 años de edad positivas/Variable 2=Total de mujeres de 35 a 64 años de edad en las cuales se realizó prueba de detección de VPH

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Metas: Certificar a más del 90% de los citotecnólogos, patólogos y colposcopistas que participan en la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino, en el año 2012

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	-	-	30	60	80	>90	>90
Real			0	0	33	60	
Variables					122 /367	148 /245	
Logro			0%	0%	55%	66%	

*Variable 1=Total de personal dedicado al programa acreditado/Variable 2=Total de personal dedicado al programa

C) METAS DE IMPACTO

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Metas: Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más de edad, en el año 2012, con base en la cifra registrada en 2006.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	15	14.2	13.5	12.8	12.1	11.5	10.9
Real	15.02	14.3	14	13.9	13.4	12.8	12.5
Variables	4,114 /27,4 01,102	4,018/ 28,068,7 49X	4,023/ 28,736,1 47X	4,088/ 29,401,8 40X	4,047/ 30,181,9 97X	3,942/ 30,725,5 45X	3,846/ 31,385 ,618
		100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	

Logro	24.2	4.7 %	6.7 %	7.4 %	10.7 %	14.7	16.7 %
-------	------	-------	-------	-------	--------	------	--------

*Variable 1=Total de mujeres de 25 años y más de edad que fallecieron por cáncer cérvico uterino/Variable 2=Total de mujeres de 25 años y más de edad

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Metas: Reducir 50% las diferencias en la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino entre los cinco estados con mayores y menores tasas en el año 2012

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	50	8.3	16.6	24.9	33.2	41.5	50
Real	15	10.1	21.3	2.5	17.3	7.7	17
Variables	22.6X100 /10.7	10.08X100 /11.22-100	8.83X100 /11.22-100	10.94X100 /11.22-100	9.3X100 /11.22-100	10.35X100 /11.22-100	19.3*100 /8.29x100
Logro	53%	100%	100%	10%	52%	18.5%	57 %

*Variable 1=Tasa de mortalidad de las cinco entidades con la menor tasa/Variable 2=Tasa de mortalidad de las cinco entidades con la mayor tasa



VII.

Acciones realizadas en el período.-
Aspectos programáticos,
presupuestales y contables



TOTAL	Total 2000	1,450,564,648.	1,104,986,307.	1,051,641,792.0	53,344,554.9
	Total 3000	112,562,218.0	132,782,310.9	112,142,035.6	20,640,275.3
	Total 4000	404,764,297.4	642,537,044.1	639,360,810.0	3,176,234.1
	Total 5000	-	61,319,586.3	61,319,586.3	-
	Total 7000	-	5,007,618.0	5,007,618.0	-
Sumas:		1,967,891,163.0	1,946,632,906.3	1,869,471,842.0	77,161,064.4

Fuente: Listado del Ejercicio de Presupuesto DGPOP

*Con corte al 31 de agosto de 2012

EJERCICIO 2007

En este ejercicio se asignó un presupuesto autorizado anual por 71, 842, 513.00 pesos (Setenta y un millones ochocientos cuarenta y dos mil quinientos trece pesos, dado a conocer por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud para el Programa de Acción Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino y Mamario. Este importe sufrió modificaciones para llegar a un monto total anual 30, 285,092.60 pesos (Treinta millones doscientos ochenta y cinco mil noventa y dos mil pesos 60/100 M.N.), mismos que se ejercieron de la siguiente forma:

En el capítulo 2000 "Materiales y Suministros" 27, 438,899.38 pesos (Veintisiete millones cuatrocientos treinta y ocho mil ochocientos noventa y nueve pesos 00/100 M.N.), y en el capítulo 3000 "Servicios Generales" 2, 846,193.22 pesos (Dos millones ochocientos cuarenta y seis mil ciento noventa y tres pesos 22/100 M.N.).

La distribución del presupuesto ejercido se realizó de la siguiente manera:

- **Materiales y Suministros:** Se autorizó un presupuesto original de 68,400,000.00 (Sesenta y ocho millones cuatrocientos mil pesos 00/100 M.N.) y se ejercieron recursos por 27, 438,899.38 pesos (Veintisiete millones cuatrocientos treinta y ocho mil ochocientos noventa y nueve pesos 00/100 M.N.) correspondiendo estos a la adquisición de materiales y útiles de administración, productos alimenticios para las reuniones de Coordinación con de las Áreas Técnicas con las Entidades Federativas, la adquisición mediante licitaciones de productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio, además de vestuario. La variación absoluta respecto al presupuesto original fue de 40, 961,100.62 (Cuarenta millones novecientos sesenta y un mil cien pesos 62/100 M.N.) menor al original.
- **Servicios Generales:** Se autorizó un presupuesto original de 3, 442,513.00 pesos (Tres millones cuatrocientos cuarenta y dos mil quinientos trece pesos 00/100 M.N.) y se ejercieron recursos por 2,846,193.22 pesos (Dos millones ochocientos cuarenta y seis mil ciento noventa y tres pesos 22/100 M.N.), derivado de ampliaciones presupuestales de otros capítulos de gasto, correspondiendo éstos al pago del Sistema Integral de Planificación Familiar y el Sistema Integral de Información de Cáncer de la Mujer, al pago de contratos de honorarios por servicios profesionales, y por último al pago de servicios oficiales que incluye viáticos, pasajes y evento.

Ejercicio 2008

En este ejercicio se asignó un presupuesto autorizado anual por 84, 277,361.00 (Ochenta y cuatro millones doscientos setenta y siete mil trescientos sesenta y un pesos 00/100 M.N.) para los Programas de Acción de Cáncer de Mama y Cérvico Uterino, el cual incluye el presupuesto de Gasto de Operación, dado a conocer por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud. Este importe sufrió modificaciones para llegar a un monto total anual de 385,988,375.95 (Trescientos ochenta y cinco millones novecientos ochenta y ocho mil trescientos setenta y cinco pesos 95/100 M.N.) , mismos que se ejercieron de la siguiente forma:

La distribución del presupuesto ejercido se realizó de la siguiente manera:

- **Materiales y Suministros:** Se autorizó un presupuesto original de 34,612,289.00 (Treinta y cuatro millones seiscientos doce mil doscientos ochenta y nueve pesos) y se ejercieron recursos por 239,441,473.36 (Doscientos treinta y nueve millones cuatrocientos cuarenta y un mil cuatrocientos setenta y tres pesos 36/100 M.N.) correspondiendo éstos a la adquisición de diversos insumos para el apoyo de estos programas sustantivos de este Centro como papelería, productos alimenticios para las Reuniones de Coordinación, materiales, y por último la adquisiciones de accesorios y herramientas auxiliares de trabajo.
- **Servicios Generales:** Se autorizó un presupuesto original de 7, 471,467.00 y se ejercieron recursos por 31, 768,737.20, derivado de reducciones presupuestales compensadas para apoyo a otros capítulos de gasto. Los recursos ejercidos corresponden al pago de servicios comerciales, fletes para el traslado de bio-robots y de los insumos necesarios para su operación a diversas entidades federativas del área de Cáncer Cérvico Uterino, para el mantenimiento del inmueble. Además de lo anterior para el pago de servicios subrogados, al pago de viáticos y pasajes y de diversos Congresos, Reuniones y Talleres tales como: Caminando a la Excelencia una Realidad en el Programa del Cáncer Cérvico Uterino y 1º Reunión de Cáncer de Mama, VII Congreso Internacional de Colposcopia, Congreso Nacional de Mastología, al pago de honorarios por servicios profesionales del personal para la Atención Inmediata de Muertes Maternas (AIDEM). La variación absoluta respecto al presupuesto original fue de 24, 297,270.20 (Veinticuatro millones doscientos noventa y siete mil doscientos setenta pesos 20/100 M.N.) mayor al original.
- **Subsidios y transferencias:** Se autorizó un presupuesto original de 42, 193,605.00 (Cuarenta y dos millones ciento noventa y tres mil seiscientos cinco pesos 00/100 M.N.) y se ejercieron recursos por 81, 450,961.00 (Ochenta y un millones cuatrocientos cincuenta mil novecientos sesenta y un pesos 00/100 M.N. Se transfirieron recursos a las Entidades Federativas de los programas sustantivos de "Cáncer Mamario" "Cáncer Cérvico Uterino".

EJERCICIO 2009

A partir de este Ejercicio Fiscal, el Presupuesto de Egresos de la Federación asignó un presupuesto separado para los Programas de Acción de Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino.

En este ejercicio se asignó un presupuesto autorizado anual por 327, 433,881.00 (Trescientos veintisiete millones cuatrocientos treinta y tres mil ochocientos ochenta y un pesos 00/100 M.N.), el cual incluye el presupuesto de Gasto de Operación, dado a conocer por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud. Este importe sufrió modificaciones para llegar a un monto total anual de 323, 197,165.93 (Trescientos veintitrés millones ciento noventa y siete mil ciento sesenta y cinco pesos 93/100 M.N.), mismos que se ejercieron de la siguiente forma:

En el capítulo 2000 "Materiales y Suministros" 198, 000,000.00 (Ciento noventa y ocho millones de pesos 00/100 M.N.), en el capítulo 3000 "Servicios Generales" 9, 197,165.93 (Nueve millones ciento noventa y siete mil ciento sesenta y cinco pesos 93/100 M.N.), y por último, en el capítulo 4000 "Subsidios y Transferencias" 116, 000,000.00 (Ciento dieciséis millones de pesos 00/100 M.N.).

La distribución del presupuesto ejercido se realizó de la siguiente manera:

- **Materiales y Suministros:** Se autorizó un presupuesto original de 312,000,000.00 y se ejercieron recursos por 198,000,000.00 correspondiendo éstos la adquisición de insumos del concepto 2500 tales como: vacuna GARDACIL FA 0.5 ml 120 UG que previene la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), Ensayo de Hibridación de Ácido Nucleico en Microplaca DIGENE HYBRID (Prueba Híbrida). Por último a la adquisición de materiales y útiles de administración, productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio, y vestuario, uniformes y blancos. La variación absoluta respecto al presupuesto original fue de 114, 000,000.00 (Ciento catorce millones de pesos 00/100 M.N.) menor al original. Cabe Mencionar que se de este capítulo de gasto se realizaron adecuaciones presupuestales compensadas, para apoyar a otros capítulos de gasto.

- **Servicios Generales:** Se autorizó un presupuesto original de 13, 433,881.00 y se ejercieron recursos por 9, 197,165.93, derivado de reducciones presupuestales compensadas para apoyo a otros capítulos de gasto. Los recursos ejercidos corresponden al pago de honorarios por servicios profesionales, para el pago del servicio de distribución y entrega de material impreso a diferentes entidades federativas, así como la recepción, manejo, almacenamiento y refrigeración de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. Así como al pago de asesorías para la operación de programas derivado de diversos convenios de colaboración tal como:

- Estudio Fase IV de la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano

Otro aspecto importante a considerar es el pago material informativo (impresos) de diversos tópicos relacionados con el Programa de Cáncer Cérvico Uterino.

La variación absoluta respecto al presupuesto original fue de 4, 236,715.07 (Cuatro millones doscientos treinta y seis mil setecientos quince pesos 07/100 M.N.) menor al original.

- Subsidios y transferencias: Se autorizó un presupuesto original de 2, 000,000.00 (Dos millones de pesos 00/100 M.N.) y se ejercieron recursos por 116, 000,000.00 (Ciento dieciséis millones de pesos 00/100 M.N.), en virtud de realizar movimientos presupuestales de ampliaciones compensadas, con el fin de realizar la transferencia de recursos federales para cumplir con los “Convenios Específicos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas” (AFASPES). Dichos convenios están asociados a la Programa Sectorial de Salud 2007- 2012 el cual plantea objetivos en la atención de la salud que enfrenta el país, aunado a metas estratégicas, líneas de acción y actividades que corresponden a las prioridades del Sector Salud para contribuir al logro de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.

EJERCICIO 2010

En este ejercicio se asignó un presupuesto autorizado anual por 499,385,383.00 (Cuatrocientos noventa y nueve millones trescientos ochenta y cinco mil trescientos ochenta y tres pesos 00/100 M.N.), el cual incluye el presupuesto de Gasto de Operación, dado a conocer por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud. Este importe sufrió modificaciones para llegar a un monto total anual de 475, 446,685.59 (Cuatrocientos setenta y cinco millones cuatrocientos cuarenta y seis mil seiscientos ochenta y cinco pesos 59/100 M.N.), mismos que se ejercieron de la siguiente forma:

La distribución del presupuesto ejercido se realizó de la siguiente manera:

- Materiales y Suministros: Se autorizó un presupuesto original de 283,850,000.00 (Doscientos ochenta y tres millones quinientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), mismo que sufrió modificaciones hasta llegar a un total ejercido de 208, 954,129.13 (Doscientos ocho millones novecientos cincuenta y cuatro mil ciento veintinueve pesos 13/100 M.N.), teniendo una variación absoluta de 74,895,870.87, y se debe a movimientos presupuestales realizados para apoyar a otros capítulos de gasto, aunado a que al cierre del ejercicio se pusieron a disposición de la DGPOP recursos remanentes de esta unidad.

-Para este capítulo, el gasto principal se encausó en la adquisición de medicamentos, sustancias químicas, materiales y suministros médicos, de insumos como la vacuna que previene la infección del Virus del Papiloma Humano (VPH).

- Servicios Generales: Se autorizó un presupuesto original de 36, 064,357.00 (Treinta y seis millones sesenta y cuatro mil trescientos cincuenta y siete pesos 00/100 M.N.), ejerciendo 36,982,354.89 (Treinta y seis millones novecientos ochenta y dos mil trescientos cincuenta y cuatro pesos 89/100 M.N.), teniendo una variación absoluta de 917,997.89 (Novecientos diecisiete mil novecientos noventa y siete pesos 89/100 M.N.) mayor al presupuesto originalmente autorizado.

-El gasto en este capítulo se orientó básicamente para el pago de la logística y pago de Congresos y Eventos de los programas sustantivos de este Centro Nacional tales como: Reuniones Regionales, Reuniones Nacionales, para la impresión de material informativo de los programas sustantivos de Centro, para el pago de viáticos y pasajes, principalmente.

- Subsidios y transferencias: El rubro de Subsidios se autorizó un presupuesto original de 179, 921,026.00 (Ciento setenta y nueve millones novecientos veintiún mil veintiséis pesos 00/100 M.N.), ejerciendo 196, 510,201.57 (Ciento noventa y seis millones quinientos diez mil doscientos un pesos 57/100 M.N.), teniendo una variación absoluta de 16, 589,175.57 (Dieciséis millones quinientos ochenta y nueve mil ciento setenta y cinco pesos 57/100 M.N.) mayor al presupuesto originalmente autorizado.

El ejercicio de los recursos fue destinado al Sistema de Protección Social en Salud mediante los Convenios Específicos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPES).

- Bienes Muebles e Inmuebles: En relación al Gasto de Inversión no se tenía de origen recursos para el cumplimiento de compromisos del gasto de inversión, por lo que se realizaron movimientos presupuestales para dar la suficiencia correspondiente a este capítulo de gasto, derivado que se ejercieron recursos por 32,800,000.00 (Treinta y dos millones ochocientos mil pesos 00/100 M.N.).

- Inversión Financiera, Provisiones Económicas, Ayudas, Otras Erogaciones.- No se tenía de origen recursos para el cumplimiento de compromisos por lo que se realizaron ampliaciones por un monto de 200,000.00 (Doscientos mil pesos 00/100 M.N.), mismos que se ejercieron en su totalidad.

EJERCICIO 2011

En este ejercicio se asignó un presupuesto autorizado anual de 569, 200,000.00 (Quinientos sesenta y nueve millones doscientos mil pesos 00/100 M.N.), el cual incluye el presupuesto de Gasto de Operación, dado a conocer por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud. Este importe sufrió modificaciones para llegar a un monto total anual de 394, 241,977.02 (Trescientos noventa y cuatro millones doscientos cuarenta y un mil novecientos setenta y siete pesos 02/100 M.N.), mismos que se ejercieron de la siguiente forma:

En el capítulo 2000 "Materiales y Suministros" se ejerció un presupuesto de 256, 347,306.97 (Doscientos cincuenta y seis millones trescientos cuarenta y siete mil trescientos seis pesos 97/100 M.N.) en el capítulo 3000 "Servicios Generales" 28, 259,410.45 (Veintiocho millones doscientos cincuenta y nueve mil cuatrocientos diez pesos 45/100 M.N.) y por último, en el capítulo 4000 "Subsidios y Transferencias" 109, 635,259.60 (Ciento nueve millones seiscientos treinta y cinco mil doscientos cincuenta y nueve pesos 60/100 M.N.).

- Materiales y Suministros: Se autorizó un presupuesto original de 502, 000,000.00 (Quinientos dos millones de pesos 00/100 M.N.), y se ejercieron 256, 347,306.97 (Doscientos cincuenta y seis millones

trescientos cuarenta y siete mil trescientos seis pesos 97/100 M.N.), estos movimientos presupuestales se deben a movimientos presupuestales realizados para apoyar a otros capítulos de gasto.

- **Servicios Generales:** Se autorizó un presupuesto original de 30, 200,000.00 (Treinta millones doscientos mil pesos 00/100 M.N.), ejerciendo 28, 259,410.45 (Veintiocho millones doscientos cincuenta y nueve mil cuatrocientos diez pesos 45/100 M.N.), teniendo una variación absoluta de 1, 940,589.55 (Un millón novecientos cuarenta mil quinientos ochenta y nueve pesos 55/100 M.N.) menor al presupuesto originalmente autorizado.
- **Subsidios y transferencias:** El rubro de Subsidios se autorizó un presupuesto original de 37,000,000.00 (Treinta y siete millones de pesos 00/100 M.N.), ejerciendo 109,635,259.60 (Ciento nueve millones seiscientos treinta y cinco mil doscientos cincuenta y nueve pesos 60/100 M.N.), teniendo un aumento de 72,635,259.60 (Setenta y dos millones seiscientos treinta y cinco mil doscientos cincuenta y nueve pesos 60/100 M.N.) para transferencias para las entidades federativas.

EJERCICIO 2012

EJERCICIO AL 31 DE AGOSTO DE 2012

En este ejercicio se asignó un presupuesto autorizado anual por 415, 302,025.00 (Cuatrocientos quince millones trescientos dos mil veinticinco pesos 00/100 M.N.), dado a conocer por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud. Este importe sufrió modificaciones para llegar a un monto total anual de 337,473,609.57 (Trescientos treinta y siete millones cuatrocientos setenta y tres mil seiscientos nueve pesos 57/100 M.N.) y un ejercido de 260,312,545.13 (Doscientos sesenta millones trescientos doce mil quinientos cuarenta y cinco pesos 13/100 M.N.), mismos que se ejercieron de la siguiente forma:

En el capítulo 2000 "Materiales y Suministros" 121,459, 983.25 (Ciento veintiún mil cuatrocientos cincuenta y nueve pesos 25/100 M.N.), en el capítulo 3000 "Servicios Generales" 3, 088,173.95 (Tres millones ochenta y ocho mil ciento sesenta y tres pesos 95/100 M.N.) y en el capítulo 4000 "Subsidios y Transferencias" 135,764,387.93 (Ciento treinta y cinco millones setecientos sesenta y cuatro mil trescientos ochenta y siete pesos 93/100 M.N.).

La distribución del presupuesto ejercido se realizó de la siguiente manera:

- **Materiales y Suministros:** Se autorizó un presupuesto original 249,702,359.00 (Doscientos cuarenta y nueve millones setecientos dos mil trescientos cincuenta y nueve pesos 00/100 M.N.); este importe sufrió modificaciones para llegar a un monto total de 174,804,538.24 (Ciento setenta y cuatro millones ochocientos cuatro mil quinientos treinta y ocho pesos 24/100 M.N.) de los cuales se han ejercido recursos por 121,459,983.25 (Ciento veintiún millones cuatrocientos cincuenta y nueve mil novecientos ochenta y tres pesos 25/100 M.N.) y se tiene un compromiso para el segundo semestre de 2012 por \$53,344,554.99

(Cincuenta y tres mil trescientos cuarenta y cuatro pesos 99/100 M.N.) para la adquisición de diversos insumos para el apoyo de este programa sustantivo, adquisición de útiles y materiales de oficina contratos no. ADJ-124-12 Y ADJ-117-12, adquisición de cartuchos para impresora, CD's y toners a través del contrato no. ADJ-116-12, adquisición de cafetería y agua de garrafón; de las Licitaciones nacionales e internacionales se adquirirá materiales y productos tales como Levonorgestrel, ácido fólico, glucosa, Hidralazina Etonogestrel, Norelgestromina y Carbetocina de acuerdo a los contratos LA-0121L00001-N4-2012-001, LA-0121L00001-N4-2012-002, y LA-0121L00001-N4-2012-003, y suministros de laboratorio para Tamiz ampliado como son papel filtro y reactivo tirotrófina.

- **Servicios Generales:** Se autorizó un presupuesto original de 21, 950,000.00 (Cinco millones novecientos setenta y siete mil ciento setenta y tres pesos 00/100 M.N.), este importe sufrió modificaciones para llegar a un monto total de 23,728,449.26 (Veintitrés millones setecientos veintiocho mil cuatrocientos cuarenta y nueve pesos 26/100 M.N.) de los cuales se han ejercido recursos por 3,008,173.95 (Tres millones ocho mil ciento setenta y tres pesos 95/100 M.N.) y se tiene un compromiso de septiembre a diciembre de 2012 por \$20,640,275.31 (Veinte millones seiscientos cuarenta mil doscientos setenta y cinco pesos 31/100 M.N.) que corresponden al pago de los servicios profesionales conforme a Acuerdos Secretariales, pago de la certificación de las Parteras de acuerdo al contrato ADJ-084-2012, , cursos de capacitación relacionados con el programa de Cáncer en la Mujer, pago del estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de acuerdo al contrato No. CC-CNEGySR-INSP-01-2012 sobre actualizaciones, evaluaciones, seguimiento y estrategias de cuentas en salud pública; impresión de documentos oficiales; Pasajes aéreos nacionales para labores de campo del personal del CNEGySR, según el contrato O20-DCC-S-017/12; pasajes locales y viáticos nacionales para servidores públicos del CNEGySR; eventos programados del CNEGySR de acuerdo a los contratos no: CM-L00-001-12 Y CM-L00-002-12

- **Subsidios y transferencias:** Se autorizó un presupuesto original 143,649,666.00 (Ciento cuarenta y tres millones seiscientos cuarenta y nueve mil seiscientos setenta y seis pesos 00/100 M.N.), este importe sufrió modificaciones para llegar a un monto total de 138,940,622.07 (Ciento treinta y ocho mil novecientos cuarenta mil seiscientos veintidós pesos 07/100 M.N.) de los cuales se han ejercido recursos por 135,764,387.93 (Ciento treinta y cinco millones setecientos sesenta y cuatro mil trescientos ochenta y siete pesos 93/100 M.N.), y se tiene un compromiso para el segundo semestre de 2012 por 3,176,234.14 (Tres millones ciento setenta y seis mil doscientos treinta y cuatro pesos 14/100 M.N.), recursos que se transferirán a las Entidades Federativas, para alcanzar los objetivos en materia de coordinación y supervisión de las políticas de asistencia social, apoyar los programas de servicios de salud, atención médica y prevención de enfermedades, conforme a los Convenio específico para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas AFASPES 2012.

VII.1.1 Solicitud de recursos por parte de la dependencia

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva tiene como único financiamiento el asignado por el Presupuesto de Egresos de la Federación, mismo que se da a conocer mediante oficios emitidos por la Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud que a continuación

detallan la autorización presupuestaria por año para el Programa de Acción de Cáncer de Cáncer Cérvico Uterino. Es importante mencionar que para los ejercicios fiscales 2007 y 2008 se determinaba un presupuesto conjunto para este Programa y el de Cáncer de Mama:

EJERCICIO PRESUPUESTAL	FECHA	No DE OFICIO	MONTO
2007*	07 de febrero de 2007	DGPOP/06/0276	71,842,513.00
2008*	25 de enero de 2008	DGPOP/06/00348	84,277,361.00
2009	16 de enero de 2009	DGPOP/06/00153	327,433,881.00
2010	20 de enero de 2010	DGPOP/06/00260	499,835,383.00
2011	18 de enero de 2011	DGPOP/06/00201	569,200,000.00
2012	16 de enero de 2012	DGPOP/06/000231	415,302,025.00
TOTAL GLOBAL			1,967,891,163.00

*Durante estos ejercicios fiscales el Programa de Acción de Cáncer Cérvico Uterino ejercía un presupuesto en conjunto con el de Cáncer de Mama.

2007

Mediante oficio No DGPOP/06/0276 de fecha 07 de febrero de 2007 la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto informa al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el presupuesto autorizado de recursos fiscales del ramo 12, el cual asciende a un monto global de **71, 842,513.00 (Setenta y un millones ochocientos cuarenta y dos mil quinientos trece pesos 00/100 M.N.)** para el Programa de Prevención y Control de Cáncer Mamario y Cérvico Uterino.

2008

Con fecha de 25 de enero de 2008, la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto informó al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, mediante oficio DGPOP/06/00348 el presupuesto autorizado para este ejercicio fiscal por un monto global de **84, 277,361.00 (Ochenta y cuatro millones doscientos setenta y siete mil trescientos sesenta y un pesos 00/100 M.N.)** para el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino y Cáncer Mamario.

2009

A partir de este ejercicio fiscal, el PEF asignó presupuestos por separado a los Programas de Acción de Cáncer Cérvico Uterino y Mamario. Mediante oficio No. DGPOP/06/00153 de fecha 16 de enero de 2009 la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto informa al Centro Nacional de Equidad de Género y salud reproductiva el presupuesto autorizado de recursos fiscales del ramo 12, el cual asciende a un monto global de **327,433,881.00 (Trescientos veintisiete millones cuatrocientos treinta y tres mil ochocientos ochenta y un pesos 00/100 M.N.)** de los capítulos de gasto 200" Materiales y Suministros",

3000 "Servicios Generales" y 4000 "Transferencias, Asignaciones, Subsidios y otras ayudas, para el Programa de Acción de Cáncer Cérvico Uterino.

2010

Mediante oficio No DGPOP/06/00260 de fecha 20 de enero de 2010 la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto informa al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva el presupuesto autorizado de recursos fiscales del ramo 12, el cual asciende a un monto global de **499,835,383.00 (Cuatrocientos noventa y nueve millones ochocientos treinta y cinco mil trescientos ochenta y tres pesos 00/100 M.N.)** para el Programa de Cáncer Cérvico Uterino, en los capítulos de gasto 2000 "Materiales y suministros", 3000 "Servicios Generales" y 4000 "Transferencias, Asignaciones, Subsidios y otras ayudas"

2011

Por medio del oficio DGPOP/06/00201, con fecha 18 de enero de 2011, la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto dio a conocer a este Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva es presupuesto autorizado para este Ejercicio Fiscal, mismo que asciende a **569,200,000.00 (Quinientos sesenta y nueve millones doscientos mil pesos 00/100 M.N.)** de los capítulos de 2000 "Materiales y suministros", 3000 "Servicios Generales" y 4000 "Transferencias, Asignaciones, Subsidios y otras ayudas" y 5000 "proyectos de inversión".

2012

Por medio del oficio DGPOP/06/000231, con fecha 16 de enero de 2012, la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto dio a conocer a este Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva es presupuesto autorizado para este Ejercicio Fiscal, mismo que asciende a **415,302,025.00 (Cuatrocientos quince millones trescientos dos mil veinticinco pesos 00/100 M.N.)** para el Programa de Cáncer Cérvico Uterino.

VII.1.2 Autorización presupuestal de la SHCP

Ejercicio Fiscal 2007

CONCEPTO	OFICIO			GASTO CORRIENTE		CAPITULO			GASTO CAPITAL
	No	Fecha	Total	2000	3000	4000	5000	7000	
Presupuesto original (dado a conocer por la DGPOP)	DGPOP/06/0276	07 de febrero de 2007	71842,513.00	68,400,000.00	3,442,513.00	71842,513.00	-	-	-
Fiscales			71842,513.00	68,400,000.00	3,442,513.00	71842,513.00	-	-	-
Propios									Sin recursos propios
Recursos Fiscales									
Ampliaciones			12,160,171.39	10,704,652.96	1,455,518.43	12,160,171.39	-	-	-
Transferencia para pago de honorarios									
Transferencia para pago de honorarios									
Reducciones			53,717,591.79	51,665,763.68	2,051,838.21	53,717,591.79	-	-	-
Reducción paquete salarial									
Transferencia para incremento a enlaces									
Recursos propios									Sin recursos propios
Ampliaciones									Sin recursos propios
Reducciones									Sin recursos propios
Total de la Entidad			30,285,092.60	27,438,899.38	2,846,193.22	30,285,092.60	-	-	-
Recursos Fiscales			30,285,092.60	27,438,899.38	2,846,193.22	30,285,092.60	-	-	-
Recursos Propios									Sin recursos propios

Durante el 2007, el Programa de Cáncer Cérvico Uterino y Cáncer de Mama se ejerció de manera conjunta. El monto asignado al Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino y Mamario fue de 71, 842,513.00 (Setenta y un millones ochocientos cuarenta y dos mil quinientos trece pesos 00/100 M.N.), para los capítulos del gasto 2000 "Materiales y Suministros" y 3000 "Servicios Generales". Sin embargo, derivado de diversas adecuaciones presupuestales se contó con un presupuesto modificado por 30, 285,092.60 (Treinta millones doscientos ochenta y cinco mil noventa y dos pesos 60/100 M.N.), mismo que se ejerció en su totalidad de la siguiente manera:

-Para el capítulo 2000, se aprobó un presupuesto de 68, 400,000.00 (Sesenta y ocho millones cuatrocientos mil pesos 00/100 M.N.) que tuvieron modificaciones por 40, 961,100.62 (Cuarenta millones novecientos sesenta y un mil cien pesos 62/100 M.N.) menos de lo autorizado, por lo que se ejercieron 27, 438,899.38 (Veintisiete millones cuatrocientos treinta y ocho mil ochocientos noventa y nueve pesos 38/100 M.N.).

-En "Servicios Generales", se tenía un presupuesto aprobado por 3,442,513.00 (Tres millones cuatrocientos cuarenta y dos mil quinientos trece pesos 00/100 M.N.), pero derivado de adecuaciones presupuestales se realizaron ampliaciones por un total de 1,455,518.43 (Un millón cuatrocientos cincuenta y cinco mil quinientos dieciocho pesos 43/100 M.N.) y reducciones por 2,051,838.22 (Dos millones cincuenta y un mil ochocientos treinta y ocho pesos 22/100) que derivaron en un presupuesto ejercido de 2,846,193.22 (Dos millones ochocientos cuarenta y seis mil ciento noventa y tres pesos 22/100 M.N.).

Ejercicio Fiscal 2008

CONCEPTO	OFICIO		Total	GASTO CORRIENTE		4000	CAPÍTULO		GASTO CAPITAL
	No	Fecha		2000	3000		5000	7000	
Presupuesto original (dado a conocer por la DGPOP)	DGPOP/06/00348	25 de enero de 2008	84,277,361.00	34,612,289.00	7,471,467.00		42,193,605.00	-	-
Fiscales			84,277,361.00	34,612,289.00	7,471,467.00		42,193,605.00	-	-
Propios									42,193,605.00
Recursos Fiscales									
Ampliaciones			445,635,805.11	272,063,205.44	63,790,825.63	335,854,031.07	39,257,356.00	65,76,800.00	4,807,618.04
Transferencia para pago de honorarios									
Transferencia para pago de honorarios									
Reducciones			43,924,790.16	67,234,021.08	39,493,555.43	106,727,576.51	-	37,197,213.65	-
Reducción paquete salarial									
Transferencia para incremento a enlaces									
Recursos propios									
Ampliaciones									
Reducciones									
Total de la Entidad			385,988,375.95	239,441,437.36	31,768,737.20	271,210,174.56	81,450,961.00	28,519,586.35	4,807,618.04
Recursos Fiscales			385,988,375.95	239,441,437.36	31,768,737.20	271,210,174.56	81,450,961.00	28,519,586.35	4,807,618.04
Recursos Propios									

Durante el 2008, el presupuesto de Egresos de la Federación continuaba asignado un presupuesto conjunto para los Programas de Acción de Cáncer Cérvico Uterino y Cáncer de Mama. El monto asignado al Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino y Mamario fue de 84, 277,361.00 (Ochenta y cuatro millones doscientos setenta y siete mil trescientos sesenta y un pesos 00/100 M.N.), para los capítulos del gasto 2000 "Materiales y Suministros", 3000 "Servicios Generales" y 4000 "Subsidios y transferencias". Sin embargo, derivado de diversas adecuaciones presupuestales se contó con un presupuesto

modificado por 385,988,375.95 (Trescientos ochenta y cinco millones novecientos ochenta y ocho mil trescientos setenta y cinco pesos 95/100 M.N.), mismo que se ejerció en su totalidad.

-Para el capítulo 2000, se aprobó un presupuesto de 34, 612,289 (Treinta y cuatro millones seiscientos doce mil doscientos ochenta y nueve pesos 00/100 M.N.) que tuvieron modificaciones presupuestales detalladas en el cuadro que derivaron en un presupuesto total modificado y ejercido de 239,441,473.36 (Doscientos treinta y nueve millones cuatrocientos cuarenta y un mil cuatrocientos setenta y tres pesos 36/100 M.N.).

-En “Servicios Generales”, se tenía un presupuesto aprobado por 7,471,467.00 (Siete millones cuatrocientos setenta y un mil cuatrocientos sesenta y siete pesos 00/100 M.N.), pero derivado de adecuaciones presupuestales se realizaron ampliaciones por un total de 163, 790,825.63 (Ciento sesenta y tres millones setecientos noventa mil ochocientos veinticinco pesos 63/100 M.N.) y reducciones por 39,493,555.43 (Treinta y nueve millones cuatrocientos noventa y tres mil quinientos cincuenta y cinco pesos 43/100 M.N.) que derivaron en un presupuesto ejercido de 31,768,737.20 (Treinta y un millones setecientos sesenta y ocho mil setecientos treinta y siete pesos 20/100 M.N.).

-Para el capítulo 4000 “Subsidios y transferencias” se tenía un presupuesto aprobado de 42, 193,605.00 (Cuarenta y dos millones ciento noventa y tres mil seiscientos cinco pesos 00/100 M.N.) Este importe sufrió ampliaciones de 39,257,356.00 (Treinta y nueve millones doscientos cincuenta y siete mil trescientos cincuenta y seis pesos 00/100 M.N.) que resultaron en un presupuesto ejercido de 81,450,961.00 (Ochenta y un millones cuatrocientos cincuenta mil novecientos sesenta y un pesos 00/100 M.N.).

-El capítulo 5000 “Bienes muebles e inmuebles” no contaba con un presupuesto de origen pero se realizaron adecuaciones al presupuesto que resultaron en un presupuesto ejercido de 28, 519,961.00 (Veintiocho millones quinientos diecinueve mil novecientos sesenta y pesos 00/100 M.N.).

- En lo referente al capítulo 7000 “Inversión financiera, provisiones económicas, ayudas, otras erogaciones” no se tenía de origen un presupuesto asignado, por lo que se realizaron diferentes ampliaciones que permitieron el ejercicio de 4, 807,618.04 (Cuatro millones ochocientos siete mil seiscientos dieciocho pesos 04/100 M.N.)

Ejercicio Fiscal 2009

CONCEPTO	OFICIO			GASTO CORRIENTE		CAPÍTULO		GASTO CAPITAL		
	No	Fecha	Total	2000	3000	4000	5000		7000	
Presupuesto original (dado a conocer por la DGPOP)	DGPOP/06/00 53	16 de enero de 2009	327,433,881.00	312,000,000.00	13,433,881.00	325,433,881.00	2,000,000.00	-	-	2,000,000.00
Fiscales			327,433,881.00	312,000,000.00	13,433,881.00	325,433,881.00	2,000,000.00	-	-	2,000,000.00
Propios										
Recursos Fiscales										
Ampliaciones			202,569,916.43	84,452,536.60	4,117,379.83	88,569,916.43	114,000,000.00	-	-	114,000,000.00
Transferencia para pago de honorarios										
Transferencia para pago de honorarios										
Reducciones			206,806,631.50	198,452,536.60	8,354,094.90	206,806,631.50	-	-	-	-
Reducción paquete salarial										
Transferencia para incremento a enlaces										
Recursos propios										
Ampliaciones										
Reducciones										
Total de la Entidad			323,197,165.93	198,000,000.00	9,197,165.93	207,197,165.93	116,000,000.00	-	-	116,000,000.00
Recursos Fiscales			323,197,165.93	198,000,000.00	9,197,165.93	207,197,165.93	116,000,000.00	-	-	116,000,000.00
Recursos Propios										

El presupuesto ejercido durante el este Ejercicio Fiscal para los capítulos del gasto 2000 "Materiales y Suministros", 3000 "Servicios Generales" y 4000 "Subsidios y transferencias" fue de 323, 197,165.93 (Trescientos veintitrés millones ciento noventa y siete mil ciento sesenta y cinco pesos 93/100 M.N.) derivado de adecuaciones presupuestales efectuadas al presupuesto original de 327, 433,881.00 (Trescientos veintisiete millones cuatrocientos treinta y tres mil ochocientos ochenta y un pesos 00/100 M.N.).

-Para el capítulo 2000 "Materiales y suministros" se aprobó un presupuesto de 312, 000,000.00 (Trescientos doce millones de pesos 00/100 M.N.), mismo que sufrió diversas modificaciones hasta llegar a un presupuesto ejercido por 198, 000,000.00 (Ciento noventa y ocho millones de pesos 00/100 M.N.).

-En el capítulo 3000 "Servicios generales", se tenía un presupuesto aprobado por 13, 433,881.00 (Trece millones cuatrocientos treinta y tres mil ochocientos ochenta y un pesos 00/100M.N.) Este importe sufrió modificaciones por ampliaciones de 4, 117,379.83 (Cuatro millones ciento diecisiete mil trescientos setenta y nueve pesos 83/100 M.N.), y reducciones de 8, 354,094.90 (Ocho millones trescientos cincuenta y cuatro mil noventa y cuatro pesos 90/100 M.N.) que resultaron en un presupuesto ejercido de 9, 197,165.93 para este capítulo.

-Para el capítulo 4000 "Subsidios y transferencias" se tenía un presupuesto aprobado de 2, 000,000.00 (Dos millones de pesos 00/100 M.N.). Este importe sufrió ampliaciones de 114, 000,000.00 (Ciento catorce millones de pesos 00/100 M.N.) que resultaron en un presupuesto ejercido de 116, 000,000.00 (Ciento dieciséis millones de pesos 00/100 M.N.).

Ejercicio Fiscal 2010

CONCEPTO	OFICIO			GASTO CORRIENTE		CAPITULO		GASTO CAPITAL		
	No	Fecha	Total	2000	3000	4000	5000		7000	
Presupuesto original (dado a conocer por la DGPOP)	DGPOP/06/00260	20 de enero de 2010	499,835,383.00	283,850,000.00	36,064,357.00	319,914,357.00	179,921,026.00	-	-	179,921,026.00
Fiscales										
Propios										
Recursos Fiscales										
Ampliaciones			758,437,699.96	283,192,048.95	23,921,137.77	307,113,362.72	389,524,337.24	6,160,000.00	200,000.00	451,324,337.24
Transferencia para pago de honorarios										
Transferencia para pago de honorarios										
Reducciones			782,826,397.37	358,087,919.82	23,003,315.88	381,091,235.70	372,935,161.67	28,800,000.00	-	401,735,161.67
Reducción paquete salarial										
Transferencia para incremento a enlaces										
Recursos propios										
Ampliaciones										
Reducciones										
Total de la Entidad			475,446,685.59	208,954,129.13	36,982,354.89	245,936,484.02	196,510,201.57	32,800,000.00	200,000.00	229,510,201.57
Recursos Fiscales										
Recursos Propios										

Para este Ejercicio Fiscal, el Programa de Cáncer Cérvico Uterino contaba con un presupuesto autorizado de 499, 835,383.00 (Cuatrocientos noventa y nueve millones ochocientos treinta y cinco mil trescientos ochenta y tres pesos 00/100 M.N.) para los capítulos del gasto 2000 “Materiales y Suministros”, 3000 “Servicios Generales”, y 4000 “Subsidios y transferencias”. Éste sufrió adecuaciones presupuestales que derivaron en un presupuesto modificado de 475, 446,685.59 (Cuatrocientos setenta y cinco millones cuatrocientos cuarenta y seis mil seiscientos ochenta y cinco pesos 59/100 M.N.):

-Para el capítulo 2000, se aprobó un presupuesto de 283, 850,000.00 (Doscientos ochenta y tres millones ochocientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), se realizaron ampliaciones por 283, 193,048.95 (Doscientos ochenta y tres millones ciento noventa y tres mil cuarenta y ocho pesos 59/100 M.N.) y reducciones por 358, 087,919.22 (Trescientos cincuenta y ocho millones ochenta y siete mil novecientos diecinueve pesos 22/100 M.N.) por lo que se ejercieron 208, 954,129.13 (Doscientos ocho millones novecientos cincuenta y cuatro mil ciento veintinueve pesos 13/100 M.N.).

-El presupuesto aprobado para el capítulo 3000 “Servicios generales” fue de 36, 064,357.00 (Treinta y seis millones sesenta y cuatro mil trescientos cincuenta y siete pesos 00/100 M.N.), mismo que sufrió diferentes adecuaciones que resultaron en un presupuesto ejercido de 36, 982,354.89 (Treinta y seis millones novecientos ochenta y dos mil trescientos cincuenta y cuatro pesos 89/100) para el capítulo del gasto antes mencionado.

-El gasto capital, referente al capítulo 4000 “Subsidios y transferencias”, aprobado fue de 179, 921,026.00 (Ciento setenta y nueve millones novecientos veintiún mil veintiséis pesos 00/100 M.N.). Éste recibió modificaciones que derivaron en un presupuesto de 196, 510,201.57 (Ciento noventa y seis millones quinientos diez mil doscientos un pesos 57/100 M.N.) para este capítulo de gasto.

-El capítulo 5000 “Bienes muebles e inmuebles” no tuvo un presupuesto original asignado por lo que se realizaron diversas adecuaciones para la aplicación de este recurso, por lo que se ejerció un monto de 32, 800,000.00 (Treinta y dos millones ochocientos mil pesos 00/100 M.N.).

-En lo referente al capítulo 7000 “Inversión financiera, provisiones económicas, ayudas, otras erogaciones” no se tenía de origen un presupuesto asignado, por lo que se realizaron diversas adecuaciones para la aplicación de este recurso, por lo que se ejerció un monto de 200,000.00 (Doscientos mil pesos 00/100 M.N.) para la solventación de viáticos relacionados con la ejecución del Programa de Acción de Cáncer de Mama.

Ejercicio Fiscal 2011

CONCEPTO	OFICIO			GASTO CORRIENTE		CAPITULO		GASTO CAPITAL		
	No	Fecha	Total	2000	3000	4000	5000		7000	
Presupuesto original (dado a conocer por la DGPOP)	DGPOP/06/00201	18 de enero de 2011	229,700,000.00	211,000,000.00	12,700,000.00	223,700,000.00	6,000,000.00	-	-	6,000,000.00
Fiscales			229,700,000.00	211,000,000.00	12,700,000.00	223,700,000.00	6,000,000.00	-	-	6,000,000.00
Propios										
										Sin recursos propios
Recursos Fiscales										
Ampliaciones			257,315,027.76	182,095,604.27	19,401,254.96		55,618,168.53	-	-	
Transferencia para pago de honorarios										
Transferencia para pago de honorarios										
Reducciones			334,099,315.77	308,456,767.00	15,342,545.46	323,799,312.46	10,300,003.31	-	-	10,300,003.31
Reducción paquete salarial										
Transferencia para incremento a enlaces										
Recursos propios										Sin recursos propios
Ampliaciones										Sin recursos propios
Reducciones										Sin recursos propios
Total de la Entidad			152,915,711.99	84,638,837.27	16,758,709.50	101,397,546.77	51,518,165.22	-	-	51,518,165.22
Recursos Fiscales			152,915,711.99	84,638,837.27	16,758,709.50	101,397,546.77	51,518,165.22	-	-	51,518,165.22
Recursos Propios										Sin recursos propios

Para el ejercicio fiscal 2011, el Programa de Cáncer de Mama ejerció un presupuesto de 172, 604,388.29 (Ciento setenta y dos millones seiscientos cuatro mil trescientos ochenta y ocho pesos 29/100 M.N.) para los capítulos del gasto 2000 “Materiales y Suministros”, 3000 “Servicios Generales”, 4000 “Subsidios y transferencias” y 5000 “Bienes muebles e inmuebles”. Éste fue resultado de las adecuaciones presupuestales realizadas al presupuesto original de 182, 887,211.00 (Ciento ochenta y dos millones ochocientos ochenta y siete mil doscientos once pesos 00/100 M.N.):

-Para el capítulo 2000, se aprobó un presupuesto de 40, 130,000.00 (Cuarenta millones ciento treinta mil pesos 00/100 M.N.), se realizaron ampliaciones por 6, 189,707.36 (Seis millones ciento ochenta y nueve mil setecientos siete pesos 36/100 M.N.) y reducciones por 38, 825,265.50 (Treinta y ocho millones ochocientos veinticinco mil doscientos sesenta y cinco pesos 50/100 M.N.), por lo que se contó con un presupuesto modificado final para este capítulo de 7,494,437.86 (Siete millones cuatrocientos noventa y cuatro mil cuatrocientos treinta y siete pesos 00/100 M.N.).

-El presupuesto aprobado para el capítulo 3000 “Servicios generales” fue de 28, 887,211.00 (Veintiocho millones ochocientos ochenta y siete mil doscientos once pesos 00/100 M.N.), mismo que sufrió diferentes

ajustes que resultaron en un presupuesto ejercido de 26, 081,067.55 (Veintiséis millones ochenta y un mil sesenta y siete pesos 55/100 M.N.) para el capítulo del gasto antes mencionado.

-El gasto capital, referente al capítulo 4000 "Subsidios y transferencias", aprobado fue de 113, 870,000.00 (Ciento trece millones ochocientos setenta mil pesos 00/100 M.N.) Éste recibió ampliación por un total de 73, 541,649.59 (Setenta y tres millones quinientos cuarenta y un mil seiscientos cuarenta y nueve pesos 59/100 M.N.) y reducciones por 48,382,766.71 (Cuarenta y ocho millones trescientos ochenta y dos mil setecientos sesenta y seis pesos 71/100 M.N.), ejerciendo 139,028,882.88 (Ciento treinta y nueve millones veintiocho mil ochocientos ochenta y dos pesos 88/100 M.N.) para este capítulo de gasto.

Ejercicio Fiscal 2012

CONCEPTO	OFICIO			GASTO CORRIENTE		CAPÍTULO		GASTO CAPITAL		
	No	Fecha	Total	2000	3000	4000	5000		7000	
Presupuesto original (dado a conocer por la DGPP)		15 de enero de 2012	4 15,302,025.00	249,702,359.00	21,950,000.00	271,652,359.00	143,649,666.00	-	-	143,649,666.00
Fiscales			4 15,302,025.00	249,702,359.00	21,950,000.00	271,652,359.00	143,649,666.00	-	-	143,649,666.00
Propios										Sin recursos propios
Recursos Fiscales										
Ampliaciones			230,848,169.77	152,824,974.18	16,509,775.26	169,334,749.44	6150,420.33	-	-	6150,420.33
Transferencia para pago de honorarios										
Transferencia para pago de honorarios										
Reducciones			308,676,585.20	227,722,794.94	14,731,326.00	242,454,120.94	66,222,464.26	-	-	66,222,464.26
Reducción paquete salarial										
Transferencia para incremento a enlaces										
Recursos propios										Sin recursos propios
Ampliaciones										Sin recursos propios
Reducciones										Sin recursos propios
Total de la Entidad			337,473,609.57	174,804,538.24	23,728,449.26	198,532,987.50	138,940,622.07	-	-	138,940,622.07
Recursos Fiscales			337,473,609.57	174,804,538.24	23,728,449.26	198,532,987.50	138,940,622.07	-	-	138,940,622.07
Recursos Propios										Sin recursos propios

*Información relativa al presupuesto modificado con corte al 31 de agosto de 2012

Para el 2012, el Programa de Cáncer Cérvico Uterino contaba con un presupuesto autorizado de 415, 302,025.00 (Cuatrocientos quince millones trescientos dos mil veinticinco pesos 00/100 M.N.) para los capítulos del gasto 2000 "Materiales y Suministros", 3000 "Servicios Generales", y 4000 "Subsidios y transferencias". Éste sufrió adecuaciones presupuestales que derivaron en un presupuesto modificado de 337, 473,609.57 (Trescientos treinta y siete millones cuatrocientos setenta y tres mil seiscientos nueve pesos 57/100 M.N.), al 31 de agosto.

-Para el capítulo 2000, se aprobó un presupuesto de 249, 702,359.00 (Doscientos cuarenta y nueve millones setecientos dos mil trescientos cincuenta y nueve pesos 00/100 M.N.) se realizaron ampliaciones por 152,824,974.18 (Ciento cincuenta y dos millones ochocientos veinticuatro mil novecientos setenta y cuatro pesos 18/100 M.N.) y reducciones por 227,722,794.94 (Doscientos veintisiete millones setecientos veintidós mil setecientos veinticuatro pesos 94/100 M.N.), esto derivó en un presupuesto modificado de 174,804,538.24 (Ciento setenta y cuatro millones ochocientos cuatro mil quinientos treinta y ocho pesos 24/100 M.N.).

-El presupuesto aprobado para el capítulo 3000 “Servicios generales” fue de 21, 950,000.00 (Veintiún millones novecientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), mismo que sufrió diferentes adecuaciones que resultaron en un presupuesto modificado de 23, 728,449.26 (Veintitrés millones setecientos veintiocho mil cuatrocientos cuarenta y nueve pesos 26/100 M.N.) para el capítulo del gasto antes mencionado.

-El gasto capital, referente al capítulo 4000 “Subsidios y transferencias”, aprobado fue de 143, 649,666.00 (Ciento cuarenta y tres millones seiscientos cuarenta y nueve mil seiscientos sesenta y seis pesos 00/100 M.N.) Éste recibió modificaciones que derivaron en un presupuesto de 138, 940,622.07 (Ciento treinta y ocho millones novecientos cuarenta mil seiscientos veinte dos pesos 07/100 M.N.) para este capítulo de gasto.

VII.2 Radicación de recursos a favor de la dependencia o entidad

VII.2.1 Oficinos de afectación presupuestal

Las afectaciones presupuestales realizadas por este Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva se encuentran detalladas en el Anexo No 3, “Movimientos auxiliares al catálogo” emitidos por el sistema Conpaq. Éstas corresponden al total de este Centro Nacional, toda vez que las afectaciones presupuestales pueden corresponder a uno o varios Programas Específicos simultáneamente.

VII.2.2 Cuentas por Liquidar Certificadas

Esta relación de Cuentas por Liquidar Certificadas corresponde a los Ejercicios Fiscales 2007, 2008, 2009, 2011 y 2012 (Con corte al 31 de agosto de este año); en dónde se ejerció el Presupuesto en los Capítulos 2,000 “Materiales y suministros”, 3,000 “ Servicios Generales” y 4,000 “ Ayudas”.

Durante el Ejercicio Fiscal 2010, se tuvieron un total del 143 Cuentas por Liquidar llevadas a ADEFAS derivado de que durante éste la Secretaría de Hacienda y Crédito Público estableció el Sistema de Contabilidad y Presupuesto, SICOP, para pagos.

La información de éstas pertenece a la totalidad del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ya que las Cuentas por Liquidar cubrían, en diversas ocasiones, gastos de más de un Programa de Acción específico a la vez.

Año	Número	Fecha	Importe
2007	482	dic-07	283,890,916.22
2008	1938	Enero a diciembre 2008	722, 155, 761.63
2009	1786	Enero a diciembre 2009	852,836,600.00

2010	143	ADEFAS Diciembre 2010	4,855,421.00
2010	1873	Enero a Diciembre 2010	1,065,377,341.29
2011	1497	Enero a Diciembre 2011	1,344,024,324.03
2012	740	Enero a Agosto 2012	939,818,424.06
TOTAL	8134	Dic 2007 al 31 de Agosto de 2012	2,010,051,186.35

*Con corte al 31 de agosto de 2012

VII.2.3 Comunicación de radicación de recursos

Para llevar a cabo el pago a proveedores de bienes y servicios este Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva generó Cuentas por Liquidar certificadas a través del Sistema SICOP (Sistema de Contabilidad y Presupuesto), mismas que se enumeran la relación contenida en el Anexo No 4. La desagregación de éstas corresponde a la totalidad de este Centro Nacional, toda vez que éstas pueden cubrir solamente lo ejercido por el Programa de Cáncer Cérvico Uterino o incluir también los Programas de Acción: Igualdad de Género en Salud, Prevención y Atención de la Violencia, Cáncer de Mama, Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Materna y Perinatal, y Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes.

VII.2.4 Póliza -cheque y contra recibos firmados

En el libro de bancos se encuentra el desglose de todos y cada uno de los cheques que se expidieron para el desarrollo de los Programas de Acción Específico: Igualdad de Género en Salud, Prevención y Atención de la Violencia, Cáncer de Mama, Cáncer Cérvico Uterino, Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Materna y Perinatal, y Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes por este Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

	NUMERO DE PÓLIZAS	IMPORTE TOTAL
2006	4,813	506,193,009.42
2007	D.C. : 3,317	155,223,101.91
	C.H. : 24	76,814.00
2008	D.C. : 287	240,895,039.89
	F.R.: 559	959,430.08
	C.H. : 1040	2,328,065.49
2009	D.C. : 103	6,704,359.65

	F.R.: 739	1,643,067.10
	P.H. : 425	1,077,773.98
2010	D.C. : 6	25,893.50
	F.R.: 649	1,339,260.64
	P.H. : 425	2,124,976.03
2011	F.R. 505	1,243,796.24
	C.H. 1119	4,109,328.80
2012*	F.R. 448	1,120,286.77
	C.H. 676	1,851,339.92
TOTAL		926,915,543.42

Fuente: Sistema contable Contpaq
Con corte al 30 de septiembre de 2012

VII.3 Aplicación de los recursos

VII.3.1 Programas de Trabajo Anual

Programa Anual de Trabajo 2012. Cáncer Cérvico Uterino.

El Programa Anual de Trabajo (PAT) se integra por 10 objetivos estratégicos.

- 1.- Actualización de lineamientos técnicos y elaboración de documentos normativos. Estaba programada la actualización de la NOM-014-SSAZ-1994; sin embargo, se solicitó prolongar su vigencia.
- 2.- Generación y análisis de la información para la toma de decisiones. Las actividades correspondientes a este objetivo, se realizaron de marzo a julio de 2012.
- 3.- Detección del Virus del Papiloma Humano. Este objetivo considera las actividades de generación del FUA de pruebas de detección del VPH; corregir el FUA a solicitud de la Coordinación Administrativa y entrega del FUA a la Coordinación Administrativa para iniciar el proceso de adjudicación directa; dichas actividades se realizaron durante los meses de enero a junio.
- 4.- Asesorar a las entidades federativas en las necesidades de información, atención y procedimientos de los programas de cáncer de la mujer. Actividades desarrolladas de enero a julio.
- 5.- Realizar un Programa Editorial para apoyar las acciones de promoción en la prevención del cáncer cérvico uterino. Actividades desarrolladas durante los meses de enero a julio de 2012.
- 6.- Realizar la Reunión Anual Caminando a la Excelencia en los Programas de Cáncer de la Mujer. Las actividades correspondientes iniciaron desde el mes de enero; la Reunión se realizó en el mes de abril y para el mes de mayo se elaboró y entregó informe.
- 7.- Realizar el Boletín Caminando a la Excelencia y Reportes SICAM. Actividades realizadas durante los meses de enero a junio de 2012.
8. Control de calidad de laboratorios de biología molecular. Actividades realizadas durante los meses de abril a junio.
- 9.- Consolidar el sistema de información para el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica, con el fin de disponer de información confiable y sistemática para la mejora continua del programa, el aseguramiento de la calidad y la rendición de cuentas. Actividades desarrolladas durante los meses de enero a julio.

10.- Obtener información para la mejora de la promoción, capacitación y operación del programa de cáncer cérvico uterino.

Actividades desarrolladas durante los meses de marzo a julio.

VIII.3.2 Integración de expedientes presupuestarios e identificación de problemas para la aplicación del Programa.

En el punto XII se presenta una relación de anexos, mismos que contienen información soporte de cada uno de los puntos mencionados de este libro. La documentación original, de lo referido a presupuestación y contabilidad, se encuentra en custodia de la Coordinación Administrativa del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, cuya ubicación se especifica en el punto VII.3.6 de este documento.

Las problemáticas principales enfrentadas para el cumplimiento de los compromisos financieros establecidos para México, en el Programa de Acción Específico de Cáncer Cérvico Uterino, han sido las modificaciones extraordinarias del presupuesto que dificultan la eficiencia en la administración de los recursos financieros.

VII.3.3 Procedimientos de adjudicación de recursos.- Licitaciones Públicas, Invitación a Tres, Adjudicaciones Directas.

TIPO DE PROCEDIMIENTO	EJERCICIO FISCAL						TOTAL
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
VII.3.3.1 Licitación Pública Nacional	4	4	1	1	1		
VII.3.3.2 Licitación Pública Internacional	6	4	1	1	0		
VII.3.3.3 Invitación a cuando menos tres personas	0	0	0	0	0		0
VII.3.3.4 Adjudicaciones Directas (Art. 41 LAASSP)			1	2			
VIII.3.3.5 Contrato Marco	0	0	0	0	0	1	1

Por medio del Oficio circular 307-A.-3083, emitido por la Subsecretaría de Egresos Unidad de Política y Control Presupuestario de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se establecieron las disposiciones específicas de las fechas límite para el inicio de procedimientos de contratación; la formalización y el registro de los compromisos; y el mecanismo de cierre del ejercicio presupuestario 2012.

De acuerdo con este oficio, los ejecutores de gasto no podrán iniciar procedimientos de contratación a partir del 16 de julio de 2012.

VII.3.3.1 Licitaciones Públicas Nacionales

En cumplimiento a lo establecido por el artículo 134 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos; y en los artículos 26 fracción I, 26 Bis fracción I y 28 Fracción III inciso b) de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y su Reglamento durante el periodo comprendido de 2007 a 2012 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ha realizado las siguientes Licitaciones Públicas Nacionales a fin de cumplir las metas del Programa de Acción Específico de Cáncer Cérvico Uterino:

PROCEDIMIENTOS		No. DE PEDIDOS/CONTRATOS	COSTO	DESCRIPCIÓN	
2007	LPN 12300001-006-07	LPN 12300001-001-07-1	\$3,116,910.00	Medicinas y productos Farmacéuticos*	
		LPN 12300001-001-07-2	\$590,400.00	Medicinas y productos Farmacéuticos*	
		LPN 12300001-001-07-3	\$91,285.08	Medicinas y productos Farmacéuticos*	
		LPN 12300001-001-07-3 BIS	\$255,458.71	Medicinas y productos Farmacéuticos*	
	LPN 12300001-007-07	LPN 12300001-007-07-1	\$4,815,000.00	Materiales, accesorios y suministros médicos*	
		LPN 12300001-007-07-1 BIS	\$68,875.00	Materiales, accesorios y suministros médicos*	
		LPN 12300001-007-07-3	\$601,452.00	Materiales, accesorios y suministros médicos*	
		LPN 12300001-007-07-4	\$137,600.00	Materiales, accesorios y suministros médicos*	
		LPN 12300001-001-07-5	\$87,492.00	Materiales, accesorios y suministros médicos*	
	LPN 12300001-008-07	LPN 12300001-008-07-1	\$1,753,500.00	Materiales, accesorios y suministros de laboratorio*	
	LPN 12300001-013-07	LPN 12300001-013-07-001	\$3,339,212.77	Impresos*	
		LPN 12300001-013-07-002	\$69,900.00	Impresos*	
		LPN 12300001-013-07-003	\$14,250.00	Impresos*	
	2008	LPN 12300001-009-08	LPN 12300001-009-08-001	\$124,179.30	Congresos y Convenciones*
			LPN 12300001-009-08-002	\$343,634.96	Congresos y Convenciones*
LPN 12300001-009-08-003			\$2,219,803.80	Congresos y Convenciones*	
LPN 12300001-010-08		LPN 12300001-010-08-01	\$10,800.00	Impresos*	
		LPN 12300001-010-08-02	\$630,680.00	Impresos*	
		LPN 12300001-010-08-03	\$49,500.00	Impresos*	
		LPN 12300001-010-08-04	\$275,000.00	Impresos*	
		LPN 12300001-010-08-05	\$74,740.00	Impresos*	

		LPN 12300001-010-08-06	\$21,300.00	Impresos*
		LPN 12300001-010-08-07	\$85,500.00	Impresos*
		LPN 12300001-010-08-08	\$516,900.00	Impresos*
		LPN 12300001-010-08-09	\$333,300.00	Impresos*
		LPN 12300001-010-08-10	\$204,150.00	Impresos*
	LPN 12300001-005-08	LPN 12300001-005-08-01	\$108,453.23	Impresos*
		LPN 12300001-005-08-02	\$471,600.00	Impresos*
		LPN 12300001-005-08-03	\$597,000.00	Impresos*
	LPN 12300001-005-08	LPN 12300001-005-08-04	\$20,000.00	Impresos*
		LPN 12300001-005-08-05	\$200,010.00	Impresos*
		LPN 12300001-005-08-06	\$39,000.00	Impresos*
		LPN 12300001-005-08-07	\$56,900.00	Impresos*
		LPN 12300001-005-08-08	\$276,450.00	Impresos*
2009	LPN-1230001-001-009	LPN-001-009-02	\$24,500.00	DGASR-Cacu/ Tríptico. Prueba de Papiloma Virus. Impresión.
		LPN-001-009-03	\$16,000.00	DGASR-Cacu/Manual de Tinción. Impresión.
		LPN-001-009-04	\$17,370.00	DGASR-Cacu/Manual de procedimientos y organización de la Clínica de Colposcopia. Impresión
		LPN-001-009-04	\$34,850.00	DGASR-Cacu/Manual de procedimientos de supervisión. Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino. Impresión.
		LPN-001-009-04	\$32,500.00	DGASR-Cacu/Manual de toma de muestra de citología cervical. Impresión.
		LPN-001-009-05	\$31,600.00	DGASR-Cacu/Tarjeta plastificada "Flujograma de atención a mujeres". Primer nivel. Impresión
		LPN-001-009-05	\$15,800.00	DGASR-Cacu/Tarjeta plastificada" Flujograma de atención a mujeres". Segundo nivel. Impresión
		LPN-001-009-05	\$700,000.00	DGASR-Cacu/ Banner. Impresión
		LPN-001-009-05	\$58,500.00	DGASR-Cacu/ Señalizador de Gratuidad para Atención de Cáncer Cérvico Uterino. Impresión
		LPN-001-009-06	\$19,900.00	DGASR. Programa de Acción Cáncer Cérvico Uterino. Impresión

		LPN-001-009-07	\$112,500.00	DGASR-Cacu/ Portabolígrafo de Clínica de Colposcopia NOM14. Impresión
		LPN-001-009-08	\$26,250.00	DGASR-Cacu/Cartel "Para cada mujer, una forma de prevención". Impresión
2010	LPN 12300001-005-10	LPN-005-10-06	\$686,650.00	FORMATO: "Solicitud y reporte de resultado de prueba de papiloma virus"
		LPN-005-10-12	\$370,230.00	DGASR-CACU. Bolsa de mandado de forro petronaylon
2011	LPN-LA-012L00001-N1-2011	LPN-LA-012L00001-N1-2011-01	\$2,034,596.67	Congresos y Convenciones*
		LPN-LA-012L00001-N1-2011-02	\$2,693,093.07	Congresos y Convenciones*
		LPN-LA-012L00001-N1-2011-03	\$346,840.00	Congresos y Convenciones*
		LPN-LA-012L00001-N1-2011-04	\$481,075.20	Congresos y Convenciones*
		LPN-LA-012L00001-N1-2011-05	\$17,160,777.36	Congresos y Convenciones*
		LPN-LA-012L00001-N1-2011-006	\$640,562.64	Congresos y Convenciones*

VII.3.3.2 Licitaciones Públicas Internacionales

En cumplimiento a lo establecido por el artículo 134 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos; y en los artículos 26 fracción I, 26 Bis fracción I y 28 Fracción III inciso b) de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y su Reglamento durante el periodo comprendido de 2007 a 2012 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ha realizado las siguientes Licitaciones Públicas Nacionales con impacto en el Programa de Acción Específico de Cáncer Cérvico Uterino:

PROCEDIMIENTOS	No. DE PEDIDOS/CONTRATOS	COSTO	DESCRIPCIÓN	
2007	LPI 12300001-014-07	LPN 12300001-014-07-001	\$2,554,154.46	Sustancias químicas*
		LPN 12300001-014-07-002	\$521,100.00	Sustancias químicas*
		LPN 12300001-014-07-003	\$1,336,500.00	Sustancias químicas*
		LPN 12300001-014-07-004	\$654,237.90	Sustancias químicas*
		LPN 12300001-014-07-005	\$564,990.00	Sustancias químicas*
		LPN 12300001-014-07-006	\$340,500.00	Sustancias químicas*

	LPI 12300001- 009-07	LPN 12300001- 009-07-001	\$3,776,000.00	Sustancias químicas*
	LPI 12300001- 010-07	LPN 12300001- 010-07-001	\$16,461,140.44	Medicinas y Productos Farmacéuticos*
	LPI 12300001- 002-07	LPN 12300001- 002-07-1	\$2,652,000.00	Sustancias químicas*
	LPI 12300001- 003-07	LPN 12300001- 003-07-1	\$9,971,704.70	Medicinas y Productos Farmacéuticos*
	LPI 12300001- 004-07	LPN 12300001- 004-07-1	\$213,875.00	Materiales, Accesorios Médicos*
		LPN 12300001- 004-07-2	\$1,310,400.00	Materiales, Accesorios Médicos*
2008	LPI 12300001- 011-08	LPN 12300001- 011-08-001	\$3,594,000.00	Equipo Médico y de Laboratorio*
		LPN 12300001- 011-08-002	\$2,735,960.00	Equipo Médico y de Laboratorio*
		LPN 12300001- 011-08-003	\$24,780,984.65	Equipo Médico y de Laboratorio*
	LPI 12300001- 006-08	LPN 12300001- 006-08-001	\$108,144,735.42	Medicinas y Productos Farmacéuticos*s
	LPI 12300001- 002-08	LPN 12300001- 002-08-001	\$11,419,355.00	Sustancias químicas*
		LPN 12300001- 002-08-002	\$8,990,000.00	Sustancias químicas*
		LPN 12300001- 002-08-003	\$646,450.00	Sustancias químicas*
		LPN 12300001- 002-08-004	\$13,842,036.00	Sustancias químicas*
		LPN 12300001- 002-08-005	\$21,942,900.70	Sustancias químicas*
		LPN 12300001- 002-08-006	\$648,000.00	Sustancias químicas*
	LPN 12300001- 003-08	LPN 12300001- 003-08-001	\$1,919,520.00	Sustancias químicas*
2009	LPN 12300001- 006-09	LPN-006-09-01	\$105,845,995.20	Vacuna que previene la infección por virus del papiloma humano tipo oncogénico 16 y 18 vinculado al desarrollo del cáncer cérvico uterino.
2010	LPI 1230000- 004-10	LPI-004-10-07	\$54,903,687.93	Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. Suspensión inyectable, Cada dosis de 0.5 ml contiene: Proteína L1 tipo 16 20 µg, Proteína L1 tipo 18 20 µg, Envase con 1, 10 o 100 frascos ampula con 0.5 ml o jeringa prellenada con 0.5 ml.

VII.3.3.3 Adjudicaciones Directas

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 134 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos; y en el artículo 41 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y su Reglamento durante el periodo comprendido de 2007 a 2012 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ha realizado los procedimientos de contratación por Adjudicación Directa para el Programa de Acción Específico de Cáncer de Mama siguientes.

Ejercicio Fiscal 2007

Durante este ejercicio fiscal no se realizaron adjudicaciones directas correspondientes a la salvedad en los casos de las fracciones I, II y XII del Artículo 41 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Ejercicio Fiscal 2008

2008	No de Contrato	Monto	Concepto	
	1	ADJ-009-08	113,601,136.00	Prueba para la detección del Virus del Papiloma Humano.

Durante septiembre de 2008, el Centro Nacional de Equidad de Género y salud reproductiva realizó una Adjudicación Directa por un monto de 113, 601,136.00 (Ciento trece millones seiscientos un mil ciento treinta y seis pesos 00/100 M.N.) para la adquisición de Pruebas para la detección del Virus del Papiloma Humano, de acuerdo con lo estipulado en el Art. 1 de la LAASSP fracción I.

Ejercicio Fiscal 2009

2009	No de Contrato	Monto	Concepto	
	1	ADJ-005-009	89,577,878.26	Ensayo de hibridación de ácido nucleico en microplaca de digine hybrid capture 2 high risk hpv dna test (Digine High Risk HPV TEST hc2). Agente diagnóstico

Ejercicio Fiscal 2010

2010	No de Contrato	Monto	Concepto	
	1	ADJ-083-10	125,000,199.00	Ensayo de hibridación de ácido nucleico en microplaca de digine hybrid capture 2 high risk hpv dna test (Digine High Risk HPV TEST hc2). Agente

			diagnóstico
2	ADJ-126-10	28,000,000.00	-Juego de reactivos para la determinación cuantitativa en microplaca de 17/ alfa hidroxiprogesterona, clave 080.784.7835 -Juego de reactivos para la determinación cuantitativa en microplaca de galactosa total,clave 080.784.7827 -Juego de reactivos para la determinación cuantitativa en microplaca de fenilalanina, clave 080.784.7843

Ejercicio Fiscal 2011

2011	No de Contrato	Monto	Concepto	
	1	ADJ-092-11	252,591,500.00	-Juego de reactivos para la determinación cuantitativa en microplaca de 17/ alfa hidroxiprogesterona, clave 080.784.7835 -Juego de reactivos para la determinación cuantitativa en microplaca de galactosa total,clave 080.784.7827 -Juego de reactivos para la determinación cuantitativa en microplaca de fenilalanina, clave 080.784.7843

Ejercicio Fiscal 2012

Hasta el primer trimestre de este ejercicio fiscal, no se han realizado Adjudicaciones Directas bajo lo estipulado en el artículo 41 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, con impacto en el Programa de Acción Específico de Cáncer Cérvico Uterino.

VIII. 3.3.4 Adjudicaciones realizadas por artículo 42 de la LAASSP

Las Adjudicaciones Directas realizadas bajo el amparo del Artículo 42 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, que no rebasaron los montos máximos establecidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación, pertenecen a la totalidad de compras realizadas por este Centro Nacional, ya que éstas afectaron a uno o más Programas de Acción Específicos. Su soporte documental se encuentra en resguardo de la Coordinación Administrativa del CNEGySR.

EJERCICIO FISCAL	No DE ADJUDICACIONES	MONTO TOTAL
2007	496	15,000,315.7
2008	381	1,627,039.5

2009	301	1,865,132.4
2010	300	4,954,451.1
2011	387	4,345,997.8
2012*	294	6,442,320.0
TOTAL	2032	34,235,256.4

Fuente: Listado reportado en los informes trimestrales del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.

*Con corte al 30 de septiembre de 2012

VIII.3.3.5 Contrato Marco

Durante el ejercicio fiscal 2012, se realizó el procedimiento 126753 de Compranet correspondiente al expediente 149349 denominado "Congresos y Convenciones 1er semestre 2012", con fundamento a lo establecido en el artículo 134 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos; y en los artículos 17 segundo párrafo, 37 y 41 fracción XX de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y bajo el amparo del contrato marco para la prestación de servicios integrales para la organización de evento de fecha 21 de julio de 2011.

Mediante este procedimiento de contratación se adjudicó la realización del evento "Reunión Anual Caminando a la excelencia en los Programas de Cáncer de la Mujer", por un monto de 3, 780, 179.00 (Tres millones setecientos ochenta mil ciento setenta y nueve pesos 00/100 M.N.)

2012	No de Contrato	Monto	Concepto
	1	3,780,179.00	Realización del evento "Reunión Anual Caminando a la excelencia en los Programas de Cáncer de la Mujer"

VII.3.4 Convenios y/o contratos celebrados

El esquema de asignación de recursos para las entidades federativas ocasiona que la responsabilidad de la gestión de los programas y la ejecución de los recursos financieros estén sujetas a la discrecionalidad o voluntad política del ejecutivo local. Con el objetivo de mantener la rectoría por parte del ámbito federal, la Dirección General de Programación, Organización y Presupuestación y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud crearon desde el 2007 el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE). Su propósito es identificar y ordenar la ejecución del gasto de acuerdo al nuevo modelo de gestión por resultados.

El AFASPE es firmado año tras año por los titulares de la subsecretaría mencionada anteriormente y sus órganos, así como por la Secretaría de Salud de cada estado y por la Secretaría de Finanzas y Administración o de la Secretaría de Hacienda locales según sea el caso. Por ello, el acuerdo se encuentra conformado por los 31

programas estatales que no se explicitan en el documento del Presupuesto de Egresos de la Federación. Entre ellos encontramos a todos los vinculados a la salud sexual y reproductiva.

Los convenios celebrados durante el Ejercicio Fiscal 2012 no han recibido registro y por ello no cuentan con número y fecha.

ENTIDAD FEDERATIVA	FECHA DE CONVENIO	No REG. DGAJ	EJERCICIO FISCAL	MONTO	TOTAL
AGUASCALIENTES	25 de julio de 2007	S/N	2007	-	4,818,027.58
	30 de junio de 2008	6502	2008	131,766.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	790,768.41	
	1 de marzo de 2010	0054/2010	2010	500,000.00	
	06 de mayo 2011	CNEGySR/166/2011	2011	473,705.17	
	s/r	s/r	2012	2,921,788.00	
BAJA CALIFORNIA	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	12,279,268.25
	8 de septiembre de 2008	6753	2008	307,748.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	2,521,374.59	
	1 de marzo de 2010	0055/2010	2010	900,000.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/167/2011	2011	1,347,904.66	
	s/r	s/r	2012	7,202,241.00	
BAJA CALIFORNIA SUR	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	7,177,041.92
	17 de septiembre de 2008	6773	2008	104,095.00	
	24 de diciembre de 2008	s/n	2009	374,174.59	
	1 de marzo de 2010	0056/2010	2010	1,000,000.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/168/2011	2011	684,897.40	
	s/r	s/r	2012	5,013,874.93	
CAMPECHE	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	14,573,880.18
	8 de septiembre de 2008	6749	2008	223,907.00	
	24 de diciembre de 2009	0014/2010	2009	779,252.21	
	1 de marzo de 2010	0057/2010	2010	1,942,856.00	
	15 de febrero de 2011		2011	1,474,645.43	
	s/r	s/r	2012	10,153,219.54	
CHIAPAS	10 de agosto de 2007	s/n	2007	-	32,775,180.41
	19 de septiembre de 2008	6438	2008	1,581,214.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	5,370,990.13	
	1 de marzo de 2010	0058/2010	2010	4,928,570.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/170/2011	2011	7,553,777.93	
	s/r	s/r	2012	13,340,628.35	
CHIHUAHUA	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	16,700,183.22

	8 de septiembre de 2008	6752	2008	396,979.00	
	5 de enero de 2009	s/n	2009	2,739,825.54	
	1 de marzo de 2010*	0059/2010	2010	2,500,000.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/171/2011	2011	1,610,583.01	
	s/r	s/r	2012	9,452,795.67	
COAHUILA	17 de septiembre de 2007	s/n	2007	-	14,334,020.52
	24 de septiembre de 2008	6836	2008	353,090.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	2,623,872.67	
	1 de marzo de 2010	060/2010	2010	333,334.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/172/2011	2011	1,023,723.85	
	s/r	s/r	2012	10,000,000.00	
COLIMA	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	8,721,431.80
	17 de septiembre de 2008	6771	2008	189,820.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	709,130.26	
	1 de marzo de 2010	0061/2010	2010	3,049,230.50	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/173/2011	2011	800,440.98	
	s/r	s/r	2012	3,972,810.06	
DISTRITO FEDERAL	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	30,568,625.48
	25 de septiembre de 2008	6891	2008	2,965,180.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	7,157,216.48	
	1 de marzo de 2010	s/n	2010	1,942,856.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/174/2011	2011	3,411,176.85	
	s/r	s/r	2012	15,092,196.15	
DURANGO	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	10,728,381.29
	25 de septiembre de 2008	6893	2008	296,347.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	2,139,409.06	
	1 de marzo de 2010	s/n	2010	1,440,000.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/175/2011	2011	1,400,361.78	
	s/r	s/r	2012	5,452,263.45	
GUANAJUATO	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	28,976,233.56
	23 de septiembre de 2008	6832	2008	1,265,453.00	
	24 de diciembre de 2008	s/n	2009	6,632,496.65	
	1 de marzo de 2010	s/n	2010	1,619,046.00	
	01 de marzo de 2011	CNEGySR/176/2011	2011	2,717,997.70	
	s/r	s/r	2012	16,741,240.21	
GUERRERO	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	30,465,524.02
	8 de septiembre de 2008	6750	2008	725,563.00	
	31 de diciembre de 2008	0003/2010	2009	4,975,295.12	
	1 de marzo de 2010	0062/2010	2010	3,942,856.00	

	15 de febrero de 2011	CNEGySR/177/2011	2011	6,436,731.39	
	s/r	s/r	2012	14,385,078.51	
HIDALGO	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	16,742,620.09
	23 de septiembre de 2008	6831	2008	569,558.00	
	23 de diciembre de 2008	s/n	2009	4,241,355.43	
	1 de marzo de 2010	0063/2010	2010	3,428,570.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/178/2011	2011	1,844,225.66	
	s/r	s/r	2012	6,658,911.00	
JALISCO	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	28,520,377.22
	5 de septiembre de 2008	6745	2008	926,171.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	8,196,723.02	
	1 de marzo de 2010	0064/2010	2010	2,742,856.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/179/2011	2011	4,355,176.86	
	s/r	s/r	2012	12,299,450.34	
MÉXICO	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	44,851,095.81
	24 de septiembre de 2008	6842	2008	1,475,821.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	17,022,453.56	
	1 de marzo de 2010	0065/2010	2010	2,502,856.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/180/2011	2011	5,012,088.65	
	s/r	s/r	2012	18,837,876.60	
MICHOACÁN	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	26,962,839.99
	12 de agosto de 2008	6675	2008	517,526.00	
	5 de enero de 2009	s/n	2009	5,638,522.17	
	1 de marzo de 2010*	0066/2010	2010	3,928,570.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/181/2011	2011	2,414,488.47	
	s/r	s/r	2012	14,463,733.35	
MORELOS	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	9,906,121.16
	25 de septiembre de 2008		2008	1,436,452.00	
	16 de enero de 2009	s/n	2009	1,483,979.59	
	1 de marzo de 2010	s/n	2010	2,860,360.40	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/182/2011	2011	460,535.37	
	s/r	s/r	2012	3,664,793.80	
NAYARIT	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	11,015,834.02
	24 de septiembre de 2008		2008	159,523.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	870,194.62	
	1 de marzo de 2010	s/n	2010	5,198,974.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/183/2011	2011	1,511,385.02	
	s/r	s/r	2012	3,275,757.38	
NUEVO LEÓN	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	25,459,481.76

	5 de septiembre de 2008		2008	556,954.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	4,267,389.60	
	1 de marzo de 2010	0067/2010	2010	5,827,544.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/184/2011	2011	1,938,300.17	
	s/r	s/r	2012	12,869,293.99	
OAXACA	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	29,441,401.45
	23 de septiembre de 2008		2008	1,442,300.00	
	29 de diciembre de 2009	0002/2010	2009	5,587,851.22	
	1 de marzo de 2010	s/n	2010	3,942,856.00	
	25 de febrero de 2011	CNEGySR/185/2011	2011	9,343,642.80	
	s/r	s/r	2012	9,124,751.43	
PUEBLA	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	21,142,135.89
	25 de septiembre de 2008		2008	621,702.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	8,207,400.95	
	1 de marzo de 2010	0068/2010	2010	3,542,856.00	
	25 de febrero de 2011	CNEGySR/186/2011	2011	3,725,707.43	
	s/r	s/r	2012	5,044,469.51	
QUERÉTARO	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	7,240,404.41
	11 de septiembre de 2008		2008	271,920.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	1,621,706.05	
	1 de marzo de 2010	s/n	2010	1,000,000.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/187/2011	2011	712,915.84	
	s/r	s/r	2012	3,633,862.52	
QUINTANA ROO	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	14,104,970.34
	18 de septiembre de 2008		2008	374,321.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	1,075,206.31	
	1 de marzo de 2010*	0069/2010	2010	7,606,039.20	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/188/2011	2011	514,229.42	
	s/r	s/r	2012	4,535,174.41	
SAN LUIS POTOSÍ	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	12,611,699.40
	18 de septiembre de 2008		2008	907,374.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	3,977,764.90	
	1 de marzo de 2010	070/2010	2010	1,185,268.73	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/189/2011	2011	1,293,282.77	
	s/r	s/r	2012	5,248,009.00	
SINALOA	25 de julio de 2007	s/n	2007	-	9,906,121.16
	24 de septiembre de 2008		2008	681,682.00	
	3 de febrero de 2009	s/n	2009	3,253,085.54	
	1 de marzo de 2010	071/2010	2010	1,942,856.00	

	15 de febrero de 2011	CNEGySR/190/2011	2011	2,354,261.54	
	s/r	s/r	2012	6,999,154.00	
SONORA	25 de julio de 2007	s/n	2007*	-	12,565,706.90
	23 de septiembre de 2008		2008*	729,289.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	2,612,400.61	
	1 de marzo de 2010	0072/2010	2010	2,243,308.93	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/191/2011	2011	1,355,301.36	
	s/r	s/r	2012	5,625,407.00	
TABASCO	25 de julio de 2007	s/n	2007*	-	21,126,346.37
	23 de septiembre de 2008		2008*	572,997.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	1,991,843.69	
	1 de marzo de 2010	s/n	2010	8,993,889.50	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/192/2011	2011	2,229,054.18	
	s/r	s/r	2012	7,338,562.00	
TAMAULIPAS	25 de julio de 2007	s/n	2007*	-	18,685,993.54
	12 de agosto de 2008		2008*	736,328.00	
	23 de diciembre de 2008	s/n	2009	3,013,267.01	
	1 de marzo de 2010	0073/2010	2010	6,528,512.30	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/193/2011	2011	1,416,029.23	
	s/r	s/r	2012	6,991,857.00	
TLAXCALA	25 de julio de 2007	s/n	2007*	-	6,995,078.06
	17 de septiembre de 2008		2008*	275,183.00	
	27 de enero de 2009	s/n	2009	1,220,859.92	
	1 de marzo de 2010	0074/2010	2010	800,000.00	
	25 de febrero de 2011	CNEGySR/194/2011	2011	1,181,468.74	
	s/r	s/r	2012	3,517,566.40	
VERACRUZ	25 de julio de 2007	s/n	2007*	-	32,021,114.93
	17 de septiembre de 2008		2008*	866,579.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	6,866,604.37	
	1 de marzo de 2010	s/n	2010	3,942,872.00	
	18 de abril de 2011	CNEGySR/195/2011	2011	5,109,429.19	
	s/r	s/r	2012	15,235,630.37	
YUCATÁN	25 de julio de 2007	s/n	2007*	-	7,830,039.22
	12 de agosto de 2008		2008*	218,797.00	
	31 de diciembre de 2008	s/n	2009	1,056,995.27	
	1 de marzo de 2010	0075/2010	2010	1,600,000.00	
	15 de febrero de 2011	CNEGySR/196/2011	2011	1,238,867.45	
	s/r	s/r	2012	3,715,379.50	
ZACATECAS	25 de julio de 2007	s/n	2007*	-	8,695,850.53

10 de febrero de 2009		2008*	251,120.00
31 de diciembre de 2008	s/n	2009	1,428,443.53
1 de marzo de 2010	0076/2010	2010	2,000,000.00
04 de abril de 2011	CNEGySR/197/2011	2011	1,209,284.00
s/r	s/r	2012	3,807,003.00
TOTAL CÁNCER CÉRVICO UTERINO			577,943,030.48

FUENTE: Convenio s Modificatorios Específicos para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas.

Para ejecución de los diversos Programas Institucionales derivados del Programa de Acción Específico de Cáncer Cérvico Uterino se celebraron convenios de colaboración con entidades de la Administración Pública Federal, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 1º de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

2007

FECHA DE CONVENIO	No REG. DGAJ	FIRMANTES	TRABAJOS CONVENIOS/PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	MONTO
s/f	5466	Instituto Nacional de Salud Pública/CNEGSR	Contratación de los Servicios del Instituto Nacional de Salud Pública, para la instrumentación y evaluación de la Estrategia de Detección de Virus de Papiloma Humano (VPH)	33,000,000.00
MONTO TOTAL 2007				33,000,000.00

2008

Durante este Ejercicio se realizaron contratación con el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de Cancerología por un monto de 5,000,000.00 (Cinco millones de pesos 00/100 M.N.).

La asesoría "Diagnóstico Interinstitucional del Programa para la Prevención del Cáncer Cervicouterino" tenía por objetivo elaborar un diagnóstico situacional de los recursos e infraestructura en las diferentes instituciones de salud, así como identificar las características de la provisión de la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres con Cáncer Cérvico Uterino que determinan la efectividad en la prevención de la mortalidad.

Identificar donde se encuentran los principales problemas del programa de tamizaje en cada una de las instituciones con el fin de orientar la gestión de recursos e infraestructura, así como proponer soluciones dirigidas y estratégicas que permitan la mejora en la organización y desarrollo del programa en las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Mientras que los estudios de reproducibilidad de la colposcopia y citología cervical buscaron evaluar la calidad de la interpretación citológica y colposcópica a través de la reproducibilidad del diagnóstico citológico inter e intra-observador en los laboratorios de la citología de la Secretaría de Salud.

Realizar un diagnóstico del grado de reproducibilidad inter e intra-observador entre el personal responsable de la interpretación citológica y colposcópica en los laboratorios de la Secretaría de las entidades federativas.

FECHA DE CONVENIO	No REG. DGAJ	FIRMANTES	TRABAJOS CONVENIOS/PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	MONTO
15-ago-08	7013	Instituto Nacional de Salud Pública/CNEGSR	Diagnóstico Interinstitucional del Programa para la Prevención del Cáncer Cervicouterino	2,000,000.00
15-ago-08	7013	Instituto Nacional de Salud Pública/CNEGSR	Instrumentación y Evaluación de la Estrategia de Detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino en el Estado de Morelos	2,000,000.00
15-ago-08	7013	Instituto Nacional de Salud Pública/CNEGSR	Asesoría para la Implementación del Proyecto de Investigación: Reproducibilidad de la Colposcopia	500,000.00
15-ago-08	7442	Instituto Nacional de Cancerología/CNEGSR	Asesoría para la implementación del Proyecto de Investigación: Reproducibilidad de la Citología Cervical	500,000.00
MONTO TOTAL 2008				5,000,000.00

2009

Durante el 2009, el Centro Nacional de Equidad de Género realizó un convenio de colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública que incluía tres proyectos que impactaban de manera directa el Programa de Acción Específico de Cáncer Cérvico Uterino, con un costo total de 5,600,000.00 (Cinco millones seiscientos mil pesos 00/100 M.N.).

Mediante la “Capacitación en garantía de calidad para el programa de tamizaje”, se utilizó la experiencia y la tecnología que ha desarrollado el Instituto Nacional de Salud Pública en capacitación virtual con la finalidad de capacitar a los responsables estatales y jurisdiccionales de los programas de cáncer cérvico uterino y de mama para analizar los diferentes procesos de los programas de detección de cáncer, así como identificar las posibles fallas en la operación con el fin de prevenirlas.

Como parte de la inclusión de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano, se realizaron los proyectos: “Evaluación de la Estrategia Fase IV contra el Virus del Papiloma Humano” y “Control de Calidad Externo de Laboratorios de Virus de Papiloma Humano (VPH)”.

Establecer una cohorte de niñas y adolescentes vacunas contra el virus del papiloma humano para una evaluación de seguimiento que permita identificar la aceptabilidad, seguridad e inmunogenicidad de la vacuna y la eficacia clínica para la infección del Virus del Papiloma Humano, lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino, y se buscó garantizar el procesamiento con calidad de muestras para la detección del Virus del Papiloma Humano en los 12 laboratorios que se encuentran laborando o en implementación. Asegurar el informe oportuno de los resultados de la prueba de virus del papiloma humano, a través de la instalación de una interfase del robot al sistema de información de cáncer de la mujer.

FECHA DE CONVENIO	No REG. DGAJ	FIRMANTES	TRABAJOS CONVENIOS/PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	MONTO
01-jul-09	8577	Instituto Nacional de Salud Pública/CNEGSR	Control de Calidad Externo de Laboratorios de Virus de Papiloma Humano (VPH)	1,000,000.00

01-jul-09	8577	Instituto Nacional de Salud Pública/CNEGSR	Capacitación en Garantía de Calidad para el Programa de Tamizaje	600,000.00
01-jul-09	8577	Instituto Nacional de Salud Pública/CNEGSR	Evaluación de la Estrategia Fase IV contra el Virus del Papiloma Humano	4,000,000.00
MONTO TOTAL 2009				5,600,000.00

2010

En este Ejercicio Fiscal las colaboraciones hechas con el Instituto de Salud Pública relacionadas con el Programa de Acción Específico de Cáncer Cérvico Uterino se redujeron al proyecto "Estudio Fase IV de la Vacuna contra la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH).

Éste tuvo por objetivo fortalecer los mecanismos de control y seguimiento a la cohorte de niñas y adolescentes vacunadas contra la infección por virus del papiloma humano que permitió identificar: la aceptabilidad y la seguridad de la vacuna, así como la inmunogenicidad a los 7, 24 y 61 meses.

FECHA DE CONVENIO	No REG. DGAJ	FIRMANTES	TRABAJOS CONVENIOS/PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	MONTO
s/f		Instituto Nacional de Salud Pública/CNEGSR	Estudio Fase IV de la Vacuna contra la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH)	1,000,000.00
MONTO TOTAL 2010				1,000,000.00

2011

Durante este ejercicio, se realizó un estudio de seguimiento del esquema extendido de la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) que permitió valorar una cohorte comparativa con medición basal en 2009 y 2010, partiendo de la fórmula para estimar riesgos relativos en una población de niñas de 9 y 10 años, vacunadas con el esquema ampliado de 0, 6 y 60 meses y otro grupo de mujeres de 18 a 24 años inmunizadas con la misma vacuna en esquema de 0, 2 y 6 meses; realizando la medición de niveles de anticuerpos posterior a la aplicación de la vacuna, a los 7, 24 y 61 meses. Ello, permitirá verificar y determinar la inmunogenicidad, seguridad, aceptabilidad y eficacia de este tipo de biológicos, en las niñas y adolescentes del país. Este proyecto tuvo un monto total de 2,000,000.00 (Dos millones de pesos 00/100 M.N.).

FECHA DE CONVENIO	No REG. DGAJ	FIRMANTES	TRABAJOS CONVENIOS/PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	MONTO
s/f	"CC-CNEGySR-INSP-01-2011 CNEGySR/114/2011"	Instituto Nacional de Salud Pública/CNEGSR	Estudio de seguimiento del esquema extendido de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)	2,000,000.00
s/f	"CC-CNEGySR-INSP-01-2011 CNEGySR/114/2011"	Instituto Nacional de Salud Pública/CNEGSR	Estimación de la incidencia, prevalencia y sobrieda de las mujeres mexicanas por cáncer cérvico uterino y mamario	400,000.00
MONTO TOTAL 2011				2,400,000.00

2012

FECHA DE CONVENIO	No REG. DGAJ	FIRMANTES	TRABAJOS CONVENIOS/PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	MONTO
30-julio-2012	CNEGySR –INSP-01-2012	Instituto Nacional de Salud Pública/CNEGSR	Seguimiento del esquema ampliado de vacuna contra el VPH.	1,750,000.00
MONTO TOTAL 2012				1,750,000.00

Para el ejercicio fiscal 2012 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva realizó con un convenio con el Instituto Nacional de Salud Pública para la realización del estudio de “Seguimiento del esquema ampliado de vacuna contra el VPH”, misma que tuvo un costo de 1, 750, 000.00 (Un millón setecientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.).

Como se detalló anteriormente, con el No. De Oficio circular 307-A.-3083, emitido por la Subsecretaría de Egresos Unidad de Política y Control Presupuestario de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se estableció que los ejecutores de gasto no podrán iniciar procedimientos de contratación a partir del 16 de julio de 2012.

VII.3.5 Registros contables y presupuestarios realizados, conforme a la normatividad emitida por la SHCP para el efecto

CAPITULO	DENOMINACION	EJERCIDO						
		2007	2008	2009	2010	2011	2012*	TOTAL GLOBAL
2000	Materiales y suministros	27,438,899.38	239,441,473.36	198,000,000.00	208,954,129.13	256,347,306.97	121,459,983.25	1,051,641,792.09
3000	Servicios generales	2,846,193.22	31,768,737.20	9,197,165.93	36,982,354.89	28,259,410.45	3,088,173.95	112,142,035.64
4000	Ayudas	00	81,450,961.00	116,000,000.00	196,510,201.57	109,635,259.60	135,764,387.93	639,360,810.10
5000	Bienes muebles e inmuebles	00	28,519,586.35	00	32,800,000.00	00	00	61,319,586.35
7000		00	4,807,618.04	00	200,000.00	00	00	5,007,618.04
TOTAL		30,285,092.60	385,988,375.95	323,197,165.93	475,446,685.59	394,241,977.02	260,312,545.13	1,869,471,842.22

Fuente: Listado del ejercicio de presupuesto DGPOP

AÑO	PRESUPUESTO MODIFICADO	PRESUPUESTO EJERCIDO	% MODIFICADO/EJERCIDO	% DE INCREMENTO DEL EJERCIDO PRESUPUESTAL/ANUAL ANTERIOR
2007	30,285,092.60	30,285,092.60	100	
2008	385,988,375.95	385,988,375.95	100	1174.51
2009	323,197,165.93	323,197,165.93	100	16.26*
2010	475,446,685.59	475,446,685.59	100	47.10
2011	394,241,977.02	394,241,977.02	100	17.07*
2012*	337,473,609.57	260,312,545.13	77.13	33.97*
TOTAL	1,946,632,906.66	1,869,471,842.22		

Fuente: Listado del ejercicio de presupuesto DGPOP

VII.3.6 Documentación soporte de la aplicación de los recursos por parte de la dependencia

El soporte financiero y contable para el desarrollo de los Programas de Acción Específico: Igualdad de Género en Salud, Prevención y Atención de la Violencia, Cáncer de Mama, Cáncer Cérvico Uterino, Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Materna y Perinatal, y Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes de este Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se encuentra bajo resguardo del Lic. José Antonio Pérez Durán, con cargo de Coordinador Administrativo, en las oficinas del Centro Nacional de este mismo Órgano Desconcentrado, ubicadas en Homero 213, piso 7, Colonia Chapultepec Morales, con teléfono 203500 ext. 5912

VII.3.7.8 Presupuesto total

El presupuesto total autorizado, modificado y ejercido correspondiente a la ejecución del Programa de Acción de Cáncer Cérvico Uterino durante el periodo comprendido de 2007 al 31 de Octubre de 2012 se encuentra detallado en el punto VII.1 de este documento.

Es importante destacar que durante el periodo reportado en este documento, los presupuestos modificados se han ejercido en su totalidad hasta el 2011. En lo referente al Ejercicio Fiscal 2012 la información presupuestaria de montos autorizados, modificados y ejercidos se reportarán en la Cuenta Pública de este año.

VII.3.8 Entero de recursos de la TESOFE

La relación de enteros de la Tesorería de la Federación corresponde a la totalidad de este Centro Nacional, al referirse a reintegros realizados por uno o más Programas de Acción simultáneamente.

Fecha	Intereses de valores	Venta de Bases	Sanciones	Importe Total
2006	501,610.00	0.00	2,192,440.00	2,694,050.00
2007	183,179.00	0.00	1,116,349.00	1,299,528.00
2008	227,054.00	0.00	16,964,498.00	17,191,552.00
2009	10,545.00	17,568.00	45,143.00	73,256.00
2010	1,022.00	0.00	3,683,237.00	3,684,259.00
2011	2,339.00	0.00	136,989.00	139,328.00
2012*	592.00	0.00	0.00	592.00
Total	926,341.00	17,568.00	24,138,656.00	25,082,565.00

FUENTE: Estados de cuenta bancarios.
Con corte al 30 de septiembre de 2012

-Durante los ejercicios fiscales 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 y el primer semestre de 2012, los intereses generados por las cuentas bancarias fueron de 926,259.00 (novecientos veinticuatro mil seiscientos tres pesos 00/100 M.N.).

-Durante estos mismos ejercicios, la venta de bases de las licitaciones llevadas a cabo en el Centro Nacional de Equidad de Género fue de 17, 568 (Diecisiete mil quinientos sesenta y ocho pesos 00/100 M.N.).

-Las sanciones a los proveedores por incumplimiento a los contratos fincados en el CNEGySR ascienden a 24, 139,003.23.

VII.3.9 Total de fondos entregados y recibidos, de las diferentes fuentes de financiamiento

El Centro Nacional de Equidad de Género recibe únicamente financiamiento a través del Presupuesto de Egresos de la Federación emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	Programa de Acción Especifico de Cáncer Cérvico Uterino						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	TOTAL GLOBAL
Federal:_ PEF	30,285,092.6	385,988,375.9	323,197,165.9	475,446,685.5	394,241,977.0	337,473,609.5	1,946,632,906.6
Cuota de recuperación	00	00	00	00	00	00	00
Donativos	00	00	00	00	00	00	00
Fondo de Protección contra Gastos Castastróficos	00	00	00	00	00	00	00
Seguro Médico para una Nueva Generación	00	00	00	00	00	00	00
Otros (describir)	00	00	00	00	00	00	00
Total	30,285,092.6	385,988,375.9	323,197,165.9	475,446,685.5	394,241,977.0	337,473,609.5	1,946,632,906.6

FUENTE: Listado del Ejercicio del presupuesto DGPOP

*Con corte al 31 de agosto de 2012

VII.3.10 Correspondencia relevante

Durante el periodo de 2007-2012 se generaron diferentes comunicaciones en materia de Cáncer Cérvico Uterino con las áreas involucradas en el proceso, sin embargo, todas estas corresponden a un tráfico de correspondencia habitual para el desarrollo del Programa, no habiendo alguna de relevancia para este documento.

VII.3.11 Fideicomisos

El Programa de Acción de Cáncer Cérvico Uterino no cuenta con fideicomisos, toda vez que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva tiene como única fuente de financiamiento la proporcionada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante el Presupuesto de Egresos de la Federación.



VIII. Seguimiento y control

VIII.1 Informes periódicos sobre los avances y situación del Programa

Instancia o nombre del informe	Frecuencia
Consejo Nacional de Salud (CONASA)	Bimestral
Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) de la Subsecretaría	Trimestral
Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Trimestral
Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud	Trimestral
Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Trimestral
Matriz de Indicadores de Resultado (MIR)	Trimestral
Informe de Programa Sectorial de Salud (PROSESA)	Trimestral
Informe del anexo 10 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF)	Trimestral
Informe de la cuenta de la hacienda pública	Anual
Informe de Evaluación de Desempeño	Anual
Informe para la reunión de directores de servicios de salud	Anual
Informe de avances para Plan Nacional de Desarrollo	Anual
Informe de avances para Plan Nacional de Salud	Anual
Informe de Gobierno	Anual
Portafolio estratégico	Sexenal
Rendición de cuentas	Sexenal
Acuerdos del Gabinete Social	Unica vez

VIII.2 Acciones realizadas para corregir o mejorar su ejecución

Año	Acciones realizadas
2007	<ul style="list-style-type: none"> ◁ Visitas de supervisión y asesoría ◁ Capacitación a Responsables estatales (Inducción al puesto) ◁ Realización de una investigación por el INSP de la aplicación de la prueba de captura de híbridos del virus de papiloma humano, como método de detección de la infección por VPH, que incluyó a 4,500 mujeres del estado de Morelos ◁ Reuniones nacionales para la capacitación y actualización de citólogos, citotecnólogos, patólogos, técnicos en tinción y colposcopistas
2008	<ul style="list-style-type: none"> ◁ Visitas de supervisión y asesoría ◁ Capacitación a Responsables estatales (Inducción al puesto) ◁ Reunión nacional de caminando a la excelencia en los programas de cáncer de la mujer ◁ Establecimiento de acuerdos de trabajo con la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud para la construcción de las Unidades Médicas Especializadas para la Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama (UNEME-DEDICAM) ◁ Establecimiento de la Estrategia 100x100 en los 125 municipios con MIDH ◁ Establecimiento de las estrategias de vacunación contra la infección por VPH en niñas de 11 años y de la prueba de captura de híbridos del VPH en mujeres de 35 a 64 años de edad ◁ Creación de los primeros cinco laboratorios de biología molecular para la prueba de captura de híbridos del VPH ◁ Reuniones nacionales para la capacitación y actualización de citólogos, citotecnólogos, patólogos, técnicos en tinción y colposcopistas
2009	<ul style="list-style-type: none"> ◁ Visitas de supervisión y asesoría ◁ Capacitación a Responsables estatales (Inducción al puesto) ◁ Reunión nacional de caminando a la excelencia en los programas de cáncer de la mujer ◁ Implementación de tres laboratorios de biología molecular más para la prueba de captura de híbridos del VPH ◁ Reuniones nacionales para la capacitación y actualización de citólogos, citotecnólogos, patólogos, técnicos en tinción y colposcopistas ◁ Participación en el proyecto Incluyendo México para la atención de las mujeres con cáncer en los 125 municipios con MIDH

2010	<ul style="list-style-type: none"> ◁ Visitas de supervisión y asesoría ◁ Capacitación a Responsables estatales (Inducción al puesto) ◁ Reunión nacional de caminando a la excelencia en los programas de cáncer de la mujer ◁ Reunión de responsables estatales para la planeación, presupuestación e implementación de las estrategias del programa ◁ Implementación de tres laboratorios de biología molecular más para la prueba de captura de híbridos del VPH ◁ Reuniones nacionales para la capacitación y actualización de citólogos, citotecnólogos, patólogos, técnicos en tinción y colposcopistas ◁ Participación en el proyecto Incluyendo México para la atención de las mujeres con cáncer en los 125 municipios con MIDH
2011	<ul style="list-style-type: none"> ◁ Visitas de supervisión y asesoría ◁ Capacitación a Responsables estatales (Inducción al puesto) ◁ Reunión nacional de caminando a la excelencia en los programas de cáncer de la mujer (Mayo, Puerto Vallarta) ◁ Reunión de responsables estatales para la planeación, presupuestación e implementación de las estrategias del programa (Noviembre, DF) ◁ Reuniones nacionales para la capacitación y actualización de citólogos, citotecnólogos, patólogos, técnicos en tinción y colposcopistas ◁ Curso virtual sobre la prevención del cáncer del cuello dirigido a personal multidisciplinario estatal involucrado en el Programa
2012	<ul style="list-style-type: none"> ◁ Visitas de supervisión y asesoría ◁ Capacitación a Responsables estatales (Inducción al puesto) ◁ Reunión nacional de caminando a la excelencia en los programas de cáncer de la mujer (Mayo, DF) ◁ Diplomado virtual Internacional de Cáncer de la Mujer dirigido a personal multidisciplinario estatal involucrado en el Programa ◁ Implementación de seis laboratorios de biología molecular más para la prueba de captura de híbridos del VPH

VIII.3 Auditorías practicadas y atención a las observaciones determinadas.

El Órgano Interno de Control y la Auditoría Superior de la Federación son las instituciones encargadas de la revisión de la Cuenta Pública y el fortalecimiento del control interno con el propósito de mejorar los procesos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Durante el periodo de 2007 a 2011 estas instituciones realizaron catorce observaciones y/o recomendaciones derivadas del Programa de Acción de Cáncer Cérvico Uterino, mismas que se detallan a continuación:

CNEGySR	RESUMEN						Total
	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	
VIII.3.1 Órgano Interno de Control		3	2	1	4		10
VIII.3.2 Auditoría Superior de la Federación (Recomendación)				4	0		4
VIII.3.3 Auditoría Gubernamental SFP							
VIII.3.4 Auditoría Interna							
VIII.3.5 Otros							
SUMA		3	2	5	4		14
Solventadas		3	1	4	0		8
Por solventar		0	1	1	4		6
Generaron responsabilidades		0	0	0	0		0

*Auditorías en proceso

VIII.3.1 Órgano Interno de Control

Durante el ejercicio fiscal 2008, el Órgano Interno de Control realizó la auditoría No. 24/08, misma que incluyó una observación con referencia al Programa de Cáncer Cérvico Uterino, relativa a falta de documentación comprobatoria de los trabajos realizados por el Instituto Nacional de Salud Pública para la prueba de “Tamizaje de VPH”, ésta fue solventada el 21 de octubre de 2010, mediante oficio del Órgano Interno de Control No. 12/1.0.3.2.1/291/2010. Durante este mismo año, realizó las Auditorías 02/08 y 55/08 que observaban deficiencias en el cumplimiento de los Anexos de Ejecución Específicos de los Programas de “Prevención y Control del Cáncer Mamario y Cérvico Uterino” y deficiencias en los procesos de adquisición de la vacuna que previene la infección por Virus del Papiloma Humano tipos oncogénicos 16 y 18, vinculados al desarrollo del cáncer Cérvico uterino, respectivamente.

En 2009, este Órgano realizó la Auditoría No. 26/09, que derivó en dos observaciones que señalaban incumplimiento de los Convenios Específicos en materia de transferencia de recursos e insumos, celebrados durante 2008 y 2009, y deficiencias en la contratación de servicios por asesorías para la operación de programas partida 3304. La primera de ésta se encuentra en proceso de solventación, mientras que la segunda fue solventada mediante el oficio del OIC No. 12/1.0.3.2.1/193/2010 de fecha 30 de julio de 2010, segundo trimestre de 2010.

La Auditoría 31/10, fue realizada durante 2010 que observó “Incumplimiento de Convenios y falta de documentación de la contratación de congresos y convenciones”, en el oficio del Órgano Interno de Control No. 12/1.0.3.2/087/2012 de fecha 01 de agosto de 2012, se menciona que la observación tiene un avance del cien por ciento.

Mientras que para 2011, se tuvieron observaciones derivadas de la Auditoría No. 19/11, cuya solventación se encuentra pendiente de revisión por este Órgano. En éstas se mencionan: “Irregularidades en los procedimientos de adjudicación, contratación, entrega y distribución de Vacunas de Papiloma Humano por un importe de 54, 903,687.93, correspondientes al ejercicio fiscal 2010”, “Irregularidades en el procedimiento de Licitación Pública Nacional No. LA-012L00001-N1-2011, ejercicio 2011, por un importe de 22, 472,094.87 para la prestación de servicios de Congresos y Convenciones de todo el Centro Nacional”, “Inconsistencias en la contratación de servicios profesionales para la realización de asesorías especializadas que permitan dar cumplimiento a las disposiciones normativas, correspondientes al ejercicio 2010”, y “Inconsistencias en el ejercicio y comprobación de recursos transferidos a las entidades federativas durante 2010 y 2011”.

RESUMEN

EJERCICIO FISCAL	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	Total
Área Operativa		2					
Adquisiciones		1			2		
Recursos Financieros							
Manuales							
Transferencias AFASPES			1		1		
Contrataciones			1	1	1		
Suma		3	2	1	4		

Solventadas	3	1	0	0
Por solventar	0	1	1	4
Generaron Responsabilidades	0	0	0	0

*Auditorías en proceso

VIII.3.2 Auditoría Superior de la Federación

La Auditoría Superior de la Federación, realizó durante 2010 la Auditoría No. 522, que derivó en cuatro recomendaciones que ya han sido solventadas en su totalidad mediante el oficio No. OAETI-0965/2011 de fecha 08 de julio de 2011. Éstas refieren:

-09-0-12L00-02-0522-01-002 resultado 4: Mecanismos que fortalezcan los procesos y sistemas administrativos con el fin de garantizar que los recursos se ministren en el plazo establecido y en el ejercicio para el que fueron autorizados.

-09-0-12L00-02-0522-01-003 resultado 4: Definir en los AFASPE los plazos en que deben ser ejercidos los recursos que se transfieren para el cumplimiento de los programas presupuestarios y, en caso contrario, se reintegren a la Tesorería de la Federación.

-09-0-12L00-02-0522-01-004 resultado 5: mecanismos de control a fin de verificar que los rendimientos de las cuentas productivas invariablemente se transfieran a los programas específicos que integran el programa para el AFASPE.

-09-0-12L00-02-0522-01-005 resultado 6: Mecanismos de control y supervisión que garanticen la recepción, custodia y distribución oportuna de los insumos federales en los almacenes estatales o jurisdiccionales, con el fin de que, a su vez, sean distribuidos entre la población objetivo.

-09-0-12L00-02-0522-01-006 resultado 7: Acciones estructurales para cumplir con las metas y objetivos establecidos en los programas específicos y mecanismos de control que general información confiable y expedita.

RESUMEN

EJERCICIO FISCAL	2007	2008	2009	2010	2011	2012 *	Total
Área Operativa				1			
Adquisiciones							
Recursos Financieros							
Manuales							
Transferencias AFASPES				3			
Suma				4			
Solventadas				4			
Por solventar				0			
Generaron Responsabilidades				0			

*Auditorías en proceso

IX.

Resultados y beneficios alcanzados

IX.1 Cumplimiento de los objetivos y metas del Programa

Objetivos

1. Mejorar el conocimiento de la población sobre los determinantes del cáncer cérvico uterino a través de acciones integradas de promoción de la salud que motiven la adopción de conductas que protejan la salud y promuevan la demanda de la detección temprana.

Una ardua tarea resultó actualizar el Programa de Acción de prevención y control del Cáncer Cérvico Uterino, que con un espíritu ambicioso pretendió difundir a toda la población el conocimiento de esta enfermedad, su vía de adquisición o contagio, la manera de prevenirla y los apoyos que brinda el sector salud para su detección oportuna y su tratamiento específico, adecuando los servicios en calidad y calidez para poder responder a esta nueva demanda.

Se desarrolló y estableció una campaña por medios masivos sobre la importancia de la detección oportuna de esta patología, la cual en su primera fase salió al aire el día 25 de junio y se complementó en una segunda fase en el mes de octubre.

Se realizaron diferentes productos de promoción dirigidos a la población y al personal de salud para favorecer los conocimientos respecto de los determinantes del cáncer cérvico uterino y las acciones para prevenirlos:

2007	
Tipo de producto de promoción	Nombre
Rotafolio	Sensibilización e Información para la difusión de la vacuna preventiva del CACU en poblaciones indígenas 1000
Norma Oficial Mexicana	NOM 014-1994 PARA LA Prevención Detección Diagnóstico Tratamiento Control y vigilancia epidemiológica Cáncer Cérvico Uterino 15,000
Calendario	Calendario BIANUAL 2008-2009 para prevención y control del CACU 2,000
Manual	Procacu-SICAM Sistema de información de Cáncer de la Mujer 800
Manual	Orientación-Consejería en el Programa de Cáncer Cérvico Uterino 15,000
Manual	Supervisión del Programa de Cáncer Cérvico Uterino 15,000
Manual	Manual. Manual de procedimientos para la toma de la muestra de citología cervical 10,231
Manual	Manual de tinción 10,231
Manual	Procedimientos y Organización de la Clínica de Displasias 1,000

Fuente: CNEGSR, Programa Editorial, 2007.

Durante 2008 y para fomentar la demanda de la detección y el autocuidado de la salud, se elaboró material promocional y se organizaron eventos de promoción de la salud

2008	
Tipo de producto de promoción	Nombre
Programa	Programa de acción específico 2007-2012 Cáncer cérvicouterino.
Manual	Laboratorio de Anatomía Patológica Manual de procedimientos generales. Cáncer cérvico uterino. 1,000
Triptico	La captura de híbridos, un plus en la detección del cáncer cérvico uterino 15,000
Tarjetero	Tarjetero plastificado para consulta operativa para el Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino 18,000

Fuente: CNEGSR, Programa Editorial, 2008.

Durante 2009 se inició con la promoción para la detección del Virus del Papiloma Humano, por ello, se generaron productos promocionales que favorecieron el conocimiento de la población sobre los factores de riesgos para la infección del Virus del papiloma Humano así como las consecuencias de la infección persistente. Se generaron tarjetas para el personal de salud que permitieron difundir el proceso de referencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención:

2009		
Tipo de producto de promoción	Nombre	Cantidad
Tarjeta	7 Primer nivel de atención	20,000
Tarjeta	7 Segundo nivel de atención	10,000
Banner	Para cada mujer, una forma de	4,000
Cartel	Para cada mujer, una forma de	15,000
Triptico	Prueba de papiloma virus	25,000
Portaboligrafo	Portaboligrafo. El cáncer es curable se trata a tiempo	25,000
Placa	Placa de vinil. Señalador de gratuidad para la atención de cáncer cérvico uterino	300
Manual	Manual de Procedimientos y Organización de la Clínica de Colposcopia	1,000
Manual	Manual de Procedimientos de Supervisión. Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino	1,000
Manual	Manual de procedimientos para la toma de la muestra de citología cervical	5,000
Manual	Manual de tinción	500

Fuente: CNEGSR, Programa Editorial, 2009.

Durante 2010, se crearon productos de promoción para hombres con la intención de disminuir el estigma que se empezaba a generar por la detección de la infección por el Virus del Papiloma Humano. Se generaron reportes para el personal de salud que fortalecieron el sistema de información del programa:

2010		
Tipo de producto promoción	Nombre	Cantidad
Díptico	Informativo prueba de VPH para hombres	500,000
Díptico	Informativo prueba de VPH anormal	45,000
Bolsa	Bolsa ecológica Programa de prevención del Cáncer Cérvico Uterino	26,500
Bolsa	Bolsa de mandado Programa de prevención del Cáncer Cérvico Uterino	28,700
Formato	Solicitud y reporte de resultado de prueba de papiloma virus	1,100,000
Formato	Solicitud y reporte de resultado papanicolaou	1,115,000
Formato	Seguimiento en Clínica de Colposcopía	200,000
Tarjetero	Plastificado para consulta operativa para el Programa de Prevención y Control de CaCU	14,420

Fuente: CNEGSR, Programa Editorial, 2010.

Para 2011, se propuso generar material informativo y promocional como pin de solapa, organizadores, botones promocionales, bolsas de vinil y calendarios, lo que favorece la aceptación por parte de la población:

2011		
Tipo de producto promoción	Nombre	Cantidad
Pin	h	10,000
Organizador	h	50,000
Caja	h	20,000
Botón promocional		10,000
Bolsa de vinil	h	50,000
Calendario	Calendario bianual 2012-2013. El cáncer de matriz se puede prevenir, con Papanicolau o prueba del virus de Papiloma Humano. Son pruebas sencillas, rápidas y no duelen	25,000
Bolsa de loneta	El cáncer de matriz se puede prevenir con un Papanicolau o prueba del virus del Papiloma Humano. Son pruebas sencillas, rápidas y no duelen	2,500
Etiqueta	Etiquetas con código de barras	2,140,05
Formato	†	136,000
Guía	mujer con cáncer de mama o cérvix uterino	1,000

Fuente: CNEGSR, Programa Editorial, 2011.

Ejemplos de material promocional:

Bolsa de Loneta



Yi celday na puy chí cancer de la matriz, chantu mojay her maki na tuchápih na umduhiyaam yo papanicolaou, naga yikin bu tiguizam yi batpuda na puychi virus na bia yi mankam, naga cham hiecha-hok guio chantu shijay.
Lengua: Odam (som), Sierra de Hijicori, Nayarit

Jópáám' jadh'oxobáá' páááop, jad'weébbéep'
cáncer káye' yepáat' nílat'ók'ojokhán.
Naktíndimín'japapanicolaou
"kóójiapiék", k' eojálat'ón'fat'it'ajachóte
Lengua: Mixe, Sierra Alta, Oaxaca

El cáncer de matriz se puede prevenir, con un Papanicolaou o prueba del virus del Papiloma Humano
Son pruebas sencillas, rápidas y no duelen

Ju tompo cáncer lojabotawéchéko ara jünorwatu, k'okokotakawemet a wetruháéchéh'boemobé' tebo, papanicolaou prueba taemoeyáratatobo.
Kaobíachíni, láúpoentekakóokosojowa.
Lengua: Maya

Le cáncer tu jo'nelkolelo', jo'u pajtal u yila'alma u ts'áik'itobe', chenyéotel u menta'al le papanicolaou' u tial u yila'al u yik'él le papiloma ti u wínik'álmáko'.
La jo'ika' jachma' nitam u menta'alí', sonho'ámp'otélma' y'ajji'.
Lengua: Maya, Yucatán

Ne ndan'oiñ' cáncer se lun'oiñ'ok' uangurja par mamameikarjé', lania'at'k' uamanata'au par ke no k' uambakójo, con ndangu'ajau se f'iji' j'papanicolaou.
Ranjent'á'j'á'uh'á'ndebajant', manei y nijemba'uz.
Lengua: Perse'ur, San Luis Potosí

Ik uparhatakarhu anapu uxuta uxini kuarhukun-hari, tsajparata ma uminhapamí k'uparhatakarhu, ima ts' ejarakucha no tsanhamísti, son-hánti ka no p' amainéni.
Lengua: Purhépecha, Michoacán

Díptico promocional



Lo mejor para ti contra el Cáncer Cérvico Uterino

La detección y la vacuna son gratuitas en las unidades de salud.

Recuerda:
Acudir a vacunar a la niña cuando lo indique el personal de salud.

Tan importante es hacerse la detección, como regresar por los resultados.



www.generoyasaludreproductiva.salud.gob.mx

Cartel promocional



Calendario

EL CÁNCER DE MATRIZ SE PUEDE PREVENIR, CON UN PAPANICOLAU O PRUEBA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. SON PRUEBAS SENCILLAS, RÁPIDAS Y NO DUELEN.



Ju tompo cáncér kejabbatwéchéko ara jjuoneriaztu, ikakokuatkaemot a wetnakebéchilboomoebít'tebo, papanicolaou pruebataemoeyáariatebo. Kaobíachisi, áutípoontokkakókosíjowá.
Lengua: Mayo

Le cáncér tu jo'nelkolelo', je u pajtal u ylia'alma u ts'áik'tobe', chenyéetel u menta'al le papanicolaou u tial u ylia'al u yik'él le papiloma ti u winkilalmáko'. Le je'ela' jachma'atalam u menta'all', seeba'anyételma'ayajl'.
Lengua: Maya, Yucatán

Ti cáncér tayabíok'testak'memakel'uxl mu xi stsakutíok'íukjúnuk Papanicolaou o sk'lelel Virus yu'un Papiroma Humano. Muk'buwokol, anítapasel y muk'buk'ux.
Lengua: Tzotzil, Copainalá, Chiapas



Ne ndan'eñi cáncér se lun'eñínek'uanganja par manamelkanjé', lanla'at'k'uamanata'au par ke no k'uambakéje, con ndangul'ajau se l'eje'ppapanicolaou.
Ranjelín'ajaulukíesbajaut, manel y nípmba'eu.
Lengua: Pame sur, San Luis Potosí

Jéppám' jadítok'teék' pádeep, jadíxéébéep' cáncér káyi' xopáát' n'kutzóók'jeok'íx.
Naktúnmítsjapapanicolaou
'kóójapíek', keejalatón'fatsakajachúú
Lengua: Mixe, Sierra Alta, Oaxaca

k uparhatakuarhu anapu uxutí uxíni kuarhukunhaní, tsejparata ma umín'haparíní kuparhatakuarhu. Ima ts'ejparakuacha no tsunhamísti, sonhkustí ka no p'ameohndí.
Lengua: Purhépecha, Michoacán



Yl cokday na puy chí cancer de la matriz, chantu mojay her mukl na tuchapich na umdulshyaam yo papanicolaou, nagu yikín ba tígulaam yl batpuda na puychí virus na bla yl mankam, nagu cham hishcahok gulo chamtu bñijay.
Lengua: Odam (cora), Sierra de Hicjcorí, Nayarit



Yllíwe de the cáncér dhexda bene nulhe, wakégakbenhechi den, ihonto de l'hepapanicolaou. Bigakezil, tído, kuent'kegatee.
Lengua: Zapoteco Coxacoas

2012-2013

2. Alcanzar coberturas de tamizaje de 85% en mujeres de 25 a 34 años de edad con la prueba de citología cervical cada tres años y en mujeres de 35 a 64 años con prueba de VPH cada cinco años.

El comportamiento de este objetivo se muestra más adelante en el seguimiento de metas ya que corresponde a las metas de resultado, sin embargo, es importante tomar en cuenta que la implementación de la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) con biología molecular se inició a finales de 2008 en las mujeres de 35 a 64 años, de los municipios de mayor marginación. Lo anterior no ha sido una tarea fácil debido a la dificultad para llegar a la población que se encuentra en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano. Por otro lado, la infraestructura y la experiencia para efectuar esta prueba no existían, por lo que se ha tenido que desarrollar. En este sentido, la implementación de los laboratorios para el análisis era indispensable y aunque se cumplieron las metas, se retrasó la implementación debido al retraso en la liberación de los equipos para el procesamiento de la prueba ya que se debe contar con la aprobación del comité de bienes no inmuebles, cuya gestión depende de la Dirección General de Bienes y Muebles. Este factor fue determinante ya que era indispensable para que 12 estados iniciaran la detección en su población y cumplir así con el logro de la meta prevista.

Otro factor relevante fue la presentación de la pandemia de influenza, eventualidad que afectó las coberturas; ya que por un lado, los esfuerzos y recursos del primer nivel de atención en los servicios estatales fueron enfocados a la atención de esta pandemia. Por otro, hubo una disminución de la demanda real en algunas localidades, ya que se ha priorizado el control de enfermedades transmisibles como el dengue y la influenza y los esfuerzos de promoción de la detección han disminuido considerablemente sus espacios en los medios de comunicación.

Finalmente, el sistema de información también juega un papel determinante, ya que por tratarse de un nuevo programa se presentaron problemas que propiciaron el subregistro de información, a estos factores se suma a la insuficiencia de recursos destinados en los estados para actualizar el equipo de cómputo, la compra de lectores ópticos, la contratación de servicios de Internet rápido y de personal que realice la captura de la información.

La mayoría de estos problemas se ha resuelto, por lo que a partir del 2010, los once laboratorios regionales de biología molecular funcionan en condiciones óptimas, dando servicio a las entidades federativas a las que deben apoyar, se mejoró la logística para la toma de muestras, conservación y traslado de las mismas, así como la captura de la información. Además, se cuenta con un equipo en comodato por el INSP; dos más adquiridos por las propias entidades y en 2012, se dotaron cinco entidades federativas de equipos de procesamiento manual, lo que hace un total de 19 centros de procesamiento para prueba del papiloma humano en el país.

Respecto a la cobertura de detección de cáncer cérvico uterino por citología cervical, en el 2007 se alcanzó una cobertura de 62%. En este año, el único método de tamizaje disponible en la SSA era la citología cervical, por lo que se considera el número total de citologías en el grupo de edad de mujeres de 25 a 64 años de edad.

Número de citologías y cobertura por entidad federativa. Estados Unidos Mexicanos. 2007

Entidad Federativa	No citologías 2007	Cobertura
Aguascalientes*	10,688	102%
Baja California*	21,571	76%
Baja California Sur	4,420	99%

Campeche	11,026	116%
Coahuila*	18,334	111%
Colima	8,138	119%
Chiapas	22,866	27%
Chihuahua*	22,885	83%
Distrito Federal*	46,354	45%
Durango	15,322	95%
Guanajuato*	66,866	87%
Guerrero	29,958	60%
Hidalgo	30,796	84%
Jalisco*	33,165	41%
México*	64,297	32%
Michoacán	34,367	48%
Morelos	15,155	60%
Nayarit	18,488	132%
Nuevo León*	34,842	107%
Oaxaca	29,687	49%
Puebla	63,895	71%
Querétaro	16,125	84%
Quintana Roo	12,717	97%
San Luis Potosí*	21,209	71%
Sinaloa*	16,226	55%
Sonora*	19,797	89%
Tabasco	41,385	125%
Tamaulipas	25,039	74%
Tlaxcala	14,916	85%
Veracruz	72,671	68%
Yucatán	11,652	53%
Zacatecas	15,308	73%
Nacional	870,165	62%

Fuente: SICAM Corte 18/04/2012
Mujeres de 25 a 64 años de edad. Todas las citologías

Respecto a la cobertura de detección de cáncer cérvico uterino por citología cervical, en el 2008 permaneció sin cambios significativos en relación con años anteriores, con una cobertura de 59.4%, lo que representó un logro de meta del 70%.

Número de citologías y cobertura por entidad federativa. Estados Unidos Mexicanos. 2008

Entidad Federativa	No citologías 2008	Cobertura
Aguascalientes*	10,785	100.0%
Baja California*	19,560	70.8%
Baja California Sur	3,720	85.5%
Campeche	11,051	100.0%
Coahuila*	15,577	97.6%
Colima	6,781	100.0%
Chiapas	24,550	30.0%
Chihuahua*	24,251	90.4%
Distrito Federal*	39,721	40.9%
Durango	13,462	87.5%
Guanajuato*	63,770	86.7%
Guerrero	29,544	61.5%
Hidalgo	28,823	81.6%
Jalisco*	31,311	40.3%
México*	62,304	32.1%

Michoacán	28,926	41.4%
Morelos	13,623	55.9%
Nayarit	12,056	89.5%
Nuevo León*	30,530	97.1%
Oaxaca	29,897	51.7%
Puebla	47,683	54.7%
Querétaro	15,358	82.9%
Quintana Roo	12,771	100.0%
San Luis Potosí*	21,143	73.5%
Sinaloa*	16,161	56.9%
Sonora*	19,302	89.3%
Tabasco	39,514	100.0%
Tamaulipas	22,063	67.0%
Tlaxcala	14,959	87.7%
Veracruz	62,995	61.3%
Yucatán	11,002	52.0%
Zacatecas	15,190	75.5%
Nacional	798,383	59.4%

Fuente: SICAM. *Hasta 31 de junio 2011

Para 2009, la cobertura fue similar a la obtenida en 2008, con 54.4%.

Número de citologías y cobertura por entidad federativa. Estados Unidos Mexicanos. 2009

Entidad Federativa	No Citologías 2009	Cobertura
Aguascalientes*	8,742	79.0%
Baja California*	18,224	65.3%
Baja California Sur	4,416	92.1%
Campeche	10,276	95.7%
Coahuila*	14,112	80.8%
Colima	5,863	90.4%
Chiapas	21,400	25.3%
Chihuahua*	27,511	106.0%
Distrito Federal*	35,218	32.2%
Durango	13,114	79.8%
Guanajuato*	68,937	93.3%
Guerrero	28,723	57.3%
Hidalgo	28,197	71.2%
Jalisco*	29,019	35.6%
México*	73,781	35.7%
Michoacán	27,212	41.7%
Morelos	12,997	53.1%
Nayarit	10,834	92.2%
Nuevo León*	28,208	81.4%
Oaxaca	29,592	49.7%
Puebla	37,917	40.1%
Querétaro	13,000	62.4%
Quintana Roo	11,997	81.4%
San Luis Potosí*	21,313	69.2%
Sinaloa*	16,149	61.3%
Sonora*	18,919	92.9%
Tabasco	37,044	106.7%
Tamaulipas	20,887	66.9%
Tlaxcala	15,791	78.7%
Veracruz	59,522	49.5%
Yucatán	12,951	46.8%
Zacatecas	12,381	62.3%

Nacional	774,247	54.4%
----------	---------	-------

Fuente: SICAM. *Hasta 31 de junio 2011

Para 2010, la cobertura de citología continuó disminuyendo, explicado por una mayor solicitud de la prueba para la detección del Virus del papiloma Humano como prueba de tamizaje primario.

Número de citologías y cobertura por entidad federativa. Estados Unidos Mexicanos. 2010

Entidad Federativa	No Citologías 2010	Cobertura 2010
Aguascalientes*	8,019	70.2%
Baja California*	21,435	75.8%
Baja California Sur	4,481	34.5%
Campeche	9,011	81.2%
Coahuila*	10,320	58.2%
Colima	5,763	87.7%
Chiapas	24,428	27.8%
Chihuahua*	25,457	97.1%
Distrito Federal*	31,644	28.9%
Durango	13,606	81.7%
Guanajuato*	66,438	88.7%
Guerrero	30,264	58.9%
Hidalgo	26,740	67.2%
Jalisco*	37,037	44.5%
México*	75,246	35.6%
Michoacán	26,542	40.3%
Morelos	13,334	53.4%
Nayarit	11,102	93.6%
Nuevo León*	25,115	71.1%
Oaxaca	24,943	40.9%
Puebla	36,764	37.8%
Querétaro	14,144	65.6%
Quintana Roo	11,300	72.0%
San Luis Potosí*	20,898	66.4%
Sinaloa*	16,185	61.0%
Sonora*	19,433	93.9%
Tabasco	39,463	110.8%
Tamaulipas	17,481	55.0%
Tlaxcala	29,249	141.3%
Veracruz	47,943	43.1%
Yucatán	10,667	44.4%
Zacatecas	11,867	58.9%
Nacional	766,319	53.1%

Fuente: SICAM. *Hasta 31 de junio 2011

Durante el 2011 se realizaron 307,027 pruebas de citología exfoliativa, lo que significa que se ha alcanzado casi el 21% de la meta propuesta, por lo que se espera que la cobertura al final del año sea similar a las coberturas de los años anteriores.

Número de citologías y cobertura por entidad federativa. Estados Unidos Mexicanos. 2011

Entidad Federativa	No citologías 2011	Cobertura
--------------------	--------------------	-----------

Aguascalientes*	3,019	25.6%
Baja California*	10,387	34.5%
Baja California Sur	1,633	31.9%
Campeche	2,592	22.6%
Coahuila*	5,309	29.3%
Colima	2,907	43.3%
Chiapas	8,980	9.8%
Chihuahua*	8,571	32.3%
Distrito Federal*	17,246	15.7%
Durango	4,593	27.2%
Guanajuato*	24,188	31.6%
Guerrero	14,313	27.2%
Hidalgo	12,246	30.4%
Jalisco*	13,821	16.2%
México*	28,360	13.2%
Michoacán	10,247	15.3%
Morelos	5,807	22.8%
Nayarit	3,301	27.5%
Nuevo León*	9,255	25.7%
Oaxaca	6,589	10.6%
Puebla	19,547	19.5%
Querétaro	5,599	25.1%
Quintana Roo	4,515	27.1%
San Luis Potosí*	9,881	30.7%
Sinaloa*	6,763	25.3%
Sonora*	7,220	34.3%
Tabasco	17,691	48.5%
Tamaulipas	7,993	24.7%
Tlaxcala	5,536	26.2%
Veracruz	18,442	16.2%
Yucatán	5,630	22.3%
Zacatecas	4,846	23.8%
Nacional	307,027	20.9%

Fuente: SICAM. *Hasta 31 de junio 2011

De enero a agosto de 2012 se han realizado 497,770 pruebas de citología exfoliativa, lo que significa que se ha alcanzado casi el 40% de la meta propuesta.

Número de citologías y cobertura por entidad federativa. Estados Unidos Mexicanos. 2012

Entidad Federativa	No citologías 2012	Cobertura**
Aguascalientes*	4,688	45.8%
Baja California*	15,614	59.4%
Baja California Sur	2,755	62.1%
Campeche	9,845	99.0%
Coahuila*	6,766	43.6%
Colima	4,004	69.6%
Chiapas	20,826	26.2%
Chihuahua*	17,901	79.7%
Distrito Federal*	17,747	19.3%
Durango	10,495	72.6%
Guanajuato*	38,247	58.3%
Guerrero	21,074	46.4%
Hidalgo	18,124	52.7%
Jalisco*	23,072	31.5%
México*	55,813	30.3%

Michoacán	18,148	31.8%
Morelos	8,022	36.9%
Nayarit	4,755	46.6%
Nuevo León*	12,407	40.3%
Oaxaca	15,855	29.5%
Puebla	33,346	38.5%
Querétaro	9,379	48.4%
Quintana Roo	6,327	42.4%
San Luis Potosí*	14,316	51.7%
Sinaloa*	10,187	45.1%
Sonora*	9,695	53.9%
Tabasco	24,321	77.7%
Tamaulipas	14,093	51.0%
Tlaxcala	7,890	43.4%
Veracruz	27,968	28.6%
Yucatán	6,966	31.6%
Zacatecas	7,124	41.1%
Nacional	497,770	39.5%

Fuente: SICAM. *Hasta 31 de agosto 2012

**Enero a agosto de 2012

3. Mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer cérvico uterino, a través de la formación y la capacitación continua del personal de salud.

Se han realizado reuniones nacionales de capacitación al personal de salud involucrado en la atención del cáncer cérvico uterino. En las reuniones denominadas *Caminando a la Excelencia* se capacita y actualiza en las acciones del programa de Cáncer Cérvico Uterino a los responsables estatales y jurisdiccionales de cáncer cérvico uterino; en las reuniones denominadas de colposcopia, se difunden las acciones basadas en la mejor evidencia científica respecto del proceso de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino, en esta reunión se conjuntan a los médicos colposcopistas y a los responsables estatales de cáncer cérvico uterino.

Capacitación continúa del personal de salud

2007		
Nombre	Colposcopia	Citología
Número de participantes	220	499

2008			
Nombre	Caminando a la Excelencia	Colposcopia	VPH
Número de participantes	299	196	219

2009				
Nombre	Caminando a la excelencia	Colposcopia	Citología	VPH
Número de participantes	305	165	323	323

2010				
Nombre	Caminando a la excelencia	Colposcopia	Citología	VPH
Número de participantes	300	165	345	56

2011				
Nombre	Caminando a la excelencia	Colposcopia	Citología	VPH
Número de participantes	350	176	440	58

2012				
Nombre	Caminando a la excelencia	Colposcopia	Citología	VPH
Número de participantes	460	99	189	26

Durante 2012 se realizó la capacitación en la reunión *Caminando a la Excelencia* con la participación de 460 asistentes. En cada reunión se difunden las mejores prácticas y se cuenta con minutas en donde se plasman los compromisos y acuerdos a los que se llega con los asistentes para aplicar los conocimientos obtenidos en favor de la mejora de la atención a las mujeres.

4. Reorganizar y fortalecer los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino con base en las mejores prácticas, en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

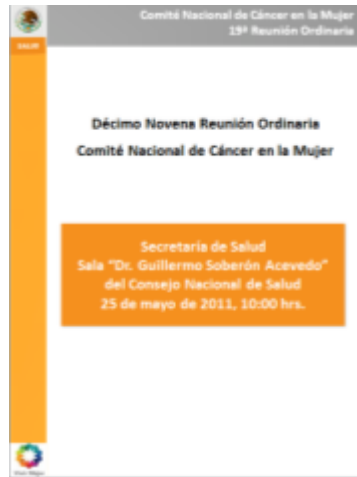
Se continuaron con las reuniones del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer, en donde se presentaron las mejores prácticas para la reorganización y fortalecimiento del diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino. Durante el periodo 2007-2011, se han llevado a cabo 12 reuniones en las que se ha invitado a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y se han tomado acuerdos importantes como la inclusión de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano y la aplicación de la prueba para la detección del VPH.

Se reorganizaron dichas reuniones a través de la participación activa de los integrantes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y de los representantes de los servicios estatales de salud, quienes han aportado evaluaciones y comentarios a las acciones propuestas en el Programa de Acción Específico y que validan las acciones estipuladas. Así mismo, el fortalecimiento de los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino se ha visto favorecido por la evaluación y monitoreo de la productividad de las unidades que prestan servicios de atención médica.

9ª Reunión Ordinaria del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer. Abril De 2007



19ª Reunión Ordinaria del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer. Mayo 2011



5. Consolidar el sistema de información para el monitoreo, evaluación y sistema de vigilancia epidemiológica con el fin de disponer de información confiable y sistemática para la mejora continua del programa, el aseguramiento de la calidad y la rendición de cuentas.

El Sistema de Información de Cáncer en la Mujer (SICAM) ha permitido realizar las acciones de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica del programa de cáncer cérvico uterino, sin embargo, existen algunas áreas de oportunidad que deben tomarse en cuenta.

El Sistema de información de Cáncer en la Mujer Versión 1, contempla dos reportes específicos para cáncer cérvico uterino:

1. Diagnóstico citológico, reporta el número de pruebas con resultado citológico anormal entre el total de Papanicolaou realizadas por entidad federativa.

Número de Pacientes a las que se les Realizó la Detección			
Fecha Toma Muestra	Citología	Jerarquía de Atención	J
All Fecha Toma Muestra	All Citología	All Jerarquía de Atención	A
		Año	Mes Día Rango
		2006	Grand Total
Diagnóstico Citológico	Vph	Casos	Casos
1) Negativo a cáncer (normal)		73839	73839
2) Negativo con proceso inflamatorio		2393401	2393401
3) Displasia leve (NIC 1)		54043	54043
4) Displasia moderada (NIC 2)		11693	11693
5) Displasia grave (NIC 3)		4964	4964
6) Cáncer in situ (NIC 3)		4883	4883
7) Cáncer invasor		1440	1440
8) Adenocarcinoma		384	384
9) Maligno no especificado		95	95
Grand Total		2544742	2544742

2. Diagnóstico colposcópico

3.

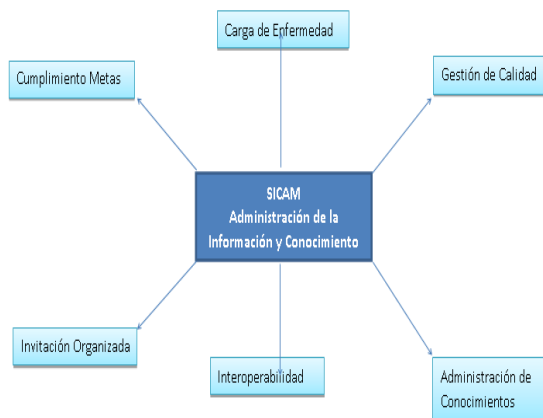
Referida	Tratante	Jerarquía Estado	Institución	Rango
Si	All Tratante	All Jerarquía Estado	SSA	Grand Total
Diagnóstico Colposcópico	Año	Casos	Casos	
Alteraciones inflamatorias inespecíficas		1185	1185	
Neoplasia invasora		5	5	
NIC		2496	2496	
Otros		381	381	
Sin alteraciones		352	352	
VPH		1746	1746	
Grand Total		6165	6165	

4. Diagnóstico histológico

Porcentaje de Casos según Diagnóstico Histopatológico				
Fecha Histopatológico	Jerarquía Estado	Institución	Rango	
2006	All Jerarquía Estado	SSA	Grand Total	
Diag Histopatológico	Casos	Casos		
Cáncer in situ (NIC 3)	89	89		
Cáncer invasor	5	5		
Cáncer microinvasor	5	5		
Cervicitis aguda o crónica	384	384		
Displasia grave (NIC 3)	116	116		
Displasia leve (NIC 1)	1271	1271		
Displasia moderada (NIC 2)	353	353		
Infección viral por VPH	860	860		
Insuficiente para diagnóstico	4	4		
Tejido de cérvix normal	37	37		
Grand Total	3124	3124		

Sin embargo, también se requiere la optimización del sistema para transformar la plataforma actual en un sistema de gestión del conocimiento que a partir de la simplificación de variables, proporcione los elementos necesarios para la rendición de cuentas, control de calidad y vigilancia de los programas referidos en el proyecto Sistema de Información de Cáncer en la Mujer Versión 2.

La versión 2 del SICAM será un sistema de administración de la información y el conocimiento con capacidad para funcionar como un sistema de vigilancia de la operación, la carga de la enfermedad y del desempeño de los establecimientos de salud, así como un sistema de desarrollo de competencias en el personal de salud y en los establecimientos de salud. Para lograr su propósito, el SICAM V2 considera seis componentes:



Seguimiento de metas

a) Metas de resultado

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Metas: Alcanzar una cobertura de detección por citología cervical de 85% cada tres años, en mujeres de 25 a 34 años de edad en el 2012

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/E
Programado	80%	81%	82%	83%	84%	85%	85%	85%
Real	35%	65%	59%	54%	53%	21%	39.5%	48.6%
Variables*	668,164 /1,895,667	824,974 /1,269,191	798,383 /1,344,482	774,247 /1,423,856	766,319 /1,444,462	307,027 /1,469,015	497,770 /1,483,267	3,968,720 /8,434,273
Logro	47%	80.2%	71.9%	65.0%	63.0%	24.7%	33.5%**	47.1

*Variable 1=Total de mujeres de 25 a 34 años de edad en las cuales se realizó Pap/Variable 2=Total de mujeres de 25 a 34 años de edad

**Enero a agosto 2012. Septiembre-diciembre, 2012 proyecciones.

La diferencia entre lo programado y lo realizado obedece hasta la fecha al desfase en la información al CNEGSR de las entidades federativas, explicado de manera práctica por las grandes distancias entre los municipios incluidos en la estrategia, las cabeceras municipales y los servicios estatales de salud.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Metas: Alcanzar una cobertura de detección primaria por captura de híbridos (VPH) de 85% cada cinco años, en mujeres de 35 a 64 años de edad, en el año 2012

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012**	2012/E
Programado	N/A	N/A	10%	25%	45%	65%	85%	85%
Real			24%	29%	53%	26%	45%	45%
Variables			193,641 /800,000	542,908 /1,845,352	906,409 /1,699,746	424,254 /1,642,288	659,924 /1706971	2,727,136 /7,694,357
Logro			24.2%	29.4%	53.3%	25.3%	38.7%	35.4%

*Variable 1=Total de mujeres de 35 a 64 años de edad en las cuales se realizó prueba de VPH y Pap/Variable 2=Total de mujeres de 35 a 64 años de edad por año

**Enero- Agosto 2012.

La prueba de detección tradicional ha sido la citología cervical, no obstante, su práctica favorece la presentación de problemas de calidad en los diferentes procesos involucrados (toma, fijación, lectura), lo que disminuye su sensibilidad y especificidad.

Esta medida es factible ya que se han demostrado la aceptación de la prueba por parte de la población y la capacidad de los servicios estatales para instrumentar los laboratorios y su funcionamiento con calidad. Sin

embargo, la ampliación de la cobertura hasta el 65% dependerá de estrategias dirigidas a la organización del programa y de campañas de comunicación educativa.

b) Metas de proceso

Programa: Cáncer Cérvico Uterino							
Metas: Alcanzar un índice de positividad (lesiones de alto grado o cáncer) de 1.5% en la detección con Papanicolaou, en el año 2012							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado		0.7	0.9	1	1.2	1.3	1.5
Real		1.2	1.1	1.2	1.2	1.5	0.8
Variables		895,577 /10,962	802,530 /9,133	787,237 /9,569	767,373 /9,052	331,164 /4,123	586,485 /4,823
Logro		171%	122%	120%	100%	115%	100%

*Variable 1=Total de mujeres de 35 a 64 años de edad positivas a lesiones de alto grado/Variable 2=Total de mujeres de 35 a 64 años de edad en las cuales se realizó prueba de Papanicolaou

Se ha logrado que la identificación de lesiones de alto grado en la detección primaria con Papanicolaou se mantenga dentro de los niveles internacionales, esto ha sido favorecido por la capacitación que se ha llevado a cabo para mantener la actualización del personal que participa en el proceso de detección.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino							
Metas: Lograr el 9% de positividad a través del tamizaje primario con la prueba de VPH							
Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado			9	9	9	9	9
Real			8.6	7.9	7.8	6.6	8.7
Variables			5,902 /68,449	42,891 /542,908	75,987 /969,230	29,559 /446,134	659,924 /1,381,160
Logro			95.5%	87.8%	86.6%	73.3%	47.8%

*Variable 1=Total de mujeres de 35 a 64 años de edad positivas/Variable 2=Total de mujeres de 35 a 64 años de edad en las cuales se realizó prueba de detección de VPH

La positividad en el tamizaje primario con la prueba de detección del virus del papiloma humano ha permanecido por debajo de la meta esperada, debido a que no existen mecanismos que aseguren la calidad y confiabilidad de la integridad de la prueba de detección, la cual debe permanecer por debajo de 30° C y en algunas zonas del país esa temperatura es rebasada con facilidad, además, la calidad de la toma no se ha podido asegurar en la capacidad del personal que realiza la detección.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Metas: Certificar a más del 90% de los citotecnólogos, patólogos y colposcopistas que participan en la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino, en el año 2012

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	NA	NA	30	60	80	>90	>90
Real	NA	NA	0	0	33	60	74
Variables	NA	NA	0/245	0/245	122/245	148/245	181/245
Logro	NA	NA	0%	0%	55%	60.4%	82%

Durante 2008 y 2009 se capacitó a colposcopistas, citotecnólogos y anatomopatólogos, sin embargo aún no se había iniciado la sistematización de la acreditación, por lo que se obtuvieron resultados a partir del 2010, año en el que 122 médicos lograron la acreditación.

c) Metas de impacto

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Metas: Disminuir 27% la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 años y más de edad, en el año 2012, con base en la cifra registrada en 2006.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	15	14.2	13.5	12.8	12.1	11.5	10.9
Real	15.02	14.3	14	13.9	13.4	12.8	12.5
Variables	4,114 /27,401, 102	4,018/ 28,068,7 49X 100,000	4,023/ 28,736,147 X 100,000	4,088/ 29,401,840 X 100,000	4,047/ 30,181,997 X 100,000	3,942/ 30,725,545 X 100,000	3,846/ 31,385,618
Logro	24.2	4.7 %	6.7 %	7.4 %	10.7 %	14.7	16.7 %

*Variable 1=Total de mujeres de 25 años y más de edad que fallecieron por cáncer cérvico uterino/Variable 2=Total de mujeres de 25 años y más de edad

La tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino ha presentado una tendencia descendente, sin embargo, no se ha logrado alcanzar la meta propuesta debido a que no se ha definido la evaluación del proceso a través de indicadores de desempeño que determinen los puntos clave para que las acciones del Programa de Acción Específico tenga la eficacia esperada, esto debido a que se privilegia la evaluación por productividad y no por

desempeño, por ello, se deberán reforzar las medidas que favorezcan la solicitud de la detección de lesiones precancerosas, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado en un entorno de gestión de la calidad de la atención para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Metas: Reducir 50% las diferencias en la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino entre los cinco estados con mayores y menores tasas en el año 2012

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	50	8.3	16.6	24.9	33.2	41.5	50
Real	15	10.1	21.3	2.5	17.3	7.7	17
Variables	22.6X100 /10.7	10.08X100 /11.22-100	8.83X100 /11.22-100	10.94X100 /11.22-100	9.3X100 /11.22-100	10.35X100 /11.22-100	19.3*100 /8.29x100
Logro	53%	100%	100%	10%	52%	18.5%	57%

*Variable 1=Tasa de mortalidad de las cinco entidades con la menor tasa/Variable 2=Tasa de mortalidad de las cinco entidades con la mayor tasa

La diferencia encontrada en 2007 y 2008 alcanzó la meta propuesta, sin embargo, en 2009 las cinco entidades con las menores tasas de mortalidad resultaron estar muy cercanas a los valores de las cinco entidades con las más altas tasas, resultando con ello un 10% de la meta propuesta. La diferencia entre las tasas de mortalidad en aquellas entidades con el menor índice de desarrollo humano y las de más alto nivel no ha disminuido en el porcentaje propuesto, esta situación está íntimamente relacionada a otros factores que prevalecen en los municipios más rezagados en el desarrollo, a lo cual se asocian factores culturales, económicos, sociales y de cobertura de atención médica. Por ejemplo, para 2009, las entidades con las tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino fueron Chiapas (22.6), Morelos (22.2), Veracruz (20.1), Guerrero (20.0) y Nayarit (19.1), mientras que las entidades con las menores tasas de mortalidad fueron Guanajuato (10.6), Nuevo León (9.9), Querétaro (9.4), Zacatecas (9.1) y Baja California (6.9).

Seguimiento Programas Anuales de Trabajo

Los Programas Anuales de Trabajo son documentos que permiten generar la planeación que el Programa de Acción Específico determina a través de sus objetivos, metas y líneas estratégicas y de acción. Estos PAT han sido generados a través del enfoque de macroprocesos que incluyen diversos elementos del PAE, a continuación se presentan los macroprocesos determinados por año, las metas que deberán cumplirse y el resultado obtenido acompañado de las observaciones necesarias en caso de no haber alcanzado la meta.

2007. durante este año no se contó con este instrumento

2008

Macro procesos	Metas	Numerador	Denominador	% cumplido	Observaciones
----------------	-------	-----------	-------------	------------	---------------

Capacitación y asesoría	Porcentaje de cursos de capacitación realizados por los diferentes programas de acción del CNEGSR, con evaluación de seguimiento a los seis meses posteriores. (Fórmula: Número de cursos de capacitación que fueron evaluados a los seis meses/Total de cursos de capacitación realizados X 100)	0	4	0	Se hicieron cuatro cursos con eventos de capacitación pero no se hizo evaluación a los 6 meses posteriores a los cursos. Cabe mencionar que al finalizar cada curso se hizo una evaluación en la cual no se obtuvo ninguna calificación reprobatoria.
	Porcentaje de capacitados que tienen las habilidades teórico prácticas básicas (N° capacitados que aprobaron el examen/N° total capacitados X 100)	193	361	53.4	La calificación mínima aprobatoria exigida fue de 8, lo cual explica el alto porcentaje de personal capacitado no aprobado.
Facilitación operativa	Porcentaje de distribución de los insumos estratégicos a los Servicios Estatales de Salud, contenidos en los Convenios de Ejecución. (Fórmula: Número de insumos estratégicos distribuidos a los Servicios Estatales de Salud/Número de insumos estratégicos contenidos en los Convenios de Ejecución)	23	23	100	Todos los insumos se entregaron, no todos los estados tenían los 23 insumos. Se distribuyeron de la siguiente manera: un insumo para la detección de VPH a 20 estados, un insumo para vacuna a 7 estados, 17 insumos para laboratorios de VPH en 5 estados y 3 insumos de material educativo a 32 estados.
	Porcentaje de detección de VPH realizadas (Número de detecciones realizadas/Total de programadas X 100)	275,000	800,000	34.7	La implementación de la prueba de VPH requirió de la instalación de laboratorios de biología molecular para la lectura en 5 entidades federativas, con improvisación de equipo. La importación del equipo, junto con los trámites de comodato retrasaron su instalación operando efectivamente hacia el mes de noviembre de 2008. La meta se alcanzará en un periodo de 10 meses más.

2009

Durante 2009, se desarrollaron acciones para alcanzar las metas propuestas sobre campañas de educación, cobertura de detección del cáncer y del virus del papiloma humano, este año se vio complicado por la aparición de la pandemia de influenza, situación que condicionó que los recursos humanos, materiales y de apoyo político se dirigieran hacia la contención de la epidemia, resultando en la imposibilidad de alcanzar las metas propuestas como a continuación se describe:

Programa de Acción	Descripción de meta	Meta comprometida	Logro	Observaciones
Cáncer Cérvico Uterino	Desarrollar una campaña de comunicación educativa que incluya por lo menos 4 materiales de difusión	4	4	El material se distribuyó para su difusión a todas las entidades federativas. Se monitoreó su utilización con la solicitud de un informe de las actividades de difusión al interior del estado

	Cobertura de detección de cáncer cérvico uterino de 83% en mujeres de 25 a 64 años de edad	83%	74%	A consecuencia de las emergencias epidemiológicas en el país por el virus de la influenza humana se requirió concentrar los esfuerzos de recursos humanos y financieros para controlarla y que llevó a los servicios de salud estatales a disminuir las actividades de promoción, diagnóstico y tratamiento de cáncer cérvico uterino. Además, la logística para la implementación de la estrategia de tamizaje a través de la prueba de VPH es diferente de manera que se requirieron esfuerzos extraordinarios para implementarla y con el subsecuente descuido de la actividad de detección por citología cervical
	Consolidar la detección con la prueba del papiloma virus en 32 entidades federativas con 1,800,000 pruebas a realizar	1,800,000	770,619	Se presentaron dificultades para lograr el 100% de la meta, entre ellas la epidemia de influenza debido a la desviación de la atención del personal médico para la contención de la epidemia, lo cual afectó la implementación de la nueva estrategia de detección del VPH por captura de híbridos. La instrumentación de la detección por la prueba de VPH requería la instalación de cinco laboratorios de biología molecular regionales, las gestiones ante Hacienda y aduanas para el ingreso del equipo al país se llevaron cinco meses. Las entidades federativas no iniciaron la productividad con esta nueva prueba a pesar de haber recibido capacitaciones durante 2008 y 2009 como Coahuila, San Luis Potosí, Sonora, Sinaloa, Aguascalientes, Distrito Federal, Baja California y Chihuahua.

2010

Durante 2010 se realizaron acciones para asegurar la cobertura de detección y se reforzaron las acciones de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano, dicha estrategia permitió iniciar la vacunación en los municipios con el menor índice de desarrollo humano en donde se implementó la vacunación tratando de cubrir al 100% de niñas residentes de esos municipios, meta propuesta en los indicadores de seguimiento presupuestal.

Programa de Acción	Descripción de la meta	Meta comprometida	Meta alcanzada	Observaciones
Cáncer Cérvico Uterino	Alcanzar la cobertura de detección a través de la prueba de captura de híbridos VPH realizadas a mujeres de 35 a 64 años de edad y prueba de citología en mujeres de 25 a 64 años de edad	78%	88%	La meta a alcanzar del total de detecciones en mujeres de 25 a 64 años de edad propuesta para el 2010 era de 2,691,334 de ambas pruebas. Al cierre del 2010 lo alcanzado fue de 2,011,760 citologías y 964,451 pruebas de captura de híbridos, lo que da un total de 2,976,211, lo que corresponde a un 87.9% de la meta programada, es decir, la meta fue superada en 10 puntos porcentuales. A finales de 2010 se concluyó la implementación en todas las entidades federativas de la captura de híbridos del VPH con la instalación de 13 laboratorios regionales de VPH lo que permite procesar 3,500 pruebas por semana por cada uno de los laboratorios.
	Implementar la prevención primaria en niñas de 9 a 12 años de edad la vacunación contra el VPH	100%	83%	La vacunación en 2010 se siguió enfocando a los municipios con menor índice de desarrollo humano que mayoritariamente son de difícil acceso; cabe resaltar que en el mes de abril del siguiente año se aplicará la segunda dosis. Existen limitaciones en la operatividad de la aplicación debido tanto a cuestiones geográficas como de acceso a las comunidades por lo que se retrasa la información en general.

IX.1.1 Basal 2006 o posterior según el caso

Estrategia del Programa de Acción	Unidad de medida	Metas	Años 2006
Metas de resultado			
2	Cobertura %	Alcanzar la cobertura de detección (PAP) cada 3 años mujeres de 25 a 34 años de edad	70.7
2	Cobertura %	Alcanzar la cobertura de detección (VPH-PAP) en mujeres de 64 años de edad, cada 5 años	
Metas de proceso			
2,4	Por ciento %	Incrementar la identificación de lesiones de alto grado de detección primaria con Papanicolaou (positividad a la	0.5
2,6	Por ciento %	Lograr un porcentaje adecuado de positividad con el tamizaje primario con prueba de VPH	
6	Por ciento %	Acreditar a los colposcopistas, citotecnólogos y anatomopatólogos del sector salud que participan en la detección, diagnóstico o tratamiento del cáncer cérvico	
Metas de impacto			
7	Tasa de mortalidad por 1000	Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres de 25 y más años de edad	15
2,7	Por ciento %	Reducir las diferencias en la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino entre los cinco estados con mayores tasas	41.4

La razón por la cual no se cuenta con un valor basal para las metas denominadas “Lograr un porcentaje adecuado de positividad con el tamizaje primario con prueba de VPH” y “Acreditar a los colposcopistas, citotecnólogos y anatomopatólogos del sector salud que participan en la detección, diagnóstico o tratamiento del cáncer cérvico uterino a través del Papanicolaou, sin embargo, no aplicaba la prueba de detección del virus del papiloma humano como prueba de tamizaje, así mismo, no se contaba con el análisis sistemático de la positividad en el tamizaje. La acreditación del personal involucrado en la atención de las mujeres no estaba instituida, por lo que no se contaba con una cifra basal en el 2006.

IX.1.2 Resultados 2007 a 2012

Seguimiento a Estrategias y líneas de acción:

Estrategia 1

Desarrollar campañas de comunicación educativa para modificar los determinantes del cáncer cérvico uterino a través de la adopción de hábitos de vida saludable y la demanda de los servicios para su detección oportuna.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 1 Efectuar coordinación con las áreas de Promoción de la Salud, Comunicación Social, instituciones de salud y organizaciones civiles para el desarrollo de campañas de difusión masiva, organización de ferias y eventos de promoción y educación al público en general, con alineación de mensajes para sensibilizar, informar y motivar la asistencia de las mujeres a los servicios de salud para la detección.

Años

Acciones

2007	Participación en la Carrera-Caminata AVON contra el Cáncer en la Mujer en la Ciudad de México y en Monterrey, Nuevo León. Se brindó información acerca de factores de riesgo, prevención e importancia de la detección temprana y la atención oportuna. Se contó con una unidad móvil equipada para la detección y diagnóstico citológico. Se contó con médico colposcopista para las mujeres que requirieron colposcopia. Participación en la Expo-Mujer en colaboración con la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer, en la Ciudad de México. Se contó con una unidad móvil equipada para la detección, diagnóstico y se contó con médico colposcopista para las mujeres que requirieron colposcopia.
2008	Participación en la Carrera-Caminata AVON contra el Cáncer en la Mujer en la Ciudad de México y en Monterrey, Nuevo León. Se brindó información acerca de factores de riesgo, prevención e importancia de la detección temprana y la atención oportuna. Se contó con una unidad móvil equipada para la detección y diagnóstico citológico. Se contó con médico colposcopista para las mujeres que requirieron colposcopia. Las entidades federativas cuentan con un calendario para la promoción y difusión, en el que intervienen el Área de Promoción de la Salud y el Responsable Estatal del Programa de Cáncer Cérvico Uterino. Esto procede para todos los años.
2009	Participación en la Carrera-Caminata AVON contra el Cáncer en la Mujer en la Ciudad de México y en Monterrey, Nuevo León. Se brindó información acerca de factores de riesgo, prevención e importancia de la detección temprana y la atención oportuna. Se contó con una unidad móvil equipada para la detección y diagnóstico citológico. Se contó con médico colposcopista para las mujeres que requirieron colposcopia.
2010	Participación en la Carrera-Caminata AVON contra el Cáncer en la Mujer. Se promocionaron los servicios de detección. Se otorgaron 1,500 pases para la atención de las mujeres que solicitaron pruebas de tamizaje.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 1.3 Diseñar, reproducir y difundir material educativo, comprensible y adecuado para las diferentes audiencias, incluidas mujeres de áreas rurales e indígenas, sobre la prueba de VPH, la vacunación y el Papanicolaou.

Años	Acciones
2007	Se actualizó la Norma Oficial NOM-014-1994. NOM 014-1994 para la Prevención Detección Diagnóstico Tratamiento , Control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino
2008	Se realizó el Tríptico. La captura de híbridos, un plus en la detección del cáncer cérvico uterino el cual se distribuyó a las entidades federativas para su distribución posterior a las unidades médicas.
2009	Se generaron diversos productos de difusión: Banner: Para cada mujer, una forma de prevención” Cartel. Para cada mujer, una forma de prevención” Tríptico: Prueba de papiloma virus Portabógrafa. El cáncer es curable si se trata a tiempo
2010	Se generaron otros productos diferentes al año anterior: Díptico informativo prueba de VPH para hombres Díptico informativo prueba de VPH anormal Bolsa ecológica Programa de prevención del Cáncer Cérvico Uterino Bolsa de mandado Programa de prevención del Cáncer Cérvico Uterino
2011	Para el 2011 se programó la realización de diversos productos de promoción, entre los que se encuentran: Cartel. “Lo mejor para ti contra el cáncer cérvico uterino.

	<p>Díptico. "Lo mejor para ti contra el cáncer cérvico uterino".</p> <p>Tríptico. Lo mejor para ti contra el cáncer cérvico uterino</p> <p>Volante. "Recado para mamá, abuelita, tía".</p> <p>Organizador. "Prevención y control del cáncer cérvico uterino".</p> <p>Calendario: Calendario bianual 2012-2013. El cáncer de matriz se puede prevenir, con un Papanicolau o prueba del virus del Papiloma Humano. Son pruebas sencillas, rápidas y no duelen</p> <p>Guía: "Acompañamiento emocional de la mujer con cáncer de mama o cérvico uterino.</p> <p>Material elaborado para los prestadores de servicios y para la prestación del servicio (formatos)</p> <p>Todos los productos señalados en el 2011 fueron reproducidos y distribuidos a las entidades federativas para que los Servicios Estatales de Salud los difundieran a la población a través de campañas, ferias de la salud y en la consulta diaria.</p>
2012	<p>Se diseño un Pin conmemorativo del Programa de Cáncer Cérvico uterino</p> <p>Se reprodujo un nuevo tiraje de la Guía: "Acompañamiento emocional de la mujer con cáncer de mama o cérvico uterino</p> <p>Productos que fueron distribuidos a las entidades federativas entre el personal de salud Involucrado en el Programa.</p>

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 1.4 Fomentar la participación de la sociedad civil organizada en la sensibilización y educación sobre el cáncer cérvico uterino y el VPH.

Años	Acciones
2007	Adquisición y equipamiento de dos unidades móviles para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino, en colaboración con la compañía AVON Cosmetics y la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer.
2008	Mejora de la infraestructura para implementación de la prueba del papiloma virus como tamizaje de detección; capacitación al personal para la toma, manejo, conservación y envío de muestras en colaboración con la compañía AVON Cosmetics y la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer.
2009	Equipamiento para laboratorios de citología y patología en colaboración con la compañía AVON Cosmetics y la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer
2010	Adquisición y equipamiento de unidades móviles para el tratamiento de lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino, en colaboración con la compañía AVON Cosmetics y la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer.
2011	Adquisición de vehículos de traslado de pacientes para tratamiento de lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino, en colaboración con la compañía AVON Cosmetics y la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer.
2012	Participación en el Día Mundial de Lucha contra el Cáncer con la Fundación Livestrong, para romper el récord Guinness de la pulsera amarilla más grande del mundo, campaña desarrollada bajo el lema Comparte tu historia. Es nuestra fuerza contra el cáncer.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 1.5 Desarrollar encuestas sobre la percepción de la población en relación con los factores de riesgo, la prevención y la detección oportuna del cáncer cérvico uterino.

Años	Acciones
2007-2012	No se han realizado acciones al respecto del 2007 al 2010. La encuesta desarrollada en 2006 sentó las bases para el desarrollo de estrategias en el periodo de reporte.

Estrategia 2

Mejorar la cobertura y calidad de las acciones de prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino, principalmente en áreas marginadas, a través de la vinculación estrecha con las instituciones correspondientes y la incorporación de nuevas intervenciones para la prevención y detección del cáncer Cérvico uterino.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 2.1 En cada contacto con los servicios de salud, ofrecer y realizar a las mujeres la detección, de acuerdo con su grupo de edad.

Años	Acciones
2007-2012	Esta es una acción que deben realizar los servicios estatales de salud, por su parte, el CNEGSR realiza supervisiones estatales en las cuales se indica la necesidad de mejorar la cobertura de detección a través de la oferta del tamizaje con Papanicolaou o la prueba de captura de híbridos del virus del papiloma humano en cada contacto de las mujeres de los grupos de edad de interés con las unidades médicas.



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 2.2 Vincular acciones con la Red Mexicana de Municipios por la Salud y redes estatales para lograr incrementar la detección.

Años	Acciones
2007-2012	No se ha realizado la vinculación con las instancias referidas, se propone incluir el tema en las reuniones de municipios saludables.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 2.3 Acercar los servicios de detección en áreas rurales a través de las Caravanas de Salud

Años	Acciones
2008	En el mes de noviembre de 2008 inicia la Estrategia de Prevención Integral del Cáncer Cérvico Uterino, enfocada en los 125

	Municipios de Menor Índice de desarrollo Humano IDH, distribuidos en los siguientes siete estados: 20 municipios en Chiapas, uno en Durango, 21 en Guerrero, uno en Nayarit, 58 en Oaxaca, 9 en Puebla y 15 en Veracruz, apoyándose en el Programa de Caravanas de la Salud.
2009	Se extienden las acciones a 67 municipios más para completar 192 municipios de menor índice de desarrollo humano en las siete entidades federativas.
2010	Entre las evidencias para promover la gestión apropiada para el traslado de pacientes y acercar los servicios de salud se constató durante la supervisión realizada al estado de Chihuahua en Noviembre del 2010 que existe una coordinación jurisdiccional y municipal para trasladar pacientes que viven en municipios de menor índice de desarrollo humano como es Guachochi para que sean atendidas en las clínicas de colposcopia del Hospital General de Chihuahua "Salvador Zubirán", brindando servicio de transporte, albergue y alimentos de forma gratuita mediante lo cual se contribuye a mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y disminuir la inequidad en salud.



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 2.4 Desarrollar un sistema de información con base poblacional para invitar de forma organizada a las mujeres a efectuarse la detección cada tres años o cinco años, en áreas urbanas.

Años	Acciones
2007-2012	<p>Actualmente, se está en proceso de reestructuración del sistema de información (SICAM) bajo las siguientes condiciones:</p> <p>Fase 1</p> <ul style="list-style-type: none"> < Vigilancia del cumplimiento de metas (Qué tanto produzco y qué tanto cumplo las metas) < Carga de la enfermedad. < Gestión de la calidad. Dirigido al prestador de servicios (persona) establecimientos de salud, jurisdicciones, entidades, país. < Prueba piloto <ul style="list-style-type: none"> o Funcionamiento o Captura de Información o Migración de información o Indicadores y Reportes <p>Fase 2</p> <ul style="list-style-type: none"> < Administración del conocimiento

< Invitación organizada

< Interoperación

Este desarrollo se pretende obtener durante el 2011 e iniciar su funcionamiento en 2012.

La información registrada en el SICAM permite realizar el seguimiento de las usuarias y/o pacientes ya que genera una clave única de usuaria. Dicha clave facilita la localización de las acciones de detección y/o tratamiento solicitadas por las usuarias de los servicios de salud. Es importante mencionar que la citología está indicada a mujeres de 25 a 34 años de edad; con dos citologías anuales sin resultado citológico anormal, las mujeres deben realizarse la citología a los tres años o solicitar la prueba del papiloma virus si ya cuentan con de 35 a 64 años de edad. Si el resultado de la prueba de VPH es negativo, la siguiente se realizará a los 5 años.



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 2.5 Evaluar la introducción de la vacunación contra el VPH para establecer las políticas más adecuadas que generen el mayor beneficio en salud.

Años	Acciones
2008	Inicia aplicación de vacuna contra infección por VPH para adolescentes de 12 a 16 años de edad habitantes de los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano en siete entidades federativas: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz. Esquema de aplicación 0, 2, 6 meses.

<p>2009</p>	<p>Del 1ro de julio al 18 de diciembre del 2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> < Se firmó un contrato con el Instituto Nacional de Salud Pública en donde el objetivo principal era establecer una cohorte de niñas y adolescentes para identificar la aceptabilidad, seguridad e inmunogenicidad de la vacuna. < Se conoció la edad más recomendable de aplicación, que el esquema correcto para aplicar la vacuna es de 0, 6 y 60 meses < Se establecieron las recomendaciones para introducir la vacuna al esquema universal de vacunación. < Se recomendó que el mejor momento para vacunar a las niñas es durante su estancia en la escuela < Se conoció que el aplicar la vacuna no debe suspenderse el tamizaje en las mujeres de 25 años y más, ya que sólo protege contra las cepas del VPH 16 y 18. < Se conoció la importancia de contar con un laboratorio central que cuantifique niveles de anticuerpos contra el VPH 16 y 18 en la población intervenida, que permita evaluar adicionalmente la respuesta inmune con dos dosis y estimar el posible efecto de protección mediante este estudio se implementó la vacunación en los municipios de menor índice de desarrollo humano en las niñas de 9-11 años de edad con un esquema de 0, 6 y 60 meses. <p>Las estrategias recomendadas en las diferentes entidades federativas para llegar a la población blanco fue acudir a los albergues y en la campaña nacional de vacunación. Durante las capacitaciones se ha difundido a los responsables del programa, médicos colposcopistas, patólogos, citotecnólogos e histotecnólogos, que la aplicación de la vacuna no debe detener el tamizaje, ya que hay otros factores de riesgo asociados al cáncer cérvico uterino y la vacuna solo protege contra dos tipos de VPH de alto riesgo que son el 16 y 18. Se está estableciendo un sistema de vigilancia epidemiológica para conocer la cobertura en los municipios de menor índice de desarrollo humano. Aplicación de segundas y terceras dosis para adolescentes de 12 a 16 años de edad. Inicia aplicación a niñas de 9 a 12 años, se amplía a 189 municipios con menor índice de desarrollo humano en 12 entidades federativas: Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Veracruz y Yucatán.</p>
<p>2010</p>	<p>Del 1ro de Junio al 30 de Noviembre del 2010 se continuó con Monitoreo de los niveles de anticuerpos en mujeres vacunadas contra el VPH para determinar no inferioridad del esquema extendido en 903 niñas de 9 y 11 años, en el cual refiere que hay nuevas evidencias que sugieren que menos de tres dosis pueden ofrecer un alto nivel de protección contra la infección del VPH. Esto no justifica la modificación del esquema actual de tres dosis, pero si justifica el desarrollo de pruebas para evaluar sistemáticamente esquemas de vacunación de 1 y 2 dosis. Aplicación de segundas dosis a niñas de 9 a 12 años de edad. Inicia vacunación a niñas de 9 años de edad, se extiende a 214 municipios con menor índice de desarrollo humano en 12 entidades federativas: Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Veracruz y Yucatán. Esquema de aplicación 0, 6, 60 meses.</p>
<p>2011</p>	<p>A partir del año 2011, se programó vacunar a la totalidad de niñas de 9 años de edad. La aplicación operativa de la vacuna pasó a ser responsabilidad del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA).</p>
<p>2012</p>	<p>Para 2012, se aplicarán 677,108 dosis a niñas de 5° año de primaria, con lo que a futuro, se podría tener una generación sin cáncer cérvico uterino causado por los genotipos de virus 16 y 18. A partir del 03 de octubre de 2012, la vacuna contra la infección por VPH tiene carácter universal con su inclusión en la Cartilla Nacional de Salud</p>



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 2.6 Adecuar en áreas rurales y marginadas la instrumentación de la detección con la prueba de VPH, a través de estrategias adecuadas al contexto cultural y que favorezcan el tratamiento oportuno

Años	Acciones
2009	Elaboración de estrategias para la detección con la prueba de VPH en unidades fijas y móviles, implementación de brigadas y desarrollo de la técnica de la Auto-toma Vaginal. Coordinación y vinculación con: Caravanas de Salud, IMSS Oportunidades, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Organizaciones públicas, sociales y privadas. Se realizaron cursos de capacitación en cada una de las entidades federativas con sus recursos y planearon sus estrategias
2010	Se elaboraron los Lineamientos Generales para la Estrategia Ampliada de Detección del VPH, los cuales fueron distribuidos a las entidades federativas con los municipios con el menor índice de desarrollo humano para su aplicación en Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Veracruz, Puebla, Durango y Nayarit.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 2.7 Ampliar los horarios de atención para mejorar la accesibilidad a la detección.

Años	Acciones
2007-2012	No se han determinado los mecanismos para incrementar el horario de atención, se pretende asegurar la atención en los horarios establecidos.



Estrategia 3

Instrumentar de manera gradual la detección oportuna del cáncer cérvico uterino a través de la prueba de VPH con captura de híbridos.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 3.1 Instalar y estandarizar laboratorios para el procesamiento de la captura de híbridos, regionalizados de acuerdo con la población a cubrir.

Años	Acciones
2008	Instalación y funcionamiento de cinco laboratorios de biología molecular en Veracruz, Guerrero, Campeche, Michoacán y Puebla, para cobertura regionalizada
2009	Instalación y funcionamiento de cinco laboratorios de biología molecular más: Oaxaca, Sinaloa, Nuevo León, Guanajuato y Jalisco, para cobertura regionalizada
2010	Instalación y funcionamiento de dos laboratorios de biología molecular más: D. F. y Estado de México, para cobertura regionalizada
2012	Se cuenta con 19 laboratorios regionales de biología molecular



Al año 2012, se cuenta con la instalación y funcionamiento de los 19 laboratorios de biología molecular, lo que permite contar con la capacidad para procesar 1' 256,320 muestras anuales de la prueba del VPH.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 3.2 Capacitar y acreditar al personal para la toma de muestra de VPH y el Papanicolaou

Años	Acciones
2008	Realización de un curso nacional y siete cursos regionales sobre la prueba de papiloma virus para siete entidades federativas: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz.
2009	Réplica de la capacitación recibida por parte de los siete estados y se incrementa la capacitación a 20 entidades federativas más.
2010	Se capacitó al resto de las entidades federativas. Por lo que se cuenta a partir de este año con la toma de prueba de VPH a nivel nacional.
2011	Se capacitaron a 58 personas para colaborar en los Laboratorios de Biología Molecular.
2012	Se capacitaron a 58 personas para colaborar en los Laboratorios de Biología Molecular. Se realizan visitas de asesoría técnica a los laboratorios que así lo requieran y soliciten.



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 3.3 Crear centros de excelencia de citología cervical y colposcopia.

Años	Acciones
2007	Se hizo el planteamiento del Proceso de calificación de los médicos (as) colposcopistas de la SSA que conformarán el capital humano en los centros de excelencia de citología cervical y colposcopia.
2008	Se realizó la Prueba piloto del Examen de calificación
2009	Elaboración de reactivos y contratación con INSP de plataforma on-line y curso de actualización y capacitación a médicos (as) colposcopistas.
2010	Se realizó el examen de calificación en meses de febrero y noviembre
2011	Se llevó a cabo la tercera fase de evaluación para colposcopistas que no han presentado el examen
2012	Continúa la evaluación para colposcopistas que no han presentado el examen y/o que no han aprobado el examen



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 3.4 Elaborar y difundir los manuales de procedimientos para las instituciones del sistema nacional de salud.

Años	Acciones
2008	Se elabora el Manual de Procedimientos para la Detección del virus del Papiloma Humano por Captura de Híbridos. (Prueba del Papiloma Virus) Toma de Muestra, Conservación, Envío y Seguimiento de Resultados.
2009	Cambia de nombre: Manual de Procedimientos para la Toma de Muestra, Conservación, Envío y Seguimiento de Resultados. Prueba del Papiloma Virus
2012	Actualmente el Manual se encuentra en el INSP quien es el responsable de su revisión, diseño e impresión.



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 3.5 Capacitar a los responsables estatales, jurisdiccionales del programa y sus equivalentes en las instituciones del sistema nacional de salud.

Años	Acciones
2008	6a. Reunión Caminando a la Excelencia, dirigida a responsables estatales, jurisdiccionales del Programa de CaCu y de CaMa y del SICAM, en Querétaro
2009	7a. Reunión Caminando a la Excelencia, dirigida a responsables estatales, jurisdiccionales del Programa de CaCu y de CaMa y del SICAM, en Querétaro
2010	8a. Reunión Caminando a la Excelencia, dirigida a responsables estatales, jurisdiccionales del Programa de CaCu y de CaMa y del SICAM, en Ixtapa Zihuatanejo, Gro.
2011	1a. Reunión Caminando a la Excelencia en los programas de Cáncer Cérvico Uterino y Cáncer de Mama, en Puerto Vallarta, Jal.
2012	Reunión Anual <i>Caminando a la Excelencia</i> en los Programas de Cáncer de la Mujer, en el Distrito Federal.



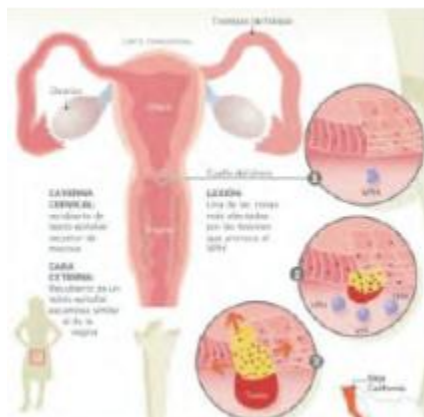
Estrategia 4

Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer Cérvico uterino.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 4.1 Desarrollar campañas de información para todo el personal sobre las políticas e indicaciones adecuadas de las intervenciones de prevención y detección del cáncer cérvico uterino.

Años	Acciones
2010	Campaña de difusión e información dirigida a personal prestador de servicios en 5,000 unidades de primer nivel en el país, acerca de la prueba de VPH, población blanco y toma de la muestra



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 4.2 Desarrollar programas para citotecnólogos, patólogos y colposcopistas a través de la capacitación en servicio, a distancia por otros métodos de capacitación efectivos.

Años	Acciones
------	----------

2007	Se realizó una reunión nacional para patólogos, citólogos y citotecnólogos
2008	Se realizó una reunión nacional para patólogos, citólogos citotecnólogos, se realiza el Primer Curso Virtual-Práctico
2009	Se realizó una reunión nacional para patólogos, citólogos, citotecnólogos, histotecnólogos, técnicos en tinción y el 2o Curso Virtual-Práctico
2010	Se realizó una reunión nacional para patólogos, citólogos, citotecnólogos, histotecnólogos, técnicos en tinción 3o Curso Virtual-Práctico por INcan para Certificar, y/o calificar a Patólogos, citólogos, citotecnólogos que realizan control de calidad en los laboratorios de citología del País.
2011	Se continúa con Curso Virtual-Práctico por INcan para Certificar, y/o calificar a Patólogos, citólogos, citotecnólogos que realizan control de calidad en los laboratorios de citología del País.
2012	Para el mes de noviembre se inicia el Curso Virtual para calificar competencias de citólogos y patólogos.



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 4.3 Promover la información suficiente y de calidad de colposcopistas, patólogos, así como el personal multidisciplinarios para el diagnóstico y tratamiento del cáncer principalmente oncólogos, radioterapeutas, patólogos, enfermeras especialistas en oncología entre otros.

Años	Acciones
2007-2012	De 2007 al 2012 se coordinaron las solicitudes de las entidades para capacitar en colposcopia a médicos que son propuestos y llevar a cabo el enlace con las unidades formadoras de médicos colposcopistas en los cursos que éstas imparten semestralmente.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 4.4 Difundir y facilitar la aplicación de la normatividad en cáncer cérvico uterino, a través de la elaboración y reproducción de materiales de apoyo con diseño creativo que facilite su conocimiento por el personal de salud, así como promover talleres de revisión, sesiones generales y otras que en la operación se determinen como adecuadas.

Años	Acciones
2007	Se realizaron diversos productos de promoción para facilitar el conocimiento del personal de salud y de la población en general, entre ellas se cuentan: Calendario Bianual 2008-2009 Calendario Bianual 2008-2009 para la prevención y control del CaCu Manual. PROCACU-SICAM Sistema de información de Cáncer de la Mujer Manual de Orientación-Consejería en el Programa de Cáncer Cérvico Uterino Manual de Supervisión del Programa de Cáncer Cérvico Uterino Manual de procedimientos para la toma de la muestra de citología cervical Manual de tinción Manual de Procedimientos y Organización de la Clínica de Colposcopia
2008	Se realizó una edición del Programa de Acción Específico 2007-2012 Cáncer cérvicouterino y se distribuyó a los servicios estatales de salud. Se generó para el Laboratorio de Anatomía Patológica el Manual de procedimientos generales "Cáncer cérvico uterino".
2011	Se creó la Guía: "Acompañamiento emocional de la mujer con cáncer de mama o cérvico uterino"

Estrategia 5

Promover la gestión adecuada de la infraestructura física, equipo y personal para la provisión de la detección y atención del cáncer Cérvico uterino.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 5.1 Desarrollar instrumentos normativos que regulen la construcción, equipamiento y recursos humanos para las clínicas de colposcopia y laboratorios de patología.

Años	Acciones
2009	En este año se elaboró, diseñó y publicó el Manual de Procedimientos del laboratorio de Patología y de las Clínicas de Colposcopia. No se han generado otros documentos normativos al respecto.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 5.2 Elaborar un diagnóstico de las necesidades (personal, equipo y de instalaciones) para laboratorios de citología, patología y colposcopia de acuerdo con las necesidades futuras derivadas de la incorporación de la prueba de VPH al tamizaje del cáncer cérvico uterino.

Años	Acciones
2007-2010	Se realizó el diagnóstico de necesidades y se cuenta con la distribución a las entidades federativas de recurso monetario y en especie de insumos necesarios para cubrir las acciones de detección y diagnóstico de cáncer cérvico uterino plasmado en el AFSPE. Así mismo, se cuenta con el diagnóstico de equipo e instrumental necesario, se solicitó a través

de proyectos de inversión su compra para poder ser distribuidos y favorecer el adecuado funcionamiento y eficiencia de las acciones del programa.



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 5.3 Promover la creación de servicio o centros de atención oncológica en los estados que no cuenten con éstos y gestionar el número suficiente de personal que participan en las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento, a través de la asignación suficiente de recursos presupuestales.

Años	Acciones
2009	Se cuenta con 27 centros oncológicos y 15 hospitales con servicio de oncología
2010-2012	No se realizaron durante estos años acciones al respecto



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 5.4 Gestionar y vigilar el abasto oportuno, suficiente y con calidad adecuada de los insumos, instrumental y medicamentos, para el diagnóstico y tratamiento, como política prioritaria en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Años	Acciones
2007-2012	Durante los últimos cinco años, el Centro Nacional se ha dado a la tarea de gestionar recursos para ser entregados a cada entidad federativa destinados a la adquisición y contratación de equipo, instrumental, insumos, servicios y personal, así como de la entrega en especie de insumos, para el adecuado funcionamiento del Programa en las entidades federativas. El seguimiento y vigilancia de la oportunidad en la recepción o adquisición se realiza continuamente en el sitio a partir de las visitas de supervisión a cada entidad federativa y seguimiento telefónico.



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 5.5 Mantener actualizado el diagnóstico de recursos humanos, físicos y materiales.

Años	Acciones
2007-2012	Se solicita anualmente el listado de necesidades de equipo e instrumental con el propósito de incluir el recurso solicitado en el apoyo que el Centro Nacional otorga en Ramo 12 para este capítulo, para mejora del Programa en cada entidad federativa.
2007	Para 2007, se encontraron: Laboratorios de citología 119 Laboratorios de Patología 70 Número de citólogos y patólogos 127 Número citotecnólogos 481. En cuanto a las clínicas de colposcopia se tenían 182 y 247 colposcopistas
2008	En 2008, el número de recursos destinados fue: Laboratorios de citología 111 Laboratorios de Patología 65 Número de citólogos y patólogos 119 Número citotecnólogos 467 se les asigno recursos financieros a todos los estados del país para compra de cámaras para microscopio de patología y citología.
2009	En 2009, el número de recursos destinados fue: Laboratorios de citología 111 Laboratorios de Patología 65 Número de citólogos y patólogos 119 Número citotecnólogos 467
2010	En 2010, el número de recursos destinados fue: Laboratorios de citología 111 Laboratorios de Patología 70 Número de citólogos 15 patólogos 124 Número citotecnólogos 467, Número, Número Técnicos en tinción 30, Histotecnólogos 10.
2011-2012	En cada supervisión mensual y por correo se actualiza el inventario de recursos humanos, físicos y materiales, los cuales se tiene resguardados por los responsables del programa y los supervisores de las distintas entidades federativas.

De 2007 a 2008, se disminuyeron los laboratorios de patología debido a una estructuración en donde se decidió eliminar 8 laboratorios que no cumplían con los criterios de productividad y calidad.

Unidad de atención	2007	2008	2009	2010	2012
Laboratorios de	119	111	111	111	119

citología					
Laboratorios de patología	70	65	65	70	70
Número de citólogos y patólogos	127	119	119	124	151
Número de citotecnólogos	481	467	467	467	487

Estrategia 6

Fomentar el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento integral del cáncer cérvico uterino con calidad y oportunidad, así como la gratuidad de la atención en mujeres sin seguridad social.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 6.1 Promover la realización de investigación en servicios de salud que incluya el diagnóstico sobre el funcionamiento actual del programa, que sirva como base para la mejora del mismo.

Años	Acciones
2007-2011	<p>La realización de investigaciones en servicios de salud responde al Programa Nacional de Salud 2007 -2012 y se vincula con el Eje 3. Igualdad de oportunidades, cuyo fin es lograr el desarrollo humano y el bienestar de los mexicanos a través de la igualdad de oportunidades con el mejoramiento de las condiciones de vida de quienes viven en la pobreza. El Programa de Acción de Cáncer Cérvico Uterino incorpora las siguientes estrategias: mejorar el acceso, cobertura y calidad de las acciones de promoción de la salud, detección, diagnóstico y atención del cáncer cérvico uterino en áreas marginadas o con menor desarrollo económico e implementar acciones que han probado ser las más efectivas con base en la mejor evidencia científica disponible, como la prueba de captura de híbridos para detectar la presencia del virus del papiloma humano, agente causal del cáncer cérvico uterino, a fin de acelerar la disminución de la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino. Sin embargo, se requirió probar esta y otras estrategias en la operación para instrumentarlas posteriormente en el nivel nacional.</p> <p>Por esta razón, se llevaron a cabo diferentes estudios y asesorías que permitieron conocer el valor que las estrategias propuestas podrían aportar para hacer efectiva la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino, el número de asesorías que incluyen las investigaciones poblacionales descritas son:</p> <p>2007: 2 2008: 5 2009: 4 2010: 5 2011: 6</p>

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 6.2 Establecer la regionalización para la referencia y atención integral de lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino, que incluya los mecanismos para asegurar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres con resultados anormales a la detección.

Años	Acciones
2007-2012	Al año 2012, se cuenta con 19 laboratorios regionales instalados de biología molecular, los cuales dan servicio

regionalizado, lo que permite contar con la capacidad instalada para procesar 1' 256,320 muestras anuales de la prueba del VPH.

Así mismo, se cuenta con 182 Clínicas de colposcopia equipadas y 247 colposcopistas; lo que permite tener una capacidad instalada para realizar más de un millón de estudios colposcópicos al año; dichas clínicas de colposcopia se encuentran distribuidas a lo largo de la República Mexicana por lo que se tiene una amplia cobertura para la realización de este estudio.



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 6.3 Establecer coordinación con autoridades estatales, municipales y la comunidad para el traslado y albergue de pacientes de zonas rurales a clínicas de colposcopia o centros oncológicos durante el diagnóstico y el tratamiento.

Años	Acciones
	Esta actividad la realizan las entidades federativas a nivel estatal y municipal a través de la coordinación que establecen los responsables estatales y jurisdiccionales del programa de CaCu. En ocasiones intervienen otras instancias a nivel comunitario como son, presidente municipal, comité de salud, entre otras.
2010	Las entidades Federativas con municipios de menor índice de desarrollo humano realizan coordinación con las autoridades municipales para proporcionar el traslado de las pacientes que viven en comunidades alejadas, por ejemplo las pacientes de la zona de Guachochi les brindan apoyo en cuanto a transporte y albergues gratuitos, para que las traten en la clínica de colposcopia del Hospital General de Chihuahua, esto muestra evidencia de que el programa contribuye a disminuir la inequidad y desigualdad en salud

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 6.4 Informar al personal y a las pacientes sin seguridad social sobre las gestiones que deben realizar para acceder a la atención gratuita.

Años	Acciones
2007-2010	Contratación del equipo especial de asesores (AICAMU), quienes estuvieron a cargo de la identificación y seguimiento de las mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino invasor, bajo tratamiento en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, susceptibles de ser incluidas en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPcGC).



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 6.5 Promover la elaboración y difusión de guías clínicas para unificar los procedimientos del diagnóstico, tratamiento integral, referencia y contra referencia en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Años	Acciones
2008	Se colaboró con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) en la elaboración de la Guía de Práctica Clínica de Cáncer Cérvico Uterino.
2012	La Guía de Práctica Clínica de Cáncer Cérvico Uterino está disponible en la página electrónica del CNEGSR www.cnegsr.gob.mx

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 6.6 Impulsar la atención de excelencia a través de la acreditación del personal y la certificación de unidades, clínicas, hospitales y centros oncológicos.

Años	Acciones
2007	Planteamiento del Proceso de calificación de los médicos (as) colposcopistas de la SSA
2008	Prueba piloto del Examen de calificación
2009	Elaboración de reactivos y contratación con INSP de plataforma on-line y curso de actualización y capacitación a médicos (as) colposcopistas.
2010	Examen de calificación en meses de febrero y noviembre
2011	Tercera fase de examen para colposcopistas que no han presentado el examen
2012	Se continúa con la preparación a distancia y calificación de competencias de las y los médicos colposcopistas



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 6.7 Efectuar coordinación con las instancias competentes para verificar la aplicación de la normatividad y el cumplimiento de estándares de calidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino en establecimientos de salud públicos y privados.

Años	Acciones
2011	No se ha realizado la coordinación con las instancias competentes, se planea dar inicio a esta acción en un mes a través de la COFEPRIS para realizar la verificación de la infraestructura de las clínicas de colposcopia que atienden a mujeres tanto en el medio público como en el privado.
2012	Continúa en marcha el proyecto de inventario de capital intelectual, humano y de infraestructura propuesto por el INSP para Clínicas de Colposcopia

Estrategia 7

Unificar las acciones a través del consenso y la coordinación permanente con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, y con las organizaciones médicas y de la sociedad.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 7.1 Promover la participación institucional, interinstitucional y de la sociedad organizada en los Consejos, Comités y Subcomités relacionados con las acciones para prevención y control del cáncer cérvico uterino.

Años	Acciones
2007	Se promueve la participación a través de atraer a todos los actores necesarios en las reuniones nacionales del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer, para ellos, se realizan reuniones del Comité y de los subcomités específicos por tema: 3 reuniones del Comité Nacional de Cáncer En la Mujer 2 subcomités, 1.- Técnico y 2.- Financiero
2008	Se promueve la participación a través de atraer a todos los actores necesarios en las reuniones nacionales del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer, para ellos, se realizan reuniones del Comité y de los subcomités específicos por tema:

	3 reuniones del Comité Nacional de Cáncer En la Mujer 2 subcomités, 1 Técnico y 1 Financiero
2009	Se promueve la participación a través de atraer a todos los actores necesarios en las reuniones nacionales del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer, para ellos, se realizan reuniones del Comité y de los subcomités específicos por tema: 3 reuniones del Comité Nacional de Cáncer En la Mujer 2 subcomités, 1 Técnico y 1 Financiero
2010	Se promueve la participación a través de atraer a todos los actores necesarios en las reuniones nacionales del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer, para ellos, se realizan reuniones del Comité y de los subcomités específicos por tema: 3 reuniones del Comité Nacional de Cáncer En la Mujer 2 subcomités, 1 Técnico y 1 Financieros
2011	Se promueve la participación a través de atraer a todos los actores necesarios en las reuniones nacionales del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer, para ellos, se realizan reuniones del Comité y de los subcomités específicos por tema: 1 Reunión Nacional del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer
2012	Se promueve la participación a través de atraer a todos los actores necesarios en las reuniones nacionales del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer, para ellos, se realizan reuniones del Comité y de los subcomités específicos por tema: 1 Reunión Nacional del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer. Está programada una 2ª reunión del Comité Nacional para el mes de noviembre



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 7.2 Formentar la elaboración de programas de trabajo alineados con el programa de acción del cáncer cérvico uterino, a nivel municipal, estatal e institucional.

Años	Acciones
2007-2012	Las personas Responsables Estatales y Jurisdiccionales del Programa de Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) elaboran un programa anual basado en el Programa Nacional de Cacu y se actualiza cada año.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 7.3 Establecer mecanismos de seguimiento sistemático a los acuerdos y compromisos establecidos, incluyendo la firma de acuerdos y convenios.

Años	Acciones
2007-2012	Se realizan anualmente la firma de convenios específicos de colaboración entre la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, en los que se definen los soportes financieros y materiales, se asignan los indicadores a evaluar por cada programa y se establecen compromisos a cumplir durante el año de gestión correspondiente, con la entrega de la comprobación pertinente.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 7.4 Desarrollar reuniones nacionales, regionales o locales interinstitucionales con el objetivo de dar seguimiento al cumplimiento de las metas y compromisos establecidos en los diferentes ámbitos de gobierno e instituciones.

Años	Acciones
	Se han llevado a cabo diversas reuniones para dar seguimiento al cumplimiento de las metas y compromisos establecidos:
2007	Reunión de citología con 499 asistentes de todas las entidades federativas Reunión de colposcopia con asistencia de 220
2008	Reunión Caminando a la Excelencia con 299 asistentes Reunión de colposcopia con 196 asistentes Reunión para la implementación de la prueba de detección del VPH con 219 asistentes
2009	Reunión Caminando a la Excelencia con 305 asistentes Reunión de colposcopia con 165 asistentes Reunión de citología con 323 asistentes Reunión de detección del VPH con 323 asistentes
2010	Reunión Caminando a la Excelencia con 300 asistentes Reunión de colposcopia con 165 asistentes Reunión de citología con 345 asistentes Reunión de detección del VPH con 56 asistentes
2011	Reunión Caminando a la Excelencia con 350 asistentes Reunión de colposcopia con 176 asistentes Reunión de citología con 440 asistentes Reunión de detección del VPH con 58 asistentes
2012	Reunión Caminando a la Excelencia con 460 asistentes Reunión de colposcopia con 99 asistentes

Reunión de citología con 189 asistentes
 Reunión de detección del VPH con 26 asistentes

Estrategia 8

Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua del programa y la rendición de cuentas.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 8.1 Desarrollar un sistema de información (observatorio de cáncer de la mujer) unificado en el sector para su utilización en los establecimientos de salud públicos y privados.

Años	Acciones
	De acuerdo con las necesidades de información veraz, oportuna y confiable para la adecuada toma de decisiones, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, conformó un sistema de información diseñado para integrar la información, de tal forma que dé certeza en las acciones y la toma de decisiones en forma oportuna para la conducción y eventualmente, la corrección de las acciones, mismo que se encuentra en vía de unificación en los establecimientos de salud públicos y privados.
2010	El Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM) ofrece la ventaja de la oportunidad de evaluación y monitoreo del cumplimiento de las metas establecidas en el AFASPE; se agrega el cálculo automatizado de estas metas de cobertura y seguimiento de pacientes, se crea el formato de captura de vacuna y el de seguimiento de pacientes, las bases de datos de las vacunas se suben al sistema. Se agrega el filtro de los municipios con menor índice de desarrollo humano y el cubo de seguimiento de pacientes con resultado positivo a la prueba de VPH mediante citología. En septiembre de este año, una compañía externa evalúa la calidad del Sistema respecto a seguridad; encuentra más de 100 errores entre los que destaca que es un sistema poco seguro, los procesos Backend en servidores Web C están expuestos a ataques externos, con páginas ASP no referenciadas desde la aplicación, falta de índices correctos lo que hace lento el sistema, gran número de elementos que no se están utilizando y que convierten al sistema en ineficiente.
2011	El SICAM, dentro de su evolución en el 2011, se fue adecuando acorde a las necesidades de los usuarios, tanto en estructura como funcionalidad, con la compañía THSD, el equipo técnico de cáncer cérvico uterino y la Dirección General de Tecnologías de la información. En este año se revisaron procesos de extracción de la información en el cubo de correlación diagnóstica, se revisó el proceso para generar la consulta de seguimiento de casos, se analizaron los casos positivos a la prueba de VPH capturados con folio erróneo, se corrigieron diversos aspectos del VPH, se cambió el proceso de captura, envío y análisis de las muestras de VPH, se eliminaron años fantasma, se colocó ventana emergente que mencionara la diferencia entre el número de resultados de la versión 1 y 2 de la prueba de VPH y se agregó una ventana emergente que indicara la fecha límite de captura de folios del 2010, todo esto asentado en la bitácora de control de cambios del sistema.
2012	Continúa en construcción la Versión 2 del SICAM; sin embargo, aún se encuentra en funcionamiento y constante mantenimiento la versión original del sistema



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 8.2 Consolidar el monitoreo y la evaluación sistemática de la atención integral a través de indicadores de proceso y resultado.

Años	Acciones
2007-2012	El SICAM permite la evaluación y monitoreo del programa a través de indicadores de proceso, tales como cobertura de citologías y de pruebas de VPH, control de calidad de la muestra citológica; oportunidad, definida como el lapso promedio entre la toma de muestra y su interpretación; porcentaje de casos según diagnóstico confirmado, confirmación diagnóstica, definida como el porcentaje de casos según diagnóstico colposcópico e histopatológico, productividad de los citotecnólogos y colposcopistas. Mediante la revisión de estos indicadores, es posible evaluar el cumplimiento de las actividades del programa de cáncer cérvico uterino en las diferentes entidades federativas.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 8.3 Establecer el registro de cáncer de la mujer y la vigilancia epidemiológica en coordinación con las áreas involucradas.

Años	Acciones
2007-2012	Para el establecimiento del registro del cáncer de la mujer y vigilancia epidemiológica, se realizó capacitación continua de los responsables del SICAM en todos los niveles de operación, se mantiene la comunicación diaria con los responsables del sistema de cada estado para la solución de dudas y problemáticas específicas. En las reuniones nacionales y si algún estado lo requiere, se capacita. Se administra y se validan los catálogos de información de cada estado para que los datos cargados concuerden con el diseño de las bases de datos. El equipo de cáncer cérvico uterino ha participado en el desarrollo de las actividades concernientes al manejo de las interfaces.



Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 8.4 Asegurar el mantenimiento del sistema de información para su utilización ágil y segura.

Años	Acciones
2007-2012	Desde la creación del SICAM, el CNEGSR brinda asesoría para la solución inmediata de problemas relacionados con el sistema mediante un enlace vía web; lo que no pueda solucionarse, se envía a la compañía THSD. Entre las diferentes actividades de mantenimiento se encuentran las que corrigen problemas en la captura, velocidad, eliminación de años fantasma, así como mantenimiento al servidor del sistema por parte de la DGTI; en las visitas de supervisión del personal de la Subdirección de cáncer cérvico uterino, se verifica la funcionalidad del sistema, desde los equipos, banda ancha, tiempo de captura y se verifica que los códigos de captura de las muestras de VPH sean correctos.

Programa: Cáncer Cérvico Uterino

Línea de acción: 8.5 Vigilar la suficiencia de personal y de equipo para la operación continua del sistema en todos los niveles de atención.

Años	Acciones
2009	En este año se realizó un inventario de los equipos de cómputo e impresoras con la especificación de la marca, número de serie, cantidad existente, tipo de conexión a internet, velocidad de banda ancha y paquetería existente en todas las entidades federativas.
2010-2012	El Centro Nacional gestiona recursos financieros para ser entregados a cada entidad federativa destinados a la adquisición y contratación de equipo e insumos, servicios y personal para el adecuado funcionamiento del SICAM en las entidades federativas. El seguimiento y vigilancia de la oportunidad en la recepción o adquisición se realiza continuamente en el sitio a partir de las visitas de supervisión a cada entidad federativa y seguimiento telefónico. Anualmente, previo al ejercicio de programación presupuestal, se solicita a las entidades federativas un diagnóstico situacional de los equipos necesarios para la operatividad del Programa, de manera que la información acerca de los requerimientos provenga de las personas directamente involucradas en el Programa



Seguimiento de indicadores

Cobertura y calidad de la detección

Número y porcentaje de citologías realizadas

El número y porcentaje de citologías realizadas ha disminuido a través de los años debido a que se incluyó la prueba de detección de virus del papiloma humano como prueba de tamizaje, lo que ha significado que la citología exfoliativa disminuya a favor del uso de la prueba mencionada.

Cobertura de detección primaria con citología cervical								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	E/2012	total
Programadas	3,252,376	3,666,261	1,423,856	1,437,023	1,469,025	1,260,775	1,260,775	12,509,316
Realizadas	3,058,224	2,482,059	522,625	558,570	216,204	396,643	475,972	7,710,297
%*	94	67.7	37	39	15	31	38	62

2006 al 2008 Citologías en mujeres de 25 a 64 años de edad y 2009 al 2011. Citologías realizadas a mujeres de 25 a 34

*Número de citologías realizadas/Número de citologías programadas X 100

Pruebas para la detección del Virus del Papiloma Humano en mujeres de 35 a 64 años

La prueba para la detección del Virus del Papiloma Humano fue instituida a partir del año 2008, con el incremento en el número de pruebas realizadas y en el porcentaje de la meta de cobertura propuesta

Cobertura de detección primaria con citología cervical								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	E/2012	total
Programadas	0	800,000	1,024,641	1,699,746	1,540,000	1,706,971	1,706,971	6,771,358
Realizadas	0	161,148	525,969	930,168	401,596	681,894	818,273	2,837,154
%*	0	20	51	55	26	40	48	42

*Número de pruebas de VPH realizadas/Número de pruebas de VPH programadas X 100

E* : pruebas esperadas de enero a diciembre del 2012

Número de mujeres con positividad a lesiones

El número y porcentaje de mujeres con lesiones precursoras incrementó en forma importante de 2009 a 2010 al pasar de 778 a 5,343 mujeres confirmadas con alguna lesión en aquellas mujeres

Índice de positividad de la citología posterior a resultado VPH +								
Año	2007	2008	2009	2010	*2011	2012	E/2012	TOTAL
Total pbas. VPH +	0	0	4,190	6,950	6,297	20,372	22,409	37,809
Citologías positivas	0	0	783	5,343	1,419	5,495	7,843	13,040
Porcentaje*	0	0	18.7	76.9	22.5	27	35	34

*Número de citologías positivas/Total de pruebas de VPH positivas X 100 que se realizaron la prueba para la detección del VPH.

Diagnóstico

Correlación Colpo-Histológica

La correlación colpo-histológica ha presentado un promedio de 41% a lo largo del periodo, sin embargo, en la serie que se presenta, se distingue una tendencia descendente en el porcentaje de correlación, es necesario implementar acciones de mejora para incrementar la correlación colpo-histológica.

Correlación colpo-histológica								
Año	2007	2008	2009	2010	*2011	2012	E/2012	TOTAL
Dx Colpo	65,017	77,511	78,512	69,212	28,641	14,451	17,341	336,234
Dx Histol	29,522	34,030	29,664	23,765	6,535	4,247	5,946	129,480
Porcentaje	45	44	38	34	23	29	34	39

*Número de diagnósticos histológicos/Número de diagnósticos colposcópicos X 100

Oportunidad del diagnóstico

La Oportunidad del diagnóstico es de 97% en el periodo.

Oportunidad del diagnóstico								
Año	2007	2008	2009	2010	*2011	2012	E/ 2012	TOTAL
Total histop	50,662	52,888	48,905	48,133	17,675	41,426	41,426	259,68
Histop posit	48,120	52,888	48,905	42,966	13,413	35,934	36,211	244,02
Porcentaje	95	100	100	89	76	87	87	93

*Total de mujeres con diagnóstico histológico en los primeros 30 días posteriores a entrega del diagnóstico citológico/ Total de mujeres con diagnóstico citológico con LEI o cáncer X 100

Los indicadores de Tratamiento (Seguimiento de pacientes y Sobrevida a 5 años) y de rectoría y monitoreo (Coordinación interinstitucional y Cobertura de notificación) no contaron con un sistema de información confiable por lo que no se ha podido medir el avance.

ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS

Dentro de las estrategias del Programa de Acción Específico, se han realizado tres actividades principales en el Programa Cáncer Cérvico Uterino:

1. Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano
2. Detección de la infección por Virus del papiloma Humano por captura de híbridos
3. Detección de lesiones precursoras y cáncer a través de citología y su confirmación diagnóstica por colposcopia

A continuación se describen las actividades mencionadas:

Introducción

Desde el 1° de diciembre de 2006 y hasta el 30 de noviembre de 2007, la Secretaría de Salud realizó múltiples acciones que llevaron al cumplimiento de los objetivos planteados y estas fueron:

La modificación de la NOM-014-SSA2 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, lograda en coordinación con las Instituciones del Sector Salud, Sociedades y Academias correspondientes y permitió la actualización completa de los procedimientos operativos, incluido el control de calidad de los procesos.

Con el objetivo de estandarizar y realizar el control de calidad a los procesos en los laboratorios de patología y en las clínicas de colposcopia, se elaboraron los manuales de procedimientos generales de la Secretaría de Salud, en colaboración con expertos nacionales en la materia.

Para garantizar el tratamiento médico especializado de las mujeres con cáncer in situ se incluyeron en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, con lo que se logra reducir el impacto familiar del tratamiento del cáncer cérvico uterino. En este periodo se atendieron 4,531 mujeres portadoras de cáncer cérvico uterino in situ e invasor.

En materia de promoción se realizaron campañas de información para la población general, difundidos en spots radiofónicos, campañas publicitarias televisivas y material impreso dirigido al público en general y a personal de salud.

Se efectuaron eventos de capacitación, regionales y nacionales, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios, de actualizar y estandarizar la aplicación de los lineamientos normativos vigentes a gerentes del programa, médicos colposcopistas, citólogos, patólogos, citotecnólogos, histotecnólogos y personal operativo del primer nivel de atención.

El 31 de mayo de 2007 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico-uterino.

Se continuó con la ampliación de cobertura de tratamiento específico de mujeres que presentan cánceres invasores mediante el financiamiento del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC). En el periodo comprendido entre el 1o. de julio de 2006 y el 1o. de agosto de 2007 se atendieron 2 392 casos; es decir, 59.3% más en relación con el mismo periodo anterior, en el que se atendieron 1 502 casos.

Se estableció una campaña a través de los medios de comunicación sobre la importancia de la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y mamario: su primera fase salió al aire el día 25 de junio y la segunda en el mes de octubre de 2007.

1. Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano

En años recientes, han ocurrido importantes avances relacionados con el cáncer cérvico uterino. Uno de ellos es el desarrollo de una nueva prueba de detección del agente causal del cáncer cérvico uterino; el virus del papiloma humano (VPH), la cual es más sensible que la citología cervical y la nueva vacuna preventiva de la infección. Por lo anterior, el programa de cáncer cérvico uterino ha iniciado un proceso de modernización con el cual esperamos acelerar el descenso de la mortalidad por esta neoplasia.

A partir de 2008 a fin de coadyuvar a la disminución de la mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino, se inició la implementación de la prueba del papiloma humano, ADN para virus del papiloma humano (VPH) la cual mejora significativamente la sensibilidad de las pruebas de detección, además de incluir también la vacuna contra el VPH, ambas acciones dirigidas los municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH), con un criterio de equidad en salud.

Otra de las estrategias que mejoraron sustancialmente el programa de cáncer cérvico uterino ha sido la incorporación de la prueba de VPH, para lo cual ha sido necesario crear toda una infraestructura de laboratorios regionales de biología molecular. En 2008 se instalaron cinco laboratorios, tres en 2009 y tres más en 2010. Actualmente se cuenta con 13 laboratorios regionales de biología molecular con capacidad para procesar 1,858,560 muestras anuales de la prueba del VPH, ya trabajando; 119 laboratorios de citología cervical, 70 unidades de patología y 182 clínicas de colposcopia en la Secretaría de Salud.

Más allá de las entidades donde se localizan los municipios de menor IDH, se han incorporado 22 entidades más a la detección por prueba de VPH, realizándose un total de 941,702 detecciones, colocando al país en el liderazgo de innovación en el diagnóstico de este cáncer, aumentando la posibilidad de alcanzar la meta estratégica establecida en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, de disminuir en 27 % la mortalidad por cáncer cérvico-uterino

El cáncer cérvico uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en México, por lo que su prioridad como problema de salud pública es manifiesta. La Organización Mundial de la Salud considera que el cáncer cérvico uterino es totalmente prevenible, ya que existen estrategias para su detección temprana y recientemente se incorporó la vacuna preventiva del virus del papiloma humano, agente causal del cáncer cérvico uterino.

Las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio han producido a la humanidad ya que previenen enfermedades. La aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en niñas previene la infección por los serotipos 16 y 18, con lo que se logra evitar que alrededor del 70% de las mujeres desarrollen cáncer cérvico uterino. Dado el elevado costo de la vacuna actualmente, la Secretaría de Salud inició su aplicación con sentido de equidad en salud, haciéndola accesible a niñas que viven en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano. En 2009 se concluyó la vacunación con el esquema de tres dosis sugerido por los laboratorios (0 meses, a los 2 meses y a los seis meses), vacunando al 90% de las niñas de 12 a 16 años de edad programadas y para 2010 se vacunaron 86,379 niñas de 9 años con un logro

de la meta propuesta para ese año de 76.8%. En total, el sistema nacional de salud de enero de 2009 a agosto de 2010 aplicó 697,498 vacunas contra el VPH.

Estrategia de Prevención Integral del cáncer cérvico uterino en vacunación contra el VPH, niñas de 9 a 16 años de edad

Año	Esquema	Grupo edad	Niñas a vacunar	Niñas vacunadas	Avance	Entidades federativas participantes
2009	0, 2, 6 meses	12 a 16 años	82,598	74,359	90.0%	7
2010	0,6,60 meses	9 a 12 años	138,313	119,007	86.0%	12
2010	0,6,60 meses	9 años	112,329	86,379	76.8%	12

La estrategia de vacunación se ha ampliado a 282 municipios, en los cuales ha continuado la estrategia “Todas las mujeres, una alternativa de prevención” aplicando la vacuna de acuerdo con las recomendaciones del grupo de expertos del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), con un esquema ampliado a los 0 meses, 6 meses y 60 meses, en niñas más jóvenes; 9 a 12 años de edad, con lo que se espera incrementar la respuesta inmunológica y evaluar a futuro si es factible un esquema de vacunación de solamente dos dosis. Este nuevo esquema está siendo acompañado de un estudio fase IV que coordina el Instituto Nacional de Salud Pública.

Para asegurar que la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano se realizara, se siguieron los siguientes puntos de acuerdo:

- ◁ Junio 2006: Obtiene el registro sanitario la vacuna Gardasil (MSD) para niñas y mujeres de 9 a 26 años.
- ◁ Marzo 2007: Se organiza un grupo de análisis de expectativas de impacto con la introducción de la vacuna contra VPH, conformado por expertas y expertos.
- ◁ Agosto 2007: Se envía a las asociaciones médicas y se publica en internet la guía para la vacunación contra VPH en el sector privado.
- ◁ Octubre 2007: Obtiene el registro sanitario la vacuna Cervarix (GSK) para niñas y mujeres de 9 a 26 años.
- ◁ Noviembre 2007: La Comisión de Equidad y Género de la H. Cámara de Diputados aprueba un presupuesto adicional para la compra de vacuna.
- ◁ Noviembre 2007: Se constituye un grupo de expertas y expertos del CeNSIA, CNEGSR, IMSS, INCAN, INSP, ISSSTE, INPER y otros líderes de opinión para establecer la política de vacunación, cuyas conclusiones fueron:
 - Debido al costo, en ese momento no era posible incluir la vacuna en el esquema nacional.
 - Priorizar la aplicación de vacuna en los grupos de población más vulnerables.
 - Realización de un Estudio Fase IV.

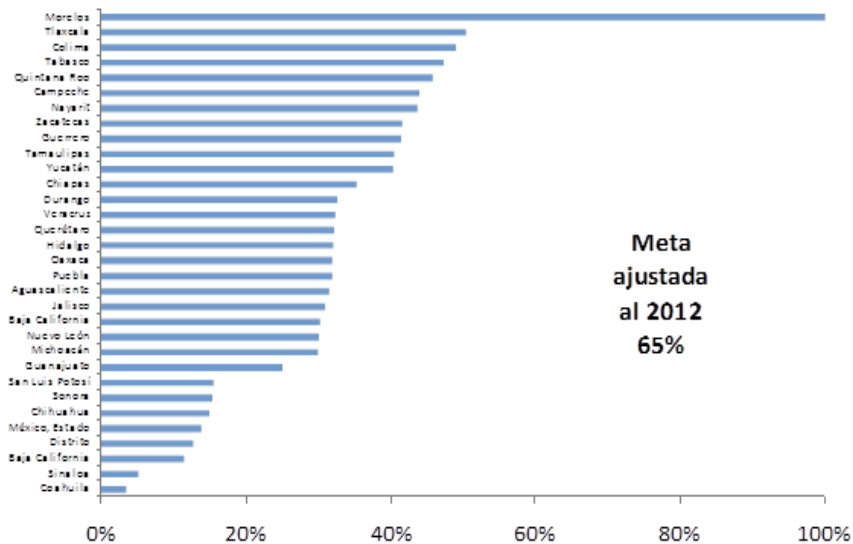
- < Febrero 2008: El Comité Nacional de Cáncer en la Mujer aprueba la implementación de la Estrategia de Prevención Integral.
- < Mayo 2008: Se incluye la vacuna en el Cuadro Básico de Medicamentos.
- < Julio 2008: Se publica el fallo de licitación. MSD ofrece \$471.39 USD por dosis; GSK \$436.43 por dosis.
- < Febrero 2009: Se publican las Recomendaciones del Comité Asesor Externo para la Definición de la Política de Vacunación contra el virus del papiloma en México.
- < El resultado por entidad federativa se expone en los cuadros siguientes:
- < De 2008 a 2009, participaron las 7 entidades federativas que incluyen los 125 municipios con menor IDH. Alcanzando un logro en la meta del 90% con diferencias de 82.3% en Chiapas y 100% en Puebla.

2. Detección de la infección por Virus del papiloma Humano por captura de híbridos.

Un desarrollo tecnológico reciente es la detección del virus del papiloma humano por captura de híbridos; prueba de biología molecular con alta sensibilidad y especificidad. México inició su incorporación al Programa para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino en 2008 en los municipios con menor índice de desarrollo humano y la ha extendido gradualmente a nivel nacional.

El avance en detección del VPH asciende a 1, 724,270 pruebas realizadas en mujeres de 35 a 64 años de edad entre 2008 y 2010.

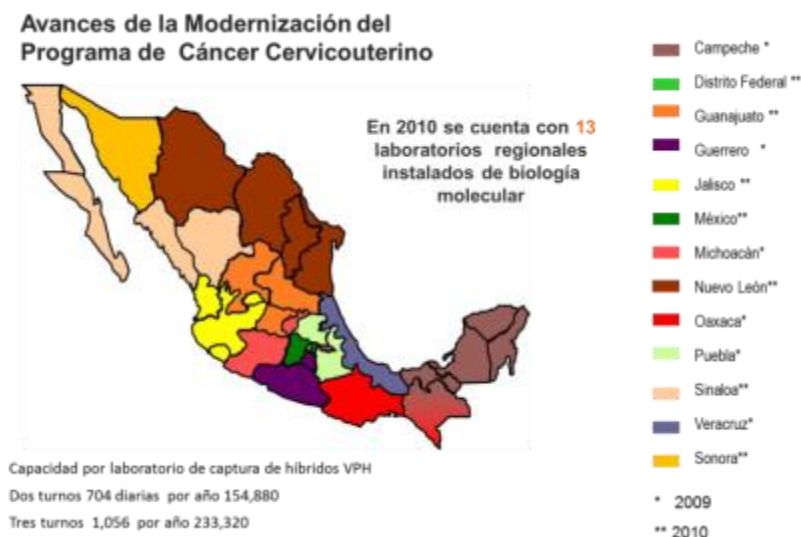
Avances en la aplicación de la Prueba para detectar el VPH en mujeres de 35 a 64 años de edad, México 2008-2010



FUENTE: SICAM 2010.

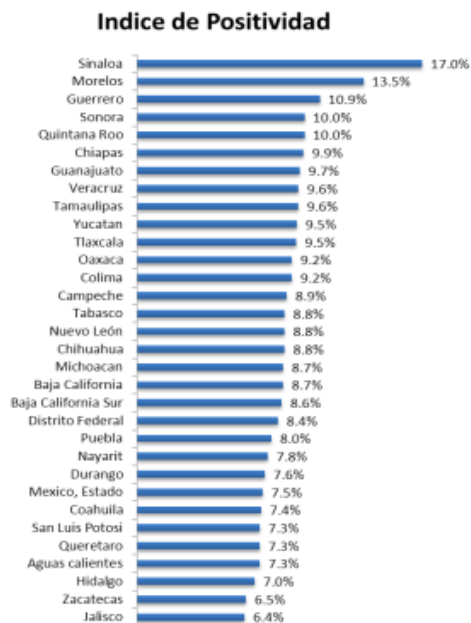
En 2010 se cuenta con 13 laboratorios regionales instalados de biología molecular de los cuales funcionan al 100%, 2 funcionan aproximadamente al 50%.

Laboratorios regionales de biología molecular. México 2010-2011



La positividad de la prueba tiene un rango de 6.4% en Jalisco a 17% en Sinaloa.

Índice de Positividad a la prueba de VPH por entidad federativa. México. 2008-2010



Fuente: SICAM 2008-2010

3. Detección de lesiones precursoras y cáncer a través de citología y su confirmación diagnóstica por colposcopia

Se realizaron 3'235,455 citologías cervicales en mujeres dentro del grupo blanco (25 a 64 años), lo que representa una cobertura del 95%. Para asegurar la atención a las mujeres de 25 a 64 años de edad con lesiones intraepiteliales que fueron un 3.8% del total de detecciones, la Secretaría de Salud, cuenta con una red de clínicas de colposcopia en las que se lleva a cabo la confirmación diagnóstica, el tratamiento y seguimiento de dichas pacientes. En las entidades federativas hay un total de 182 clínicas de colposcopia situadas en las capitales de las entidades y en sus principales ciudades. En ellas laboran 247 colposcopistas, es decir, contamos con una capacidad instalada para realizar un millón de colposcopias al año.

Infraestructura y Recursos humanos de las Clínicas de Colposcopia, México 2010.

Entidad Federativa	Clínicas de Colposcopia	Colposcopistas
Aguascalientes	1	2
Baja California	3	6
Baja California Sur	2	2
Campeche	3	2
Coahuila	4	6
Colima	3	4
Chiapas	5	6
Chihuahua	2	3
Distrito Federal	26	36
Durango	3	5
Guanajuato	5	8
Guerrero	7	7
Hidalgo	4	5
Jalisco	11	16
México	13	23
Michoacán	6	9
Morelos	5	7
Nayarit	3	5
Nuevo León	4	5
Oaxaca	6	7
Puebla	7	10
Querétaro	3	3
Quintana Roo	3	3
San Luis Potosí	6	6
Sinaloa	4	6
Sonora	4	4

Tabasco	12	13
Tamaulipas	7	7
Tlaxcala	2	2
Veracruz	12	22
Yucatán	4	3
Zacatecas	2	4
Total	182	247

FUENTE: Programa de Acción Específico 2007-2012 Cáncer Cervicouterino.

En cuanto a la productividad en las clínicas de colposcopia, se observa una disminución del 12.7% en el número de consultas otorgadas en 2009 para confirmación diagnóstica y tratamiento lo que refleja el descenso en las pacientes de primera vez e impacta en el indicador de seguimiento de pacientes. En 2010 se atendieron 275.7 pacientes de primera vez por día en las clínicas de colposcopia (6,168 pacientes/220 días laborables= 275.7).

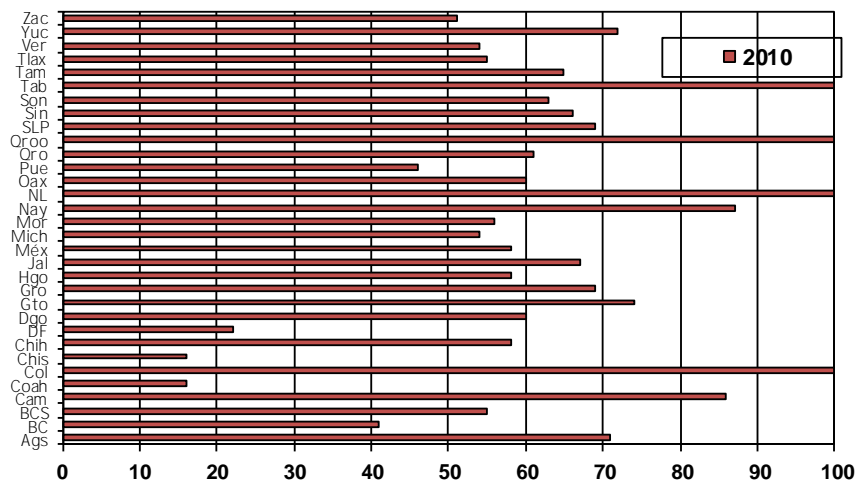
Productividad en 2010 en las clínicas de colposcopia

Consultas Otorgadas	2010
Pacientes de Primera Vez	6,168
Pacientes Subsecuentes	185,291
TOTAL	191,459

Fuente: SICAM 2010

El seguimiento de las mujeres con citología positiva varió de un porcentaje de 16% en Coahuila y Chiapas a 100% en Tabasco, Quintana Roo, Nuevo León y Colima.

Seguimiento de mujeres con citología positiva. República Mexicana 2010.

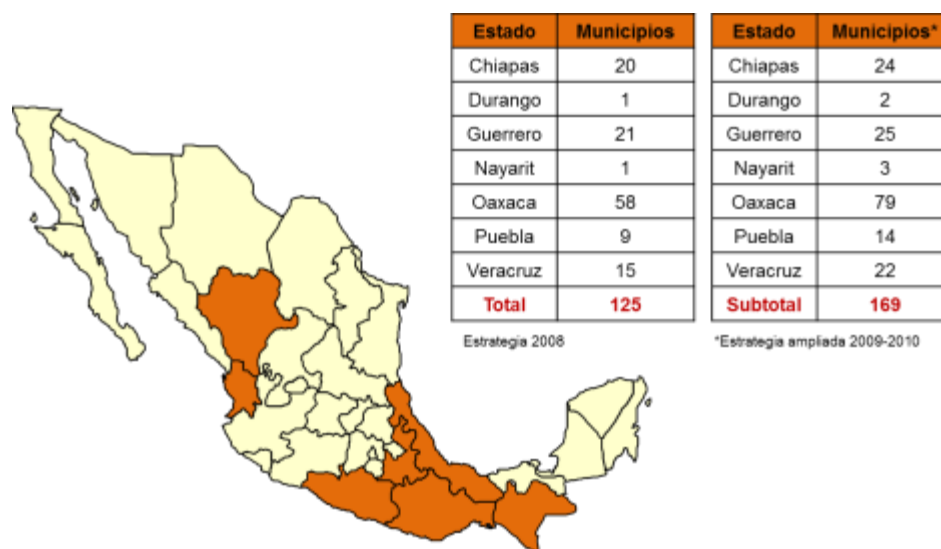


Fuente: SICAM 2010

Proyecto especial derivado de la Estrategia 100 X 100.

Estrategia de Prevención Integral del Cáncer Cérvico Uterino en los 125 Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano

La estrategia inició en 2008, con la inclusión de las siete entidades federativas que contienen a los 125 municipios con el menor índice de desarrollo humano (IDH). Para 2009-2010, la estrategia se llevó a cabo en 169 municipios de esas siete entidades federativas.



La Secretaría de Salud inició el Programa de Prevención Integral del Cáncer Cérvico Uterino en 125 municipios de menor índice de desarrollo humano IDH, en el año 2008 en siete entidades federativas del país incorporando 42 municipios más en el año 2009.

Incorpora a esta estrategia las nuevas tecnologías para la prevención primaria a través de la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para niñas y adolescentes y en prevención secundaria con la detección del virus del papiloma humano de alto riesgo mediante la prueba del papiloma virus aplicable a mujeres de 35 a 64 años de edad.

Desde el inicio de la estrategia se identifican los retos para acceder a las comunidades de MIDH y obtener la aceptación de la nueva tecnología de detección, como son: el complejo sociocultural en cuanto a las mujeres y sus parejas, la alta dispersión geográfica de las comunidades y la inseguridad entre otros, misma situación que se observa desde el inicio para el seguimiento, especialmente para acercar los servicios especializados de colposcopia o para trasladar a las mujeres con resultados positivos al tamizaje a su atención.

Se identifican también limitantes en el presupuesto para la adquisición de insumos para la atención, así como vehículos, y presupuesto para combustibles y viáticos para el personal que atiende estas comunidades.

Ante los bajos resultados observados en el componente de seguimiento de mujeres con resultados positivos a las pruebas de papiloma virus se buscaron alternativas de solución, sumándose entonces la cooperación de organismos no gubernamentales al esfuerzo institucional.

En agosto del 2009, se incorporan las Fundaciones de la Sociedad Civil a las estrategias de seguimiento: Instituto Carlos Slim de la Salud, el Patronato de la Beneficencia Pública, Incluyendo México A.C., Medicina y

Asistencia Social A.C. instituciones que han proporcionado algunos equipos e instrumental para colposcopia, así mismo la Fundación Incluyendo México A.C brinda asesoría técnica y gestión de recursos. La Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer (AMLCC) contribuyó en las primeras jornadas con el apoyo económico para el pago de médicos en las jornadas de seguimiento.

La Subdirección de Cáncer Cérvico Uterino, para llevar a cabo las jornadas gestiona la localización de médicos que deseen participar, obteniendo pobre respuesta, sin embargo se destaca la participación de médicos del Hospital General de México aceptan cooperar así como algunos de los médicos colposcopistas de las entidades federativas participantes

A partir de septiembre del 2009, se inician las jornadas con los apoyos externos, a la par que se trabajaba con los recursos del Programa regular, inicia el estado de Nayarit, en octubre se suma Guerrero, en noviembre el estado de Oaxaca, en febrero del año 2010 en Chiapas y posteriormente se incorporaron Durango, Puebla y Veracruz a las jornadas con apoyo externo

Enero-febrero del 2010, se realizaron comunicados continuos y reuniones de planeación conjunta Subdirección de Cáncer Cérvico Uterino, Fundaciones, para la planeación de las jornadas para el año 2010.

En Marzo del 2010, se realizó la reunión técnica para el "Seguimiento de mujeres positivas a la prueba de papiloma virus en municipios de menor IDH" con la "Fundaciones" los responsables del programa de Cáncer Cérvico Uterino, de las siete entidades federativas: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz

Durante el resto del año 2010 las entidades federativas continúan la estrategia señalando las dificultades para acceder a las comunidades y obtener la aceptación de la nueva tecnología de detección, como son: el complejo sociocultural en cuanto a las mujeres y sus parejas, la alta dispersión geográfica de las comunidades y la inseguridad, misma situación que se observa para el seguimiento

Por otro lado, se acentúa la limitante en estas jornadas de llevar atención médica de alta especialidad (médicos colposcopistas) dispuestos a participar en las jornadas.

Aun cuando los obstáculos persisten, las entidades federativas continúan desarrollando estrategias acordes a cada región de acuerdo a su capacidad instalada con los recursos limitados, humanos y materiales del Programa y con los equipos e instrumental proporcionado y administrado por la Fundación Incluyendo México A.C.

El inicio de la estrategia en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano incluyó la participación de 7 entidades federativas, se lograron completar con dos dosis el esquema en 74,359 niñas, significando el 90% de la meta propuesta.

Estrategia de Prevención Integral en los Municipios con menor IDH. Esquemas completos de Vacunación contra VPH. 2008-2009

Estado	Número de Municipios	Niñas con esquema completo	Logro %
Chiapas	24	20,930	82.3
Durango	2	1,373	93.5
Guerrero	25	18,920	88.6
Nayarit	3	1,411	93.7
Oaxaca	79	16,607	95.1
Puebla	14	5,931	100
Veracruz	22	9,187	97.4
Total	125	74, 359	90

Esquema de aplicación 0, 2, 6 meses. Fuente: Informes enviados por los estados

Del 2009 al 2010, se incluyeron 12 entidades federativas y 218 municipios en la vacunación contra el VPH, logrando 86% del logro de la meta con la aplicación de la segunda dosis.

Estrategia de Prevención Integral en los Municipios con menor IDH. Vacunación VPH 2009-2010

Estado	Número de Municipios	Niñas con Segundas dosis	Logro %
Chiapas	24	22,307	70.4
Chihuahua	8	6,149	70.7
Durango	4	1,523	80.2
Guerrero	28	28,860	93.5
Hidalgo	5	4,799	99.7
Jalisco	3	1,801	89.8
Edo. de México	3	9,799	100
Nayarit	1	1,648	84.6
Oaxaca	96	18,105	82
Puebla	17	9,088	100
Veracruz	23	13,618	91.3
Yucatán	6	1,310	47.5
Total	218	119, 007	86

Esquema de aplicación 0, 6, 60 meses. Fuente: Informes enviados por los estados

La tercera intervención para la aplicación de la vacuna contra el VPH se llevó a cabo en las 12 entidades federativas incrementando a 282 municipios, logrando una cobertura de 83.4% con la primera dosis.

Estrategia de Prevención Integral en los municipios con menor IDH. Vacunación VPH 2010-2011

Estado	Número de Municipios	Niñas con primera dosis	Logro %
Chiapas	37	24,086	61.3
Chihuahua	22	5,754	95.3
Durango	8	6,349	100
Guerrero	29	14,902	99.1
Hidalgo	10	7,539	100
Jalisco	6	985	87.9
Edo de México	4	5,973	100
Nayarit	3	2,254	100
Oaxaca	96	7,478	100
Puebla	25	8,876	84.8
Veracruz	30	6,847	74.5
Yucatán	12	2,652	93.7
Total	282	93,695	83.4

Esquema de aplicación 0, 6, 60 meses. Fuente: Informes enviados por los estados

Las acciones de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano se han llevado a cabo a nivel sectorial. En este sentido, se ha logrado vacunar a 1,125,449 niñas principalmente entre los 9 y 12 años en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Institución	AÑO	2008	2009	2010
Secretaría de Salud	Niñas vacunadas	82,500	138,300	112,300
	Edad en años	12 a 16	9 a 12	9
Servicios Estatales	Núm. dosis	--	55,509	81,640
	Edad en años	--	9 a 13	9 a 12
IMSS	Núm. dosis	--	260,000	346,000
	Edad en años	--	9 a 12	9 a 12
ISSSTE	Núm. dosis	--	22,850	26,350
	Edad en años	--	9 a 12	9 a 12
Total de niñas vacunadas		82,500	476,659	566,290

IX.1.3 Proyección 2012

La proyección sobre el avance en el Programa Cáncer Cérvico Uterino para los años 2011 y 2012 es la siguiente:

- Mejorar las condiciones de las mujeres a través de la detección y el tratamiento oportunos

- Reducción de las brechas de desigualdad de las entidades federativas con mayor mortalidad mediante programas focalizados en los municipios de menor índice de desarrollo humano
- Alcanzar una cobertura del 85% para el tamizaje y el tratamiento de las mujeres de 25 a 64 años de edad
- Existen métodos de detección a nivel masivo con alta especificidad y sensibilidad que abaten la mortalidad por esta enfermedad
- Limitaciones: no contar con el presupuesto necesario para realizar las coberturas de prevención y diagnóstico utilizando tecnología de punta.
- Retos a futuro 2013 > Contar con centros de excelencia en la detección, tratamiento e información, con alta expectativa de competitividad.

Mortalidad por cáncer cérvico uterino.

La proyección sobre la mortalidad por cáncer cérvico uterino define que se alcanzará una tasa de mortalidad de 10.9 por cada 100,000 mujeres de 25 años y más.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Real	15.02	14.3	14	13.9	13.4	12.8	12.5

En lo que toca a la vacunación contra el virus del papiloma humano, existen algunas expectativas al respecto:

- < El costo de la vacuna ha disminuido de manera considerable por lo que se considera factible y sostenible su incorporación en el esquema básico
- < La vacunación es altamente costo efectiva
- < La universalización garantiza mayores y mejores coberturas
- < Las adolescentes de zonas urbano marginadas y rurales serán las más beneficiadas
- < Altas coberturas tendrán un impacto significativo en la reducción de la mortalidad por cáncer
- < En el grupo de adolescentes, las coberturas más altas se alcanzan con vacunación en escuelas

Para el 2011 se programó:

- < Incorporar en la tercera semana nacional de salud la vacunación vs VPH con recursos disponibles de acuerdo con la regionalización establecida para cada institución
- < Difusión extensa a las entidades federativas y a las instituciones del sector de la nueva política de vacunación

Inclusión en el esquema básico a partir del 1 de enero de 2012. Aunado a ello, para 2012 se pretende aplicar la vacuna contra el VPH:

- < En niñas entre los 9 y 12 años de edad. Formar un grupo de trabajo con las instituciones y servicios de salud estatales para decidir una sola cohorte a vacunar.

- ◁ Esquema extendido 0, 6 y 60 meses
- ◁ Estrategia de vacunación en escuelas y permanente en unidades de salud
- ◁ Modificación de las cartillas para que a partir de 2012 se incluya la vacunación contra VPH



Retos y oportunidades

Existen algunos retos y oportunidades que tendrán que ser superados para continuar con esta estrategia, entre ellos se cuenta:

- ◁ Es necesario informar tanto al personal de salud como a la población usuaria acerca de la infección por virus del papiloma humano y su relación directa con el desarrollo de lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino, ya que puede haber cierta resistencia en algunos sectores de la población si no se desmitifica la patología
- ◁ Difundir los beneficios de proporcionar vacunación contra VPH a mediano y largo plazo, con el reforzamiento de las acciones de detección temprana y tratamiento oportuno
- ◁ En México es una excelente oportunidad para la prevención de cáncer, sobre todo en niñas sin acceso regular a servicios de salud para la detección, seguimiento y tratamiento del cáncer cérvico uterino
- ◁ La vacunación de una cohorte de niñas independientemente de su condición de aseguramiento y nivel socioeconómico es una acción que favorece la equidad y la justicia social

Para mejorar el avance en la Estrategia de Prevención Integral del Cáncer Cérvico Uterino en los 125 Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano, es necesario atender algunos aspectos, tales como:

- ◁ Fortalecer la comunicación entre las áreas gerenciales para el cumplimiento de los acuerdos en tiempo y forma.
- ◁ Verificar la gestión a los niveles correspondientes presupuesto adicional para gasolinas, viáticos y transportes del personal de salud que acude a las jornadas.
- ◁ Garantizar la suficiencia de insumos para la detección, evaluación colposcópica y tratamiento.
- ◁ Diseñar un Programa de Supervisión in situ para verificar el desarrollo de las acciones en los municipios de menor Índice de Desarrollo Humano y retroalimentar a las entidades federativas.

- ◁ Dar seguimiento a los compromisos que establezcan las entidades federativas con los integrantes del sector público y social y municipal para el desarrollo de actividades de planeación ejecución y control que se acuerden.
- ◁ Continuar con la Coordinación establecida con los organismos no gubernamentales sumando esfuerzos para el seguimiento de mujeres con resultados positivos al tamizaje con prueba de papiloma virus.

PERSPECTIVAS

1. Con el seguimiento puntual a las intervenciones y los acuerdos establecidos para su cumplimiento, fue factible incidir en un incremento del seguimiento de pacientes.

2. Inclusión de otras cinco entidades federativas con municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano que no recibían apoyo adicional: Chihuahua, Hidalgo, Jalisco, México y Yucatán.

Estado	Municipios**
Chihuahua	8
Hidalgo	4
Jalisco	3
México	3
Yucatán	5
Subtotal	23

TOTAL	192
--------------	------------

IX.1.4 Actas de supervisión física y de evaluación de la ejecución del programa por personal técnico capacitado y autoridades competentes

Se realizaron supervisiones por parte de personal técnico capacitado adscritos a la Dirección de Cáncer en la Mujer, en éstas se identifica la problemática que presentan las entidades federativas respecto de las variables organizacionales que impiden generar una atención de calidad. El personal técnico del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva acude a supervisar in situ las acciones que están llevando a cabo las unidades médicas prestadoras de servicios de detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer cérvico uterino, en caso de identificar alguna desviación al modelo de atención se identifican las probables alternativas de solución y se asesora al personal estatal para resolver el problema, todas las supervisiones son documentadas en minutas de reuniones con autoridades estatales. El personal técnico del CNEGSR genera informes de supervisión y se remiten oficios de seguimiento de las acciones propuestas, a continuación se describen el número de supervisiones físicas realizadas por año y entidad federativa.

Año	Número de supervisiones	Entidades
2007	12	Zacatecas, Veracruz, Puebla, Yucatán, Chiapas, Baja California, Estado de México, Sonora, Sinaloa y Nuevo León

2008	23	Baja California Sur, Jalisco, Chiapas, Estado de México, Hidalgo, Puebla, Colima, Coahuila, Zacatecas, Morelos, Guerrero, Campeche, Chiapas, Durango, Tlaxcala, Oaxaca, Michoacán, Hidalgo, Quintana Roo, Nuevo León, Yucatán y Durango
2009	15	Durango, Guerrero, Nayarit, Morelos, Chiapas, Puebla, Chihuahua, Oaxaca, Chiapas, Tlaxcala, Coahuila, Zacatecas, Durango, Estado de México y Michoacán
2010	28	Sinaloa, Guanajuato, Veracruz, Guerrero, Chiapas, Estado de México, Oaxaca, Michoacán, Puebla, Durango, San Luis Potosí, Jalisco, Chihuahua, Morelos, Baja California, Sinaloa y Distrito Federal
2011	19	Morelos, Coahuila, Yucatán, Zacatecas, Michoacán, Guerrero, Estado de México, Morelos, Chihuahua, Chiapas, Veracruz, Guanajuato, Baja California, Nuevo León, Guerrero, Sonora, Puebla, Veracruz y Jalisco
2012	11	Distrito Federal, Aguascalientes, Baja California Sur, Nuevo León, Durango, Campeche, Morelos, Estado de México, Oaxaca, Hidalgo, del 8 al 10 de octubre.

Número de supervisiones realizadas por entidad federativa y año. 2007-2011

Entidad	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Baja California	1			1	1	3
Baja California Sur	1					1
Campeche		1				1
Coahuila		1	1	1		3
Colima		1				1
Chiapas	1	2	1	2	1	7
Chihuahua			2	1	1	4
Distrito Federal				1		1
Durango		3	1	1		5
Guanajuato			1	2	1	4
Guerrero		2		2	3	7
Hidalgo		2				2
Jalisco	1			1	1	3
México	1	1	1	3	2	8
Michoacán		1	1	1	1	4
Morelos		1	1	2	1	5
Nayarit		1				1
Nuevo León	1	1			1	3
Oaxaca		1	1	1		3
Puebla	1	1	1	3	1	7
Quintana Roo		1				1
San Luis Potosí				1		1
Sinaloa	1		1	1		3
Sonora	1				1	2
Tlaxcala		1	1			2
Veracruz	1		1	3	2	7
Yucatán	1	1		1		3
Zacatecas	1	1	1		2	5
Total	12	23	15	28	19	97

La periodicidad de las visitas a las entidades federativas depende de las necesidades de asesoría expresadas por los servicios de salud, así como del surgimiento de atención urgente de algunos aspectos técnicos, administrativos o gerenciales. Lo anterior ha generado que las entidades federativas con mayor número de supervisiones en el periodo son Chiapas, Guerrero y Puebla.

Informe sobre el avance y situación del Programa

Actualmente, el Programa de Acción Específico Cáncer Cérvico Uterino cuenta con recursos humanos, equipo e infraestructura suficientes para llevar a cabo las acciones necesarias que disminuyan la mortalidad por este cáncer. En recursos humanos se cuenta con el personal que indica el cuadro siguiente:

RECURSOS HUMANOS	
Citotecnólogos	→560
Citopatólogos	→125
Colposcopistas	→247
Médicos	→49,115
Enfermeras	→90,353

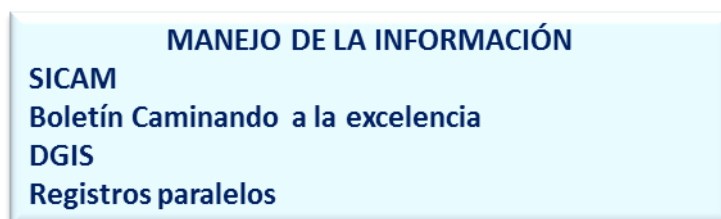
En infraestructura física, actualmente se cuenta con lo expuesto enseguida:

INFRAESTRUCTURA FÍSICA	
Laboratorio Citología	→113
Clínicas de Colposcopia	→182
Laboratorio patología	→32
Lab Biología Molecular	→13

De igual manera, el programa cuenta con el soporte legal y documental necesario para la aplicación de las estrategias y líneas de acción necesarias:

NORMATIVIDAD
<ul style="list-style-type: none">• NOM-014-ssa2-1994• Programa de Acción Específico 2007-2012• Manual : toma de la muestra, tinción e interpretación, Orientación Consejería, clínicas de colposcopia, supervisión, SICAM, laboratorios de patología, laboratorio de citología• Visitas de Supervisión<ul style="list-style-type: none">2007 - 37 visitas2008 - 44 visitas2009 - 31 visitas2010 - 45 visitas• Monitoreo y Evaluación

La información generada en los diferentes procesos del programa cuenta con registros que permiten conocer la magnitud y el desempeño del mismo:



Detección de citologías

En el trienio 2008-2010, la detección de lesiones cervicales a través de la citología exfoliativa ha presentado un desempeño con algunas áreas de oportunidad. En este periodo, la población blanco fue del orden de 13,510,144 mujeres de 25 a 64 años de edad, de éstas, la meta propuesta fue realizar el Papanicolaou en 7,335,523 mujeres, alcanzando un logro de la meta de 72.9%, es decir, se realizaron 5,344,013 citologías. En el grupo de 25 a 34 años, la población blanco fue de 5,132,224 mujeres, alcanzando un logro de 44.5% de la meta, es decir, se realizaron 2,285,250 detecciones. El índice de anormalidad en estas detecciones fue de 3.5%, es decir, se detectaron 191,643 Papanicolaou anormales. Del total de Papanicolaou anormales, 117,541 mujeres acudieron a revisión por colposcopia, es decir, el 61.3%. De éstas últimas, se realizó la toma de biopsia a 57,542 mujeres, obteniendo un diagnóstico de lesión por colposcopia en 28,195 mujeres. Este desempeño nos da la oportunidad de identificar la necesidad en los próximos años de mejorar la cobertura de detección, el aseguramiento de que las mujeres diagnosticadas con alguna lesión sean atendidas para verificar el diagnóstico, y capacitar a los colposcopistas con la finalidad de mejorar la relación colpo-histológica.

Detección de Virus del Papiloma Humano

En relación a la detección del Virus del Papiloma Humano a través de la estrategia de captura de híbridos ha presentado un avance considerable, actualmente se cuenta con 13 Laboratorios de Biología Molecular para el análisis de captura de híbridos calibrados con trazabilidad al Sistema Internacional (EC IVDD) en Campeche, Guerrero, Michoacán, Puebla, Veracruz, Distrito federal, Guanajuato, Jalisco, México, Nuevo León, Oaxaca y Sinaloa, los cuales realizaron pruebas a 838,816 mujeres en 2010. Desde 2009, los laboratorios de biología molecular han procesado 1,938,447 pruebas a igual número de mujeres para la detección del VPH.

Laboratorio	Pruebas Procesadas
Sonora	17,264
Estado de México	49,728
Sinaloa	69,783
Nuevo León	95,697
Distrito Federal	88,952
Guanajuato	129,534
Jalisco	170,667
Oaxaca	169,774
Veracruz	177,558
Michoacán	230,406
Campeche	229,564
Guerrero	241,937
Puebla	267,583
NACIONAL	1,938,447

En este periodo, la población a tamizar sumaba 8,690,333 mujeres de 35 a 64 años de edad, de éstas, la meta fue tamizar con esta prueba a 3,754,619 mujeres, alcanzando un logro de la meta de 40%, es decir, se lograron tamizar 1,580,586 mujeres. Del total de mujeres tamizadas, 124,780 resultaron con positividad a la prueba, es decir 7.9%. El porcentaje de positividad varía entre las diferentes entidades federativas desde 17% en Sinaloa hasta 6.4% en Jalisco.

Del total de mujeres cuya prueba resultó positiva a VPH, 16,763 mujeres acudieron a la toma de Papanicolaou complementario, es decir, 13.4%, de éstas, 5,591 mujeres resultaron con Papanicolaou anormal (33%). Del total de mujeres positivas al segundo Papanicolaou, 3,898 mujeres acudieron a colposcopia (69.7%). 1,028 mujeres fueron confirmadas con lesión a través de histología, con una correlación colposcópica-histológica de 26.4%. 678 mujeres (65.9%) presentaron lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG), 338 mujeres (32.9%) presentaron lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG) y 12 mujeres (1.2%) presentaron cáncer invasor.

Dentro del Programa de Acción Específico Cáncer Cérvico Uterino se incluyó una acción específica para aplicar la detección oportuna de este padecimiento en las mujeres que viven en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH), contando con una meta de 276,957 mujeres, de las cuales, 195,374 acudieron a tomarse la prueba, con un logro de 70.5% de la meta. De éstas mujeres, 13,227 resultaron positivas (7.6%). 6,658 mujeres acudieron a colposcopia (50.3%). Se confirmaron 1,090 mujeres con lesiones cervicales, 817 (74.9%) con LIEBG, 355 (32.6%) con LIEAG y 61 (5.6%) con cáncer invasor. De las mujeres con LIEAG, 627 recibieron tratamiento (57.5%) y de aquellas con cáncer invasor 51 (83%) también recibieron tratamiento.

Estos resultados del desempeño en el proceso de atención señalan la necesidad de mejorar en la cobertura de detección, el aseguramiento para que las mujeres con resultados positivos a la prueba de tamizaje reciban la atención que confirme el diagnóstico y el tratamiento, la congruencia colposcópica-histológica, favorecer el apego a guías clínicas y mejorar el registro electrónico de las actividades realizadas.

IX.2 Resultados obtenidos y beneficios proporcionados a la población objetivo, en cuanto a los objetivos, compromisos y servicios prestados

El cáncer cérvico uterino continúa presentando una disminución en la mortalidad, durante 2008 y 2009 se mantuvo en los mismos niveles de 14 defunciones por cada 100,000 mujeres de 25 a 64 años, sin embargo, para 2010 la mortalidad disminuyó a 13.1.

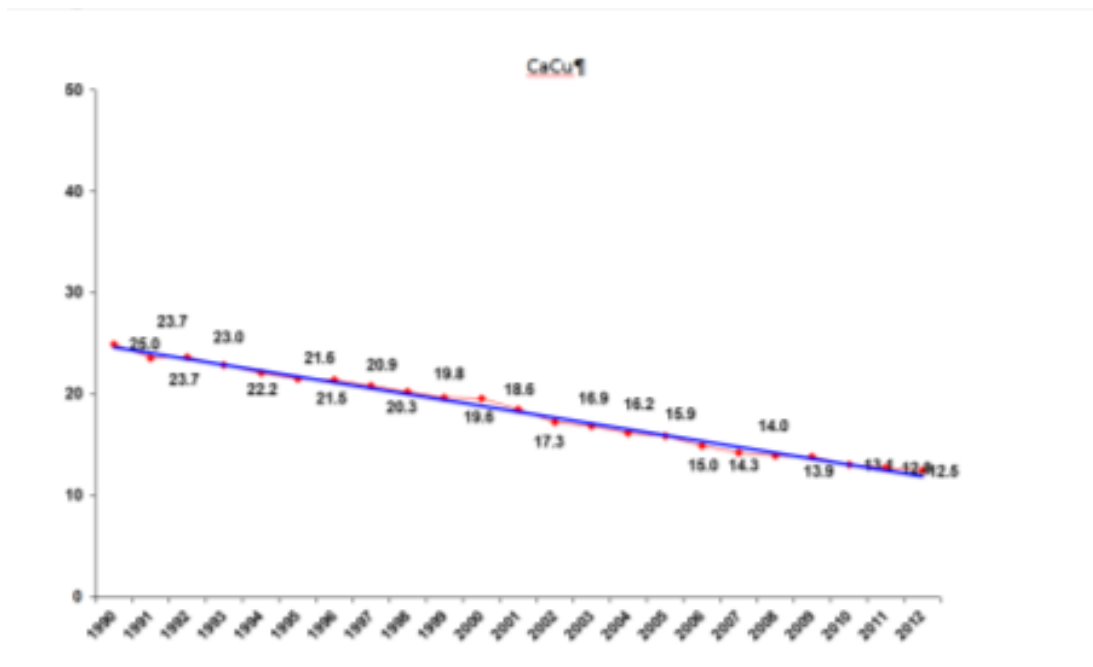
Mortalidad por cáncer cérvico uterino

La mortalidad por cáncer cérvico uterino ha presentado una tendencia descendente al pasar de 15.0 en 2006 a 13.5 en 2010, al finalizar el 2011 la tasa de mortalidad fue de 12.8.

Basal 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
15.0	14.3	14	13.9	13.5	12.8	12.5

Fuente: DGIS/SSA

Tendencia nacional de tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino, 1990-2010**

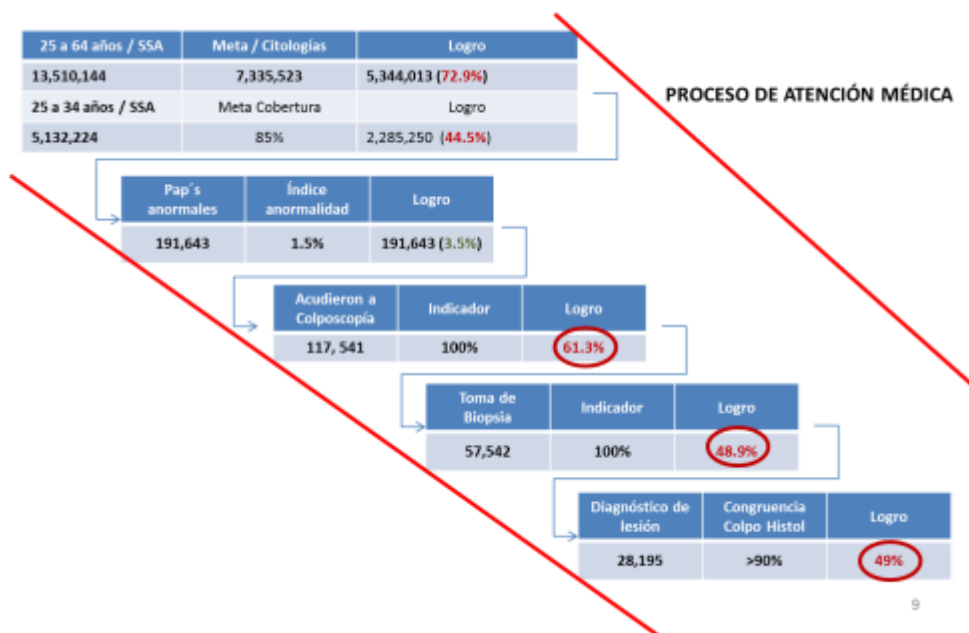


* Tasa por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad

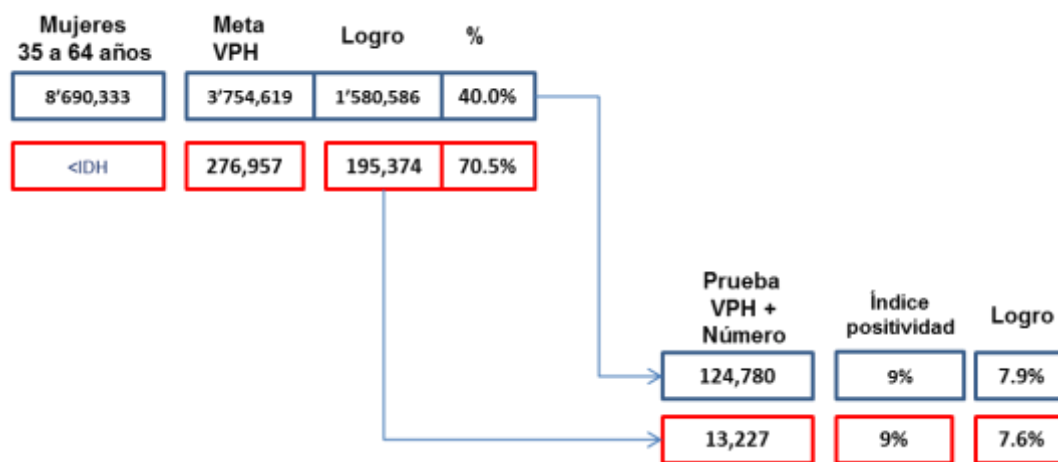
Fuente: INEGI /SINAIS, 2011 y 2012 Cifras estimadas

El resultado del proceso de atención médica ha significado la realización de 5,344,013 citologías en mujeres de 25 a 64 años y 2,285,250 en mujeres de 25 a 34 años, lo que resulta en un logro de 72.9% y 44.5% respectivamente. Así mismo, se han detectado como positivas 191,643 mujeres, de éstas, 117,541 acudieron a colposcopia, lo que significa que 61.3% de las mujeres positivas a la citología recibieron

confirmación diagnóstica para resultar que a 57,542 mujeres se les realizó biopsia y de éstas 28,195 mujeres fueron confirmadas con lesiones.



Con la introducción de la nueva tecnología basada en la detección de la infección por el virus del papiloma humano se mejoró la prevención del cáncer en etapas avanzadas, en esta estrategia se incluyeron dos líneas de acción, la primera se basa en la población del país de mujeres de 35 a 64 años de edad, en las cuales se ha logrado tamizar a 1,580,586 mujeres y la otra es en los municipios con el menor índice de desarrollo humano, en donde se han tamizado a 195,374 mujeres, significando 40% y 70.5% del logro de la meta respectivamente. El índice de positividad es de 7.9% y 7.6% respectivamente, es decir, se identificaron a 138,007 mujeres con infección por virus del papiloma humano.



IX.3 Resultados de los acuerdos adoptados durante el desarrollo del Programa por parte del titular de la dependencia

ACUERDOS GENERADOS EN LAS REUNIONES DEL COMITÉ NACIONAL DE CÁNCER EN LA MUJER	AVANCE
Los miembros titulares del Comité Nacional de Cáncer en la Mujer nombrarán sólo un suplente	VIGENTE
Cualquier nuevo producto, para la prevención primaria, tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer de la mujer será sometido ante este comité	En el periodo no se presentaron propuestas de incorporación para nuevos productos de prevención, diagnóstico y tratamiento
<p>Integrar en el subcomité de cáncer cérvico uterino, un grupo de trabajo para analizar:</p> <p>La formación de recursos humanos en colposcopia</p> <p>a) El control de calidad en las clínicas de colposcopia</p> <p>b) La calificación de los médicos colposcopistas.</p>	Desde 2009 se trabajó en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública en el diseño e instrumentación de la calificación para médicos colposcopistas, con el cual se han evaluado en total a 213 médicos de los cuales aprobaron 154, es decir el 72.3%. Este proceso continuará desarrollándose, hasta la calificación del 100 de los colposcopistas con lo cual se considera cumplido este acuerdo.
Dar seguimiento puntual sobre los Centros Oncológicos acreditados, la firma de convenios con el FPcGC y la transferencia de fondos para la atención de mujeres sin seguridad social que presentan cáncer invasor.	Desde 2005 se ha dado seguimiento a operación del FPcGC en coordinación con el Seguro Popular y mediante la contratación de personal específico para la Atención Integral del Cáncer de la Mujer (AICAMU).
Se aprueba por mayoría de votos, la propuesta para llevar a cabo las semanas de prevención integral del cáncer cérvico uterino en los municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), que incluyen la vacunación en adolescentes y la prueba de VPH en mujeres de 35 a 64 años.	Según los datos institucionales presentados en la Reunión del CONAVA(23-XI-2010) por parte de los Servicios Estatales de salud se aplicaron en los 125 municipios con menor índice de desarrollo durante 2008-09, 74,334 esquemas completos en mujeres adolescentes de 12 a 16 años de edad, (90%); igualmente se han completado 107,882 esquemas de dos dosis en niñas de 9 a 12 años (78.8 %) en 192 municipios (125 ampliado) en el periodo 09-10, 79%. Por último en la tercera Semana Nacional de Salud 2010, se aplicó la primera dosis en las niñas que están cumpliendo 9 años de edad, en los 125 municipios y 282 (en espera de información). Referente a la prueba de VPH se han realizado 160,305 detecciones en mujeres de 35 a 64 años de edad, lo que equivale a 76.3%
Se aprueba realizar todos los trámites y procedimientos necesarios coordinados por el INCAN para avanzar en la creación del Consejo Nacional del Cáncer y la elaboración del Programa Nacional del Control del Cáncer de manera incluyente e interinstitucional.	Acuerdo en revisión por la Dirección General de Asuntos Jurídicos.
En la próxima reunión se presentarán resultados del proyecto de detección del VPH-Pap del IMSS y del proyecto piloto de detección primaria con VPH en Morelos.	Se presentaron los resultados finales del proyecto de detección del VPH-Pap en el IMSS, en reunión pasada. En proceso de envío el artículo sobre el proyecto piloto de VPH en el Estado de Morelos.
Las guías oncológicas que se elaboren en el marco del Programa Nacional del Cáncer deberán incluir estudios de costo-efectividad del tratamiento, especialmente de fármacos (costo por año de vida ganado) y estudios de gestión de casos.	No se ha recibido por parte del CENETC solicitud de apoyo para elaboración de nuevas guías de práctica clínica. Permanece vigente
Se enviará el formato de registro de información de mastografías a los Institutos Nacionales de Salud, hospitales federales, MEXFAM y a quien lo solicite, y se establecerá la coordinación para la capacitación e integración al SICAM.	Se envió el formato a las entidades, Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales y Organismos de la Sociedad Civil.

ACUERDOS GENERADOS EN LAS REUNIONES DEL COMITÉ NACIONAL DE CÁNCER EN LA MUJER	AVANCE
---	--------

<p>Avanzar en la integración de un sistema único de información que registre las mastografías y variables que puedan monitorear la calidad.</p>	<p>Se recibió la solicitud del ISSSTE para la integración al SICAM de las citologías y mastografías que se realizan en la institución, por lo que actualmente se realizan los trabajos para que en breve se inicie la captura en el Sistema. Se realizará el rediseño del sistema, enfatizando la definición de las variables mínimas necesarias y la interoperación con sistemas ya establecidos para avanzar en la integración de un sistema único.</p>
<p>Se establecen las prioridades de trabajo conjunto interinstitucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campañas de promoción conjuntas en medios masivos • Campañas intensivas de comunicación social en marzo, abril, septiembre y octubre • Detección de virus del papiloma humano • Centros de lectura para la interpretación de mastografías • Capacitación y calificación del personal • Red de servicios de salud para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama • Investigación conjunta. <p>Posteriormente se elaborará un programa con responsables y fechas de cumplimiento.</p>	<p>El punto de mayor avance es la realización de campañas intensivas en el mes de abril y octubre para cáncer de mama y en marzo para cáncer cérvico uterino en las 32 entidades, en coordinación con otras instituciones y con organismos de la sociedad civil.</p> <p>Se cuenta con el programa interinstitucional con responsables y fechas de cumplimiento para los puntos sobre:</p> <p>Detección de virus del papiloma humano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centros de lectura para la interpretación de mastografías • Capacitación y calificación del personal • Red de servicios de salud para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama • Investigación conjunta.
<p>Se deberá avanzar en la creación de registros regionales de base poblacional, para lo cual, la Dirección General de Epidemiología deberá reunirse con los responsables de registros regionales existentes (Jalisco, Nuevo León y Sinaloa), así como de entidades e instituciones interesadas (ISSSTE), con la finalidad de brindar asesoría y establecer un plan de trabajo para mejorar los procesos existentes.</p> <p>Por otro lado, se continuará trabajando en la mejora y modernización del RHNIM.</p>	<p>El Dr. Hugo López-Gatell informará en la Segunda Reunión Ordinaria del Comité 2011, sobre el avance, en el turno que corresponde al acuerdo.</p>
<p>Establecer coordinación entre el CENETEC y el CNEGySR para el trabajo conjunto en el proceso de desarrollo y validación de guías de práctica clínica en cáncer de la mujer. Así mismo, incorporar a miembros de este Comité para la aprobación de las mismas.</p>	<p>Se ha participado en el Grupo estratégico de trabajo sectorial para la difusión, capacitación implantación y seguimiento de las Guías de Práctica Clínica, la última el día 8 de Oct. 2010</p>
<p>En cuanto se publique el resultado de la prueba piloto de detección con VPH en el Estado de Morelos, será enviado a todos los miembros del comité.</p>	<p>Se espera publicación, queda pendiente</p>
<p>Conformar un grupo de trabajo interinstitucional para dar una visión integral del cáncer en la mujer que incluya además del FPcGC, el manejo en el CAUSES y el ejercicio del recurso del anexo 4 para el seguimiento al diagnóstico y tratamiento de las mujeres con cáncer cérvico uterino y mamario.</p>	<p>Pendiente posterior a la reunión del subcomité de finanzas</p>
<p>Incluir a otras instituciones en la metodología para calificar a anatomopatólogos, radiólogos y colposcopistas</p>	<p>Se cuenta con los instrumentos de evaluación en los procesos de calificación de los anatomopatólogos, radiólogos y colposcopistas, los cuales se ponen a disposición de las instituciones.</p>

IX.4 Informe presupuestal, contable y de resultados, con motivo de la aplicación de los recursos y conclusión del Programa

Para el ciclo que se reporta en este documento, se autorizó inicialmente un presupuesto por 1, 967, 891,163.00 (Mil novecientos sesenta y siete millones, ochocientos noventa y un mil ciento sesenta y tres pesos 00/100 M.N.) para acciones de ejecución del Programa de Acción de Cáncer Cérvico Uterino, mismo que sufrió modificaciones hasta llegar a un presupuesto modificado de 1, 946, 632,906.66 (Mil novecientos cuarenta y seis millones, seiscientos treinta y dos mil novecientos seis pesos 66/100 M.N.).

Es importante mencionar que de 2007 a 2011, el presupuesto modificado fue ejecutado en su totalidad, y que para el 31 de agosto de 2012 se había ejercido el 77 por ciento del presupuesto modificado de este ejercicio fiscal. Durante los ejercicios fiscales 2007 y 2008, el presupuesto asignado para este Programa de Acción era compartido con el de Cáncer de Mama, es hasta 2009 que se separó la asignación de éste.

El establecimiento de este presupuesto permitió la realización de resultados y beneficios mencionados a lo largo del capítulo IX.



X.

Informe final del servidor público de la dependencia o entidad, responsable de la ejecución del programa, proyecto o asunto

X.1 Situación actual del Programa/Proyecto

El Programa de Acción Específico Cáncer Cérvico Uterino es de aplicación permanente a nivel nacional en el Sector y lleva a cabo acciones que han demostrado su efectividad:

- ◁ Vacunación contra el VPH
 - Antes de iniciar vida sexual, 9 años de edad
- ◁ Mujeres de 25 a 34 años
 - Dos citologías anuales, si son negativas, espaciar cada 3 años
- ◁ Mujeres de 35 a 64 años
 - Prueba de papiloma virus, si es negativa, espaciar cada 5 años
- ◁ Mujeres de 65 y más años sin antecedentes de detección
 - Prueba de papiloma y citología, si son negativas, dar de alta de la detección

Las estrategias en las cuales están apoyadas las acciones comentadas son:

- ◁ Campañas educativas para elevar la demanda de la detección
- ◁ Mejorar la cobertura y calidad de las acciones de prevención y detección, principalmente en áreas marginadas
- ◁ Instrumentar de manera gradual la detección a través de la prueba de VPH
- ◁ Impulsar la formación y capacitación continua del personal
- ◁ Promover la gestión adecuada de infraestructura física, equipo y personal
- ◁ Fomentar el acceso, utilización y provisión del diagnóstico y tratamiento, así como la gratuidad de la atención en mujeres sin seguridad social
- ◁ Unificar las acciones a través del consenso y la coordinación permanente con las instituciones del Sistema Nacional de Salud, y con las organizaciones médicas y de la sociedad
- ◁ Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de detección y atención para la mejora continua y la rendición de cuentas

Existen áreas de oportunidad identificadas, las cuales deberán atenderse para permitir que las acciones propuestas tengan una mejor efectividad:

- ◁ Elevadas tasas de mortalidad por cáncer cérvico uterino
- ◁ Baja cobertura en áreas rurales y urbano marginadas
- ◁ Deficiente obtención de la muestra de citología
- ◁ Elevado índice de resultados falsos negativos de citología
- ◁ Fallas en el seguimiento de la paciente
- ◁ Insuficiente control de calidad en colposcopia con sobre-tratamiento
- ◁ Problemas en el diagnóstico histopatológico

Las acciones relevantes que han permitido contar con resultados favorables para la detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados del cáncer cérvico uterino son:

- < Una sola detección con la prueba del papiloma virus puede disminuir la mortalidad en ocho años hasta en 50.7% vs. un 16.7% con citología.
- < En México con la técnica de la auto-toma de esta prueba se detectaron 15.9 lesiones de alto grado o mayores por cada 1000 mujeres detectadas en comparación con la citología (6.7 por cada 1000 mujeres)
- < Incrementa rápidamente las coberturas de detección, aún en zonas marginadas y ha sido ampliamente aceptada por la población

La infraestructura instalada para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer cérvico uterino es suficiente en el país:

Clínicas de colposcopia En la SSA:

- < 182 Clínicas de colposcopia y
- < 247 colposcopistas c/ colposcopio
- < Capacidad instalada para realizar > 1,000,000 de exámenes colposcópicos al año.

Clínicas de Colposcopia



Productividad en las Clínicas de Colposcopia

Consultas Otorgadas	2010
Primera Vez	6,168
Subsecuentes	185,291
TOTAL	191,459

- < En 2010 se atendieron 275.7 pacientes de primera vez por día en las clínicas de colposcopia, 1.5 por clínica

- ◁ Índice de consultas de primera vez y subsecuentes 1/30

Un aspecto importante es el estigma que significa la identificación de infección por virus del papiloma humano, esto ha condicionado diversos problemas sociales y familiares, por ello, el personal de salud debe estar lo suficientemente capacitado y sensibilizado para otorgar la información adecuada a la usuaria y a la pareja, si existe, cuando la prueba resulta positiva:

- ◁ Educación sobre la importancia del VPH, objetiva, sin prejuicios y sin mitos
- ◁ VPH NO es igual a cáncer
- ◁ Infección por VPH asintomática NO requiere tratamiento
- ◁ Indispensable para disminuir la angustia y la demanda de tratamiento innecesario

X.1.1 Evaluación concreta de resultados al 31 de octubre de 2012

Se espera que la mortalidad por cáncer cérvico uterino continúe disminuyendo, al mes de octubre esperamos que se presente una tasa de mortalidad de 9.3 por 100,000 mujeres de 25 a 64 años.

Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino 2007-2011

Basal 2006	2007	2008	2009	2010 e/	2011 p/
15.0	14.3	14	13.9	13.5	11.5

Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino por trimestre 2011

Indicador/unidad de medida	2011	Enero-marzo	Abril-junio	Julio-septiembre
Mortalidad	12.7	3.1	6.2	9.3

La cobertura de Vacunación contra la infección por virus del papiloma humano en niñas de 283 municipios con menor índice de desarrollo fue de 90% en el esquema completo durante 2008-2009; si bien la Estrategia planteada originalmente para atender sólo a los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano, las entidades federativas aplicaron en municipios de acuerdo a sus características y dinámicas poblacionales, sociales y culturales. En 2009-2010, se logró la cobertura de 86% con la segunda dosis a niñas de 9 a 12 años y de 65.8% en niñas de 9 años en 2010-2011 con la primera dosis.

Se ha alcanzado 65% en el tamizaje para mujeres de entre 25 y 64 años de edad a través de la prueba de VPH por captura de híbridos y citología. 59,694 mujeres fueron diagnosticadas con infección por VPH.

12,515,063 mujeres mexicanas han sido beneficiadas con detecciones oportunas en la Secretaría de Salud. En 2010 se realizaron 2,342,220 citologías para la detección de cáncer cérvico uterino. Se detectaron y atendieron 5,033 mujeres con cáncer cérvico uterino.

X.1.2 Evaluación concreta de resultados al 30 de noviembre de 2012

Durante los meses de octubre y noviembre se desarrollan, principalmente en las entidades federativas, campañas intensivas de detección, diagnóstico y tratamiento.

Se participa activamente en campañas de concientización, información y promoción de los servicios de cáncer en general y cérvico uterino en particular.

Se continúa con las actividades de supervisión y asesoría técnica a las entidades federativas; así como con las de capacitación en servicio y a distancia, particularmente con las y los colposcopistas, citólogos y patólogos.

La vacuna contra la infección por VPH se ha universalizado y se ha programado vacunar al 100% de las niñas que cursen el 5° grado de educación primaria o que cuenten con 11 años de edad, si no están inscritas en el sistema escolarizado.

X.1.3 Proyección de conclusión al 31 de diciembre del 2012

El programa de acción específico cáncer cérvico uterino ha definido las acciones que deberán concluirse a finales de 2012, entre éstas acciones se encuentran:

- ◁ Prevención primaria a través de la vacuna contra la infección por Virus del Papiloma Humano a todas las niñas de 9 años y de 9 a 12 años en los municipios con menor desarrollo humano.
- ◁ Detección a través de la prueba de captura de híbridos de VPH con 19 laboratorios regionales. Utilización de la tecnología más reciente para la prevención del CaCu
- ◁ Centros de excelencia en los procesos de detección y tratamiento
- ◁ Personal capacitado y acreditado en su especialidad

Para tal efecto se están llevando a cabo las evaluaciones en el desempeño del programa con la finalidad de detectar las áreas de oportunidad y su posterior aplicación de medidas correctivas.

X.2 Sustentabilidad 2030

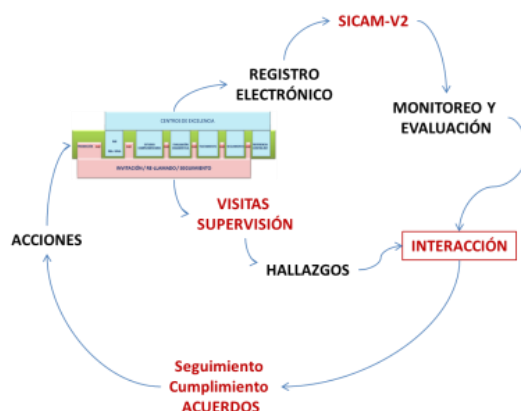
El Cáncer Cérvico uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en México. Del 2006 al 2010 ocurrieron 20,304 defunciones por este cáncer, en 2010 ocurrieron 4,025 defunciones con una tasa de mortalidad de 13.1 defunciones por cada 100,00 mujeres de 25 a 64 años. Existe una reducción en la mortalidad por este cáncer, sin embargo, esa disminución no es suficiente.

- ◁ El 80% de las defunciones por esta causa son prevenibles.
- ◁ En México, se han implementado estrategias que buscan prevenir con mayor celeridad esas defunciones, éstas son estrategias innovadoras en donde se ha aplicado la tecnología más reciente en la lucha contra este cáncer, haciendo de México un país vanguardista en la generación de políticas públicas a nivel nacional

- ◁ La aplicación de la prueba para la detección del virus del papiloma humano y la aplicación de la vacuna contra este virus son una muestra clara del aprovechamiento de la tecnología en beneficio de las mujeres.
- ◁ Se deberá continuar con las estrategias implementadas como la prevención primaria en niñas a través de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), el tamizaje a través de la citología y captura de híbridos del VPH
- ◁ Es indispensable el aseguramiento de la calidad de la atención en todo el proceso de tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de mujeres con alteraciones citológicas o cáncer de cérvix.
- ◁ La detección a través del tamizaje con la prueba de VPH a partir de la captura de híbridos, ha demostrado una sensibilidad de 95% con la que se puede identificar a la población en riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino y concentrar los recursos de la citología, que hoy por hoy es nuestro estándar de oro. De tal suerte que al obtener un resultado de la prueba de captura de híbridos negativo a infección por el VPH, la mujer deberá ser sometida a una nueva prueba de captura de híbridos cinco años después, comprobando su costo-efectividad.
- ◁ Aproximadamente 146,000 mujeres han obtenido un resultado positivo a la prueba del papiloma virus, lo que equivale a cerca del 10% de las pruebas realizadas, correspondiendo al estándar esperado
- ◁ La identificación temprana de lesiones precursoras, permitirá dar tratamiento oportuno y de esta manera disminuir la morbilidad (frecuencia de casos) y mortalidad por esta causa.
- ◁ Referente a la vacuna contra el VPH, existen dos vacunas en el mercado, ambas vacunas son muy efectivas en la prevención de infecciones persistentes por los tipos 16 y 18 de VPH, dos de los VPH de alto riesgo que causan la mayoría (70%) de los cánceres de cuello uterino.
- ◁ Además, hay datos iniciales que sugieren que una de las vacunas protege parcialmente contra algunos otros tipos de VPH que pueden causar cáncer. El impacto con la estrategia de vacunación contra el VPH tendrá visibilidad cuando las niñas vacunadas se encuentren en los grupos de edad de riesgo para CaCu, ese impacto será la disminución de hasta el 70% de los casos de cáncer cérvico uterino, para ello, tenemos que asegurar que todas las niñas sean vacunadas año tras año.
- ◁ Hasta este momento, se han vacunado 287,061 niñas de los municipios con el menor índice de desarrollo humano, sin embargo, para el 2011 se tiene planeado vacunar a 433,599 niñas de 9 años de todo el país, cifra que será similar para 2012.
- ◁ Del 2008 al 2010 se han realizado 5,344,013 pruebas de citología, significando una cobertura de 72.9% en el grupo de 25 a 64 años de edad, el impacto que tiene esta estrategia es que de cada 1,000 mujeres con citología cervical o Papanicolaou, se pueden identificar hasta cuatro mujeres con alteraciones, es decir, estaríamos previniendo cuatro casos de cáncer cérvico uterino por cada 1,000 mujeres a las que se realiza esta prueba. En cuanto a la prueba para la detección del VPH, se han realizado 1,938,447 pruebas entre 2009 y 2010, el impacto de esta estrategia es que tiene una mayor sensibilidad para identificar mujeres con infección por virus del papiloma humano hasta en 20 mujeres de cada 1,000 que se realizan la prueba.
- ◁ Ambas estrategias combinadas, esto es, la vacunación y el tamizaje con prueba de VPH, tienen una efectividad superior y el impacto esperado es que disminuya la mortalidad por cáncer cérvico uterino en los años siguientes.

Red de Competitividad

La propuesta es construir una Red de Competitividad que asegure la calidad en la atención, fortalezca el proceso de atención y la efectividad del programa, todo lo anterior apoyado por el nuevo sistema de información de cáncer en la mujer que se pretende re-construir y que permita un acceso a la información en forma ágil, oportuna y veraz. La interacción de los recursos humanos con el sistema del conocimiento permitirá fortalecer el reconocimiento al esfuerzo profesional del personal de salud y permitirá compartir la experiencia de la mejor práctica clínica operativa, el modelo sugerido es el siguiente:



Los recursos clave para lograr lo anterior son además de humanos, financieros y materiales:



X.3 Asuntos relevantes pendientes

Existen algunas actividades pendientes que se continuarán en el transcurso de este mismo año, por ejemplo está la Inclusión de la vacuna contra el VPH en el esquema básico de inmunizaciones, para tal efecto deberán observarse algunas consideraciones especiales:

- < Adquisición de vacuna contra VPH en un esquema universal
- < El costo de la vacuna ha disminuido de manera considerable por lo que se considera factible y sostenible su incorporación en el esquema básico
- < La vacunación es altamente costo efectiva
- < La universalización garantiza mayores y mejores coberturas
- < Las adolescentes de zonas urbano marginadas y rurales serán las más beneficiadas

- ◁ Altas coberturas tendrán un impacto significativo en la reducción de la mortalidad por cáncer
- ◁ En adolescentes las coberturas más altas se alcanzan con vacunación en escuelas

Propuesta de Política de Vacunación contra el VPH

Inclusión en el esquema básico a partir del 1 de enero de 2012

- ◁ En niñas entre los 9 y 12 años de edad. Formar un grupo de trabajo con las instituciones y servicios de salud estatales para decidir una sola cohorte a vacunar.
- ◁ Esquema extendido 0, 6 y 60 meses
- ◁ Estrategia de vacunación en escuelas y permanente en unidades de salud
- ◁ Modificación de las cartillas para que a partir de 2012 se incluya la vacunación contra VPH

Para el resto de 2012

- ◁ Incorporar en la tercera semana nacional de salud la vacunación vs. VPH con recursos disponibles de acuerdo con la regionalización establecida para cada institución
- ◁ Difusión extensa a las entidades federativas y a las instituciones del sector de la nueva política de vacunación
- ◁ La eficacia en el programa debe asegurarse, no basta con incrementar la cobertura de Papanicolaou o de detección de Virus del papiloma Humano a través de la captura de híbridos del ADN
- ◁ Es necesario asegurar que las mujeres que hayan sido detectadas con alguna alteración cervical reciban la atención para la confirmación diagnóstica y el tratamiento, es decir, que acudan a citología complementaria y a colposcopia
- ◁ Se propone que en esta actividad estratégica se incluya la contratación del personal suficiente para la detección, diagnóstico y tratamiento, así como un personal especial para dar el seguimiento a aquellas mujeres que hayan sido identificadas con alteraciones para proponer una cita para su seguimiento, así como el control de la agenda de las citas de consulta diagnóstica y tratamiento
- ◁ De la misma manera, se incluye la supervisión de este nivel federal a las clínicas de colposcopia y centros oncológicos en los estados para verificar el funcionamiento del equipo médico así como de la continuidad en el proceso de atención
- ◁ Deberá asegurarse el funcionamiento del equipo médico, informático, instrumental y los elementos necesarios para la búsqueda y traslado de mujeres a los centros de atención.
- ◁ De igual manera, es necesario difundir la normatividad para la atención a las pacientes desde el tamizaje hasta el tratamiento y seguimiento a través de los lineamientos, manuales, guías y la Norma Oficial Mexicana O14.
- ◁ Se incluirá en esta estrategia, la evaluación externa del programa, siendo necesaria la identificación de los factores asociados a las fallas en el proceso de atención médica por parte de evaluadores externos a la Secretaría de Salud, con ello, se asegura una evaluación sin sesgos, imparcial y crítica.
- ◁ Las actividades y acciones a favor de la reducción de la mortalidad por cáncer cérvico uterino obedecen al análisis de las condiciones y factores asociados a dicha enfermedad, a su distribución en la población y en el país, este análisis se debe realizar a través de la obtención de datos que deben ser

colectados en forma veraz y oportuna por medio de un sistema de registro con características especiales.

- < La presente actividad estratégica permitirá contar con ese sistema de registro necesario para la obtención de información que sirva para una mejor toma de decisiones. Dicha actividad incluye la mejora de la versión 1 del SICAM así como su mantenimiento, soporte y actualización.
- < Actualmente este sistema funciona al 70%, lo que significa que no es de utilidad para la toma de decisiones ni para la evaluación del programa, incluye la captura y análisis de 800 variables y que favorecen el incumplimiento en el llenado completo y correcto de la totalidad de las variables, generando información errónea.
- < La transformación del sistema informático en un sistema de administración de la información y del conocimiento, incluye la disminución a 50 variables mínimas que permitan agilizar la captura, análisis y obtener información completa, veraz y oportuna que apoye la toma de decisiones desde las unidades médicas hasta el nivel federal.
- < Los virus del papiloma humano (VPH), o papilomavirus, son un grupo de más de 100 virus relacionados, algunos de ellos, como los tipos 16 y 18, se encuentran fuertemente asociados al cáncer de cérvix
- < La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) ha aprobado dos vacunas para prevenir la infección por VPH: Gardasil® y Cervarix®.
- < Ambas vacunas son muy efectivas en la prevención de infecciones persistentes por los tipos 16 y 18 de VPH.
- < En el mes de noviembre de 2008 inició la vacunación contra la infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo oncogénico en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano para niñas de 12 a 16 años de edad.
- < En 2009, concluye la vacunación con el esquema de tres dosis sugerido por los laboratorios (0 meses, a los 2 meses y a los seis meses), vacunando al 90% de las niñas de 12 a 16 años de edad programadas. A final de año, se inició la aplicación a las niñas de 9 a 12 años de edad con el esquema modificado (0, 6, 60 meses)
- < Para 2010 se vacunaron 86,379 niñas de 9 años con un logro de la meta propuesta para ese año de 76.8%.
- < En total, de enero de 2009 a agosto de 2010 aplicaron 697,498 vacunas contra el VPH.
- < A partir del año 2011, se programó vacunar a la totalidad de niñas de 9 años de edad. La aplicación operativa de la vacuna pasó a ser responsabilidad del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA).
- < Para 2012, se aplicarán 677,108 dosis a niñas de 5º año de primaria, con lo que a futuro, se podría tener una generación sin cáncer cérvico uterino causado por los genotipos de virus 16 y 18.
- < A partir del 03 de octubre de 2012, la vacuna contra la infección por VPH tiene carácter universal con su inclusión en la Cartilla Nacional de Salud
- < Uno de los problemas que agravan la calidad de la atención médica es la falta de personal capacitado y sensibilizado en las clínicas de colposcopia, Centros de Lectura, laboratorios de biología molecular, centros oncológicos, hospitales y laboratorios de patología a través de la capacitación, certificación de

los profesionales de la salud a través de los organismos oficiales, reconocimiento a la profesionalización y desempeño.

- < Con esto, se pretende dar la cobertura necesaria a las necesidades de detección de lesiones intraepiteliales de alto grado y cáncer cérvico uterino en la población femenina.
- < Es necesario mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer cérvico uterino, a través de la formación y la capacitación continua del personal de salud. Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino y crear un sistema de estímulos al desempeño para evitar que el personal de salud renuncie a las unidades de detección, diagnóstico y tratamiento y se tenga que reinvertir en nuevo personal no capacitado.
- < Parte del proceso de la administración pública, se encuentra el análisis de la efectividad de las acciones implementadas, esto sustenta la re-direccionalidad de dichas acciones con la finalidad de eliminar las malas prácticas y favorecer aquellas acciones que conduzcan a una reducción efectiva en la mortalidad por cáncer cérvico uterino.
- < Es necesario comprobar la utilidad del programa a través de la evaluación, para servir de base para el mejoramiento continuo, promover procesos de aprendizaje colectivo e individual sobre lo que se hace y cómo se hace y comprender los límites y aciertos del programa.
- < Esta estrategia incluirá reuniones de compartición intelectual, en donde las entidades que han logrado realizar acciones efectivas compartan ese capital intelectual con el resto de las entidades para conocer la forma en que pueden realizarse de una mejor forma las acciones; evaluación del programa a través de indicadores del desempeño del sistema *Caminando a la Excelencia*; evaluación del personal de salud involucrado en el proceso de tamizaje, diagnóstico y tratamiento para asegurar un estándar adecuado en la prevención y control del cáncer cérvico uterino
- < Finalmente, la realización de estudios e investigaciones para promover la generación de conocimiento científico sobre la aplicación de políticas públicas en salud redundarán en la mejora continua de las políticas públicas de salud y, por ende, en beneficio de la población mexicana, particularmente, de las mujeres y niñas.

X.3.1 Relación de asuntos pendientes, con identificación de problemática

Los asuntos pendientes considerados son los siguientes:

- < Procesos de tamizaje
- < Diagnóstico y tratamiento de las pacientes positivas a la prueba de VPH por captura de híbridos y Citología
- < Dificultad en el ejercicio presupuestal federal del Ramo 12 y Anexo IV del Convenio de Coordinación de Sistema de Protección Social en Salud
- < Incorporar mayor presupuesto por las entidades federativas a través del Ramo 33
- < Autoridades sin compromiso para el desarrollo del programa
- < Desviación de recursos asignados al programa
- < Recursos humanos insuficientes y comprometidos

De acuerdo con el análisis realizado, existen algunas acciones que deberán realizarse para que la proyección en la mortalidad por cáncer cérvico uterino tenga el efecto deseado:

Acciones externas al CNEGSR

Problemática por atender al 31 diciembre 2011
Definición de Problemática: El esquema de financiamiento no garantiza el destino adecuado del recurso a las unidades de atención.
Acciones a realizar: adecuar los catálogos del Seguro Popular para que el financiamiento llegue a los establecimientos de servicio que atienden a sus afiliadas. (Tratamiento de pre-cánceres por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos)
Definición de Problemática: Garantía de Calidad de los Servicios de Salud Pública, Social y Privado
Acciones a realizar: Ejecutar un programa de evaluación externa desde el CNEGySR que verifique la confiabilidad de los establecimientos de salud que ofrecen servicios y su integración como un sistema que fomente la competitividad.

Acciones internas al CNEGSR

Problemática por atender al 31 diciembre 2011
Definición de Problemática: Falta de fortalecimiento para los centros de llamado y seguimiento de Pacientes
Acciones a realizar: Adecuar los procedimientos y asignar recursos humanos en los Centros de Colposcopia, específico para gestionar y confirmar que las pacientes con resultados anormales, reciban la atención médica correspondiente
Definición de Problemática: No existe confiabilidad en la Red Fría para asegurar que las muestras de captura de híbridos del VPH se mantengan viables para su análisis.
Acciones a realizar: Fortalecer procedimientos, infraestructura y capacitación, para asegurar la confiabilidad de la red fría para el manejo de muestras de la Prueba de VPH
Definición de Problemática: Uso de recursos financieros por parte de los estados en acciones diferentes al objetivo del programa
Acciones a realizar: Fortalecer la gestión del recurso financiero suficiente y el monitoreo y supervisión a los servicios estatales para que el recurso financiero no sea desviado a acciones diferentes a las planteadas en el objetivo y estrategias del programa
Definición de Problemática: Suficiencia y Permanencia del Personal (Alta rotación del personal dedicado en las entidades federativas)
Acciones a realizar: Plan de permanencia del personal (Contratación fija y no por honorarios, motivación al desempeño)
Definición de Problemática: Sistema de información (SICAM) no funcional
Acciones a realizar: asegurar que el diseño e implementación del SICAM V2 sea funcional, amigable y que proporcione información útil, confiable y robusta para la toma de decisiones a nivel local y central

Los requerimientos mínimos necesario para cumplir con la expectativa son:

Financiamiento suficiente para:

- < Mejorar la funcionalidad y productividad de la capacidad instalada
- < Asegurar la confiabilidad de los servicios de salud
- < Programa de evaluación/certificación/acreditación
- < Programa de evaluación externa desde el CNEGySR
- < Desarrollo de Red de Competitividad

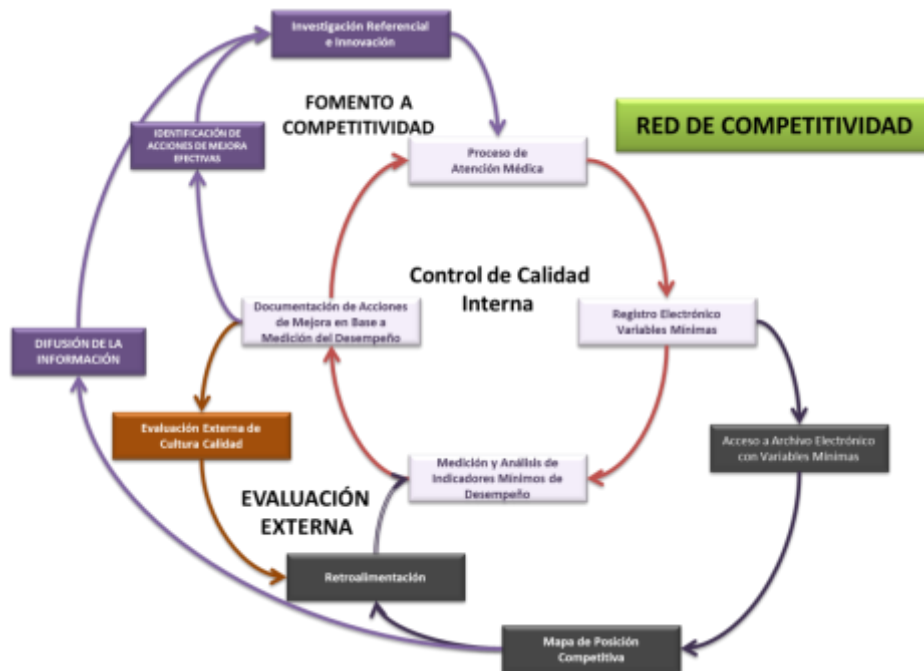
X.3.2 Relación de asuntos pendientes de solución al término de 30 de noviembre de 2012

Problemática por atender al 30 de noviembre de 2012	
Definición de Problemática:	Bajo desempeño del programa
Acciones a realizar:	• Mejorar las condiciones de las mujeres a través de la detección y el tratamiento oportunos
Definición de Problemática:	Altas tasas de morbilidad y mortalidad en los municipios con menor índice de desarrollo humano
Acciones a realizar:	Reducción de las brechas de desigualdad de las entidades federativas con mayor mortalidad mediante programas focalizados en los municipios de menor índice de desarrollo humano
Definición de Problemática:	Altas tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino
Acciones a realizar:	Alcanzar una cobertura del 85% para el tamizaje y el tratamiento de las mujeres de 25 a 64 años de edad, existen métodos de detección a nivel masivo con alta especificidad y sensibilidad que abaten la mortalidad por esta enfermedad

X.3.3 Relación de asuntos pendientes que rebasaran el 30 de noviembre de 2012

Problemática de asuntos pendientes que rebasaran el 30 de noviembre de 2012	
Definición de Problemática:	La falta del seguimiento de las mujeres que resultan positivas a las pruebas de tamizaje se pierden en el proceso de atención médica, causando que no reciban diagnóstico confirmatorio y tratamiento oportuno
Acciones a realizar:	Contar con centros de excelencia en la detección, tratamiento e información, con alta expectativa de competitividad. Los centros de excelencia fomentarán el adecuado desempeño del proceso de atención. Deberá fortalecerse los centros de llamado y monitoreo en las entidades federativas.

- < Propuesta de flujo de mejora de la calidad de la atención a través de la Red de competitividad:



X.2.3.1 Identificación de áreas de oportunidad para atenderlo

Inclusión de la vacuna contra el VPH en el esquema básico de inmunizaciones

- < Puede haber oposición de ciertos grupos si se asocia a una enfermedad de transmisión sexual
- < La prensa da una amplia difusión a reacciones adversas y en otros países se ha exagerado desmotivando la vacunación
- < En México es una excelente oportunidad para la prevención de cáncer, sobre todo en niñas sin acceso regular a servicios de salud para la detección, seguimiento y tratamiento del cáncer cérvico uterino
- < La vacunación de una cohorte de niñas independientemente de su condición de aseguramiento y nivel socioeconómico es una acción que favorece la equidad y la justicia social

Se han identificado algunos aspectos importantes a tener en cuenta para mejorar la eficacia del programa de cáncer cérvico uterino:

Promoción

- < Mensajes confusos en los criterios para la detección

Detección

- < Baja cobertura en áreas de mayor riesgo
- < Dirigida a mujeres de menor riesgo
- < Calidad y oportunidad

Diagnóstico

- < Falta de seguimiento

- < Sobretratamiento
 - Inoportuno
- < Referencia inadecuada

Tratamiento

- < Heterogéneo
- < No accesible
- < No evaluado

Estas áreas de oportunidad deberán ser atendidas a través de:

- < Red fría: Asegurar almacenamiento y traslado seguro de las pruebas para detección de VPH y vacuna contra el VPH
- < Llamado y seguimiento de pacientes: Mejorará la oportunidad en la atención médica
- < Red de competitividad: Se deberá evaluar la competitividad de las unidades de atención y monitoreo de los indicadores de desempeño
- < SICAM v2: Favorecerá la vigilancia y seguimiento de competencias
- < Financiamiento: Se deberá mejorar la oportunidad en el uso del presupuesto, favoreciendo la efectividad del programa
- < Permanencia del personal: Se debe promover la productividad, competitividad y lealtad al programa de los recursos humanos destinados, de lo contrario, la tasa de cambio de personal seguirá siendo elevada y complicando la efectividad de los procesos
- < Abasto: Deberá contarse con un sistema que asegure el abasto completo y oportuno de los insumos necesarios para la realización de las tres grandes estrategias del programa, detección a través de citología exfoliativa, detección a través de prueba de VPH y vacunación contra el VPH.

Es imperativo mantener el rumbo y consolidar acciones en la prevención y control del cáncer de la mujer, algunos criterios que deberán mantenerse son:

- < La citología cervical es una herramienta útil en los países con un programa bien organizado
- < Se requiere incrementar la cobertura de detección mientras se mantiene una calidad uniforme, focalizando en grupos de mayor riesgo
- < Acreditación periódica de los laboratorios de citopatología, citotecnólogos y patólogos
- < Regular la colposcopia para evitar sobretratamiento
- < Derivar a mujeres sin seguridad social y cáncer al tratamiento gratuito por el Seguro Popular



XII. Glosario de términos

A

Aseguramiento de la calidad: Son todas las acciones planeadas y sistematizadas, necesarias para proporcionar la confianza de que una estructura, sistema o componente realizará satisfactoriamente un servicio. Esto implica la calidad óptima de los procesos implicados en la atención de ese servicio.

ADEFAS: Adeudos de Ejercicios Fiscales Anteriores

AFASPE: Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados.

C

CAAS: Comité de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios.

Cáncer in situ: De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

Cáncer invasor: Cualquiera de las etapas de carcinoma invasivo, desde aquellos diagnosticados sólo por microscopio, hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes.

Cáncer: Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.

Captura de híbridos: Prueba biomolecular, basada en la amplificación de la señal de híbridos en solución, in Vitro, para detectar blancos de DNA o RNA.

CENETEC: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

CH: Cuenta Habilitada.

Citología cervical: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou.

CLC: Cuenta por Liquidar Certificada

CNEGYSR: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Cobertura de detección: Es el porcentaje de mujeres del grupo blanco a las que se les ha realizado la detección en el período establecido.

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Colposcopia: Procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y al cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, yodo, lugol u otras con fines de orientación diagnóstica.

COMPRANET: Sistema Electrónico de Contrataciones Gubernamentales.

CONAMED: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

CONTPAQ: Herramienta de contabilidad utilizada para el registro contable de las operaciones financieras que realiza el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a fin de proporcionar Estados Financieros oportunos, para la toma de decisión.

Control de Calidad: Conjunto de operaciones (programación, coordinación, desarrollo) destinadas al mantenimiento o la mejora. Cuando se aplica a un procedimiento diagnóstico incluye monitoreo, evaluación y mantenimiento de niveles óptimos de todas las características del proceso que pueden ser definidas, medidas y controladas.

Control de Calidad: Se establece en todas las etapas del programa: detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica. La etapa de detección se inicia con el control de calidad en la técnica para la obtención de la muestra, la cual se realiza mediante la observación directa del cérvix a través de un espejo vaginal.

D

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

DGCS: Dirección General de Comunicación Social.

DGE: Dirección General de Epidemiología.

DGIS: Dirección General de Información en Salud.

DGPS: Dirección General de Promoción de la Salud.

DGTI: Dirección General de Tecnología de Información.

Diagnóstico: Es el resultado del análisis de una situación, con el fin de solucionar los problemas identificados.

Displasia: Pérdida de la capacidad de maduración del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

E

Especificidad: Probabilidad de definir de forma correcta a un individuo sano, es decir, la probabilidad de que un sujeto verdaderamente sano obtenga un resultado negativo en una prueba complementaria (Capacidad de detectar a los individuos sanos).

Estrategia: Conjunto de acciones que se lleva a cabo para lograr un determinado fin.

F

FR: Fondo Rotatorio

H

Histopatología: Estudio macroscópico y microscópico de las alteraciones en los tejidos y órganos extirpados.

I

INCAN: Instituto Nacional de Cancerología.

L

Lesiones intraepiteliales cervicales: Richart (Nueva York), en 1967, propuso el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC-CIN) con tres grados progresivos (1,2,3), incluyéndose en el grado 3 la displasia grave y el cáncer in situ (CIS) de la clasificación anterior (9,10). La ventaja principal, sobre ésta, es el reconocimiento de la unidad del proceso patológico lo cual implica una relación con las técnicas terapéuticas. Esta clasificación ha sido considerada bastante adecuada durante más de 20 años y por lo tanto la más utilizada internacionalmente.

LPI: Licitación Pública Internacional

LPN: Licitación Pública Nacional

Líneas de acción: Situación encaminadas a alcanzar los objetivos marcados por la estrategia.

M

Morbilidad, Tasa de: La que tiene como numerador el número de enfermos en una población determinada durante un período y lugar específico y el denominador representa la población donde ocurrieron los casos. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

Mortalidad, Tasa de: La que tiene como numerador el total de defunciones producidas en una población en un periodo de tiempo determinado y el denominador representa la población donde ocurrieron las muertes. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

N

Neoplasia: Proliferación autónoma de células anormales.

O

Oncogénicos: La inducción del cáncer se denomina oncogénesis. Prácticamente cualquier cosa que pueda alterar el material genético de una célula es un agente potencialmente cancerígeno. Actualmente se sabe que algunos tipos de cáncer están producidos por virus que se denominan virus oncogénicos. (Número inusual, cromosomas fragmentados).

P

PEF: Presupuesto de Egresos de la Federación

PH: Pagador Habilitado

Programa de detección organizado: Serie de acciones diseñadas para asegurar que la mayoría del grupo de riesgo será tamizado y aquellos individuos en quienes se observe anormalidades, reciban el diagnóstico y tratamiento apropiados. Comprende la frecuencia del tamizaje y las edades en las cuales debe realizarse, sistemas de control de calidad, mecanismos definidos para referencia y un sistema de información que permita el envío de invitaciones para el tamizaje inicial, recordatorio personalizado para los tamizaje subsiguientes, seguimiento de casos con anormalidades identificadas y el monitoreo y evaluación del programa.

Pruebas biomoleculares (Captura de Híbridos y RPC): Métodos de diagnóstico por laboratorio, para la detección del genoma de agentes infecciosos como el virus del papiloma humano.

R

Rectoría en salud: Función de la Secretaría de Salud, que incluye el diseño de políticas; la coordinación intra e intersectorial; la planeación estratégica; el diseño y monitoreo de las reglas para todos los actores del sistema (regulación sanitaria y de la atención a la salud); la generación y la coordinación normativa de la información; la evaluación del desempeño, y la representación internacional.

Rectoría en salud: Responsabilidad delegada por el ejecutivo a la Secretaría de Salud, por el cual esta dependencia dicta políticas en salud previo consenso institucional con la finalidad de garantizar la calidad en los servicios de salud.

S

Sensibilidad: Probabilidad de clasificar correctamente a una persona enferma; es decir, la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga, en una prueba diagnóstica, un resultado positivo (capacidad de la prueba para detectar la enfermedad).

SESAs: Servicios estatales de Salud.

SIAFF: Sistema de Administración Financiera Federal

SICOP: Sistema de Contabilidad y Presupuesto

T

Tamizaje: Prueba de detección masiva realizada de manera intencionada con el objeto de identificar oportunamente una enfermedad o un trastorno de salud específico, en individuos aparentemente sanos.

V

Vacuna VPH: Vacuna tetravalente o bivalente diseñada para prevenir la infección por los VPH de alto riesgo 16 y 18, causa de alrededor de 70% del cáncer cérvico uterino, su mayor efectividad se presenta cuando se aplica a niñas a partir de los 9 años y adolescentes que no han iniciado vida sexual.

Valor predictivo negativo: Probabilidad de que el paciente esté realmente sano cuando el resultado de la prueba diagnóstica es negativo.

Valor predictivo positivo: Probabilidad de que el paciente esté realmente enfermo cuando el resultado de la prueba diagnóstica es positivo.

Virus del papiloma humano: Microorganismos pertenecientes a la familia de lo Papillomaviridae, infectan la piel y las mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varían en su tropismo tisular, su asociación con distintas lesiones y su potencial oncogénico.

XIII. Relación de anexos

En CD:

1. Originales electrónicos de impresos: Manuales, NOM, PAE
2. Programa de Acción Específico Cáncer Cérvico Uterino
3. Movimientos auxiliares al catálogo
4. Cuentas por Liquidar Certificadas