

TERCERA SECCION

SECRETARIA DE SALUD

CONVENIO de Coordinación que celebran el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

CONVENIO DE COORDINACION QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, EN LO SUCESIVO DENOMINADO "DIF NACIONAL" REPRESENTADO POR SU TITULAR, LA LIC. MARIA CECILIA LANDERRECHE GOMEZ MORIN, QUIEN SE HACE ASISTIR EN ESTE ACTO POR LOS CC. LIC. OSCAR ALBERTO MARGAIN PITMAN Y DR. TOMAS ANTONIO TRUEBA GRACIAN, EN SU RESPECTIVO CARACTER DE OFICIAL MAYOR Y TITULAR DE LA UNIDAD DE ATENCION A POBLACION VULNERABLE, Y POR LA OTRA, EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA MICHOACANA EN ADELANTE "DIF ESTATAL", REPRESENTADO POR SU DIRECTORA GENERAL, LA LIC. TEODORA VAZQUEZ ARROYO, DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS:

ANTECEDENTES

- I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4o., párrafo cuarto, establece que toda persona tiene derecho a un medio adecuado para su desarrollo y bienestar, aspiración que el Estado debe materializar y garantizar en beneficio de todos los mexicanos.
La misma Constitución determina en su artículo 25 que el Estado debe garantizar que el desarrollo nacional sea integral y sustentable, y en su artículo 26 establece la competencia del Estado para organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.
- II. Por su parte, la Ley de Planeación en sus artículos 33, 34 y 35, faculta al Ejecutivo Federal para coordinar sus actividades de planeación con las Entidades Federativas mediante la suscripción de Convenios de Coordinación, para que las acciones a realizarse por la Federación y los Estados se planeen de manera conjunta; asimismo, se señala que en éstos, se podrá convenir entre otros rubros, la participación de las entidades en los procedimientos de coordinación entre las autoridades federales, estatales y municipales, para propiciar la planeación del desarrollo integral de cada Entidad Federativa, los lineamientos metodológicos para la realización de las actividades de planeación en el ámbito de su jurisdicción, así como la ejecución de las acciones que deban realizarse en cada Entidad Federativa y que competen a ambos órdenes de gobierno, considerando la participación que corresponda a los municipios interesados y a los sectores de la sociedad.
- III. La Ley de Asistencia Social, en su artículo 3o. señala que se entiende por asistencia social "el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva".
Por su parte, el artículo 4o. fracción I de esta ley, define, entre otros, que son sujetos de la asistencia social, todas las niñas, niños y adolescentes, en especial aquellos que se encuentren en situación de riesgo o afectados por ser víctimas de cualquier tipo de explotación; vivir en la calle; ser víctimas del tráfico de personas, la pornografía y el comercio sexual; trabajar en condiciones que afecten su desarrollo e integridad física y mental; y ser migrantes y repatriados.
- IV. En congruencia con lo anterior, con fecha 29 de diciembre de 2009, el "DIF NACIONAL" publicó en el Diario Oficial de la Federación, las Reglas de Operación del Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia, en lo sucesivo referidas como las "REGLAS DE OPERACION", mismas que tienen como objetivo general: Contribuir a reducir las brechas o desigualdades psicosociales mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, instrumentando el conocimiento de las niñas, los niños, las y los adolescentes para evitar situaciones de riesgo.

DECLARACIONES

I. "DIF NACIONAL" declara que:

- I.1 Es un Organismo Público Descentralizado, con patrimonio propio y personalidad jurídica, normado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social, publicadas en el Diario Oficial de la Federación los días 7 de febrero de 1984 y 2 de septiembre de 2004 respectivamente, teniendo como objetivos, la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables, y entre sus atribuciones y funciones, actúa en coordinación con dependencias y entidades federales, estatales y municipales en el diseño de las políticas públicas, operación de programas, prestación de servicios y la realización de acciones en la materia.

- I.2 Para el logro de sus objetivos, entre otras acciones reconoce la importancia de optimizar esfuerzos y sumarse a iniciativas de la sociedad civil y del sector público, en congruencia con las estrategias de desarrollo social y humano contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, para ampliar el impacto de sus programas en la comunidad, por lo que es su intención colaborar con el "DIF ESTATAL", para la ejecución de proyectos específicos.
- I.3 Su Titular se encuentra facultada para celebrar el presente Convenio de conformidad con lo previsto por los artículos 37 inciso h) de la Ley de Asistencia Social; 22 fracciones I y II de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y 11 fracciones X, XII y XV, de su Estatuto Orgánico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 8 de febrero de 2006 y de acuerdo con el testimonio de la escritura pública número 90,026, pasada ante la fe del notario público número 127 del Distrito Federal, licenciado Jorge Sánchez Pruneda, de fecha 16 de enero de 2007; así mismo los CC. Oficial Mayor y el Titular de la Unidad de Atención a Población Vulnerable cuentan con facultades igualmente para asistir a la C. Titular en la firma del presente instrumento jurídico, de conformidad con los artículos 15, fracción XVII y 16, fracción IV y 19 fracciones XXVI y XXIX del Estatuto Orgánico anteriormente referido.
- I.4 De acuerdo con los artículos 12 fracciones II y III de la Ley de Asistencia Social y 2o. fracciones IV, V, VI, XXII y XXXI de su Estatuto Orgánico, para el logro de sus objetivos lleva a cabo acciones en materia de Asistencia Social.
- I.5 Que en los términos de los artículos 33 y 34 de la Ley de Planeación, celebra el presente Convenio como instrumento de coordinación en materia de ejecución del Programa para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia con el "DIF ESTATAL" para que coadyuve, en el ámbito de su competencia, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, a establecer los procedimientos de coordinación en materia de Asistencia Social para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia, y con ello propiciar la planeación del desarrollo integral de esa entidad federativa.
- I.6 Señala como domicilio legal para todos los efectos de este Convenio, el ubicado en Avenida Emiliano Zapata número 340, Colonia Santa Cruz Atoyac, Delegación Benito Juárez, código postal 03310, México, Distrito Federal.

II. "DIF ESTATAL" declara que:

- II.1 Es un Organismo Público Descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, regulado por la Ley de Asistencia Social del Estado de Michoacán, publicada en el Periódico Oficial de fecha 14 de mayo de 1987 y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- II.2 Dentro de sus objetivos se encuentran la prestación de servicios de asistencia social a la población sujeta a estos servicios, así como la coordinación con otras dependencias para el logro de sus objetivos.
- II.3 Su representante legal está facultada para celebrar el presente instrumento jurídico de conformidad con el artículo 21 fracciones VI y VII de la Ley de Asistencia Social del Estado de Michoacán, misma que bajo protesta de decir verdad, manifiesta que no le ha sido revocada ni limitada en forma alguna.
- II.4 Para efectos del presente convenio, señala como su domicilio legal el ubicado en Avenida Acueducto y Ventura Puente Lote 17, colonia Bosque Cuauhtémoc, código postal 58020 en la ciudad de Morelia, Michoacán, México.

III. "LAS PARTES" declaran conjuntamente que:

- III.1 Ante la necesidad de emprender acciones coordinadas tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de la población sujeta de asistencia social, es de su interés y su voluntad suscribir el presente instrumento jurídico, en beneficio de la población vulnerable del país.
- III.2 Que reconocen las ventajas que su participación conjunta en el desarrollo y cumplimiento del objetivo señalado en el presente Convenio, puede derivar para el país y para ambas partes.
- III.3 Que reconocen mutuamente su capacidad jurídica para suscribir el presente Convenio de Coordinación.
- III.4 Es su deseo suscribir el presente instrumento jurídico, concurriendo en el territorio del Estado de Michoacán, asegurando la adecuada coordinación de acciones en materia de asistencia social, en el marco del Programa para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia para la realización de acciones en beneficio de niñas, niños y adolescentes vulnerables y sus familias, de acuerdo con las respectivas disposiciones jurídicas aplicables.
- III.5 Que las actividades y acciones a desarrollar en materia de infancia señaladas en las "REGLAS DE OPERACION", quedarán plasmadas en un "Programa Anual de Trabajo" que presentará el "DIF ESTATAL" a "DIF NACIONAL", y que obrará en el expediente que para tal efecto integre la Dirección General de Protección a la Infancia.

III.6 Que cada una de ellas cuenta con los recursos necesarios para proporcionar la colaboración, asistencia y servicios inherentes al objeto materia del presente Convenio.

Que con base en lo antes expuesto y con fundamento en lo establecido por los artículos 4o, 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9, 19 y 21 de la Ley General de Salud; 33, 34 y 35 de la Ley de Planeación; 1o, 25 fracción VI, 75 fracción II segundo párrafo, 77 y demás relativos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 3o., 4o., 19, 21, 44, 45 y demás relativos de la Ley de Asistencia Social, 22 fracciones I y II de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 175, 178 y demás relativos del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 11 fracciones X, XII y XV del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; 21 fracción VII de la Ley de Asistencia Social del Estado de Michoacán y el Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia para el ejercicio 2010, las partes celebran el presente Convenio de Coordinación y están de acuerdo en sujetarse a las siguientes:

CLAUSULAS

OBJETO

PRIMERA.- El objeto del presente Convenio es establecer las bases y procedimientos de coordinación entre "LAS PARTES", en el marco de las "REGLAS DE OPERACION", para el apoyo y ejecución del "Programa Anual de Trabajo" citado en la declaración III.5., y de proyectos extraordinarios aprobados por "DIF NACIONAL" que fortalezcan las acciones descritas, así como la asignación y ejercicio de los recursos económicos que se destinarán para el mismo.

Al efecto, conforme a lo señalado en las "REGLAS DE OPERACION" publicadas en el Diario Oficial de la Federación el día 29 de diciembre de 2009 y el "Programa Anual de Trabajo", las actividades serán dentro de las siguientes temáticas:

- a) Trabajo Infantil;
- b) Migración;
- c) Promoción del Buen Trato;
- d) Salud;
- e) Atención educativa asistencial (CADI-CAIC);
- f) Participación Infantil;
- g) Riesgos Psicosociales (EMBARAZO-ADICCIONES).

APORTACION DE RECURSOS

SEGUNDA.- Con base en la suficiencia presupuestal contenida en el oficio número 232.000.00/101/2010, de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACION" y el "Programa Anual de Trabajo", el "DIF NACIONAL" aportará recursos por concepto de subsidios considerados apoyos transitorios por un monto de \$1'070,898.10 (un millón setenta mil ochocientos noventa y ocho pesos 10/100 M.N.) que se aplicarán en las actividades señaladas en el objeto del presente convenio.

NATURALEZA DE LOS RECURSOS

TERCERA.- Los recursos que aporta el "DIF NACIONAL" para el cumplimiento del objeto del presente Convenio y que ejercen de conformidad con las "REGLAS DE OPERACION", serán considerados en todo momento como subsidios federales en los términos de las disposiciones aplicables; en consecuencia, no perderán su carácter federal al ser canalizados al "DIF ESTATAL" y estarán sujetos, en todo momento, a las disposiciones federales que regulan su gasto, control y ejercicio.

Igualmente, de conformidad con lo previsto por el artículo 1o. fracción VI de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y el similar de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, el "DIF ESTATAL" se obliga a observar todas las disposiciones contenidas en dichos ordenamientos, en tratándose de acciones relativas a la planeación, programación, presupuestación, contratación, gasto y control de las adquisiciones y arrendamientos de bienes muebles y la prestación de servicios de cualquier naturaleza u obras públicas y servicios relacionados con las mismas, que para la ejecución del "Programa Anual de Trabajo" se requieran realizar con cargo parcial o total a los recursos federales señalados en la cláusula Segunda.

Asimismo, "LAS PARTES" aceptan que la aportación de los recursos económicos que se destinen para el desarrollo de las acciones materia de este Convenio estará a cargo del "DIF NACIONAL", y la administración, aplicación, gasto e información; así como la justificación de su ejercicio, estará exclusivamente a cargo de "DIF ESTATAL" de conformidad con la normatividad aplicable.

CUENTA BANCARIA

CUARTA.- Los recursos que proporcione "DIF NACIONAL", se depositarán en la cuenta que para tal efecto se obliga el "DIF ESTATAL" a aperturar a través de la Tesorería de su Estado o aquella que habiendo sido aperturada por dicha Tesorería Estatal ya se encuentre registrada en la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto e incorporada en el catálogo de beneficiarios del Sistema de Administración Financiera Federal, en la que deberá distinguir contablemente su origen e identificar claramente las erogaciones que correspondan a los fines del presente instrumento.

Los depósitos de los recursos federales estarán sujetos a la presentación, por parte del "DIF ESTATAL", de los recibos fiscales correspondientes, así como de la documentación comprobatoria que en derecho corresponda a satisfacción del "DIF NACIONAL" y en congruencia con lo dispuesto tanto en las "REGLAS DE OPERACION", como en el presente convenio.

COMPROMISOS DE LAS PARTES

QUINTA.- El "DIF ESTATAL" se compromete a:

- a) Recibir y canalizar los recursos señalados en la Cláusula Segunda, así como supervisar que la ejecución y desarrollo de las actividades objeto del presente Convenio se realicen de acuerdo al mismo "Programa Anual de Trabajo", a las disposiciones de las "REGLAS DE OPERACION" y demás normatividad aplicable;
- b) Aplicar en su totalidad los recursos señalados en la cláusula segunda de este Convenio, garantizando la liberación expedita de los mismos, los cuales deberán destinarse, incluyendo los rendimientos financieros que por cualquier concepto generen, exclusivamente a los fines objeto del presente instrumento jurídico, así como llevar a cabo todas las acciones tendientes a la verificación y comprobación de la correcta aplicación de los recursos presupuestales;
- c) Celebrar, en su caso, Convenios y acuerdos con los gobiernos de los municipios de la entidad federativa, para que éstos participen en la ejecución de las materias y actividades de este instrumento;
- d) Informar al menos con una periodicidad trimestral al "DIF NACIONAL", a través de la Dirección General de Protección a la Infancia, el estado que guarda la ejecución del Programa Anual de Trabajo para el cual se aprobaron apoyos con las metas y objetivos alcanzados a la fecha;
- e) Reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos federales presupuestales y, en su caso, los productos financieros que no se destinen a los fines autorizados o aquellos que no se encuentren devengados al 31 de diciembre de 2010, o aquellos en que el "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimiento en el ejercicio de los recursos por parte del "DIF ESTATAL". Estos subsidios se considerarán devengados a partir de la entrega de los recursos al "DIF ESTATAL" en los términos señalados en el numeral 4.2.2. de las "REGLAS DE OPERACION";
- f) Conservar debidamente resguardada durante el periodo que establece la normatividad aplicable en vigor, la documentación original comprobatoria del ejercicio del gasto de los recursos que con base en el presente instrumento jurídico se entregan;
- g) Publicar los avances físico-financieros en las páginas del Sistema de Internet que tengan disponibles, así como en los medios y con la frecuencia que, al efecto, determinen las "REGLAS DE OPERACION";
- h) Vigilar y supervisar el cumplimiento de los compromisos, tiempos, metas, lineamientos generales, porcentajes de aportación y objetivos señalados en el presente instrumento jurídico y de conformidad con las "REGLAS DE OPERACION" y el Programa Anual de Trabajo;
- i) Aceptar y facilitar la realización de visitas de asesoría y seguimiento, y brindar la información y documentación desagregada por género que solicite el "DIF NACIONAL", la Secretaría de la Función Pública y/o las instancias fiscalizadoras para los efectos que requieran;
- j) Señalar expresamente y en forma idéntica, la participación y apoyo del Gobierno Federal, a través del "DIF NACIONAL", en las acciones de difusión, divulgación y promoción del proyecto;
- ñ) En general, cumplir y observar en todo momento las disposiciones y lineamientos descritos en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento; el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2010, las "REGLAS DE OPERACION" y las demás conforme a la legislación aplicable.

SEXTA.- El "DIF NACIONAL" se compromete a realizar las siguientes acciones:

- a) Asignar y aportar los recursos económicos federales previstos en la cláusula segunda de este Convenio, previo cumplimiento del "DIF ESTATAL" de las obligaciones a su cargo referidas en la cláusula cuarta;
- b) Otorgar la asesoría y orientación al "DIF ESTATAL" cuando éste se la solicite;
- c) En general, cumplir en todo momento con las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACION".

SEPTIMA.- “LAS PARTES” se comprometen a:

- a) Incorporar en los materiales de difusión y divulgación por medios impresos y electrónicos alusivos a las actividades y temáticas del Programa, la leyenda:
“Este Programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este Programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo a la ley aplicable y ante la autoridad competente”.
- b) Suscribir un acta de cierre y finiquito de las acciones materia del presente instrumento jurídico una vez concluida la vigencia del mismo.
- c) Que para efectos del inciso d) de la cláusula quinta, los informes de avance o el final del “Programa Anual de Trabajo”, serán enviados, recibidos o archivados a través de medios electrónicos o por cualquier otra tecnología que permita identificar al firmante. En consecuencia, el “DIF ESTATAL” acepta que la información contenida, producirá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, reconociendo la plena validez, eficacia y efectos legales, sin perjuicio de que la veracidad de los mismos pueda ser verificada por las unidades administrativas del “DIF NACIONAL” o cualquier otra autoridad, conforme a lo previsto en las disposiciones aplicables.

REPRESENTANTES DE LAS PARTES

OCTAVA.- Para la adecuada operación de las actividades a que se refiere el presente instrumento jurídico, y a efecto de que en forma conjunta supervisen la realización del “Programa Anual de Trabajo”, “LAS PARTES” designan a los siguientes representantes:

“DIF NACIONAL”	LIC. GABRIELA GARCIA TREVIÑO BAIGTS DIRECTORA GENERAL DE PROTECCION A LA INFANCIA
“DIF ESTATAL”	LIC. DELIA VILLALOBOS ARCIGA DIRECTORA DE ASISTENCIA E INTEGRACION SOCIAL

Los representantes titulares podrán designar suplentes, quienes deberán contar con facultades para tomar decisiones y deberán ser cuando menos del nivel jerárquico inferior siguiente al del representante titular, para garantizar la ejecución de las decisiones adoptadas.

SUSPENSION O CANCELACION DE LA ENTREGA O SOLICITUD DE REINTEGRO DE LOS APOYOS

NOVENA.- El “DIF ESTATAL” acepta que, en caso de incumplimiento a lo establecido en el presente Convenio, particularmente de las obligaciones a su cargo, el “DIF NACIONAL”, atendiendo a la gravedad y origen del incumplimiento, podrá suspender temporalmente o cancelar definitivamente, ya sea de manera total o parcial, la entrega de los apoyos asignados en términos del presente instrumento jurídico.

Son causas de suspensión o cancelación, las siguientes:

- a) No aplicar los recursos entregados para los fines aprobados, aplicarlos inadecuadamente, o que notoriamente se advierta ineficiencia o deshonestidad, en cuyo caso se deberá reintegrar la totalidad de los recursos otorgados;
- b) Cuando el “DIF NACIONAL” o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos por parte del “DIF ESTATAL”, para lo cual deberá reintegrar dichos recursos en términos del último párrafo de la Cláusula Tercera del presente instrumento jurídico;
- c) Incumpla con la ejecución del “Programa Anual de Trabajo” o actividades sujetas de apoyo;
- d) No acepte la realización de visitas de asesoría, seguimiento y supervisión cuando así lo soliciten el “DIF NACIONAL”, la Secretaría de la Función Pública o cualquier otra autoridad competente o autorizada, con el fin de verificar la correcta aplicación de los recursos otorgados;
- e) No entregue a la Dirección General de Protección a la Infancia los informes y la documentación que acredite los avances y la conclusión de los compromisos y conceptos del “Programa Anual de Trabajo”;
- f) Presente información falsa sobre los conceptos de gasto aplicación de los recursos otorgados;
- g) Con motivo de la inviabilidad del documento señalado en la declaración III.5., en razón de la alteración o cambio de las condiciones sobre la producción, organización, mercado, financieras o técnicas, entre otras;
- h) Exista duplicidad de apoyos a conceptos idénticos de otros programas o fondos federales;
- i) Existan adecuaciones a los calendarios de gasto público o disminución de ingresos públicos que afecten de manera determinante el presupuesto autorizado;
- j) En general, cuando exista incumplimiento de los compromisos establecidos en el presente Convenio o de las “REGLAS DE OPERACION” y de las disposiciones que derivan de éstas.

El "DIF ESTATAL" acepta que ante la suspensión o cancelación de la entrega de los subsidios, reintegrará a la Tesorería de la Federación, los recursos otorgados o su parte proporcional según corresponda, así como los intereses y rendimientos generados.

CONTROL Y VIGILANCIA

DECIMA.- El control, vigilancia y evaluación de los recursos públicos federales a que se refiere el presente Convenio, corresponderá indistintamente a las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, de la Función Pública y demás autoridades conforme al ámbito materia de competencia, otorgado en las disposiciones jurídicas aplicables.

Con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados y el cumplimiento de las obligaciones a cargo del "DIF ESTATAL", a partir de la firma de este Convenio, el "DIF NACIONAL" o las unidades administrativas de éste, podrán ordenar la realización de visitas de asesoría, seguimiento, supervisión y verificación, sin perjuicio de las facultades y atribuciones de la Secretaría de la Función Pública o de cualquier otra autoridad competente.

TRANSPARENCIA

DECIMA PRIMERA.- "LAS PARTES" convienen en promover y fomentar la transparencia de la asignación y ejercicio de los recursos destinados para la ejecución del presente Convenio, consecuentemente, promoverán la publicación del padrón de beneficiarios y de las temáticas abordadas, así como sus avances físico-financieros en las páginas electrónicas oficiales de Internet que tengan disponibles.

CONVENCIONES GENERALES

DECIMA SEGUNDA.- El personal de cada una de "LAS PARTES" que sea designado para la realización de cualquier actividad relacionada con este Convenio de Coordinación, permanecerá en forma absoluta bajo la dirección y dependencia de la entidad con la cual tiene establecida su relación laboral, mercantil, civil, administrativa o cualquier otra, por lo que no se creará una subordinación de ninguna especie con la parte opuesta, ni operará la figura jurídica de patrón sustituto o solidario; lo anterior, con independencia de estar prestando sus servicios fuera de las instalaciones de la entidad por la que fue contratada o realizar labores de supervisión de los trabajos que se realicen al amparo del presente convenio.

DECIMA TERCERA.- El presente convenio tendrá una vigencia a partir de la fecha de su firma y concluirá el día 31 de diciembre de 2010, pudiendo darse por terminado anticipadamente, mediante escrito libre que contenga una manifestación explícita de que se desea terminar anticipadamente el convenio, con los datos generales de la parte que así lo desea terminar, con por lo menos (30) treinta días hábiles de antelación, en el entendido de que las actividades que se encuentren en ejecución deberán ser concluidas salvo acuerdo en contrario.

En caso de que el "DIF ESTATAL" incumpla las obligaciones señaladas en este instrumento jurídico, el "DIF NACIONAL" podrá rescindir administrativamente el presente convenio. Dicha rescisión operará de pleno derecho y sin necesidad de acción judicial o arbitral previa.

Consecuentemente, "DIF ESTATAL" acepta que ante la rescisión del Convenio, éste quedará obligado en el término que le establezca el "DIF NACIONAL", a la devolución de la cantidad señalada en la cláusula segunda de este convenio o su parte proporcional, según sea el caso, sin responsabilidad alguna para "DIF NACIONAL" por los gastos, expensas, erogaciones o análogos que hubiere realizado.

DECIMA CUARTA.- Las modificaciones o adiciones que se realicen al presente Convenio, serán pactadas de común acuerdo entre las partes y se harán constar por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento de su suscripción.

DECIMA QUINTA.- "LAS PARTES", por los medios de difusión más convenientes, promoverán y divulgarán entre los promotores, ejecutores, responsables del "Programa Anual de Trabajo" e interesados en general, las características, alcances y resultados de la coordinación prevista en el presente Convenio de Coordinación.

DECIMA SEXTA.- En caso de suscitarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación y/o cumplimiento del presente Convenio, "LAS PARTES" lo resolverán de común acuerdo, de no lograrlo, acuerdan someterse expresamente a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en la Ciudad de México, Distrito Federal, renunciando desde este momento al fuero que les pudiera corresponder, en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

DECIMA SEPTIMA.- En cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 36 de la Ley de Planeación, el presente Convenio de coordinación será publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Enteradas las partes de los términos y alcances legales del presente Convenio de Coordinación, lo firman en cinco tantos en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veinte días del mes de abril del dos mil diez.- Por el DIF Nacional: la Titular, **María Cecilia Landerreche Gómez Morin**.- Rúbrica.- El Oficial Mayor, **Oscar Alberto Margain Pitman**.- Rúbrica.- El Titular de la Unidad de Atención a Población Vulnerable, **Tomás Antonio Trueba Gracián**.- Rúbrica.- Por el DIF Estatal: la Directora General, **Teodora Vázquez Arroyo**.- Rúbrica.

CONVENIO Especifico en materia de transferencia de recursos que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Durango.

CONVENIO ESPECIFICO EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARA "LA SECRETARIA", REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL C. COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD, MTR. DANIEL KARAM TOUMEH, ASISTIDO POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, LIC. CARLOS GRACIA NAVA, Y LA DIRECTORA GENERAL DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES, MAESTRA MANETT ROCIO VARGAS GARCIA, Y POR LA OTRA PARTE EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE DURANGO, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR LA DRA. ELVIA ENGRACIA PATRICIA HERRERA GUTIERREZ, SECRETARIA DE SALUD Y DIRECTORA GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, EL C.P. CARLOS EMILIO CONTRERAS GALINDO, EN SU CARACTER DE SECRETARIO DE FINANZAS Y DE ADMINISTRACION, Y LA C.P. MARIA DE LOURDES NEVAREZ HERRERA, EN SU CARACTER DE SECRETARIA DE CONTRALORIA Y MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

- I. El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (en lo sucesivo Programa) es un programa multisectorial en cuya operación y ejecución participan, en el nivel federal, las Secretarías de Desarrollo Social, de Educación Pública y de Salud, así como el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuya misión es la de potenciar las capacidades de la población que vive en condiciones de pobreza extrema, promoviendo su acceso a los servicios de educación y salud, y a una mejor alimentación, por medio de apoyos monetarios y en especie, así como la coordinación con otros programas sociales que fomenten el empleo, el ingreso y el ahorro de las familias en situación de pobreza, tomando en cuenta iniciativas de desarrollo social promovidas por la sociedad civil, con el fin de que dicha población alcance mejores niveles de autonomía, bienestar y acceso a las oportunidades de desarrollo integral.
- II. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece, en su artículo 4o., párrafo tercero, el derecho de las personas a la protección de la salud, disponiendo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.
- III. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 dentro del eje tres, propone en materia de salud, avanzar hacia la universalidad en el acceso a los servicios médicos de calidad, a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de Salud, y en cuanto a la política social establece el compromiso de elevar el nivel de salud de los mexicanos, reducir las desigualdades, garantizar un trato adecuado a los usuarios, ofrecer protección financiera en salud y fortalecer el sistema de salud.
- IV. Los recursos federales asignados al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades son subsidios federales y, por tanto, sujetos a criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad, el cual con el objeto de asegurar la aplicación eficiente, eficaz, equitativa y transparente de dichos recursos, se sujetará a Reglas de Operación del Programa Oportunidades 2008 (en lo sucesivo Reglas de Operación) conforme a los requisitos, criterios e indicadores que establece el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009.
- V. Que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades; dicho programa, es un instrumento del Ejecutivo Federal, en el marco de una política social integral, que desarrolla acciones intersectoriales para la educación, la salud, la alimentación, así como aquellas acciones que promuevan el bienestar general de las familias que viven en pobreza extrema.
El Componente de Salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades opera bajo las estrategias específicas de proporcionar a los beneficiarios de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud, promover la mejor nutrición de la población beneficiaria, fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad.
- VI. Para llevar a cabo el objetivo general del Componente Salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, cuyo objetivo general se enuncia en el punto I de este apartado, se realizará transferencia de recursos a las entidades federativas, de conformidad con lo que establece la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, que dispone en sus artículos 74, 75 y 77, que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias con cargo a los presupuestos de las dependencias, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables. Dichas transferencias y subsidios deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en ella se señalan.

- VII.** Con fecha 29 de febrero de 2008, "LA ENTIDAD" y "LA SECRETARIA" celebraron el Acuerdo Marco de Coordinación, en lo sucesivo "EL ACUERDO MARCO", con objeto de facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general, así como para fijar las bases y mecanismos generales a través de los cuales serían transferidos, mediante la suscripción del instrumento específico correspondiente, recursos presupuestarios federales, insumos y bienes a "LA ENTIDAD" para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 9 de la Ley General de Salud.
- VIII.** Que de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de "EL ACUERDO MARCO", los Convenios Específicos serían suscritos, atendiendo al ámbito de competencia que cada uno de ellos determine, por "LA ENTIDAD": el Secretario de Finanzas y Administración, la Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud de Durango; y por "LA SECRETARIA": la Subsecretaría de Administración y Finanzas, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, por sí mismas, o asistidas por la Unidades Administrativas y/u órganos desconcentrados que cada una tiene adscritas.

DECLARACIONES

I. De "LA SECRETARIA":

1. Que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud en términos del artículo 2, apartado C, fracción XII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
2. Que el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, tiene la competencia y legitimidad para suscribir el presente Convenio, según se desprende de lo previsto en los artículos 77 Bis 35 de la Ley General de Salud y 4, fracciones III y 6 fracción I del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en correlación con el artículo 38, fracción V, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjuntó a "EL ACUERDO MARCO",
3. Que dentro de las facultades de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se encuentran las de impulsar, coordinar y vincular acciones del Sistema de Protección Social en Salud con las de otros problemas sociales para la atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable desde una perspectiva intercultural que promueva el respeto a la persona y su cultura, así como sus derechos humanos en salud; administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema de Protección Social en Salud le suministre la Secretaría de Salud y efectuar las transferencias que correspondan a los Estados y al Distrito Federal; administrar los recursos de la previsión presupuestal anual para atender necesidades de infraestructura y las variaciones en las demandas de servicios; así como realizar las transferencias a los Estados y al Distrito Federal de conformidad a las reglas que fije el Ejecutivo Federal mediante disposiciones reglamentarias y de conformidad con lo establecido en el artículo 4 fracciones VI, XII y XIV del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
4. Que la Dirección General de Financiamiento tiene entre sus atribuciones diseñar y proponer en coordinación con las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable; coadyuvar, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en las acciones de supervisión financiera del Sistema de Protección Social en Salud, y de los programas de atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable para garantizar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, así como de sus metas y objetivos, de conformidad con el artículo 9 fracciones III y VII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
5. Que cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento.
6. Que para efectos del presente convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle de Calzada de Tlalpan número 479, Colonia Alamos, código postal 03400, en México, Distrito Federal.

II. Declara “LA ENTIDAD”:

1. Que el Secretario de Finanzas y Administración, asiste a la suscripción del presente Convenio, de conformidad con el artículo 30 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjuntó a “EL ACUERDO MARCO”.
2. Que la Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud de Durango, asiste a la suscripción del presente Convenio, de conformidad con el artículo 34 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjuntó a “EL ACUERDO MARCO”.
3. Que la Secretaría de la Contraloría y Modernización Administrativa, asiste a la suscripción del presente Convenio, de conformidad con el artículo 36 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjuntó a “EL ACUERDO MARCO”.
4. Que sus prioridades para alcanzar los objetivos pretendidos a través del presente instrumento son: proporcionar de manera gratuita el paquete básico garantizado de salud, promover la mejor nutrición de la población beneficiaria en especial, prevenir y atender la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas o en lactancia, fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad.
5. Que para todos los efectos legales relacionados con este Convenio señala como su domicilio el ubicado en: la Calle Cuauhtémoc No. 225 Norte, código postal 34000, Zona Centro, en la Ciudad de Durango, Dgo.

Una vez expuesto lo anterior y toda vez que la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, dispone en sus artículos 74 y 75, que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias que con cargo a los presupuestos de las dependencias, se aprueben en el Presupuesto de Egresos, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables. Dichos subsidios y transferencias deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en ella se señalan.

Aplicando al objeto del presente Convenio Especifico, lo establecido en los artículos 26 y 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33 y 44 de la Ley de Planeación; 9 de la Ley General de Salud; 74, 75, 77 y 82 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 174, 175 y 224 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; los “Lineamientos para informar sobre el ejercicio, destino y resultados de los recursos presupuestarios federales transferidos a las entidades federativas, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 25 de febrero de 2008, y en el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2009 (Reglas de Operación), así como en el artículo 13 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Durango, y los artículos 1, 9, 30, 34 y 36 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango y demás disposiciones legales aplicables, las partes celebran el presente Convenio al tenor de las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El presente Convenio Especifico y los anexos que forman parte del mismo, tienen por objeto transferir recursos presupuestales a “LA ENTIDAD” para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 9 de la Ley General de Salud, que permitan a “LA ENTIDAD” realizar las estrategias específicas del componente de salud que se mencionan a continuación establecidas en las Reglas de Operación, de conformidad con los Anexos 1, 2, 3 y 4, los cuales debidamente firmados por las instancias que celebran el presente Convenio específico forman parte integrante de su contexto, en los que se describen: la aplicación que se dará a tales recursos; precisar los compromisos que sobre el particular asumen “LA ENTIDAD” y el Ejecutivo Federal; y los mecanismos para la evaluación y control de su ejercicio.

Los recursos presupuestales que transfiera el Ejecutivo Federal se aplicarán al concepto y hasta por los importes que a continuación se mencionan:

CONCEPTO	IMPORTE
<p>a) Proporcionar de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud, el cual constituye un beneficio irreductible, con base en las cartillas de salud, de acuerdo con la edad, sexo y evento de vida de cada persona.</p> <p>b) Promover la mejor nutrición de la población beneficiaria, en especial, prevenir y atender la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas o en lactancia, la vigilancia y el monitoreo de la nutrición de los niños menores de cinco años, de las mujeres embarazadas y en período de lactancia, el control de los casos de desnutrición y la educación alimentario-nutricional, y</p> <p>c) Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad, mediante la comunicación educativa en salud, priorizando la educación alimentaria nutricional, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.</p>	<p>\$14,082,737.00 CATORCE MILLONES OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS 00/100</p>

El concepto e importe a que se refiere en el párrafo anterior se prevé en forma detallada en el Anexo 1, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto.

- **Atención a la salud.** La atención a la salud se proporciona a los integrantes de la familia beneficiaria mediante las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud, con base en las cartillas de salud. Estas acciones tienen un carácter principalmente de promoción de la salud y detección oportuna de enfermedades de mayor impacto en salud pública, sin menoscabo del cuidado de los aspectos curativos y de control de los principales padecimientos.

- **Prevención y atención de la desnutrición.** Mediante la vigilancia sistemática del crecimiento y del desarrollo infantil, se corroboran los avances en el estado nutricional, se identifican tempranamente desviaciones en los niveles nutricionales, se informa a los padres sobre el desarrollo y se orienta y capacita a las madres de familia sobre el uso adecuado y supervisión en el consumo del complemento alimenticio.

Para el seguimiento y control del estado nutricional de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y, en especial, de los menores de 5 años se realizarán dos tipos de actividades: consulta médica y monitoreo del estado nutricional.

- **Capacitación para el autocuidado de la salud.** Las acciones de promoción de la salud se desarrollan principalmente bajo tres modalidades: capacitación para el autocuidado de la salud; información, orientación y consejería de manera individualizada durante las consultas y emisión de mensajes colectivos dirigidos a los integrantes de entre 15 y 60 años de las familias beneficiarias de acuerdo a la edad, sexo y evento de vida ampliando y reforzando los conocimientos y prácticas para el autocuidado de la salud.

Con el objeto de asegurar la aplicación y efectividad del presente Convenio Específico, las partes se sujetarán a lo establecido en sus Cláusulas y sus correspondientes anexos, al contenido de "EL ACUERDO MARCO", en las Reglas de Operación vigentes publicadas en el Diario Oficial de la Federación, así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA.- Para la realización de las acciones objeto del presente instrumento, el Ejecutivo Federal transferirá a "LA ENTIDAD" recursos presupuestarios federales hasta por la cantidad de \$14'082,737.00 catorce millones ochenta y dos mil setecientos treinta y siete pesos 00/100 con cargo al presupuesto de "LA SECRETARIA", de acuerdo con los plazos y calendario que se precisan en el Anexo 2 el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de este instrumento.

El mecanismo de transferencia de recursos deberá llevarse a cabo de conformidad con las Reglas de Operación vigentes y demás disposiciones aplicables.

Los recursos a que se refiere el párrafo anterior, se radicarán a través de la Secretaría de Finanzas y de Administración de "LA ENTIDAD", en la cuenta bancaria productiva específica que ésta establezca para tal efecto, en forma previa a la entrega de los recursos, en la institución de crédito bancaria que la misma determine, informando de ello a "LA SECRETARIA", con la finalidad de que los recursos transferidos y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados, de conformidad con lo establecido en el artículo 82 fracción IX de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. Al efecto, la Secretaría de Finanzas y de Administración, expedirá el recibo que se adjunta al presente como Anexo 4, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Especifico forma parte integrante de este instrumento.

Los recursos Federales que se transfieran en los términos de este Convenio no pierden su carácter Federal.

Queda expresamente estipulado, que la transferencia presupuestal otorgada en el presente Convenio Especifico no es susceptible de presupuestarse en los ejercicios fiscales siguientes, por lo que no implica el compromiso de transferencias posteriores ni en ejercicios fiscales subsecuentes con cargo a la Federación, para complementar las acciones que pudieran derivar del objeto del presente instrumento, ni de operación inherentes a las obras y equipamiento, ni para cualquier otro gasto administrativo o de operación vinculado con el objeto del mismo.

"LA ENTIDAD" deberá sujetarse a los siguientes parámetros para asegurar la transparencia en la aplicación y comprobación de los recursos federales transferidos:

PARAMETROS

"LA SECRETARIA" verificará, por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, que los recursos presupuestales señalados en la Cláusula Segunda, sean destinados únicamente para la realización del objeto a que se refiere la Cláusula Primera, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal y de acuerdo a los siguientes alcances:

- a) La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, transferirá los recursos presupuestales asignados a "LA ENTIDAD" a efecto de que sean aplicados específicamente para la realización de las estrategias específicas del componente de salud establecidas en las Reglas de Operación del Programa y conceptos citados en la Cláusula Primera del presente instrumento, sin intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice "LA ENTIDAD" para cumplir con el objeto del presente instrumento.
- b) La Comisión Nacional de Protección Social en Salud practicará visitas de acuerdo al programa convenido para este fin con "LA ENTIDAD", a efecto de observar el cumplimiento del presente convenio y sus anexos, solicitando a "LA ENTIDAD", que sustente y fundamente la aplicación de los recursos, citados en la Cláusula Segunda del presente instrumento, a través de los indicadores establecidos para el componente salud en las Reglas de Operación del Programa e informará sobre el ejercicio de dichos recursos.

Los documentos que comprueben el ejercicio de los recursos, deberán reunir los requisitos que enuncian los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, y en su caso, "LA SECRETARIA" solicitará la documentación que ampare la comprobación antes mencionada.

- c) La Comisión Nacional de Protección Social en Salud aplicará las medidas que procedan de acuerdo con la normatividad aplicable e informará a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de "LA SECRETARIA" y ésta a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el caso o casos en que los recursos presupuestales no hayan sido aplicados por "LA ENTIDAD" para los fines objeto del presente convenio de conformidad con el Anexo 1 del mismo, o bien, en contravención a sus Cláusulas, ocasionando como consecuencia, la suspensión de la ministración de recursos a "LA ENTIDAD", en términos de lo establecido en las Reglas de Operación vigentes, así como en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".
- b) Los recursos presupuestales que se comprometen transferir mediante el presente instrumento, estarán sujetos a la disponibilidad presupuestaria y a las autorizaciones correspondientes, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables y de acuerdo con el calendario que para tal efecto se establezca.

TERCERA.- OBJETIVOS E INDICADORES DE DESEMPEÑO Y SUS METAS.- Los recursos presupuestales que transfiere el Ejecutivo Federal por conducto de "LA SECRETARIA" a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio se aplicarán al Programa a que se refiere la Cláusula Primera del mismo, los cuales tendrán los objetivos e indicadores del desempeño que a continuación se mencionan:

OBJETIVOS: Otorgar el componente de salud del Programa a las familias beneficiarias, conforme a la normatividad establecida en las Reglas de Operación vigentes.

INDICADORES DEL DESEMPEÑO: Familias beneficiarias que están en control en los servicios de salud.

METAS: 95% de las familias en control.

Lo anterior, con base en el Anexo 3, que corresponde a la ficha técnica.

CUARTA.- APLICACION.- Los recursos presupuestarios federales que transfiere el Ejecutivo Federal a que alude la Cláusula Segunda de este Instrumento, se destinarán en forma exclusiva a lo que se refiere la Cláusula Primera del presente convenio y de acuerdo con el Anexo 1.

Dichos recursos no podrán traspasarse a otros conceptos de gasto y se registrarán conforme a su naturaleza, como gasto corriente o gasto de capital.

Los recursos presupuestarios federales que se transfieren, una vez devengados y conforme avance el ejercicio, deberán ser registrados por "LA ENTIDAD" en su contabilidad de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables y se rendirán en su Cuenta Pública, sin que por ello pierdan su carácter federal.

Los rendimientos financieros que generen los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda de este Convenio, deberán destinarse al Programa previsto en la Cláusula Primera.

QUINTA.- GASTOS ADMINISTRATIVOS.- Los gastos administrativos quedan a cargo de "LA ENTIDAD".

SEXTA.- OBLIGACIONES DE "LA ENTIDAD".- "LA ENTIDAD" adicionalmente a los compromisos establecidos en "EL ACUERDO MARCO", se obliga a:

- I. Aplicar los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda de este instrumento en el Programa establecido en la Cláusula Primera del mismo, sujetándose a los objetivos e indicadores de desempeño y sus metas previstos en la Cláusula Tercera de este Instrumento, por lo que se hace responsable del uso, aplicación y destino de los citados recursos.
- II. Entregar trimestralmente por conducto de la Secretaría de Finanzas y de Administración a "LA SECRETARIA", a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la relación detallada sobre las erogaciones del gasto elaborada por la unidad ejecutora (definida en la Cláusula Cuarta, fracción III de "EL ACUERDO MARCO") y validada por la propia Secretaría de Finanzas y Administración, en términos de lo que establecen las Reglas de Operación vigentes.

Asimismo, se compromete a mantener bajo su custodia, a través de la Secretaría de Finanzas y de Administración, la documentación comprobatoria original de los recursos presupuestarios federales erogados, hasta en tanto la misma le sea requerida por "LA SECRETARIA" y, en su caso por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y/o los órganos fiscalizadores competentes de la Secretaría de la Función Pública, así como la información adicional que estas últimas le requieran, de conformidad, con las Reglas de Operación vigentes.

La documentación comprobatoria del gasto de los recursos federales objeto de este Convenio, deberá cumplir con los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones federales aplicables, como son los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, deberán expedirse a nombre de "LA ENTIDAD", estableciendo domicilio, RFC, conceptos de pago, etc.
- III. Ministran los recursos presupuestarios federales que se refiere el presente instrumento, a la unidad ejecutora, a efecto que estos últimos estén en condiciones de iniciar las acciones para dar cumplimiento al objeto que hace referencia la Cláusula Primera de este Convenio, en un plazo no mayor a 3 días hábiles, contados a partir de la formalización de este instrumento.
- IV. Informar, a los 10 días hábiles siguientes a la terminación del trimestre de que se trate, a "LA SECRETARIA" a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, del avance programático presupuestario y físico financiero del Programa previsto en este Instrumento.
- V. Reportar y dar seguimiento trimestralmente, sobre el avance en el cumplimiento de objetivos e indicadores de desempeño y sus metas, previstos en la Cláusula Tercera de este Convenio, así como el avance y, en su caso, resultados de las acciones que lleve a cabo de conformidad con este Instrumento.
- VI. Informar a "LA SECRETARIA" sobre el avance de las acciones respectivas y, en su caso, la diferencia entre el monto de los recursos transferidos y aquellos erogados, así como los resultados de las evaluaciones que se hayan realizado.
- VII. Mantener actualizados los indicadores para los resultados de los recursos transferidos, así como evaluar los resultados que se obtengan con los mismos.
- VIII. Con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, establecer medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos e insumos transferidos.

- IX. Informar sobre la suscripción de este Convenio, al órgano técnico de fiscalización de la legislatura local en "LA ENTIDAD".
- X. Los recursos humanos que requiera para la ejecución del objeto del presente instrumento, quedarán bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, y no existirá relación laboral alguna entre éstos y "LA SECRETARIA", por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.
- XI. Publicar en el órgano de difusión oficial de la localidad, dentro de los quince días hábiles posteriores a su formalización, el presente instrumento.
- XII. Difundir en su página de Internet el Programa financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento, incluyendo los avances y resultados físicos y financieros, en los términos de las disposiciones aplicables.

SEPTIMA.- OBLIGACIONES DEL EJECUTIVO FEDERAL.- El Ejecutivo Federal, a través de "LA SECRETARIA" se obliga a:

- I. Transferir los recursos presupuestarios federales a que se refiere la Cláusula Segunda, párrafo primero, del presente Convenio de acuerdo con los plazos y calendario establecidos que se precisan en el Anexo 2 de este Instrumento.
- II. Verificar que los recursos presupuestales que en virtud de este instrumento se transfieran, serán aplicados únicamente para la realización del objeto al cual son destinados, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal.
- III. Abstenerse de intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos, convenios o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice "LA ENTIDAD" para cumplir con el objeto para el cual son destinados los recursos presupuestales federales transferidos.

Practicar visitas, solicitar la entrega de la documentación e información que permita observar el cumplimiento del presente convenio y sus anexos, solicitando a "LA ENTIDAD", que sustente y fundamente la aplicación de los recursos citados en la Cláusula Segunda del presente instrumento, en términos de lo que establecen las Reglas de Operación vigentes, que sustenten y fundamenten la aplicación de los recursos a "LA ENTIDAD", a través de las instancias competentes.

La documentación comprobatoria del gasto de los recursos federales que se transfieren, deberá cumplir con los requisitos fiscales que señala la normatividad vigente, misma que deberá expedirse a nombre de "LA ENTIDAD", estableciendo domicilio, Registro Federal de Contribuyentes, conceptos de pago, etc.

- IV. Aplicar las medidas que procedan de acuerdo con la normatividad aplicable e informar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública Federales, a la Auditoría Superior de la Federación y a la Secretaría de Contraloría en el ámbito estatal, el caso o casos en que los recursos presupuestales no hayan sido aplicados por "LA ENTIDAD" para los fines que en este instrumento se determinan, ocasionando como consecuencia la suspensión de la ministración de recursos a "LA ENTIDAD", en términos de lo establecido en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".
- V. Informar en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y en los demás informes que sean requeridos, sobre la aplicación de los recursos transferidos con motivo del presente Convenio Específico.
- VI. Dar seguimiento trimestralmente, en coordinación con "LA ENTIDAD", sobre el avance en el cumplimiento del objeto del presente instrumento.
- VII. Los recursos humanos que requiera para la ejecución del objeto del presente instrumento, quedarán bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, y no existirá relación laboral alguna entre éstos y "LA ENTIDAD", por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.
- VIII. El control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios que en virtud de este instrumento serán transferidos, corresponderá a "LA SECRETARIA", a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública, y a la Auditoría Superior de la Federación, sin perjuicio de las acciones de vigilancia, control y evaluación que, en coordinación con la Secretaría de la Función Pública, realice el órgano de control de "LA ENTIDAD".
- IX. Con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, establecer medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos e insumos transferidos.

- X. Informar sobre la suscripción de este Convenio, a la Auditoría Superior de la Federación.
- XI. Publicar en el Diario Oficial de la Federación, dentro de los quince días hábiles posteriores a su formalización, el presente instrumento.
- XII. Difundir en su página de Internet el Programa financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento, incluyendo los avances y resultados físicos y financieros, en los términos de las disposiciones aplicables.

OCTAVA.- ACCIONES DE VIGILANCIA, INSPECCION, CONTROL Y EVALUACION.- Las partes convienen que en términos de lo establecido en el artículo 82 fracciones IX, XI y XII de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, "LA ENTIDAD" destinará un monto equivalente al uno al millar del monto total de los recursos transferidos para la fiscalización de los mismos, a favor del órgano técnico de fiscalización de la legislatura de "LA ENTIDAD".

NOVENA.- VIGENCIA.- El presente Convenio comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción por parte de "LA SECRETARIA" y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2009, debiéndose publicar en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de "LA ENTIDAD" dentro de los 15 días hábiles posteriores a su formalización.

DECIMA.- RECURSOS FEDERALES NO DEVENGADOS.- Las partes acuerdan que los remanentes o saldos disponibles de los recursos presupuestarios federales en la cuenta bancaria productiva específica a que se refiere la Cláusula Segunda de este Convenio, se reintegrarán a la Tesorería de la Federación, de conformidad con lo establecido en el artículo 224 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

DECIMA PRIMERA.- MODIFICACIONES AL CONVENIO.- Las partes acuerdan que el presente Convenio podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma y deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de "LA ENTIDAD" posteriormente a su formalización.

En caso de contingencias para la realización del Programa previsto en este Instrumento, ambas partes acuerdan tomar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas contingencias. En todo caso, las medidas y mecanismos acordados serán formalizados mediante la suscripción del convenio modificatorio correspondiente.

DECIMA SEGUNDA.- CAUSAS DE TERMINACION.- El presente Convenio Específico podrá darse por terminado cuando se presente alguna de las siguientes causas:

- I. Por estar satisfecho el objeto para el que fue celebrado.
- II. Por acuerdo de las partes.
- III. Por caso fortuito o fuerza mayor.

DECIMA TERCERA.- CAUSAS DE RESCISION.- El presente Convenio Específico podrá rescindirse por las siguientes causas:

- I. Cuando se determine que los recursos presupuestarios federales se utilizaron con fines distintos a los previstos en el presente instrumento, o
- II. Por el incumplimiento de las obligaciones contraídas en el mismo.

Casos en los cuales se procederá en términos de lo establecido en las Reglas de Operación vigentes y en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".

DECIMA CUARTA.- CLAUSULAS QUE SE TIENEN POR REPRODUCIDAS.- Dado que el presente Convenio Específico se deriva de "EL ACUERDO MARCO" a que se hace referencia en el apartado de antecedentes de este instrumento, las Cláusulas establecidas en "EL ACUERDO MARCO" se tienen por reproducidas para efectos de este instrumento como si a la letra se insertasen y serán aplicables en todo aquello que no esté expresamente establecido en el presente documento.

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Convenio, lo firman por cuadruplicado.- Por la Entidad a los cinco días del mes de enero de dos mil nueve.- Por la Secretaría a los cinco días del mes de enero de dos mil nueve.- Por la Secretaría: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Daniel Karam Toumeh**.- Rúbrica.- El Director General de Financiamiento, **Carlos Gracia Nava**.- Rúbrica.- La Directora General del Programa Oportunidades, **Manett Rocío Vargas García**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Secretario de Finanzas y de Administración, **Carlos Emilio Contreras Galindo**.- Rúbrica.- La Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud de Durango, **Elvia Engracia Patricia Herrera Gutiérrez**.- Rúbrica.- La Secretaria de Contraloría y Modernización Administrativa, **María de Lourdes Nevárez Herrera**.- Rúbrica.

**COMISION NACIONAL DE PROTECCION
SOCIAL EN SALUD
Dirección General del
Programa Oportunidades**

ANEXO 1

	CRITERIOS GENERALES PARA LA ELABORACION DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL; SEGUIMIENTO Y COMPROBACION DE LOS RECURSOS DEL COMPONENTE SALUD DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES
	Febrero 2009

INDICE

- I. Presentación
- II. Introducción
- III. Criterios Generales
- IV. Alcances
- V. Integración del Programa Operativo Anual
 - a) Paquete básico de servicios de salud
 - b) Capacitación al personal de los servicios de salud
 - c) Supervisión dirigida a la operación y desarrollo del programa
 - d) Acreditación de unidades de salud
 - e) Trabajo Comunitario
 - i. Talleres Comunitarios
 - ii. Equipos itinerantes de salud
 - iii. Auxiliares de Salud
 - f) Complemento Alimenticio
- VI. Transferencia, Seguimiento y Control de los Recursos
- VII. Comprobación de los Recursos

I. Presentación

La transferencia de los recursos para la operación y desarrollo del Componente de Salud y Alimentación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, están bajo la responsabilidad de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud a través de la Dirección General del Programa Oportunidades, la cual establece los criterios técnicos y administrativos para la programación, distribución, ejercicio y comprobación de los recursos presupuestales. Asimismo, determina las estrategias para el seguimiento, control y supervisión de la operación del Programa con base en las Reglas de Operación vigentes.

Este presupuesto va dirigido a cubrir la operación del Programa bajo las estrategias específicas establecidas en las Reglas de Operación 2009:

- a) Proporcionar de manera gratuita el Paquete Básico Garantizado de Salud, el cual constituye un beneficio irreductible, con base en las cartillas de salud, de acuerdo con la edad, sexo y evento de vida de cada persona;
- b) Promover la mejor nutrición de la población beneficiaria, en especial, prevenir y atender la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas o en lactancia, la vigilancia y el monitoreo de la nutrición de los niños menores de cinco años, de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, el control de los casos de desnutrición y la educación alimentario-nutricional;

- c) Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud de las familias beneficiarias y de la comunidad, mediante la comunicación educativa en salud, priorizando la educación alimentaria nutricional, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Este documento será el marco de referencia que permita identificar las bases que faciliten la elaboración del POA, así como el inicio de la estructuración de un proceso sistematizado y transparente. En él se señalan los criterios generales, los alcances, la normatividad del ejercicio del gasto y la forma de la comprobación de los recursos así como el desglose de los proyectos, criterios generales, capítulo, concepto y partida de gasto de acuerdo con el "Clasificador por Objeto del Gasto vigente".

II. Introducción

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud a través de la Dirección General del Programa Oportunidades tiene a su cargo la coordinación del Componente de Salud y Alimentación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el cual, es una de las estrategias de la política social del Gobierno Federal que promueve acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación de las familias que viven en condiciones de pobreza extrema. Las acciones del Programa se ubican en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y en particular en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el cual tiene los siguientes objetivos:

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

Los presentes criterios tienen como finalidad apoyar a las entidades federativas en la elaboración de su Programa Operativo Anual (POA), con el objeto de establecer el vínculo entre el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades dentro de un proceso de planeación, programación, presupuestación y evaluación orientado al logro de resultados y de un sistema de evaluación del desempeño.

Con los criterios para la programación, control y seguimiento del presupuesto, se pretende tener un mejor y mayor control del presupuesto, medir el grado de avance y la orientación de los recursos financieros, conocer las distintas etapas de consolidación de los mismos, precisar las interrelaciones que se establecen entre sí, y la forma en que dichos recursos se potencian con otros programas (Seguro Popular, Seguro Médico para una Nueva Generación, Caravanas de la Salud, entre otros.), con la finalidad de evitar la duplicidad en la asignación de recursos y de que las familias pobres puedan superar su condición.

Todo ello, con base a las Reglas de Operación del Programa Oportunidades y de conformidad a la Ley y Reglamento General de Salud, al artículo 31 del Presupuesto de Egresos de la Federación PEF 2009, a los lineamientos establecidos en materia de programación-presupuestación emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud SSA, a la Ley y Reglamento de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, al Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal, y a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público; y demás disposiciones aplicables vigentes.

III. Criterios Generales

1. De conformidad con el artículo 31 del PEF 2009, los recursos del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades no podrán ser traspasados a otros Programas.
2. El presupuesto del Componente Salud, incluyendo los recursos del ejercicio centralizado, se transferirá bimestralmente a los proveedores de los servicios de salud: Servicios Estatales de Salud, IMSS Oportunidades e IMSS Régimen Obligatorio.
3. La base para el cálculo del monto a transferir es una cuota por familia atendida, esta cuota es establecida por el sector salud y aprobada por el Comité Técnico de la Coordinación Nacional del Programa Oportunidades.
4. Con base al artículo 31 del PEF 2009, el programa mantendrá una cobertura de cinco millones de familias beneficiarias, y con el objeto de que se favorezca la atención de familias, se utilizará como base para la asignación presupuestal el padrón activo del bimestre septiembre-octubre del año anterior.

5. Los recursos correspondientes al complemento alimenticio, serán estimados por la SSA y transferidos en especie a los proveedores de servicios de salud: Servicios Estatales de Salud, IMSS Oportunidades e IMSS Régimen Obligatorio.
6. Los Servicios Estatales de Salud deberán observar lo establecido en los presentes criterios para la elaboración de su POA.
7. La base para la elaboración del POA de cada entidad federativa será el presupuesto para gastos de operación en las entidades federativas, determinado por la Dirección General del Programa Oportunidades, de acuerdo al número de familias, a la cápita por familia y a los ajustes del presupuesto autorizado y publicado en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2009.
8. El POA, deberá focalizar sus acciones en las siguientes estrategias:
 - a. Otorgamiento del Paquete Básico de Servicios de Salud;
 - b. Capacitación al personal de los Servicios Estatales de Salud;
 - c. Supervisión dirigida a la operación y desarrollo del Programa;
 - d. Acreditación de Unidades de Salud (Equipamiento, priorizando casas de salud, así como centros de salud);
 - e. Trabajo Comunitario
 - i. Talleres Comunitarios
 - ii. Equipos itinerantes de Salud
 - iii. Auxiliares de Salud
 - f. Complemento Alimenticio.
9. El POA deberá tener una total congruencia con la normatividad siguiente:
 - a. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012;
 - b. Programa Nacional de Salud 2007-2012;
 - c. Ley y Reglamento General de Salud;
 - d. Presupuesto de Egresos de la Federación 2009;
 - e. Reglas de Operación del Programa Oportunidades 2009;
 - f. Ley y Reglamento Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria;
 - g. Manual de Normas Presupuestarias.
10. Los recursos programados a través del POA deberán tener una clara incidencia en el cumplimiento de los indicadores de evaluación e impacto establecidos en las Reglas de Operación del Programa Oportunidades.

Asimismo, en la conformación del POA, deberá tomarse en consideración la optimización en las coincidencias (procesos y partidas) que existan entre el Programa Oportunidades con otros Programas tales como: Seguro Popular, Seguro Médico para una Nueva Generación, Caravanas de la Salud, entre otros, con la finalidad de evitar la duplicidad en la asignación de recursos a los mismos proyectos.
11. Las acciones emprendidas con recursos asignados en el POA, serán sujetas de seguimiento, supervisión, comprobación y evaluación, particularmente todas aquellas que se complementen con el Seguro Popular, el Seguro Médico para una nueva Generación y el Programa Caravanas de la Salud.
12. El Programa Operativo Anual deberá presentarse en los formatos correspondientes emitidos por la Dirección General del Programa Oportunidades.
13. Los Servicios Estatales de Salud presentarán su propuesta de plantilla para la contratación de personal en la entidad, con recursos del capítulo 4000, a la Dirección General del Programa Oportunidades para su registro y en su caso autorización, durante la elaboración de su POA.
14. La responsabilidad de la selección y contratación del personal será de los Servicios Estatales de Salud, previa autorización de la Dirección General del Programa Oportunidades.

15. En caso de tener vacantes en la plantilla o modificaciones, los Servicios de Estatales de Salud deberán notificar a la Dirección General, dichos cambios con la finalidad de mantener vigentes los registros de datos.
16. La Dirección General del Programa Oportunidades y la Dirección General de Financiamiento, así como los Servicios Estatales de Salud, deberán instrumentar los registros y controles específicos que aseguren la correcta aplicación de los recursos destinados al Programa Oportunidades, de conformidad a las Disposiciones establecidas en el presente convenio.
17. La Dirección General del Programa Oportunidades y la Dirección General de Financiamiento, así como los Servicios Estatales de Salud para la elaboración del POA, deberán consultar el Clasificador por Objeto de Gasto para la Administración Pública Federal vigente, emitido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
18. La Dirección General del Programa Oportunidades a través de su Dirección de Programación, revisará que los POA's se apeguen a los lineamientos técnicos y a la normatividad descrita anteriormente, y en su caso, hará los comentarios y observaciones correspondientes a los Servicios Estatales de Salud, a fin de que éstos sean aprobados.

IV. INTEGRACION DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL

Para el ejercicio de programación-presupuestación correspondiente al 2009, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ha solicitado a las dependencias y entidades, formular el presupuesto de sus Programas con base a un Presupuesto Basado en Resultados, el cual deberá estar orientado al logro de objetivos y metas vinculados con los del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, y que éstos se midan a través de indicadores, con el objeto de mejorar la calidad del gasto público federal y la rendición de cuentas.

Por lo anterior, los Servicios Estatales de Salud en términos de asignación presupuestal, deberán asignar el presupuesto al cumplimiento de las siguientes acciones:

- ◆ Otorgamiento del Paquete Básico de Servicios de Salud a los beneficiarios del Programa Oportunidades;
- ◆ Capacitación del recurso humano en contacto con las familias Oportunidades;
- ◆ Supervisión dirigida a la operación del Programa;
- ◆ Acreditación de Unidades de Salud prestadoras de servicios a los beneficiarios del programa Oportunidades;
- ◆ Trabajo Comunitario
 - i. Talleres Comunitarios
 - ii. Equipos Itinerantes de salud
 - iii. Auxiliares de Salud
- ◆ Otorgamiento del Complemento Alimenticio.

Esta propuesta propicia un modelo para la asignación de recursos a través de partidas presupuestarias tendientes a elevar la eficacia y eficiencia del Programa Oportunidades en cada entidad federativa, y establecer una dinámica organizacional orientada a resultados. Las entidades federativas, en su caso, deberán considerar recursos necesarios en los 125 municipios de menor índice de desarrollo humano, con el propósito de fortalecer y extender la red de servicios de salud y poder atender a la población más dispersa y marginada del país.

a) PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD

Cada una de las estrategias consideradas en el PBSS, responde en los términos del Título Tercero de la Ley General de Salud, a las materias prioritarias de la salubridad general: la atención médica en beneficio de los grupos vulnerables, la atención materno-infantil, planificación familiar, la orientación y vigilancia en materia de nutrición, al saneamiento básico como medida de prevención y control de enfermedades transmisibles, padecimientos crónicos-degenerativos y accidentes, así como a la promoción e impulso de la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

CRITERIOS

1. Los medicamentos programados para ser adquiridos, deberán estar considerados en el Cuadro básico del Programa Oportunidades.
2. Personal de Honorarios (capítulo 4000). Este personal, al igual que el personal del capítulo 1000, tienen bajo su responsabilidad directa la coordinación y ejecución del Programa para garantizar la aplicación del PBSS en las comunidades y cumplir con las metas programadas (Equipos de Salud Itinerantes ESI's, Núcleos Básicos y Equipos de Supervisión, entre otros).
3. En el caso de programar la adquisición de hardware, deberán ser utilizados para impactar estrategias específicas que contribuyan a mejorar la atención de las familias, a través de la certificación electrónica, el expediente electrónico, el Seguro Popular de Salud y el Seguro Médico para una nueva Generación.

IDENTIFICACION DE PARTIDAS

- 1201 Honorarios
- 2504 Medicinas y productos farmacéuticos
- 2505 Materiales, accesorios y suministros médicos
- 2602 Combustibles, lubricantes y aditivos *
- 3503 Mantenimiento y conservación de maquinaria y equipo *
- 4105 Subsidios a la prestación de servicios públicos (Auxiliares de Salud)
- 5101 Mobiliario
- 5102 Equipo de administración
- 5206 Bienes informáticos
- 5401 Equipo médico y de laboratorio
- 5402 Instrumental médico y de laboratorio
- 2101 Materiales y útiles de oficina
- 2102 Material de limpieza
- 2106 Materiales y útiles para el procesamiento en equipos y bienes Informáticos
- 3502 Mantenimiento y conservación de bienes informáticos

2. CAPACITACION

La capacitación se concibe como el proceso de enseñanza aprendizaje en el que el personal institucional y comunitario adquiere los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para llevar a cabo las funciones correspondientes para instrumentar y aplicar el PBSS. Esta constituye el eje que cruza todo el proceso de ejecución y operación del Programa, para lograr la eficiencia, unidad de criterios y la calidad necesaria. Por lo que la capacitación debe efectuarse en forma programada, sistemática y continua.

CRITERIOS

1. Las entidades elaborarán el calendario de capacitación tomando en consideración dos momentos básicos en este proceso; el primero en marzo/abril y el segundo agosto/septiembre, según aplique este último en los estados puede realizarse en este bimestre. Para el caso del primero se denominará Segunda Semana de Capacitación y para el caso del segundo, Tercera Semana de Capacitación.
2. Para efectos del desarrollo de estas capacitaciones, el estado se basará en los lineamientos que para ello genere la Dirección General del Programa Oportunidades.
3. El diseño de esta estrategia, deberá estar dirigida para los diferentes bloques de perfiles de recursos humanos que tienen contacto con las familias Oportunidades, desde auxiliares de salud, enfermeras, doctores, trabajadores sociales, hasta niveles gerenciales en los Servicios de Salud de las entidades federativas.
4. Los estados que no ejercieron el recurso para la primera semana de capacitación, este recurso, deberá ser utilizado para la Segunda Semana.
5. Esta capacitación deberá estar dirigida para afrontar temas de impacto en el Programa Oportunidades
6. Garantizar espacios dignos y materiales de calidad para el desarrollo de las tareas de capacitación.

IDENTIFICACION DE PARTIDAS

- 2101 Materiales y útiles de oficina
- 2102 Material de limpieza
- 2103 Material de apoyo informativo
- 2108 Materiales y suministros para planteles educativos (actividades de capacitación)
- 2602 Combustibles, lubricantes y aditivos para vehículos terrestres
- 3305 Servicios para capacitación a servidores públicos
- 3804 Congresos y Convenciones
- 3808 Pasajes nacionales para labores en campo y de supervisión
- 3814 Viáticos nacionales para labores en campo y de supervisión

3. SUPERVISION DIRIGIDA A LA OPERACION DEL PROGRAMA

La supervisión tiene como propósito verificar que las acciones en salud se efectúen con la oportunidad y calidad necesaria, a través de un proceso continuo cuyas actividades nos permiten instrumentar, en su caso, ajustes en la operación del Programa, con la finalidad de cumplir con los objetivos y metas establecidos.

Con la vigilancia en la operación del Programa se asegura la disponibilidad y suficiencia de los recursos humanos, materiales y financieros, así como su aprovechamiento racional, ya que están vinculadas con los indicadores de salud y puntos centinela, los cuales se ven fortalecidos en el proceso de supervisión.

CRITERIOS

1. Fortalecer las acciones y los materiales que utilizan los equipos de supervisión, para facilitar las tareas de detectar problemáticas, proponer soluciones de forma oportuna identificando áreas de oportunidad y con ello aplicar la mejora continua en los procesos de la atención de las familias Oportunidades.

IDENTIFICACION DE PARTIDAS

- Capítulo 1000 y 4000 "Recursos Humanos"
- 2301 Refacciones, accesorios y herramientas
- 2602 Combustibles, lubricantes y aditivos para vehículos terrestres
- 3503 Mantenimiento y conservación de maquinaria y equipo
- 3808 Pasajes nacionales para labores en campo y de supervisión
- 3814 Viáticos nacionales para labores en campo y de supervisión
- 5206 Bienes informáticos

4. ACREDITACION DE UNIDADES

La inversión incluye acciones destinadas a fortalecer el equipamiento de las Unidades de Salud del primer nivel de atención incluidas en el Programa, considerando de manera prioritaria el mejoramiento integral de las Casas de Salud, ESI's y en su caso, Centros de Salud, mediante el equipamiento e instrumental médico y de laboratorio, así como del mobiliario, equipo de cómputo y administrativo básico. Estas acciones de reforzamiento a las unidades de salud, permitirá elevar la calidad de la atención a las familias beneficiarias y contribuir en la estrategia Nacional de acreditación de las unidades de salud, así como apoyar la certificación electrónica, según donde proceda de acuerdo con la alineación de recursos en la entidad.

Por lo anterior, es necesario que los estados realicen un diagnóstico de la situación de las unidades de salud, de las jurisdicciones y de los almacenes centrales, con ello se pretende definir, regular y agilizar la disposición de equipos en las unidades de salud y superar los principales problemas de equipamiento. Evitando duplicidades, y para ello deberán realizar estas acciones de forma coordinada y alineada con las áreas de planeación estatales.

CRITERIOS

1. Con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad en la atención y fortalecer las tareas del recurso humano ubicado en las unidades de salud que atienden familias oportunidades y contribuir a dotar el paquete básico de servicios de salud de Oportunidades, la entidad deberá considerar acciones básicas de equipamiento de Centros de Salud y Casas de Salud.

2. Considerar en este apartado dotar de equipo básico al personal de salud incluyendo a las auxiliares de salud que desarrollan sus labores en los equipos itinerantes de salud, casas de salud y centros de salud, a donde acuden las familias oportunidades; contribuyendo con ello a mejorar la calidad en la atención.
3. Integrar la dotación de uniformes para el personal comunitario de salud que labora para el Programa Oportunidades.

IDENTIFICACION DE PARTIDAS

- 2701 Vestuario, uniformes y blancos
- 5101 Mobiliario
- 5102 Equipo de administración
- 5206 Bienes informáticos
- 5401 Equipo médico y de laboratorio
- 5402 Instrumental médico y de laboratorio

5. TRABAJO COMUNITARIO

El trabajo comunitario, integra Talleres Comunitarios, Equipos itinerantes de salud (ESI's) y Auxiliares de salud, proyectos que en el POA, buscan impactar en el recurso humano de salud, facilitando su trabajo dirigido a la atención de las familias Oportunidades principalmente, y mejorando la calidad y la calidez en los servicios e impactando en la salud de los beneficiarios.

a) Talleres Comunitarios

CRITERIOS

1. Considerar los recursos materiales e insumos necesarios para el desarrollo de los talleres
2. Integrar la adquisición de equipo básico para dignificar a la población en el desarrollo de los talleres (mesas, sillas, televisiones y reproductores de video de VHS y DVD)
3. Considerar arrendamiento de vehículos para el traslado de la población a las localidades en las que se desarrollan los talleres comunitarios
4. Considerar viáticos y pasajes, de capacitadores a las localidades en donde se desarrollen acciones específicas de capacitación.

IDENTIFICACION DE PARTIDAS

- 2101 Materiales y útiles de oficina
- 2102 Material de limpieza
- 2103 Material de apoyo informativo
- 2108 Materiales y suministros para planteles educativos
- 2303 Utensilios para el servicio de alimentación (demostraciones en temas de nutrición)
- 3808 Pasajes nacionales para labores en campo y de supervisión
- 3814 Viáticos nacionales para labores en campo y de supervisión
- 5101 Mobiliario (tomando en consideración en promedio el número de familias por taller)

b) Equipos itinerantes de salud

Estos equipos tienen bajo su responsabilidad una microrregión en la que atienden casos de enfermedad de mayor complejidad, realizan acciones de prevención y promoción individuales y comunitarias, derivadas del PBSS, en conjunto con las Auxiliares de Salud, a quienes asesoran, supervisan y capacitan durante su recorrido. La actividad prioritaria de estos vehículos debe ser la atención de las familias beneficiarias del Programa Oportunidades.

CRITERIOS

1. No se realizará con Recursos de Oportunidades la compra de nuevos vehículos
2. Para los casos de vehículos existentes se deberá considerar acciones de mantenimiento

3. Como parte de la dignificación de los recursos humanos, se podrá dotar de uniformes y ropa complementaria apropiados a los tipos de clima de la región en la que desarrollen sus labores
4. Considerar el equipamiento médico y mecánico

IDENTIFICACION DE PARTIDAS

- 2301 Refacciones, accesorios y herramientas
- 2602 Combustibles, lubricantes y aditivos para vehículos terrestres
- 2701 Vestuario, uniformes y blancos
- 2702 Prendas de protección personal
- 3503 Mantenimiento y conservación de maquinaria y equipo
- 3808 Pasajes nacionales para labores en campo y de supervisión
- 3814 Viáticos nacionales para labores en campo y de supervisión
- 5206 Bienes informáticos
- 5303 Vehículos destinados a servicios públicos y a la operación de programas públicos
- 5401 Equipo médico y de laboratorio
- 5402 Instrumental médico y de laboratorio

c) Auxiliares de Salud

Las Auxiliares de Salud Comunitarias constituyen el agente principal en el trabajo comunitario y el primer contacto con las familias incorporadas al Programa Oportunidades, su deber consiste en impulsar una cultura de salud a partir de las acciones de promoción y prevención, así como de atender los problemas de salud sencillos en el entorno comunitario.

CRITERIOS

1. Dotar del equipo y uniformes para fortalecer su presencia y sus funciones dentro de la comunidad
2. Incluir materiales e insumos para contribuir en la mejora continua de sus labores en la comunidad
3. Considerar el equipamiento de casas de salud
4. Integrar el medicamento para las casas de salud de conformidad con el cuadro básico del Programa Oportunidades.

IDENTIFICACION DE PARTIDAS

- 2504 Medicinas y productos farmacéuticos
- 2505 Materiales, accesorios y suministros médicos
- 2701 Vestuario, uniformes y blancos
- 2702 Prendas de protección personal
- 4105 Subsidios a la prestación de servicios públicos (Auxiliares de Salud)
- 5303 Vehículos destinados a servicios públicos y a la operación de programas públicos
- 5401 Equipo médico y de laboratorio
- 5402 Instrumental médico y de laboratorio

6. COMPLEMENTO ALIMENTICIO

Con relación al complemento alimenticio, este no es un sustituto de la alimentación, tiene por objeto prevenir y atender la desnutrición a menores de 5 años de edad, a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. Una vez entregado el complemento a las instituciones de salud, éstas serán responsables de su manejo hasta su entrega gratuita bimestral de forma personal a la titular beneficiaria.

CRITERIOS

1. Adquisición de tarimas o anaqueles para colocar el Complemento Alimenticio
2. Acciones de mejora en el resguardo, control, registro, entrega, preparación y consumo del complemento alimenticio

VI. Transferencia, Seguimiento y Control de los Recursos

1. El Anexo II de este instrumento identifica la calendarización y la ministración de los recursos autorizados a los Servicios Estatales de Salud.
2. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a través de la Dirección General de Financiamiento, gestionará los recursos aprobados a la cuenta bancaria correspondiente de acuerdo con lo establecido en el presente convenio, de conformidad al calendario de recursos autorizados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
3. Los Servicios Estatales de Salud deberán enviar a la Dirección General de Financiamiento, el recibo de comprobación por los recursos financieros depositados a su cuenta bancaria, los cuales serán aplicados para los gastos de operación del Programa Oportunidades, con base al Formato Recibo para la Aplicación del Gasto.
4. Corresponde a los Servicios Estatales de Salud ejercer de manera transparente y oportuna los recursos transferidos con base a las disposiciones establecidas en el PEF 2009, a las Reglas de Operación vigentes, así como a lo establecido en el presente convenio.
5. Los Servicios Estatales de Salud tendrán la responsabilidad de llevar a cabo los procesos de adquisición de los bienes y servicios necesarios para la ejecución del Programa.
6. Los Servicios Estatales de Salud enviarán a la Dirección General del Programa, Oportunidades, la aplicación de los recursos presupuestales a través de la Dirección de Control y Gestión Presupuestal en el formato de comprobación por partida de gasto denominado, Formato CNPSS-P-001.
7. Los Servicios Estatales de Salud enviarán cada trimestre a la Dirección General del Programa Oportunidades, copia de la comprobación de la nómina del personal contratado por honorarios, para su revisión, control y validación.
8. Los Servicios Estatales de Salud, para la realización de transferencias de recursos entre partidas, deberán presentar su propuesta incluyendo la justificación para el aumento y disminución y solicitar la autorización a la Dirección General del Programa.
9. La Dirección General del Programa Oportunidades, autorizará la transferencia de recursos cuando la afectación presupuestal no modifique la calendarización del presupuesto autorizado y se justifique debidamente.
10. La Dirección General del Programa realizará visitas de supervisión a los Servicios Estatales de Salud, con la finalidad de verificar que se lleve un control de los bienes y equipos adquiridos, que cumplan con las especificaciones solicitadas y sean ubicados y utilizados correctamente para la operación y desarrollo del Programa Oportunidades.
11. Asimismo, revisará y verificará la plantilla y, en su caso, al personal contratado y los periodos de contratación, con la finalidad de que no se vea interrumpida la operación y desarrollo del Programa.

VIII. Comprobación de los Recursos

La transparencia en el destino y asignación de los recursos financieros a los Servicios Estatales de Salud, asegura que los recursos se apliquen exclusivamente en la operación y desarrollo del Programa Oportunidades. Adicional a lo establecido en la normatividad vigente aplicable, las entidades deberán informar a la Comisión el ejercicio de los recursos de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Los recursos asignados a los Servicios Estatales de Salud, por parte del Programa Oportunidades, deberán registrarse contablemente, respaldándose con la documentación correspondiente.
2. El ejercicio de los recursos deberá reportarse de forma mensual a la Dirección General del Programa Oportunidades a través de la Dirección de Control y Gestión Presupuestal, según el formato CNPSS-P001.
3. Los comprobantes que amparen los gastos en que incurran los Servicios Estatales de Salud para la operación y desarrollo del Programa, deberán constar, en original, como soporte a los Informes de Gastos de Comprobación, y estarán a disposición de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para su revisión.

4. Los gastos deberán estar soportados con la documentación que se expida a nombre de los Servicios Estatales de Salud, por la persona física o moral a quien se efectuó el pago. Dicha documentación, deberá cubrir los requisitos a que se refiere el Artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación.
5. Las erogaciones por concepto de gastos en "servicios personales y gastos de operación", deberán clasificarlos a nivel de partida, verificando que la documentación soporte esté autorizada por el funcionario correspondiente. Tales erogaciones deberán ser reportadas en los Informes mensuales de Comprobación de Gastos en los formatos diseñados para tal efecto.
6. Se considerarán como erogaciones por concepto de gastos de operación ordinaria los correspondientes al POA 2009. Cualquier otro concepto que no se refiera al POA, se registrarán con cargo a la cuenta del Estado.
7. Corresponde a la Comisión Nacional a través de la Dirección General del Programa, sellar de recibido cada uno de los formatos que contienen los Informes de Comprobación de gastos. En caso de que a solicitud de la Comisión los Servicios Estatales de Salud anexen a los formatos copias de los comprobantes respectivos, se procederá a sellar y foliar todos y cada uno de los comprobantes remitidos.
8. Para los efectos de recepción y entrega de Informes, éstos se recibirán con la carátula de Comprobación de Gastos del Estado y del mes correspondiente, en la que deberá constar la fecha y hora de recepción y entrega, así como la documentación que se acompañe.
9. Recibidos los Informes de Comprobación de Gastos, la Comisión podrá realizar las siguientes acciones:
 - i. Solicitar a los Servicios Estatales de Salud la documentación necesaria para comprobar la veracidad de lo reportado, y
 - ii. Elaborar durante la revisión las "cédulas de observaciones", las cuales se comunicarán oportunamente a los Servicios Estatales de Salud, para que realice las solventaciones que considere pertinentes.
10. Los Servicios Estatales de Salud podrán elegir entre enviar la documentación solicitada, o enviar personal de apoyo de los Servicios Estatales de Salud, a la Dirección General del Programa, para la revisión y entrega de la documentación comprobatoria. Esta última fijará día y hora para realizar la recepción y designar al personal que lo hará, comunicándolo a los Servicios Estatales de Salud, cuando menos con cinco días hábiles de anticipación.
11. La Dirección General informará a los Servicios Estatales de Salud de los errores y omisiones técnicas que se hayan encontrado durante la revisión de los Informes de Comprobación de Gastos, para su debida aclaración o lo que los Servicios Estatales de Salud convengan.
12. La Dirección General del Programa, coordinará los trabajos de la revisión a través de la Dirección de Programación y el personal de apoyo que se le asigne por parte de los Servicios Estatales de Salud.
13. Los informes de comprobación de gasto de los Servicios Estatales de Salud se presentarán en el formato establecido.
14. Los informes deberán ser presentados debidamente firmados por el o los responsables del Programa de Oportunidades, los primeros 5 días hábiles del mes siguiente.
15. Deberá presentarse un informe por cada mes y especificando por partida de gasto lo ejercido por los Servicios Estatales de Salud en el ámbito de la operación y desarrollo del Programa.
16. Los informes deberán presentarse de forma mensual, aún en el caso que en dicho mes no se hubieran presentado erogaciones presupuestales.
17. Toda omisión en el cumplimiento de estos Criterios por parte de los Servicios Estatales de Salud será sancionada, tomando en cuenta las circunstancias de modo, tiempo y lugar, así como la gravedad de la falta.
18. En última instancia, por el incumplimiento en la entrega mensual de reportes sobre el ejercicio de los recursos, la Dirección General podrá suspender temporalmente la transferencia de recursos para la operación y desarrollo del Programa, en tanto se informa sobre la aplicación de los recursos transferidos con anterioridad.

ANEXO II
COMPONENTE DE SALUD DEL PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES
ESTADO DE DURANGO
CALENDARIZACION DEL PRESUPUESTO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO FISCAL 2009
(pesos)

CONCEPTO	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
HONORARIOS	1,186,713.00	0.00	0.00	232,183.00	92,873.00	92,873.00	92,873.00	92,873.00	92,873.00	92,873.00	92,873.00	92,873.00	211,546.00
GASTOS DE OPERACION	12,896,024.00	0.00	0.00	1,829,335.00	985,165.00	1,187,261.00	1,490,843.00	1,899,655.00	2,048,586.00	1,454,508.00	1,118,476.00	548,347.00	333,848.00
TOTAL	14,082,737.00	0.00	0.00	2,061,518.00	1,078,038.00	1,280,134.00	1,583,716.00	1,992,528.00	2,141,459.00	1,547,381.00	1,211,349.00	641,220.00	545,394.00

Los recursos descritos en el presente calendario deberán ser ministrados a los Servicios Estatales de Salud, de acuerdo con la cláusula sexta inciso III en un plazo no mayor de 3 días hábiles, después de haber sido depositados por la Secretaría en la cuenta productiva de la Tesorería o su equivalente, con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en la cláusula primera del presente instrumento.

COSTO DE LA PLANTILLA DEL PERSONAL CONTRATADOS POR EL ESTADO

RECURSO HUMANO	No. de RECURSOS	COSTO MENSUAL		COSTO ANUAL ^{1/}		COSTO TOTAL
		SUELDO	AGUINALDO	SUELDO	AGUINALDO	
Médicos	4	15,435.40	1,715.04	710,028.40	78,892.04	788,920.44
Aux. Enferm.	4	7,782.90	864.77	358,013.40	39,779.27	397,792.67
TOTAL	8	23,218.30	2,579.81	1,068,041.80	118,671.31	1,186,713.11

^{1/} El costo anual cubre un periodo de 11.5 meses

ANEXO 3
FORMATO DE LA FICHA TECNICA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTADO (Pp)¹					
Ramo administrativo ^{1.1}	012				
Unidad responsable del Pp ^{1.2}	U000				
Clasificación del Pp ^{1.3}	S072				
Denominación del Pp ^{1.4}	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades				
Nombre de la Matriz ^{1.5}	Matriz de Indicadores de Oportunidades				
ALINEACION CON EL PND Y SUS PROGRAMAS ²					
<i>Plan Nacional de Desarrollo ^{2.1}</i>					
Eje de política pública al que contribuye el Pp ^{2.1.1}	3. Igualdad de Oportunidades				
Objetivo de eje de política pública al que contribuye el Pp ^{2.1.2}	Objetivo Estratégico 1 Reducir significativamente el número de mexicanos en condiciones de pobreza con políticas públicas que superen un enfoque asistencialista, de modo que las personas puedan adquirir capacidades y generar oportunidad de trabajo				
<i>Programas del Plan Nacional de Desarrollo ^{2.2}</i>					
Tipo de Programa ^{2.2.1}	Desarrollo Social	Programa ^{2.2.2}	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades		
Objetivo del Programa ^{2.2.3}	Apoyar a las familias que viven en condición de pobreza extrema, con el fin de incrementar las capacidades de sus miembros y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar, a través de opción en educación, salud y alimentación, además de contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo que propician el mejoramiento de sus condiciones socioeconómicas y de calidad de vida.				
<i>Objetivo estratégico de la Dependencia o Entidad ^{2.3}</i>					
Mejorar las condiciones de salud de la población Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas Garantizar que la salud contribuye al combate a la pobreza y al desarrollo social del país					
MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS ³					
<i>Resumen Narrativo ^{3.1}</i>					
Objetivo al que corresponde el indicador ^{3.1.1}	Familias beneficiarias del Programa que cumplieron su coresponsabilidad tuvieron acceso al Paquete Básico Garantizado de Servicios de Salud (PBGSS)	Marque el nivel del objetivo en la MIR ^{3.1.2}	FIN	PROPOSITO	COMPONENTE
				ACTIVIDAD	
Indicador ^{3.2}					
<i>Datos de identificación del indicador ^{3.2.1}</i>					
Orden ^{3.2.1.1}	112.1	Nombre del indicador ^{3.2.1.2}	Porcentaje de familias beneficiarias que están en control en los servicios de salud		
Dimensión del indicador ^{3.2.1.3}	Eficacia	Tipo de indicador para resultados ^{3.2.1.4<}	Gestión		
Definición del indicador ^{3.2.1.5}	Indica el porcentaje de familias beneficiarias registradas que cumplieron con su coresponsabilidad en salud		Relativo		
Método de cálculo ^{3.2.1.7}	Familias beneficiarias en control x 100 / Familias beneficiarias registradas		Unidad de medida ^{3.2.1.8}		
Desagregación geográfica ^{3.2.1.9}	Nacional		Frecuencia de medición ^{3.2.1.10}		
			Bimestral		
<i>Transversalidad ^{3.2.1.11}</i>					
Enfoque de transversalidad ^{3.2.1.11.1}	Hombres ^{3.2.1.11.2}		Mujeres ^{3.2.1.11.3}	Total ^{3.2.1.11.4}	5,000,000
<i>Serie de Información disponible ^{3.2.1.12}</i>					
Información disponible ^{3.2.1.12.1}	SIS y SISPA 2001-2008				

Características del indicador ^{3.2.2}					
Característica ^{3.2.2.1}	Calificación ^{3.2.2.2}	Justificación ^{3.2.2.3}			
Adecuado ^{3.2.2.1.1}	Cumple	Es una medida de referencia sobre la atención en salud que se otorga directamente a las familias beneficiarias			
Aporte marginal ^{3.2.2.1.2}	No aplica	No aplica			
Claridad ^{3.2.2.1.3}	Cumple	Muestra de manera precisa el porcentaje de familias beneficiarias que asisten a los talleres comunitarios y al control médico conforme a la normatividad establecida			
Comparabilidad ^{3.2.2.1.4}					
Economía ^{3.2.2.1.5}	Cumple	Es económico en el sentido de que utilizan los sistemas de información institucionales			
Factibilidad ^{3.2.2.1.6}					
Independencia ^{3.2.2.1.7}					
Monitoreable ^{3.2.2.1.8}	Cumple	La obtención de la información de este indicador se puede verificar a través de supervisión			
Oportunidad ^{3.2.2.1.9}					
Relevancia ^{3.2.2.1.10}	Cumple	Está relacionado directamente con las reglas de operación del apartado del componente de salud			
Sintético ^{3.2.2.1.11}					
Soportados metodológicamente ^{3.2.2.1.12}					
Validez ^{3.2.2.1.13}					
Contacto indicador ^{3.2.3}					
Nombre ^{3.2.3.1}	Sara	Apellido paterno ^{3.2.3.2}	Uriega	Apellido materno ^{3.2.3.3}	Cuesta
Area ^{3.2.3.4}	Dirección General del Programa Oportunidades / Comisión Nacional de Protección Social en Salud				
Puesto ^{3.2.3.5}	Directora de Información				
Correo electrónico ^{3.2.3.6}	suriega@salud.gob.mx				
Teléfono ^{3.2.3.7}					
Lada ^{3.2.3.7.1}	01 55	Teléfono ^{3.2.3.7.2}	50903642	Extensión ^{3.2.3.7.3}	
Nombre ^{3.2.3.1}	Julio	Apellido paterno ^{3.2.3.2}	Herrera	Apellido materno ^{3.2.3.3}	Segura
Area ^{3.2.3.4}	IMSS-Oportunidades				
Puesto ^{3.2.3.5}	Titular de la División de Evaluación e Información				
Correo electrónico ^{3.2.3.6}	julio.herrerass@imss.gob.mx				
Teléfono ^{3.2.3.7}					
Lada ^{3.2.3.7.1}	01 55	Teléfono ^{3.2.3.7.2}	5727-2807	Extensión ^{3.2.3.7.3}	
Determinación de metas ^{3.2.4}					
Viabilidad de la meta ^{3.2.4.1}					
Meta acumulable ^{3.2.4.1.1}	No acumulable	Comportamiento del indicador ^{3.2.4.1.2}	Regular	Factibilidad de la meta ^{3.2.4.1.3}	Alta
Justificación de la factibilidad ^{3.2.4.1.4}					
Línea base ^{3.2.4.2}					
Año ^{3.2.4.2.1}	Valor ^{3.2.4.2.2}			Periodo al que corresponde el valor ^{3.2.4.2.3}	
	Indicador ^{3.2.4.2.2.1} (relativo)	Numerador ^{3.2.4.2.2.2} (absoluto)	Denominador ^{3.2.4.2.2.3} (universo de cobertura)		
2007	98.0	4,844,100	4,952,987	Bimestre Marzo - Abril	
Justificación línea base ^{3.2.4.2.4}					

Parámetros de semaforización ^{3.2.4-3}				
Tipo de valor ^{3.2.4-3.1}			Porcentual	
Umbral verde – amarillo ^{3.2.4-3.2}	95%	Umbral amarillo – rojo ^{3.2.4-3.3}		85%
Meta sexenal ^{3.2.4-4}				
Año ^{3.2.4.4.1}	Valor ^{3.2.4.5.2}			Periodo al que corresponde el valor ^{3.2.4-4-3}
	Indicador ^{3.2.4-4-2.1} (relativo)	Numerador ^{3.2.4-4-2.2} (absoluto)	Denominador ^{3.2.4-4-2.3} (universo de cobertura)	
2012	95	4,750,000	5,000,000	Nov – Dic
Metas intermedias ^{3.2.4-5}				
Año ^{3.2.4.5.1}	Valor ^{3.2.4.5.2}			Periodo al que corresponde el valor ^{3.2.4-5-3}
	Indicador ^{3.2.4-5-2.1} (relativo)	Numerador ^{3.2.4-5-2.2} (absoluto)	Denominador ^{3.2.4-5-2.3} (universo de cobertura)	
2007 ^{3.2.4-5.1.1}	98.41	4,988,348	5,068,966	Nov – Dic
2008 ^{3.2.4-5.1.2}	95	4,750,000	5,000,000	Nov – Dic
2009 ^{3.2.4-5.1.3}	95	4,750,000	5,000,000	Nov – Dic
2010 ^{3.2.4-5.1.4}	95	4,750,000	5,000,000	Nov – Dic
2011 ^{3.2.4-5.1.5}	95	4,750,000	5,000,000	Nov – Dic
2012 ^{3.2.4-5.1.6}	95	4,750,000	5,000,000	Nov – Dic
Metas de ciclo presupuestario en curso ^{3.2.4-6}				
Periodo ^{3.2.4.6.1} (según frecuencia de medición)	Valor ^{3.2.4.5.2}			Periodo al que corresponde el valor ^{3.2.4-6.3}
	Indicador ^{3.2.4-6-2.1} (relativo)	Numerador ^{3.2.4-6-2.2} (absoluto)	Denominador ^{3.2.4-6-2.3} (universo de cobertura)	
Periodo 1	95	4,750,000	5,000,000	Ene - Feb
Periodo 2	95	4,750,000	5,000,000	Mar - Abr
Periodo 3	95	4,750,000	5,000,000	May - Jun
Periodo 4	95	4,750,000	5,000,000	Jul - Agt
Periodo 5	95	4,750,000	5,000,000	Sep - Oct
Periodo 6	95	4,750,000	5,000,000	Nov - Dic

Características de las variables ^{3.2-5}						
<i>(Se debe llenar este conjunto tantas veces como número de variables existan)</i>						
Nombre ^{3.2-5-1}		Descripción de la variable ^{3.2-5-2}				
Total de familias beneficiarias en control		Familias beneficiarias de Oportunidades registradas en la unidad médica, cuyos integrantes cumplieron con sus compromisos de consultas y sesiones educativas en salud establecidas en la unidad médica, de acuerdo con las reglas de operación del Programa y que no han generado baja del padrón activo de Oportunidades				
Total de familias beneficiarias registradas		Familias beneficiarias del Programa Oportunidades, registradas en la unidad médica una vez que entregaron su FORMATO S1				
Medios de verificación ^{3.2-5-3}		Unidad de medida ^{3.2-5-4}				
Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud (SIS) y Sistema de Información en Salud para Población Abierta del IMSS Oportunidades (SISPA)		Familia beneficiaria				
Formatos S1, Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud (SIS) y Sistema de Información en Salud para Población Abierta del IMSS Oportunidades (SISPA)		Familia beneficiaria				
Desagregación geográfica ^{3.2-5-5}		Frecuencia ^{3.2-5-6}				
Nacional		Bimestral				
Método de recopilación de datos ^{3.2-5-7}		Fecha de disponibilidad de la información ^{3.2-5-8}				
Sistema institucional de información en salud, participan el IMSS Oportunidades y los Servicios Estatales de Salud		60 días posteriores al periodo de información				
Sistema institucional de información en salud, participan el IMSS Oportunidades y los Servicios Estatales de Salud		60 días posteriores al periodo de información				
Referencias adicionales ^{3.2-6}						
Referencia internacional ^{3.2-6-1}		Comentario técnico ^{3.2-6-2}				
No disponible		Familias beneficiarias en control son aquellas que cumplieron con sus responsabilidades en salud				
		Familias beneficiarias registradas son aquellas que entregaron su formato S1 en la unidad de salud				
Serie estadística ^{3.2-6-3}						
Ciclo ^{3.2-6-3.1}	Valor ^{3.2-6-3.2}	Periodo ^{3.2-6-3.3}		Ciclo ^{3.2-6-3.1}	Valor ^{3.2-6-3.2}	Periodo ^{3.2-6-3.3}
2006	98.31	Nov - Dic		2004	97.28	Nov - Dic
2005	97.81	Nov - Dic		2003	98.33	Nov - Dic

ANEXO 4

El Recibo que la entidad federativa enviará a través de la Secretaría de Finanzas y de Administración a la Dirección General de Financiamiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud por cada ministración de recursos financieros, deberá contener al menos la siguiente información:

1. Identificación del Gobierno del Estado que emite el recibo.
2. RFC y domicilio del receptor.
3. Número de folio del recibo.
4. Fecha de recepción del recurso.
5. Cantidad recibida.
6. Concepto, que incluya: nombre del programa, destino del recurso y mes al que corresponde.
7. Firma y/o sello del receptor.

PROYECTO de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama; para quedar como Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-041-SSA2-2009, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer de mama.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

MAURICIO HERNANDEZ AVILA, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción XVIII, 13 apartado A) fracción I, 133 fracción I, 158, 159 y 160 de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 44, 45, 46, 47 fracción I y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 8 fracción V, 10 fracciones VII y XVI, y 40 fracción II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación del Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama; para quedar como Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-041-SSA2-2009, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer de mama.

El presente Proyecto se publica a efecto de que los interesados, dentro de los 60 días naturales, contados a partir de su publicación, presenten sus comentarios por escrito ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, sito en Lieja No. 7, primer piso, colonia Juárez, código postal 06600, México, D.F., teléfono y fax: 55-53-70-56, correo electrónico: mauricio.hernandez@salud.gob.mx.

Durante el plazo mencionado, los documentos que sirvieron de base para la elaboración del Proyecto y la Manifestación de Impacto Regulatorio estarán a disposición del público en general, en el domicilio del Comité mencionado en el párrafo anterior, para su consulta.

CONSIDERANDO

Que con fecha 17 de septiembre de 2003, en cumplimiento del acuerdo del Comité y lo previsto en el artículo 47 fracción IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, y entró en vigor al día siguiente de su publicación.

Que en los años recientes se han desarrollado importantes investigaciones en cáncer de mama que han generado información muy valiosa sobre detección, diagnóstico, tratamiento y control de calidad que requiere ser incorporada en esta Norma Oficial Mexicana.

El seguimiento a la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, determinó la necesidad de modificar esta Norma a efecto de promover conductas saludables, organizar la detección, mejorar los procesos de diagnóstico y asegurar un tratamiento oportuno y adecuado del cáncer de mama, a través de la vigilancia epidemiológica y el control de calidad.

PREFACIO

En la elaboración de esta Norma, participaron las siguientes:

SECRETARIA DE SALUD

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Dirección General de Promoción de la Salud

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Instituto Nacional de Cancerología
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Instituto Nacional de Salud Pública

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

Clínica de Especialidades de la Mujer

SECRETARIA DE MARINA

Coordinación de Servicios Médicos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Coordinación de Programas Integrados de Salud

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4

Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI

IMSS OPORTUNIDADES

Jefatura de Salud Reproductiva

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Subdirección de Prevención y Protección a la Salud

PETROLEOS MEXICANOS

Hospital Central Sur de Alta Especialidad

ACADEMIAS O SOCIEDADES MEDICAS

Asociación Mexicana de Mastología, A.C.

Sociedad Mexicana de Oncología, A.C.

INDICE

- 0.** Introducción
- 1.** Objetivo y campo de aplicación
- 2.** Referencias
- 3.** Definiciones
- 4.** Símbolos y abreviaturas
- 5.** Disposiciones generales
- 6.** Consejería
- 7.** Prevención
- 8.** Diagnóstico
- 9.** Imagenología
- 10.** Tratamiento
- 11.** Procedimientos en cáncer de mama durante el embarazo y la lactancia
- 12.** Cáncer de mama en el hombre
- 13.** Educación continua al personal de salud
- 14.** Control y gestión de calidad
- 15.** Monitoreo y evaluación
- 16.** Vigilancia epidemiológica
- 17.** Concordancia con normas internacionales y mexicanas
- 18.** Bibliografía
- 19.** Observancia de la Norma
- 20.** Vigencia
- 21.** Apéndices Normativos
- 22.** Apéndices Informativos

0. Introducción

México ha registrado en las últimas décadas cambios sustanciales en su estructura y dinámica poblacional que lo han llevado a una transición demográfica y epidemiológica. Dentro de los cambios más importantes destacan la reducción progresiva y continua de la mortalidad, particularmente de la infantil, el abatimiento de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida al nacimiento. La transición demográfica se ha reflejado en modificaciones importantes en la estructura de la población la cual muestra, hacia finales de 1998, un angostamiento en su base con un mayor crecimiento de los grupos de adolescentes y mujeres de 45 y más años de edad.

Las estimaciones de población femenina de 40 y más años en México para el año 2005, fueron de 14'104,971 que representaban el 26.8% de la población femenina total. Según las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2010, este grupo será de 16'778,929 con un porcentaje de 12.6% de los 40 a los 49 años y de 13.6% de los 50 a los 69 años. Para el año 2020 las mujeres en estos grupos alcanzarán 22'545,450 con el 14.0% y 18.4%, respectivamente. Estos incrementos permiten anticipar el impacto en los servicios que el Sistema Nacional de Salud tendrá.

Entre las mujeres mexicanas, a partir del 2006, el carcinoma mamario es la primera causa de muerte por cáncer. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2007 ocurrieron 4,609 decesos atribuibles al cáncer de mama, lo que representó el 2% del total de defunciones ocurridas en mujeres. Esto significa que en ese último año murieron por cáncer de mama casi 13 mujeres cada día.

Al igual que en el resto del mundo, la tasa de mortalidad se eleva con la edad, de manera que éste es el factor de riesgo más importante para el desarrollo del cáncer de mama. En 2007, la tasa de mortalidad específica en el grupo de mujeres de 40 a 49 años de edad fue de 15.9 por 100 mil; en las de 50 a 69 años de edad de 30.8, y en las mujeres de 70 y más años de edad la mortalidad fue de 54.2 por 100 mil. En cuanto a la tendencia de la mortalidad es ascendente en todos los grupos de edad, con un incremento tres veces mayor en las mujeres de 50 a 69 años, en comparación con las mujeres de 40 a 49 años.

Se estima que la incidencia y la mortalidad seguirán aumentando de manera importante debido al envejecimiento poblacional, a los cambios en los patrones reproductivos, a una mayor prevalencia de los factores de riesgo y a los problemas para el acceso oportuno a la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuados.

Es por ello que esta Norma, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, debe establecer los lineamientos en el Sistema Nacional de Salud, para contribuir a la disminución de la mortalidad por esta patología. Lo anterior significa enfocar las acciones hacia la población con mayor riesgo, balanceando las ventajas y riesgos de la detección, así como la provisión de servicios de salud con calidad y oportunidad a través de la organización del tamizaje y el diagnóstico, la mejoría en la regulación de los proveedores de servicios, tanto públicos como privados, la formación y capacitación continua del personal que participa en cada uno de los procesos y el monitoreo y evaluación sistemáticos.

En relación con el cáncer de mama existe suficiente evidencia científica que confirma que en los países desarrollados, un programa de tamizaje organizado y realizado de manera óptima tiene la capacidad de reducir entre el 30 y 40% las tasas de mortalidad y la carga de la enfermedad en la población en riesgo. Para lograr el impacto mencionado son esenciales servicios de alta calidad en todos los procesos desde la detección hasta el tratamiento y rehabilitación.

Un punto a destacar es que para que un programa de tamizaje de cáncer de mama funcione eficientemente, deben evitarse intervenciones innecesarias en caso de lesiones con características claramente benignas que, por su alta incidencia, interfieren con la atención ágil y costo-efectiva de los servicios de tamizaje. Por otro lado, las mujeres que demandan atención por patología mamaria tienen necesidades particulares que genera altos niveles de ansiedad, por lo que debe evitarse mezclar los servicios de tamizaje con los de las mujeres sintomáticas bajo confirmación diagnóstica.

Los estudios sobre la autoexploración y la exploración clínica de mama y su impacto en la mortalidad no han mostrado evidencias consistentes de su beneficio, por lo que la Organización Mundial de la Salud no las recomienda como intervenciones de tamizaje, pero sí de diagnóstico temprano, por lo que se deben instrumentar programas de educación a la población dirigidos a sensibilizar a las mujeres sobre la importancia de conocer las características normales de sus mamas y demandar atención médica si descubre alguna anomalía, enfatizando que únicamente la mastografía, en el marco de un programa de detección organizado, reduce las tasas de mortalidad por esta neoplasia maligna.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud profesional, técnico y auxiliar de los sectores público, social y privado pertenecientes al Sistema Nacional de Salud que brinden atención médica en materia de cáncer de mama.

2. Referencias

Esta Norma se complementa con las normas oficiales mexicanas siguientes o las que las sustituyan:

2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA3-2007, Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.

2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

2.4 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

2.5 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.

2.6 Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud

2.7 Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

2.8 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

2.9 Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

2.10 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

2.11 Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

2.12 Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

3. Definiciones

3.1 Abogacía: a la combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, aceptación social y apoyo para los objetivos y programas de salud.

3.2 Biopsia, a la extracción de tejido de un organismo vivo para examen microscópico con fines diagnósticos.

3.3 Biopsia con aguja de corte o sistema corte aspiración, a la que se obtiene en una lesión palpable o bajo la guía de un método de imagen como mastografía, ultrasonido o resonancia magnética, para la evaluación inicial de una lesión mamaria no palpable.

3.4 Biopsia incisional, a la que obtiene parte del tejido de una lesión palpable con fines diagnósticos y determinación de marcadores de inmunohistoquímica.

3.5 Biopsia escisional, a la extracción completa de la lesión mamaria palpable o no, sin resección total del tejido mamario. Que puede ser:

3.5.1 Biopsia escisional con marcaje percutáneo (guiada por arpón, colorante y/o radiofármacos) cuando se efectúa la resección de una lesión mamaria no palpable detectada en una mamografía, mediante la colocación de un arpón metálico, colorante o radiofármacos en la zona sospechosa.

3.5.2 Biopsia escisional sin marcaje percutáneo, cuando se efectúa la resección de una lesión mamaria palpable.

3.6 Cáncer, al tumor maligno en general que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular con capacidad de producir metástasis.

3.7 Carcinoma, término que se refiere a una neoplasia epitelial maligna.

3.8 Carcinoma in situ de la mama, al tumor maligno confinado al epitelio que recubre un conducto o un lobulillo sin rebasar la membrana basal.

3.9 Caso probable de cáncer de mama, a la mujer u hombre que presente síntomas clínicos sugestivos a la exploración clínica de la mama, ultrasonido sospechoso o mastografía con el Sistema de información radiológica para la imagen de la mama (BIRADS) 3, 4 y 5.

3.10 Caso confirmado de cáncer de mama, al caso en el que se corrobora el diagnóstico por estudio histopatológico.

3.11 Ciclo mamario completo, a la técnica de tratamiento con radiaciones ionizantes, el cual comprende la región mamaria afectada (con o sin glándula) y las zonas linfoportadoras.

3.12 Comunicación educativa, al proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social, que permite la producción y difusión de mensajes de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

3.13 Consejería, al proceso de análisis y comunicación personal entre el personal prestador de servicios y el paciente, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo, que le permita tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento según sea el caso.

3.14 Control de calidad, al conjunto de operaciones (programación, coordinación, desarrollo) destinadas al mantenimiento o la mejora. Cuando se aplica a un procedimiento de detección y diagnóstico, incluye monitoreo, evaluación y mantenimiento de niveles óptimos de todas las características del proceso que pueden ser definidas, medidas y controladas.

3.15 Desarrollo de competencias en salud, a la transmisión de conocimientos y fomento de aptitudes, actitudes y valores para que la gente salvaguarde su salud, fortaleciendo los determinantes positivos.

3.16 Determinantes de la salud, al conjunto de condiciones biológicas, ambientales, sociales, económicas, culturales, estilo de vida y servicios de salud que afectan o favorecen la salud de las personas y sus comunidades.

3.17 Educación para la salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud, individual, familiar y colectiva.

3.18 Empoderamiento, al proceso mediante el cual las personas o comunidades adquieren un mayor control sobre las decisiones o acciones que afectan su salud.

3.19 Estilo de vida, a una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales.

3.20 Factor de riesgo, a la característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociada con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

3.21 Ganglio, a la estructura diferenciada que se encuentra rodeada por una cápsula de tejido conjuntivo y algunas fibras elásticas que forma parte de las cadenas del sistema linfático.

3.22 Gray (Gy), a una unidad derivada del Sistema Internacional de Unidades que mide la dosis absorbida de radiaciones ionizantes por un determinado material. Un gray es equivalente a la absorción de un julio de energía ionizante por un kilogramo de material irradiado.

3.23 Hiperplasia, a la proliferación de más de dos células por encima de la membrana basal en el conducto o el lobulillo.

3.24 Hiperplasia simple, a la proliferación de más de dos células por encima de la membrana basal en el conducto o el lobulillo sin alteraciones citológicas ni estructurales.

3.25 Hiperplasia atípica, a la proliferación de más de dos células por encima de la membrana basal en el conducto o el lobulillo con alteraciones citológicas y/o estructurales.

3.26 Infraestructura, al conjunto de áreas, locales y materiales interrelacionados con los servicios e instalaciones de cualquier índole, indispensables para la prestación de la atención médica.

3.27 Manejo integral, a la atención basada en la persona mediante la identificación y manejo de los determinantes individuales y familiares para conservar la salud, evitar o retrasar el desarrollo de enfermedades y, en su caso, las metas del tratamiento, el manejo no farmacológico y farmacológico, la educación del paciente, el seguimiento médico y la vigilancia de complicaciones.

3.28 Manejo de riesgos personales, a la identificación que realiza el personal de salud en las unidades de atención, de los determinantes que afectan la salud con la finalidad de modificar aquellos que sea posible, como una forma de cuidar la salud y anticiparse a la enfermedad en las diferentes etapas de la vida.

3.29 Mastectomía, a la resección de tejido mamario con fines terapéuticos que acorde a su extensión y elementos se clasifica en:

3.29.1 Mastectomía subcutánea, a la resección del tejido mamario, dejando el pezón y la areola en su sitio.

3.29.2 Mastectomía total (simple), a la resección de todo el tejido mamario, incluidos el pezón y la areola sin la resección de ganglios axilares.

3.29.3 Mastectomía radical, a la resección total del tejido mamario con o sin músculos pectorales y la disección axilar completa.

3.29.4 Disección axilar, a la resección de la zona linfoprotectora ya sea total o parcial con fines de estadificación.

3.30 Mastografía o mamografía, al estudio radiológico de las mamas, tomado con un aparato (mastógrafo) diseñado especialmente para este fin, con el que podrán efectuar mastografías de dos tipos:

3.30.1 Mastografía de detección, pesquisa o tamizaje, a la mastografía realizada a mujeres asintomáticas para detectar imágenes anormales probables para cáncer de mama.

3.30.2 Mastografía diagnóstica, al estudio realizado como parte del proceso diagnóstico o de seguimiento del tratamiento del cáncer de mama.

3.31 Mercadotecnia social en salud, a las intervenciones que motivan el cambio de hábitos, actitudes, acciones, comportamientos, conductas, valores o prácticas para mejorar y desarrollar integralmente la salud de los individuos y comunidades.

3.32 Morbilidad tasa de, a la razón que tiene como numerador el número de enfermos en una población determinada durante un periodo y lugar específico y el denominador representa la población donde ocurrieron los casos. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

3.33 Mortalidad tasa de, a la razón 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.

3.34 Neoplasia, a la formación de tejido nuevo de carácter tumoral.

3.35 Nódulo, a la agrupación celular o fibrosa en forma de nudo o corpúsculo, identificable por exploración clínica o imagen en dos planos.

3.36 Nuligesta, a la condición de la mujer que nunca se ha embarazado.

3.37 Nulípara, a la condición de la mujer que no ha parido.

3.38 Oncología, a la rama de la medicina que estudia los tumores benignos y malignos, con especial atención a los malignos.

3.39 Participación social para la acción comunitaria, a la acción organizada e informada de la población para participar en colaboración con autoridades locales, otros sectores y organizaciones sociales que posibiliten y faciliten la instrumentación, las estrategias de promoción de la salud, desde la base social, para lograr el empoderamiento de las comunidades.

3.40 Prevención primaria, a las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo. Tiene como intervenciones la promoción de la salud, la protección específica y la quimioprofilaxis.

3.41 Prevención secundaria, a las medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición. Tiene como intervenciones los programas de detección precoz y tratamiento oportuno para limitar el daño.

3.42 Prevención terciaria, a las medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.

3.43 Promoción de la Salud, al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de Participación Social, Comunicación Educativa y Educación para la salud.

3.44 Programa de detección organizado, a la serie de acciones diseñadas para asegurar que la mayoría de personas de un grupo de riesgo será tamizada y aquellos individuos en quienes se observe anormalidades, reciban el diagnóstico y tratamiento apropiados. Comprende la definición de la frecuencia del tamizaje y las edades en las cuales debe realizarse, sistemas de control de calidad, mecanismos definidos para la referencia y un sistema de información que permita el envío de invitaciones para el tamizaje inicial, recordatorio personalizado para los tamizajes subsecuentes, seguimiento de casos con anormalidades identificadas y el monitoreo y evaluación del programa.

3.45 Sistema de Información Unificado, al sistema que integra un registro estandarizado de variables de interés común, alimentada por diferentes mecanismos o sistemas de información particulares.

3.46 Tiletomía o tumorectomía, a la escisión del tumor directamente del sitio de localización.

4. Símbolos y abreviaturas

4.1 %: Por ciento

4.2 ACE: Antígeno Carcino Embrionario

4.3 ACR: de las siglas en inglés traducidas como Colegio Americano de Radiología

4.4 AJCC: Comité Americano Conjunto sobre el Cáncer (del inglés American Joint Committee on Cancer)

4.5 BIRADS: Sistema de información radiológica para la imagen de la mama (del inglés Breast Imaging Reporting and Data System)

4.6 BRCA 1 y BRCA 2: del inglés Breast Cáncer gene 1 y 2

4.7 CNSNS: Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias

4.8 cm: Centímetros

4.9 CONAPO: Consejo Nacional de Población

4.10 CONAVE: Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica

4.11 DOF: Diario Oficial de la Federación

4.12 g: gramos

4.13 Gy: Gray

4.14 HER2/neu: Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (del inglés Human Epidermal growth factor Receptor-2)

4.15 INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

4.16 Kv: Kilovoltaje

4.17 m²: metro cuadrado

4.18 mAs: Miliamper/segundo

4.19 mg: miligramos

4.20 mGy: miligray

4.21 MHz: megahertz

4.22 mm: milímetros

4.23 NOM: Norma Oficial Mexicana

4.24 OMS: Organización Mundial de la Salud

4.25 pT: Tumor primario (postquirúrgico)

4.26 Rx: Rayos X

4.27 SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

4.28 TAC: Tomografía Axial Computarizada

4.29 TNM: Traducido del inglés como: Tumor, Ganglio, Metástasis

5. Disposiciones generales

5.1 Las actividades de prevención incluyen la comunicación educativa a la población para el conocimiento de los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a disminuir la morbilidad por el cáncer de la mama, así como fomentar la demanda de la detección temprana con el objeto de mejorar la oportunidad del diagnóstico y tratamiento.

5.2 Las actividades de detección del cáncer de mama, consisten en tres tipos de intervención específica que van dirigidos a la población femenina de acuerdo con su grupo de edad o vulnerabilidad y son:

5.2.1 Autoexploración, para el diagnóstico temprano

5.2.2 Examen clínico, para el diagnóstico temprano

5.2.3 Mastografía de tamizaje, para la identificación en fase preclínica

5.3 Una vez detectada una lesión sospechosa de cáncer de mama, la mujer debe recibir atención oportuna y adecuada para el diagnóstico y tratamiento, de acuerdo con esta norma.

5.4 Los criterios y lineamientos mínimos para el diagnóstico y tratamiento que deben ser ofrecidos, se describen en los capítulos de consejería, prevención, diagnóstico, imagenología, clasificación, tratamiento, control de calidad y vigilancia epidemiológica de esta norma.

5.5 Las actividades de control de calidad son las relacionadas con el monitoreo de los procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento enfocados a la mejora continua de la calidad de la atención, deben ser efectuadas al interior de las instituciones públicas, sociales y privadas.

5.6 Clasificación y codificación. El cáncer de mama se debe codificar, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10a. revisión, de la siguiente manera:

5.6.1 Tumor maligno de la mama (C50)

5.6.2 Tumor maligno del pezón y areola mamaria (C50.0)

5.6.3 Tumor maligno de la porción central de la mama (C50.1)

5.6.4 Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama (C50.2)

5.6.5 Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama (C50.3)

5.6.6 Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama (C50.4)

5.6.7 Tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama (C50.5)

5.6.8 Tumor maligno de la prolongación axilar de la mama (C50.6)

5.6.9 Lesión de sitios contiguos de la mama (C50.8)

5.6.10 Tumor maligno de la mama, parte no especificada (C50.9)

6. Consejería

6.1 La consejería es un elemento de la detección y atención integral del cáncer de mama, se dirige especialmente a la persona con sintomatología clínica o detección de cáncer de mama con resultados anormales y debe acompañarla durante el proceso de diagnóstico y tratamiento. Tiene como propósito orientar la toma de decisiones informada, fortalecer el apego al diagnóstico y tratamiento y mejorar la calidad de vida.

6.1.1 Mediante la consejería se debe proporcionar información y orientación al paciente y en su caso a sus familiares, a fin de aclarar las dudas que pudieran tener acerca del cáncer de mama, en cuanto a los siguientes aspectos: anatomía y fisiología de la glándula mamaria, factores de riesgo, conductas favorables, procedimientos diagnósticos, opciones de tratamiento, así como las ventajas, riesgos, complicaciones y rehabilitación.

6.1.2 La consejería debe permitir la exploración y expresión de los sentimientos, tales como: angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación, con objeto de disminuir éstos para facilitar la toma de decisiones y poner en práctica la acción a seguir.

6.1.2.1 La consejería debe hacer énfasis en la efectividad y limitaciones del tratamiento y en el pronóstico de la enfermedad, con base en la particularidad del caso y las características personales del usuario, buscando su participación activa y comprometida para lograr el éxito del tratamiento.

6.1.3 Se debe constatar que el o la usuaria ha recibido y comprendido la información proporcionada.

6.1.4 Debido a que en la consejería se establece una comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería para que se aliente la expresión con absoluta confianza y libertad.

6.1.5 Se debe tener en cuenta que la decisión y el consentimiento del usuario deben respetarse, basándose en los principios de respeto, voluntariedad e imparcialidad de la consejería.

6.2 Perfil del personal prestador del servicio

6.2.1 La consejería debe ser proporcionada por personal de salud que haya recibido capacitación específica y esté ampliamente informado sobre los factores de riesgo, la detección, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama.

6.2.2 Para realizar una labor eficaz, el personal de salud que proporcione consejería, debe establecer un diálogo ágil con el usuario o la usuaria, así como observar, hacer preguntas significativas y escuchar, saber orientar en forma clara y precisa, para lo cual debe auxiliarse de material educativo específico y accesible.

6.3 Lugar y momento para efectuar la consejería.

6.3.1 Las unidades médicas con acciones específicas de detección, diagnóstico o tratamiento del cáncer de mama deben contar con personal entrenado para las acciones de consejería.

6.3.2 Se debe tener especial interés en proporcionar consejería a la mujer con las siguientes características:

6.3.2.1 Con factores de riesgo alto,

6.3.2.2 Con resultado anormal a la detección por clínica o imagen

6.3.2.3 Candidata a cirugía mamaria, o

6.3.2.4 En tratamiento con quimioterapia, radioterapia y/o hormonoterapia.

7. Prevención

7.1 Promoción de la salud y prevención primaria

Actualmente no hay una intervención para prevenir el cáncer de mama, sin embargo, desde la perspectiva de la salud pública la disminución de la prevalencia de factores de riesgo en la comunidad, implicados en la causalidad del cáncer, puede tener un impacto significativo en la disminución de la morbilidad y la mortalidad; por lo anterior, deben incluirse campañas de comunicación y educación a la población que favorezcan hábitos de vida saludables para reducir el riesgo de cáncer de mama.

Las acciones de promoción también incluyen el desarrollo de entornos saludables, el reforzamiento de la participación social, la reorientación de los servicios de salud a la prevención y las necesidades interculturales de los individuos, así como el impulso de políticas públicas saludables.

7.1.1 Para los fines de esta Norma, los factores de riesgo de desarrollo del cáncer de mama se distinguen en cuatro grandes grupos: 1) biológicos, 2) iatrogénicos o ambientales, 3) de historia reproductiva, y 4) de estilos de vida. Los primeros no son modificables; los segundos escapan al control de la población, los del tercer grupo se asocian a beneficios en la salud reproductiva mayores que las posibles desventajas, y los del cuarto grupo se enfocan a promover las conductas favorables a la salud que disminuyan el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Es importante mencionar que en el 70% de las mujeres con cáncer de mama, no se logra identificar un factor de riesgo conocido.

7.1.1.1 Factores de riesgo biológicos:

7.1.1.1.1 Sexo femenino

7.1.1.1.2 Mujeres adultas; a mayor edad mayor riesgo

7.1.1.1.3 Historia personal o familiar de cáncer de mama en madre, hijas o hermanas

7.1.1.1.4 Antecedentes de biopsia previa con diagnóstico de hiperplasia ductal severa, hiperplasia ductal atípica, cicatriz radial, carcinoma lobulillar in situ.

7.1.1.1.5 Vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años),

7.1.1.2 Iatrogénicos o ambientales:

7.1.1.2.1 Exposición a radiaciones ionizantes principalmente durante el desarrollo o crecimiento (in útero, en la adolescencia)

7.1.1.2.2 Tratamiento con radioterapia en tórax**7.1.1.3** Factores de riesgo relacionados con la historia reproductiva:**7.1.1.3.1** Nuligesta**7.1.1.3.2** Primer embarazo a término después de los 30 años de edad

7.1.1.3.3 Terapia hormonal en la peri o postmenopausia por más de cinco años. Las mujeres candidatas a recibir esta terapia deberán tener una evaluación clínica completa y ser informadas sobre el riesgo mayor de padecer cáncer de mama.

7.1.1.4 Factores de riesgo relacionados con estilos de vida:**7.1.1.4.1** Alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra**7.1.1.4.2** Dieta rica en grasas tanto animales como ácidos grasos trans**7.1.1.4.3** Obesidad, principalmente en la postmenopausia**7.1.1.4.4** Sedentarismo**7.1.1.4.5** Consumo de alcohol mayor a 15 g/día

7.1.1.5 La promoción de las conductas favorables a la salud para la prevención del cáncer de mama deben fomentarse desde la infancia acorde a la NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación, favoreciendo la adopción de:

7.1.1.5.1 Dieta rica en frutas y verduras y baja en grasas animales. Del consumo total de energía sólo el 20% debe corresponder a grasas y menos del 10% debe ser de origen animal. Aumentar el consumo de fibra dietética (cereales integrales, frutas y verduras cocidas).

7.1.1.5.2 30 a 60 minutos de actividad física todos los días de la semana, conforme se indica en el Apéndice Informativo A.

7.1.1.5.3 Consumo de ácido fólico

7.1.1.6 Un factor protector del cáncer de mama es amamantar, por lo que debe incluirse entre las ventajas para la promoción de la lactancia materna.

7.1.2 Se debe orientar a las mujeres sobre su responsabilidad en el autocuidado de su salud, disminuir los factores de riesgo cuando sea posible y promover los estilos de vida sanos.

7.1.3 La promoción a través de comunicación masiva, grupal e interpersonal debe realizarse por los sectores público, social y privado en congruencia con esta NOM y las evidencias científicas.

7.2 Promoción para la detección

7.2.1 La promoción para la detección del cáncer de la mama debe incluir a la autoexploración, el examen clínico y la mastografía.

7.2.2 La autoexploración se debe recomendar a partir de los 20 años; tiene como objetivo sensibilizar a la mujer sobre el cáncer de mama, tener un mayor conocimiento de su propio cuerpo e identificar cambios anormales para la demanda de atención médica apropiada.

7.2.3 Es función del prestador de servicios de salud enseñar la técnica de autoexploración a todas las mujeres de 20 años de edad y más que acudan a la unidad de salud. La técnica de autoexploración debe incluir la información sobre los síntomas y signos del cáncer de mama y las recomendaciones sobre cuándo demandar atención médica.

7.2.4 El examen clínico se debe recomendar con periodicidad anual a partir de los 25 años de edad.

7.2.5 La promoción para la demanda de la mastografía debe tomar en cuenta la infraestructura y el personal disponible para evitar demanda no atendida en la población.

7.2.6 La información para promover la detección en la población femenina debe enfatizar que el cáncer de mama puede ser tratado con éxito cuando se diagnostica a tiempo, que no todas las tumoraciones son cáncer y que el diagnóstico de cáncer de mama se establece mediante un estudio histopatológico.

7.2.7 Participación Social

7.2.7.1 Las actividades de participación social deben realizarlas las personas de acuerdo con su nivel de competencia.

7.2.7.2 Se debe promover la participación de grupos organizados y de líderes de la comunidad para que actúen como informadores, activistas o promotores en su núcleo de influencia.

7.2.7.3 Se debe establecer concertación y coordinación con el sector educativo, especialmente del tipo medio superior y superior, para que el tema se trate en el ámbito de la educación formal.

7.2.7.4 Se debe invitar a las agrupaciones gremiales y centros laborales a organizar campañas permanentes de detección oportuna de cáncer de la mama entre su población femenina.

7.2.7.5 Las actividades que desarrollen los grupos organizados de la sociedad deberán ser acordes con lo previsto en esta norma; para lo anterior, se deben fortalecer la comunicación y la coordinación entre las instituciones del sector, las organizaciones médicas y la sociedad civil.

7.2.7.6 Se debe promover la participación activa de los médicos y personal de salud en las actividades relacionadas con campañas educativas para la detección temprana del cáncer mamario.

7.3 Detección

7.3.1 Las actividades de detección del cáncer de mama se dirigen a población clínicamente sana o asintomática. Las instituciones públicas de salud deberán articular esfuerzos para alcanzar coberturas de detección acordes con las recomendaciones internacionales para alcanzar un impacto significativo en la reducción de la mortalidad por esta enfermedad.

7.3.2 El examen clínico de las mamas debe ser realizado por médico o enfermera capacitados, en forma anual, a todas las mujeres mayores de 25 años de edad, que asisten a las unidades de salud en condiciones que garanticen el respeto al pudor y la privacidad de la mujer como son:

7.3.2.1 Realizar la exploración en presencia de un familiar, enfermera, auxiliar o asistente de consultorio

7.3.2.2 Utilizar bata y cubrir la mama contra lateral a la explorada.

7.3.2.3 El examen clínico de las mamas debe incluir la identificación de los factores de riesgo para determinar la edad de inicio de la mastografía, así como necesidades especiales de consejería en mujeres de alto riesgo.

7.3.2.4 El diagnóstico presuntivo de patología mamaria maligna se puede establecer por los siguientes signos clínicos compatibles con cáncer de mama:

7.3.2.4.1 Nódulo sólido, irregular de consistencia dura, fijo a planos profundos;

7.3.2.4.2 Cambios cutáneos evidentes (piel de naranja, retracción de la piel, lesión areolar que no cicatriza a pesar de tratamiento);

7.3.2.4.3 Zona de sistematización en el tejido glandular, focalizado a una sola mama y región;

7.3.2.4.4 Secreción serosanguinolenta

7.3.2.4.5 Crecimiento ganglionar axilar o supraclavicular

7.3.2.5 El examen clínico y la cita de la próxima detección debe registrarse en la Cartilla Nacional de Salud

7.3.3 La mastografía es el método de detección del cáncer de mama que ha demostrado una disminución en la mortalidad por este padecimiento cuando se efectúa con calidad en el marco de un programa de detección.

7.3.3.1 Requisitos técnicos. La mastografía de detección debe realizarse en establecimientos o unidades que cubran las especificaciones de la NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, y cubrir los siguientes requisitos técnicos:

7.3.3.1.1 Realizarse en dos proyecciones cefalocaudal y medio lateral oblicua

7.3.3.1.2 Compresión mamaria entre 70 y 140 newton

7.3.3.1.3 El haz de rayos X debe incidir en ángulo recto con el diámetro más largo de la zona a representar

7.3.3.2 Requisitos de identificación de la imagen**7.3.3.2.1** Los datos de identificación de la unidad radiológica que realiza el estudio**7.3.3.2.2** Nombre de la paciente**7.3.3.2.3** Identificación de la proyección**7.3.3.2.4** Factores de radiación empleados (Kv, mAs)**7.3.3.2.5** Iniciales del técnico que realiza el estudio**7.3.3.3** Requisitos para la toma y la interpretación de la imagen

7.3.3.3.1 La toma e interpretación de mastografías en gabinetes privados o servicios institucionales que la realizan deben estar supervisados por un médico especialista en radiología con cédula profesional y con entrenamiento específico en mama mayor de seis meses, con reconocimiento de una institución de salud o por un médico especialista con entrenamiento para este fin, con respaldo documental de instituciones con reconocimiento oficial.

7.3.3.3.2 Los gabinetes privados o servicios de radiología que realizan mastografía de detección deberán tener una productividad mínima de 5,000 estudios anuales, la cual deberán demostrar a través del registro de las mismas, según la presente norma.

7.3.3.3.3 Se debe asegurar el trato digno de las mujeres e informar a la usuaria de los procedimientos que se le realizan.

7.3.3.4 La mastografía no deberá indicarse en mujeres asintomáticas menores de 40 años ya que no es efectiva para la detección temprana o tamizaje y conlleva riesgos potenciales.

7.3.3.5 En mujeres asintomáticas de 40 a 49 años sólo se realizará cada dos años por alguna de las siguientes razones:

7.3.3.5.1 Antecedentes de cáncer de mama directos (madre, hijas o hermanas)**7.3.3.5.2** Indicación médica según valoración individual de los factores de riesgo

7.3.3.6 En mujeres asintomáticas de 50 a 69 años se realizará cada dos años sin necesidad de indicación médica.

7.3.3.7 En mujeres de 70 años y más se realizará como parte del seguimiento de mujeres con antecedente personal de cáncer de mama y por indicación médica.

7.3.3.8 Las mujeres deben ser informadas sobre las ventajas y las desventajas de la mastografía.

7.3.3.9 La mastografía y la cita de la próxima detección deberá ser registrada en la Cartilla Nacional de Salud.

7.3.3.10 En unidades médicas de la Secretaría de Salud el estudio de mastografía debe ser gratuito para mujeres sin recursos económicos para costearla.

7.3.4 Resultado de la detección

7.3.4.1 El resultado del estudio de mastografía de detección debe reportarse de acuerdo con la clasificación de BIRADS (conforme al Apéndice Normativo A)

7.3.4.2 Las mujeres deberán recibir el resultado de su mastografía por escrito en un lapso no mayor de 21 días hábiles posteriores a la toma de mastografía

7.3.4.3 Si el resultado es anormal, en las instituciones públicas la paciente debe recibir junto con el resultado, la fecha de la cita y el lugar para la evaluación diagnóstica.

7.4 Las pacientes con resultados anormales a la detección por exploración clínica o mastografía deberán recibir evaluación diagnóstica y seguimiento oportunos y adecuados, por lo que las instituciones de salud deberán organizar unidades especializadas de cáncer de mama para el diagnóstico de patología mamaria con las características establecidas en la sección de control de calidad de la presente norma.

7.4.1 Para la adecuada referencia de mujeres con sintomatología mamaria sospechosa de cáncer, las unidades médicas de los tres niveles de atención deberán establecer y difundir con el personal médico, mecanismos ágiles de referencia de acuerdo con los criterios establecidos en el Apéndice Normativo B.

7.4.2 Las pacientes con BIRADS 0, 3, 4 y 5 deben referirse a un servicio especializado de patología mamaria para evaluación diagnóstica.

7.5 Cáncer de mama hereditario

En los pocos casos en los que se sospeche que el cáncer de mama es hereditario (5-10%) debe efectuarse un seguimiento más estricto que, junto a otras medidas, permitirán mejorar la detección y el pronóstico de la enfermedad.

7.5.1 La valoración de caso en riesgo de cáncer hereditario debe realizarse al menos diez años antes de la edad en la que se presentó el caso más joven de cáncer en el familiar y posteriormente de acuerdo con los hallazgos.

7.5.2 Las instituciones de salud deben promover la creación de servicios especializados para la consejería genética, acordes a las necesidades de su población.

7.5.3 Se debe enviar a asesoramiento genético a todo paciente que cumpla con al menos uno de los siguientes criterios para cáncer de mama hereditario:

7.5.3.1 Historia personal de cáncer de mama diagnosticado a edad temprana (menores de 40 años), cáncer en ambas mamas o afección de mama y ovario.

7.5.3.2 Historia familiar de cáncer de mama con dos o más familiares de primer grado afectados (padres, hermanos o hijos).

7.5.3.3 Historia familiar de cáncer en más de una generación (colon, páncreas y/o próstata).

7.5.3.4 Un varón afectado con cáncer de mama en la familia.

7.5.3.5 Familiar con cáncer de mama y ovario.

7.5.3.6 Familiar con cáncer de mama bilateral a cualquier edad.

7.5.3.7 Presentación de varios casos de cáncer de ovario en la familia.

7.5.3.8 Familiar con prueba molecular positiva para mutación en genes de predisposición a cáncer de mama.

7.5.3.9 Ancestros judíos Ashkenazi.

7.5.4 El asesoramiento genético en cáncer es el proceso por el cual los pacientes y/o la familia son informados sobre un padecimiento neoplásico específico y debe incluir la forma de herencia, el riesgo de recurrencia, su tratamiento, si es el caso, la detección oportuna, la posibilidad de realizar estudio genético en aquellos casos en que esté indicado y el manejo de portadores a través de un grupo multidisciplinario.

7.5.5 El seguimiento de cáncer de mama hereditario a mujeres portadoras de mutaciones de BRCA1/BRCA2, deberá ser efectuado en un servicio especializado de patología mamaria o en un servicio de oncología; consiste en:

7.5.5.1 Autoexamen de mama

7.5.5.2 Examen clínico de mama y regional ganglionar cada seis meses

7.5.5.3 Estudio de imagen anual según la edad, empezando entre cinco y diez años antes del diagnóstico más precoz de cáncer de mama en la familia, pero no por debajo de los 25 años de edad.

7.5.5.4 Valoración anual de las necesidades psicológicas o de apoyo social para disminuir la angustia o ansiedad que pudieran ser causadas por un riesgo mayor de padecer cáncer y por los procedimientos médicos a los que es sometida.

7.5.6 En el seguimiento de cáncer de mama hereditario se deberán balancear las necesidades reales para la indicación de estudios y los potenciales riesgos de sobrediagnóstico y sobretratamiento, así como la ansiedad que éstos ocasionan en la mujer.

8. Diagnóstico

8.1 Toda mujer con sospecha de patología mamaria maligna por exploración clínica o mastografía debe recibir una evaluación diagnóstica que incluye valoración clínica, estudios de imagen y en su caso histopatología, en un servicio especializado de patología mamaria que realice más de 1000 consultas al año, cumpla con la normatividad correspondiente y con las siguientes características mínimas:

8.1.1 Equipo:

8.1.1.1 Mamógrafo con aditamentos para el diagnóstico (magnificadores, cono de compresión, estereotaxia, rejilla fenestrada, localizador óptico).

8.1.1.2 Ultrasonido de alta resolución y transductores de alta frecuencia, mayores o igual a 7.5 MHz.

8.1.1.3 Reveladoras, digitalizadores de imagen y negatoscopios específicos.

8.1.2 Personal:

8.1.2.1 El técnico de radiología debe tener capacitación específica para realizar mastografía diagnóstica en curso con duración mínima de dos meses (con más de 75 mastografías de diagnóstico), con reconocimiento oficial de una institución de salud y someterse a procesos de calificación y capacitación continua con énfasis en control de calidad y protección radiológica.

8.1.2.2 Radiólogos con cédula de especialista, entrenados en imagenología mamaria en cursos con duración mínima de seis meses, con reconocimiento de una institución de salud o de médicos especialistas con entrenamiento para este fin, con respaldo documental de instituciones con reconocimiento oficial, que deben someterse a procesos de calificación (auditoría) y capacitación continua.

8.1.2.3 Físico médico permanente o como apoyo sistemático

8.1.2.4 Un responsable del monitoreo y la evaluación de la garantía de calidad

8.2 Las pacientes deben abordarse para su estudio en función de si se trata de una lesión palpable o no palpable.

8.2.1 La valoración clínica debe incluir:

8.2.1.1 Historia clínica completa con la investigación de factores de riesgo de cáncer de mama.

8.2.1.2 Examen físico completo con énfasis en las glándulas mamarias y zonas linfoportadoras (ganglios axilares y supraclaviculares)

8.2.2 Los estudios de imagen deben realizarse según la edad, hallazgos clínicos y detección de factores de riesgo, conforme a los apéndices normativos A y C.

8.2.3 Cada servicio especializado de patología mamaria deberá contar con un protocolo local de evaluación diagnóstica que tome en cuenta los criterios clínicos de la última Revisión del Consenso Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario, así como los lineamientos establecidos en la presente norma, la cual estará disponible y actualizada de manera permanente en la página del Instituto Nacional de Cancerología (<http://www.incan.org.mx>).

8.3 Diagnóstico anatomopatológico

8.3.1 En los casos probables de cáncer de mama por imagen o valoración clínica, la confirmación diagnóstica requiere la toma de tejido para estudio histopatológico, mediante una biopsia que debe ser efectuada para el caso de:

8.3.1.1 Lesión no palpable, por un técnico o auxiliar radiólogo con diploma legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes, con entrenamiento en cáncer de mama o un médico cirujano con título legalmente expedido, con certificado de especialidad que demuestre documentalmente estar entrenado por una institución con reconocimiento oficial, para este fin.

8.3.1.2 Por un cirujano oncólogo en conjunto con un radiólogo.

8.3.1.3 Lesión palpable, por especialista entrenado en el manejo de la patología mamaria maligna.

8.3.2 Se deberá garantizar que se cuente con el equipamiento, instrumental e insumos específicos para realizar los procedimientos de elección de acuerdo con las características de la lesión con el fin de asegurar la calidad en el diagnóstico.

8.3.3 El diagnóstico histopatológico debe preferir la obtención de la biopsia del tumor primario por procedimientos no quirúrgicos de invasión mínima que permitan un diagnóstico definitivo y la referencia rápida al tratamiento.

8.3.4 Las técnicas de biopsia que deben ser preferidas son:

8.3.4.1 Con aguja de corte grueso (tru cut) de 14 a 18 gauges

8.3.4.2 Con aguja de corte y aspiración por vacío

8.3.4.3 Con marcaje por estereotaxia o ultrasonido

8.3.5 El reporte de biopsia deberá describir:

8.3.5.1 Tipo de biopsia

8.3.5.2 Fecha de interpretación

8.3.5.3 Descripción macroscópica

8.3.5.4 Grado nuclear, índice mitótico, formación de túbulos

8.3.5.5 Tipo histológico del tumor

8.3.5.6 Invasión vascular o linfática

8.3.5.7 Pruebas de inmunohistoquímica (receptores de estrógeno, progesterona y HER2/neu conforme al Apéndice Informativo B)

8.3.5.8 En los casos en los que aplique, deberá agregar:

8.3.5.8.1 Tamaño de la lesión

8.3.5.8.2 Estado de los bordes quirúrgicos

8.3.5.8.3 Multicentricidad

8.3.5.8.4 Metástasis

8.3.5.8.5 Ganglios linfáticos e invasión extracapsular

8.3.6 Se debe utilizar la clasificación de los carcinomas mamarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ver Apéndice informativo C.

8.4 El patólogo es un miembro importante del equipo multidisciplinario y debe participar en las discusiones pre y postoperatorias de los casos. El diagnóstico preciso de patología y la disponibilidad de información pronóstica significativa son vitales para asegurar el manejo más apropiado de la paciente y para evitar cirugías radicales con mayores complicaciones y morbilidad.

8.5 Para establecer el diagnóstico es necesario que el laboratorio de anatomía patológica cuente con el equipo e insumos necesarios para el procesamiento de tejidos que incluya inmunohistoquímica.

8.6 Diagnóstico en sesión multidisciplinaria

8.6.1 Para establecer el diagnóstico es necesaria la correlación entre hallazgos clínicos, de imagen e histopatológicos. La correlación deberá efectuarse de manera sistemática y obligatoria a través de sesiones clínicas multidisciplinarias con la participación activa del médico radiólogo, patólogo y cirujano oncólogo.

8.6.2 Las sesiones clínicas multidisciplinarias deben organizarse por lo menos una vez a la semana para discutir todos los casos que requieren muestras de tejido, preferentemente antes de que la mujer reciba el resultado y deben quedar documentadas.

8.6.3 Los miembros del equipo que deben asistir a las reuniones incluyen a los radiólogos, cirujanos, patólogos, técnicos de radiología, enfermeras y trabajadoras sociales con actividades de consejería. En cada sesión debe firmarse una lista de asistencia.

8.6.4 En las sesiones preoperatorias debe quedar bien establecida la o las lesiones y la extensión de las mismas que debe ser removida. Lo anterior es especialmente importante en los casos que han tenido intervenciones previas y se envían para cirugía completa.

8.6.5 En las sesiones postoperatorias se debe correlacionar la anatomía patológica de las lesiones extirpadas con los hallazgos preoperatorios. Si se encuentra disparidad, se debe revisar nuevamente el caso para asegurarse de que la lesión fue removida correctamente.

9. Imagenología

9.1 Los estudios de gabinete utilizados para el diagnóstico y seguimiento de los padecimientos mamarios tienen indicaciones y características específicas. Deben ser solicitados por el médico tratante, de acuerdo con la valoración correspondiente y debe informarse a la paciente el propósito y las limitaciones del estudio.

9.2 El resultado del estudio de mastografía diagnóstica debe reportarse de acuerdo con la clasificación de BIRADS, como se indica el Apéndice Normativo A.

9.3 Las indicaciones para la realización del estudio de ultrasonido se deben realizar conforme al Apéndice Normativo D.

9.4 El equipo debe cubrir los requisitos de funcionamiento especificados en la NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

9.4.1 Las pruebas de control de calidad del local y el equipo se realizarán conforme al Apéndice Normativo E.

9.5 Las características técnicas del equipo de ultrasonido deben contar con transductor lineal de 7.5 MHz a 12 MHz (alta resolución).

9.6 La lesión no palpable es un hallazgo radiológico que muestra imagen sospechosa de malignidad que se aprecia en una mastografía de mujer asintomática en la cual, el examen físico intencionado de las glándulas mamarias es normal.

9.6.1 El manejo de estas imágenes incluye:

9.6.1.1 Evaluación mamográfica, biopsia del espécimen con aguja de corte, corte aspiración u obtenida en quirófano bajo anestesia local o general con aguja localizadora.

9.6.1.2 Estudio radiográfico transoperatorio de la pieza quirúrgica que confirme que la lesión ha sido extirpada.

9.6.1.3 La descripción patológica acorde al numeral 8.3.5

9.6.1.4 Estudio de mastografía de control que determine la respuesta al tratamiento.

9.6.1.5 Si hay manifestaciones residuales de la lesión (microcalcificaciones o imágenes positivas), se debe realizar una nueva intervención y evaluación para tomar la decisión sobre el tratamiento.

10. Tratamiento

10.1 Las decisiones terapéuticas del cáncer de mama se deben formular de acuerdo con la etapa clínica, reporte histopatológico, condiciones generales de salud de la paciente, estado hormonal y la decisión informada de la mujer, considerando la voluntad y libre decisión de la paciente.

10.2 Consideraciones generales

10.2.1 El cirujano oncólogo debe asegurarse de que las mujeres reciban la información sobre las opciones del tratamiento y estén enteradas de que la cirugía conservadora es el tratamiento de opción para la mayoría de los cánceres pequeños detectados por tamizaje. Cuando sea apropiado, debe ofrecer a las pacientes una opción del tratamiento que incluya la reconstrucción inmediata o retrasada en caso de mastectomía.

10.2.2 Se debe contar con el consentimiento firmado del paciente, obtenido conforme a las disposiciones de la NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

10.2.3 Los métodos terapéuticos que en la actualidad se emplean para tratar el cáncer mamario son:

10.2.3.1 Cirugía

10.2.3.2 Radioterapia

10.2.3.3 Quimioterapia

10.2.3.4 Hormonoterapia, y

10.2.3.5 Biológicos

De ellos, la cirugía y la radioterapia tienen una acción local o locorregional; en la quimioterapia, la hormonoterapia y tratamientos biológicos la acción es sistémica.

10.3 Información de las etapas

10.3.1 Este sistema de clasificación proporciona una estrategia de agrupación para pacientes con respecto a la terapéutica y al pronóstico.

10.3.2 El Comité Americano Conjunto sobre el Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés) ha designado las etapas o estadios mediante la clasificación TNM, como se indica en el Apéndice Normativo F.

10.3.3 Se debe tener el diagnóstico previo de cáncer documentado con la clasificación de factores pronósticos (St Gallen 2007), conforme a lo establecido en el Apéndice Normativo G.

10.3.4 El tratamiento debe ser realizado por personal médico calificado que cuente con cédula de especialidad en oncología médica o quirúrgica o con entrenamiento específico comprobado con respaldo documental de instituciones con reconocimiento oficial.

10.3.5 El tratamiento de las diferentes etapas del cáncer de mama deberá realizarse de acuerdo con la última Revisión del Consenso Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario, publicada y avalada por la Secretaría de Salud, la cual estará disponible y actualizada de manera permanente en la página del Instituto Nacional de Cancerología (<http://www.incan.org.mx>)

10.4 Los diferentes tratamientos quirúrgicos son:

10.4.1 Conservador

10.4.2 Radical

10.4.3 Paliativo

10.4.4 Reconstructivo

10.5 Todas las pacientes con tratamiento del cáncer de mama deben recibir una evaluación para determinar el tipo de rehabilitación que ameritan.

10.5.1 La rehabilitación de la paciente debe incluir según el caso:

10.5.1.1 Fisioterapia

10.5.1.2 Uso de prótesis para mantener la posición simétrica de los hombros

10.5.1.3 La reconstrucción de la mama

10.5.1.4 Tratamiento del linfedema

10.6 Las unidades médicas con atención oncológica deberán contar con personal para la atención psicológica de las pacientes, sin embargo la atención psicológica no se recomienda de manera sistemática ya que deben evaluarse las circunstancias especiales y los factores de riesgo de cada paciente.

10.6.1 La trabajadora social debe detectar necesidades especiales de apoyo institucional a la mujer y brindar información sobre los grupos de apoyo que trabajan en la comunidad.

10.7 Las pacientes en etapa terminal deben recibir atención paliativa, como parte de la atención del cáncer de mama, por lo que las instituciones de salud de los sectores público, social y privado, deberán desarrollar la infraestructura y personal necesarios para proveer la atención.

10.7.1 La atención paliativa es una alternativa que mejora la calidad de vida de las y los pacientes a través de la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor, así como de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

10.7.2 La atención paliativa debe ser proporcionada por personal multidisciplinario y de manera coordinada con organizaciones de la sociedad. Sus características son:

10.7.2.1 Controla el dolor y otros síntomas.

10.7.2.3 No intenta apresurar ni retardar la muerte.

10.7.2.4 Integra a la atención del paciente aspectos psicosociales y espirituales.

10.7.2.5 Ofrece un sistema de apoyo a los pacientes para que vivan activamente tanto como sea posible hasta la muerte.

10.7.2.6 Ofrece un sistema de apoyo a los familiares para ayudarlos a sobrellevar la enfermedad de su pariente y a su propio duelo.

10.7.2.7 Mejora la calidad de vida.

11. Procedimientos en cáncer de mama durante el embarazo y la lactancia

El cáncer mamario que coincide con el embarazo es aquél que se diagnostica durante el mismo o dentro del año siguiente a su resolución.

11.1 El interrogatorio minucioso y el examen clínico detallado de las glándulas mamarias, en la consulta prenatal, son fundamentales para establecer el diagnóstico, conforme a lo establecido en la NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. El ultrasonido mamario es el estudio de elección en mujeres embarazadas con datos clínicos anormales. La mastografía en caso de requerirse se puede realizar sin riesgo para el feto.

11.2 Ante la sospecha de un tumor mamario que coincida con el embarazo, la paciente debe ser canalizada a un centro especializado para su manejo; se debe investigar la naturaleza histológica del tumor, hacer biopsia para establecer el diagnóstico, con aguja de corte o bien biopsia quirúrgica abierta.

11.3 Una vez confirmado el diagnóstico de cáncer se debe etapificar con la misma clasificación que se utiliza en la paciente no embarazada.

11.4 Estudios complementarios

11.4.1 En las pacientes embarazadas con diagnóstico confirmado de cáncer mamario, los estudios de extensión permitidos son tele de tórax con protección abdominal, ultrasonido hepático y de preferencia, resonancia nuclear magnética sin medio de contraste. Aún cuando se pueden realizar estudios de radiología y medicina nuclear a baja dosis, de preferencia deben evitarse.

11.5 Tratamiento

11.5.1 El tratamiento depende de dos factores: a) etapa clínica, y b) edad gestacional. En términos generales, se maneja de la misma forma que la mujer no embarazada, de acuerdo con el apartado correspondiente de la última Revisión del Consenso Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario, publicada y avalada por la Secretaría de Salud, la cual estará disponible y actualizada de manera permanente en la página del Instituto Nacional de Cancerología (<http://www.incan.org.mx>)

12. Cáncer de mama en el hombre

El cáncer de mama en el hombre es una entidad poco frecuente. En México se diagnostican anualmente entre 50 y 60 casos, representando el 0.44% de los cánceres de mama, con una relación femenino-masculino de 228:1

12.1 Se consideran los siguientes factores de riesgo en el varón:

12.1.1 Hepatopatías

12.1.2 Síndrome de Klinefelter,

12.1.3 Administración de estrógenos, y

12.1.4 Radiación ionizante.

12.2 En todos los casos de manifestaciones clínicas sugestivas deben efectuarse, lo más pronto posible, acciones de diagnóstico y tratamiento.

12.3 El diagnóstico se debe basar particularmente en:

12.3.1 Historia clínica,

12.3.2 Mastografía,

12.3.3 Ultrasonido,

12.3.4 Biopsia, y

12.3.5 Estudio histopatológico.

12.4 Generalmente corresponden a carcinomas ductales y sólo se han reportado carcinomas lobulillares en presencia de síndrome de Klinefelter. La gran mayoría (80-90%) tienen receptores estrogénicos positivos, con porcentaje bajo (7%) de receptores a progesterona y mutación de HER2/neu (11%). La mitad de los casos tienen receptores androgénicos.

12.5 El diagnóstico diferencial se establece básicamente con:

12.5.1 Ginecomastia,

12.5.2 Lipomas,

12.5.3 Fibromas,

12.5.4 Padecimientos infecciosos, y

12.5.5 Tuberculosis.

12.6 El tratamiento generalmente consiste en mastectomía radical modificada seguida de radioterapia.

12.6.1 En todos los casos con metástasis axilares demostradas se utiliza radiación postoperatoria.

12.6.2 La quimioterapia y hormonoterapia tienen las mismas indicaciones que en cáncer de mama en mujeres.

12.6.3 Debido al alto porcentaje de expresión de receptores hormonales, la hormonoterapia ocupa un papel importante dentro del tratamiento adyuvante.

12.7 El factor pronóstico más importante es la presencia de metástasis ganglionares y no hay diferencia en la supervivencia comparando etapa por etapa con las mujeres.

12.8 Al igual que en las mujeres, el tamoxifeno reduce el riesgo de recurrencia y muerte. Se desconoce el valor de los inhibidores de aromatasas por lo que no se recomienda su uso.

13. Educación continua al personal de salud

13.1 Las instituciones del Sistema Nacional de Salud deben desarrollar planes de capacitación y actualización para médicos, patólogos, radiólogos, técnicos radiólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y todo aquel personal de salud que se encuentre involucrado en el programa de prevención y control de cáncer mamario.

13.2 Todo el personal del programa de tamizaje debe:

13.2.1 Tener entrenamiento especializado

13.2.2 Participar en actividades de capacitación continua

13.2.3 Someterse a evaluación de calidad externa

13.2.4 Contar con la calificación de las competencias necesarias

13.3 Los servicios públicos, sociales y privados serán responsables de implementar los mecanismos que aseguran los procesos de calificación o certificación del personal, o de la certificación de los establecimientos de salud, por formar parte de las buenas prácticas que se enmarcan dentro de la capacitación continua.

14. Control y gestión de calidad

14.1 El control de calidad debe realizarse de forma permanente en cada institución o por cada prestador de servicio que conforma el Sistema Nacional de Salud.

14.2 El Director o responsable de cada servicio de salud debe asegurarse de que las actividades de detección y atención del cáncer de mama se realicen de manera adecuada mediante el cumplimiento de los criterios de certificación de establecimientos de salud, así como de los estándares de estructura y de procesos descritos en el modelo del Consejo de Salubridad General.

14.3 Para garantizar la calidad en los servicios de salud relacionados con el cáncer de mama, el responsable de la unidad prestadora de atención médica, pública, social o privada, debe asegurar que se realicen los siguientes procedimientos generales de gestión de la calidad:

14.3.1 Elaboración de un manual de procedimientos que incluya las etapas en las que participa cada servicio de salud, relacionados con el cáncer de mama.

14.3.2 Programa de verificación y mantenimiento preventivo para garantizar el adecuado funcionamiento de los equipos, la calidad de las imágenes y la seguridad radiológica de operarios y pacientes.

14.3.3 Registro y notificación de las variables necesarias para la construcción de los indicadores de proceso y desempeño, conforme a lo establecido en el Apéndice Informativo E.

14.3.4 Notificación de las acciones de detección y diagnóstico a la Secretaría de Salud.

14.3.5 Conocimiento de los indicadores de proceso y desempeño de la presente Norma, conforme al Apéndice Informativo E.

14.3.6 Medición y análisis periódico de los indicadores para mejorar el desempeño.

14.3.7 Identificación de la posición competitiva que se guarda como servicio de salud en relación a estándares nacionales e internacionales, conforme al Apéndice Informativo F.

14.4 Para garantizar el control de calidad de los servicios de salud relacionados con la detección y control del cáncer de mama, los responsables deben implementar procedimientos de mejora continua en cada uno de los procesos que lo integran, así como acciones que fomenten la interacción entre ellos.

14.4.1 La detección y control del cáncer de mama está integrada por los siguientes procesos y acciones de control de calidad:

14.4.2 Identificación de la población blanco y estrategias para la invitación organizada:

14.4.2.1 Se deberá verificar que las actividades se realicen con base en los criterios establecidos para la detección

14.4.2.2 Las estrategias para la invitación deberán fomentar la equidad en salud

14.4.3 Toma e interpretación de mastografía hasta el informe de resultado, conforme al Apéndice Informativo G.

14.4.3.1 Cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a infraestructura radiológica y manejo de imágenes.

14.4.3.2 Todo el equipo de mamografía y del procesamiento de imágenes, debe tener un estricto control de calidad antes de ser usado y mantener niveles óptimos de calidad mientras se encuentra en uso.

14.4.3.3 El personal responsable de efectuar el control de calidad rutinario es el técnico radiólogo, mientras que el control de calidad específico deberá ser realizado por un físico médico con entrenamiento para ese fin.

14.4.3.4 El técnico radiólogo es el responsable de la calidad de las mastografías, para mantener una calidad adecuada debe trabajar por lo menos dos días de la semana en turnos completos en la toma de mastografías.

14.4.3.5 La mastografía de detección debe ser realizada por servicios y personal dedicados a este fin, con una productividad mínima de 5,000 mastografías por año.

14.4.3.6 La lectura doble es obligatoria fuera de un centro de lectura de mastografías.

14.4.3.7 La doble lectura debe ser realizada por un radiólogo con experiencia que lea por lo menos 5,000 mastografías al año.

14.4.3.8 Realizar la interpretación de mastografía de calidad y generar el reporte con base a lo estipulado en la NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico y a los requerimientos de información establecidos en esta norma.

14.4.3.9 El resultado deberá ser notificado a la paciente en un intervalo no mayor de 21 días hábiles posteriores a la toma de mastografía.

14.4.4 Interpretación del estudio de tamizaje y referencia a la unidad especializada para evaluación diagnóstica.

14.4.4.1 Debe ser oportuna y ágil para evitar angustia y ansiedad en la mujer.

14.4.4.2 El intervalo entre la interpretación de la mastografía o la consulta por sintomatología clínica y la cita en una unidad especializada debe ser menor a dos semanas (diez días hábiles) en, por lo menos, el 90% de las mujeres.

14.4.5 De la referencia de caso probable a la confirmación diagnóstica.

14.4.5.1 La evaluación diagnóstica debe realizarse en servicios especializados de mama.

14.4.5.2 95% de las pacientes debe ser evaluada en menos de tres citas.

14.4.5.3 En los casos de estudio de tamizaje reportado como "no concluyentes" o BIRADS 0, para darles una categoría definitiva después de estudios complementarios de imagen.

14.4.5.4 En pacientes con reporte de BIRADS 3 por mastografía para descartar la presencia de cáncer después de estudios complementarios de imagen o histológicos. El seguimiento con mastografía cada 6 meses sólo podrá ser indicado posterior a la evaluación complementaria.

14.4.5.5 En los casos de estudio de tamizaje reportado BIRADS 4 o 5, así como en los casos de sospecha clínica, establecer el diagnóstico definitivo (histológico) de benignidad o malignidad.

14.4.5.6 El resultado de la biopsia deberá ser informado a la paciente en no más de diez días hábiles posteriores a la obtención del tejido en, por lo menos, 90% de las pacientes.

14.4.6 De la confirmación diagnóstica a la referencia a un centro oncológico

La referencia de los casos confirmados a un centro oncológico deberá ser realizada en un intervalo que no exceda diez días hábiles en más del 90% de los casos.

14.4.7 De la referencia al centro oncológico al inicio del tratamiento inicial

El inicio del tratamiento no deberá exceder 15 días hábiles en más de 90% de los casos, contados a partir de la decisión del tipo de tratamiento a proporcionar.

14.4.8 De la contra-referencia

En todos los casos deberá ser por escrito e incluir el diagnóstico, así como el pronóstico y si procede, el tratamiento.

15. Monitoreo y evaluación

15.1 Todos los aspectos de la detección y atención del cáncer de mama deben ser monitoreados y evaluados por las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud de acuerdo con las etapas en las que participe.

15.1.1 Todas las unidades especializadas en mama y los centros oncológicos deberán contar con personal de salud específico responsable de la coordinación del registro y notificación de la información.

15.1.2 Toda la información recolectada debe incluir los criterios de garantía de calidad para evitar la duplicidad de esfuerzos.

15.1.3 Los resultados del monitoreo y la evaluación deben ser accesibles al público

15.2 La evaluación se realiza mediante:

15.2.1 Auditorías internas

15.2.2 Auditorías externas las cuales, entre otras, pueden ser:

15.2.2.1 Certificación del Establecimiento de Salud por el Consejo de Salubridad General,

15.2.2.2 Evaluación por auditores externos

15.3 Las evaluaciones se realizan con el propósito de identificar:

15.3.1 El grado de satisfacción de los requisitos del modelo del Consejo de Salubridad General

15.3.2 La capacidad de los establecimientos de salud para asegurar la confiabilidad de los servicios de salud ofrecidos, con base en la competitividad demostrada en relación a indicadores de desempeño aceptados en la comunidad médica nacional e internacional

16. Vigilancia epidemiológica

16.1 La vigilancia epidemiológica del cáncer de mama forma parte del SINAVE, que cumple con las disposiciones del CONAVE, y cuenta con el consenso de las instituciones que lo conforman.

16.2 Requieren ser objeto de vigilancia epidemiológica los casos probables y confirmados de cáncer de mama por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

16.3 La vigilancia epidemiológica del cáncer de mama es un instrumento para determinar la magnitud del problema de salud, así como para apoyar las actividades de monitoreo y evaluación del programa por lo que incluye los procesos de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

16.4 Con el objeto de homogeneizar la vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, se deberá contar con un sistema de información unificado en las instituciones y unidades de atención médica que integran el Sistema Nacional de Salud, sean públicas, sociales o privadas, que responda a las necesidades de información de las instituciones que lo conforman.

16.5 Son motivo de registro nominal los casos probables y confirmados, independientemente de la etapa clínica.

16.6 La vigilancia epidemiológica de la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, se debe realizar conforme a la NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

16.7 La vigilancia de la morbilidad debe considerar la incidencia del cáncer de mama, así como su caracterización en tiempo, lugar y persona, los cánceres de intervalo, el estadio al momento del diagnóstico, y la proporción relativa por tipos histológicos y marcadores tumorales.

16.8 El análisis de la mortalidad por cáncer de mama debe incluir además de las causas básicas, las causas múltiples, el estudio de la autopsia verbal y la supervivencia a cinco años, caracterizadas en tiempo, lugar y persona.

17. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta norma no es concordante con ninguna norma internacional ni mexicana, por no existir referencia al momento de su elaboración.

18. Bibliografía

18.1 American Cancer Society. Recommendations on MRI and Mammography for Breast Cancer Screening. A Cancer Journal for Clinicians, March/April 2007.

18.2 Aranda López, Cervera Deval (eds.) Oncoguía de Cáncer de Mama, Generalitat Valenciana, 2005.

18.3 Blamey RW, Wilson ARM, Patnick J. Screening for breast cancer. BMJ 2000;321(9).

18.4 Bonfill X, Marzo M, Pladevall M, Martí J, Emparanza JI. Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening [Systematic Review] Cochrane Breast Cancer Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2008.

18.5 Brandt A, Lorenzo Bermejo J, Sundquist J, Hemminki K. Breast cancer risk in women who fulfill high-risk criteria: at what age should surveillance start? Breast Cancer Res Treat. 2009 Jul 30.

18.6 Breast Cancer Prevention. National Cancer Institute. Health Professional Version 2008.

18.7 Breast Cancer Treatment. National Cancer Institute. Health Professional Version 2008.

18.8 Broeders M., Codd M., et. al. Guía epidemiológica de garantía de calidad en el cribado del cáncer de mama. En: Guías Europeas de Garantía de Calidad en Cribado Mamográfico 3a. edición. Comisión Europea 2005.

18.9 Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Recomendaciones en el manejo diagnóstico de lesiones mamarias. 2003.

18.10 Detección y atención integral del cáncer de mama. Guía técnica. IMSS 2005.

18.11 Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de defunciones 1979-2007. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud.

18.12 European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth Edition. European communities, 2006.

18.13 EUSOMA. Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer. European Journal of Cancer 43 (2007) 660-675.

18.14 Gotzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography (Review). The Cochrane Library 2008, Issue 4.

18.15 IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 7. Breast Cancer Screening. Harri Vainio, Franca Bianchini, Oxford University Press, 2002.

18.16 INEGI. Proyecciones de la Población con base en el Censo 2005. México 2008.

18.17 International Agency for Research on Cancer Working Group on the Evaluation of Cancer Preventive Strategies. Efficacy of screening by breast self examination. In: Vaionio H, Bianchini F, eds. Breast cancer screening. Lyon: IARC Press, 2002:107-13.â.

18.18 Khatib OMN, Modjtabei A (eds.) Guidelines for the early detection and screening of breast cancer, Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006.

18.19 Kosters JP, Gotzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. [Systematic Review] Cochrane Breast Cancer Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2008.

18.20 Lai Fong Chiu. Straight talking: Communicating Breast Screening Information in Primary Care. British Library Cataloguing in Publication Data 2002.

18.21 Mammography Screening can Reduce Deaths from Breast Cancer. International Agency for Research on Cancer. Press release No. 139, 18 March, 2002.

18.22 Martínez Montañez OG, Uribe Zúñiga P, Hernández Avila M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. Salud Pública Méx 2009; 51 supl 2:S350-S360.

18.23 McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of Breast Diseases. BMJ 2000; 321: 624-628.

18.24 McPherson K, Steel C M, Dixon J M. Breast cancer epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ* 2000; 321(9).

18.25 Metcalfe A, Werrett J, Burgess L, Chapman C, Clifford C. Cancer genetic predisposition: information needs of patients irrespective of risk level. *Fam Cancer*. 2009 Jun 11.

18.26 National Collaborating Centre for Primary Care. Referral guidelines for suspected cancer. National Institute for Health and Clinical Excellence, London 2005.

18.27 Ortiz-Rodríguez SP, Torres-Mejía G, Mainero-Ratchelous F, Angeles-Llerenas A, López-Caudana AE, Lazcano-Ponce E, Romieu I. Actividad física y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Salud Pública Méx* 2008; 50:126-135.

18.28 Paul Taylor. Making decisions about mammography. *BMJ* 2005; 330; 915-916.

18.29 Peter Briggs, Susan Gray, Julietta Patnick and Roger Blanks. Organising a breast screening programme. *NHSBSP Publication No. 52*, 2002.

18.30 Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Secretaría de Salud. México 2008. Disponible en <http://portal.salud.gob.mx>.

18.31 Programa de Acción del Cáncer de Mama. Secretaría de Salud. México 2008.

18.32 Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. 2003, Secretaría de Salud, México.

18.33 Robin Wilson, David Asbury (eds.) Clinical guidelines for breast cancer screening assessment. *NHSBSP Publication No. 49*, I 2001.

18.34 Rodríguez E. Domchek SM. The prevention of hereditary breast cancer. *Semin Oncol*. 2007; 34(5):401-5.

18.35 Romieu I, Hernández-Avila M, Lazcano E, López L, Romero-Jaime R. Breast Cancer and Lactation History in Mexican Women. *Am J Epidemiol* 1996; 143: 543-52.

18.36 Romieu I, Lazcano-Ponce E, Sanchez-Zamorano LM, Willett W, Hernandez-Avila M. Carbohydrates and the Risk of Breast Cancer among Mexican Women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004; 13(8): 1283-9

18.37 Romero-Hidalgo S, Urraca N, Parra D, Villa AR, Lisker R, Carnevale A. Attitudes and anticipated reactions to genetic testing for cancer among patients in México City. *Genet Test Mol Biomarkers*. 2009 Aug; 13(4): 477-83.

18.38 Sainsbury J R C, Anderson T J, Morgan D A L, Breast cancer. *BMJ* 2000;321(9).

18.39 Sylvia C. Robles, Eleni Galanis. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2002; 11(3):178-184

18.40 Tabar L, Duffy SW, Vitak B, ChenH, Prevost RC. The Natural History of Breast Carcinoma. *Cancer* 1999;86(3):449-462.

18.41 Tercera Revisión del Consenso Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. 2008.

18.42 Torres-Sánchez Luisa, Galván-Portillo Marcia et. al. Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. *Salud Pública Méx* 2009; Vol. 51(2): 181-190.

18.43 Woo, JC, Yu, T, Hurd, TC. Breast cancer in pregnancy: a literature review. *Arch Surg* 2003; 138:91.

19. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

20. Vigencia

Esta Norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 30 de agosto de 2010.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización y Prevención de Enfermedades, **Mauricio Hernández Avila**.- Rúbrica.

21. Apéndices Normativos**APENDICE NORMATIVO A****Clasificación BIRADS para mastografía**

El resultado del estudio de mastografía diagnóstica y de tamizaje debe reportarse de acuerdo a la clasificación de BIRADS:

Hallazgos	Clasificación	Comentarios
Estudio insuficiente o técnicamente deficiente	BIRADS 0	Repetir el estudio
Mama normal	BIRADS 1	
Hallazgos benignos	BIRADS 2	
Hallazgos probablemente benignos	BIRADS 3	Es conveniente el seguimiento radiológico cada 6 meses durante 2 años o biopsia con aguja de corte.
Hallazgos probablemente malignos en lesión no palpable	BIRADS 4	Se sugiere biopsia excisional o con previo marcaje.
Hallazgo maligno	BIRADS 5	Se sugiere biopsia.

APENDICE NORMATIVO B**Criterios de referencia de mujeres con sintomatología mamaria sospechosa de cáncer**

La valoración adecuada de los síntomas y signos en relación con la mama debe tener en cuenta: edad, factores de riesgo, oscilaciones temporales, bilateralidad, exámenes previos, desencadenantes y otros síntomas. La posibilidad de que una masa palpable en la mama sea maligna aumenta a mayor edad, en la postmenopausia y con las siguientes características en el examen físico: consistencia firme, aspecto sólido, bordes irregulares, escaso desplazamiento sobre la piel, la región costal o los tejidos que le rodean, unilateral, no dolorosa y la presencia de adenopatías axilares. Sin embargo, aún en ausencia de estos factores un 10% pueden ser malignas, algunas veces una zona de engrosamiento que no llega a masa puede ser cáncer. La coexistencia de masa y adenopatía axilar palpable debe considerarse cáncer mientras no se demuestre lo contrario.

El 90% de las masas suelen ser lesiones benignas. Las masas de superficie lisa y consistencia elástica están asociadas a fibroadenoma en mujeres de los 20 a los 30 años de edad y a quistes en las mujeres de 30 a 40. La secreción por el pezón, debe estudiarse siempre. Hay mayor riesgo de lesión maligna en el caso de que la secreción contenga restos hemáticos y esté asociado a masa. La presencia de secreción lechosa bilateral orienta a causa endocrinológica.

El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuente. Está asociado con mayor frecuencia a cambios fibroquísticos en la mama premenopáusica. La enfermedad de Paget afecta al pezón y areola de forma unilateral, clínicamente muy similar a la dermatitis crónica eccematosa se asocia a un carcinoma mamario intraductal subyacente. (Fitzpatrick, 2001)

La retracción del pezón o de la piel de presentación reciente se debe evaluar cuidadosamente. Los fenómenos inflamatorios del tipo de eritema, induración, aumento de temperatura y dolor pueden ser indicativos de un tumor inflamatorio de mal pronóstico. En ocasiones un tumor evolucionado puede dar lugar a un cáncer ulcerado.

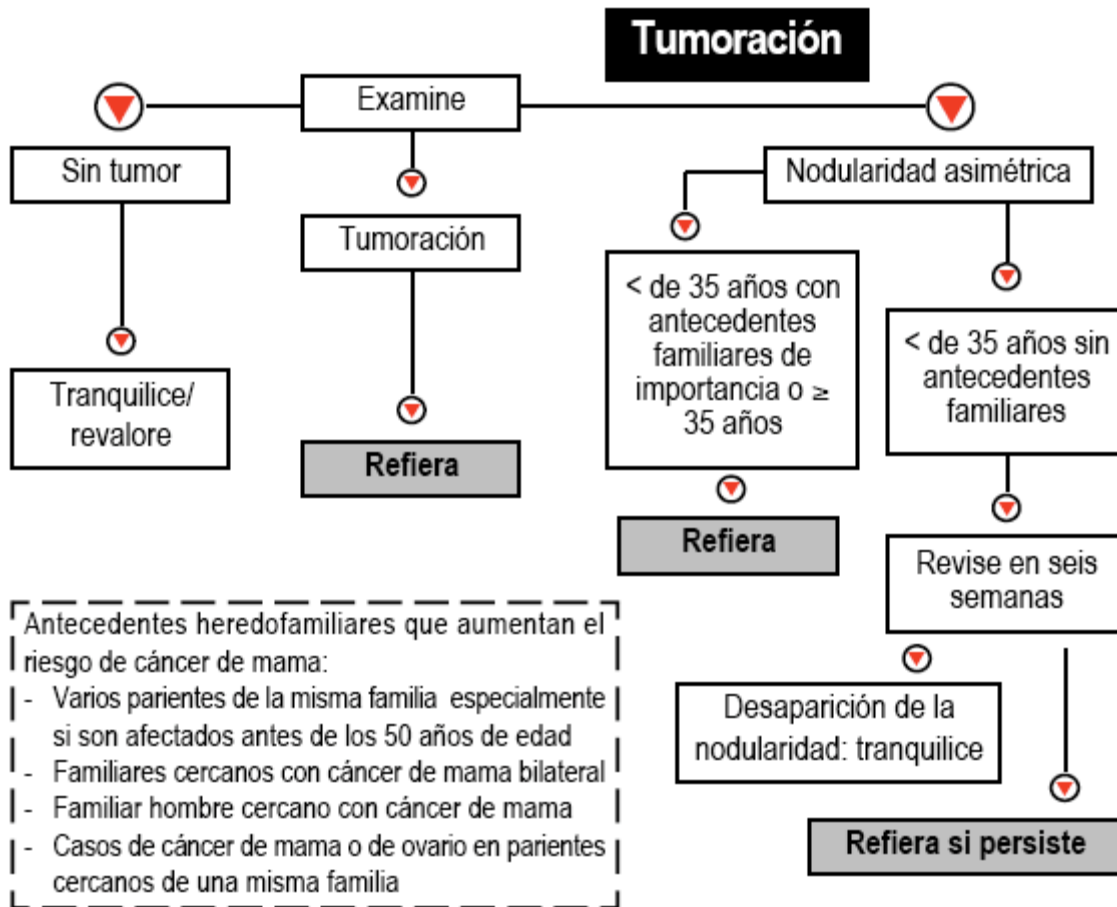
Criterios para la referencia:

Se deben referir a una unidad especializada de mama a las mujeres con:

- Tumoración mamaria de características malignas a cualquier edad
- Alteraciones de la piel como ulceración, retracción de la piel o pezón, engrosamiento de la piel
- Nueva tumoración en mujeres con nodularidad preexistente
- Nodularidad asimétrica que persiste después de la menstruación en mujeres menores de 35 años con antecedentes familiares de cáncer de mama o en mujeres de 35 o más años de edad
- Descarga sanguinolenta, abundante o persistente por el pezón

APENDICE NORMATIVO C

Algoritmo diagnóstico



APENDICE NORMATIVO D

Indicaciones para el estudio de ultrasonido

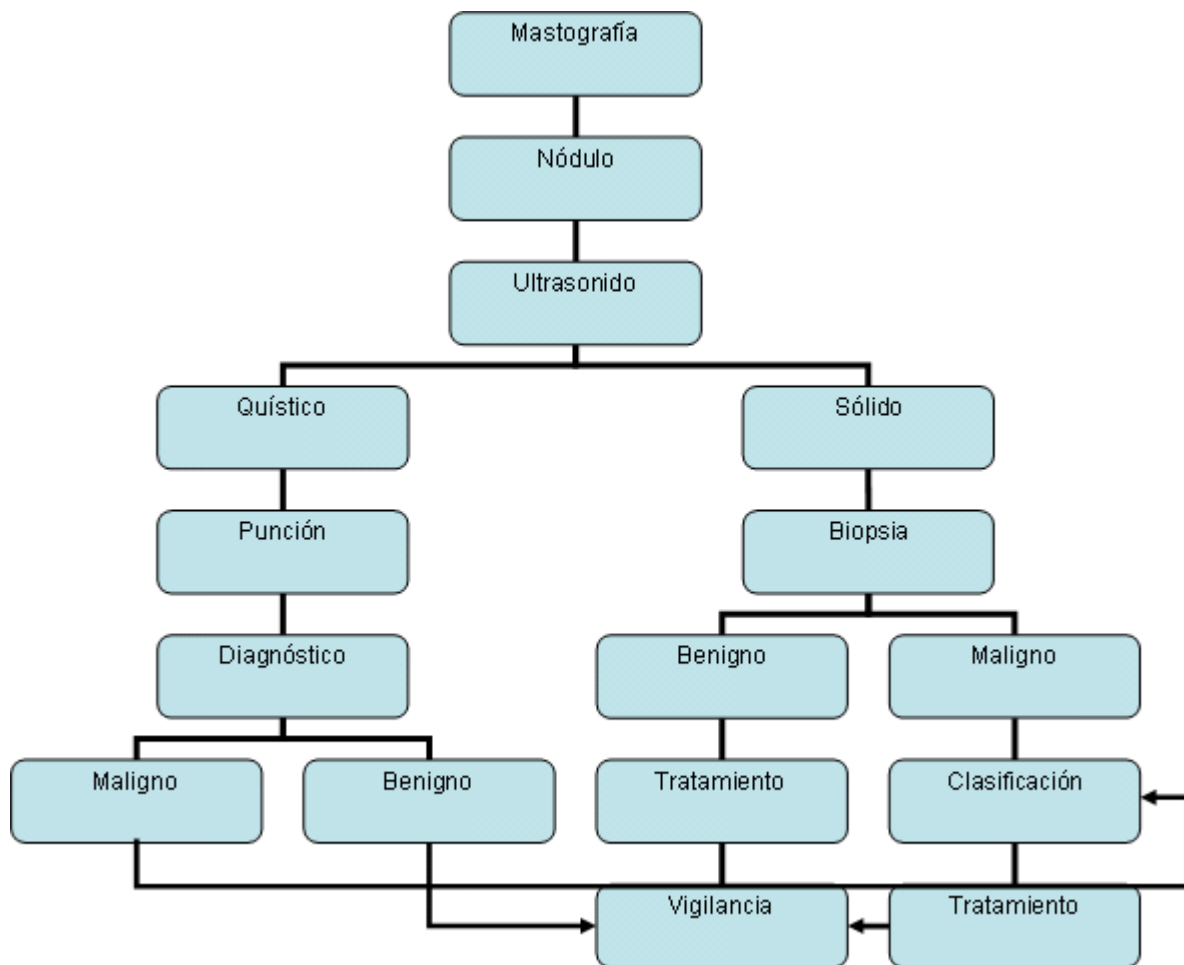
Las indicaciones para la realización del estudio de ultrasonido mamario son las siguientes:

- Mujer menor de 35 años con sintomatología mamaria,
- Mama densa,
- Caracterización de un nódulo,
- Densidad asimétrica,
- Implantes mamarios,
- Mastitis o absceso,
- Embarazo con sintomatología mamaria,
- Guía de procedimientos intervencionistas,
- Tumor quístico o sólido.

El estudio de ultrasonido no se debe indicar en:

- Prueba de detección del cáncer mamario
- Mama grasa
- Micro calcificaciones.

En la valoración de nódulos detectados por mastografía, se debe seguir el siguiente algoritmo:



APENDICE NORMATIVO E

Pruebas de control de calidad del local y el equipo

Pruebas	Tiempo requerido	Frecuencia Mínima
Limpieza de cuarto oscuro	5 minutos	Diariamente
Control de calidad del procesador de películas	20 minutos	Diariamente
Sistema de identificación de películas		
Limpieza de pantallas intensificadoras	10 minutos	Semanalmente
Limpieza de negatoscopios	10 minutos	Semanalmente
Evaluación de imágenes con maniqués de acreditación (ACR)	30 minutos	Semanalmente
Revisión visual del equipamiento e instalaciones	5 minutos	Mensual
Análisis de estudios repetidos	60 minutos	Trimestral
Análisis de la retención del fijador en la película	5 minutos	Trimestral
Velo en el cuarto oscuro	10 minutos	Semestral
Contacto pantalla-película	30 minutos	Semestral
Compresión manual y automática	10 minutos	Semestral

APENDICE NORMATIVO F

Clasificación de los tumores mamarios, sus nódulos y metástasis

T: Tumor primario
TX: El tumor primario no puede ser evaluado
TO: No hay evidencia de tumor primario
Tis: Carcinoma in situ (carcinoma intraductal, carcinoma lobular in situ o enfermedad de Paget de pezón sin tumor que lo acompañe)
T1: Tumor de 2.0 cm o menos en su mayor dimensión
T1a: Tumor de más de 0.1 cm pero no más de 0.5 cm en su mayor dimensión
T1b: Tumor de más de 0.5 cm pero no más de 1.0 cm en su mayor dimensión
T1c: Tumor de más de 1.0 cm pero no más de 2.0 cm en su mayor dimensión
T2: Tumor de más de 2.0 cm pero no más de 5.0 cm en su mayor dimensión
T3: Tumor mide más de 5.0 cm en su mayor dimensión
T4: Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o la piel
T4a: Extensión a la pared torácica
T4b: Edema "piel de naranja", ulceración de la piel de la mama o nódulos satélites limitados a la misma
T4c: Ambos casos mencionados arriba (T4a y T4b)
T4d: Carcinoma inflamatorio
N: Ganglios linfáticos regionales
NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales (por ejemplo, porque fueron extraídos previamente)
NO: No hay metástasis regional de los ganglios linfáticos
N1: Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos axilares ipsilaterales móviles
N2: Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos ipsilaterales unidos entre sí o a otras estructuras
N3: Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales
pN: Clasificación patológica
pNX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales (no se extrajeron para estudio patológico o se extrajeron anteriormente)
pNO: No hay metástasis a los ganglios linfáticos regionales
pN1: Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos axilares ipsilaterales móviles
pN1a: Sólo micrometástasis (ninguna mayor de 0.2 cm)
pN1b: Metástasis a ganglio(s) linfático(s), cualquiera mayor de 0.2 cm
pN1bl: Metástasis a entre uno y tres ganglios linfáticos, cualquiera mayor de 0.2 cm de tamaño y todos menores de 2.0 cm en su mayor dimensión
pN1blI: Metástasis a cuatro o más ganglios linfáticos, cualquiera mayor de 0.2 cm de tamaño y todos menores de 2.0 cm en su mayor dimensión
pN1blII: Extensión del tumor más allá de la cápsula de un ganglio linfático; metástasis menor de 2.0 cm en su mayor dimensión
pN1blIV: Metástasis a un ganglio linfático de 2.0 cm o más en su mayor dimensión
pN2: Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos axilares ipsilaterales unidos entre sí o a otras estructuras
pN3: Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos ipsilaterales mamarios internos
(M): Metástasis distante
MX: No se puede evaluar la presencia de metástasis distante
MO: No hay metástasis distante
M1: Presencia de metástasis distante
Nota: la pared torácica incluye costillas, músculos intercostales y el músculo serrato mayor, pero no los músculos pectorales.

APENDICE NORMATIVO G
Factores pronósticos (St. Gallen 2007)

Categoría de riesgo	
Riesgo bajo	<p>Ganglios negativos y <u>todos</u> los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pT ≤ 2cm, y • Grado 1, y • Ausencia de invasión vascular peritumoral, y • Receptores para estrógenos y/o progesterona positivos, y • HER2/neu no sobre-expresado ni amplificado, y • Edad ≤ a 35 años
Riesgo intermedio	<p>Ganglios negativos y <u>al menos uno</u> de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pT>2cm, o • Grado 2 - 3, o • Presencia de invasión vascular peritumoral, o • Receptores para estrógenos y progesterona negativos, o • HER2/neu sobre-expresado o amplificado, o • Edad <35 años <p>Ganglios positivos (1-3 ganglios comprometidos) y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receptores para estrógenos y/o progesterona positivos y • HER2/neu no sobre-expresado ni amplificado
Riesgo alto	<p>Ganglios positivos (1-3 ganglios comprometidos) y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receptores para estrógenos y progesterona negativos, o • HER2/neu sobre-expresado o amplificado <p>Ganglios positivos (4 o más ganglios comprometidos)</p>

22. Apéndices Informativos

APENDICE INFORMATIVO A

Actividad física

Se considera actividad física a todo movimiento corporal provocado por contracción del músculo esquelético que resulte en un incremento sustancial del gasto calórico.

La realización de un mínimo de 30 a 60 minutos de actividad física moderada todos los días de la semana ha mostrado disminuir el riesgo de cáncer de mama.

Tabla 1.- Ejemplos de actividad física moderada

Actividades en el hogar u ocupacionales	Actividades deportivas o recreativas
Lavado o aspirado de pisos	Caminata vigorosa
Lavado de casa, automóvil, ventanas.	Jugar voleibol recreativo
Trabajo de carpintería general	Básquetbol "lanzar canastas"
Pintura de casa	Baile de salón
Trabajos de jardinería en general	Caminata o carrera con niños
Trabajo eléctrico o plomería en general	Caminata con mascotas
La actividad física moderada permite mantener la capacidad de enunciar frases cortas (nombre completo o la hora del día) sin entrecortar las palabras o acelerarlas, ni causar dificultad respiratoria extrema.	

APENDICE INFORMATIVO B**Reporte histopatológico de acuerdo a tipo de espécimen****1. BIOPSIAS POR AGUJA DE CORTE****Con Carcinoma Intraductal:**

Reportar: Grado nuclear, patrón arquitectural y la presencia de comedonecrosis

Con Carcinoma Invasor

Reportar el tamaño basado en la evaluación histológica del fragmento con mayor dimensión y un grado histológico provisional. El diagnóstico de microinvasión e invasión linfovascular no debe hacerse en estos especímenes a menos de que sea inequívoco, así mismo, una lesión proliferativa intraductal, no debe sobreinterpretarse como carcinoma intraductal

2. CARCINOMA INTRADUCTAL

El reporte histopatológico debe incluir además del diagnóstico, información de utilidad terapéutica:

- Grado nuclear (bajo, intermedio, alto)
- Presencia de necrosis (comedo o focal)
- Patrón arquitectural
- Tamaño y/o extensión de la lesión
- Localización de las microcalcificaciones
- Estatus de los márgenes quirúrgicos
- Estatus de los marcadores hormonales y del HER2/neu

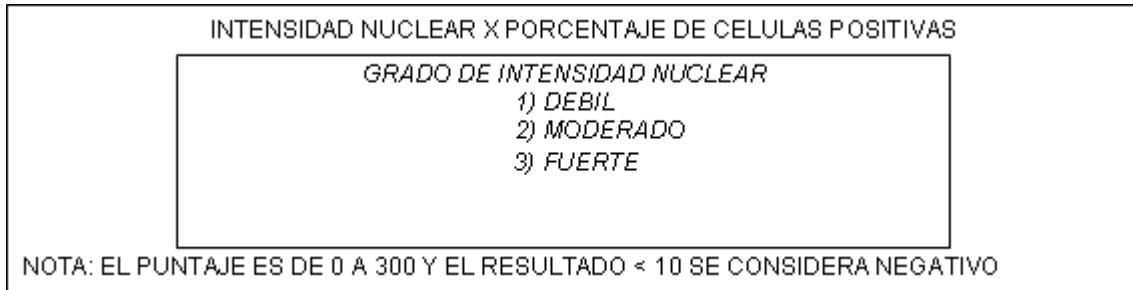
3. CARCINOMA INVASOR

El reporte histopatológico debe incluir no sólo el diagnóstico sino también la información necesaria para una adecuada etapificación y manejo del paciente.

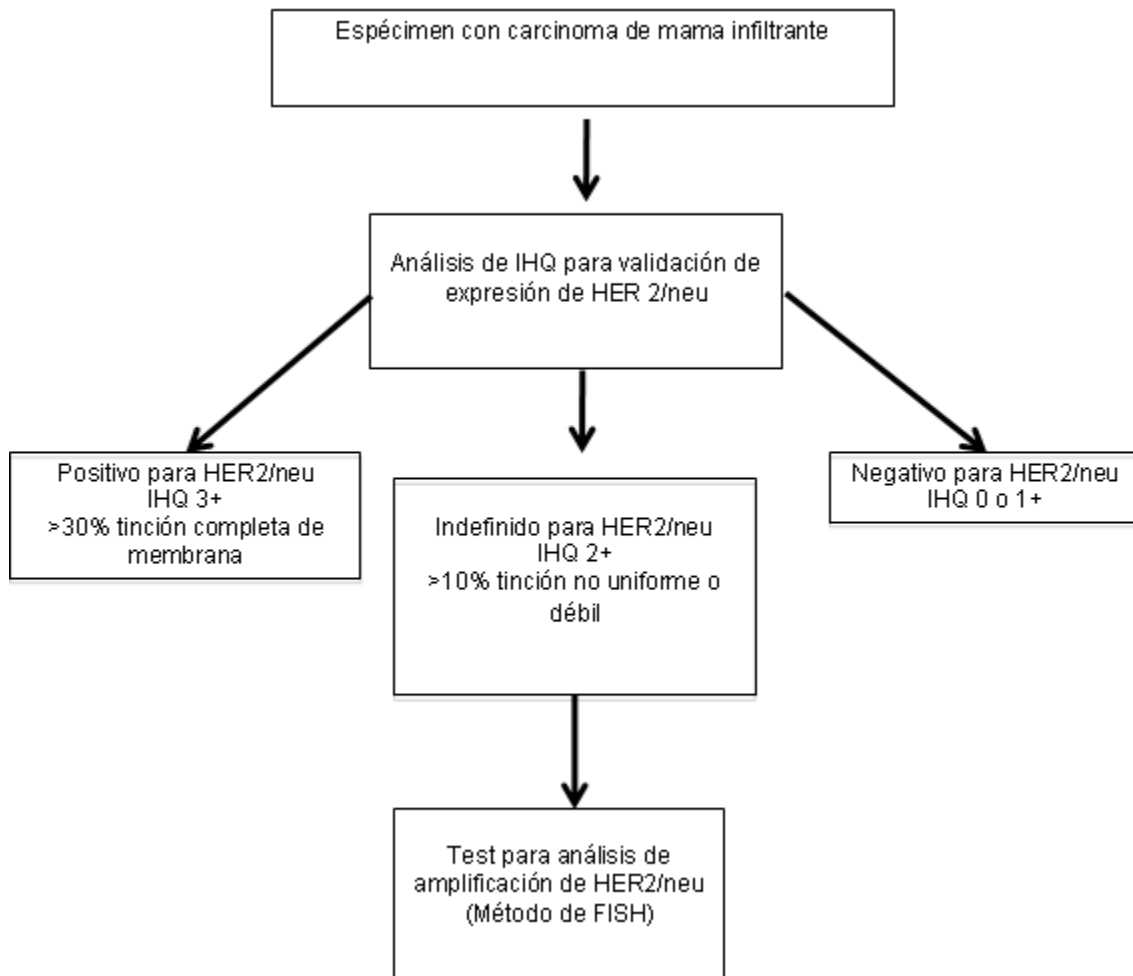
- Tamaño del espécimen
- Tamaño del tumor
- Tipo histológico
- Grado histológico
- Presencia y extensión del carcinoma intraductal coexistente
- Presencia o ausencia de invasión linfovascular
- Estatus de los márgenes quirúrgicos
- Estatus de los ganglios linfáticos
- Estatus de marcadores hormonales y del HER2/neu
- Comentario:

Se han publicado varias guías o sinopsis de reportes histopatológicos (checklist) que facilitan la comunicación con el clínico ya que se proporciona importante información clínica, éstas pueden consultarse en el sitio: www.cap.org

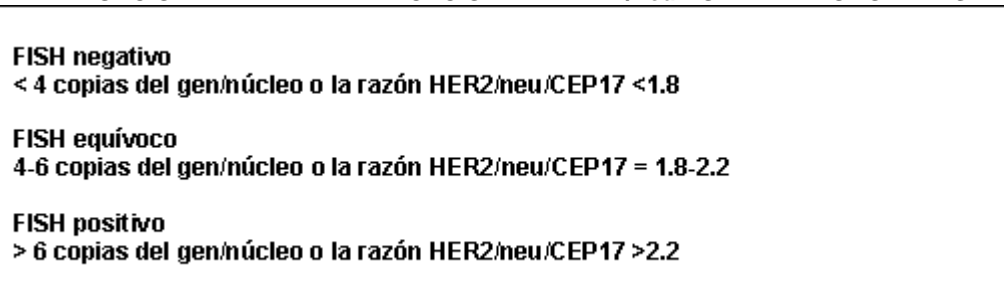
EVALUACION RECOMENDADA PARA RECEPTORES HORMONALES POR EL METODO DE H-SCORE



EVALUACION DEL HER2/neu POR EL METODO DE HERCEP-TEST



EVALUACION PARA LA AMPLIFICACION DEL HER2/neu POR EL METODO DE FISH



APENDICE INFORMATIVO C**Clasificación histológica de la OMS para tumores de mama (OMS, Conferencia de Consenso, Lyon, Francia, 2002.****1. TUMORES EPITELIALES**

- 8500/3 Carcinoma ductal invasivo no especificado en otra parte
 - Carcinoma de tipo mixto
- 8022/3 Carcinoma pleomórfico
- 8035/3 Carcinoma con células osteoclasticas gigantes
 - Carcinoma con características coriocarcinomas
 - Carcinoma con características melanóticas
- 8520/3 Carcinoma lobular invasivo
- 8211/3 Carcinoma tubular
- 8201/3 Carcinoma cribiforme invasivo
- 8211/3 Carcinoma medular
 - Carcinoma mucinoso y otros tumores con abundante mucina
- 8480/3 Carcinoma mucinoso
- 8480/3 Cistadenoma y carcinoma mucinoso de células columnares
- 8490/3 Carcinoma de células en anillo de sello
 - Tumores neuroendocrinos
- 8249/3 Carcinoma neuroendocrino sólido
- 8041/0 Tumor carcinoide atípico
- 8041/3 Carcinoma de células avendoides pequeñas
- 8013/3 Carcinoma neuroendocrino de células grandes
- 8503/3 Carcinoma papilar invasivo
- 8507/3 Carcinoma micropapilar invasivo
- 8401/3 Carcinoma apócrino
- 8575/3 Carcinoma metaplásicos
- 8575/3 Carcinoma epitelial metaplásico puro
- 8070/3 Carcinoma de células escamosas
- 8572/3 Adenocarcinoma con metaplasia de células fusiformes
- 8560/3 Carcinoma adenoescamoso
- 8430/3 Carcinoma mucoepidermoide
- 8575/3 Carcinoma metaplásico mixto epitelial/mesenquimatoso
- 8314/3 Carcinoma rico en lípidos
- 8502/3 Carcinoma secretor
- 8290/2 Carcinoma oncocítico
- 8200/3 Carcinoma adenoide quístico
- 8550/3 Carcinoma de células acinicas (acinosas)
- 8315/3 Carcinoma de células claras ricas en glucógeno
- 8410/3 Carcinoma sebáceo
- 8530/3 Carcinoma inflamatorio
 - Neoplasia lobular

- 8520/2 Carcinoma lobular in situ
Lesiones proliferativas intraductales
Hiperplasia ductal
Atipia epitelial plana
Hiperplasia ductal atípica
- 8500/2 Carcinoma ductal in situ
Carcinoma microinvasivo
Neoplasmas papilares intraductales
- 8503/0 Papiloma central
- 8503/0 Papiloma periférico
Papiloma atípico
- 8503/2 Carcinoma papilar intraductal
- 8504/2 Carcinoma papilar intraquístico
Proliferaciones epiteliales benignas
Adenosis y sus variantes
Adenosis esclerosante
Adenosis apocrina
Adenosis ductal
Adenosis microglandular
Adenosis adenomioepitelial
Cicatriz radial/lesión esclerosa compleja Adenomas
- 8211/0 Adenoma tubular
- 8204/0 Adenoma de la lactancia
- 8401/0 Adenoma apócrino
- 8940/0 Adenoma pleomórfico
- 8503/0 Adenoma ductal

2. LESIONES MIOEPITELIALES

- Mioepiteliosis
Adenosis adenomioepitelial
- 8983/0 Adenomioepitelioma
- 8982/3 Mioepitelioma maligno

3. TUMORES MESEQUIMATOSOS

- 9120/0 Hemangioma
Angiomatosis
- 9150/1 Hemangiomapericitoma
Hiperplasia pseudoangiomatosa del estroma
- 8825/0 Miofibroblastoma
- 8821/1 Fibromatosis (agresiva)
- 8825/1 Tumor miofibroblástico inflamatorio
- 8850/0 Lipoma

8861/0	Angiolipoma
9580/0	Tumor de células granulosas
9540/0	Neurofibroma
9560/0	Schwannoma
9120/3	Angiosarcoma
8850/3	Liposarcoma
8900/3	Rabdomiosarcoma
9180/3	Osteosarcoma
8890/0	Leiomioma
8890/3	Leiomiosarcoma

4. TUMORES FIBROEPITELIALES

9010/0	Fibroadenoma
9020/0	Tumor filodes
9020/0	Tumor filodes benigno
9020/1	Tumor filodes "borderline"
9020/3	Tumor filodes maligno
9020/3	Sarcoma del estroma periductal
	Hamartoma mamario

5. TUMORES DEL PEZON

8506/0	Adenoma de pezón
8407/0	Adenoma siringomatoso
8540/3	Enfermedad de Paget de la mama

6. LINFOMA MALIGNO

9680/3	Linfoma difuso de células B
9687/3	Linfoma de Burkitt
9699/3	Linfoma extranodal de células B tipo MALT
9690/3	Linfoma folicular

7. TUMORES METASTASICOS

8. TUMORES DE MAMA EN EL HOMBRE

	Ginecomastia
	Carcinoma
8500/3	Invasivo
8500/2	In situ

APENDICE INFORMATIVO D

Integración de las unidades de detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama

El equipo mínimo lo constituyen: recepcionista, técnico, físico médico, radiólogo.

Recepcionista o entrevistador:

- Es la primera persona con quien tiene contacto el paciente
- Otorga la cita, debe indicar que si hay estudios previos los lleve a su cita.
- Da las indicaciones para la realización de un estudio óptimo
- Recibe a la paciente
- Realiza el interrogatorio inicial

- Nombre, edad, teléfono.
- Indicaciones del estudio (dolor, telorrea, etc.)
- Nombre del médico que envía el estudio.
- Antecedentes de biopsia o cirugía mamaria
- Presencia de implantes
- Antecedentes heredo-familiares de cáncer mamario
- Estudios previos y fechas.
- Uso de terapia hormonal.
- Transcribe el informe radiológico y entrega los resultados.

Técnico en rayos X especialistas en mama:

- Requisitos administrativos:
- Cédula profesional que lo certifique como técnico radiólogo general
- Diploma de técnico radiólogo expedido por una institución médica reconocida
- Todos los estudios de mastografía serán realizados por técnicos radiólogos titulados.
- Acreditar adicionalmente la capacitación específica en mastografía o curso tutorial o demostrativo (teórico-práctico)
- Requisitos técnicos:
- Conocer las dosis de radiación en la mamografía y disminuir al mínimo la exposición
- Capacitado para obtener imágenes de buena calidad (al menos en el 97%, con capacidad de interpretación, menos del 3% técnicamente inadecuadas)
- Capacitado para tomar las proyecciones adicionales necesarias.
- Deberá conocer equipos convencionales y digitales, reveladoras y conocer la película radiográfica de mama
- Es responsable de realizar las actividades que controlan la calidad de la imagen
- Estar capacitado en la adecuada ubicación del control automático de la exposición
- Debe estar capacitado en el empleo del equipo de estereotaxia (ubicación) y otros procedimientos en la realización de biopsias.
- Debe estar familiarizado con otras técnicas de imagen en mama (resonancia magnética, ultrasonido, etc.)
- Para poder estar certificado en técnica mamaria, se requiere al menos la realización de 150 mamografías de calidad.
- Debe ser capaz de crear un ambiente de confianza y respeto, informando oportunamente la técnica del estudio a la paciente.

Físico médico:

- Maestro en ciencias reconocido por una institución nacional de manejo de radiación
- Al menos 2 años de experiencia en el manejo de equipos mamográficos
- Entrenamiento en ciencias biológicas
- Con conocimiento en física médica de al menos 1 año
- Capaz de manejar instrumentos y parámetros en mamografía.
- Persona, que realiza evaluación anual de los equipos, para reconocimiento de los factores que disminuyen la capacidad diagnóstica de los equipos y que aumenta la dosis de radiación al paciente.
- Capaz de atender los reportes que se realizan por el personal técnico en mamografía
- Revisar anualmente los parámetros del control de calidad de los equipos que se enlistan en la tabla 2.

Tabla 2. Parámetros a revisar por el físico médico.

PRUEBAS	FRECUENCIA MINIMA
Evaluación general de los sistemas mecánicos.	ANUAL
Desempeño del sistema de colimación.	ID
Evaluación de la resolución del sistema.	ID
Desempeño del sistema del control automático de la exposición	ID
Uniformidad de la velocidad de la pantalla intensificadora	ID
Evaluación de la presencia de artefactos.	ID
Evaluación de la calidad de imagen.	ID
Exactitud y reproductibilidad de la tensión (kvp)	ID
Calidad del haz, capa hemirreductora (chr)	ID
Reproducibilidad del cae y exposición de la mama.	ID
Dosis glandular media.	ID
Tasa de exposición.	ID
Medición de la luminiscencia de los negatoscopios e iluminación de la sala de interpretación.	ID

Médico radiólogo especialista en mama

1. Requisitos administrativos

- Médico radiólogo.
- Título y cédula profesional de médico cirujano
- Diploma de la especialidad en radiología expedido por una institución de salud o Academia reconocida.
- Preferentemente certificación o recertificación vigente de especialidad emitido por el Consejo Mexicano de Radiología.
- Contar con cédula de especialista en radiología e imagen.
- Certificado por el consejo para la práctica en imagen mamaria

2. Responsabilidades.

- Es el responsable de vigilar todos los aspectos de calidad en la imagen mamaria
- Es responsable en la selección de los técnicos radiólogos, físicos médicos y en la vigilancia del programa de protección radiológica.
- Responsable de la retroalimentación y la educación continua del personal técnico.
- Supervisar los informes de control de calidad del personal técnico, cada 3 meses y anualmente el control de calidad del físico médico.
- Supervisar, al menos una vez al mes la actividad del personal técnico.
- Mantener actualizado el programa de protección radiológica.
- Mantener actualizados todos los registros del control de calidad.
- Realizar oportunamente la interpretación de las mastografías (óptimo y aceptable 0-15 días)
- Realizar seguimiento de las pacientes que así proceda (las pacientes sometidas a biopsia)
- Realizar auditorías interna y externa, para asegurar la calidad del servicio

3. Requisitos técnicos

- Debe tener documentado, al menos 2 meses de lectura mamográfica.
- Interpretar como mínimo 500 mamografías anuales. (Preferencia 2000, 5000 mamografías en los centros de detección de cáncer mamario).
- Dedicar una gran parte de su desempeño profesional en el diagnóstico mamario.
- Conocer las actividades de tamiz y diagnóstico de cáncer de mama.
- Contar con la experiencia en otras modalidades de imagen mamaria (ultrasonido, resonancia magnética).
- Tener la práctica suficiente en la realización de biopsias (aguja fina, aguja de corte)
- Ser parte de un equipo multidisciplinario de radiólogos, patólogos, cirujanos, enfermeras que manejen cáncer mamario.

4. Los resultados de un buen radiólogo dependen:

- Altos estándares de calidad en la imagen
- Experiencia laboral por años dedicado al diagnóstico de mama
- Número de casos diagnosticados por año
- Número de mastografías interpretadas por año.

Enfermera especializada en oncología.

1. Requisitos administrativos.

- Título de enfermera. Con 1 año de práctica
- Tener un mínimo de 2 años en el manejo de pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer mamario

2. Requisitos técnicos

- Entrenamiento de 200 Hrs. teórico-práctico
- Tener conocimientos de cáncer en cuanto a tratamiento quirúrgico, radioterapia, quimioterapia, terapia endocrina, terapia biológica y el manejo de la enfermedad avanzada.
- Proporcionar apoyo psicológico e información a la paciente y sus familiares.

Cirujanos especialistas en mama.

- Pueden ser cirujano general, cirujano plástico, ginecólogo, oncólogo
- Contar con título y cédula profesional.
- Técnicamente avalado por su consejo para el ejercicio de su profesión.
- Con conocimiento del proceso para la atención de pacientes con cáncer mamario. Establecido y consensuado en su unidad de trabajo
- Participar en forma activa con el equipo multidisciplinario en la discusión de los casos pre y posquirúrgico (de preferencia semanalmente).
- Contar con el entrenamiento adecuado en el ejercicio de su profesión.
- Tener la capacidad de comunicar el diagnóstico a la paciente y ofrecer los planes de tratamiento.

Anatomopatólogo

- Debe ser un médico anatomopatólogo
- Contar con un entrenamiento apropiado para el diagnóstico de cáncer mamario (5 años)
- Entrenamiento al menos de 150 casos de cáncer de mama al año
- Tener entrenamiento apropiado en el diagnóstico y clasificación e incluso conocimientos de inmunohistoquímica.
- Debe ser reevaluado cada 3 años.
- Integrarse al equipo multidisciplinario en la discusión de casos clínicos pre y postquirúrgicos.
- Formar parte del equipo de control de calidad.
- Participar activamente en la realización de auditorías.

APENDICE INFORMATIVO E
Indicadores para evaluar el desempeño

Impacto del programa:

1. Cobertura de detección en mujeres de 50 a 69 años de edad, determinada en los programas de acción
2. Exploración clínica
3. Cáncer invasor pequeño (1 cm o menos)
4. Sobrevida por etapa clínica
5. Mortalidad

Centros de lectura:

- Índice de anormalidad
- Mastografías adecuadas
- Mastografía no concluyente (índice de imágenes adicionales)

Centro especializado:

- Congruencia diagnóstica radiológica-histológica (eficacia diagnóstica)
- Oportunidad en la atención (eficiencia en el diagnóstico)
- Impacto del programa

Centros especializados

- Congruencia diagnóstica radiológica-histológica (eficacia diagnóstica)
- Oportunidad para el diagnóstico (eficiencia en el diagnóstico)

Centros oncológicos

- Oportunidad del tratamiento
- Pacientes en seguimiento

APENDICE INFORMATIVO F. Estándares de referencia

Indicador	Fórmula	Estándar
Mastografías adecuadas	$\frac{\text{Número de mastografías de tamizaje con calidad adecuada para interpretación}}{\text{Total de mastografías de tamizaje realizadas}} \times 100$	< 97%
Índice de anormalidad	$\frac{\text{Mastografías de tamizaje con resultado BIRADS 3, 4 y 5}}{\text{Total de mastografías de tamizaje realizadas}} \times 100$	3-7%
Índice de imágenes adicionales	$\frac{\text{Mastografías de tamizaje con resultado BIRADS 0}}{\text{Total de mastografías de tamizaje realizadas}} \times 100$	< 3%
Oportunidad para la notificación del resultado	$\frac{\text{Total de mujeres con resultado notificado en menos de 21 días}}{\text{Total de mastografías de tamizaje realizadas}} \times 100$	> 95%
Oportunidad de la referencia	$\frac{\text{Total de mujeres con BIRADS 3, 4 y 5 o sospecha clínica con cita para evaluación diagnóstica en menos de 10 días hábiles}}{\text{Total de mujeres referidas con BIRADS 3, 4 y 5 o sospecha clínica}} \times 100$	> 90%
Oportunidad para el diagnóstico	$\frac{\text{Total de mujeres referidas con diagnóstico definitivo en menos de tres citas}}{\text{Total de mujeres referidas para evaluación diagnóstica}} \times 100$	> 95%

Oportunidad en la notificación de resultado de la biopsia	$\frac{\text{Total de mujeres con resultado notificado de biopsia en menos de 10 días}}{\text{Total de biopsias realizadas para diagnóstico de cáncer de mama}} \times 100$	> 95%
Eficiencia en el diagnóstico	$\frac{\text{Mujeres que recibieron el diagnóstico después de una visita}}{\text{Total de mujeres referidas para evaluación diagnóstica}} \times 100$	> 90%
Cáncer invasor pequeño	$\frac{\text{Número de mujeres tamizadas con tumor igual o menor de 10 mm}}{\text{Total de mujeres tamizadas con cáncer invasor}} \times 100$	>25%
Oportunidad de la referencia para tratamiento	$\frac{\text{Total de mujeres con diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama referidas a un centro oncológico en menos de 10 días hábiles}}{\text{Total de mujeres con diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama}} \times 100$	> 90%
Oportunidad de tratamiento	$\frac{\text{Total de mujeres con diagnóstico de cáncer que iniciaron tratamiento en menos de 15 días}}{\text{Total de mujeres con diagnóstico de cáncer que iniciaron tratamiento}} \times 100$	> 90%
Seguimiento de pacientes	$\frac{\text{No. de mujeres con seguimiento a 1, 3 y 5 años del diagnóstico}}{\text{No. de mujeres con diagnóstico de cáncer}} \times 100$	> 90%
Sobrevida	$\frac{\text{No. de mujeres vivas a 1, 3 y 5 años del diagnóstico, según etapa}}{\text{No. de mujeres con cáncer en seguimiento según etapa}} \times 100$	0 > 99% I > 93% II > 72% III > 41% IV > 18%

APENDICE INFORMATIVO G

Calidad de imagen

Componentes del proceso mamográfico y parámetros que se deben supervisar

- Generador de rayos X y sistema de control de la exposición
- Bucky (portachasis de la película) y receptor de imágenes
- Revelado de radiografías (para sistemas convencionales)
- Revelado de imágenes (para sistemas digitales)
- Propiedades del sistema (incluido el nivel de radiación)
- Monitores e impresoras (para sistemas digitales)
- Condiciones de visualización

Principales criterios para evaluar la calidad de la imagen mamaria

- Correcto posicionamiento del dispositivo de exposición automático
- Compresión adecuada
- Ausencia de pliegues en la piel, interposiciones (por ejemplo, de los hombros), movimientos u otros factores como polvo en la pantalla
- Identificaciones correctas
- Exposición correcta
- Técnica correcta para el revelado de la radiografía
- Imágenes simétricas