

## 2. Vacíos y soluciones normativas en el marco jurídico del cáncer de mama: análisis crítico



NANCY PAOLA DÁVILA FISMAN\*  
MARÍA REBECA ALCAIDE CRUZ\*\*  
RAÚL RODRÍGUEZ EGUÍBA\*\*\*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.372.02>

### Resumen

Este capítulo analiza de manera crítica la respuesta normativa del Estado mexicano frente al cáncer de mama, con el objetivo de identificar los vacíos de la Ley General de Salud (LGS) que obstaculizan una atención integral y de proponer ajustes jurídicos y orientaciones de política pública orientadas a la equidad y a la eficacia sanitaria. Para ello, se desarrolla una revisión jurídico-crítica y comparada del marco vigente, que examina la LGS, la NOM-041-SSA2-2011, el funcionamiento del Fondo de Salud para el Bienestar y la legislación local de la Ciudad de México, complementada con información epidemiológica reciente y estimaciones de costo-efectividad elaboradas por el CIEP.

Los resultados evidencian una carga persistente de mortalidad vinculada al diagnóstico tardío, así como una debilidad estructural del marco federal derivada de la ausencia de una mención expresa del cáncer de mama en el artículo 3 de la LGS, lo que propicia interpretaciones dispares entre las

---

\* Doctora en Estudios Sociales. Profesora-investigadora en la Universidad Autónoma Metropolitana, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8058-1049>

\*\* Doctora en Derecho por la Escuela Libre de Derecho de Puebla, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2912-4184>

\*\*\* Maestro en Derecho. Doctorante en Derecho por la Escuela Libre de Derecho de Puebla, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0168-4945>

entidades federativas. A ello se suma un subfinanciamiento significativo, reflejado en la limitada cobertura del fondo frente a los casos estimados. En contraste, la experiencia normativa e institucional de la Ciudad de México muestra prácticas replicables, como la gratuidad de mastografías, el seguimiento multidisciplinario y la inclusión de grupos en situación de vulnerabilidad.

**Palabras clave:** *cáncer de mama, marco jurídico en salud, políticas públicas sanitarias, atención integral.*

## Introducción

El cáncer de mama se mantiene como la principal causa de muerte por neoplasia maligna entre las mexicanas mayores de 25 años; tan sólo en 2022 provocó más de 7 700 defunciones, cifra que se traduce en una tasa de 19.8 fallecimientos por cada 100 000 mujeres. Aunque existen herramientas técnicas —entre ellas la NOM-041-SSA2-2011— y programas de tamizaje, persisten vacíos críticos: la cobertura sigue siendo desigual, el 60% de los casos se detecta en etapas avanzadas y el financiamiento resulta insuficiente, pues en 2018 el Fondo de Salud para el Bienestar alcanzó a cubrir apenas el 3.7% de los tratamientos estimados.

Frente a este panorama, la iniciativa de reforma presentada en marzo de 2025 plantea modificar diversos artículos de la Ley General de Salud para reconocer de forma expresa al cáncer de mama como materia de salubridad general, fortalecer la rectoría federal, armonizar los protocolos clínicos y establecer un Registro Nacional de Cáncer que incluya el riesgo de recurrencia. El presente trabajo examina de manera exhaustiva dicha propuesta y el marco normativo vigente, identifica los vacíos legales y, sobre esa base, formula recomendaciones de política pública orientadas a mejorar la equidad, la calidad y la oportunidad de la atención oncológica.

El objetivo central es evaluar críticamente las reformas sugeridas, valorar sus implicaciones jurídicas y anticipar su impacto a mediano y largo plazo, con la mira puesta en perfeccionar las políticas de prevención, detección, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama. Para alcanzar esta meta,

el capítulo se estructura en cuatro momentos: primero, se describe el contexto epidemiológico y normativo, con énfasis en los desafíos de mortalidad, cobertura diagnóstica y financiamiento; después, se analizan las modificaciones propuestas a los artículos 3, 6, 9, 13, 27, 66, 112 y 161 Bis, destacando sus aportes y límites; en tercer término, se proyectan los efectos que la reforma tendría sobre la cobertura, la calidad de la atención y la sostenibilidad financiera del sistema; finalmente, se presentan recomendaciones concretas —desde la progresividad presupuestal hasta la interoperabilidad de registros— y se cierra con una síntesis de hallazgos que traza la ruta para consolidar un servicio de salud equitativo y eficaz en la lucha contra el cáncer de mama.

## Salud pública y el cáncer de mama en México

El cáncer<sup>1</sup> de mama<sup>2</sup> y el cáncer cervicouterino son hoy las dos neoplasias<sup>3</sup> malignas que más muertes provocan entre las mujeres de más de 25 años, lo cual refleja una profunda desigualdad de género y una falla en la protección social. El envejecimiento de la población ha impulsado el incremento de estos tumores: conforme la estructura demográfica gana población en edades mayores, aumenta la carga de enfermedad. Sin embargo, las tasas varían significativamente entre regiones, según estilos de vida y la capacidad de los sistemas de salud para implementar programas efectivos de prevención y atención.

A nivel mundial, el cáncer de mama es la neoplasia maligna más común en mujeres: en 2020 se estimaron 2.3 millones de casos nuevos y 685 000 muertes (OMS, 2021). Esta disparidad se acentúa al considerar el Índice de

---

<sup>1</sup> El cáncer es un término que comprende un conjunto de enfermedades caracterizadas por presentar una masa de células con crecimiento y replicación sin control, las cuales son capaces de invadir otras partes del cuerpo diferentes a las de su origen (Hanahan y Weinberg, 2011, 646-674).

<sup>2</sup> Proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, adherirse a los tejidos y crecer formando metástasis (Edge y Compton, 2010, 1471-1474).

<sup>3</sup> Formación anormal en alguna parte del cuerpo de tejido nuevo de carácter tumoral, benigno o maligno (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2024, p. 27).

Desarrollo Humano (IDH): en países con IDH muy alto, una de cada 12 mujeres será diagnosticada con cáncer de mama en el transcurso de su vida, y una de cada 71 morirá a causa de esta enfermedad.

En el contexto mexicano, el cáncer de mama ocupa el primer lugar entre las causas de muerte por cáncer en mujeres, con más de 7 000 fallecimientos al año (INEGI, 2022). Estos datos ponen en evidencia tanto la urgencia de reforzar las estrategias de tamizaje y diagnóstico temprano, como la necesidad de garantizar el acceso equitativo a tratamientos y servicios de seguimiento, con un enfoque de justicia social y de género.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales, el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino cumplen los criterios para considerarse problemas de salud pública:

- Magnitud: representan una proporción significativa de la carga de enfermedad y decesos en la población femenina adulta.
- Vulnerabilidad: existen herramientas comprobadas —como la detección temprana mediante tamizajes y la vacunación contra el VPH— que permiten reducir tanto la incidencia como la letalidad.
- Trascendencia: generan costos elevados por años de vida saludable perdidos y demandan una inversión continua en servicios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento (Secretaría de Salud, 2014, p. 11).

La articulación de políticas públicas que integren un enfoque de derechos —asegurando el acceso equitativo a programas de tamizaje, tratamientos y apoyos sociales— resulta esencial para mitigar esta doble carga oncológica.

En los años noventa, el cáncer de mama empezó a ser reconocido como una prioridad de salud pública en México. Aunque la NOM-014-SSA2-1994 (Secretaría de Salud, 1994) ya recomendaba la realización de mastografías cada dos años a mujeres de 40 años o más con factores de riesgo, dicha disposición nunca contó con el presupuesto necesario para garantizar su implementación en la atención primaria. En el año 2000, la Secretaría de Salud contaba únicamente con 63 mastógrafos para el tamizaje de cáncer de mama, con los cuales se efectuaron 43 065 estudios, cubriendo apenas el 0.77% de las mujeres de 40 años o más de la población abierta. Cada

equipo realizó en promedio 3.07 mastografías diarias, lo que significa que operó a tan sólo el 25% de su capacidad instalada por turno (Secretaría de Salud, 2002, pp. 22-23).

Posteriormente, en septiembre de 2003 se publicó la NOM-041-SSA2-2002 (Secretaría de Salud, 2003), que amplió los métodos de detección del cáncer de mama —incluyendo autoexploración, exploración clínica y mastografía— estableciendo estudios bianuales para mujeres de 40 a 49 años con al menos dos factores de riesgo<sup>4</sup> y mastografía anual para todas las mayores de 50, siempre que los recursos lo permitieran. Ese mismo año se incrementó significativamente la infraestructura: el parque de mastógrafos en instituciones públicas pasó de 120 en 2001 a 413 en 2006 (Martínez-Montañez, et al., 2009, p. 354).

Desde 2006, el cáncer de mama se posicionó como la principal causa de muerte por tumores malignos en mujeres mexicanas de 25 años o más, con más de 4 000 defunciones y una tasa de 15.8 fallecimientos por cada 100 000 mujeres —un incremento del 9.7% respecto a 2000. Entre ese año y 2006, los decesos crecieron de 3 455 a 4 461, lo que equivale a un aumento del 28.5%; en promedio, cada día fallecieron 12 mujeres, es decir, una cada dos horas (Secretaría de Salud, 2008, pp. 20-22).

El análisis geográfico revela que 11 entidades concentran la mitad de estas muertes en 2006. Se trata de estados del norte, occidente y zona centro del país con niveles socioeconómicos relativamente altos: Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas,

---

<sup>4</sup> La NOM-041-SSA2-2002 señala en el punto 7. Prevención primaria estableciendo lo siguiente: La prevención primaria del cáncer de mama se debe realizar mediante la información, orientación y educación a toda la población femenina sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud.

Las actividades de prevención están encaminadas al conocimiento de los siguientes factores de riesgo:

- Mujer mayor de 40 años,
- Historia personal o familiar de cáncer de mama,
- Nuligesta,
- Primer embarazo a término después de los 30 años,
- Antecedentes de patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica),
- Vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años), y
- Obesidad.

Sinaloa, Jalisco, Guanajuato y la Ciudad de México. A nivel municipal, Guadalajara ocupa el primer lugar en número de fallecimientos, seguida de las alcaldías Iztapalapa y Gustavo A. Madero en la Ciudad de México, y Monterrey en tercer sitio (Secretaría de Salud, 2008, p. 21).

De las 4 461 muertes registradas para ese año en mujeres de todas las edades, el 68% correspondió a mayores de 50 años, con una edad media de 58.3 años al momento del deceso. El riesgo de mortalidad aumenta considerablemente a partir de los 40 años, alcanzando su punto máximo en el grupo de 50 años o más (Secretaría de Salud, 2008, p. 21).

Un avance relevante fue la incorporación, desde el 1 de enero de 2007, de las mujeres sin seguridad social a un esquema de atención integral gratuita financiado por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, del que se han beneficiado más de 3 861 pacientes (Secretaría de Salud, 2008, p. 23). No obstante, tanto la creación de un Programa Nacional de Detección alineado con estándares internacionales como la mejora de los servicios de diagnóstico y atención para casos sintomáticos han progresado con lentitud, lo que explica la continuidad de la detección tardía de la enfermedad.

En 2012, el cáncer de mama causó 5 595 defunciones en mujeres de todas las edades, lo que equivale a una tasa bruta de 9.4 muertes por cada 100 000 mujeres y una edad media al fallecer de 58.96 años. Al concentrarse en el grupo de mujeres de 25 años o más, se contabilizaron 5 583 defunciones, con una tasa bruta de 17.1 por cada 100 000 mujeres.

Por su parte, el cáncer cervicouterino se mantuvo como la segunda causa de muerte oncológica en mujeres, con una incidencia anual estimada de 13 960 casos (23.3 por 100 000 mujeres). En 2012, esta enfermedad provocó 3 832 defunciones en la población femenina total, lo que representa una tasa de 6.4 por 100 000 mujeres y una edad promedio al deceso de 59.03 años. En el segmento de 25 años o más, la cifra de fallecimientos fue la misma (3 832), pero la tasa cruda ascendió a 11.8 defunciones por cada 100 000 mujeres (Secretaría de Salud, 2014, p. 25).

Entre las entidades federativas, Colima (23.9), Oaxaca (15.8), Veracruz (16.0), Morelos (16.1) y Chiapas (15.9) registraron las tasas más elevadas de mortalidad por cáncer cervicouterino (Secretaría de Salud, 2014, p. 26).

Entre 2000 y 2012, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en México creció un 21.3%, al pasar de 14.1 a 17.1 defunciones por cada 100 000 mujeres, lo que implicó un aumento de 3 419 a 5 583 muertes —un promedio de 180 fallecimientos adicionales cada año. Esta alza refleja, en gran medida, el envejecimiento de la población; al realizar el ajuste por edad, el incremento real de la tasa fue de apenas 5.15% (de 17.5 a 18.4). Durante el quinquenio 2007-2012 se planteó como objetivo mantener la mortalidad por debajo de 17.5, meta que se alcanzó al registrar una tasa de 17.1 por cada 100 000 mujeres (Secretaría de Salud, 2014, pp. 25-26).

En contraste, la mortalidad por cáncer de cuello uterino se redujo significativamente en ese mismo lapso: la tasa cruda descendió un 37.6%, de 18.9 a 11.8 por cada 100 000 mujeres, y las defunciones pasaron de 4 585 a 3 832.

De acuerdo con cifras oficiales, en 2022 se registraron en México 7 767 defunciones por tumor maligno de mama, lo que representó en ese año una tasa de mortalidad de 19.8 defunciones por esta causa, por cada 100 000 mujeres de 25 años y más, de tal suerte que el cáncer de mama constituye en nuestro país un problema de salud pública (Gobierno de México, 2024).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022, en México viven aproximadamente 20.6 millones de mujeres de entre 40 y 69 años. De este grupo, sólo el 20.2% (cerca de 4.2 millones) se sometió a una mastografía en el último año. De quienes accedieron al estudio, el 85.6% (3.6 millones) obtuvo el resultado, y el 5.6% de estos (aproximadamente 19 900 mujeres) recibió un diagnóstico positivo de cáncer de mama.

En cuanto a la infraestructura para realizar dichos estudios, en 2021 el país contaba con 1 281 mastógrafos distribuidos de la siguiente manera: 41.1% (527) en instituciones de salud y seguridad social; 36.1% (462) en establecimientos privados; y 22.8% (292) en servicios destinados a población sin acceso a seguridad social. Estos datos subrayan la necesidad de fortalecer la capacidad de tamizaje y de garantizar una cobertura equitativa a lo largo del territorio nacional.

## DetECCIÓN Y TAMIZAJE DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA

Desde el ámbito de las políticas públicas en salud, la reducción de los factores de riesgo poblacionales resulta esencial para disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer de mama. En este sentido, los programas gubernamentales deben promover prácticas de protección primaria —como la lactancia materna prolongada, una dieta rica en fibra, ejercicio físico regular, control del peso corporal y abstinencia de consumo excesivo de alcohol— así como desincentivar la automedicación con terapias hormonales sin supervisión médica (World Health Organization [WHO], 2021; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020).

Tradicionalmente, las estrategias para bajar la mortalidad se han basado en la detección temprana mediante la autoexploración, la exploración clínica por personal capacitado y la mastografía periódica. Sin embargo, la evidencia más reciente indica que la autoexploración por sí sola no reduce las muertes por cáncer de mama y puede aumentar la frecuencia de biopsias innecesarias, generando costos adicionales y potencial sobretratamiento (Montgomery et al., 2013).

La implementación de la mamografía como estrategia de tamizaje poblacional ha demostrado reducir la mortalidad por cáncer de mama al permitir la detección precoz en alrededor del 30% de los casos (Armstrong et al., 2007). Para que esta medida cumpla su propósito de salud pública, es esencial establecer y hacer cumplir estándares rigurosos de calidad en cada etapa del proceso —desde la calibración de los equipos hasta la capacitación continua del personal y la supervisión de los resultados—. En términos de política pública, esto implica diseñar un marco normativo que garantice la acreditación obligatoria de los centros de imagenología, prever mecanismos de auditoría periódica y asignar recursos específicos para el mantenimiento de la infraestructura y la formación de los profesionales de la salud. De este modo, se fortalece la eficacia del tamizaje y se optimiza la inversión pública en programas de prevención del cáncer de mama.

En consecuencia, las políticas de detección deben enfocar la autoexploración como un complemento de la mastografía, no como sustituto; orien-

tar a las mujeres sobre las características normales de su tejido mamario y enfatizar la necesidad de acudir de inmediato al servicio médico ante cualquier hallazgo sospechoso, sin generar expectativas de seguridad absoluta (International Agency for Research on Cancer Working Group on the Evaluation of Cancer Preventive Strategies, 2002).

Por su parte, la exploración clínica de la mama, realizada por profesionales con formación adecuada, ha demostrado contar con una sensibilidad y especificidad comparables a las de la mamografía en estudios limitados; no obstante, las mejoras tecnológicas recientes en imagenología —como la mamografía digital y la tomosíntesis— han elevado la eficacia diagnóstica del tamizaje poblacional, lo que refuerza la prioridad de las políticas públicas de salud a favor de la mamografía como método central de detección temprana (Barton et al., 2000).

## **Marco normativo en la atención del cáncer de mama en México**

El derecho a la protección de la salud está consagrado en el artículo 4.º de la Constitución mexicana y se concreta, entre otros instrumentos, a través de la Ley General de Salud (LGS). A pesar de ser el cáncer de mama la primera causa de muerte oncológica en mujeres mexicanas, hasta hoy el texto de la LGS no lo menciona de manera explícita entre las “materias de salubridad general”. Esta omisión ha generado vacíos interpretativos y desigualdades en la implementación de programas de prevención y tratamiento en las distintas entidades federativas.

En este contexto, la iniciativa de reforma de marzo de 2025 propone incorporar expresamente al cáncer de mama (junto con el de próstata) en la fracción XVI Ter del artículo 3.º de la LGS, con el fin de homogeneizar la rectoría federal y garantizar cobertura efectiva en todo el territorio nacional. El objetivo de este apartado es ofrecer una exposición detallada de:

1. La LGS como norma marco y sus principales artículos relacionados con el cáncer de mama, señalando lagunas y desafíos.

2. El Fondo de Salud para el Bienestar (antes Gastos Catastróficos) y sus implicaciones financieras.
3. El modelo subnacional de la Ciudad de México como ejemplo de buenas prácticas.
4. Los retos de política pública para asegurar un marco normativo cohesionado y eficiente.

## **Ley General de Salud (LGS)**

La Ley General de Salud (LGS) es la norma marco que materializa el derecho constitucional a la protección de la salud (art. 4.º de la Constitución). Promulgada en 1984, la LGS despliega el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud. A lo largo de cuatro décadas ha sido objeto de múltiples reformas que han ampliado sus competencias, creado fondos y regulado la organización del sistema nacional de salud. Sin embargo, la mención expresa de enfermedades específicas —como el cáncer de mama— no ha sido incorporada de manera literal en su redacción, lo cual contrasta con la gravedad epidemiológica de esta patología.

### **Artículo 3.º y la ausencia específica del cáncer de mama**

El artículo 3.º de la LGS enumera las “materias de salubridad general” sobre las que el Estado debe incidir de manera prioritaria. Aunque el inciso arquitectónico contempla las “enfermedades de gran impacto social”, no define una lista cerrada. En la práctica, la Secretaría de Salud ha interpretado este enunciado para regular técnicamente el cáncer de mama, pero la falta de textualidad ha permitido que algunas entidades federativas cuestionen la obligatoriedad de programas como la cobertura universal de mastografías.

## Otros artículos clave de la Ley General de Salud

Otros preceptos relevantes de la LGS son:

Artículo 2.º, fracciones I-V. Fija las finalidades del derecho a la salud —bienestar físico, prolongación de la vida y calidad de los servicios— y la “corresponsabilidad social” que presupone campañas de sensibilización para fomentar hábitos protectores (lactancia, actividad física, peso saludable).

Artículo 6.º. Enumera los objetivos del Sistema Nacional de Salud, entre ellos la cobertura universal con énfasis preventivo. De este mandato deriva la obligación de diseñar programas de tamizaje de mastografía y mecanismos de control de calidad.

Título Tercero Bis. Crea el Fondo de Salud para el Bienestar (antes Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos) para financiar enfermedades de alto costo. Los artículos 77 Bis 29-30 ordenan destinar recursos a padecimientos oncológicos siempre que hayan sido incluidos en el catálogo correspondiente.

Artículo 59. Promueve la participación social organizada en programas de salud y sirve de sustento legal para la formación de redes de sobrevivientes y grupos comunitarios.

La LGS ofrece un marco sólido de competencias —desde la promoción y prevención hasta el tratamiento y la rehabilitación—, pero la omisión literal del cáncer de mama en su articulado principal genera interpretaciones heterogéneas por parte de los gobiernos estatales. La reforma en trámite no sólo subsanará este vacío, sino que impulsará la armonización normativa y la corresponsabilidad presupuestal, disminuyendo las brechas de cobertura y calidad en la atención.

### **Fondo de Salud para el Bienestar: cobertura financiera y retos de sostenibilidad**

En el contexto de las reformas estructurales en materia de salud implementadas en 2019, el Congreso de la Unión aprobó modificaciones sustanciales a la Ley General de Salud, la Ley de Coordinación Fiscal y la Ley de los

Institutos Nacionales de Salud, dando origen al Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi). Esta nueva institución fue concebida como el órgano rector encargado de garantizar el acceso a servicios médicos para todas aquellas personas que no se encuentran afiliadas a esquemas tradicionales de seguridad social. En particular, en lo que respecta a la atención médica especializada de alta complejidad —el llamado tercer nivel—, se sustituyó el antiguo Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) por el Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi), con el objetivo de ampliar progresivamente la cobertura de intervenciones prioritarias en salud.

Cabe señalar que entre 2004 y 2019 el Seguro Popular operó como la política pública principal orientada a la atención de la población sin seguridad social. Hacia su etapa final, este esquema contaba con más de 51 millones de beneficiarios registrados. Con el arranque del Insabi, la población objetivo se amplió a aproximadamente 66 millones de personas. No obstante, datos disponibles indican que menos del 52% de dicha población se reconoció como usuaria efectiva del nuevo instituto, lo que representa una reducción neta de alrededor de 18 millones de personas respecto al modelo anterior (CIEP, 2021).

El Fonsabi, por su parte, tiene su antecedente en la reforma a la Ley General de Salud de 2003, que estableció los artículos 77 Bis 29 y 30 (LGS, 1984), configurándolo como un fideicomiso público orientado a la atención de enfermedades de alto costo, como el cáncer de mama. Este fondo tiene el mandato de evitar que los hogares sin seguridad social enfrenten gastos catastróficos, financiando de manera integral los procesos de diagnóstico (incluyendo mastografías, biopsias y estudios de imagen avanzada), tratamiento (cirugías oncológicas, quimioterapia, radioterapia y terapias dirigidas) y seguimiento clínico (consultas y pruebas de laboratorio).

La lógica de este modelo es garantizar el acceso universal a servicios oncológicos de calidad, reduciendo así las brechas de desigualdad en materia de salud. En 2018, se estimaba que 201 910 personas vivían con cáncer de mama, de las cuales el 35% recibía atención a través del IMSS, ISSSTE o del propio FPGC, lo que equivale a unos 70 539 casos. En ese año, el FPGC financió 7 400 tratamientos, lo que representó apenas el 3.7% de los casos estimados, con un costo total de 1 727 millones de pesos. De mantenerse esa tasa de cobertura, para el año 2035 se proyecta que el fondo atendería

a 14 565 personas, requiriendo un presupuesto estimado de 5 326 millones de pesos, es decir, 3.1 veces más que lo asignado en 2018 (CIEP, 2023, pp. 28-30).

Un segundo escenario proyecta un aumento considerable en la demanda: hasta 397 943 personas podrían requerir tratamiento para 2035, con un costo estimado de 145 532 millones de pesos, cifra que representa un incremento del 8 329% respecto al gasto de 2018 (CIEP, 2023, p. 31). En este escenario, el cáncer de mama se convertiría en la enfermedad con mayor costo para el sistema, superando hasta en 3.4 veces lo proyectado para el tratamiento del VIH.

Este panorama adquiere mayor relevancia si se considera la estructura fragmentada del sistema de salud en México, en el que el acceso a servicios médicos está determinado por la condición laboral y la capacidad de pago del individuo. Se identifican al menos cuatro segmentos poblacionales: (i) personas con recursos económicos suficientes que acceden a seguros privados; (ii) trabajadores formales y sus familias, afiliados a instituciones como el IMSS, ISSSTE o Pemex; (iii) población sin seguridad social, cubierta parcialmente por el Insabi; y (iv) un sector aún sin cobertura formal (CIEP, 2023, p. 6).

Aunque el fondo es denominado Fonsabi desde la reforma de 2019, es importante subrayar que las estimaciones de gasto incluidas en los diagnósticos financieros previos corresponden al periodo en el que aún se identificaba como FPGC. Bajo la administración del Seguro Popular, este fondo funcionó como un mecanismo de reserva financiera sin restricciones anuales, dirigido a financiar tratamientos de alto costo para enfermedades catastróficas. Su función fue esencial para garantizar el acceso a servicios de salud especializados a sectores históricamente excluidos del sistema formal.

En suma, la creación del Insabi y la transformación del FPGC en Fonsabi representan un cambio significativo en el diseño institucional del sistema de salud mexicano, que, si bien tiene objetivos ambiciosos de cobertura universal, enfrenta importantes desafíos de financiamiento, cobertura efectiva y sostenibilidad a mediano y largo plazo.

## Legislación local: el caso paradigmático de la Ciudad de México

La Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama (LAICM, 2011) surgió como una respuesta institucional a la creciente incidencia de esta enfermedad, la cual representa actualmente el tipo de cáncer más frecuente y con mayor mortalidad entre las mujeres en México y en el mundo. Ante esta realidad, el Distrito Federal (hoy Ciudad de México) impulsó desde 2011 un marco normativo con enfoque de salud pública y perspectiva de género, orientado a garantizar una atención integral, gratuita, oportuna y de calidad para las personas afectadas por esta enfermedad.

Este esfuerzo legislativo permitió la creación del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama, coordinado por la Secretaría de Salud local, que articula acciones en prevención, detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y vigilancia epidemiológica. Su objetivo principal es disminuir los índices de mortalidad y mejorar la calidad de vida de las mujeres, a través de una estrategia sustentada en evidencias científicas y normativas oficiales.

En 2022 (Congreso de la Ciudad de México, 2022) se propuso una reforma sustancial a esta ley, motivada por la necesidad de homologar el lenguaje jurídico al nuevo estatus de la Ciudad de México como entidad federativa autónoma, reconocido desde la Reforma Política de 2016. Esta actualización no fue meramente formal, sino que permitió fortalecer la operatividad del programa y su aplicación en coordinación con las alcaldías, instituciones académicas, organizaciones civiles e instancias de salud federal.

Uno de los avances relevantes fue la incorporación de disposiciones para la atención de personas transgénero y transexuales, ampliando así el acceso a servicios con un enfoque incluyente y no discriminatorio. También se establecieron lineamientos claros para la enseñanza de la autoexploración, la práctica gratuita de mastografías y la capacitación continua del personal de salud.

El Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa, órgano colegiado con participación del Poder Legislativo, la Secretaría de Salud, el Instituto de las Mujeres y representantes de la sociedad civil, garantiza la transparencia y la mejora continua del programa. Esta estructura ha sido

clave para consolidar una política pública sostenida que reconozca el derecho a la salud de las mujeres y la atención efectiva del cáncer de mama en el ámbito local.

En suma, la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama de la Ciudad de México es un ejemplo de legislación con enfoque preventivo, incluyente y basado en derechos humanos, que ha generado un andamiaje institucional importante en la lucha contra esta enfermedad, marcando un precedente en la política de salud pública del país.

### **Diagnóstico de la problemática y brechas institucionales**

A pesar de los avances médicos y técnicos en el tratamiento del cáncer de mama, en México persisten severas desigualdades que vulneran el derecho constitucional a la salud (art. 4.º CPEUM). En 2022, esta neoplasia fue responsable de 7 767 defunciones entre mujeres de 25 años o más, lo que equivale a una tasa de mortalidad de 19.8 por cada 100 000 habitantes en ese grupo etario. Estas cifras ubican al cáncer de mama como la primera causa de muerte oncológica en nuestro país desde 2006 y evidencian un patrón de diagnóstico tardío: sólo el 40% de los casos se detecta en etapas tempranas, cuando la supervivencia a cinco años supera el 99%.

Las barreras institucionales se manifiestan en varios niveles. Primero, la NOM-041-SSA2-2002/2011 prescribe tamizaje de mastografía bianual para mayores de 40 años, pero la insuficiente disponibilidad de mastógrafos —1 281 equipos al cierre de 2021— y su subutilización en el sector público limitan la cobertura efectiva. Segundo, el financiamiento para atención de alto costo, canalizado a través del Fondo de Salud para el Bienestar, atendió apenas el 3.7% de los casos estimados en 2018, con un gasto de 1 727 millones de pesos, dejando fuera a la gran mayoría de las pacientes. Tercero, la fragmentación del sistema de salud —dividido entre seguros privados, IMSS/ISSSTE, Insabi y población no asegurada— genera rutas dispares de acceso y duplica los costos administrativos.

La Ley General de Salud no incluye al cáncer de mama de forma expresa entre sus “materias de salubridad general” (art. 3.º), obligando a la Secretaria

ría de Salud a intervenir mediante criterios genéricos de “enfermedades de alta carga social” y permitiendo interpretaciones heterogéneas por parte de las entidades federativas. Estas brechas subrayan la necesidad de reformar el marco normativo para garantizar la coordinación federal-estatal, asegurar financiamiento progresivo y establecer plazos máximos en cada fase del proceso diagnóstico-terapéutico, con el fin de materializar el derecho a la salud de todas las mujeres.

### **Análisis de Proyecto de Decreto por el que se Reforman y Adicionan diversos Artículos a la Ley General de Salud, en Materia de Cáncer de Mama**

La propuesta legislativa de proyecto de reforma busca subsanar un vacío normativo crítico: el cáncer de mama no figura de manera explícita como materia de salubridad general en el artículo 3.º de la Ley General de Salud (LGS). Al adicionar la fracción XVI Ter, se consagra la “prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento” del cáncer de mama (y de próstata) como responsabilidad federal, evitando interpretaciones dispares entre entidades y blindando la rectoría nacional en esta materia al tenor de los siguientes puntos.

#### **Necesidad de la reforma**

La elevada mortalidad en etapas avanzadas (60% de diagnósticos tardíos), las brechas territoriales en cobertura de mastografía y el subregistro de casos de recurrencia demuestran que el marco actual no garantiza equidad ni calidad uniforme. Esta reforma es indispensable para:

- Dotar de claridad y peso legal a las acciones de tamizaje y tratamiento.
- Asegurar financiamiento congruente y sostenibilidad del Fondo de Salud para el Bienestar.

- Permitir un seguimiento epidemiológico riguroso que guíe la asignación eficiente de recursos y reduzca la carga socioeconómica del cáncer de mama en México.

<i>Eje</i>	<i>Disposición reformada</i>	<i>Alcance operativo</i>
<b>Tipificación como materia de salubridad general</b>	Art. 3.º fracc. XVI Ter	Obliga a la federación a formular políticas nacionales de CaMa y CaPr; vincula a los estados mediante los Convenios de Coordinación.
<b>Obligación programática</b>	Art. 6.º fracc. XIII	El Sistema Nacional de Salud debe diseñar política de educación, prevención y diagnóstico temprano, incluyendo riesgo de recurrencia.
<b>Corresponsabilidad federal-estatal</b>	Art. 9.º (párrafo 3º adicionado)	Las entidades implementarán el <b>Registro Nacional de Cáncer (RNCa)</b> con datos de incidencia y prevalencia por género.
<b>Actualización de Normas Oficiales</b>	Art. 13 A-I	La SSA deberá revisar periódicamente la NOM-041-SSA2 a la luz de la evidencia clínica global.
<b>Servicios básicos</b>	Art. 27 fracc. XII	Incluye la detección, infraestructura y tratamiento de los cánceres más prevalentes como <b>servicios esenciales</b> ; abre la puerta a litigio estratégico.
<b>Prevención escolar</b>	Art. 66 (párrafo 4.º)	Introduce políticas de prevención y detección en todos los niveles educativos.
<b>Educación para la salud</b>	Art. 112 fracc. III	Integra la prevención y diagnóstico de enfermedades oncológicas como contenido obligatorio en programas de promoción.
<b>Registro Nacional de Cáncer</b>	Art. 161 Bis + fracc. III	Añade la variable <b>riesgo de recurrencia</b> y obliga a estados e instituciones a enviar datos completos y de calidad.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se Reforman y Adicionan diversos Artículos a la ley General de Salud, en materia de Cáncer de Mama.

## Valoración crítica de los principales, cambios Fracción XVI Ter del artículo 3.º

La reforma subsana la laguna que impedía la homologación nacional del CaMa. Desde la perspectiva del federalismo sanitario, clarifica la competencia concurrente prevista en el artículo 73 fracc. XVI constitucional y habilita a la federación para: i) expedir NOM obligatorias; ii) condicionar transferencias presupuestales; iii) imponer sanciones administrativas vía la Cofepris.

## **Incorporación del riesgo de recurrencia en el RNCA**

La recurrencia es un predictor crítico de sobrevida y costo futuro. Incorporarlo al RNCA permite elaborar políticas de medicina personalizada y estimar recursos para terapias de alto precio. El reto será armonizar el registro con leyes de protección de datos y con la NOM-035-SSA3-2012 (sistemas de información en salud).

## **Actualización dinámica de la NOM-041**

Al exigir que la SSA verifique la actualización periódica de la NOM, el artículo 13 reformado introduce un principio de evidencia clínica viva. No obstante, la iniciativa no fija plazos ni mecanismos de financiamiento para la revisión; ello podría generar rezago, como ha ocurrido con la incorporación del tomo síntesis 3D o los biomarcadores genómicos.

## **Servicios básicos de salud (art. 27)**

Elevar la prevención y tratamiento de CaMa a la categoría de “servicio básico” refuerza su justiciabilidad: ante la carencia de mastografías o medicamentos, las pacientes podrían demandar a la autoridad por violación de un derecho legalmente reconocido. Sin embargo, la reforma debería incluir tiempos máximos de acceso para materializar la exigibilidad.

La iniciativa analizada representa un avance normativo decisivo: visibiliza el cáncer de mama en la LGS fortalece la rectoría federal, amplía el Registro Nacional de Cáncer e integra la prevención oncológica en la educación formal. Para traducir este marco legal en beneficios tangibles es imprescindible asegurar financiamiento progresivo, establecer metas temporales y fortalecer la fiscalización ciudadana. Con las recomendaciones aquí expuestas, México daría un paso firme hacia la garantía efectiva del derecho a la salud de las mujeres, alineándose con los estándares internacionales de justicia sanitaria y equidad de género.

## Conclusiones

Este análisis ha puesto de manifiesto que, aunque México cuenta con un andamiaje jurídico e institucional detallado —la Ley General de Salud, la NOM-041-SSA2, el Fondo de Salud para el Bienestar y la legislación pionera de la Ciudad de México— subsisten vacíos críticos que limitan la eficacia de la respuesta al cáncer de mama. La ausencia de una mención expresa en el artículo 3.º de la LGS, el subfinanciamiento crónico que deja fuera al 96.3% de los casos estimados, la heterogeneidad territorial en cobertura de mastografía y la falta de plazos máximos de atención han generado interpretaciones dispares y desigualdades en el acceso a servicios oncológicos. Por contraste, la experiencia de la Ciudad de México demuestra que, al conjugar gratuidad, protocolos unificados y vigilancia ciudadana, es posible elevar la equidad y la calidad de la atención. En conjunto, los hallazgos subrayan la urgencia de reformar la LGS para tipificar al cáncer de mama como materia de salubridad general, dotar al Fondo de Salud de progresividad presupuestal y establecer un registro nacional interoperable con indicador de riesgo de recurrencia, garantizando así un sistema de salud más cohesionado y justo.

De acuerdo con lo anterior la propuesta de las líneas de trabajo futuro deben centrarse en tres frentes: a) desarrollar un reglamento que fije plazos de 21 días para el diagnóstico y 30 días para el inicio de terapia; b) modelar económicamente la incorporación de terapias innovadoras para anticipar la carga presupuestal hasta 2035; y c) diseñar un tablero público de indicadores interoperable con los registros estatales, que permita evaluar cobertura, calidad y equidad en tiempo real. Estas acciones —jurídicas, financieras y tecnológicas— son indispensables para que la reforma se traduzca en menor mortalidad y mejor calidad de vida para las mujeres mexicanas.

## Referencias

Armstrong, K., Moye, E., Williams, S., Berlin, J. A., y Reynolds, E. (2007). Screening mammography in women 40-49 years of age: Systematic review for the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 146(7), 516-526.

- Asamblea Legislativa del Distrito Federal. (21 de enero de 2011). Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal, (1017). <https://www.congresocdmx.gob.mx/archivo-44c32a03ea40c470d1a0aad92d58a5cea3e375c5.pdf>.
- Barton, M. B., Fletcher, S. W., y Harris, R. (2000). Clinical breast examination for detecting breast cancer. *JAMA*, 283(13), 1687-1689.
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). (2021). Cáncer de mama: El costo de la atención y su financiamiento en México. Ciudad de México: CIEP. Recuperado el 18 de mayo de 2025 de <https://ciep.mx/cancer-de-mama-financiamiento-2021/>
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A. C. (2023). Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi): Costos, cobertura y proyecciones 2035. Consultado el 20 de marzo de 2025 en <https://ciep.mx/wp-content/uploads/2023/05/Fondo-de-Salud-para-el-Bienestar.-Costos-cobertura-y-proyecciones-2035..pdf>.
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A. C. (2019). Consideraciones de impacto presupuestario ante la iniciativa de creación del Insabi. Consultado el 20 de marzo de 2025 en <https://ciep.mx/wp-content/uploads/2023/05/Fondo-de-Salud-para-el-Bienestar.-Costos-cobertura-y-proyecciones-2035..pdf>.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2024, octubre). Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama en México (1.ª ed.). Secretaría de Salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/952441/Lineamiento\\_T\\_cnico\\_PDTCVE\\_CaMa\\_en\\_M\\_xico.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/952441/Lineamiento_T_cnico_PDTCVE_CaMa_en_M_xico.pdf)
- Congreso de la Ciudad de México. (2022, 17 de noviembre). Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman diversas disposiciones de la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal. Consultado en <https://www.congresocdmx.gob.mx/iniciativas-210-7.html>.
- Edge, S. B., y Compton, C. C. (2010). The American Joint Committee on Cancer: The 7th edition of the AJCC Cancer Staging Manual and the future of TNM. *Annals of Surgical Oncology*, 17(6), 1471-1474.
- Gobierno de México. (2024). Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Recuperado el 15 de mayo de 2025 de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/sala\\_prensa/aproposito/2024/EAP\\_CancerMama24.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/sala_prensa/aproposito/2024/EAP_CancerMama24.pdf)
- Hanahan, D., y Weinberg, R. A. (2011). Hallmarks of cancer: The next generation. *Cell*, 144(5), 646-674. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2011.02.013>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). Cáncer de mama, una prioridad para la salud de las mexicanas. Recuperado el 22 de abril de 2025 de <https://www.insp.mx/avisos/5090-cancer-mama-mexico.html>
- International Agency for Research on Cancer Working Group on the Evaluation of Cancer Preventive Strategies. (2002). Efficacy of screening by breast self-examina-

- tion. En H. Vainio y F. Bianchini (eds.), *Breast Cancer Screening* (pp. 107-113). IARC Press.
- Martínez-Montañez, O. G., Uribe-Zúñiga, P., y Hernández-Ávila, M. (2009). Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*, 51(supl. 2), s350-s360. Consultado el 2 de mayo de 2025 en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000800028&lng=es&tln-g=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800028&lng=es&tln-g=es).
- Méndez Méndez, J. S., y Llanos Guerrero, A. (2021). De Seguro Popular a Insabi: Mayor población con menor atención. Consultado el 20 de marzo de 2025 en <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/>
- Montgomery, K., Spletstoeszer, T., y Carrillo, G. (2013). Socioeconomic barriers to breast cancer screening and treatment in developing nations. *Journal of Global Oncology*, 5(2), 112-125. <https://doi.org/10.1200/JGO.2013.00456>
- Secretaría de Salud. (2014). Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018: Programa Sectorial de Salud. Secretaría de Salud. Consultado en [http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldelCancerdeLaMujer\\_2013\\_2018.pdf](http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/PrevencionyControldelCancerdeLaMujer_2013_2018.pdf).
- Secretaría de Salud. (2008). Programa de acción específico 2007-2012: Cáncer de mama. Secretaría de Salud. Consultado el 16 de abril de 2025 en [http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/pae\\_cama.pdf](http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/pae_cama.pdf).
- Secretaría de Salud. (2003, 17 de septiembre). Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. *Diario Oficial de la Federación*. Consultado el 21 de mayo de 2025 en <http://sidof.segob.gob.mx/notas/690524>
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa de acción: cáncer de mama*. Secretaría de Salud. Consultado el 1 de abril de 2025 en <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7105.pdf>.
- Secretaría de Salud. (1994, 6 de junio). Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria. *Diario Oficial de la Federación*. Consultado el 21 de mayo de 2025 en <http://sidof.segob.gob.mx/notas/4700988>.
- Secretaría de Salud. (1984). Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*. Consultado el 20 de marzo de 2025 en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/422611/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/422611/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf).
- World Health Organization. (26 de marzo de 2021). Breast cancer: prevention and control. Recuperado el 10 de abril de 2025 de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

