

Análisis comparativo de normativas en la prevención y tamizaje de cáncer de mama en América Latina

 Alanis Ecurra Villena,¹  Alexandra Alata,¹  Jimena Andrea Cruz Palacios,¹
 Lucía Victoria Ulloa Ordoñez,¹  José M. Vela-Ruiz.^{1,2}

RESUMEN

Objetivo: Comparar guías nacionales sobre prevención y tamizaje del cáncer de mama en países hispanohablantes de América Latina, según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, identificando brechas en cobertura, estratificación de riesgo, monitoreo y enfoque de equidad.

Métodos: Estudio descriptivo-comparativo de normativas vigentes de países hispanohablantes de América Latina. Se empleó una matriz basada en el marco técnico de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer de Mama de la Organización Mundial de la Salud, evaluando prevención primaria, tamizaje (edad, método, frecuencia), monitoreo, equidad y enfoque de género.

Resultados: Se analizaron 12 guías de práctica clínica encontradas en sitios oficiales. La mayoría de países incluyó estrategias alineadas con los pilares de la Organización Mundial de la Salud; sin embargo, persisten vacíos en prevención primaria, estandarización de edad y frecuencia del tamizaje, estratificación de riesgo y mecanismos de seguimiento. La inclusión de personas trans o habitantes de zonas rurales sigue siendo limitada, con algunas excepciones destacadas.

Conclusiones: La comparación de las guías clínicas latinoamericanas sobre prevención y tamizaje de cáncer de mama evidencia avances importantes, aunque desiguales. Si bien varios países adoptan recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, persisten brechas en prevención primaria, tamizaje estandarizado, estratificación de riesgo y monitoreo. Urge armonizar las normativas bajo un enfoque integral, equitativo y basado en evidencia, fortaleciendo la atención primaria, la participación comunitaria y la inclusión de poblaciones históricamente excluidas.

Palabras clave: Prevención primaria, Tamizaje masivo, Neoplasias de la mama (Decs)

Comparative Analysis of Regulations for the Prevention and Screening of Breast Cancer in Latin America

SUMMARY

Objective: To compare national guidelines on breast cancer prevention and screening in Spanish-speaking Latin American countries based on World Health Organization recommendations, identifying gaps in coverage, risk stratification, monitoring, and equity focus.

Methods: Descriptive-comparative study of current regulations from Spanish-speaking Latin American countries. An assessment matrix based on the technical framework of the World Health Organization Global Breast Cancer Initiative was used to assess primary prevention, screening (age, method, frequency), monitoring, equity, and gender approach.

Results: A total of 12 clinical practice guidelines available on official websites were analyzed. Most countries included strategies aligned with World Health Organization pillars; however, gaps remain in primary prevention, standardization of screening age and frequency, risk stratification, and follow-up mechanisms. The inclusion of transgender individuals and rural populations remains limited, with some notable exceptions.

Conclusions: The comparison of Latin American clinical guidelines on breast cancer prevention and screening reveals important yet uneven progress. While several countries have adopted World Health Organization recommendations, there are still significant gaps in the implementation of primary prevention, standardized screening, risk stratification, and monitoring. It is urgent to harmonize national policies under a comprehensive, evidence-based, and equity-focused approach, strengthening primary care, community participation, and the inclusion of historically marginalized populations.

Keywords: Primary Prevention, Mass Screening, Breast Neoplasms (MeSH)

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad originada por el crecimiento descontrolado de células anormales, formando tumores. La mama está compuesta por lóbulos y conductos. Cada mama tiene 15 a 20 secciones llamadas lóbulos. Cada lóbulo contiene

¹Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma, Lima- Perú

²Departamento de oncología y prevención, Hospital Villa El Salvador, Lima-Perú. Correo para correspondencia: sernaxxvr@gmail.com

Forma de citar este artículo: Ecurra AA, Alata A, Cruz JA, Ulloa LV, Vela-Ruiz JM. Análisis comparativo de normativas en la prevención y tamizaje de cáncer de mama en América Latina. Rev Obstet Ginecol Venez. 2026;86(1):31-42. DOI: 10.51288/00860107

secciones llamadas lobulillos. Estos tienen docenas de bulbos pequeños que producen leche. Los lóbulos, lobulillos y bulbos están conectados por los conductos, unos tubos estrechos (1).

Los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama pueden ser modificables y no modificables. Dentro de los factores modificables se encuentran los factores hormonales y reproductivos, peso y grasa corporal, dieta y estilos de vida. Los factores no modificables son: sexo y edad, factores ambientales, factores hormonales, historia personal, historia familiar (2).

El cáncer de mama afecta a mujeres de cualquier edad a partir de la pubertad, en cualquier parte del mundo, pero la frecuencia es mayor en mujeres adultas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2022 se diagnosticaron 2,3 millones de casos de cáncer de mama en mujeres y se registraron 670 000 defunciones. De estos nuevos casos 525 000 fueron de mujeres provenientes de América (3). Se ha visto desigualdad en la carga de morbilidad en función al grado de desarrollo humano, en países con un índice de desarrollo humano (IDH) muy alto, se diagnosticará cáncer de mama a una de cada 12 mujeres en el curso de su vida y 1 de 71 mujeres morirá por esta enfermedad. Sin embargo, en países con un bajo IDH, se diagnosticará a una de cada 27 mujeres en el curso de su vida y 1 de cada 48 morirá por esa enfermedad (4).

El cáncer de mama constituye la neoplasia maligna más frecuente en mujeres a nivel global y una de las principales causas de muerte por cáncer en la población femenina peruana. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, la detección tardía sigue siendo un factor determinante en la alta carga de morbilidad asociada a esta patología. En este contexto, las estrategias de tamizaje y prevención adquieren un rol fundamental dentro del sistema de salud. En las últimas décadas, los esfuerzos por reducir su impacto han llevado a la implementación

de diversas estrategias de prevención y detección temprana, entre ellas, el tamizaje poblacional. En el país, las políticas públicas relacionadas con el tamizaje y la prevención del cáncer de mama han evolucionado progresivamente, aunque persisten desafíos en su cobertura, accesibilidad y efectividad (5).

Este análisis comparativo tiene como objetivo examinar las normas vigentes en América Latina (AL) sobre tamizaje y prevención del cáncer de mama, evaluando su alineación con las recomendaciones internacionales y con la evidencia científica más actual. Asimismo, se busca identificar brechas en las normativas que puedan estar limitando una respuesta integral y oportuna frente a esta enfermedad. La revisión incluye disposiciones emitidas por los ministerios de salud, así como lineamientos de instituciones especializadas, con el fin de ofrecer una perspectiva amplia y crítica sobre el estado actual de las políticas de control del cáncer de mama en los países estudiados (6).

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo comparativo, centrado en el análisis del contenido de las normativas nacionales vigentes sobre la prevención y tamizaje del cáncer de mama en distintos países de AL. Se incluyeron documentos normativos oficiales emitidos por los ministerios de salud o entidades gubernamentales equivalentes en países de AL; normativas vigentes al momento del análisis; políticas, planes nacionales, guías técnicas o leyes que incluyeran prevención tanto primaria como secundaria; documentos disponibles en fuentes oficiales públicas nacionales u organismos internacionales. Se excluyeron estudios académicos, artículos científicos, revisiones sistemáticas que abordaran políticas públicas; documentos sin validez legal (borradores, propuestas preliminares, informes técnicos sin resolución ministerial); normativas que no abordaran prevención ni tamizaje del cáncer de mama;

normativas que únicamente abordaran diagnóstico, manejo, cuidados paliativos o seguimiento del cáncer de mama; documentos normativos de nivel subnacional (regional, departamental, estatal) y documentos normativos de países de AL cuyo idioma oficial no sea el español.

Se utilizó una matriz de análisis comparativo diseñada para evaluar las políticas nacionales, basada en categorías clave extraídas de las recomendaciones del Marco de Aplicación de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer de mama de la OMS para la evaluación, fortalecimiento y expansión de los servicios de detección precoz y tratamiento del cáncer de mama (7-12).

Se consideraron las siguientes variables en la matriz: enfoque de prevención primaria, estrategia de difusión/comunicación, estrategias de tamizaje (edad, método, frecuencia), cobertura poblacional, ámbito de aplicación intercultural o territorial y tipo de normativa.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 12 normativas nacionales vigentes de los distintos países de América Latina hispanohablantes por medio de un proceso de selección basado en los criterios de inclusión predefinidos. Los países seleccionados fueron los siguientes: Perú, Bolivia, Uruguay, Paraguay, Chile, Argentina, México, El Salvador, Costa Rica, Cuba, Colombia y Panamá. No se incluyeron seis países: Guatemala, Honduras, Nicaragua, Ecuador, Venezuela y República Dominicana, debido a la falta de acceso público a normativas o estrategias en fuentes oficiales durante el periodo de búsqueda. Se revisaron guías clínicas, planes nacionales y otros documentos oficiales vigentes en las páginas nacional gubernamentales haciendo énfasis en estrategias de prevención primaria,

de tamizaje y grupos poblacionales priorizados, los principales hallazgos se presentan en la tabla 1 (13 – 31).

Prevención primaria: Educación y promoción de la salud

Países como Chile, Panamá, Cuba, Costa Rica, no presentaron una guía o plan específico para abordar la prevención primaria y tamizaje de cáncer de mama (15, 16, 26 - 28, 31). En América Latina, la prevención primaria del cáncer de mama se abordó de manera diversa entre los países. Mientras que naciones como Perú, Chile, Paraguay, Bolivia y México desarrollaron acciones enfocadas en la promoción de estilos de vida saludables, la educación en salud, el autoexamen y la identificación de factores de riesgo y protectores, otros como Argentina no contaron con estrategias definidas en sus planes nacionales (13-17, 18, 20-24). En países como Cuba, se fortaleció el enfoque desde la atención primaria, con un acceso gratuito y universal, integrando equipos de salud e iniciativas intersectoriales (28). Bolivia complementó la promoción con comunicación social y talleres comunitarios adaptados al contexto local, mientras que México impulsó la detección oportuna mediante autoexploración, consejería y herramientas digitales (18, 21 - 24). Por su parte, Colombia aplicó una prevención esencial sin una normativa clara, y Panamá y El Salvador promovieron el control del peso, la educación y campañas para fomentar estilos de vida saludables, aunque con menor respaldo normativo. En conjunto, las estrategias priorizaron la educación como base para reducir el riesgo de cáncer de mama, aunque persistieron brechas normativas y territoriales que limitaron una implementación uniforme a nivel regional (25, 29 - 31).

El autoexamen, aunque propuesto como método de promoción de salud mamaria más que método de tamizaje, fue incluido dentro de la prevención primaria en países como Bolivia, México y Cuba, donde se

Tabla 1. Matriz comparativa de las guías nacional para prevención y tamizaje del cáncer de mama en Latinoamérica

País	Año	Autoridad Emisora	Normativa nacional	Educación para la salud	Promoción de auto- exploración mamaria	Edad y frecuencia de tamizaje	Estratifica el riesgo individual	Método de tamizaje	Seguimiento y evaluación	Perspectiva de género y equidad
OMS 8-12	-	OMS- PAHO	-	Programas regionales sobre salud mamaria, campañas nacionales	Sí	50-69 años cada 2 años, 40-49 años cada 12-18 meses	Sí	Examen clínico, Mamografía bilateral	Herramientas de evaluación: Indicadores de resultados, medición de calidad, costo, acceso, experiencia	Sí, aborda enfoque integral, barreras, equidad y accesibilidad
Perú 13-14	2024	Instituto Nacional de Salud	Resolución Presidencia Ejecutiva N° 003-2024-C ET/INS	Educación con audiovisual, mensajes sobre educación sexual	No	40-69 años cada 2 años	Sí	Examen clínico, Mamografía bilateral	No	Sí aborda equidad, con el uso de examen físico
Chile 15,16	2018	Ministerio de Salud	Resolución Exenta N° 036	Material educativo escolar, creación de conciencia, creación de entornos saludables, campañas, programas preventivos	No	50-69 años cada 3 años	Sí	Examen clínico, Mamografía bilateral	Sí, indicadores de proceso	Sí, aborda equidad
Argentina 17	2023	Ministerio de Salud Argentina	Resolución 1813/2013 Ministerio de Salud	No específica	No	50-69 años cada 2 años	Sí: Promedio, Intermedio, Alto riesgo	Examen clínico, Mamografía bilateral	Sí, indicadores	No
Bolivia 18	2023	Ministerio de Salud y Deportes	Norma Técnica Atención Integral Cáncer de Mama RM 0331/2017	Material audiovisual, talleres comunitarios, campañas adaptadas	Sí, desde los 20 años	Examen clínico: Desde los 40 años, anual Mamografía: 50-69 años cada 2 años	Sí, por factores de riesgo e historia clínica	Examen clínico, Mamografía bilateral	No	Sí, consejería en el rol de género
Uruguay 19	2024	Ministerio de Salud Pública	Ley N.º 17.242	No específica	No	Examen clínico: 25-69 años. Mamografía: 40-49 años, anual y 50-74 años, bienal	Sí, Promedio, Intermedio, alto riesgo	Examen clínico, mamografía bilateral	Sí, indicadores de desempeño, documentación, inspecciones	No
Paraguay 20	2016	Ministerio de Salud pública y bienestar social	Resolución S.G. N° 809 MSPBS	Educación en patología mamaria, estilos de vida saludables, campañas continuas, consejería, currículo educativa	Sí	Mamografía base: 35 años de edad. Mamografía anual: Desde los 40 años y sin límite de edad	Sí. Por factores de riesgo	Examen clínico, Mamografía bilateral	No	No
México 21-24	2024	Instituto Mexicano de Seguro Social Secretaría de Salud de México	NOM- 041-SA 2011	Campañas locales adaptadas, talleres comunitarios, material audiovisual en la promoción de salud	Sí, desde los 25 años	40-69 años	Sí. Basada en el aplicativo CHKT	Examen clínico, Mamografía bilateral	Sí, indicadores, Registro institucional del cáncer, vigilancia epidemiológica	Sí
El Salvador 25	2022	Ministerio de Salud de El Salvador	Código de Salud art. 42 y 340; Ley cáncer	Campañas, ferias de salud, consejería de estilos saludables, perifoneo, murales, factores de riesgo	Sí	40-60 años	No	Examen clínico, Mamografía bilateral	Sí, indicadores y registro nacional de cáncer	Sí, incluye ciudad mujer y normas con enfoque de género
Costa Rica 26 - 27	2024	Ministerio de Salud Gobierno de Costa Rica	Norma Nacional No. 44771-S	Modificación de estilos de vida, reducción de carcinógenos	No	40-75 años, frecuencia bienal	No	Examen clínico, Mamografía bilateral	Sí, monitoreo	Sí

ANÁLISIS COMPARATIVO DE NORMATIVAS EN LA PREVENCIÓN Y TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA EN AMÉRICA LATINA

Tabla 1. Matriz comparativa de las guías nacional para prevención y tamizaje del cáncer de mama en Latinoamérica (cont.)

País	Año	Autoridad Emisora	Normativa nacional	Educación para la salud	Promoción de auto- exploración mamaria	Edad y frecuencia de tamizaje	Estratifica el riesgo individual	Método de tamizaje	Seguimiento y evaluación	Perspectiva de género y equidad
Cuba 28	2012	Ministerio de Salud Gobierno de Cuba	Estrategia nacional	Fortalecimiento equipos salud, IEC social, trabajo intersectorial	Sí, personas >15 años con riesgo	A partir de los 30 años	No	Examen clínico, autoexploración de mama	Sí, indicadores	Sí, reorganizar consultas municipales
Colombia 29, 30	2015	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	Ley 1384/2010 Resolución 3280/20 18	Guía educativa, campaña “Detección temprana sí y bien hecha”	Sí, desde los 20 años	Examen clínico: Desde los 20 años, anual mamografía: 50-69 años, bienal	Sí, por factores de riesgo	Examen clínico, Mamografía bilateral	No	Sí, realiza campañas médicas
Panamá 31	2019	Ministerio de Salud de Panamá	Resolución N° 461	Campañas educativas, programas de educación continua al personal	No	40-74 años, bienal	Sí, por factores de riesgo	Examen clínico, Mamografía bilateral	Sí, trazadores, indicadores de detección temprana	Sí, equidad, acceso

promovió su enseñanza desde edades tempranas como herramienta para fomentar el conocimiento corporal y la búsqueda oportuna de atención médica. Esta integración de estrategias permitió fortalecer la detección precoz, aunque persistieron diferencias normativas y de cobertura que afectaron la uniformidad del tamizaje a nivel regional (18, 21 – 24, 28).

Tamizaje

La prevención primaria del cáncer de mama en América Latina se abordó de manera integral, combinando múltiples estrategias. En países como Perú, Chile, Paraguay, Bolivia, México, Cuba, Colombia, Panamá y El Salvador, reflejan en sus guías la promoción de estilos de vida saludables, educación en salud, identificación de factores de riesgo y protectores, iniciativas comunitarias locales y una participación activa del sistema de salud. (13 – 16, 18, 21 – 25, 28 – 31). Por ejemplo, Cuba propuso promover la adopción de estilos de vida saludables, como la actividad física regular, una alimentación equilibrada y la reducción del consumo de alcohol y tabaco para disminuir los factores de riesgo asociados al cáncer de mama, difundándose por medios masivos de comunicación acorde a su política definida para prioridades de

cáncer. (28). Respecto a la autoexploración de mamas, se encontró que fue considerada más una herramienta educativa que un método diagnóstico efectivo, por lo que se incluyó dentro de la prevención primaria en países como Bolivia, México, Cuba y Colombia promoviendo su enseñanza desde edades tempranas como una forma de que las mujeres conocieran su propio cuerpo y buscaran atención médica oportuna ante cualquier hallazgo anormal, tal como lo describe Colombia, recomendando brindar educación de autocuidado y autoexamen de mama a toda mujer mayor de 20 años. (18, 21-24, 28-30).

Seguimiento y evaluación

Del total de guías analizadas, Perú, Bolivia, Paraguay y Colombia no plantean la equidad de género ni las vías de acceso como indicadores específicos (14, 18, 20, 29, 30). No obstante, Chile, Argentina, Uruguay, México, El Salvador, Costa Rica, Cuba, y Panamá sí utilizaron indicadores para el seguimiento y evaluación de sus programas (16, 17, 19, 21 – 28, 31).

Chile empleó distintos indicadores de proceso para cada línea estratégica. En promoción, prevención y educación en salud, se usaron como referencia el

número de campañas y jornadas educativas, la cantidad de comunas con planes de salud implementados y los programas preventivos activos. Para el seguimiento de los exámenes de medicina preventiva, se establecieron como metas de cobertura: 20 % en hombres, 25 % en mujeres y 55 % en personas mayores de 65 años, indistintamente del sexo (15, 16). Argentina utilizó como indicadores las tasas de ingreso, complicaciones, biopsias, hematomas, infecciones, cirugías, progresión y fidelización de pacientes (17). Uruguay midió el desempeño de sus servicios de mamografía a través del número de mamografías realizadas, capacitaciones, estudios repetidos, biopsias efectuadas y biopsias positivas. También se evaluó el tamaño y estadio de los cánceres diagnosticados, así como la cantidad de cánceres detectados antes de la siguiente ronda de tamizaje tras una mamografía negativa. Se incluyó, además, la documentación sistemática de resultados (19).

México describió diferentes indicadores, tanto epidemiológicos, de logro en cobertura y programas de prevención y para la evaluación de riesgo, tamizaje y diagnóstico (21, 22), mientras que el Instituto Nacional de Salud (INS) consideró sus propios indicadores (detección de cáncer de mama en etapas tempranas, oportunidad de inicio de evaluación diagnóstica complementaria, oportunidad en la entrega de resultados de mastografía, oportunidad en la evaluación diagnóstica de BIRADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) 4 o 5, oportunidad en el inicio del tratamiento oncológico, oportunidad de recibir radioterapia dentro de las primeras 8 semanas posteriores a cirugía conservadora, oportunidad de inicio de radioterapia dentro de los 30 días posteriores al término de quimioterapia adyuvante, supervivencia global específica), también recomendó actualizar datos en el Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS) y el uso de la vigilancia epidemiológica que debe realizarse según la “Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012) (23).

Cuba, en su programa integral para el control del cáncer en Cuba considera para el cáncer de mama, la incidencia (tasa cruda, anual), mortalidad (número de casos, trimestral), % de mujeres diagnosticadas en etapas tempranas notificadas al Registro Nacional de Cáncer de Cuba (RNC) (bien > 80 %; mal ≤ 79 %, anual), % de mujeres diagnosticadas en etapas avanzadas notificadas al RNC (bien ≤ 20 % y mal > 20 % anualmente) y disponibilidad de mamógrafos por provincia/ mujer sintomática (aceptable: al menos 1 por provincia, no aceptable cuando no disponen, trimestralmente) (28).

Panamá, en el capítulo VII del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2019-2029 titulado evaluación y seguimiento, refiere los indicadores para el cáncer de mama, que son: cobertura poblacional (en %) en los grupos de edad diana y región sanitaria del tamizaje de cáncer de mama y cuello uterino. La evolución del indicador según la disponibilidad de la encuesta de salud. También considera la evaluación de calidad del tamizaje de cáncer de mama y cuello uterino medido según la adherencia a las Normas Técnico-Administrativas mediante análisis específico cada 3 años (31).

Costa Rica, en el plan nacional contra el cáncer no contempla indicadores específicos para cáncer de mama, sin embargo, se consideran: tasa de mortalidad prematura quinquenal por cáncer cervicouterino, de mama, de estómago y colorrectal; y tasa de mortalidad general quinquenal por cáncer cervicouterino, de mama, de estómago y colorrectal (26, 27).

Perspectiva de género y equidad

De las guías evaluadas, las siguientes no tienen un enfoque de género ni equidad: Argentina, Uruguay, Paraguay, y Panamá (17, 19, 20, 31). Sin embargo, en guías de práctica como en Perú, se identificó que la política nacional incorpora un enfoque de género

al promover el acceso equitativo a la prevención y tamizaje del cáncer de mama, además de reconocer barreras económicas, sociales y culturales que limitan el diagnóstico temprano, especialmente en mujeres vulnerables. Además, plantea estrategias diferenciadas para zonas rurales y pueblos originarios, con énfasis intercultural y territorial. Se evidencia la necesidad de fortalecer la atención primaria y descentralizar los servicios. Estas acciones buscan reducir brechas y mejorar el control del cáncer de mama en el país (14).

La norma boliviana incorporó un enfoque de género en la atención del cáncer de mama, considerando las condiciones sociales de las mujeres. Reconoce barreras económicas, culturales y estructurales que dificultan el acceso a servicios de tamizaje y diagnóstico oportuno. Promueve la prevención desde los determinantes sociales y estilos de vida saludables. Además, contempla estrategias adaptadas a zonas rurales y pueblos originarios, enmarcadas en el modelo SAFCI (Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural). Estas acciones buscan una atención integral, equitativa e intercultural (18).

Las guías mexicanas fortalecieron un enfoque de género al impulsar la detección temprana con autoexploración y exploración clínica sistemática. Reconocieron la necesidad de estrategias comunicativas y control de calidad para superar barreras culturales y de acceso. Se implementó el “Código Cáncer” y una red integrada que favorece el tamizaje descentralizado. Sin embargo, se sugiere profundizar en intervenciones interculturales dirigidas a comunidades rurales e indígenas. En conjunto, estas disposiciones buscan mejorar la equidad y eficacia en la prevención del cáncer de mama en México. Destaca que una de las guías incorpora a la población trans en las acciones de tamizaje, avanzando hacia un enfoque de género más inclusivo (21 - 24).

La guía salvadoreña integró un enfoque de género en la prevención y tamizaje del cáncer de mama,

priorizando a mujeres en edad de riesgo. Reconoció barreras sociales, culturales y económicas que limitan el acceso oportuno, e impulsó campañas adaptadas al contexto local. Planteó estrategias comunitarias para llegar a zonas rurales, mediante redes y personal del primer nivel de atención (25).

Las guías colombianas integraron un enfoque de género al priorizar exámenes clínicos y mamografías según edad, centrados en la salud de las mujeres. Reconocieron barreras educativas, culturales y organizativas que limitan el acceso temprano. Propusieron fortalecer redes de atención primaria para ampliar la cobertura, sin embargo, no incluyeron estrategias específicas para comunidades rurales o pueblos originarios (29, 30).

Costa Rica, Cuba y Chile en sus planes nacionales también consideraron la perspectiva de género y equidad (15, 16, 26 – 28). El plan chileno integra la perspectiva de género y reconoce barreras sociales, económicas y territoriales, aunque sus líneas de acción rural no son interculturalmente diferenciadas (15). En el caso de Cuba, la estrategia anterior aborda la atención comunitaria y el control del cáncer, pero no enfatiza género ni adaptación a zonas indígenas de forma específica (28). Se destaca la guía de México, que presenta la única normativa que incluye específicamente a la población trans dentro de las estrategias de detección (23).

En cuanto a las barreras estructurales, todas las normativas reconocieron limitaciones sociales, económicas y culturales que dificultan el acceso a los servicios de salud (13 – 31). En relación con los grupos rurales e indígenas, Perú y Bolivia sobresalen al integrar un enfoque intercultural y territorial, promoviendo acciones específicas y adaptadas para estas comunidades (14, 18). Mientras que países como El Salvador y Colombia abordan la descentralización, aunque sin un componente intercultural explícito (26, 27, 29, 30).

Finalmente, el enfoque comunitario se reflejó con fuerza en las guías de Bolivia y El Salvador, donde se planteó el rol activo de agentes locales y redes sociales. En conjunto, las guías revisadas mostraron un avance en el reconocimiento de la equidad de género y territorial (18, 25).

DISCUSIÓN

En el análisis comparativo de las guías nacionales de AL sobre la prevención del cáncer de mama, se evidencian similitudes en la adopción de recomendaciones esenciales propuestas por la OMS, así como importantes brechas en aspectos de equidad, monitoreo y enfoque poblacional. La mayoría de los países revisados incluyen estrategias de prevención primaria, como educación en salud mamaria, promoción de estilos de vida saludables y reducción de factores de riesgo (8 - 12). Países como Perú, Chile y Bolivia integraron materiales audiovisuales y campañas comunitarias (13 - 16, 18), mientras que México, El Salvador, Colombia, Paraguay y Panamá reforzaron sus normativas con acciones sobre alimentación, ejercicio y salud sexual, en concordancia con el Pilar 1 del marco técnico de la OMS (20 - 25, 29 - 31).

En cuanto a la autoexploración mamaria, si bien no se recomienda como método de tamizaje por sí sola, la OMS la promueve como estrategia de empoderamiento y conciencia sobre la salud mamaria (10). Este enfoque es recogido por pocos países: Bolivia, Paraguay, México, El Salvador, Cuba y Colombia, que sugieren iniciar la práctica desde edades tempranas, entre los 15 y 25 años (18, 20 - 22, 25, 28, 29). Esta práctica postulada, coincide con las guías internacionales de tres directrices, según la revisión de Katsika *et al.* (32), que recomiendan la edad de inicio de detección para mujeres de 25 a 39 años, iniciando el examen clínico a partir de los 25 años de forma anual o cada

3 años. Esto resalta la importancia del examen clínico de mamas hecho por profesionales, tal como describe la OMS en sus recomendaciones como un importante método de tamizaje (7, 9).

Sin embargo, en cuanto a mamografía, las revisiones de guías internacionales coinciden con la OMS y guías latinoamericanas en que las mujeres entre 25 y 39 años no requieren más exámenes de detección, confirmando que la edad de inicio para tamizaje mamográfico sea a partir de los 40 a 50 años de edad (32). Por otro lado, países como Argentina y Uruguay centraron su modelo preventivo exclusivamente en el tamizaje, sin integrar acciones de promoción comunitaria, lo que limita su alcance en términos de prevención integral, a nivel de educación de la población (17, 19).

Con relación al tamizaje, la OMS aboga en contra al uso de mamografía como cribado a los 40-49 años de rutina, basada en datos que demuestran que este grupo de edad, tiene una incidencia significativamente menor que después de los 50 años (33, 34). Por tanto, hay coincidencia general con las recomendaciones de la OMS de iniciar la mamografía bienal entre los 50 y 69 años, como lo hacen Chile, Argentina, Bolivia y Colombia, coincidiendo con directrices internacionales de Estados Unidos y Europa (11, 15, 17, 18, 29). Sin embargo, acerca de la edad límite para finalizar el tamizaje, países como Uruguay, Costa Rica y El Salvador amplían la edad hasta los 75 años, mientras que Cuba y Paraguay no establecen un límite superior (19, 20, 26, 25, 28). Esto coincide con el análisis comparativo de Katsika *et al.* (32), quienes mencionan la inexistencia de datos suficientes para respaldar una recomendación basada en evidencia sobre la edad límite para detener el tamizaje. Sin embargo, se recomienda que luego de los 75 años, detener las mamografías se debería basar en una toma de decisiones basado en la salud general y esperanza de vida de la mujer, un punto a tomar en cuenta en cada país y región donde se estima el uso de una normativa o guía a implementar.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE NORMATIVAS EN LA PREVENCIÓN Y TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA EN AMÉRICA LATINA

Sobre estratificar el riesgo de la mujer al momento de tamizar, las guías que no hablaron de estratificación de riesgo dentro de su plan de tamización fueron El Salvador, Costa Rica y Cuba no coincidiendo con lo recomendado por la OMS y guías internacionales que sí resaltan el peso de estratificar a la población a tamizar, como la revisión sistemática de Ren *et al.* (35), que comparó 23 directrices, señalando que países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Países Bajos incluyen recomendaciones para estratificar el riesgo según la historia familiar de cáncer de mama, la predisposición genética y la densidad mamaria (25 – 28, 35).

Se destacan casos particulares, Panamá garantiza el acceso gratuito a mamografías mediante ley, tanto para mujeres aseguradas como no aseguradas, lo cual también ocurre en Paraguay y Uruguay, que, además, otorgan días libres remunerados para realizarse el examen (19, 20, 31). Por otro lado, Uruguay implementó una evaluación del riesgo desde los 25 años, y México incluye a mujeres trans en su población objetivo de tamizaje, mostrando avances notables en equidad de género (19, 21-24). Esta última medida, está en línea con la revisión de Meggetto *et al.* (36), que resalta la necesidad de desarrollar y difundir protocolos adaptados que incluyan criterios claros para personas trans con tejido mamario, y estructurar campañas que garanticen entornos seguros y no discriminatorios en los servicios de tamizaje.

Una de las principales limitaciones del presente análisis fue la escasa disponibilidad y accesibilidad de documentos oficiales actualizados en los portales gubernamentales en Latinoamérica. Además, algunas guías carecen de fecha de publicación, datos de implementación y herramientas de seguimiento. Se recomienda actualizar y transparentar las normativas vigentes, establecer indicadores de monitoreo y asegurar que las guías respondan a estándares de equidad, acceso y sostenibilidad. Asimismo, se sugiere incorporar en las estrategias de tamizaje a poblaciones

históricamente excluidas, como hombres con alto riesgo y personas trans, de modo que los programas reflejen una visión inclusiva y con perspectiva de derechos (19, 36).

El presente estudio resalta la necesidad urgente de actualizar y armonizar las guías regionales de los países hispanohablantes de Latinoamérica, bajo un enfoque integral, inclusivo y basado en evidencia. Es crucial fortalecer los sistemas de salud desde la equidad, la sostenibilidad y la efectividad en la detección temprana del cáncer de mama, alineándose con las iniciativas de la OMS y adaptando sus recomendaciones al contexto epidemiológico y de recursos regionales (37). Para ello, se requieren guías clínicas integradas, sostenibles y culturalmente pertinentes, que no solo indiquen qué hacer, sino que fortalezcan la atención primaria a través de la formación continua, infraestructura adecuada y articulación entre niveles de atención (38).

La prevención no puede seguir siendo un ideal fragmentado: debe consolidarse como una política de salud coherente en la identificación de barreras, inclusiva en evaluación y participación social, y basada en evidencia para implementar el tamizaje como parte de modelos integrales, más allá de la atención primaria tradicional, incorporando estrategias comunitarias, promoción de la salud y equipos multidisciplinarios (39 - 41).

CONCLUSIONES

La comparación de las guías clínicas latinoamericanas sobre prevención y tamizaje de cáncer de mama evidencia avances importantes, aunque aún desiguales. Si bien varios países adoptan recomendaciones de la OMS, persisten brechas en prevención primaria, tamizaje estandarizado, estratificación de riesgo y monitoreo, persisten vacíos en la implementación de enfoques de

prevención primaria, en la estandarización de edades y frecuencias de tamizaje, en la estratificación de riesgo y en los mecanismos de monitoreo y evaluación. Destacan casos particulares, como Panamá, Paraguay y Uruguay, con garantizar acceso gratuito y licencias remuneradas, y México por incluir a mujeres trans en su población objetivo. Sin embargo, la mayoría de guías carece de herramientas de seguimiento, enfoque intercultural o actualización reciente. Urge armonizar las normativas bajo un enfoque integral, equitativo y basado en evidencia, fortaleciendo la atención primaria, la participación comunitaria y la inclusión de poblaciones históricamente excluidas.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Tratamiento del cáncer de seno (mama) en adultas (PDQ®)–Versión para pacientes - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Bethesda: www.cancer.gov. 2020 [consultado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-pdq>
2. Fernández JÁ, Ozores PP, López VC, Mosquera AC, López RL. Cáncer de mama. Medicine [Internet]. 2021 [consultado 13 de abril de 2025];13(27):1506–17. Disponible en: DOI: 10.1016/j.med.2021.03.002
3. Cáncer de mama - OPS/OMS [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; s/f [consultado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>
4. Cáncer De Mama [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [consultado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
5. Palmero J, Lassard J, Juárez LA, Medina CA. Cáncer de mama: una visión general. Acta Méd Grupo Ángeles. 2021;19(3):354–60. DOI: 10.35366/101727
6. Tecnologías En Salud – CETS. Guía en Versión Extensa [Internet]. Lima: Gobierno de Perú; s/f [consultado 14 de abril de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6549363/5707273-guia-de-practica-clinica-para-el-tamizaje-de-cancer-de-mama-en-el-primer-nivel-de-atencion.pdf?v=1719603536>
7. Marco de aplicación de la iniciativa mundial contra el cáncer de mama: evaluación, fortalecimiento y expansión de los servicios de detección precoz y tratamiento del cáncer de mama: resumen ejecutivo [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2023 [consultado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240067134>
8. Prevención: Factores de Riesgo del Cáncer de Mama y Prevención [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2016 [consultado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-factores-riesgo-cancer-mama-prevencion>
9. Detección Temprana: Concientización Sobre la Salud Mamaria y Exploración Clínica de las Mamas [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2016 [consultado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/deteccion-temprana-concientizacion-sobre-salud-mamaria-exploracion-clinica-mamas>
10. Detección Temprana: Fisiología De La Mama Y Exploración Clínica De Las Mamas [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2016 [consultado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/node/55270>
11. Planificación: Cómo mejorar el acceso a la atención para el cáncer de mama [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2016 [consultado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/node/55271>
12. Planificación de programas integrales contra el cáncer de mama: un llamado a la acción [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2016 [consultado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/node/55272>
13. Seguro Social de Salud (Perú). Resolución de Gerencia General N.º 193-GG- ESSALUD- 2022 [Internet]. Lima: Essalud; 2022 [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG_193_ESSALUD_2022.pdf
14. Instituto Nacional de Salud (Perú). Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje de Cáncer de Mama en el Primer Nivel de Atención. Guía en Versión Extensa [Internet]. Lima: Subdirección de Guías de Práctica Clínica, Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud; 2024 [consultado 06 de mayo de 2025]. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-Tamizaje-ca-mama_Version-in-extenso-Anexos-1.pdf

*ANÁLISIS COMPARATIVO DE NORMATIVAS EN LA PREVENCIÓN Y TAMIZAJE
DE CÁNCER DE MAMA EN AMÉRICA LATINA*

15. Ministerio de Salud (Chile). Plan Nacional de Cáncer 2018–2028 [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2018 [consultado el 06 de mayo de 2025] Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/d3/0a/d30a1f5e-53d9-4a31-a4fe-e90d8d9a2348/documento_plan_nal_de_cancer.pdf
16. Servicio de Salud Atacama (Chile). Normativas y protocolos institucionales [Internet]. Copiapó: Servicio de Salud Atacama; s/f. [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.saludatacama.cl/?page_id=51
17. Guía De Práctica Clínica Patología Mamaria: Tumores Malignos [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud (Argentina); 2023 [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/10/guia_de_practica_clinica_patologia_mamaria-_tumores_malignos.pdf
18. Norma Nacional de Atención Clínica del Cáncer de Mama. Resolución Ministerial N° 0326 [Internet] La Paz: Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia; 2023 [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=824:norma-nacional-de-atencion-clinica-del-cancer-de-mama&catid=53&Itemid=465>
19. Guía de práctica clínica para la detección precoz del cáncer de mama [Internet] Montevideo: Ministerio de Salud Pública (Uruguay); 2024 [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_GUIA_CANCER_MAMAS_PAGINAS.pdf
20. Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y el Control del Cáncer de Mama en el Paraguay. [Internet] Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay); 2016 [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://informacionpublica.paraguay.gov.py/public/6371508-MANUALNACIONAL-CANCERDEMAMA.pdf>
21. Protocolo de atención integral: Cáncer de mama [Internet] Ciudad de México: Instituto Nacional del Seguro Social; 2023 [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/historico/programas/07-pai-cancer-de-mama.pdf>
22. Guía técnica para la atención integral del cáncer de mama [Internet]. México: Instituto Nacional del Seguro Social; 2023 [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: https://imsssalinacruzaxaca.wordpress.com/wp-content/uploads/2022/12/anexo-2.-guia-tecnica-atencion-integral-cama_2021.pdf
23. Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama en México. Lineamiento Técnico [Internet]. México: Secretaría Nacional de Salud; 2024 [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/952441/Lineamiento_Tecnico_PDTCVE_CaMa_en_Mexico.pdf
24. Programa de acción específico de prevención y control del cáncer: 2021-2024 [Internet]. México: Secretaría de salud; 2021 [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/PAE_CAN_cF.pdf
25. Política Nacional de prevención de la salud [Internet] El Salvador: Ministerio de Salud; 2022 [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://asaprecan.org/manuales-capacitacion-clinica/>
26. Plan nacional para el control del cáncer 2024 - 2030 [Internet]. Costa Rica: Ministerio de Salud; 2024 [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/plan_nacional_control_cancer-compressed_1.pdf
27. Para la atención de personas con cáncer de mama [Internet]. San José: Sistema Costarricense de Información Jurídica; 2025 [consultado el 06 de mayo de 2025]. Disponible en: https://pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=95797&nValor3=133060&strTipM=TC
28. Programa integral para el control de cáncer en Cuba [Internet] La Habana: Ministerio de Salud; 2012 [consultado el 28 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/CUB_B5_CUB_Estrategia_cancer.pdf
29. Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Seno [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud Colombia; 2018 [consultado el 28 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-cancer-seno.pdf>
30. Manual para la detección temprana del cáncer de mama [Internet] Colombia: Instituto Nacional de Cancerología-ESE; 2015 [consultado 28 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.cancer.gov.co/recursos_user/files/libros/archivos/%2CManual
31. Plan estratégico Nacional para la prevención y control del Cáncer 2019-2029. [Internet] Panamá: Ministerio de Salud; 2019 [consultado el 28 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/plan_estrategico_nacional_para_la_prevencion_y_control_del_cancer_2019_-_2029.pdf

32. Katsika L, Boureka E, Kalogiannidis I, Tsakiridis I, Tirodimos I, Lallas K, *et al.* Screening for Breast Cancer: A comparative review of guidelines. *Life* (Basel). 2024;14(6):777. DOI: 10.3390/life14060777
33. Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010;127(12):2893–917. DOI: 10.1002/ijc.25516
34. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69–90. Disponible en: DOI: 10.3322/caac.20107
35. Ren W, Chen M, Qiao Y, Zhao F. Global guidelines for breast cancer screening: A systematic review. *Breast*. 2022;64:85–99. DOI: 10.1016/j.breast.2022.04.003
36. Meggetto O, Peirson L, Yakubu M, Farid-Kapadia M, Costa-Fagbemi M, Baidooobonso S, *et al.* Breast cancer risk and breast screening for trans people: an integration of 3 systematic reviews. *CMAJ Open*. 2019;7(3):E598–609. DOI: 10.9778/cmajo.20180028
37. Baena A, Paolino M, Villarreal C, Torres G, Delgado L, Ruiz R, *et al.* Latin America and the Caribbean Code Against Cancer 1st Edition: Medical interventions including hormone replacement therapy and cancer screening. *Cancer Epidemiol*. 2023;86(Suppl 1):102446. DOI: 10.1016/j.canep.2023.102446
38. Ayala N, Barchuk S, Inurrigarro G, Celano C, Soriano-García JL, Bolaños P, *et al.* Status of breast cancer in Latin American: Results of the breast cancer revealed initiative. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2023;181(103890):103890. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2022.103890
39. Mosquera I, Barajas CB, Theriault H, Benítez Majano S, Zhang L, Maza M, *et al.* Assessment of barriers to cancer screening and interventions implemented to overcome these barriers in 27 Latin American and Caribbean countries. *Int J Cancer*. 2024;155(4):719–30. DOI: 10.1002/ijc.34950
40. Ramos IM, Lemus MG, Reyna A, González ME, Torres FA, Crocker RC, *et al.* Public policies and programs for the prevention and control of breast cancer in Latin American women: Scoping review. *JMIR Cancer*. 2022;8(3):e32370. DOI: 10.2196/32370
41. Puschel K, Rioseco A, Soto M, Paz S, Martínez J, Soto G, *et al.* Implementation of cancer prevention practices in primary care: results of a cohort study in Chile 2018-2022. *Public Health*. 2024;236:168–74. DOI: 10.1016/j.puhe.2024.08.006

Recibido 28 de junio de 2025
Aprobado para publicación 10 de septiembre de 2026