

INVESTIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO

Secretaría de Salud – Instituto de Salud Pública del Estado
de Guanajuato
QC2920 Reconstrucción Mamaria
Ejercicio fiscal 2025
Informe final



EVALUACIÓN Y ESTUDIOS SOCIALES

Siglas y Acrónimos

AAE: Agenda Anual de Evaluación del Sistema de Evaluación del Estado de Guanajuato

ASM: Aspectos Susceptibles de Mejora

CONAC: Consejo Nacional de Armonización Contable

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

CGAyF: Coordinación General de Administración y Finanzas

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

DGA: Dirección General de Administración

DGAM: Dirección General de Atención Médica

DGP: Dirección General de Planeación

DSM: Dirección de Salud Mental

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISAPEG: Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato

IPLANEG: Instituto de Planeación, Estadística y Geografía del Estado de Guanajuato

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

MIR: Matriz de Indicadores para Resultados

MML: Metodología del Marco Lógico

ROP: Reglas de Operación del Programa

SENCO: Secretaría del Nuevo Comienzo

SED: Sistema de Evaluación del Desempeño

LCF: Ley de Coordinación Fiscal

LGDS: Ley General de Desarrollo Social

LGDSyH: Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato

PAE: Programa Anual de Evaluación **PSE:** Programa Social Estatal

SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público



ISAPEG

SINAIS: Sistema de Información en salud.

SF: Secretaría de Finanzas

SH: Secretaría de la Honestidad

TdR: Términos de Referencia

Introducción

La presente investigación detalla las fases, actividades y productos esperados para la investigación de diagnóstico del Programa Social Estatal QC2920 “Reconstrucción Mamaria”. El objetivo es identificar, describir y analizar el problema público subyacente, incorporando un enfoque basado en la Teoría del Cambio para generar información, datos, evidencias, hallazgos y retos con miras al 2030. La metodología se centrará en un diseño secuencial exploratorio de enfoques mixtos, combinando el análisis cualitativo y cuantitativo para una comprensión integral.

Por tanto, se presenta el primer apartado con el diseño metodológico, en el cual se concentró la justificación de la investigación, objetivo general, objetivos específicos, alcances y metodología empleada para realizar toda la investigación, de carácter mixto, con herramientas estadísticas y documentales con lo cual se presenta el contexto del problema público al cual se vincula el Programa social estatal QC2920 “Reconstrucción Mamaria”.

El segundo apartado contiene los antecedentes del Problema público, donde se integra el contexto epidemiológico del cáncer de mama en México y Guanajuato, la situación de acceso a reconstrucción mamaria en un contexto global-local, los impactos psicosociales de la mastectomía. Posteriormente se presenta el marco normativo y regulatorio que aplica al problema público analizado, con normatividad internacional, nacional y estatal en materia de salud; así como las Normas Oficiales Mexicanas relacionada, incorporando la perspectiva de derechos humanos y perspectiva de género.

En este mismo apartado para fortalecer el marco contextual y conceptual, se agrega un análisis de experiencias nacionales e internacionales referentes al problema público abordado, concentrando la identificación de intervenciones relevantes, análisis de evidencias, así como lecciones aprendidas, limitaciones y brechas de atención.

Posteriormente el tercer apartado se enfoca en integrar un marco conceptual y teórico, colocando definiciones clave asociadas al problema público como lo es el cáncer de mama, reconstrucción mamaria, calidad de vida y salud integral, además de equidad y perspectiva de género en salud.

A su vez, contiene la teoría de derechos humanos y salud pública, los determinantes de la salud, así como la perspectiva de género y salud pública, para finalizar con una relación entre conceptos que permita establecer el marco integral de las condicionantes bajo las cuales se presenta un problema público como lo es la necesidad de intervenir de forma transversal con políticas públicas en materia de salud y desarrollo social y humano; en la atención de mujeres que han sido mastectomizadas y puedan de esta forma, recuperar su seguridad, dignidad y desarrollo personal, coadyuvando a su calidad de vida.

A su vez se presenta la matriz de investigación que concentra el desarrollo metodológico en el desarrollo del diagnóstico, así como el resultado inicial que centra el problema público en herramientas de la Metodología de Marco Lógico, como parte de las herramientas de la Teoría del Cambio, la cual se enfoca en detectar la problemática social y posteriormente integrar estrategias que puedan crear un cambio en la vida de las personas, su desarrollo y su realidad presente. En este sentido, se plantea un árbol de problemas derivado de la investigación desarrollada, para posteriormente tener elementos que dimensionen y muestren la evolución del problema público y se construya de esta forma la teoría del cambio.

El apartado siguiente presenta la dimensión y evolución del problema público, generando la construcción de la teoría del cambio, mediante su fundamentación, estructura, árboles de problemas y objetivos, además de la integración de perspectivas de los actores clave para la instrumentación del programa tanto institucionales como población beneficiaria; con lo cual se establece la selección de alternativas y su estructura analítica.

En el apartado correspondiente con la teoría del cambio del programa social estatal QC2920 Reconstrucción mamaria mediante la cual se integran el propósito general de la intervención, condiciones actuales del problema, supuestos críticos, actores y población objetivo, cadena causal, insumos, productos, resultados a corto y largo plazo, además del impacto final; se establece la narrativa y diagrama de la teoría del cambio.

El penúltimo apartado se compone de las políticas, programas e intervenciones públicas federales, estatales y municipales; especificando experiencias



internacionales y nacionales, mediante la identificación de aquellas más relevantes, su análisis, lecciones aprendidas y limitaciones, así como brechas de atención; para finalmente brindar una conclusión que conlleva aquellos hallazgos y retos para este programa social estatal.

Contenido

Siglas y Acrónimos	1
Introducción.....	3
I. Diseño metodológico	9
i. Justificación de la investigación	9
ii. Objetivo general	10
iii. Objetivos específicos.....	10
iv.. Alcances	11
v. Metodología	11
II. Antecedentes del Problema Público	13
i. Contexto epidemiológico del cáncer de mama en México y Guanajuato ...	14
ii. Contexto en Guanajuato	28
iii. Situación de acceso a reconstrucción mamaria	29
iv. Impactos psicosociales de la mastectomía.....	32
v. Marco normativo y regulatorio aplicable:	36
a) Normatividad internacional	36
b) Leyes nacionales y estatales en salud	37
c) Normas Oficiales Mexicanas (NOM) relacionadas	37
vi. Derechos humanos y perspectiva de género.....	38
III. Marco Conceptual	41
1. Definiciones clave.....	42
a) Cáncer de mama	42
b) Reconstrucción mamaria	45
c) Calidad de vida y salud integral	48
d) Equidad y perspectiva de género en salud	52
2. Teorías y modelos relevantes	53
a) Determinantes sociales de la salud	53
b) Teoría de derechos humanos en salud.....	54
c) Perspectiva de género y salud pública	56
3. Relación entre conceptos	57
IV. Matriz de investigación	58
V. Dimensión y evolución del Problema Público.....	60
Construcción de la Teoría del Cambio.....	60

i.	Fundamentación de la Teoría del Cambio	60
a)	Dimensión del problema público.	60
b)	Evolución del problema público	61
ii.	Estructura del problema público	61
iii.	Árbol de problemas.....	64
c)	Diagnóstico de causas.....	65
i.	Actores y población afectada.....	67
d)	Población potencial afectada	67
ii.	Definición de objetivos.....	68
iii.	Árbol de objetivos	70
a)	Descripción del Árbol de Objetivos	71
b)	Proyección de la situación deseada.....	71
c)	Relación medios-fines.....	72
d)	Validación lógica de relaciones Medios – Fines	73
iv.	Integración de percepciones de actores clave.....	74
v.	Selección de alternativas.....	76
a)	Matriz de evaluación de alternativas	78
b)	Selección y descripción de la alternativa seleccionada.....	79
VI.	Teoría del Cambio del Programa Estatal QC2920 Reconstrucción Mamaria ...	80
i.	Propósito General de la intervención.....	81
ii.	Situación del problema (condiciones actuales).....	81
iii.	Actores y Población Objetivo	81
iv.	Supuestos Críticos.....	81
v.	Ruta de Cambio (Cadena Causal).....	82
vi.	Insumos / Actividades (qué hace el programa)	82
vii.	Productos (Outputs)	82
viii.	Resultados Inmediatos (Short-term Outcomes)	82
ix.	Resultados de Largo Plazo (Long-term Outcomes)	83
x.	Impacto Final	83
VI.1	Narrativa de la Teoría del Cambio del Programa.....	83
i.	Diagrama de la TdC.....	85
VI.	Políticas, programas e intervenciones públicas federales, estatales y municipales	86

i. Experiencias internacionales y nacionales	86
a) Identificación de intervenciones relevantes.....	86
b) Nacional	87
c) Análisis de la evidencia.....	91
d) Lecciones aprendidas	92
e) Limitaciones y brechas de atención	93
VII. Conclusiones	94
VIII. Bibliografía	96
Anexo	102

I. Diseño metodológico

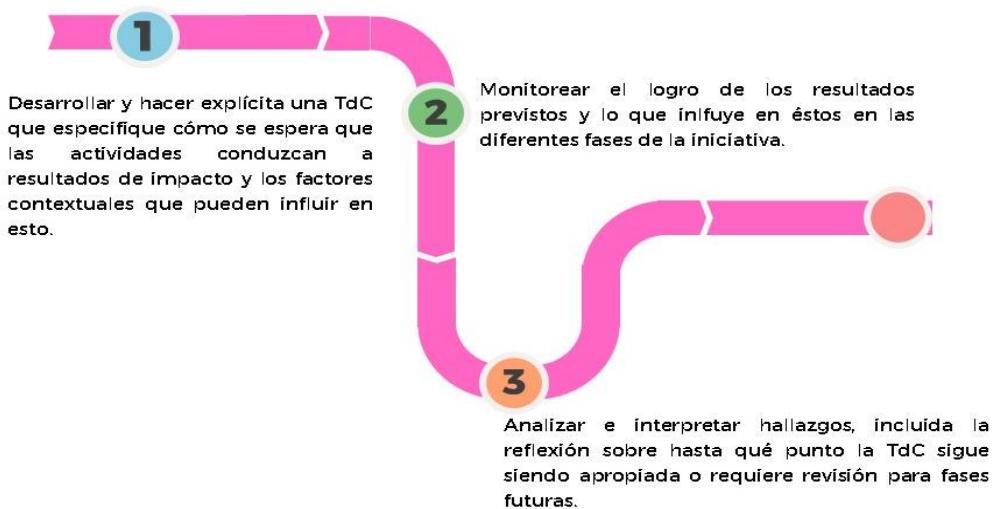
i. Justificación de la investigación

Con base en la instrumentación de políticas públicas, donde se parte de una realidad social 1 y busca llegar a la realidad social 2, es decir, la transformación social mediante la generación de valor público; la presente estructura evaluativa busca brindar al ISAPEG, una orientación para la toma de decisiones, mediante la visión objetiva, independiente y oportuna, sobre la pertinencia y efectividad de la intervención gubernamental, lo cual conlleve:

- Identificar oportunidades de mejora en cualquier fase del ciclo de la política pública, esto para implementarlas y reorientar sus líneas de acción, garantizando que el gasto público se esté ejerciendo de manera eficaz y eficiente;
- Generar conocimiento y evidencia que facilite el proceso de la toma de decisiones al contar con información útil y objetiva que le permita sustentarlas;
- Realizar un proceso de aprendizaje y reflexión crítica que, además de identificar los aciertos y los errores cometidos en alguna fase, contribuya a la generación o fortalecimiento de la cultura de evaluación;
- Documentar la problemática que se atiende con los PSE;
- Cumplir con la obligatoriedad normativa de evaluar los Programas Sociales Estatales.

Bajo este entendido, las etapas de la evaluación integran un análisis con el siguiente enfoque:

Figura 1. Etapas generales de evaluación



Fuente. Elaboración propia con base en Sistema de Evaluación del Desempeño. Evaluación de Políticas Públicas y Programas Pùblicos. SChP (2021).

ii. Objetivo general

Elaborar una investigación de diagnóstico que identifique, describa y analice el problema público del **Programa Social Estatal QC2920 “Reconstrucción mamaria”**, integrando un enfoque basado en la Teoría del Cambio con la finalidad de contar con información, datos, evidencias, hallazgos y retos en un horizonte hacia 2030.

iii. Objetivos específicos

1. Definir y analizar el problema público del Programa, describiendo sus principales causas, efectos desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa.
2. Elaborar un marco conceptual y metodológico, integrando un análisis de datos con evidencia estadística y documental (a nivel nacional y estatal).
3. Construir una Teoría del Cambio, estableciendo relaciones causales entre las acciones del programa y los resultados esperados.
4. Proponer la alineación del programa con los instrumentos de planeación del desarrollo, asegurando coherencia con políticas y estrategias gubernamentales (nacionales y estatales).
5. Revisar las principales políticas, programas e intervenciones públicas y privadas federales, estatales y municipales que atienden la temática y especificar sus particularidades.

6. Ofrecer conclusiones sobre el problema investigado, considerando un enfoque a los retos en un horizonte 2030.

iv. Alcances

Contar con una investigación de diagnóstico del **Programa Social Estatal QC2920**

“Reconstrucción mamaria” que proporcione un análisis integral del problema público, su contexto y sus factores causales, utilizando la Teoría del Cambio para mejorar la gestión del programa, y en apego la estructura definida en el anexo A (ISAPEG, 2025).

v. Metodología

La investigación se desarrolló bajo una metodología mixta, la cual se llevará a cabo en dos fases. El enfoque central será el secuencial exploratorio, ya que permite:

- ✓ Explorar el problema en profundidad cuando aún no está del todo claro o se tiene poca información estructurada.
- ✓ Captar percepciones, narrativas y experiencias que no se reflejan en los datos estadísticos.
- ✓ Construir teorías del cambio, marcos conceptuales o hipótesis basados en conocimiento contextual.
- ✓ Validar y contrastar esas percepciones con evidencia cuantitativa (estadísticas, bases de datos, indicadores, etc.).

Fase cualitativa (exploratoria):

Comprender el problema desde las voces de los actores, identificar causas y efectos, y construir categorías analíticas, la cual se empleará a través de las siguientes técnicas:

- Entrevistas semiestructuradas con personal operativo, beneficiarios, tomadores de decisión.
- Grupos focales con población objetivo.
- Revisión documental de normativas, diagnósticos anteriores y reportes internos.

Fase cuantitativa:

Corroborar, ampliar o dimensionar las categorías obtenidas en la fase cualitativa, la cual se empleará a través de las siguientes técnicas:

- Análisis de datos estadísticos (SINAIS, INEGI, CONEVAL, datos estatales).
- Análisis de tendencias en indicadores de salud, atención hospitalaria, población sin derechohabiencia, etc.
- Cruce de variables relevantes por región, grupo etario, condición económica.
- Diseño y aplicación de encuestas.

El desarrollo de una investigación diagnóstica profunda del programa social QC2920 “Reconstrucción Mamaria” es con el propósito de comprender el problema público que le da origen, analizar su alineación institucional y sustento conceptual, y generar insumos estratégicos para su rediseño, fortalecimiento o evaluación futura. Esta investigación se justifica por la necesidad de contar con evidencia objetiva y contextualizada sobre la pertinencia y coherencia del programa en relación con el problema que pretende atender, especialmente en un contexto social, económico y normativo en constante transformación.

Figura 2. Desarrollo metodológico de la evaluación



Fuente. Elaboración propia

II. Antecedentes del Problema Público

El programa social **QC2920** tiene como propósito que las mujeres sin afiliación a instituciones de salud con deformidad mamaria o que han sido mastectomizadas acceden a procesos de reconstrucción mamaria. El Programa oferta las siguientes modalidades y tipos de apoyos (ISAPEG, 2025, p. 3):

- Implantes mamarios anatómicos internos;
- Expansores mamarios;
- Tatuaje Médico;
- Tejido análogo; y
- Material quirúrgico especializado.

La protección de la salud, especialmente para quienes no tienen acceso a servicios médicos, es una prioridad del Sistema de Salud y un requisito para una vida plena, según el Programa de Gobierno Estatal 2018-2024 (Periódico Oficial, 7 de julio de 2021). Para abordar esta necesidad, se implementa el programa "QC2920 Reconstrucción mamaria", cuyo fin es ofrecer servicios de salud oportunos, seguros y de alta calidad a mujeres que han sufrido mastectomías por cáncer de mama o presentan deformidades mamarias por tumores benignos y son aptas para la reconstrucción. El cáncer de mama es una de las neoplasias más comunes a nivel mundial y la principal causa de muerte por cáncer en mujeres (con una incidencia nacional en 2022 de 27.64 por cada 100 mil habitantes mayores de 20 años y 96 nuevos casos en Guanajuato en 2024).

En México, a pesar de su alta incidencia, solo una minoría de las mujeres con cáncer de mama acceden a la reconstrucción. En Guanajuato, esta situación genera problemas de imagen corporal y reduce la calidad de vida en mujeres sin recursos ni seguridad social. La detección temprana se realiza mediante una red de 17 mastógrafos en hospitales del estado, con una capacidad considerable de estudios anuales. La tasa de mortalidad por cáncer de mama en Guanajuato (17.4 en mujeres mayores de 20 años) es similar a la nacional (17.9). Las acciones preventivas realizadas de enero a agosto de 2024 (exploraciones clínicas y mastografías) permitieron detectar 96 casos que ya reciben atención especializada (ISAPEG, 2025, p. 4).

i. Contexto epidemiológico del cáncer de mama en México y Guanajuato

El cáncer de mama es, de acuerdo con los datos estadísticos del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, la principal causa de muerte por cáncer en mujeres en México, con una incidencia de aproximadamente 23,790 casos nuevos en 2022 y una tasa de 27.64 por cada 100,000 habitantes de 20 años o más. El cáncer de mama es una enfermedad caracterizada por la proliferación descontrolada de células en la mama. Existen diversos tipos de cáncer de mama, los cuales se clasifican según las células específicas que se vuelven cancerosas. Aunque esta enfermedad puede afectar tanto a hombres como a mujeres, su prevalencia es significativamente mayor en mujeres, lo que se atribuye a las diferencias en la fisiología del cuerpo femenino (Sánchez, 2023).

El mismo autor nos indica que en México, el cáncer de mama como principal causa de incidencia y mortalidad en mujeres, es atribuible a factores como una alimentación inadecuada, sedentarismo, estrés, menstruación irregular, así como hábitos nocivos como el tabaquismo y el alcoholismo, además de predisposiciones genéticas. Ante esta situación, el sector de salud pública ha implementado estrategias de prevención que incluyen la promoción de la autoexploración mensual a partir de los 20 años, la realización de exploraciones clínicas desde los 25 años y la recomendación de mamografías cada dos años a partir de los 40 años. Estas medidas buscan facilitar la detección temprana del cáncer de mama, lo que es crucial para mejorar los pronósticos y reducir la mortalidad asociada a esta enfermedad.

Por otra parte, Sánchez (2023) señala que la tasa de supervivencia del cáncer de mama es alta, alcanzando aproximadamente el 90% de los pacientes a nivel mundial, gracias a la detección temprana y al cumplimiento de tratamientos médicos adecuados. Es fundamental resaltar que una detección oportuna incrementa significativamente las probabilidades de supervivencia.

El cáncer de mama se clasifica en cuatro etapas; la detección en las dos primeras etapas es ideal, ya que los pacientes pueden recuperarse con medicamentos, en la tercera etapa, puede ser necesaria una intervención quirúrgica y quimioterapia, mientras que, en la cuarta etapa, el tratamiento es más complicado, aunque existen

casos excepcionales de recuperación, con un porcentaje muy bajo de éxito. En México y América Latina, la incidencia del cáncer de mama se presenta principalmente en personas de entre 32 y 65 años, siendo el grupo de edad más afectado el de 50 a 59 años, que representa el 45% de todos los casos, según datos del Global Cancer Observatory, Organización Mundial de la Salud y la International Agency for Research on Cancer.

En México, las cifras nos indican que se han registrado 8,034 muertes por cáncer de mama en 2023, de las cuales 99.5% ocurrieron en mujeres, según cifras preliminares del INEGI, a nivel nacional, la tasa de mortalidad en mujeres de 20 años y más por cáncer de mama fue de 17.9 por cada 100 mil. Sonora tuvo la tasa más alta (27.5) y Campeche, la más baja (9.9) y en 2021 las mujeres de 50 a 59 años reportaron el porcentaje más alto de realización de autoexploración mamaria (65.0 %) y de mamografía (51.5 %).

Entre las principales características sociodemográficas de las mujeres fallecidas por cáncer de mama, de acuerdo con el *Comunicado de prensa No. 599/24* del INEGI, se señalan las siguientes: 6 de cada 10 mujeres de 20 años y más que fallecieron por cáncer de mama contaban con afiliación en alguna institución de salud. En lo que refiere a la ocupación, 2 de cada 10 trabajó. Por otra parte, 48.2 % se encontraba unida (casada o en unión libre), 24.2 % soltera, y 22.4 % alguna vez estuvo unida (viuda, divorciada o separada) al momento de fallecer (INEGI, 2024).

Por otra parte, en el comunicado referido se indica que, en 2023, del total de las mujeres de 20 años y más que fallecieron por tumor maligno de mama, 33.5 % contaba con algún grado de primaria; 21.2 %, con algún grado de secundaria y 19.3 % con algún grado de profesional o posgrado. Destaca que casi 6 de cada 100 se encontraban sin escolaridad (INEGI, 2024, p. 5).

En el mismo sentido la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México por sus siglas ENASEM 2021 (INEGI, 2024, p. 5), identificó que 176, 672 mujeres de 50 años y más declararon que habían tenido cáncer de mama, lo que equivale a 42.8 % de las mujeres que señalaron haber tenido cáncer en algún momento de su vida. Por grandes grupos de edad, las mujeres de 60 a 74 años reportaron la mayor prevalencia, con 62.1 por ciento. De las mujeres de 50 a 59

años, 65.0 % se realizó autoexploración mamaria, mientras que en las de 84 años y más, 18.6 % lo hizo. Una tendencia similar se presentó para las mujeres que se realizaron mamografía, con 51.5 % y 12.6 %, respectivamente. Estas cifras nos indican como entre mayor edad tiene la población de mujeres, es menor la autoexploración por lo que están mayormente expuestas a presentar complicaciones por esta enfermedad.

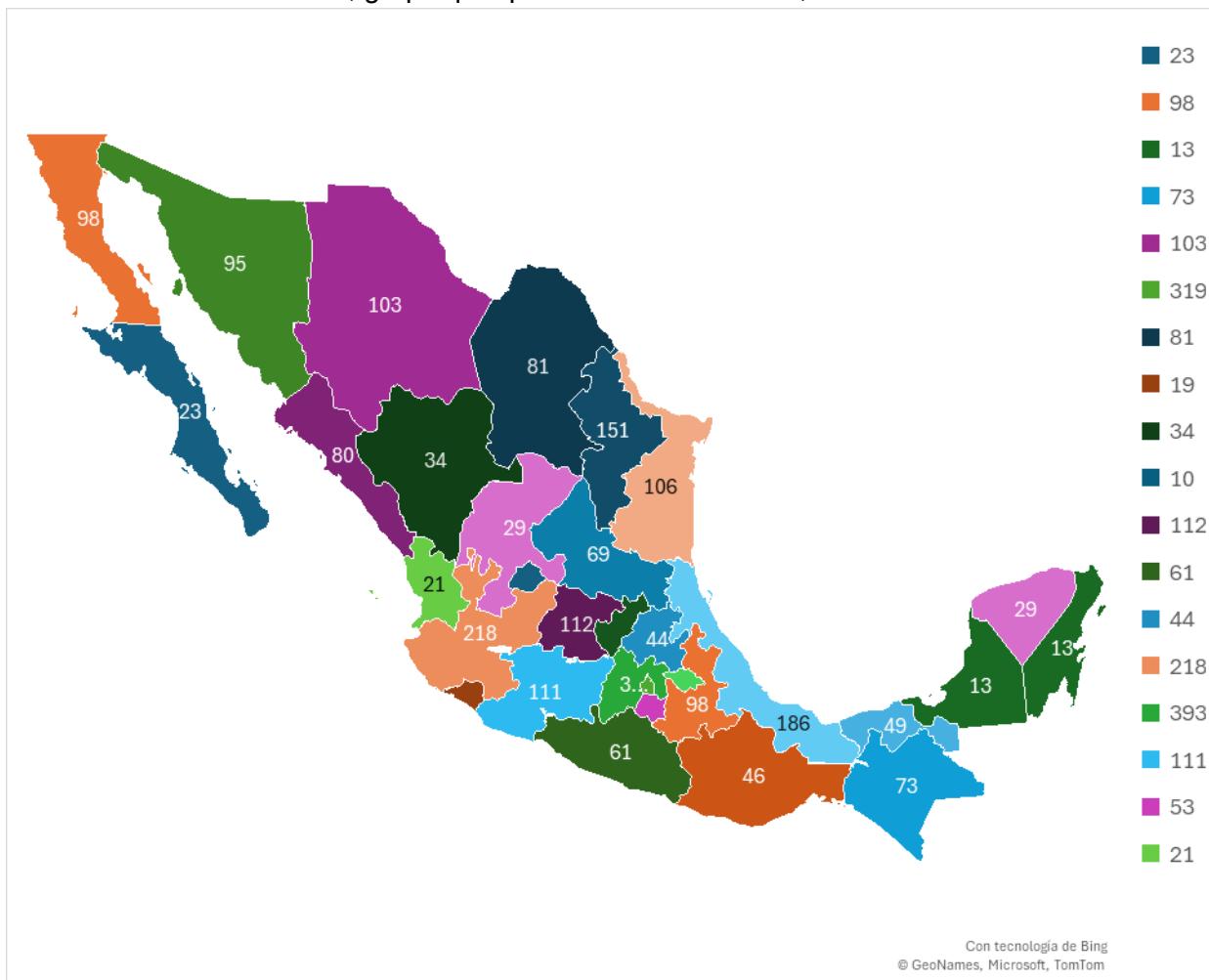
De acuerdo con las cifras del INEGI, se han detectado las siguientes Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024 (INEGI, 2025).

Gráfica 1. Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama por entidad federativa, grupo quinquenal de 15 a 39 años, año 2010.



Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024.

Gráfica 2. Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama por entidad federativa, grupo quinquenal de 40 a 64 años, año 2010.



Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024.

Gráfica 3. Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama por entidad federativa, grupo quinquenal de 65 a 85 y más años, año 2010.



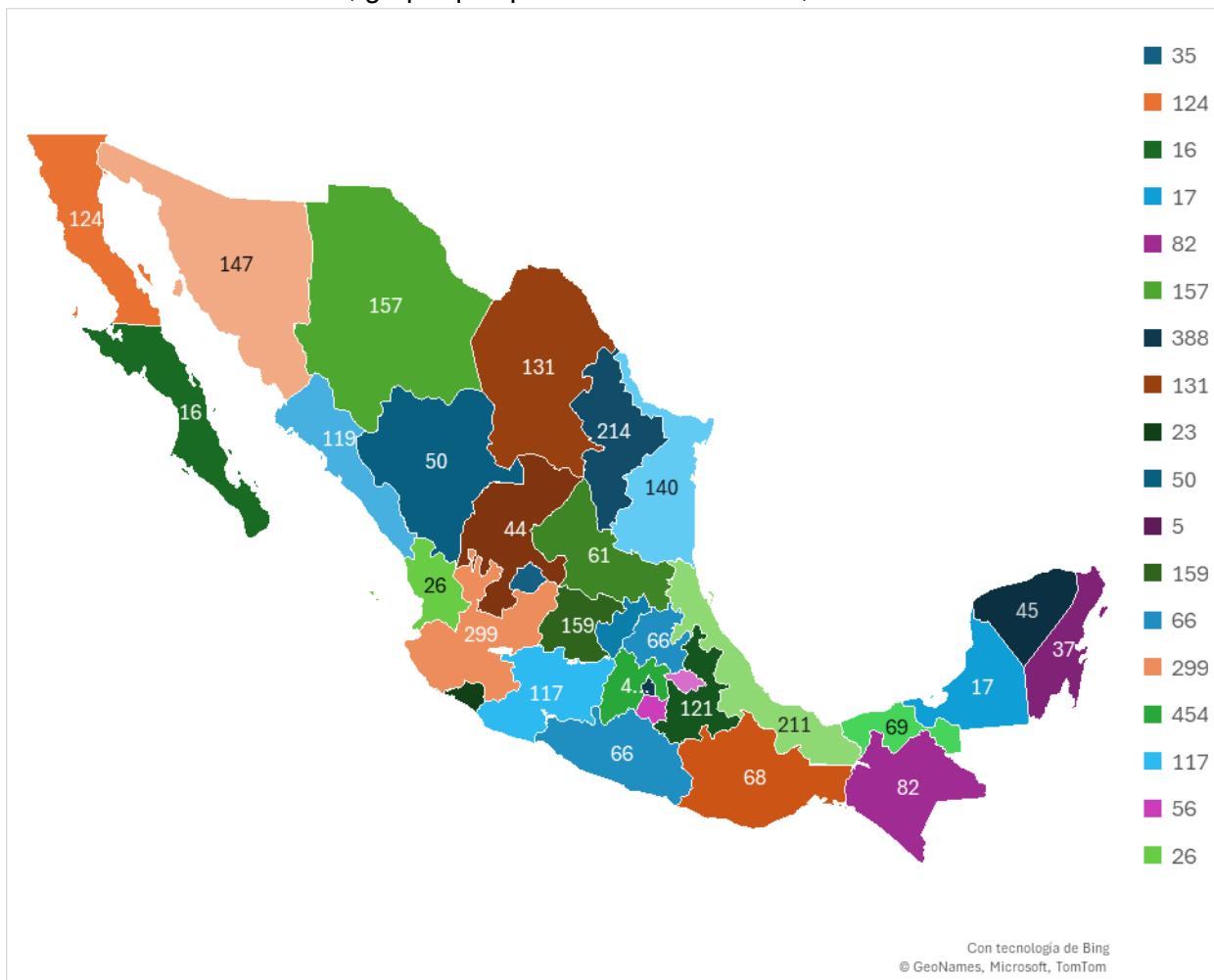
Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024.

Gráfica 4. Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama por entidad federativa, grupo quinquenal de 15 a 39 años, año 2015.



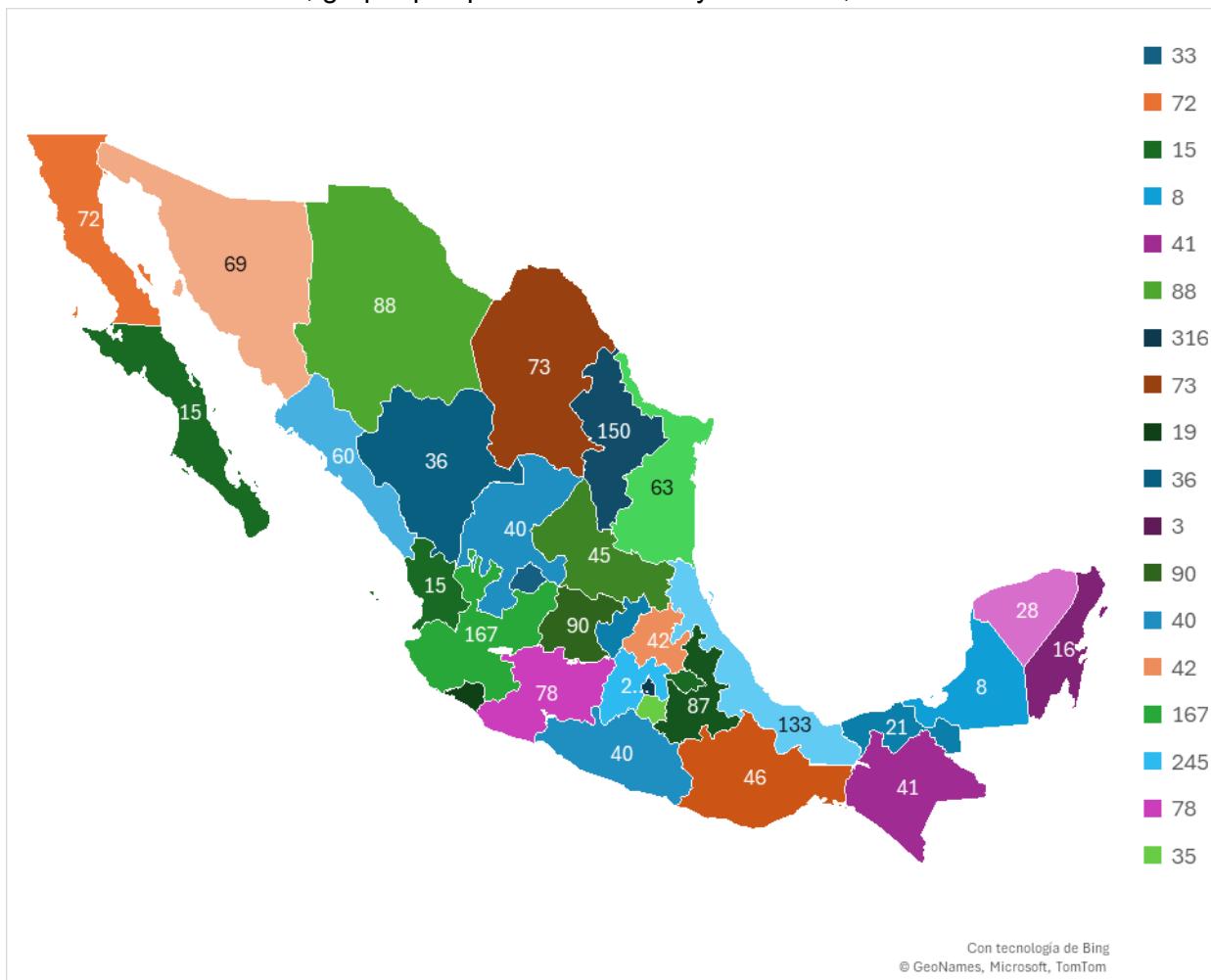
Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024.

Gráfica 5. Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama por entidad federativa, grupo quinquenal de 40 a 64 años, año 2015.



Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024.

Gráfica 6. Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama por entidad federativa, grupo quinquenal de 65 a 85 y más años, año 2015.



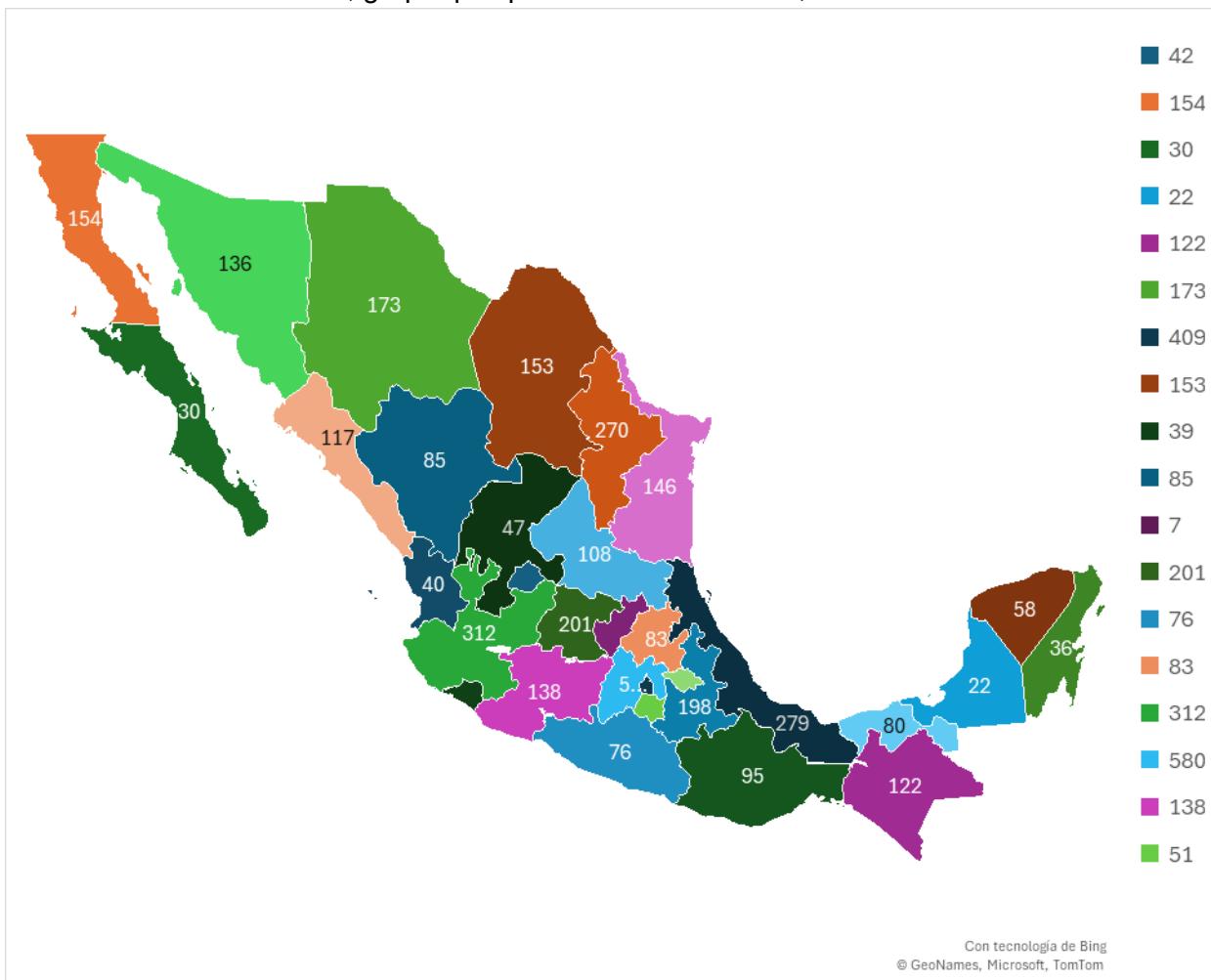
Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024.

Gráfica 7. Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama por entidad federativa, grupo quinquenal de 15 a 39 años, año 2020.



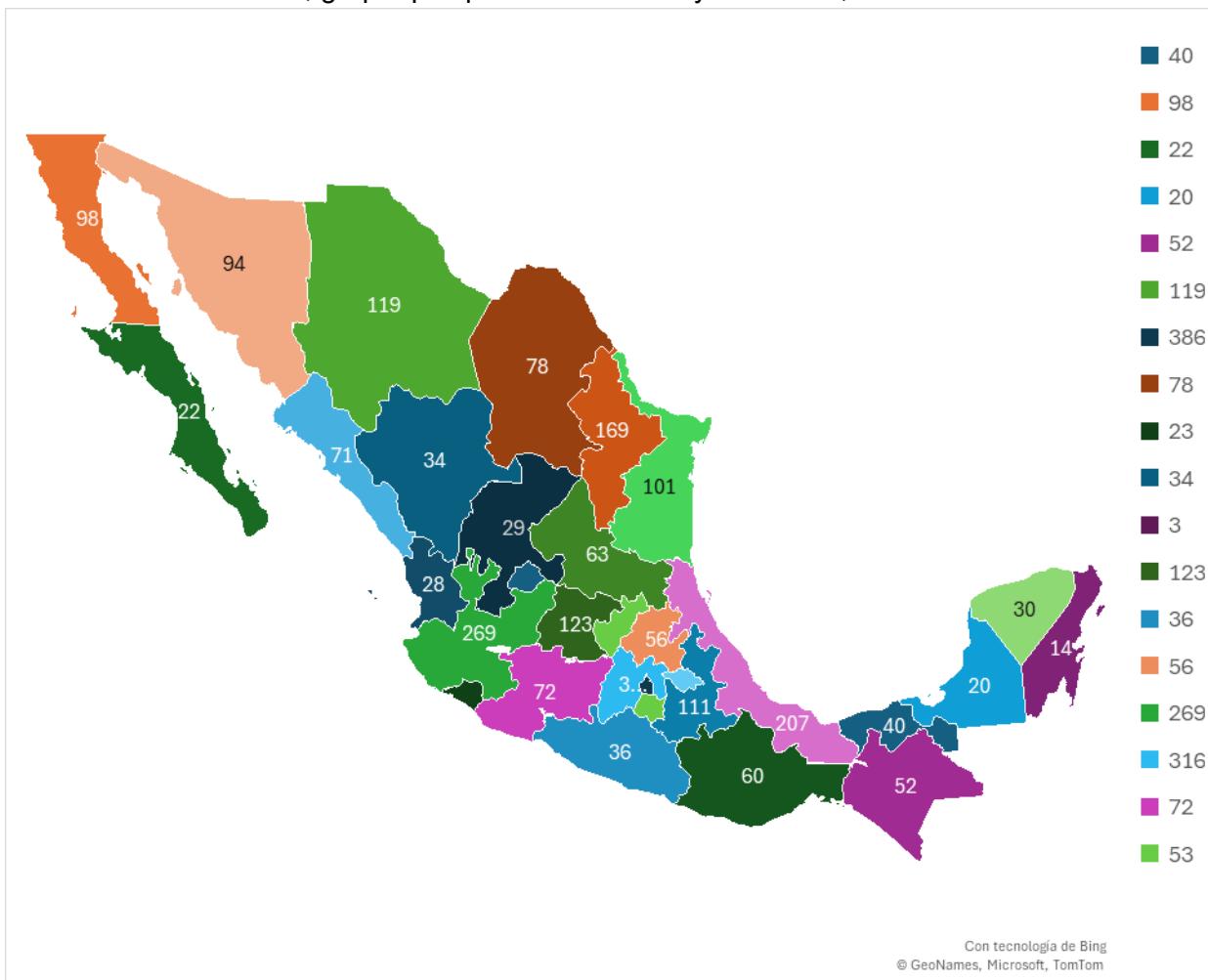
Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024.

Gráfica 8. Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama por entidad federativa, grupo quinquenal de 40 a 64 años, año 2020.



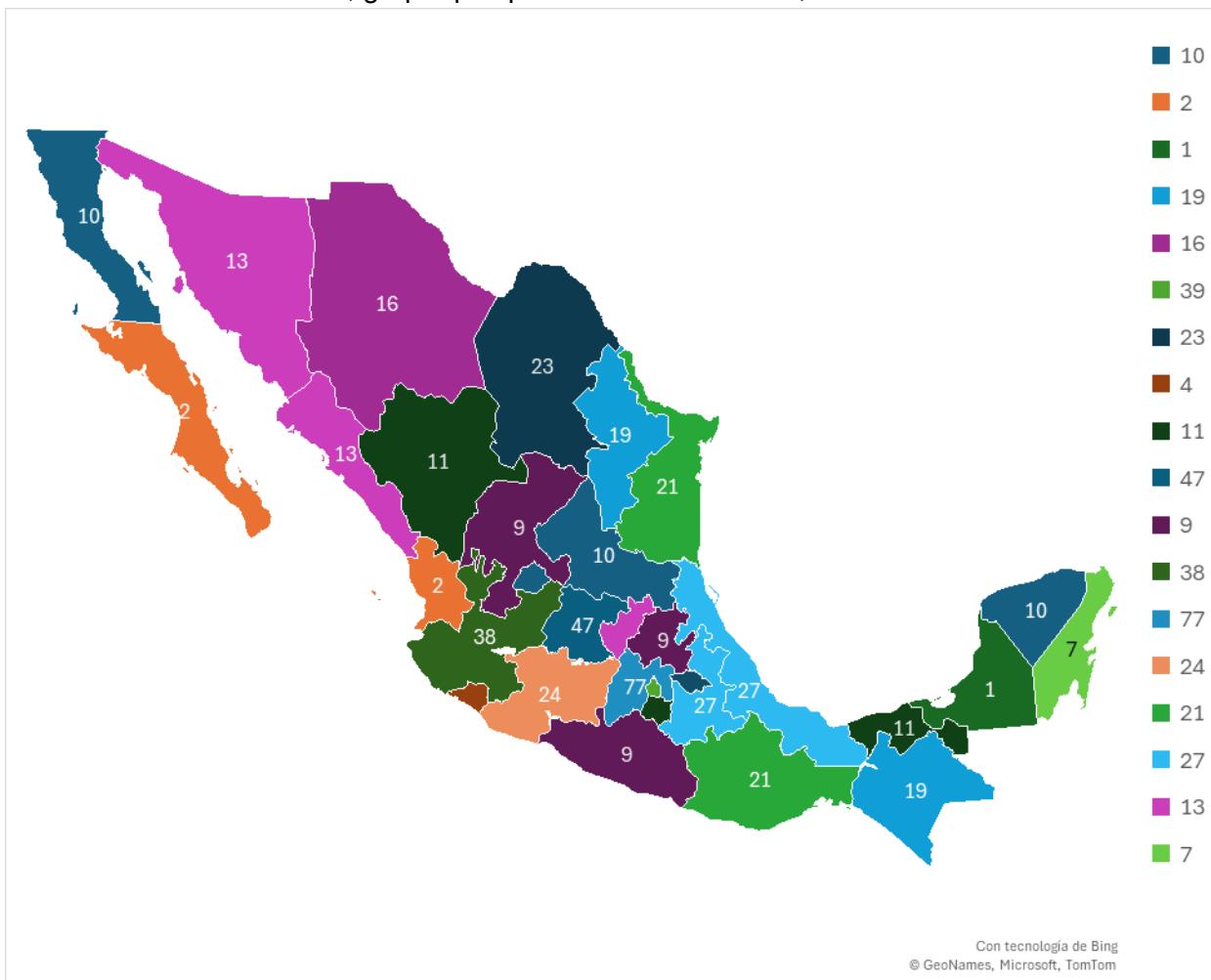
Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024.

Gráfica 9. Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama por entidad federativa, grupo quinquenal de 65 a 85 y más años, año 2020.



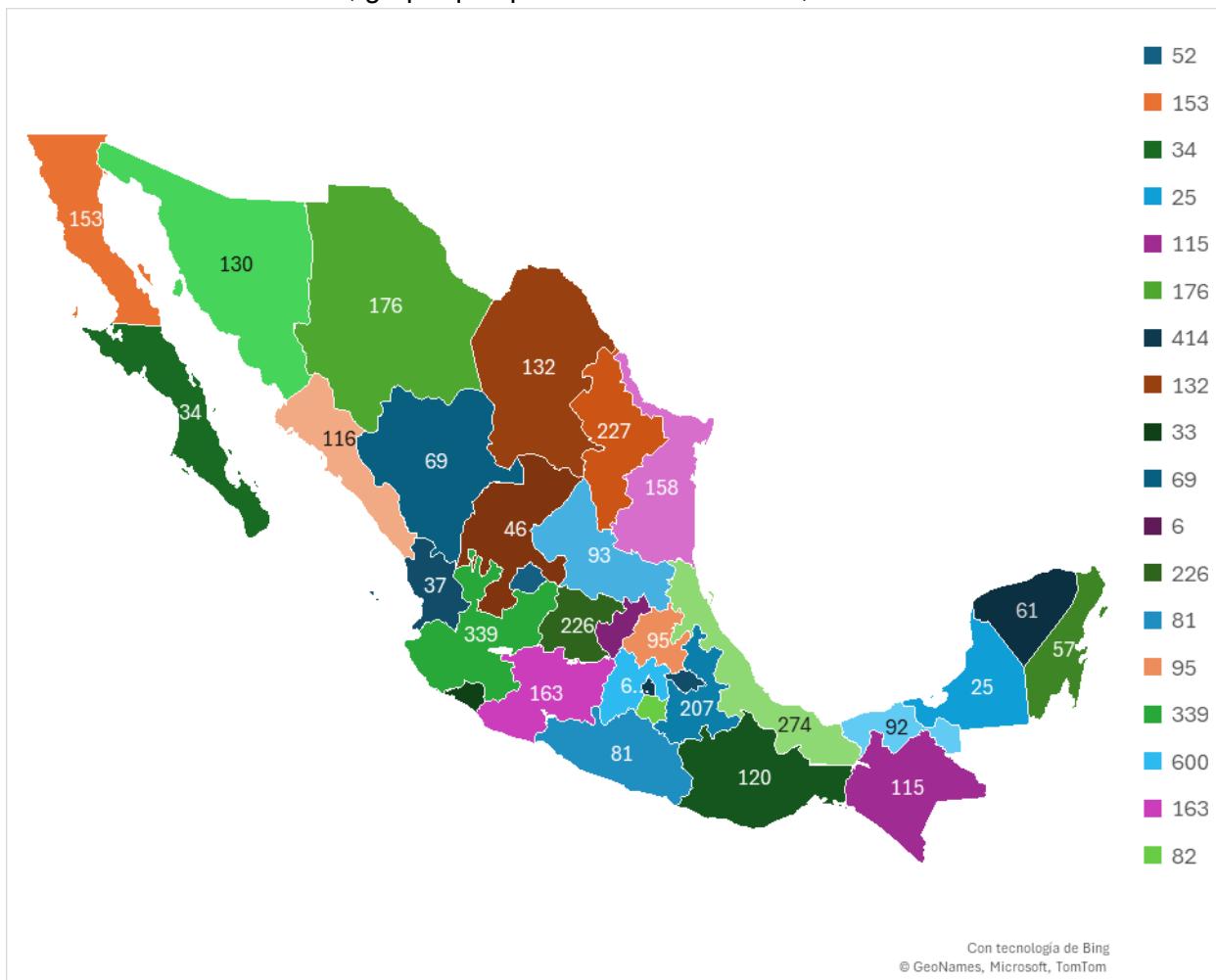
Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024.

Gráfica 10. Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama por entidad federativa, grupo quinquenal de 15 a 39 años, año 2024.



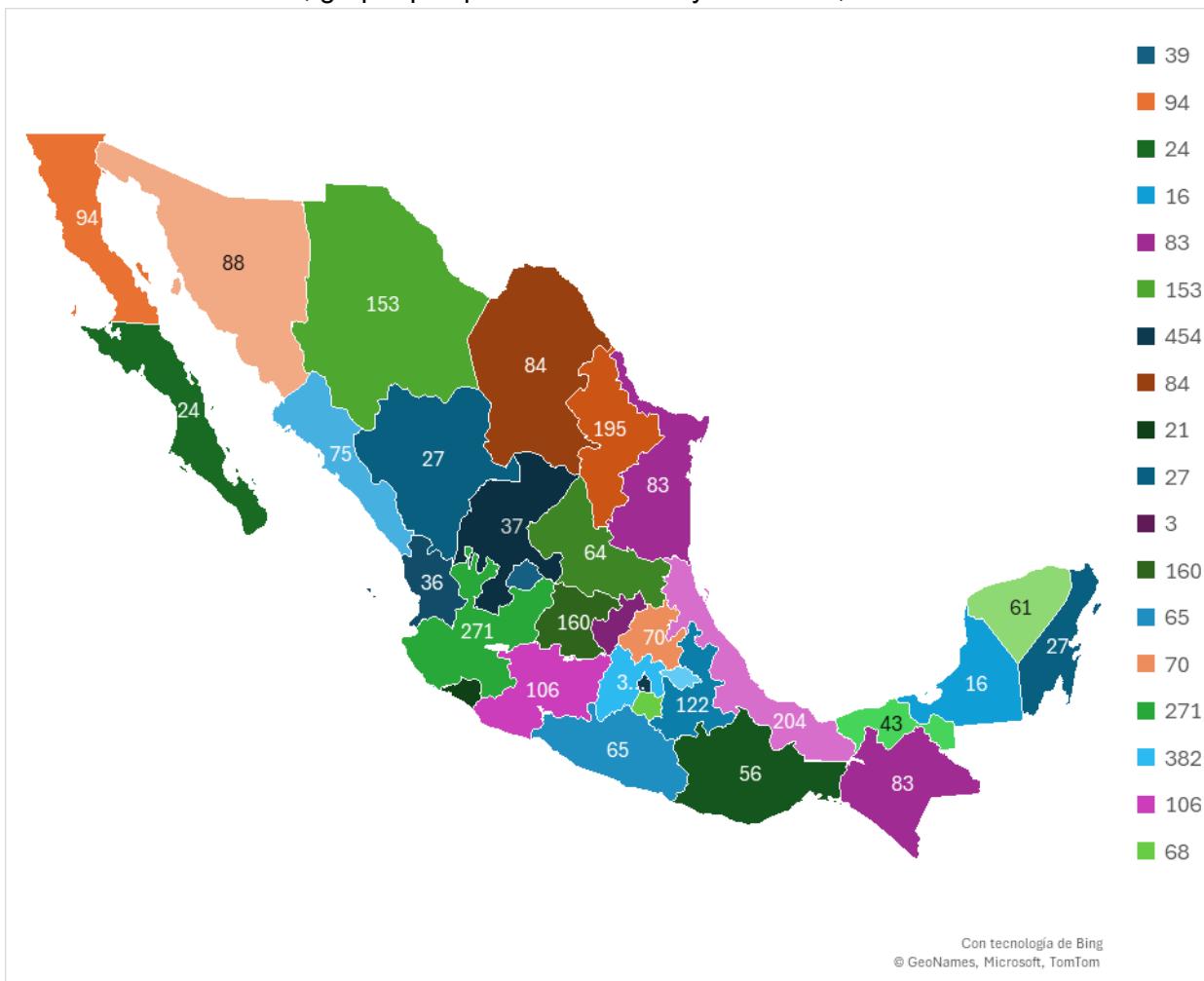
Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024.

Gráfica 11. Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama por entidad federativa, grupo quinquenal de 40 a 64 años, año 2024.



Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024.

Gráfica 12 Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama por entidad federativa, grupo quinquenal de 65 a 85 y más años, año 2024.



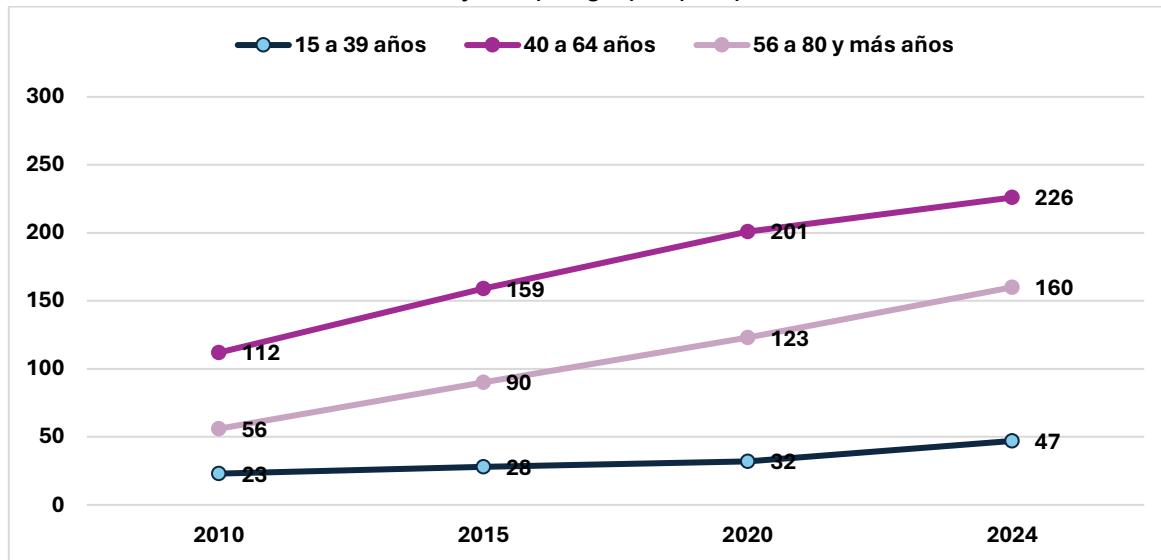
Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024.

Como se puede observar en las gráficas anteriores, para el contexto nacional se ha dado un incremento constante en los casos de defunciones por tumor maligno de mama; lo cual tiene implicaciones significativas para la salud pública tanto a nivel social, como económico y personal. Aunque se puede ver que algunas entidades como Oaxaca, Sonora y Tamaulipas presentan disminución en sus índices de mortalidad referida al tumor maligno de mama; el resto de las entidades presenta un importante incremento.

ii. Contexto en Guanajuato

En el caso de Guanajuato, se puede observar una tendencia similar a la mayoría de las entidades federativas. De acuerdo con los resultados de estadísticas del INEGI, el rango de edades donde se presentó mayor número de casos es entre los 40 a 64 años durante las últimas 2 décadas.

Gráfica 13 Casos de defunciones registradas por tumor maligno de mama en el estado de Guanajuato por grupo quinquenal.



Fuente. Elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024

Los resultados presentados nos refieren una serie de implicaciones a nivel salud pública, lo cual tiene como efecto un incremento en muertes prematuras, el empeoramiento general del estado físico y mental de los pacientes y familias, así como una mayor carga en los sistemas de salud, a su vez socialmente conlleva a dolor y perdida para las familias. Dichas implicaciones aumentan la desigualdad de salud con respecto de la capacidad de ingreso, requiriendo así una inversión considerable en atención médica y apoyo a las afectadas.

Todo ello desencadena un problema público mayor ante la detección tardía, donde a pesar de que el cáncer de mama se puede curar en la mayoría de los casos si se detecta a tiempo, una parte significativa de las mujeres son diagnosticadas en etapas tardías, lo que reduce las probabilidades de éxito del tratamiento.

Entre los factores clave dentro de este panorama se encuentra la detección temprana, es decir, la principal razón de la disminución de la mortalidad es el diagnóstico en etapas tempranas. Cuando se detecta en su fase inicial, la supervivencia es mucho mayor; por otra parte, están los avances en tratamientos, lo cual implica mejoras con un impacto directo en la supervivencia; a su vez, si se tiene mayor acceso a la atención médica, se genera mayor oferta de tratamientos efectivos y oportunos para reducir la mortalidad.

En este sentido, la prevención implica una detección precoz mediante a autoexploración y la mamografía es esencial para mejorar las tasas de supervivencia y finalmente, como implicación fundamental está la atención integral, ya que se requiere implementar estrategias de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado en todas las etapas de la enfermedad es clave para reducir las muertes por cáncer de mama a nivel mundial.

iii. Situación de acceso a reconstrucción mamaria

En el contexto latinoamericano Argentina cuenta con la Ley 28872, misma que en 2013 estableció la Cobertura de Cirugía Reconstructiva como consecuencia de Mastectomía por patología mamaria (P.L.N., 2013); con esta normativa se genera un derecho al que todas las mujeres de ese país a las cuales les hayan realizado una mastectomía, tienen acceso.

Así mismo, en Colombia de acuerdo con el estudio realizado por Celmira Laza Vásquez (2022), las mujeres enfrentan barreras importantes para acceder a la etapa de reconstrucción mamaria inmediata, posterior a la mastectomía; a pesar de ser un componente importante del tratamiento integral del cáncer de mama. En los resultados derivados del estudio se obtuvieron los siguientes:

(i) Barreras administrativas de acceso a la reconstrucción mamaria inmediata, que describe las negaciones y demoras de las autorizaciones para el procedimiento quirúrgico; (ii) Acciones legales para enfrentar las barreras de acceso, dan cuenta de la obligación de las participantes de interponer recursos legales para el acceso a la atención; y (iii) Acciones no legales para enfrentar las barreras de acceso, fueron acciones individuales no legales que las mujeres desarrollaron paralelamente a la interposición de recursos legales (Laza, 2022).

En Ecuador se llevó a cabo la primera etapa de campaña de reconstrucción mamaria en Cuenca, Ecuador (González, Bravo, Tinoco, Serrano y Menéndez; 2024), en octubre del 2021 por medio del Centro Integral de Patología Mamaria

(CIPAM) involucrando a especialistas en las diferentes áreas de la medicina relacionadas con patología mamaria, programando la primera campaña altruista de reconstrucción mamaria nacional en 2 etapas; los resultados que refiere el estudio fue la reconstrucción diferida autóloga y aloplástica como colgajos: TRAM, DIEP, dorsal ancho más expander, etc. En la segunda etapa, en octubre del 2022, operaron a 7 de estas pacientes realizando procedimientos para completar su reconstrucción mamaria como lipoinfiltración, mastopexia contralateral o tatuaje de areola, entre otros (González, Bravo, Tinoco, Serrano y Menéndez; 2024).

Por otra parte, en el contexto de México se realizó un estudio retrospectivo de pacientes en protocolo de reconstrucción mamaria con antecedente de mastectomía por cáncer de mama en el hospital 20 de noviembre (Pantoja, 2013), en el cual la Dra. Pantoja, muestra los siguientes resultados:

- Se incluyeron 102 pacientes, cuyo promedio de edad fue 50 años. Se observaron 96 casos de mastectomía unilateral y 6 casos de mastectomía bilateral. El tiempo de espera para la reconstrucción fue mayor para casos unilaterales que los bilaterales.
- La reconstrucción con tejido autólogo es la más empleada, siendo el colgajo de músculo recto abdominal el más utilizado con un 53% en los casos unilaterales y 67% bilaterales.
- Un 45% logró una reconstrucción completa en los casos unilaterales y un 50% en los casos bilaterales. Un 57% de las pacientes presentaron algún tipo de complicación del colgajo, únicamente un caso presentó pérdida total del colgajo. La principal complicación de la zona donadora fue la presencia de hernia abdominal en un 35%.

Situando el contexto en el ámbito estatal, la mortalidad por cáncer de mama en Guanajuato es de 16.8%, por debajo de la media nacional de 18.65%. Se ha detenido el aumento en la mortalidad de los últimos cinco años. Las mujeres de 60 a 64 años tienen la mayor incidencia. A nivel estatal, hay 11.98 casos de cáncer de mama por cada 100,000 mujeres, frente a 21.96 a nivel nacional, lo que indica que Guanajuato está por debajo de la media nacional (Jiménez, De León, Palacios, López; 2021).

Ante el aumento de casos, el cáncer de mama está relacionado con estilos de vida y diagnóstico en sistemas de salud actuales. La mortalidad es mayor en países de bajos ingresos, indicando que los casos se detectan en fases avanzadas. Un diagnóstico temprano permite un tratamiento más adecuado, siendo ideal la

reconstrucción mamaria inmediata, aunque en la práctica se realiza más frecuentemente de forma secundaria. Así mismo, el impacto emocional y psicológico de las secuelas del cáncer en las mujeres es significativo. Por ello, la reconstrucción mamaria debe integrarse como parte esencial del tratamiento y rehabilitación, facilitando su reintegración social, marital y familiar (Jiménez, De León, Palacios, López; 2021, p. 3).

Bajo este contexto en Guanajuato, existe la Fundación REBICAM, constituida en 2014 encabezada por el Dr. Gustavo Jiménez Muñoz Ledo como Director Médico y residente en el estado, el Licenciado José Luis Oliveros Usabiaga como Director Administrativo, y la Lic. Olimpia Zapata como Secretaria. Se creó legalmente e inició sus labores en conjunto con la Secretaría de Salud Estatal y Federal. En esta fundación se han realizado campañas multicéntricas en diferentes ciudades del estado trabajando en conjunto equipo médico, enfermería, trabajo social, servidores públicos y micropigmetadores, con el fin de rehabilitar integralmente a las pacientes que han sufrido cáncer de mama en nuestro estado (Jiménez, De León, Palacios, López; 2021, p. 3-6). Se han utilizado los hospitales del sector público de la Secretaría de Salud de las ciudades de San Miguel de Allende, Celaya, Abasolo, Irapuato, Silao, Guanajuato, San Felipe, Purísima de Bustos, San Francisco del Rincón y León, todas en el estado de Guanajuato.

Esta fundación señala que la reconstrucción mamaria y la cirugía conservadora ayudan a mitigar el impacto psicológico del cáncer de mama. Sus objetivos incluyen mejorar la calidad de vida, la imagen corporal y reducir la ansiedad y depresión. El beneficio principal está vinculado a la percepción de la imagen corporal. La mayoría de las pacientes con opción de mastectomía también pueden elegir la reconstrucción; sin embargo, menos del 30% de las mastectomizadas se someten a este procedimiento debido a limitaciones económicas.

En Guanajuato, de acuerdo con el boletín informativo del 8 de julio del 2024, se indica que en 12 años 281 reconstrucciones mamarias a sobrevivientes de cáncer de seno, desde 2017 se han beneficiado 289 mujeres mastectomizadas por cáncer de mama o con deformidad mamaria originada por otro tumor benigno a través de

la reconstrucción mamaria donde participan las unidades médicas hospitalarias de la Secretaría de Salud en la detección, preparación y atención de estos pacientes.

En cuanto a colaboraciones para fortalecer las cifras mencionadas, la Fundación Breast Reconstruction Network (BRN) Guanajuato y la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva A.C. (AMCPER) trabajan juntas para promover la reconstrucción mamaria tras el cáncer en Guanajuato. El 12 de abril del 2021, se firmó un convenio entre la fundación Alma y la BRN para este propósito. La BRN es la nueva cara de la fundación Rebicam Guanajuato, mientras que la AMCPER organiza campañas altruistas para la reconstrucción mamaria en varios estados del país (Boletín informativo Secretaría de Salud Guanajuato, 2021).

iv. Impactos psicosociales de la mastectomía

Conforme el contexto presentado, los impactos psicosociales de una mastectomía integra la alteración de la imagen corporal, autoestima, sexualidad y, por ende, la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas; además de presentar ansiedad, depresión y aislamiento social.

El cáncer de mama impacta la calidad de vida de muchas mujeres, afectando su bienestar físico y psicológico. El tratamiento, especialmente la mastectomía, provoca un fuerte deterioro emocional debido a sus efectos secundarios. Esta revisión describe los aspectos psicológicos relacionados con el cáncer de mama, N+Odestacando el impacto negativo en la imagen corporal y las relaciones sociales y de pareja (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado; 2014).

Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado (2014, p. 54-55) señalan que, en la actualidad, el aumento de enfermedades crónicas, como el cáncer, ha generado un desafío significativo en la salud pública global. En México, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte entre mujeres, lo que resalta la importancia de desarrollar tecnologías para su prevención y tratamiento. Además, es crucial fomentar habilidades en la población para mejorar el cuidado de la salud y el control de estas enfermedades. Los tratamientos oncológicos, como la cirugía, pueden causar complicaciones que afectan la calidad de vida y el bienestar emocional de las pacientes, lo que hace relevante analizar estas cuestiones.

A su vez señalan que la cirugía se ofrece como primera opción para mujeres que presentan tumores pequeños, la cirugía impacta en la estructura física y funcional de las mujeres, sobre todo cuando se trata de una mastectomía radical al ser una intervención visualmente no agradable (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado, 2014, p. 55). Asimismo, complementan acerca de la mastectomía, que esta cirugía es un tratamiento estándar para el cáncer de mama, a menudo involucra la mastectomía, que implica la extirpación de la mama y puede ser uni o bilateral. Esta intervención conlleva una mutilación significativa, generando conflictos debido a que los senos simbolizan femineidad y sensualidad.

Relatos de mujeres mastectomizadas sugieren que la pérdida de un seno afecta drásticamente la autoimagen, generando riesgos psicológicos y sociales en proporción a la severidad de la deformidad. La respuesta de las pacientes ante este impacto está influenciada por su comportamiento en relación con la salud, donde emociones, cogniciones y conductas se ven profundamente afectadas (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado, 2014, p. 54-56).

Los mismos autores nos indican efectos a nivel emocional, cognitivo y conductual, al respecto señalan que por una parte las emociones pueden ser vistas de 2 maneras (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado, 2014, p. 55).

La primera, “son la expresión interpersonal o social de las emociones y sentimientos, tales como el miedo, rabia, placer, tristeza, etc.”. La segunda, “las emociones también involucran reacciones psicofisiológicas, por ejemplo, el miedo y la ansiedad son asociados con el incremento de la tasa cardiaca, presión arterial sistólica, circulación sanguínea en músculos o decremento de la irrigación sanguínea en la piel”.

Ante la mastectomía según lo señalan Anayra, Exteberria y Valdoseda (2001) en Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado (2014, p. 55-56), las emociones que más se presentan son los sentimientos de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal; frustración, tristeza, enojo y trastornos de ansiedad y depresión (Fernández, 200415; Gil y Costa, 200518; Deanna, 200419 y Lentz, 2005 en Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado; 2014, p. 55-56).

Estos autores hacen referencia a un estudio realizado por Engel, Kerr, Schlesinger, Sauer y Hölzel en 2004 reveló que las mujeres tras la cirugía reportan síntomas depresivos correlacionados con el estrés y percepciones negativas del

cáncer. La edad también influye, ya que las pacientes jóvenes tienden a preocuparse más por aspectos financieros y su salud futura, lo que aumenta su ansiedad y depresión.

Además, factores como problemas económicos y pérdidas personales pueden intensificar las emociones de las pacientes, sugiriendo que la cirugía no es la única causa de su estado emocional. Según García y González (2007), las mujeres con alta autoestima, buen apoyo social y estilos de afrontamiento efectivos presentan mejor bienestar psicológico.

En el nivel *cognitivo* las cogniciones, o creencias, influyen en las emociones y conductas, éstas son interpretaciones de la realidad que las personas hacen sobre sí mismas y su entorno. El sufrimiento emocional de las pacientes no solo proviene de los eventos quirúrgicos, sino del significado asociado a estos, mediado por sus creencias sobre la imagen corporal. La intensidad del sufrimiento depende de las habilidades de afrontamiento y la personalidad de cada paciente.

Cogniciones irracionales pueden obstaculizar alcanzar metas de salud y generar emociones disfuncionales. Una distorsión común es la atención selectiva a las áreas afectadas, como senos mutilados, lo que se interpreta como deformidad. Las pacientes tienden a magnificar cicatrices, fomentando creencias negativas sobre su atractivo, valor personal e identidad sexual (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado; 2014, p. 56).

Y en el nivel *conductual* en el caso de las mujeres mastectomizadas se pueden identificar ciertas conductas desadaptativas, tales como las refiere Fernández, 2004 (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado; 2014, p. 56):

- Comportamientos de evitación de las relaciones sociales y aislamiento: debido a la vergüenza y temor al rechazo por parte de las personas del entorno;
- Evitar mirarse al espejo o mirar directamente la zona afectada: a menudo tienden a magnificar la percepción y tamaño de las cicatrices, así como ver de deformidad en su cuerpo,
- Cambio en el estilo de ropa: sobre todo para ocultar la parte operada,
- Problemas sexuales: dado que los senos tienen un valor cultural importante sobre la sexualidad y la percepción corporal.

En adición, el impacto en la imagen corporal para una mujer mastectomizada conlleva cambios que ocurren en su calidad de vida por los cambios integrales en

su cuerpo, mente y desarrollo en todos los ámbitos que afectarán directamente a su autoestima. Entre los resultados de estudios cualitativos acopiados por Torres Orue (2013), se presentaron los siguientes:

Figura 3. Resultado del compendio de estudios cualitativos para los efectos psicosociales en mujeres mastectomizadas.

Autores, año, tipo de estudio	Objetivo del estudio	Nombre de la revista	Título del estudio	País, Idioma	Resultados
Olaselhinde et al, 2019 [52] Estudio cualitativo	Comprender los aspectos psicosociales que tienen la mujer con cáncer de mama y mastectomía	Jornal of Global Oncology	Life without a breast: exploring the experiences of young nigerian women after mastectomy for breast cancer	Nigeria Inglés	El estudio identificó el impacto de la mastectomía en la vida psicosocial de las mujeres, cambios en la imagen corporal, relación con el esposo y la vida sexual.
Iddrisu et al, 2020 [53] Estudio descriptivo cualitativo	Analizar el efecto emocional, psicológico y físico que produce el tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama	BMC Psychiatry	Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young ghanaiian women: a qualitative study	Ghana Inglés	La mayoría de las participantes sintieron que se veían poco atractivos porque habían tenido una mastectomía, y se usaron pedazos de trapos y pañuelos como prótesis mamarias.
Timm et al, 2017 [54] Estudio descriptivo cualitativo	Conocer la percepción y los sentimientos de las mujeres mastectomizadas acerca de su imagen corporal	Ciencia Cuidar Saúde	A imagem corporal na ótica de mulheres após a mastectomia	Brasil Portugués	Las mujeres modificaron a manera como percibían sus cuerpos, además de presentar disminución de la autoestima y una imagen corporal negativa.
Prates et al, 2017 [55] Estudio cuantitativo caso-control	Investigar la autoestima en las mujeres con cáncer de mama con mastectomía en relación a la imagen corporal comparadas con mujeres sin cáncer	Rev Bras Ginecol Obstet	Influence of body image in women undergoing treatment for breast cancer	Brasil Inglés	Las mujeres con cáncer de mama y tratamiento de mastectomía y quimioterapia se sentían más insatisfechas con la imagen corporal y la autoestima
Silva et al, 2018 [56] Estudio cualitativo, descriptivo	Comprender el impacto de la mastectomía sobre la vida sexual y emocional de las mujeres que reciben atención en un centro de salud en el norte de Minas Gerais	Cultura de los cuidados	Impacto de la mastectomía sobre la vida sexual y emocional de las mujeres atendidas por un servicio de salud del norte Minas Gerais	Brasil Castellano	Después de la mastectomía radical, la vida sexual y emocional de las mujeres se ha comprometido tanto por los efectos físicos del tratamiento, tales como las consecuencias psicosociales, la construcción de la identidad femenina y la propia imagen
Baeza et al, 2018 [57] Estudio cualitativo	Analizar sobre la subjetividad y sentimientos implicados sobre la imagen corporal en mujeres mastectomizadas con cáncer de mama	Revista Universitaria de Psicoanálisis	Aproximación a la conformación de la subjetividad femenina a partir de la imagen corporal en mujeres mastectomizadas	Chile Castellano	El cáncer de mama es una enfermedad que con un peso psicosocial y subjetivo disminuyendo en las mujeres la posibilidad de experimentarse vivas afectando su autoestima
Buffit et al, 2021 [58] Estudio cuantitativo exploratorio	Evaluar si la cirugía de mastectomía impacta significativamente la satisfacción sexual de las participantes, evaluar si la cirugía de mastectomía impacta la relación de pareja de las participantes	Revista Caribeña de Psicología	El impacto de la cirugía de mastectomía en la satisfacción sexual en mujeres con pareja	Puerto Rico Castellano	Los resultados sugieren que la mujer con cáncer de seno sometidas a mastectomía presenta menor satisfacción sexual y problemas en la satisfacción en la relación de pareja, que las participantes del grupo comparativo.

Villafañá et al, 2017 [59] Estudio Qualitativo	Analizar las características psicológicas y percepción corporal de aquellas mujeres que se les extrajo un seno debido al cáncer de mama	Investigación Qualitativa en Salud	Implicaciones psicológicas de mujeres que se les ha practicado la mastectomía	México Castellano	Se encontraron varios síntomas relacionados con la depresión y la desfiguración del cuerpo femenino y problemas en la relación de pareja.
Martínez et al, 2014 [60] Estudio cualitativo, de revisión bibliográfica	Describir los aspectos psicológicos derivados del cáncer de mama y la mastectomía.	Gaceta Mexicana de Oncología	Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía	México Castellano	La mastectomía afecta de manera importante la percepción de la imagen corporal de la mujer y en sus relaciones sociales y de pareja.

Fuente: Torres Orue (2013).

Finalmente, la mastectomía afecta la autoimagen y autoestima causando ansiedad, depresión y miedo a la recurrencia del cáncer. Los síntomas comunes son inseguridad, pérdida de identidad y dificultades en actividades cotidianas. El apoyo psicosocial y la comunicación abierta son clave para adaptarse a estos cambios.

v. Marco normativo y regulatorio aplicable:

La reconstrucción mamaria debe reconocerse no como un beneficio discrecional, sino como una obligación internacional, nacional y estatal derivada del derecho a la salud. Asimismo, la normativa nacional obliga a que el diseño e implementación del programa incorporen perspectiva de género, enfoque diferencial y medidas de reparación del daño físico y emocional. Por lo anterior, en esta parte se describe la normativa a la que se apega el programa.

a) Normatividad internacional

- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) – Artículo 12¹:** establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. México forma parte de dicho pacto y, por tanto, debe garantizar disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud.
- **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)²:** obliga a adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en el acceso a la atención médica, incluyendo servicios relacionados con la planificación familiar y la rehabilitación de salud post enfermedad.
- **Convención de Belém do Pará (1994)³:** establece el deber de garantizar a las mujeres una vida libre de violencia, incluyendo la atención a

¹ México ratificó el pacto el 23 de marzo de 1981.

² Se ratificó la participación en 2002, lo que permite presentar denuncias individuales ante el Comité si consideran que sus derechos han sido violados.

³ El Senado aprobó la participación el 19 de enero de 1999.

consecuencias físicas y psicológicas derivadas de enfermedades y cirugías. Asimismo, se incluyen políticas públicas para la protección de las mujeres.

- **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible – ODS 3 (Salud y bienestar) y ODS 5 (Igualdad de género):** incluyen metas vinculadas con acceso universal a servicios de salud de calidad y eliminación de desigualdades de género.

b) Leyes nacionales y estatales en salud

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**
 - **Art. 1º:** prohibición de toda discriminación y obligación de promover los derechos humanos.
 - **Art. 4º:** reconoce el derecho a la protección de la salud, la igualdad entre mujeres y hombres, y la obligación estatal de garantizar servicios de salud de calidad.
 - **Ley General de Salud (LGS)**
 - **Art. 2 y 3:** el derecho a la protección de la salud implica servicios integrales, preventivos, curativos y de rehabilitación.
 - **Art. 27:** la atención médica debe atender las necesidades físicas y mentales, incluyendo rehabilitación.
 - **Art. 77 bis 1-37:** acceso efectivo a servicios de salud y atención de enfermedades que generan gastos catastróficos, entre ellos el cáncer de mama.
 - **Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2025–2030:**
 - **Eje 2: Desarrollo con bienestar y humanismo:** establece como meta garantizar acceso universal a servicios de salud con equidad.
 - **Constitución Política del Estado de Guanajuato**
 - **Art. 6º:** derecho a la salud y a la igualdad entre mujeres y hombres.
 - **Ley de Salud del Estado de Guanajuato**
 - Reconoce la prestación de servicios integrales, preventivos y de rehabilitación, así como la obligación de incorporar perspectiva de género.
 - **Programa Sectorial de Salud 2025 – 2030⁴**
 - **Plan Estatal de Desarrollo de Guanajuato 2050**
 - **Pilar 1. Sociedad incluyente, resiliente y humanitaria:** incorpora la mejora a la salud y resiliencia de la población guanajuatense.
 - **Programa de Gobierno 2024 – 2030**
 - **Eje 2. Guanajuato es igualdad. Objetivo 2.6:** facilitar el acceso a servicios de salud de calidad para todas las personas, con énfasis en la población en situación de vulnerabilidad.
- c) Normas Oficiales Mexicanas (NOM) relacionadas*
- **Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011**

⁴ Se agregará una vez que este publicado

- Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Incluye lineamientos sobre tratamiento quirúrgico y seguimiento integral.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012**
 - Del expediente clínico, que regula la obligación de consentimiento informado y de atención integral en cirugías reconstructivas.
- **Guías de Práctica Clínica (CENETEC-IMSS-SSA)**
 - Recomiendan considerar la reconstrucción mamaria como parte integral del tratamiento del cáncer de mama. En dicha guía, la reconstrucción mamaria no es vista como un procedimiento estético opcional, sino como un componente esencial para la rehabilitación y el bienestar psicológico, social y funcional de la paciente que ha sido sometida a una mastectomía.

vi. *Derechos humanos y perspectiva de género*

- **Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006)**
 - Establece la obligación de garantizar igualdad sustantiva en el acceso a programas y servicios.
- **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007)**
 - **Art. 37:** obliga a incorporar perspectiva de género en la atención médica y psicológica a mujeres, especialmente en casos de vulnerabilidad.
- **Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003)**
 - a. Establece como discriminación cualquier restricción en el acceso a servicios de salud por condición de género, estado de salud o discapacidad.

Contar con un marco normativo que regule la reconstrucción mamaria es crucial, dado que, garantiza que este procedimiento se ofrezca como un derecho de salud y no como un servicio estético opcional. Esto asegura que todas las mujeres que han sufrido una mastectomía tengan acceso equitativo al tratamiento, sin importar su situación socioeconómica, lugar de residencia o tipo de seguro médico.

Por lo anterior, contar con un marco legal sólido fortalece el derecho de la mujer a la salud integral, reconocido en tratados internacionales. Al reconocer la reconstrucción mamaria como una necesidad médica, se aborda el trauma físico y psicológico de la mastectomía, promoviendo la recuperación emocional y la calidad de vida de las mujeres. El siguiente cuadro muestra la relación entre la normativa previamente descrita y el Programa Social QC2920 "Reconstrucción mamaria".

Tabla 1. Alineación normativa del Q2920 Reconstrucción Mamaria

Norma/Instrumento	Obligación establecida	Implicación para el Programa QC2920
PIDESC – Art. 12 (ONU)	Garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud; asegurar disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (AAAQ).	Asegurar que la reconstrucción mamaria se brinde con disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (AAAQ), verificando tiempos de espera, calidad quirúrgica y acceso psicosocial conforme a protocolos oficiales.
CEDAW (ONU)	Eliminar discriminación en acceso a servicios de salud y rehabilitación.	El programa debe garantizar que las mujeres en condición de vulnerabilidad (indígenas, rurales, sin seguridad social) accedan a los servicios, eliminando cualquier criterio excluyente.
Convención Belém do Pará	Garantizar a las mujeres una vida libre de violencia y atender consecuencias físicas y psicológicas derivadas.	Integrar servicios de apoyo psicológico y acompañamiento integral a las beneficiarias, atendiendo consecuencias físicas y emocionales de la mastectomía.
Agenda 2030 (ODS 3 y ODS 5)	ODS 3: Salud y bienestar; ODS 5: igualdad de género y acceso universal a servicios.	El programa se alinea con los ODS asegurando salud y bienestar (ODS 3) e igualdad de género (ODS 5), reduciendo brechas en acceso a la reconstrucción mamaria.
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art. 1 y 4)	Derecho a la salud; igualdad y no discriminación.	Confirmar que la cobertura sea universal, transparente y sin exclusiones injustificadas en el otorgamiento del beneficio.
Ley General de Salud (Art. 2, 3, 27 y 77 bis)	Derecho a la protección de la salud, servicios integrales y rehabilitación; acceso a intervenciones de alto costo como cáncer de mama.	A través del programa se reconoce la reconstrucción mamaria como parte integral del tratamiento de cáncer de mama y no como un servicio discrecional, siguiendo protocolos establecidos.

Norma/Instrumento	Obligación establecida	Implicación para el Programa QC2920
Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres	Obligación de garantizar igualdad sustantiva en acceso a programas y servicios.	Revisar y reportar datos desagregados (sexo, edad, etnicidad, aseguramiento) e implementar acciones afirmativas que garanticen igualdad sustantiva.
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Art. 37)	Incorporar perspectiva de género en servicios médicos y psicológicos.	Evaluar si el programa integra acompañamiento sensible al género, prevención de violencia y consejería sobre autonomía corporal.
Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación	Prohibición de toda discriminación en acceso a salud por género, condición de salud, discapacidad u origen étnico.	Evitar criterios discriminatorios de acceso (edad, IMC, comorbilidades) y asegurar igualdad de trato para todas las solicitantes.
NOM-041-SSA2-2011	Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de cáncer de mama, incluyendo seguimiento integral.	Garantizar que las cirugías reconstructivas se realicen bajo protocolos clínicos autorizados y en los tiempos recomendados por la norma.
NOM-004-SSA3-2012	Regulación del expediente clínico y consentimiento informado.	Asegurar que las beneficiarias reciban consentimiento informado e información clara y comprensible antes de la cirugía.
Guías de Práctica Clínica (CENETEC)	La reconstrucción mamaria es parte del tratamiento integral del cáncer de mama.	Alinear la práctica del programa a las guías nacionales e internacionales, asegurando oportunidad, técnica adecuada y seguimiento integral.
Programa Sectorial de Salud 2025–2030	Disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables	Incorporar a personas diagnosticadas con cáncer de mama, a un tratamiento multimodal.
Constitución del Estado de Guanajuato (Art. 6)	Reconocimiento al derecho a la salud y a la igualdad entre mujeres y hombres.	El programa se encuentra vinculado con los planes estatales de salud y alineado con metas de igualdad y acceso.

Norma/Instrumento	Obligación establecida	Implicación para el Programa QC2920
Ley de Salud del Estado de Guanajuato	Obligación de prestar servicios integrales con perspectiva de género.	El programa cuenta con lineamientos estatales que aseguren cobertura integral y equidad territorial.

Fuente. Elaboración propia

III. Marco Conceptual

El Cáncer de mama es la neoplasia más prevalente en las mujeres en todo el mundo y también en México, donde la incidencia anual es de aproximadamente 38.4 casos por cada 100,000 mujeres, con un alto impacto económico y en la salud pública. En México, esta patología es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, y la segunda causa de muerte en mujeres. El costo promedio al año por paciente de cáncer de mama es de \$110,459.00 pesos mexicanos, siendo el diagnóstico tardío una de las causas principales del costo elevado (Palmero, Lassard, Juárez y Medina, 2021).

En el momento de su diagnóstico la mastografía es considerada el estándar de oro para la detección temprana, ya que permite identificar tumores antes de que sean palpables o muestren síntomas. Es fundamental realizar un diagnóstico histopatológico, guiado por las normativas del American Joint Committee on Cancer AJCC, y clasificar la enfermedad según estándares internacionales (Palmero, Lassard, Juárez y Medina, 2021, p.4-6).

De acuerdo con Palmero, Lassar, Juárez y Medina (2021, p. 1-5), respecto a los tratamientos, estos se dividen en locales y sistémicos. Los tratamientos locales incluyen la cirugía (conservadora o mastectomía) y la radioterapia; la elección depende del tamaño del tumor, su localización y la estadificación axilar. Los tratamientos sistémicos comprenden la quimioterapia, la hormonoterapia y las terapias dirigidas, cada una con indicaciones específicas según el tipo y estadio del cáncer. La meta principal es la curación, aunque en algunos casos puede requerirse un abordaje multimodal.

La repercusión del cáncer de mama afecta sectores económicos, sociales, psicológicos, laborales y emocionales; por lo que es fundamental que el personal

de salud debe mantenerse actualizado su manejo y promover el tamizaje para una detección temprana y prevención efectiva. En México, las directrices acerca del manejo del cáncer de mama se encuentran en la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, que establece el tamizaje con mastografía de 40 a 69 años de forma bienal, y para mayores de 70 años dependerá de antecedente personal de este padecimiento o por indicación médica. De igual manera, establece que el diagnóstico se realice de manera histopatológica, y se ha clasificado por medio de las normativas dictadas por el AJCC (DOF, 2011).

1. Definiciones clave

La Organización Mundial de la Salud (2011), define «Cáncer» como un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, en un proceso que se denomina «metástasis». La extensión de las metástasis es la principal causa de muerte por la enfermedad.

a) Cáncer de mama

De acuerdo con la NOM-041-SSA2-2011, se establecen las siguientes definiciones para determinar el significado de cáncer de mama:

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. 3.6.1 Cáncer invasor, al tumor que se diseminó más allá de la capa de tejido en la cual comenzó y crece en los tejidos sanos que lo rodean. 3.6.2 Cáncer de mama hereditario, a la condición transmitida genéticamente que incrementa el riesgo de cáncer de mama; los criterios diagnósticos de esta entidad se mencionan en el numeral 7.5. 3.7 Carcinoma, término que se refiere a una neoplasia epitelial maligna. 3.7.1 Carcinoma *in situ* de la mama, al tumor maligno confinado al epitelio que recubre un conducto o un lobulillo sin rebasar la membrana basal (DOF, 2011).

Conforme lo señala la Organización Mundial de la Salud (2024), el cáncer de mama es una enfermedad donde las células de la mama alteradas se multiplican sin control y forman tumores que, de no tratarse, pueden propagarse por todo el cuerpo y causar la muerte. Las células cancerosas comienzan a desarrollarse

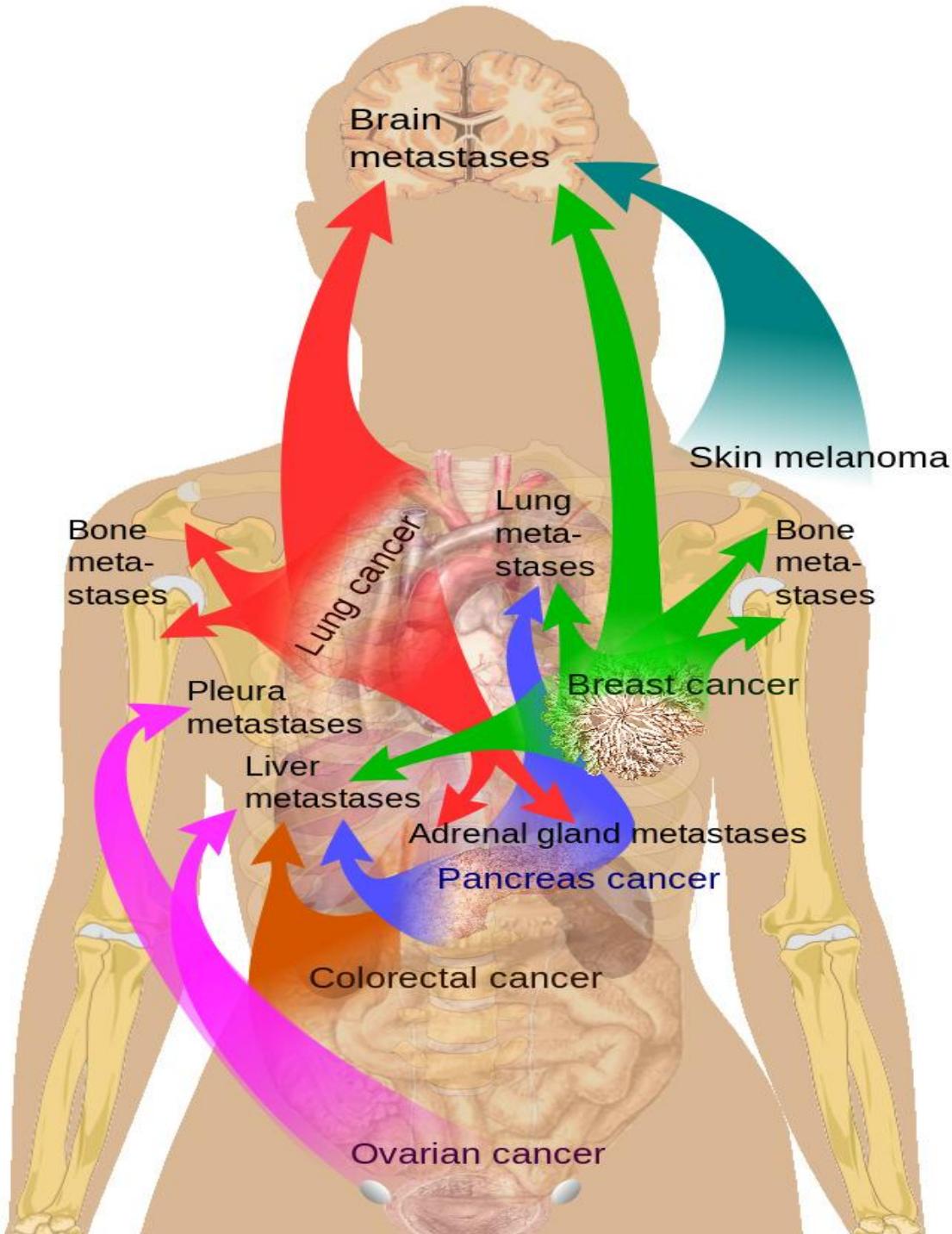
dentro de los conductos galactóforos o de los lobulillos que producen leche del seno. El cáncer en estadio 0 (in situ) no es letal y se puede detectar en fases tempranas. Las células cancerosas se pueden propagar al tejido mamario cercano (invasión), lo que produce nódulos o engrosamiento.

Los cánceres invasivos pueden propagarse a los ganglios linfáticos cercanos o a otros órganos (metástasis). Las metástasis pueden poner en peligro la vida y ser letales. El tratamiento se basa en las características de la paciente, el tipo de cáncer y su propagación. El tratamiento consiste en una combinación de cirugía, radioterapia y medicación.

Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social explica que el cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células de la mama, entendiendo por tumor maligno un grupo de células que crecen de manera desordenada e independiente, que tiende a invadir los tejidos que lo rodean, así como órganos distantes (metástasis).

Los tipos de cáncer de mama de acuerdo con la Universidad de Navarra (Clínica Universidad de Navarra, 2025), clasificados con base en su: origen (ductal o lobulillar), su comportamiento (invasivo o no invasivo), y sus características moleculares (receptores hormonales y proteínas específicas). En complemento, de acuerdo con un estudio elaborado por Gopal Menon; Fadi M. Alkabban; Troy Ferguson (2024), se indica que el cáncer de mama es el más común en mujeres y la segunda causa de muerte por cáncer en ellas a nivel mundial. Aunque generalmente evoluciona sin síntomas, se detecta mediante pruebas sistemáticas en el mundo occidental o como una masa palpable sin estas pruebas. Los tratamientos incluyen cirugía, radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia, dependiendo del estadio y tipo de tumor. Las mejoras en estos tratamientos han mejorado significativamente la supervivencia y los resultados para las pacientes.

Figura 4. Sitios comunes de metástasis del cáncer de mama



Fuente. Galería médica de Mikael Häggström, 2025.

En complemento Palmero, Lassard y Juárez (2021) señalan que las vías fisiopatológicas principales involucradas en el desarrollo del cáncer de mama son

las vías PI3K/AKT y RAS/MEK/ERK. Estas vías regulan funciones celulares clave como la proliferación, supervivencia y migración celular. La alteración o activación anormal de estas vías conduce a un incremento en la proliferación de células mamarias, evadiendo los mecanismos normales de control y promoviendo la formación de tumores. Además, la presencia de receptores hormonales (estrógeno y progesterona) y la sobreexpresión de HER2 influyen en la etiopatogenia y potencialmente en la agresividad de los tumores.

En cuanto al proceso de tamizaje y diagnóstico recomendado por Palmero, Lassard y Juárez (2021) se propone:

- **Tamizaje:** la mamografía es la principal herramienta de detección temprana y se realiza de manera rutinaria en mujeres a partir de los 40 años, en intervalos bi o trianuales, dependiendo de las guías. En mujeres menores de 40 años, el tamizaje se realiza según factores genéticos de riesgo, con autoexploraciones mensuales y exploración clínica anual.
- **Diagnóstico:** cuando la mamografía o la exploración clínica sugieren una lesión sospechosa, se confirma mediante técnicas de biopsia (como biopsia con aguja o intervención quirúrgica). Además, estudios complementarios de imagen (como resonancia magnética) pueden ser utilizados según el caso para evaluar extensión y certeza diagnóstica.

Este enfoque integral, que combina tamizaje por imagen, examen clínico y confirmación histológica, permite una detección temprana y una intervención oportuna, mejorando las tasas de curación y supervivencia Palmero, Lassard y Juárez (2021).

b) Reconstrucción mamaria

La reconstrucción mamaria consiste en recuperar el volumen perdido tras la mastectomía, bien de forma inmediata en la misma intervención quirúrgica de resección, o bien de forma diferida esperando un año tras el final de los tratamientos radioquirúrgicos. Esta se ha desarrollado ampliamente en las últimas décadas y se ha beneficiado de todas las aportaciones sucesivas de la cirugía plástica y reconstructiva: prótesis, expansión, lipolleno y colgajos, primero pediculados y después microquirúrgicos (Ruffenach, Nibbio, Dissaux, Bruant, Bodin, 2025).

Figura 5. Sitios comunes de metástasis del cáncer de mama

	Prótesis	Expansión	Combinada (DA + PM)	Colgajos (DAA, TRAM)	Microcirugía (DIEP, SIEA, grátil, PAP)	Lipomodelado
Tejidos de la zona mamaria	Buena calidad Flexibilidad Grosor Cantidad suficiente	Tejidos considerados «límites» en calidad o cantidad	Mala calidad Piel fina, adherida, limitada Cantidad insuficiente	Mala calidad Piel fina, adherida, limitada Cantidad insuficiente	Mala calidad Piel fina, adherida, limitada Cantidad insuficiente	Tejidos considerados «límites» en calidad o cantidad
Mama contralateral	Redonda de forma natural Deseo de aumento, redonda y estable tras mamoplastia	Más bien redonda	Más bien redonda	Expandida de forma natural Tendencia ptósica Poco deseo de retoques	Expandida de forma natural Tendencia ptósica Poco deseo de retoques	Expandida de forma natural Tendencia ptósica Poco deseo de retoques
Morfotipo	Buen equilibrio peso-talla Estabilidad ponderal	Buen equilibrio peso-talla Estabilidad ponderal	Cualquier morfología Estabilidad ponderal	Cualquier morfología, incluidas pacientes con sobrepeso o delgadas e inestabilidad ponderal	Cualquier morfología, incluidas pacientes con sobrepeso o delgadas e inestabilidad ponderal	Morfología con sobrepeso y excesos adiposos localizados suficientes para el volumen que se va a reconstruir.
Deseo de la paciente	Mama redonda, juvenil Técnica sencilla Ausencia de sitio donante Posible aumento contralateral	Mama redonda, juvenil Técnica sencilla Ausencia de sitio donante Posible aumento contralateral	Técnica segura y sencilla Volumen a demanda	Mama natural Estabilidad en el tiempo con pocas reintervenciones	Mama natural Estabilidad en el tiempo con pocas reintervenciones	Mama natural Estabilidad en el tiempo
Aceptación de:	Inconvenientes: intervenciones reiteradas, duración limitada del implante, riesgo de contractura capsular	Inconvenientes: técnica larga, intervenciones reiteradas, duración limitada del implante, riesgo de contractura capsular	Inconvenientes del PM y del sitio donante	Sitio donante con secuelas cicatriciales ± musculares	Sitio donante 5% de necrosis total = fracaso	Inconvenientes: intervenciones reiteradas para obtener el volumen deseado, reducción del 30% en los tres primeros meses de la grasa inyectada, a menudo necesidad de una reducción contralateral
Contexto vascular	Ausencia de contraindicación	Ausencia de contraindicación	Ausencia de contraindicación	Contraindicación relativa	Contraindicación absoluta	Contraindicación relativa

Fuente. DIEP: deep inferior epigastric perforator; DA: dorsal ancho; DAA: dorsal ancho autólogo; PAP: profunda artery perforator; PM: pectoral mayor; SIEA: superficial inferior epigastric artery; TRAM: transverse rectus abdominis muscle, en Ruffenach, Nibbio, Dissaux, Bruant, Bodin (2025).

A partir de los estudios realizados y cruzados con indicadores de los sitios comunes de metástasis del cáncer de mama, la profusión de las técnicas proporciona a los cirujanos la capacidad de adaptarse no sólo a las necesidades del tratamiento oncológico, sino también a las expectativas de sus pacientes.

La reconstrucción debe someterse a las exigencias del tratamiento oncológico, ocupando el lugar que le corresponde, que es el de una cirugía para aumentar la calidad de vida. La reconstrucción mamaria, aunque es reparadora, no tiene ningún objetivo funcional. Su única justificación es la satisfacción final de la paciente. Además de la complejidad técnica del procedimiento, el hecho de tener en cuenta la dimensión psicológica hace que esta reconstrucción sea un ejercicio apasionante al servicio de una población de mujeres muy agradables.

Actualmente la Fundación de Cáncer de Mama FUCAM señala que el cáncer de mama es el más común en mujeres y puede causar retos emocionales, psicológicos y físicos tras la cirugía, dificultando el retorno a su vida anterior. La mastectomía genera un impacto emocional perturbador debido a la pérdida de un órgano, pero la reconstrucción mamaria, inmediata o diferida, ayuda a recuperar la imagen corporal y el equilibrio psicológico.

La falta de acceso a esta reconstrucción puede causar problemas ortopédicos y de salud mental. Aunque generalmente evoluciona de forma asintomática, se detecta mediante pruebas sistemáticas. Su tratamiento combina cirugía, radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia según el estadio y tipo de tumor, y las mejoras en estos tratamientos han incrementado la supervivencia y los resultados positivos para las pacientes.

A su vez, nos refiere una perspectiva que permite entender la reconstrucción mamaria como un tratamiento integral, no como como un tema estético. Esto es que la paciente requiere de apoyo psicológico durante toda la enfermedad, acceso a cuidados, procedimientos, cirugías, medicamentos adecuados, oportunos y de calidad, así como, rehabilitación integral (reconstrucción mamaria) y acompañamiento emocional (cuidados paliativos).

Es tal la importancia de dicha perspectiva que el diario oficial de la federación público el viernes 24 de enero del 2020 el decreto por el que se declara el tercer miércoles del mes de octubre de cada año como "día nacional sobre la reconstrucción mamaria". Octubre es el mes de la sensibilización sobre el cáncer de mama, la FUCAM refiere a su vez que, en América Latina, el cáncer de mama es también la principal causa de muerte por un tumor maligno en la mujer, con 43,208 defunciones y una tasa de mortalidad promedio de 13 por cada 100,000 mujeres en la región. El cáncer de mama supone un enorme impacto incapacitante laboral, ya que es un cáncer de alta incidencia en la mujer, hasta el punto de que una de cada diez mujeres sufrirá cáncer de mama a lo largo de su vida.

Esta fundación menciona como ventajas de realizar la reconstrucción, las siguientes:

- Puede eliminar una operación y ahorrarle dinero con menos días en el hospital y menos tiempo de recuperación.
- Puede ayudarles a sentirse más seguras saliendo de una mastectomía sabiendo que ya estás en el camino hacia los resultados deseados.

Por otra parte, las desventajas detectadas por parte de la FUCAM son:

- La cirugía y el tiempo de recuperación pueden ser más largos.
- Podría tener un mayor riesgo de complicaciones después de la cirugía si se combinan otros tratamientos con la reconstrucción.

La mastectomía por cáncer de mama genera un profundo impacto emocional debido a la enfermedad y la pérdida de un órgano simbólico. La reconstrucción mamaria, inmediata o diferida, ayuda a restaurar la imagen corporal y el equilibrio psicológico. La satisfacción estética y la recuperación dependen de factores quirúrgicos, cognitivos y emocionales, requiriendo atención tanto a los aspectos físicos como psicológicos. Es por ello que se recomienda una intervención psicológica temprana, enfocada en las características de la paciente, para facilitar el afrontamiento y prevenir respuestas emocionales negativas cronificadas que dificulten la rehabilitación. Dicha intervención complementaria puede acortar el proceso de recuperación y reducir costos, especialmente relevante ante el aumento de la incidencia del cáncer de mama (Oiz, 2005).

Oiz (2005), señala la relevancia de la reconstrucción mamaria como una intervención que puede ser *inmediata o diferida*, desde la cirugía plástica mamaria abordando la reconstrucción post-mastectomía de manera dinámica y colaborativa, ofreciendo a las pacientes un procedimiento gratificante. Las técnicas modernas permiten recrear una mama similar en forma, textura y características a la mama original, pudiendo realizarse de forma inmediata o diferida tras la extirpación.

c) Calidad de vida y salud integral

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en su Constitución de 1948, define la salud como (2017):

...el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

A su vez la misma organización de acuerdo con Rivera (2017), se requiere de acciones orientadas a la calidad de vida de la población como condición ineludible para el logro de la salud, esto significa reforzar el modelo de salud, enfocado en un sistema integral que aborde todas las dimensiones del ser humano, es decir, construcción de políticas públicas saludables, intervenciones intersectoriales, la

promoción de estilos de vida y espacios saludables, y la participación activa de la población. En este sentido la salud es un estado completo de bienestar social, y no solamente la ausencia de enfermedades.

Adicionalmente el Instituto Nacional de Salud, por sus siglas en inglés NIH (2022), señala que la salud integral de la persona analiza todos los factores que afectan su bienestar, nos señala a su vez que:

La salud integral implica considerar a la persona en su totalidad —no solo a órganos o sistemas corporales por separado— y considerar los múltiples factores que promueven la salud o la enfermedad. Implica ayudar y empoderar a individuos, familias, comunidades y poblaciones para que mejoren su salud en múltiples áreas biológicas, conductuales, sociales y ambientales interconectadas. En lugar de solo tratar una enfermedad específica, la salud integral se centra en restaurar la salud, promover la resiliencia y prevenir enfermedades a lo largo de la vida.

Ahora bien, desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF), el cual constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, discapacidad y salud; esta supone la base para referir conceptos de amplia utilización sanitaria: bienestar, estado de salud, estatus de salud, calidad de vida o calidad de vida relacionada con la salud (Fernández, Fernández y Alarcos, 2010)

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a cómo la salud de una persona impacta su calidad de vida, y se utiliza para evaluar resultados clínicos y decisiones terapéuticas. Este concepto surgió en EE. UU. hace unos 30 años, combinando investigaciones sobre el estado funcional y el bienestar psicológico. La participación activa de los pacientes, el aumento del consumo de servicios sanitarios, la reivindicación de derechos, y los avances en psicometría y medición de la función física han contribuido al desarrollo de este enfoque.

Los autores resaltan que nuestra salud está influenciada por interacciones sociales que proporcionan recompensas materiales, emocionales y aprobación cognitiva, lo que implica que la medicina no debe centrarse únicamente en el individuo, sino también en la salud de las poblaciones. La teoría de los sistemas sugiere que ciertas características solo se revelan al observar el sistema completo, lo cual es aplicable al estudio de la salud, ya que no podemos comprender completamente los determinantes de la salud poblacional basándonos únicamente

en información individual. Esto desafía la perspectiva individual predominante en la investigación de la calidad de vida, como lo demuestran las desigualdades sociales. La cuestión es si debemos considerar al individuo como una unidad completa o si, en realidad, la verdadera unidad de la vida humana es el grupo.

El modelo de calidad de vida relacionada con la salud nos presenta diversas relaciones, refiriendo su importancia de una visión holística, tales como se muestran en la siguiente figura:

Figura 6. Relaciones de los distintos conceptos de salud y constructos relacionados con la salud teniendo en cuenta los componentes de la CIF

Nivel de experiencia	Experiencia corporal de la salud	Experiencia global de salud	Experiencia Humana (condición humana)
Perspectiva			
Descripción (Perspectiva Objetiva)	Salud	Funcionamiento	Bienestar Objetivo
Valoración (Perspectiva Subjetiva)	Componentes de Salud del Bienestar («Calidad de Vida Relacionada con la Salud»)		Bienestar (Calidad de Vida)
Clasificación y Medición			
Perfil de categorías CIF	Estado de Salud	Estado de Funcionamiento	Estado de Bienestar objetivo
Agregación de categorías	Status de salud	Status funcional	Status de Bienestar
Constructos a los que se refieren los distintos componentes de la CIF			
Constructo Salud	Función corporal y estructuras Capacidad (Actividad)	Función corporal y estructuras Capacidad (Actividad)	Función corporal y estructuras Capacidad (Actividad)
Constructo relacionado con la salud	–	Actuación (Participación)	Actuación (Participación)
Constructo no relacionado con la salud	–	–	Factores Contextuales (Persona y Ambiente)
Ni constructo salud ni relacionado con ella	–	–	Sin clasificar en la CIF

Fuente. Rev. Esp Salud Pública 2010, Vol. 84, N.º 2

En este sentido, el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) conforme lo señala Urzúa (2009), en complemento con Fernández, Fernández y Alarcos (2010), llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de su vida.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha utilizado a menudo de manera indistinta con términos como estado de salud, estado funcional y calidad de vida general. Mientras algunos autores consideran que la CVRS es parte de la calidad de vida general, otros creen que ambos conceptos evalúan dimensiones similares. Sin embargo, la mayoría sostiene que la CV debe distinguirse de la CVRS, ya que esta última se enfoca en evaluar la calidad de los cambios debido a intervenciones médicas y en medir la experiencia del paciente con su enfermedad y el impacto en su vida diaria. Algunos investigadores sugieren que la CVRS también debería considerar factores como ingreso, libertad y calidad del medioambiente, que están más relacionados con resultados médicos que con indicadores de bienestar subjetivo como la felicidad o la satisfacción con la vida.

Tabla 2. Definiciones de Calidad de Vida relacionadas con la Salud

Autor (es)	Definición
Echteld, van elderen, van der Kamp	Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experiencias satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos.
Awad	Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial.
Burke	Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular.
Schipper	Efectos funcionales de una enfermedad y sus consecuencias en la terapia.
Schipper, Clinch & Powell	Efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibido por el mismo paciente.
Bowling	Efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima.
Shumaker & Naughton	Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general

	que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.
Patrick Erickson &	Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas.
Wu	Aspectos de la salud que pueden ser directamente vivenciados y reportados por los pacientes.
O'Boyle	Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro.

Fuente. Elaboración propia con base en Urzúa, 2009.

d) Equidad y perspectiva de género en salud

La región Panamericana de la Salud aborda el significado de igualdad de género en salud, indicando como significado la equidad de género significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres. Se enfatiza además que las diferencias en necesidades, salud y acceso a recursos deben ser consideradas para corregir las inequidades existentes. Se explica cómo la inequidad de género en el ámbito de la salud se manifiesta a través de desigualdades que son injustas y prevenibles y se presentan estrategias de equidad que buscan alcanzar la igualdad.

Para promover enfoques más integrados que consideren distintos determinantes de la salud en lugar de centrarse solo en la atención médica, Solís Zúñiga (2015) indica que la salud debe ser vista como un espectro que abarca desde la enfermedad hasta el bienestar óptimo; resaltando la importancia de los factores biológicos, psicológicos y ambientales en la salud, dejando claro como la percepción de enfermedad y el acceso a servicios de salud son cruciales para el bienestar.

Aunado a lo anterior, Gómez Gómez (2002) refiere que la equidad no es lo mismo que igualdad. Paralelamente, no toda desigualdad se considera inequidad. La noción de inequidad adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud, se reserva para las desigualdades que son “innecesarias, evitables e injustas”.

A su vez, la misma autora aborda el concepto de equidad en salud, enfocándose en la necesidad de eliminar las disparidades evitables en salud y sus determinantes

entre diferentes grupos sociales. Se enfatiza que el verdadero problema radica en las desigualdades que sistemáticamente afectan a ciertos grupos, creando una situación de desventaja social. Este análisis invita a reflexionar sobre la estructura de las desigualdades y su impacto en la salud pública.

Además, subraya la importancia de eliminar las disparidades evitables en salud, se enfatiza en las desigualdades sistemáticas destacando que el enfoque debe estar en las desigualdades que perpetúan la desventaja, la equidad en salud involucra a grupos humanos con diferentes grados de privilegio social. Se introduce el concepto de determinantes sociales como factores clave en la equidad en salud, como determinantes sociales.

Equidad en salud: Concepto que implica asegurar que todas las personas tengan la misma oportunidad de alcanzar su máximo potencial de salud, independientemente de su situación socioeconómica.

Determinantes sociales: Factores como educación, ingresos y contexto social y físico que afectan la salud de los individuos y las poblaciones.

Finalmente, es de considerar como perspectivas clave las siguientes:

- La equidad en salud es fundamental para el desarrollo social, ya que permite a todos los grupos alcanzar un nivel de salud óptimo.
- Es crucial abordar las desigualdades que limitan el acceso a una salud adecuada y a los recursos que la sustentan.
- La justicia social y la salud pública están interrelacionadas, y trabajar en equidad puede llevar a mejoras más significativas en la salud global.

2. *Teorías y modelos relevantes*

a) *Determinantes sociales de la salud*

El concepto de los Determinantes Sociales de la Salud (DDS) ha sido desarrollado por múltiples autores y organismos internacionales, y su estudio es un campo en constante crecimiento. Para efectos de este estudio, retomaremos la definición de la Organización Mundial de la Salud (2008), en el cual se sostiene que el estado de salud no depende solo de factores biológicos o de atención clínica, sino de las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen, así como de la distribución del poder, los recursos y las oportunidades. El marco de causas de

las causas ubica los determinantes estructurales (contexto socioeconómico, género, clase social, etnidad, políticas públicas) y los determinantes intermedios (condiciones materiales, redes sociales, factores psicosociales, comportamientos y acceso a servicios) como explicaciones de las desigualdades en salud (Solar & Irwin, 2010).

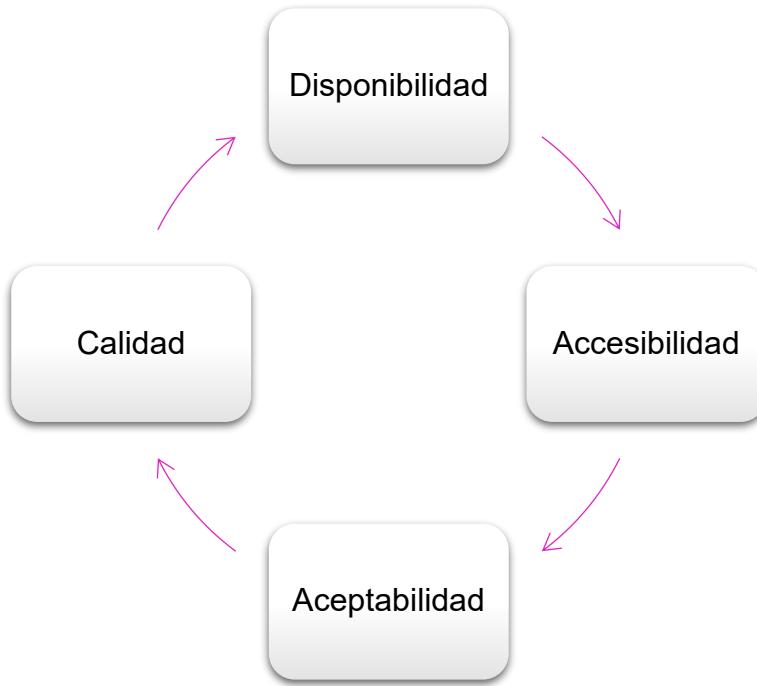
Por lo anterior, reconocer la importancia de los DDS implica un cambio de paradigma en la elaboración de políticas públicas en materia de salud, dado que, se pasa de un enfoque “curativo” a uno preventivo. Específicamente para el programa, la necesidad de reconstrucción mamaria y su acceso oportuno reflejan brechas socioeconómicas, territoriales y de género. Por lo tanto, se debe tomar en consideración lo siguiente:

- La probabilidad de llegar a la reconstrucción depende de trayectorias previas de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer, atravesadas por ingreso, escolaridad, empleo formal, seguridad social, residencia urbana/rural, pertenencia étnica y redes de apoyo.
- La existencia de barreras intermedias (tiempos de espera, referencias entre niveles, información clínica comprensible, costos indirectos de transporte y cuidados, estigma o miedo a la cirugía).
- La calidad de vida post-mastectomía (autoimagen, sexualidad, reintegración laboral) está mediada por apoyo psicosocial, cuidado de larga duración y condiciones del hogar/trabajo.

b) Teoría de derechos humanos en salud

La teoría de derechos humanos en salud sostiene que la salud es un derecho humano fundamental, no un bien de consumo. Esta perspectiva amplía la comprensión de la salud más allá de la atención médica, abarcando el bienestar físico, mental y social. De este modo, obliga a los Estados a implementar políticas públicas que aseguren el "más alto nivel posible de salud" para toda la población. En este sentido, y de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2000), los servicios de salud deben de cumplir con los siguientes estándares:

Figura 7. Enfoque AAAQ (por sus siglas en inglés).



Fuente. Elaboración propia con base en (DESC-ONU, 2000).

La reconstrucción mamaria se vincula con el derecho a la salud integral, la integridad personal, la no discriminación y el derecho a la rehabilitación. De acuerdo con la información proporcionada por la unidad responsable, se determinó que el programa cumple con los estándares AAAQ:

- Amplía disponibilidad (capacidad resolutiva: quirófanos, especialistas, insumos estandarizados de acuerdo con el requerimiento de cada paciente).
- Garantiza accesibilidad sin discriminación por condición socioeconómica, etnia, edad, discapacidad, orientación sexual o territorio; con información clara y consentimiento informado (de acuerdo con los criterios de elegibilidad de las ROP).
- Asegura aceptabilidad (tratamiento digno, confidencialidad, adecuación cultural, opciones informadas de técnicas quirúrgicas, reconstrucción inmediata vs. diferida).
- Cumple criterios de calidad (guías clínicas, manejo de complicaciones, seguimiento, continuidad de cuidados, rehabilitación y apoyo psicológico).

El enfoque de los derechos humanos en salud se encuentra intrínsecamente ligado al marco de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Esto se debe a que la realización plena del derecho a la salud es inviable si no se abordan las condiciones de vida subyacentes que influyen directamente en ella. La salud, bajo esta

perspectiva, trasciende la mera provisión de servicios médicos para abarcar el acceso a prerrequisitos esenciales como agua potable, saneamiento, vivienda digna, nutrición adecuada y entornos laborales seguros.

En consecuencia, este enfoque demanda que los gobiernos no se limiten a desarrollar sistemas de salud, sino que también implementen políticas intersectoriales (en áreas como educación, vivienda y medio ambiente) con el fin de fomentar la equidad y el bienestar.

c) Perspectiva de género y salud pública

Por su parte, la perspectiva de género en salud reconoce que mujeres y hombres viven riesgos, necesidades y resultados de salud diferentes debido a normas, roles y relaciones de género, y que estas interseccionan con clase, etnicidad, edad, orientación sexual y territorio (Kruk et al., 2021; Sen, Östlin & George, 2007). Implica identificar desigualdades de poder, cargas de cuidado no remunerado, violencias y estigma que afectan la salud y el uso de servicios.

Es por ello que, la perspectiva de género en salud pública es un enfoque analítico que reconoce que las disparidades en la salud entre hombres y mujeres no son únicamente producto de diferencias biológicas, sino que también están influenciadas por construcciones sociales y culturales. Este marco considera cómo los roles, normas y relaciones asignados a cada género impactan en el estado de salud de las personas, así como en su acceso y experiencia con los servicios sanitarios. En consecuencia, esta perspectiva revela que las inequidades en salud no son coincidencias, sino que están arraigadas en la estructura social. En cáncer de mama, además del efecto clínico de la mastectomía, el género estructura la autoimagen corporal, la sexualidad, la participación laboral y la autonomía económica. La reconstrucción mamaria puede contribuir a la restauración de la imagen corporal y bienestar psicosocial, pero solo si el diseño del programa considera:

- Elección informada y no prescriptiva: la reconstrucción es un derecho a elegir, no una obligación estética.
- Acompañamiento psicosocial con enfoque sensible al género y a la violencia (detección y referencia).

- Corresponsabilidad de cuidados: mitigar sobrecargas de cuidado y costos indirectos que recaen en mujeres y sus hogares.
- Entornos laborales: acciones de reintegración y ajustes razonables en el trabajo.

3. Relación entre conceptos

En este apartado se determina la factibilidad del enfoque presentado, puesto que relacionar los conceptos presentados y las teorías analizadas, permite comprender el **cáncer de mama** no solo como una enfermedad, sino como una experiencia compleja con profundas implicaciones para la salud y el bienestar de las mujeres. El cáncer de mama es el punto de partida, una enfermedad que requiere tratamiento. La mastectomía (extirpación de la mama) es a menudo una de las opciones terapéuticas principales. Si bien es vital para salvar vidas, conlleva secuelas físicas y emocionales significativas.

La reconstrucción mamaria es un procedimiento que se ofrece posterior a la mastectomía (en algunos casos, inmediatamente), cuyo objetivo es restaurar la forma del seno. Es crucial porque impacta directamente la calidad de vida de la paciente, no solo mejorando la apariencia física, sino también la autoimagen, la confianza y el bienestar emocional, lo que a su vez es un componente clave de la salud integral, misma que abarca el bienestar físico, mental y social. En el contexto del cáncer de mama, se garantiza al abordar la enfermedad (mastectomía), la restauración física y psicológica (reconstrucción mamaria) y el apoyo emocional.

La perspectiva de género es fundamental para entender cómo el cáncer de mama y sus tratamientos afectan a las mujeres. Esta perspectiva reconoce que:

- La pérdida de una mama puede tener un impacto psicológico y social diferente para las mujeres debido a las normas culturales sobre la feminidad y el cuerpo.
- Asegurar el acceso equitativo a la reconstrucción mamaria y al apoyo psicosocial es una cuestión de justicia de género, que contribuye a la calidad de vida y a la salud integral de la mujer.

Por tanto, la mastectomía es una respuesta médica al cáncer de mama, pero la reconstrucción mamaria se vuelve un elemento clave para la calidad de vida y la

salud integral de la paciente. Todo esto debe ser abordado con una perspectiva de género para garantizar una atención que reconozca y mitigue los impactos sociales y emocionales específicos de las mujeres.

IV. Matriz de investigación

Tabla 3. Matriz de investigación

Objetivo de Investigación	Preguntas de Investigación	Temas de Análisis	Diseño de Investigación y Técnicas de Recolección	Fuentes de Información
Identificar, describir y analizar el problema público abordado por el Programa Social Estatal QC1241 “Reconstrucción mamaria” desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa	¿Cuáles son las principales causas y efectos del problema público que atiende el programa?	Dimensión y evolución del problema.	Metodología mixta: Análisis documental Análisis estadístico	Referencias bibliográficas
	¿Cuál ha sido la evolución del programa desde su creación y cuáles han sido sus principales cambios y adaptaciones?	Historia y transformación del programa.	Metodología mixta: Análisis documental Análisis estadístico Análisis normativo	Referencias bibliográficas
Elaborar un marco conceptual y metodológico con base en datos y evidencia estadística y documental a nivel nacional y estatal.	¿Qué teorías y enfoques conceptuales explican la necesidad del programa y su impacto?	Enfoques teóricos y modelos de atención médica para poblaciones vulnerables.	Metodología mixta: Análisis documental Análisis estadístico	Referencias bibliográficas
Construir una Teoría del Cambio del programa, estableciendo relaciones causales entre sus acciones y los resultados esperados.	¿Cuáles son los insumos, actividades, resultados y efectos esperados del programa?	Ánalisis de la Teoría del Cambio.	Metodología mixta: Análisis documental Análisis estadístico Metodología de Marco Lógico	Referencias bibliográficas

Objetivo de Investigación	Preguntas de Investigación	Temas de Análisis	Diseño de Investigación y Técnicas de Recolección	Fuentes de Información
			Árbol de problemas Matriz de actores involucrados.	
Evaluar la alineación del programa con instrumentos de planeación del desarrollo nacional y estatal.	¿Cómo se relaciona el programa con estrategias y políticas públicas de salud en los ámbitos estatal y federal?	Coherencia con la planeación gubernamental.	Metodología mixta: Análisis documental Análisis estadístico Análisis normativo.	Referencias bibliográficas
Revisar las principales políticas, programas e intervenciones que abordan la misma temática a nivel federal, estatal y municipal.	¿Qué otras iniciativas atienden a población sin derechohabiencia en Guanajuato y cuáles son sus diferencias con Mi Hospital Cercano?	Comparación de intervenciones similares.	Metodología mixta: Análisis documental Análisis estadístico Análisis normativo.	Referencias bibliográficas
Ofrecer conclusiones y prospectiva del programa hacia 2030.	¿Cuáles son los principales retos y oportunidades para el futuro del programa?	Sostenibilidad y mejoras del programa.	Metodología mixta: Análisis documental Análisis estadístico Análisis normativo.	Referencias bibliográficas

Fuente. Elaboración propia con base en los Términos de Referencia (ISAPEG, 2025).

V. Dimensión y evolución del Problema Público

Construcción de la Teoría del Cambio

i. Fundamentación de la Teoría del Cambio

De acuerdo con Pacheco y Arcila (2020) las teorías del cambio se elaboran mediante un proceso sistemático que establece tanto los resultados esperados como las actividades necesarias para alcanzarlos. En este proceso participan profesionales e investigadores que contribuyen con su experiencia y conocimientos. Es esencial que este diseño se fundamenta en evidencias sólidas, lo que implica consultar a la comunidad y analizar informes anteriores, literatura teórica y resultados de investigaciones sobre relaciones causales (Pacheco y Arcila, 2020).

Los proyectos fundamentados en teorías del cambio se estructuran de manera más efectiva y se implementan con mayor éxito a través de la Gestión Basada en Resultados, que transforma el enfoque de las actividades hacia los resultados obtenidos (Pacheco y Arcila, 2020). Un cambio representa una nueva realidad para las personas y comunidades en su camino hacia el desarrollo sostenible. Para describir este proceso, es fundamental tener en cuenta tres elementos esenciales: quiénes son los agentes del cambio, qué aspectos están experimentando transformación y cómo se evalúa dicho cambio.

En este sentido, al dimensionar el problema público, entendido como la comprensión amplia y detallada de un problema que afecta a la sociedad en su conjunto, incluyendo su magnitud, características, causas, impactos y cómo ha cambiado o se ha desarrollado a lo largo del tiempo, se puede entender su evolución y a partir de ello establecer las estrategias que lo atienden.

a) *Dimensión del problema público.*

- **Magnitud:** cuán grande o extendido es el problema (por ejemplo, cuántas personas afecta, cuántos recursos consume, qué áreas geográficas incluye).
- **Características:** aspectos específicos del problema, como su naturaleza (social, económica, ambiental, de salud pública), severidad, grupos poblacionales afectados, etc.
- **Causas:** factores o motivos que generan o contribuyen al problema (pueden ser estructurales, individuales, sociales, políticos).
- **Impactos:** consecuencias del problema sobre la población, la economía, el bienestar, la seguridad, entre otros.

b) Evolución del problema público

- **Cambios en la magnitud:** cómo ha aumentado o disminuido el problema con el tiempo.
- **Transformaciones en las causas:** cambios en los factores que generan el problema, nuevas causas o mitigación de otras.
- **Modificaciones en los impactos:** cómo han cambiado las consecuencias del problema para la sociedad.
- **Contexto temporal y social:** eventos o políticas que hayan influido en la evolución del problema, como crisis económicas, cambios legislativos, innovaciones tecnológicas, cambios culturales, etc.

El problema público en materia de salud pública sobre reconstrucción mamaria tiene una dimensión relevante en términos de número de afectadas y transformaciones en calidad de vida. Su evolución muestra avances importantes en tecnología, legislación y conciencia social, aunque persisten desigualdades en acceso y cobertura, lo que requiere políticas públicas más integrales y equitativas.

ii. Estructura del problema público

1. La Mastectomía Incompleta: Un Problema de Salud Pública y Derechos

La mastectomía, si bien es un procedimiento vital para el tratamiento del cáncer de mama según la NOM-041-SSA2-2011, genera profundas secuelas físicas y psicosociales. El problema público surge de la restricción en el acceso a la atención integral: la falta de reconstrucción mamaria post-mastectomía.

Esta carencia perpetúa déficits funcionales y estéticos que impactan directamente la autonomía y la agencia económica de las pacientes. El marco normativo y la evidencia epidemiológica respaldan la reconstrucción como un componente esencial del manejo integral; ignorarla socava la posibilidad de un desarrollo completo, causando baja autoestima y deterioro mental.

2. Magnitud del Problema y Consecuencias Socioeconómicas

El cáncer de mama es una amenaza que afecta transversalmente a mujeres en edad productiva, aunque la mayor concentración de defunciones se observe en grupos de 55 años y más (INEGI, 2024). Las mujeres que sobreviven, pero carecen de una reconstrucción accesible, enfrentan una cascada de secuelas socioeconómicas y psicosociales:

- **Deterioro Económico:** disminución de los ingresos familiares y riesgo de incurrir en gastos de bolsillo catastróficos debido a la naturaleza de alto costo de la enfermedad.
- **Afectación Psicosocial:** incremento en el riesgo de depresión y aislamiento social, sobrecarga en las labores de cuidado, y padecimiento de estigma y discriminación en el ámbito laboral.

Estos efectos son exacerbados por determinantes sociales como la pobreza, la residencia en zonas rurales y la identificación como hablante indígena. La política pública debe, por lo tanto, priorizar a mujeres no derechohabientes y a hogares con jefatura femenina, exigiendo ajustes razonables y accesibilidad cultural/lingüística.

3. Contexto de Vulnerabilidad y Desigualdad Estructural en Guanajuato

El problema de la atención integral se intensifica debido a las particularidades demográficas y del sistema de salud en Guanajuato:

Carencia de Seguridad Social y Estructura Sanitaria

El estado de Guanajuato, con una población de aproximadamente 6.17 millones de habitantes (IPLANEG, 2025) y proyecciones de envejecimiento gradual, lo que incrementa la incidencia de cáncer, presenta una deficiencia crítica:

Cerca del 33.2% de la población estatal experimenta carencia por acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2022), lo que constituye una violación del derecho a la salud. El estado no se adhirió al esquema IMSS-Bienestar (situación 2024–2025), manteniendo un sistema estatal propio. Esto significa que las mujeres sin seguridad social dependen exclusivamente de la infraestructura estatal para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

Informalidad Laboral y Riesgo Financiero

La vulnerabilidad se agrava por la precariedad laboral:

La ocupación informal de mujeres en el estado se mantuvo alta, con cerca de 631 mil trabajadoras en 1T-2025. En general, la informalidad laboral superó el 50% al cierre de 2024. Esta alta informalidad reduce drásticamente el acceso a la seguridad social y afecta desproporcionadamente a mujeres en edad laboral, dejándolas indefensas ante gastos médicos mayores (INEGI, 2025).

4. Brechas Clave en la Atención que Sustentan la Intervención

A pesar de las campañas estatales de prevención, como la promoción de mastografías y exploraciones (la tasa de cáncer de mama en Guanajuato ronda los ≈17.4 por 100 mil mujeres de 20+ años) (SSG, 2022,2024), la cobertura efectiva sigue siendo un reto para las no derechohabientes.

La falta de adscripción institucional y las barreras geográficas/económicas se traducen en cuatro brechas críticas que definen el problema público:

Diagnóstico Tardío: Causado por barreras de acceso (citas, traslados, y tiempos de espera fuera de su zona), lo que reduce la posibilidad de una intervención oportuna.

Costo de Tratamiento y Pérdida de Ingreso: El costo de la continuidad terapéutica (cirugía, quimio, radio, hormonoterapia) genera un alto riesgo de gastos catastróficos en hogares ya afectados por la alta informalidad.

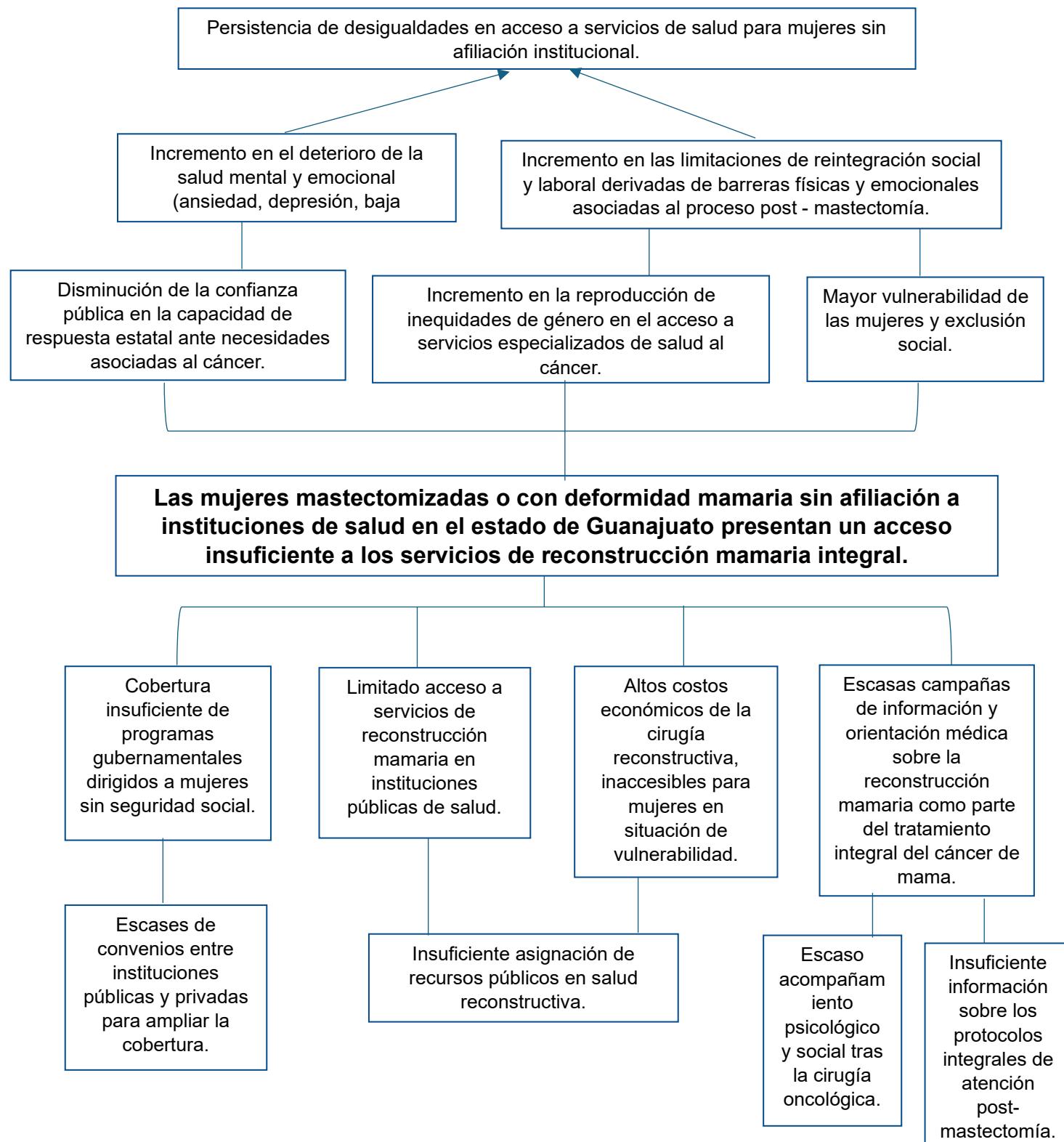
Cobertura Limitada en Reconstrucción y Rehabilitación: la reconstrucción mamaria y la rehabilitación psicológica tienen una cobertura limitada o diferida para las no-derechohabientes, comprometiendo su recuperación integral.

Desigualdades Territoriales: la concentración de infraestructura (mastógrafos/hospitales) en zonas urbanas obliga a mujeres rurales e indígenas a enfrentar mayores barreras de acceso y traslado.

Las brechas de atención identificadas en el manejo del cáncer de mama establecen la justificación indispensable para el desarrollo de un programa social cuyo objetivo sea garantizar la atención integral y equitativa a las mujeres sin seguridad social residentes en Guanajuato. A partir del análisis exhaustivo de la problemática de la reconstrucción mamaria y sus consecuencias socioeconómicas, se procede a la presentación formal del Árbol de Problemas, herramienta que visualiza la relación causal de este fenómeno público (ver figura 8).

iii. Árbol de problemas

Figura 8. Árbol de problemas



c) *Diagnóstico de causas*

El **problema central** se origina en una compleja red de factores, clasificados en causas directas (inmediatas) e indirectas (estructurales).

a. Causas Directas (Factores Inmediatos).

Estas causas limitan el acceso y la posibilidad de que las mujeres reciban la atención integral necesaria:

- Acceso limitado a servicios de reconstrucción mamaria en el sector público. Déficit de oferta quirúrgica reconstructiva, listados de espera, y variabilidad en capacidades hospitalarias. La NOM-041-SSA2-2011 reconoce la reconstrucción como parte del abordaje integral, lo que exige disponibilidad real y oportuna.
- Cobertura insuficiente de programas para mujeres sin seguridad social. Brechas de protección para población no derechohabiente; las Reglas QC2920 se diseñan precisamente para cerrar ese vacío.
- Altos costos directos e indirectos de la reconstrucción. Costos de insumos, honorarios, hospitalización y tiempos de recuperación que superan la capacidad de pago de hogares en situación de vulnerabilidad. Evidencia nacional muestra que el cáncer de mama es una de las principales causas de gasto catastrófico en salud.
- Escasez de información y orientación clínica oportuna sobre la reconstrucción. La NOM-041 obliga a informar opciones terapéuticas como parte del consentimiento informado y del manejo integral, pero hay brechas en consejería y navegación de pacientes.

b. Causas Indirectas (Factores Estructurales).

Estas causas explican las deficiencias en el sistema de salud y la poca difusión de la atención:

- Insuficiente asignación de recursos públicos en salud reconstructiva. Esto subraya una prioridad presupuestal baja para este tipo de atención.
- Escasez de convenios entre instituciones públicas y privadas para ampliar la cobertura de los servicios.
- Poca información sobre los protocolos integrales de atención post-mastectomía.
- Escaso acompañamiento psicológico y social tras la cirugía oncológica.

c. Consecuencias

- La falta de acceso a la reconstrucción mamaria y al tratamiento integral genera efectos adversos que comprometen la salud física, mental y la plena reintegración social de las mujeres.

Efectos Directos (Consecuencias Inmediatas)

- Deterioro de la salud mental y emocional, manifestado como ansiedad, depresión, y baja autoestima.
- Limitaciones en la reintegración social y laboral debido a estigmas y barreras psicológicas.
- Persistencia de desigualdades en acceso a servicios de salud para mujeres que carecen de afiliación institucional.

Efectos Indirectos (Consecuencias Estructurales)

- Mayor vulnerabilidad de las mujeres y exclusión social.
- Reproducción de inequidades de género en el acceso a servicios especializados de salud.
- Impacto negativo en la percepción de la eficacia de los programas públicos de atención al cáncer.

1. Lógica causal interna

La lógica causal de la problemática opera de manera jerarquizada, donde las causas indirectas influyen en las directas, las cuales a su vez desencadenan el problema central, que finalmente produce los efectos directos e indirectos.

- a. Origen (Causas Indirectas): la raíz del problema se encuentra en la Insuficiente asignación de recursos públicos y la escasez de convenios, lo que limita la capacidad del sistema de salud para operar y difundir información (poca información sobre protocolos y escaso acompañamiento psicológico).
- b. Transmisión (Causas Directas): estas fallas estructurales se traducen en barreras operativas, limitado acceso a servicios de reconstrucción y limitada cobertura de programas, exacerbadas por los altos costos económicos y las escasas campañas de información.
- c. Problema Central: la convergencia de estas causas directas resulta en la Baja calidad de vida de mujeres mastectomizadas o con deformidad mamaria sin afiliación a instituciones de salud.
- d. Efectos (Consecuencias): el problema central genera un deterioro de la salud mental y limitaciones en la reintegración social, lo que a un nivel más profundo conduce a la mayor vulnerabilidad y exclusión social y la reproducción de inequidades de género.

i. Actores y población afectada

Tabla 4. Actores involucrados

Categoría	Actor/Grupo	Rol en la problemática
Población afectada	Mujeres mastectomizadas o con deformidad mamaria sin afiliación a instituciones de salud en Guanajuato.	Sufren la baja calidad de vida, el deterioro mental/emocional, y la exclusión social.
Actores Gubernamentales (Operativos)	Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG) Sector salud público (hospitales estatales/federales en el estado)	Responsable directo de la operación del Programa y de la provisión de servicios de reconstrucción en sus unidades. Valoración oncoplástica, listas de espera, quirófanos.
Actores Gubernamentales (Normativos/Financieros)	Secretaría de Salud de Guanajuato y Poder Ejecutivo del Estado de Guanajuato	Responsables de la asignación de recursos públicos y el diseño de la política pública de salud
Sector Privado	Hospitales y clínicas privadas; Empresas de insumos médicos.	Tienen la capacidad de establecer convenios para ampliar la cobertura y reducir costos.
Sociedad Civil y ONG's	Grupos de apoyo a pacientes con cáncer de mama.	Ofrecen el acompañamiento psicológico y social que es escaso a nivel institucional.
Academia y colegios de cirugía plástica/oncología	Universidades Institutos	Asesoría técnica, guías, control de calidad, investigación.

Fuente. Elaboración propia.

d) Población potencial afectada

La población potencial afectada son las mujeres residentes en el estado de Guanajuato que:

- Han sido mastectomizadas o presentan deformidad mamaria por cáncer u otro tumor benigno.

- No tienen afiliación a instituciones de salud (no cuentan con seguridad social como IMSS o ISSSTE).

Para dimensionar la magnitud del problema, el análisis revela que el Programa Social Estatal QC2920 proyectó una meta inicial de 52 apoyos concluidos (procedimientos quirúrgicos o tatuajes médicos) para el ejercicio fiscal 2024. Este dato, aunque es un indicador de la capacidad operativa del programa, sugiere que la magnitud real de la necesidad es probablemente mucho mayor que la cobertura actual, dada la existencia de una "Limitada cobertura de programas gubernamentales".

La problemática surge de una deficiencia estructural en el sistema de salud pública para brindar atención integral post-oncológica a mujeres sin seguridad social. El cáncer de mama es una prioridad de salud, pero la reconstrucción mamaria, esencial para la calidad de vida, no se integra plenamente en el tratamiento.

ii. Definición de objetivos

A través de la intervención del Programa QC2920 se desea lograr que:

Las mujeres mastectomizadas o con deformidad mamaria sin seguridad social en el estado de Guanajuato ejerzan de manera efectiva su derecho a una atención integral post-oncológica, que incluya reconstrucción mamaria segura, oportuna, accesible y acompañada, contribuyendo a mejorar su calidad de vida, autonomía, salud mental y reintegración social.

Dicha situación deseada tiene un sustento normativo:

La NOM-041-SSA2-2011, que establece la reconstrucción como parte del tratamiento integral.

Los objetivos del programa señalados en las ROP 2025, cuyo fin es mejorar la calidad de vida mediante procedimientos reconstructivos gratuitos, con meta de 55 apoyos (ROP, art. 13 y 14).

El problema central identificado en la presente investigación de diagnóstico: acceso insuficiente a servicios de reconstrucción mamaria integral.

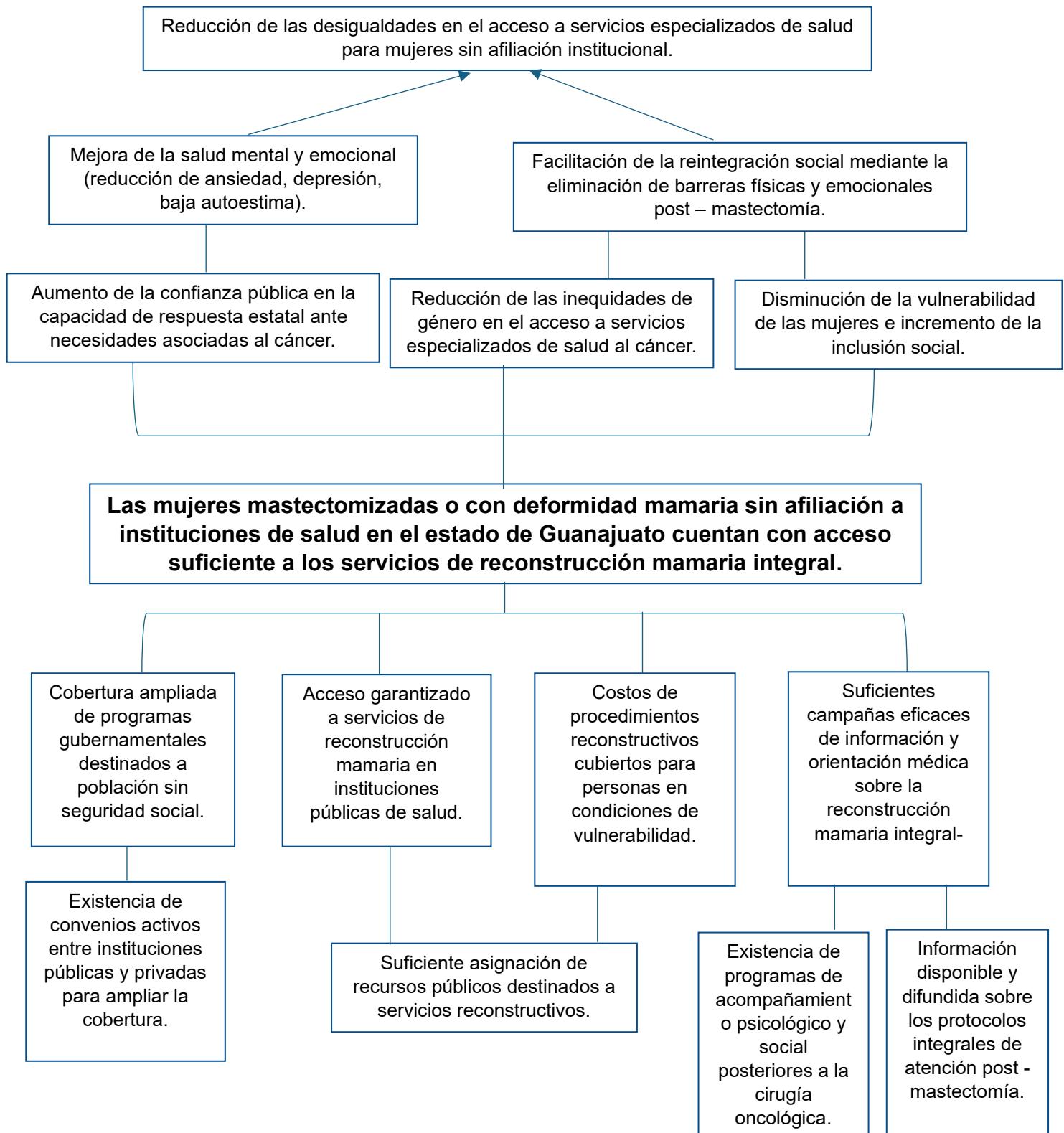
Mediante la operación del Programa y en términos de políticas públicas, la situación deseada supone que:

- Se reduzcan las barreras económicas, geográficas e informativas.
- Se incremente la capacidad institucional y los convenios interinstitucionales.
- Se garantice consejería, reconstrucción y acompañamiento psicosocial.
- Las mujeres recuperen autonomía física, emocional y económica.

De acuerdo con la MML, el Árbol de Objetivos es la imagen en positivo del Árbol de Problemas, es decir, se transforman las condiciones negativas en estados positivos alcanzables. A continuación, se presenta el árbol de objetivos depurado, jerarquizado y lógico:

iii. Árbol de objetivos

Figura 9. Árbol de objetivos



a) Descripción del Árbol de Objetivos

Análisis de los Medios

Los medios constituyen la base operativa del programa. Al transformar las causas del problema original, establecemos la ruta de acción:

El problema de raíz identificado como "insuficiente asignación de recursos" y "escasez de convenios" se convierte en el motor financiero y operativo (Medios Indirectos). Sin estos recursos y alianzas, es imposible sostener los Medios Directos, que son la gratuidad del servicio y la disponibilidad física de la cirugía reconstructiva en instituciones públicas.

De igual forma, la carencia de información y acompañamiento psicológico se transforma en un soporte integral. No basta con operar; el medio directo "Campañas de información" depende de que existan protocolos claros y apoyo psicológico para que la paciente acepte y busque el tratamiento.

Análisis de los Fines

Los fines representan el valor público generado.

Al lograr el Objetivo Central (Acceso suficiente), se ataca directamente el deterioro de la salud mental. La reconstrucción física actúa como catalizador para la recuperación emocional (Fin Directo).

Esto tiene un efecto multiplicador: una mujer sana emocional y físicamente se reintegra laboralmente, lo que a largo plazo reduce su vulnerabilidad social y cierra brechas de inequidad de género (Fines Indirectos).

b) Proyección de la situación deseada

La intervención del Programa Q2920 "Reconstrucción Mamaria" proyecta un escenario en el estado de Guanajuato donde la condición socioeconómica y la falta de seguridad social dejan de ser impedimentos para la recuperación integral del cáncer de mama.

En esta situación deseada, la estructura gubernamental ha movilizado recursos y generado alianzas (Medios) que permiten absorber los altos costos de los procedimientos. Como resultado, las mujeres no solo reciben una cirugía, sino una atención integral que incluye orientación y soporte psicológico. Esto deriva en una

población de sobrevivientes de cáncer empoderadas, con una salud mental restablecida y plenamente reintegradas a la vida productiva y social del estado (Fines).

Dado que, al definir el problema como "acceso insuficiente", la intervención del programa QC2920 deja de ser una acción aislada para convertirse en un mecanismo de justicia social y salud pública. La proyección establece que, mediante la movilización de los *medios indirectos* (presupuesto de \$6,000,000.00 MN y gestión institucional), se activan los *medios directos*: la compra de insumos (implantes/expansores) y la habilitación de quirófanos en unidades ejecutoras.

Esto detona el logro del *Objetivo Central*: el acceso se vuelve "suficiente". Una vez garantizado el acceso, se materializan los Fines: la mujer recupera su integridad física (imagen corporal), lo que cataliza su recuperación psicológica (autoestima) y le permite retomar su rol social y productivo (reintegración), culminando en el Fin Supremo de una vida digna y de calidad.

c) *Relación medios-fines*

Es de suma importancia entender cómo los niveles inferiores alimentan a los superiores para garantizar el éxito del Programa:

a. Relación presupuestal-cobertura

De Indirecto a Directo: La "Suficiente asignación de recursos públicos" (Medio Indirecto) es la condición que sirve para lograr que los "Altos costos de procedimientos de reconstrucción sean cubiertos" (Medio Directo). Si se asigna el recurso, se elimina la barrera económica identificada en el problema.

b. Relación Gestión-Acceso

De Indirecto a Directo: La "Existencia de convenios público-privados" (Medio Indirecto) permite expandir la capacidad instalada, logrando así una "Cobertura ampliada" y "Acceso garantizado" (Medios Directos) que las instituciones públicas por sí solas no podrían cubrir al 100%.

c. Relación Integralidad-Bienestar

De Media a Fin: La combinación de "Campañas de información" y "Acompañamiento psicológico" (Medios) asegura que el acceso al servicio no sea solo un acto médico,

sino un proceso humano. Esto impacta directamente en la "Mejora de la salud mental" y la "Reintegración social" (Fines Directos).

d) *Validación lógica de relaciones Medios – Fines*

a. Coherencia vertical (medios → fines → propósito → fin)

- Los **medios indirectos** fortalecen la capacidad institucional y permiten que los **medios directos** ocurran. Es decir, si se asignan recursos suficientes y se establecen convenios (Medios Indirectos), entonces será posible cubrir los costos y garantizar el acceso en las instituciones (Medios Directos).
- Los **medios directos** resuelven las barreras que constituyen las causas del problema (insuficiente acceso, costos, escases de información, etc.). Al cumplirse los medios directos, se producen los **fines directos**, es decir, mejoras psicosociales, reintegración y reducción de desigualdades. Ya que, si las mujeres acceden a la reconstrucción integral, entonces mejorará su salud mental, autoestima y capacidad de reintegración (Fines Directos).
- Esos fines directos, en conjunto, producen el **propósito**: acceso efectivo e integral. Dado que, si se garantiza el acceso, se cubren los costos y se brinda acompañamiento e información (Medios Directos), entonces las mujeres sin seguridad social tendrán un “Acceso Suficiente a la Reconstrucción Integral...” (Objetivo Central).
- Y dicho propósito impacta en el **fin último**, que es la mejora sostenible de la calidad de vida. Por lo tanto, si mejora su bienestar individual y reintegración, entonces disminuirá su vulnerabilidad social y se reducirán las inequidades de género en salud en el estado de Guanajuato.

b. Coherencia horizontal (compatibilidad entre objetivos)

- Ningún medio contradice a otro; todos convergen en eliminar las barreras de acceso.
- Los fines directos son complementarios: salud mental, reintegración y equidad son elementos del bienestar integral.

- Las ROP 2025 validan esta lógica: el programa entrega apoyos (cirugías, implantes, tatuaje médico, acompañamiento) que corresponden exactamente a los medios directos identificados.

Este alineamiento demuestra que la estructura del Árbol de Objetivos es coherente y ataca sistemáticamente las raíces del problema planteado.

iv. Integración de percepciones de actores clave

De acuerdo con el trabajo de campo, mediante la aplicación del instrumento cualitativo, al realizar entrevistas semiestructuradas y a profundidad para actores clave en la instrumentación del programa social QC2920 Reconstrucción mamaria, así como a beneficiarias de este, se obtuvieron los siguientes resultados:

Actores involucrados institucionales

Se desarrolló una entrevista a dos actores involucrados en la coordinación y operación del programa social, de la cual se destaca que el programa proporciona validación de recursos y gestión para la atención de pacientes sobrevivientes de cáncer de mama, cubriendo reconstrucción e implantes que no están cubiertos por el presupuesto federal de la Secretaría de Salud, complementando que el programa va más allá de la atención médica funcional, abordando aspectos psicosociales y emocionales que anteriormente se habían ignorado en la recuperación de las pacientes.

En cuanto a las **limitaciones y barreras** que detectan, identifican principalmente que el presupuesto es la principal barrera debido a los altos costos de ciertos procedimientos e insumos, no obstante, han percibido que las pacientes expresan inseguridad constante sobre si recibirán el tratamiento, pero su actitud cambia radicalmente después del procedimiento, mostrando mayor satisfacción y mejoras en su forma de interactuar. En este sentido, para dar seguimiento a tal situación, desde el inicio se realizan encuestas psicológicas para evaluar el estado emocional de las pacientes y su evolución a lo largo del proceso.

Por otra parte, destacan que el agotamiento físico y mental son factores que impiden que algunas mujeres accedan a la reconstrucción mamaria, ya que impacta en que algunas candidatas decidan no continuar con la reconstrucción.

Ahora bien, entre los actores clave para el proceso de atención a las pacientes, es necesario que tanto las finanzas, personal médico quirúrgico, administrativo y asociaciones civiles, se perciba como fundamental, resultando importante a su vez, el primer nivel de captación de pacientes y necesario que se refuerce la difusión y acceso al servicio. En complemento, el principal obstáculo es la estigmatización del procedimiento, más allá de barreras culturales o sociales.

Finalmente, explicaron que la mayoría de las pacientes vienen de hospitales y éstas ya han sido dadas de alta médica. Entre los criterios de selección de beneficiarias incluyen haber sido dadas de alta de oncología, haber sufrido mastectomía o tumoración que genere deformidad, y estar psicológicamente aptas para el proceso de reconstrucción, además de estar en control de enfermedades como diabetes o hipertensión que pudieran interferir con los procedimientos quirúrgicos.

Entre los principales desafíos se incluye la coordinación con la asociación civil externa, la captación de pacientes y la disponibilidad de recursos presupuestarios y, aunque la infraestructura hospitalaria es adecuada se necesitan más especialistas plásticos. Los principales riesgos incluyen la captación insuficiente de pacientes y problemas presupuestarios. Los participantes consideraron que el programa tiene buenas fortalezas en equipamiento y resultados, pero enfrenta desafíos para contratar subespecialistas en el sector público, especialmente en áreas más alejadas de las capitales.

Beneficiarias

De acuerdo con la percepción de las beneficiarias entrevistadas⁵ el primer encuentro con el programa es a través de información proporcionada por médicos que forman parte de la fundación que desarrolla campañas de reconstrucción mamaria, además de la información otorgada por parte de medico particular encausando a las pacientes hacia el Centro de Atención Integral y Servicios

⁵ En razón de salvaguardar la privacidad y respetando la vulnerabilidad de las beneficiarias del programa, se guardará absoluto anonimato y únicamente se presentan los hallazgos relevantes para efectos de esta investigación.

Esenciales de Salud, así como por parte de trabajo social de jurisdicción de salud de Celaya.

En términos generales el proceso de acceso, desde información inicial, requisitos, proceso de solicitud y atención del personal; las beneficiarias refieren facilidad y buen trato en cada fase del proceso. En cuanto a la valoración psicológica y acompañamiento, el proceso se percibe adecuado y de calidad.

En cuanto al beneficio psicosocial y mejora de calidad de vida para las beneficiarias, la valoración que refieren es excelente, mejorando su imagen corporal y autoestima, cumpliendo con sus expectativas. Han mejorado a su vez su bienestar emocional de manera significativa, pese a ser un proceso largo, han mejorado su calidad de vida. Por otra parte, refieren que aún tras haber convivido de manera similar en su ámbito social, si perciben sentirse menos inhibidas, aún más integradas y con mayor sensación de bienestar.

Finalmente, las beneficiarias coinciden en que todo el proceso, atención y seguimiento que ofrece el programa es adecuado, pertinente y oportuno. Únicamente refieren la posibilidad de incrementar su difusión para que más mujeres puedan estar enteradas del programa y acceder a todos sus beneficios.

v. Selección de alternativas

El análisis de alternativas constituye una fase importante dentro de la MML, ya que permite examinar y comparar distintas estrategias orientadas a cumplir los propósitos definidos en el Árbol de Objetivos. Esta etapa facilita la identificación de la opción más pertinente y eficaz para la intervención pública, considerando elementos como su factibilidad, los recursos necesarios, los posibles efectos generados y los riesgos asociados a su implementación.

Para valorar cada alternativa se emplean criterios que aseguran una decisión fundamentada, entre los cuales destacan:

- **Eficacia:** grado en que cada opción contribuye al logro del objetivo central del programa.
- **Eficiencia:** medida en la que la alternativa logra resultados mediante un uso óptimo de los recursos disponibles.

- **Viabilidad:** análisis de la factibilidad técnica, social y política para llevar a cabo la alternativa propuesta.
- **Sostenibilidad:** evaluación de la permanencia de los beneficios una vez que la intervención concluya.
- **Impacto:** identificación de los efectos potenciales, tanto favorables como adversos, derivados de su puesta en marcha.

Este proceso, en su conjunto, orienta la selección de la estrategia más adecuada para maximizar el valor público y asegurar que el programa responda de manera coherente a los problemas identificados. Una forma eficaz de comparar alternativas es mediante una matriz, donde cada alternativa se puntúa según los criterios definidos, lo que permite visualizar de manera clara las fortalezas y debilidades de cada opción. En este sentido, a continuación, se presentan tres alternativas:

Tabla 5. Descripción y alineación normativa de alternativas

Alternativa:	Descripción	Alineación normativa
1. Atención Individualizada Descentralizada (Modelo de Demanda Espontánea)	Se utiliza la modalidad de "Apoyo individual". Cada uno de los Hospitales Generales (ej. León, Irapuato, Celaya) opera a sus propias pacientes según disponibilidad de quirófano ordinario. La Unidad Ejecutora solicita suficiencia presupuestal por paciente (Anexo VI).	Cumple con el Art. 18 Fracción I inciso a.
2. Estrategia de Jornadas Quirúrgicas Intensivas	Se ejecuta bajo la modalidad de "Apoyos jornada". La Dirección General de Atención Médica (DGAM) concentra la base de datos estatal, selecciona sedes estratégicas y moviliza recursos e insumos para operar a múltiples pacientes en corto tiempo (1-2 días).	Se sustenta explícitamente en las facultades de la DGAM para "organizar jornadas quirúrgicas" y emitir autorizaciones masivas (Anexo VII).
3. Modelo de Coinversión institucional (Articulación)	Ante la limitación de la meta, se prioriza la firma de convenios con instituciones privadas o fundaciones para que estas aporten los insumos o el personal, mientras el ISAPEG pone la infraestructura.	Fundamentado en el Artículo 11, que permite convenios para "potenciar los recursos" y "evitar duplicidad".

Fuente. Elaboración propia

a) *Matriz de evaluación de alternativas*

La evaluación se realizó considerando el histórico de datos de las metas programadas y del presupuesto.

Tabla 6. Matriz de alternativas

Criterios de evaluación	Ponderación (%)	A1: Individual / Descentralizada	A2: Jornadas Quirúrgicas	A3: Coinversión (Convenios)
Eficacia (Logro de la meta)	20%	2 (Lento por burocracia individual por caso)	3 (Alto volumen en poco tiempo)	2 (Depende de negociación externa)
Eficiencia (costo)	15%	2 (Compras individuales son más caras)	3 (Economía de escala en compras consolidadas)	3 (Apalancamiento de recursos)
Viabilidad técnica (Capacidad ISAPEG)	20%	2 (Compete con urgencias diarias)	3 (Se bloquean quirófanos exclusivos para la jornada)	1 (Complejidad jurídica alta)
Sostenibilidad	15%	3 (Se integra a la rutina hospitalaria)	2 (Requiere logística especial constante)	2 (Depende de la voluntad del tercero)
Capacidad institucional	15%	3 (Fortalece a todas las unidades)	3 (Centraliza el expertise médico)	1 (Externaliza la responsabilidad)
Impacto institucional	10%	1 (Poco visible)	3 (Alto impacto mediático y social)	2 (Impacto compartido)
Aceptación Social	5%	2	3 (Menores tiempos de espera)	2

Fuente. Elaboración propia

1= Muy Mala; 2= intermedia; 3= mejor

Tabla 7. Valoración de la Matriz de Alternativas

Criterios de evaluación	Ponderación (%)	A1: Individual / Descentralizada	A2: Jornadas Quirúrgicas	A3: Coinversión (Convenios)
Eficacia	20%	0.40	0.60	0.40
Eficiencia (costo)	15%	0.30	0.45	0.45
Viabilidad técnica	20%	0.40	0.60	0.20
Sostenibilidad	15%	0.45	0.30	0.30
Capacidad institucional	15%	0.45	0.45	0.15
Impacto institucional	10%	0.10	0.30	0.20
Aceptación social	5%	0.10	0.15	0.10
Total	100%	2.20	2.85	1.80

Fuente. Elaboración propia

b) Selección y descripción de la alternativa seleccionada

Con base en los resultados de la matriz de alternativas, la opción seleccionada es la Alternativa 2: Estrategia de Jornadas Quirúrgicas. Lo anterior se fundamenta en:

- **Mandato operativo:** las ROP distinguen específicamente a la DGAM como la Unidad encargada de organizar Jornadas Quirúrgicas. Esto indica que el diseño institucional está preparado para este modelo.
- **Eficiencia del gasto:** al operar con un presupuesto autorizado de manera anual, el esquema de Jornadas facilita la adquisición de insumos (implantes, prótesis, etc.) y mejora la eficiencia en el uso de los tiempos quirúrgicos, lo que contribuye a la sostenibilidad financiera del programa. En contraste, la modalidad individual (A1) dispersa el gasto y limita las economías de escala, reduciendo su eficiencia operativa.
- **Control y validación:** la Alternativa 2 facilita la validación centralizada de expedientes (Anexo V, VI, VII), asegurando que las pacientes cumplan estrictamente con los criterios de elegibilidad (como el BMI o riesgo quirúrgico) antes de movilizar los recursos.
- **Integralidad:** este modelo asegura que en un solo evento la paciente reciba la atención quirúrgica y se vincule al seguimiento psicológico, garantizando el enfoque de calidad de vida del programa.
- **Viabilidad técnica:** el programa cuenta con la infraestructura y el marco normativo para ejecutar esta opción de inmediato. Se utilizan las "Unidades Ejecutoras" ya definidas (Hospitales Generales y Maternos de León,

Irapuato, Celaya, etc.). No se requiere construir nada nuevo, solo gestionar los tiempos quirúrgicos.

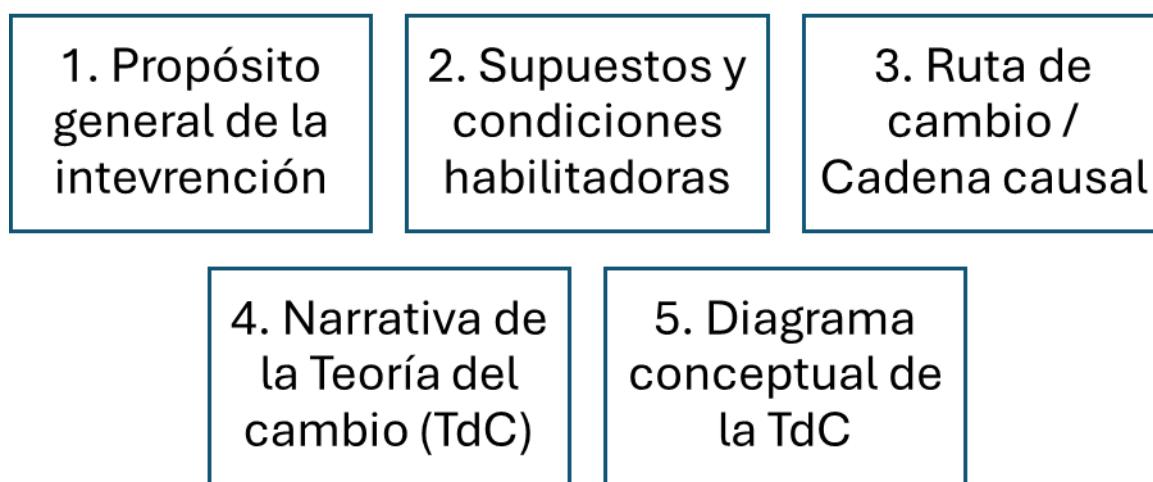
- **Impacto Institucional:** las jornadas quirúrgicas maximizan la visibilidad del "Nuevo Comienzo" y la política de "Gobierno de la Gente". Un evento de jornada comunica una acción contundente y organizada del gobierno para atender el rezago en salud, mejorando la confianza pública descrita en el árbol de objetivos.
- **Aceptación social:** la paciente recibe una fecha concreta de cirugía dentro de la jornada, eliminando la incertidumbre de las listas de espera habituales en los hospitales públicos.

La Alternativa 2 (Jornadas Quirúrgicas) obtiene la puntuación ponderada más alta porque equilibra la rigurosidad técnica exigida por las ROP (validaciones médicas y administrativas) con la agilidad operativa necesaria para ejercer el recurso de manera eficiente y visible.

VI. Teoría del Cambio del Programa Estatal QC2920 Reconstrucción Mamaria

De acuerdo con INTRAC (2024), la Teoría del Cambio se estructura de la siguiente manera:

Figura 10. Estructura de la Teoría del cambio



Fuente. Elaboración propia (con base en INTRAC, 2024).

i. Propósito General de la intervención

El Programa busca contribuir a:

“Las mujeres mastectomizadas o con deformidad mamaria sin seguridad social en el estado de Guanajuato disminuyan su vulnerabilidad social, fortalezcan su autonomía y se reintegren plenamente a la vida productiva, emocional y comunitaria mediante el acceso integral, seguro y gratuito a los servicios de reconstrucción mamaria.”

Tal impacto refleja los fines del Árbol de Objetivos:

- Mejorar la calidad de vida
- Reducir las inequidades de género
- Inclusión social
- Reintegración laboral y emocional

ii. Situación del problema (condiciones actuales)

El diagnóstico muestra que las mujeres sin seguridad social enfrentan:

- Acceso insuficiente a la reconstrucción mamaria;
- Altos costos del procedimiento;
- Cobertura limitada de programas gubernamentales;
- Escasa información, consejería y acompañamiento psicológico; y
- Desigualdades estructurales derivadas de pobreza, ruralidad e informalidad laboral.

Esto conduce a: deterioro emocional, estigma, exclusión social y desigualdad de género.

iii. Actores y Población Objetivo

Figura 11. Actores y población objetivo

Beneficiarias	Operadores	Aliados	Factores externos
<ul style="list-style-type: none">• Mujeres mastectomizadas / deformidad mamaria sin seguridad social.	<ul style="list-style-type: none">• ISAPEG - DGAM• Unidades Ejecutoras	<ul style="list-style-type: none">• Sector privado• OSC• Academia	<ul style="list-style-type: none">• Informalidad• Barreras terriotoriales• Recursos públicos limitados

Fuente. Elaboración propia

iv. Supuestos Críticos

Con base en el modelo de INTRAC (2024) sobre la importancia de supuestos explícitos, los principales son:

Supuestos sobre la oferta (institucionales)

1. El ISAPEG mantiene disponibilidad de quirófanos y personal oncoplástico.
2. La Secretaría de Finanzas libera oportunamente el presupuesto.
3. Existe voluntad política para sostener convenios público-privados.
4. Las unidades médicas permiten y facilitan campañas de difusión.

Supuestos sobre la demanda (beneficiarias)

1. Las mujeres aceptan la reconstrucción como parte del tratamiento integral.
2. Asisten a valoraciones médicas y psicológicas.
3. No existen barreras excesivas para traslados o seguimiento.

Supuestos contextuales

1. No ocurren crisis económicas o sanitarias que limiten la operación.
2. La informalidad laboral no impide la asistencia a citas postoperatorias.
3. Los proveedores cumplen con tiempos de entrega de insumos.

v. *Ruta de Cambio (Cadena Causal)*

Basado en el modelo de vía de impacto de INTRAC (Outputs → Resultados inmediatos → Resultados de largo plazo → Impacto).

vi. *Insumos / Actividades (qué hace el programa)*

Derivados de las causas indirectas y directas del Árbol de Problemas:

1. Gestión de recursos para implantes, insumos y jornadas.
2. Formalización de convenios con sector privado.
3. Valoraciones médicas, psicológicas y socioeconómicas.
4. Cirugías reconstructivas (implantes/expansores).
5. Acompañamiento psicológico pre y postoperatorio.
6. Campañas de información y orientación médica.

vii. *Productos (Outputs)*

1. Cirugías reconstructivas realizadas.
2. Valoraciones psicológicas completadas.
3. Sesiones de acompañamiento otorgadas.
4. Campañas de información implementadas.
5. Convenios activos para ampliar cobertura.

viii. *Resultados Inmediatos (Short-term Outcomes)*

1. Aumento del acceso efectivo a servicios de reconstrucción.
2. Reducción de barreras económicas (cirugía gratuita).
3. Incremento del conocimiento sobre reconstrucción y derechos.
4. Mejora inmediata del bienestar emocional (autoestima y seguridad).

ix. Resultados de Largo Plazo (Long-term Outcomes)

1. Plena reintegración social y productiva.
2. Reducción de desigualdades de género en salud.
3. Disminución de vulnerabilidad social en mujeres sobrevivientes.

x. Impacto Final

Mejor calidad de vida, autonomía física, emocional y económica de las mujeres sin seguridad social diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama o deformidad mamaria.

VI.1 Narrativa de la Teoría del Cambio del Programa

La TdC del Programa QC2920 Reconstrucción Mamaria parte del reconocimiento de que las mujeres mastectomizadas sin seguridad social en Guanajuato presentan un acceso insuficiente a la reconstrucción mamaria debido a barreras económicas, institucionales e informativas. Estas barreras generan consecuencias directas como deterioro emocional, estigma, baja autoestima y limitaciones para la reintegración social, tal como lo establece el diagnóstico del Árbol de Problemas.

Para revertir esta situación, el Programa implementa una serie de actividades estratégicas: gestión presupuestal, organización de Jornadas Quirúrgicas, establecimiento de convenios, valoraciones médicas y psicológicas, cirugías reconstructivas, acompañamiento postoperatorio y campañas de información. Estas acciones constituyen los medios directos e indirectos del Árbol de Objetivos.

Los productos generados: cirugías realizadas, asesoría psicológica, material de difusión y convenios activos, permiten que las mujeres accedan a servicios integrales, reduzcan los costos y barreras geográficas y cuenten con apoyo emocional oportuno. Esto produce los resultados inmediatos: incremento del acceso efectivo, más información, mejora de bienestar emocional e incremento en la confianza institucional.

En el mediano plazo se generan cambios estructurales: recuperación física y mental, reintegración progresiva, disminución del estigma y fortalecimiento del vínculo entre ciudadanía y sistema de salud. Finalmente, estos efectos consolidan cambios de largo alcance: inclusión social, disminución de desigualdades de género y reducción de la vulnerabilidad social, materializando el impacto final de la intervención.

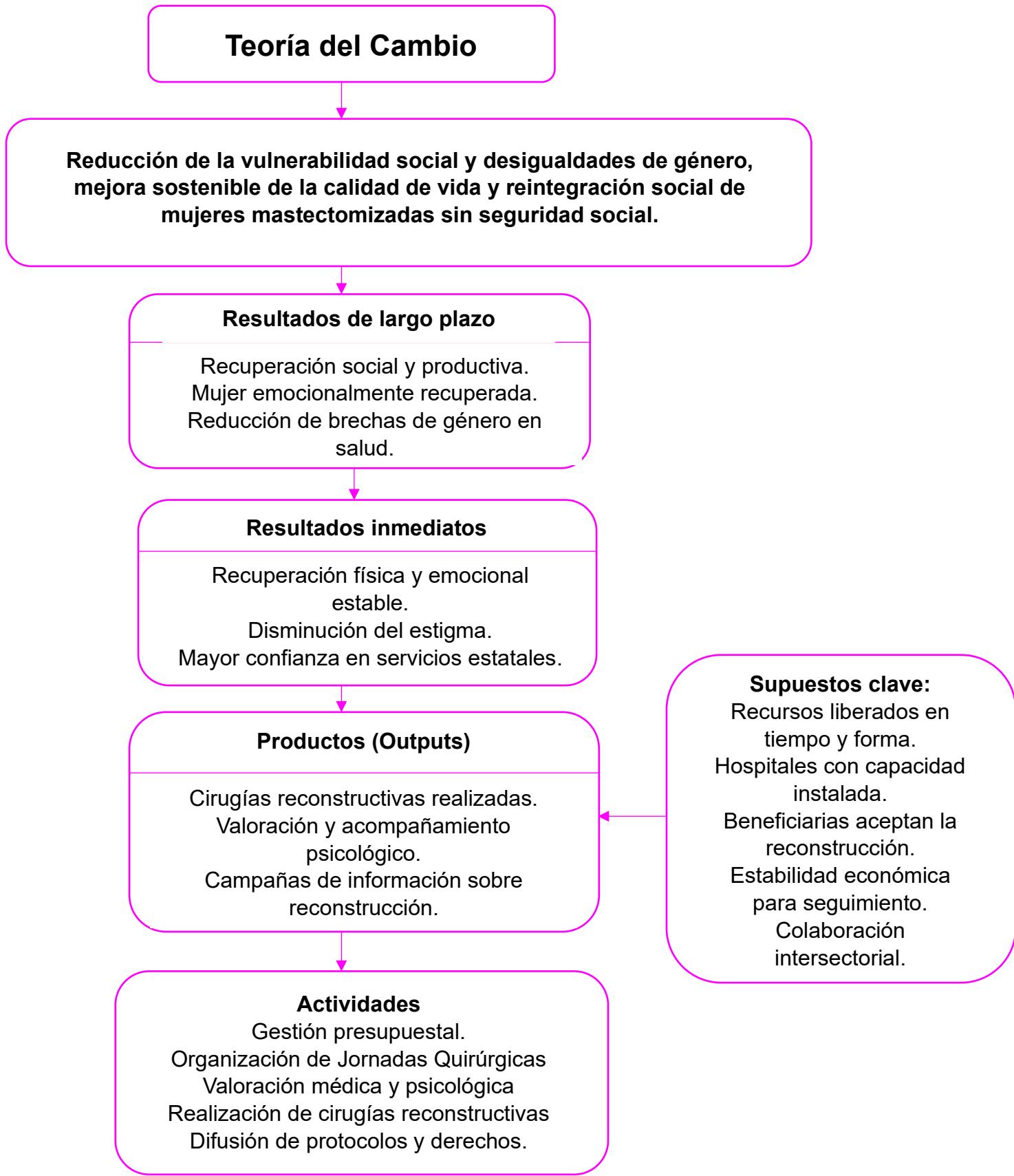
La TdC asume que estos resultados ocurren bajo supuestos clave como disponibilidad de recursos, aceptación de las beneficiarias, colaboración institucional y estabilidad económica.

Hipótesis del Cambio: si el Gobierno de Guanajuato gestiona recursos suficientes para insumos de alto costo y organiza jornadas quirúrgicas con equipos especializados, y se brinda acompañamiento psicológico obligatorio, entonces se eliminan las barreras financieras y de acceso, permitiendo la reconstrucción física y emocional de las pacientes.

LO QUE CONDUCE a una mejora significativa en su autoimagen y salud mental... CONTRIBUYENDO FINALMENTE a su plena reintegración social/laboral y a la reducción de la inequidad en salud.

Esta TdC demuestra que el Programa QC2920 Reconstrucción Mamaria no es meramente asistencialista (entregar un implante). Su lógica causal revela que al intervenir simultáneamente en la barrera financiera (costo) y en la barrera emocional (psicología), se detona un cambio profundo en la trayectoria de vida de la beneficiaria, transformándola de una paciente con secuelas a una mujer reintegrada y empoderada. La estrategia de Jornadas Quirúrgicas es el catalizador más eficiente para lograr este cambio a escala en el corto plazo.

i. Diagrama de la TdC



VI. Políticas, programas e intervenciones públicas federales, estatales y municipales

i. Experiencias internacionales y nacionales

El presente apartado se refiere a la recopilación y el análisis sistemático de la información existente sobre intervenciones pasadas o actuales que abordan un problema similar o relacionado. Su objetivo es aprender de los éxitos y fracasos de esas experiencias para fundamentar el diseño de una nueva política. En este sentido, a continuación, se realiza un análisis crítico para la reconstrucción mamaria:

- **Identificación de intervenciones relevantes:** se buscaron programas, proyectos o políticas públicas que hayan abordado el mismo problema o uno similar, tanto a nivel nacional como internacional.
- **Análisis de la evidencia:** se revisaron evaluaciones y otros estudios. En dicha búsqueda, se intentó responder a preguntas como: ¿Funcionó la intervención? ¿Para quiénes y en qué condiciones? ¿Cuáles fueron los resultados e impactos (positivos y negativos) ?;
- **Lecciones aprendidas:** se extrajeron conclusiones claras sobre lo que funcionó bien (factores de éxito) y lo que no (barreras o errores). Se tomaron en consideración aspectos como el diseño del o los programas, su implementación, los recursos utilizados y el contexto en el que se aplicó;
- **Limitaciones y brechas:** se identificaron las áreas donde la información es escasa o inexistente. Por ejemplo, se pudo corroborar que no existan evaluaciones de impacto rigurosas para un tipo de intervención. Esto ayuda a justificar la necesidad de la nueva política y a identificar áreas de oportunidad.

a) Identificación de intervenciones relevantes

Internacional

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aborda el cáncer de mama principalmente a través de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama (GBCI). Esta iniciativa se centra en pilares cruciales para reducir la mortalidad, incluyendo la prevención, la detección temprana, el diagnóstico oportuno, el tratamiento efectivo y los cuidados paliativos y de apoyo.

Si bien la reconstrucción mamaria post-mastectomía no constituye un programa independiente de la GBCI, es un componente reconocido de la atención integral y el bienestar psicosocial de las pacientes oncológicas. Por consiguiente, el enfoque de la OMS promueve indirectamente que los servicios sanitarios consideren todas las necesidades de las mujeres que han superado el cáncer, lo que implica la inclusión de la reconstrucción mamaria y el apoyo psicosocial como elementos del manejo holístico de la enfermedad.

España

Según la Asociación Española contra el Cáncer⁶, la reconstrucción mamaria, independientemente de si se realiza de forma inmediata o diferida tras la mastectomía, está plenamente cubierta dentro del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) en todas las Comunidades Autónomas de España.

Para garantizar este derecho, es obligatorio que los centros hospitalarios ofrezcan una atención multidisciplinar integral para el cáncer de mama. Si un hospital carece del equipo necesario, que debe incluir un cirujano plástico, tiene la responsabilidad de derivar a la paciente a un centro que sí pueda garantizar la prestación de la cirugía reconstructiva.

Además de la reconstrucción del volumen mamario, el catálogo de prestaciones también incluye la cirugía de simetrización de la mama contralateral y la reconstrucción del complejo areola-pezón, lo que asegura un resultado estético y funcional completo.

b) Nacional

En el contexto nacional la Norma Oficial (NOM) 041-SSA2-2011 es el instrumento normativo que rige la prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer de mama en el sistema de salud mexicano. A pesar de encontrarse en un proceso de actualización histórica, su vigencia actual asegura la continuidad de los estándares de atención.

⁶ <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/reconstrucion-mama>

En el marco de la práctica clínica nacional, la reconstrucción mamaria se considera un componente esencial del abordaje integral postquirúrgico. Este enfoque se refuerza al considerar los derechos de las pacientes, donde se destaca la prerrogativa de acceder a la reconstrucción. Por ello, se subraya la necesidad de que las pacientes consulten con el personal médico sobre su candidatura para este procedimiento reconstructivo. Bajo este marco normativo, a continuación, se presenta un panorama comparativo de programas y servicios de reconstrucción mamaria en México.

Tabla 8. Análisis comparativo de programas y servicios de reconstrucción mamaria en México

Programa / servicio	Institución / entidad	Características / servicios	Alcance / cobertura	Comentarios / retos relevantes
Programa de Reconstrucción Mamaria en HGZ No. 32 del IMSS	IMSS	Inició en 2024 un programa para derechohabientes con mastectomía por cáncer de mama, con equipo multidisciplinario de cirugía plástica reconstructiva.	Este hospital (Zona 32) comenzó con casos piloto para derechohabientes del IMSS.	Es un ejemplo de extensión del servicio en el segundo nivel, lo que puede reducir la carga sobre hospitales de mayor nivel.
Programa Reconstrucción de Mama en HGZ 58, León (Guanajuato, IMSS)	IMSS / Gobierno Federal / Secretaría de Salud de Guanajuato	En el Hospital General Regional No. 58 se benefició la primera paciente, incorporando el servicio para casos de cáncer de mama.	A nivel del IMSS en Guanajuato, para derechohabientes del IMSS que cumplen criterios clínicos.	Este ejemplo es cercano al programa QC2920 en Guanajuato, demuestra que ya hay casos locales donde se está haciendo algo semejante.
Jornadas de reconstrucción mamaria en UMAE / Hospitales Especializados	IMSS	Realización de jornadas quirúrgicas para reconstrucción (prótesis de mama, cirugía reconstructiva) — por ejemplo, en UMAE La Raza se reportó una jornada con 20 procedimientos.	A nivel nacional, en unidades de alta especialidad del IMSS para derechohabientes que cumplen los criterios.	Las jornadas permiten abatir rezagos, pero dependen de recursos humanos, quirófano, insumos y coordinación logística.
		En hospitales públicos de		Buen ejemplo de acceso local,

Programa / servicio	Institución / entidad	Características / servicios	Alcance / cobertura	Comentarios / retos relevantes
Reconstrucción mamaria gratuita en CDMX	Gobierno de la Ciudad de México	Ciudad de México (Salud CDMX), ofrecen servicios de reconstrucción mamaria gratuita para pacientes que concluyeron tratamiento oncológico.	Habitantes de la Ciudad de México que acuden a hospitales públicos y cumplen requisitos clínicos.	aunque puede haber limitaciones en volumen, tiempos de espera y especialidad disponible.
Programa SEDESA / Secretaría de Salud de CDMX (cirugía reconstructiva de mama gratuita)	SEDESA (Ciudad de México)	Programa con recursos humanos y materiales para realizar hasta ~110 cirugías al año gratuitamente.	En la Ciudad de México para población usuaria del sistema de salud pública local.	Demuestra que las entidades locales pueden asignar recursos para este tipo de servicios.
Reconstrucción mamaria en ISSSTE	ISSSTE	Desde 2023, el ISSSTE puso en marcha un programa que incluye reconstrucción de seno para sus derechohabientes : desde diagnóstico, tratamiento hasta la cirugía reconstructiva de mama.	Para trabajadores o ex trabajadores del Estado que tienen derecho al servicio de ISSSTE.	Este tipo de programa atiende al segmento de población con seguridad social estatal/federal.
Programa estatal Edomex / Congreso estatal	Estado de México (Gobierno estatal / Congreso local)	En 2022, el Congreso de Edomex aprobó incluir en el catálogo estatal de servicios de salud la reconstrucción mamaria gratuita (y prótesis de calidad) para personas que han tenido mastectomía.	Cobertura estatal del Estado de México para personas atendidas por la red pública estatal.	Este es un mandato legal estatal que obliga al sistema de salud estatal a incorporar el servicio.
Campaña estatal de reconstrucción mamaria del DIFEM, Edomex	DIF Estatal de México	En 2024 se publicó una campaña para realizar reconstrucciones mamarias (objetivo de ~120	En el Estado de México, público objetivo mujeres oncológicas que	Es un modelo de intervención puntual por campaña, útil para reducir rezagos en un

Programa / servicio	Institución / entidad	Características / servicios	Alcance / cobertura	Comentarios / retos relevantes
		pacientes) en mujeres que han concluido tratamiento oncológico.	requieran reconstrucción.	periodo determinado.

Fuente. Elaboración propia con base en (Congreso del Estado de México, 2022; DIF Estado de México, 2024; Gobierno de la Ciudad de México, 2023, 2024; IMSS, 2024, 2024a, 2025 e ISSSTE, 2023).

Comprendiendo que los programas anteriormente descritos se refieren a programas de salud pública generales en México (prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de alta prevalencia), y contrastándolos con el Programa de Reconstrucción Mamaria (entendido como un componente específico y postratamiento del cáncer de mama), se identifican las siguientes similitudes y retos:

Similitudes:

- En todos estos casos, la reconstrucción mamaria se concibe como un componente del servicio oncológico posterior a la mastectomía.
- Requieren coordinación multidisciplinaria (cirugía plástica, anestesia, trabajo social, rehabilitación).
- Uso de jornadas o ampliaciones de servicio para atender listas de espera.
- En muchos casos, la gratuidad del servicio en hospitales públicos es parte del compromiso (no pago directo por la paciente).

Diferencias o retos clave:

- **Escala y cobertura:** muchos de estos programas operan a nivel hospitalario o municipal, con limitaciones de capacidad y volumen.
- **Regularidad vs campañas:** algunos son campañas temporales (por ejemplo, en Edomex) en lugar de servicios permanentes sostenibles.
- **Prioridad de población:** algunos programas aplican solo para derechohabientes (IMSS, ISSSTE) o para quienes cumplen criterios específicos, lo que puede dejar fuera grupos vulnerables sin seguridad social.
- **Medición de resultados:** no todos los programas publican resultados de seguimiento a largo plazo ni emplean instrumentos de PROs como el BREAST-Q.

- **Financiamiento y recursos:** depender de presupuesto institucional hospitalario (infraestructura, quirófano, insumos) puede limitar la expansión.

c) *Análisis de la evidencia*

La revisión de la evidencia documental sobre los programas y servicios de reconstrucción mamaria en México y en otros contextos (OMS, España) permite extraer hallazgos relevantes respecto a su funcionamiento, resultados y condiciones de implementación. Se observó que las intervenciones funcionaron con alcances diferenciados, es decir:

- ✓ La reconstrucción mamaria ha sido incorporada en diversos sistemas de salud (IMSS, ISSSTE, SEDESA CDMX, Edomex), mostrando que la intervención es técnicamente viable y socialmente demandada.
- ✓ En España, la plena inclusión en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud garantiza que la intervención funcione de manera estandarizada y con cobertura universal.
- ✓ En México, aunque hay resultados positivos en programas piloto (HGZ No. 32 y HGZ 58 del IMSS) y en campañas estatales, la cobertura aún es limitada y dependiente de recursos institucionales y territoriales.

Asimismo, se observó que dichas intervenciones funcionaron dadas las siguientes condiciones:

- ✓ **Derechohabientes del IMSS e ISSSTE:** acceden bajo criterios clínicos establecidos, pero quedan excluidas las mujeres sin seguridad social.
- ✓ **Población de la CDMX y del Edomex:** en estas entidades se garantiza acceso gratuito mediante recursos estatales o municipales, ampliando el beneficio a población vulnerable.
- ✓ **Condiciones de acceso:** en todos los casos se requiere que la paciente haya concluido el tratamiento oncológico y cumpla criterios médicos de seguridad quirúrgica.

Por su parte, se observaron los siguientes impactos positivos:

- ✓ **Bienestar psicosocial y autoestima:** la reconstrucción contribuye a la recuperación de la imagen corporal, lo que incide en la calidad de vida y la reinserción social de las pacientes.
- ✓ **Reducción de rezagos quirúrgicos:** las jornadas y campañas permiten abatir listas de espera en lapsos cortos.

- ✓ **Avances normativos y de derechos:** la inclusión legal en Edomex y la cobertura gratuita en CDMX son pasos hacia la equidad en salud y el reconocimiento de la reconstrucción como un derecho.

Del mismo modo, se observaron algunos resultados e impactos negativos, así como ciertas limitaciones:

- ✓ **Cobertura desigual:** los beneficios dependen del lugar de residencia y de la afiliación a la seguridad social.
- ✓ **Listas de espera y recursos insuficientes:** aun en programas activos, los tiempos de espera y la falta de especialistas limitan el acceso oportuno.
- ✓ **Efectos parciales en equidad:** los programas que operan solo por campañas generan soluciones temporales sin garantizar continuidad.
- ✓ **Ausencia de evidencia de impacto a largo plazo:** no existen estudios robustos que documenten los efectos sostenidos en salud mental, reinserción laboral o reducción de desigualdades.

d) Lecciones aprendidas

Del análisis documental realizado, se obtuvieron los siguientes resultados:

- ✓ **Diseño normativo sólido:** la NOM-041-SSA2-2011 legitima la reconstrucción mamaria como parte del tratamiento integral.
- ✓ **Coordinación multidisciplinaria:** los programas exitosos operan con equipos de cirugía plástica, oncología, anestesia, rehabilitación y trabajo social.
- ✓ **Estrategias de gratuidad y cobertura legal:** experiencias como el Estado de México y la CDMX garantizan acceso equitativo.
- ✓ **Uso de campañas y jornadas:** permiten atender rezagos de manera ágil y focalizada.

Asimismo, se observaron las siguientes barreras o errores en las intervenciones:

- ✓ **Escala limitada:** la mayoría de los programas operan a nivel hospitalario o regional.
- ✓ **Dependencia de recursos humanos y financieros:** genera cuellos de botella en la atención.
- ✓ **Falta de institucionalización:** las campañas carecen de continuidad, lo que impide garantizar atención permanente.
- ✓ **Exclusión de población vulnerable:** mujeres sin seguridad social quedan fuera de programas ligados a IMSS o ISSSTE.

e) *Limitaciones y brechas de atención*

A nivel estructural de cada uno de los programas se encontraron las siguientes limitaciones:

- ✓ **Escasez de evaluaciones de impacto:** ningún programa presenta evaluaciones rigurosas sobre calidad de vida o reinserción social.
- ✓ **Ausencia de indicadores estandarizados:** no se emplean métricas como el BREAST-Q.
- ✓ **Limitada información pública:** pocos programas documentan cifras de pacientes, tasas de éxito quirúrgico o tiempos de espera.
- ✓ **Falta de homogeneidad territorial:** algunas entidades garantizan cobertura universal mientras que otras carecen de servicios.

Enfoque parcial en cobertura: las estrategias se concentran en resolver rezagos quirúrgicos inmediatos sin acompañamiento psicosocial de largo plazo.

VII. Conclusiones

El programa “QC2920 Reconstrucción mamaria” es una iniciativa fundamental que aborda un problema significativo de salud pública en Guanajuato. Al proporcionar servicios integrales de reconstrucción mamaria, el programa busca empoderar a las mujeres, reducir las inequidades en salud y mejorar su calidad de vida en general.

El objetivo principal del programa QC2920 es proporcionar a las mujeres de Guanajuato, que han sido mastectomizadas o tienen deformidades mamarias y carecen de acceso a servicios de salud, servicios gratuitos e integrales de reconstrucción mamaria. El programa busca mejorar su calidad de vida, bienestar emocional y reintegración social, abordando los impactos físicos y psicológicos. Para lograr el objetivo, el programa otorga los servicios de implantes mamarios anatómicos, expansores mamarios, tatuajes médicos, reconstrucción con tejido análogo y material quirúrgico especializado.

Bajo un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo) esta investigación diagnóstica permitió integrar información desde diferentes aristas, con la cual se pudo observar que entre los desafíos identificados se encuentran:

- Acceso limitado a servicios de reconstrucción para mujeres sin seguridad social.
- Altos costos de los procedimientos.
- Insuficiente aceptación de información y apoyo psicológico.
- Desigualdades en el acceso a la salud, especialmente para poblaciones rurales y vulnerables.

Ante ello, nos encontramos con los siguientes hallazgos clave:

- La reconstrucción mamaria es esencial para la recuperación física y emocional tras una mastectomía.
- Los programas exitosos requieren coordinación multidisciplinaria, financiamiento adecuado y alianzas público-privadas.
- Las campañas de concientización y el apoyo psicológico son fundamentales para una recuperación integral.
- Los programas actuales en México y a nivel global muestran impactos positivos, pero enfrentan desafíos como cobertura limitada, restricciones de recursos y falta de evaluaciones de impacto a largo plazo.

Derivado de lo anterior en un horizonte hacia el 2030 los resultados esperados a corto plazo son: mayor acceso a servicios de reconstrucción, reducción de barreras económicas, mejora del bienestar emocional y mayor confianza en los servicios de salud; a largo plazo son: Reintegración social y profesional completa, reducción de desigualdades de género en salud y mejora de la calidad de vida de las mujeres afectadas.

Así mismo, para incidir de manera efectiva en la mejora integral de las mujeres que han sido mastectomizadas y tras un largo proceso de recuperación, se presenta como oportunidad, el atender los siguientes retos:

- Ampliar la cobertura del programa para llegar a más mujeres sin seguridad social.
- Fortalecer las alianzas con instituciones privadas para aumentar recursos y capacidad.
- Mejorar las campañas de concientización para informar a las mujeres sobre sus derechos y servicios disponibles.
- Incrementar el personal asociado con el tratamiento de las pacientes de forma integral.

Finalmente, la política de salud en el estado de Guanajuato aborda estas brechas mediante estrategias como la implementada por el QC2920 Reconstrucción mamaria; no obstante, es fundamental consolidar la atención que brinda con los servicios otorgados, dando la solidez presupuestal que permita mejorar la calidad de vida de las beneficiarias, reducir las desigualdades de género en salud y promover su plena reintegración social y laboral.

En conclusión, el problema público refleja una necesidad urgente de políticas públicas integrales que no solo atiendan el aspecto médico, sino también los factores sociales, económicos y emocionales que afectan a las mujeres mastectomizadas. La reconstrucción mamaria no debe ser vista como un lujo, sino como un derecho fundamental para garantizar la salud integral y la dignidad de las mujeres en Guanajuato.

VIII. Bibliografía

- Aguilar, L. (1992). El estudio de las políticas públicas. Estudio introductorio y edición. Miguel Ángel Porrúa. México
- Aldunate Eduardo, 2010. Evaluación de Gestión, Resultados e Impactos de Programas Públicos. ILPES, CEPAL. Recuperado de: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/43323/Presentation_Evaluacion_Programas.pdf
- Banco Interamericano de Desarrollo (2008). Panorama Social de América Latina 2007. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1227-panorama-social-america-latina-2007>
- Banco Interamericano de Desarrollo, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (2007). Modelo abierto de gestión para resultados en el sector público. Revista del CLAD Reforma y Democracia, (39),149-210. ISSN: 1315-2378. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533693007>
- Blasco J. (2009). Guía práctica 3 Evaluación del Diseño. Colección Iválua de Guías Prácticas sobre Evaluación de Políticas Públicas. Institut Catalá d'Avaluació de Polítiques Públiques. Iválua. Barcelona.
- Cejudo, G. M., & Michel, C. L. (2016). Coherencia y políticas públicas: Metas, instrumentos y poblaciones objetivo. Gestión y política pública, 25(1), 03-31. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792016000100001&lng=es&tlng=es
- Congreso del Estado de México. (2022). Reconstrucción mamaria gratuita aprobada en catálogo estatal de salud. Congreso del Estado de México. Recuperado de <https://congresoedomex.gob.mx/boletin/92261e03-5312-4b27-8c80-139b7e70aa35>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2016) Reglas de Operación del Programa Banco de Prótesis Mamarias. [Menciona que la población objetivo son mujeres en condición de pobreza.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2024). Compendio del derecho a la salud (definición de carencia por acceso a servicios de salud. Recuperado de: https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Compendio_Derecho_Salud_Int.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2017). Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados. CONEVAL 2019, recuperado de: https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinación/Publicaciones%20oficial/es/GUIA_PARA_LA_ELABORACION_DE_MATRIZ_DE_INDICADORES.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2019). Elementos mínimos a considerar en la elaboración de diagnósticos de

programas nuevos. CONEVAL 2019, recuperado de: https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Diagnostico_Programas_Nuevos.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2016) Reglas de Operación del Programa Banco de Prótesis Mamarias. [Menciona que la población objetivo son mujeres en condición de pobreza.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2024). Compendio del derecho a la salud (definición de carencia por acceso a servicios de salud. Recuperado de: https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Compendio_Derecho_Salud_Int.pdf

Deuster P., O'Connor F. Optimización del rendimiento humano: cambio cultural y de paradigma. Revista de Investigación de Fuerza y Acondicionamiento. 2015;29(suppl 11): S52-S56.

Diario Oficial (2011). NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama [Segunda sección]. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/512079/NOM-041-SSA2-2011.pdf>

DIF Estado de México. (2024). Campaña de reconstrucción mamaria 'Transformando vidas'. Sistema DIFEM. Recuperado de <https://difem.edomex.gob.mx/sites/difem.edomex.gob.mx/files/files/DIFEM/EventosConv/Transformandovidias.pdf>

Escandón, YM, Zepeda, EJ, & Ibarra, Á. S. (2013). Complicaciones de la reconstrucción mamaria en pacientes oncológicos del Hospital Regional 1o de Octubre del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 18 (2), 131-137.

Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184. Recuperado en 24 de septiembre de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&tlng=es.

Gattgens, G. (1990). La evaluación de programas sociales. Guía para la evaluación de Programas Sociales. Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000185.pdf>

Gobierno de la Ciudad de México. (2023). Brinda SEDESA reconstrucción mamaria gratuita en el Hospital General "Dr. Rubén Leñero". Recuperado de <https://jefaturadegobierno.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/brinda-sedes-reconstruccion-mamaria-gratuita-en-el-hospital-general-dr-ruben-lenero>

Gobierno de la Ciudad de México. (2024). Servicios de reconstrucción mamaria gratuita. Secretaría de Salud CDMX. Recuperado de

<https://www.salud.cdmx.gob.mx/acciones/deteccion-oportuna-de-cancer-de-mama-contraelcanceryoactuo/servicios-de-reconstruccion-mamaria>

González, V., Bravo, D., Tinoco, L., Serrano, D., & Menéndez, N. (2024). Primera campaña de reconstrucción mamaria en Cuenca, Ecuador: "Reconstruyendo senos, reconstruimos vidas". *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 50(2), 231-238. Epub 24 de julio de 2024. <https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922024000200016>

Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG) (2025). Términos de Referencia para la "Investigación de Diagnóstico del Programa Social Estatal QC2920 "Reconstrucción mamaria"" para el ejercicio fiscal 2025.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2023). Programa de reconstrucción de mama en Hospital Regional 1° de Octubre. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Recuperado de <https://www.gob.mx/issste/prensa/inicia-issste-programa-de-reconstruccion-de-mama-en-hospital-regional-1-de-octubre>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2024). Inicia Programa de Reconstrucción Mamaria en HGZ No. 32. Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202412/149>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2024a). Jornada de reconstrucción mamaria en UMAE La Raza. Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202412/157>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2025). Inicia Programa de Reconstrucción de Mama en HGR No. 58, León, Guanajuato. Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de <https://www.gob.mx/imss/prensa/inicia-programa-de-reconstruccion-de-mama-en-imss-guanajuato-para-pacientes-con-cancer-de-mama>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía – ENOE Guanajuato (2025). Boletines estatales 1T-2025 (informalidad femenina y condiciones laborales) y 4T-2024 (informalidad). Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/enoe/enoe_2025_05_Gto.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2024). Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Lucha contra el Cáncer de Mama. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_LuchaCama24.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2024, 8 noviembre). Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR), 2023 (boletín). <https://www.inegi.org.mx/> INEGI

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2025). Defunciones registradas de mujeres por tumor maligno de la mama por entidad federativa de residencia habitual de la persona fallecida y grupo quinquenal de edad, serie anual de 2010 a 2024 [Tabulados interactivos].

https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad_Mortalidad_05_eacadaaf2-8509-417c-940a-58b9e6ea431c

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2025, 30 enero). Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero) (Comunicado 39/25). <https://www.inegi.org.mx/> INEGI

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Lucha contra el Cáncer de Mama. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_LuchaCMama24.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024, 8 noviembre). Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR), 2023 (boletín). <https://www.inegi.org.mx/> INEGI

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025, 30 enero). Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero) (Comunicado 39/25). <https://www.inegi.org.mx/> INEGI

International Agency for Research on Cancer (IARC) (2025). GLOBOCAN: Mexico fact sheet. <https://gco.iarc.fr/>

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2025). GLOBOCAN: Mexico fact sheet. <https://gco.iarc.fr/>

INTRAC. (2024). Teoría de Cambio. (M. O'Flynn, C. Moberly, A. Napier y N. Simister, Colabs.). International NGO Training and Research Centre (INTRAC).

Jiménez-Muñoz-Ledo, G., De León-Jasso, A., Palacios-Juárez, J., & López-Infante, R. (2018). Campañas de reconstrucción mamaria en Guanajuato, México. *Cirugía Plástica Iberolatinoamericana*, 44 (4), 449-453. Publicación electrónica del 8 de febrero de 2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922018000400018>

Laza-Vásquez C. (2022). Barreras de acceso para la reconstrucción mamaria inmediata de los senos: voces de las mujeres. Rev CES Enf [Internet]; 3(1): 6-19. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.21615/cesenferm.6615>

Lugo, L., García, H., & Gómez, C. (2002). Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. *Iatreia*, 15(2), 96-102. Retrieved September 23, 2025, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932002000200004&lng=en&tlng=es.

Martins B., Martins, I., Verri, L., da Silva Pires U. y Vilges de Oliveira S. (2021). El impacto de la mastectomía en la imagen corporal y en la sexualidad de mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 18(1), 91-115. <https://doi.org/10.5209/psic.74534>

Menon G, Alkabban FM, Ferguson T. Cáncer de mama. [Actualizado el 25 de febrero de 2024]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482286/>

- Oiz, B. (2005). Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28(Supl. 2), 19-26. Recuperado en 16 de septiembre de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000400003&lng=es&tlng=es.
- Palmero PJ, Lassard RJ, Juárez ALA, Medina NCA. Cáncer de mama: una visión general. *Acta Med Grupo Angeles*. 2021; 19 (3): 354-360. <https://dx.doi.org/10.35366/101727pL>
- Pantoja, M. (2013). Estudio retrospectivo de pacientes en protocolo de reconstrucción mamaria con antecedente de mastectomía por cáncer de mama. Tesis con número de registro I.S.S.S.T.E.: 021.2013. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/e180693f-b719-48a4-8473-1a6b90345ee7/content>
- Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato (2025). Programa de Gobierno 2024-2030. El programa de la Gente. [Tercera parte, 2 de abril de 2025, Guanajuato, Gto.]. Año CXII, Tomo CLXIII, Número 66. <https://periodico.guanajuato.gob.mx/#/>
- Poder Legislativo Nacional, PLN (2013). Patología mamaria. Cirugía reconstructiva. Cobertura. Sanción: 03/07/2013; Promulgación de Hecho: 05/08/2013; Boletín Oficial 07/08/2013. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/pdf/21372.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Lineamientos para evaluadores de resultados, Oficina de Evaluación del PNUD. Recuperado de http://web.undp.org/evaluation/documents/HandBook/OC-guidelines/SP-guidelines_OCE.pdf
- Rivera, M. (2017). Rivera M. Editorial. *Rev Med HJCA* 2017; 9(2): 114-115. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2017.9.2.ed.18>
- Ruffenach L, Nibbio A, Dissaux C, Bruant Rodier C, Bodin F (2025). Reconstrucción mamaria. *Cirugía plástica reparadora y estética* 2024;32(2):1-29 [Artículo E – 45-665].
- Sánchez, F. (2023). Datos estadísticos en México sobre el Cáncer de Mama. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. *Gaceta UAEH*, Año 5 / Número 56 / Octubre 2023, ISSN: 2683-2097
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2016). Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados. Recuperado de: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/154437/Guia_MIR.pdf
- Secretaría de Salud. (2011). NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/512079/NOM-041-SSA2-2011.pdf>
- Secretaría de Salud. (2011). NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/512079/NOM-041-SSA2-2011.pdf>

Solís, F. (2015). La Salud Pública desde la Perspectiva de Género | Ciencias Sociales | Pág. 65-70

Tassara, C. (2014). Políticas públicas, cohesión social y desarrollo local: La experiencia europea y los aportes de la cooperación euro-latinoamericana. *Perf. de Coyunt. Econ.* [online]. 2014, n.23, pp.15-36. ISSN 1657-4214. Colombia. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-42142014000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Torres, I. (2013). Impacto psicosocial de la mastectomía en la mujer con cáncer de mama. Revisión sistemática. Trabajo de fin de máster universitario en Enfermería oncológica. Universidad Europea, Valencia. <https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/5870/T FM Imilla%20Torres%20Orue.pdf>

Universidad de Guanajuato (S/f). Perfil psicosocial de la mujer mastectomizada por cáncer de mama. [Identifica un perfil psicosocial disfuncional, baja autoestima y ocupación predominante de ama de casa.] Repositorio de la Universidad de Guanajuato.

Universidad de Guanajuato. (S/f). Perfil psicosocial de la mujer mastectomizada por cáncer de mama. [Identifica un perfil psicosocial disfuncional, baja autoestima y ocupación predominante de ama de casa.] Repositorio de la Universidad de Guanajuato.

Universidad Nacional Autónoma de México y Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2017). Metodología del Marco Lógico y Matriz de Indicadores para Resultados. Diplomado Presupuesto basado en Resultados.

Urzúa M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138 (3), 358-365. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>

Anexo

Ficha “Difusión de los resultados de la Investigación de Diagnóstico”

1. DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACIÓN	
1.1 Nombre de la investigación: Investigación de diagnóstico del Programa Social Estatal QC2920 “Reconstrucción Mamaria”	
1.2 Fecha de inicio de la Investigación: 22 de agosto 2025	
1.3 Fecha de término de investigación: 05 de diciembre 2025	
1.4 Nombre de la persona responsable de darle seguimiento a la investigación y nombre de la unidad administrativa a la que pertenece:	
Nombre: Dra. Giovanna Leticia Cabrera Contreras	Unidad administrativa: Dirección General de Planeación
1.5 Objetivo general de la evaluación: Elaborar una investigación de diagnóstico que identifique, describa y analice el problema público del Programa Social Estatal QC2920 “Reconstrucción mamaria” , integrando un enfoque basado en la Teoría del Cambio con la finalidad de contar con información, datos, evidencias, hallazgos y retos en un horizonte hacia 2030	
1.6 Objetivos específicos de la investigación: <ol style="list-style-type: none">1. Definir y analizar el problema público del Programa, describiendo sus principales causas, efectos desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa.2. Elaborar un marco conceptual y metodológico, integrando un análisis de datos con evidencia estadística y documental (a nivel nacional y estatal).3. Construir una Teoría del Cambio, estableciendo relaciones causales entre las acciones del programa y los resultados esperados.4. Proponer la alineación del programa con los instrumentos de planeación del desarrollo, asegurando coherencia con políticas y estrategias gubernamentales (nacionales y estatales).5. Revisar las principales políticas, programas e intervenciones públicas y privadas federales, estatales y municipales que atienden la temática y especificar sus particularidades.6. Ofrecer conclusiones sobre el problema investigado, considerando un enfoque a los retos en un horizonte 2030.	
1.7 Metodología utilizada en la investigación: La investigación se desarrolló en dos fases utilizando un enfoque secuencial exploratorio.	
Instrumentos de recolección de información: Cuestionarios <input type="checkbox"/> Entrevistas <input checked="" type="checkbox"/> Formatos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique:	
Descripción de las técnicas y modelos utilizados: La fase cualitativa incluye entrevistas, y revisión documental para comprender el problema desde las voces de los actores. La fase cuantitativa corroboró y dimensionó las categorías obtenidas mediante análisis de datos estadísticos y presupuestales.	

2. PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Describir los hallazgos más relevantes de la investigación:

<ul style="list-style-type: none">• La reconstrucción mamaria es esencial para la recuperación física y emocional tras una mastectomía.• Los programas exitosos requieren coordinación multidisciplinaria, financiamiento adecuado y alianzas público-privadas.• Las campañas de concienciación y el apoyo psicológico son fundamentales para una recuperación integral.• Los programas actuales en México y a nivel global muestran impactos positivos, pero enfrentan desafíos como cobertura limitada, restricciones de recursos y falta de evaluaciones de impacto a largo plazo.
<p>2.2 Señalar cuáles son las principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), de acuerdo con los temas del programa, estrategia o instituciones.</p>
<p>2.2.1 Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none">• El programa cuenta con solidez institucional dentro de la política estatal.• El programa gestiona de manera oportuna los recursos necesarios para su operación.• El programa cuenta con un adecuado proceso de acceso y otorgamiento de sus componentes.• El programa aborda aspectos psicosociales y emocionales para la recuperación de sus pacientes.
<p>2.2.2 Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reforzar la difusión sobre los beneficios del programa a más población potencial.• Fortalecer el acompañamiento psicosocial para disminuir la posibilidad de que las candidatas decidan no continuar con su reconstrucción mamaria.• Fortalecer la coordinación con la asociación civil externa.
<p>2.2.3 Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Insuficientes campañas de reconstrucción.• Insuficiente personal médico• Estar en control de enfermedades como diabetes o hipertensión, por parte de las pacientes, para que ello no interfiera con los procedimientos quirúrgicos.• Insuficientes subespecialistas en el sector público, especialmente en áreas más alejadas de las capitales.
<p>2.2.4 Amenazas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad de recursos presupuestarios
<p>3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN</p>
<p>3.1. Describir brevemente las conclusiones de la Investigación:</p> <p>Bajo un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo) esta investigación diagnóstica permitió integrar información desde diferentes aristas, con la cual se pudo observar que entre los desafíos identificados se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acceso limitado a servicios de reconstrucción para mujeres sin seguridad social.• Altos costos de los procedimientos.

<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente aceptación de información y apoyo psicológico. • Desigualdades en el acceso a la salud, especialmente para poblaciones rurales y vulnerables.
<p>3.2 Describir las recomendaciones de acuerdo a su relevancia:</p> <p>Dada la naturaleza de esta investigación, no se sugieren recomendaciones, únicamente se detectan algunos retos clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la cobertura del programa para llegar a más mujeres sin seguridad social. • Fortalecer las alianzas con instituciones privadas para aumentar recursos y capacidad. • Mejorar las campañas de concienciación para informar a las mujeres sobre sus derechos y servicios disponibles. • Incrementar el personal asociado con el tratamiento de las pacientes de forma integral.
4. DATOS DE LA INSTANCIA EVALUADORA
4.1 Nombre del coordinador de la Investigación: Fatima Lilian Figueroa Hernández
4.2 Cargo: Coordinadora de Proyectos
4.3 Institución a la que pertenece: FiArr Territorio Integral SAS de CV
4.4 Principales colaboradores: Sebastián Alejandro Vargas Molina, Liliana Estefanía Vidó Zamora
4.5 Correo electrónico del coordinador de la Investigación: fiarr.territoriointegral@gmail.com
4.6 Teléfono (con clave lada): 4737367789
5. IDENTIFICACIÓN DEL (LOS) PROGRAMAS(S)
5.1 Nombre del (los) programa(s): Reconstrucción mamaria
5.2 Siglas: QC2920
5.3 Ente público coordinador del (los) programa(s): Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.
5.4 Poder público al que pertenece(n) el(los) programa(s):
Poder Ejecutivo <input checked="" type="checkbox"/> Poder Legislativo <input type="checkbox"/> Poder Judicial <input type="checkbox"/> Ente Autónomo <input type="checkbox"/>
5.5 Ámbito gubernamental al que pertenece(n) el(los) programa(s):
Federal <input type="checkbox"/> Estatal <input checked="" type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/>
5.6 Nombre de la(s) unidad(es) administrativa(s) y de (los) titular(es) a cargo del (los) programa(s)
5.6.1 Nombre(s) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) programa(s): Dirección General de Atención Médica
5.6.2 Nombre(s) de (los) titular(es) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) programa(s) (nombre completo, correo electrónico y teléfono con clave lada): Leticia Zamora Ramos, lzamora@guanajuato.gob.mx , 473 735270.

Nombre: Dirección General de Atención Médica	Unidad administrativa: Leticia Zamora Ramos
6. DATOS DE CONTRATACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:	
6.1 Tipo de contratación:	
6.1.1 Adjudicación Directa <input type="checkbox"/> 6.1.2 Invitación a tres <input checked="" type="checkbox"/> 6.1.3 Licitación Pública Nacional <input type="checkbox"/>	
6.1.4 Licitación Pública Internacional <input type="checkbox"/> 6.1.5 Otro: (Señalar) _____	
6.2 Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación:	
6.3 Costo total de la evaluación: \$ 168,200.00 (ciento sesenta y ocho mil doscientos pesos 00/100 M.N.).	
6.4 Fuente de Financiamiento: Recurso estatal	

ANEXO 7. DIFUSIÓN DE LA EVALUACIÓN

7.1 Difusión en internet de la evaluación: Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.
7.2 Difusión en internet del formato: https://salud.guanajuato.gob.mx/programas-sociales-estatales-y-proyectos-de-inversion .