



INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONA UN CAPÍTULO III TER AL TÍTULO OCTAVO DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN OPORTUNA Y ATENCIÓN AL CÁNCER.

Los que suscriben, Senadores **José Manuel Cruz Castellanos**, integrante del Grupo Parlamentario de Morena, y **Luis Donald Colosio Riojas**, integrante del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano en la LXVI Legislatura del Honorable Congreso de la Unión, conforme a lo dispuesto en el artículo 71, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por el artículo 8, numeral 1, fracción I, del Reglamento del Senado de la República, sometemos a consideración de esta honorable asamblea, la presente Iniciativa con proyecto de decreto por el que se adiciona un Capítulo III Ter al Título Octavo de la Ley General de Salud al tenor de la siguiente:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Introducción

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y nacional, cuyo impacto creciente exige una respuesta robusta del sistema jurídico y sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en 2020 el cáncer causó cerca de 10 millones de muertes, aproximadamente una de cada seis defunciones globales¹. En México, los tumores malignos figuran consistentemente entre las primeras tres causas de muerte (junto con enfermedades cardíacas y diabetes)², con más de 90 mil defunciones anuales atribuibles al cáncer (8% del total) según datos recientes del INEGI. Estas cifras evidencian que el cáncer constituye no solo un problema clínico, sino un desafío de salud pública y desarrollo sostenible, estrechamente ligado al derecho humano a la protección de la salud consagrado en el artículo 4º de la Constitución.

Pese a avances en políticas sanitarias, la realidad nacional refleja diagnósticos tardíos, interrupción de tratamientos, escasez de medicamentos oncológicos y marcadas desigualdades regionales en acceso a servicios especializados. Estas fallas estructurales vulneran derechos fundamentales de los pacientes con cáncer y sus familias. Asociaciones civiles mexicanas, como la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer (AMLCC) y la coalición “Juntos contra el Cáncer” (que aglutina más de 50 organizaciones), han documentado y denunciado estas brechas, convirtiendo la

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

² https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024_CP_ene-dic.pdf



voz de los pacientes en propuestas concretas de cambio normativo. En particular, la AMLCC ha advertido que la insuficiencia de recursos financieros y humanos en el sistema público, agravada por recortes presupuestarios recientes, ha mermado gravemente los programas de detección temprana y tratamiento oncológico.

Estas deficiencias ponen de manifiesto vacíos legales en la Ley General de Salud (LGS), la cual no contiene aún un capítulo específico dedicado al cáncer ni considera explícitamente esta enfermedad como materia de salubridad general prioritaria. Tal omisión limita la planificación estratégica y la asignación sostenida de recursos para una atención oncológica integral.

Es en este contexto que se propone reformar la Ley General de Salud mediante la adición de un Capítulo específico sobre prevención, detección oportuna y atención integral del cáncer. La presente exposición de motivos sistematiza los fundamentos técnicos, científicos y jurídicos –tanto internacionales como nacionales– que sustentan dicha reforma. Se demuestra la necesidad impostergable de actualizar el marco normativo mexicano en armonía con: (1) las directrices y recomendaciones de organismos internacionales especializados (OMS, Organización Panamericana de la Salud, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer), (2) las mejores prácticas y leyes de países comparables que han desarrollado políticas públicas sólidas contra el cáncer, y (3) las propuestas emanadas de la sociedad civil organizada en México para fortalecer el sistema oncológico. Cada disposición propuesta en el nuevo capítulo se vincula con evidencia científica, epidemiológica y normativa que la respalda, garantizando así que la reforma esté cimentada en conocimiento actualizado y en los compromisos del Estado mexicano en materia de salud.

El Cáncer como Prioridad de Salud Pública: Fundamentos Científicos y Directrices Internacionales

El reconocimiento del cáncer como prioridad de salud pública está sólidamente sustentado en recomendaciones oficiales de alcance global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha liderado un esfuerzo internacional para enfrentar las enfermedades no transmisibles (ENT) –entre ellas el cáncer– mediante el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las ENT 2013-2020, prorrogado hasta 2030 por la Asamblea Mundial de la Salud en 2019³. Este plan y su hoja de ruta 2023-2030 establecen metas cuantificables (nueve metas mundiales) para reducir la carga de las ENT, alineadas con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.4 (reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT hacia 2030). El cáncer ocupa un lugar central en dichas estrategias, al ser responsable de una porción significativa de la mortalidad

³ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>



prematura. La OMS enfatiza un enfoque integral que abarque la prevención primaria, la detección temprana, el tratamiento adecuado y los cuidados paliativos, bajo el liderazgo gubernamental y con la participación de todos los sectores de la sociedad.

Entre las recomendaciones técnicas clave de la OMS, basadas en evidencia epidemiológica, destacan las siguientes:

- Prevención primaria mediante control de factores de riesgo: Hasta un 30-50% de los casos de cáncer son prevenibles evitando exposiciones nocivas y adoptando intervenciones de eficacia probada⁴. En efecto, aproximadamente un tercio de las muertes por cáncer se atribuye a cinco factores de riesgo comportamentales y dietéticos modificables: el consumo de tabaco, la obesidad y sobrepeso (alta masa corporal), el uso nocivo de alcohol, la dieta no saludable (baja ingesta de frutas y verduras) y la inactividad física. Adicionalmente, la contaminación del aire figura como factor contribuyente al cáncer de pulmón. La OMS, a través de su agencia especializada (IARC), mantiene actualizada la clasificación de agentes carcinógenos (físicos, químicos y biológicos) para orientar políticas regulatorias. Sobre esta base, se exhorta a los países a implementar políticas públicas costo-efectivas: control estricto del tabaco (impuestos, espacios libres de humo, advertencias sanitarias), promoción de dieta saludable y ejercicio, reducción del consumo de alcohol, vacunación contra virus oncogénicos (VPH y hepatitis), y control de exposiciones ocupacionales y ambientales⁵. Estas medidas preventivas no solo reducen la incidencia de cáncer, sino que alivian la carga financiera futura sobre los sistemas de salud.
- Detección precoz y tamizaje poblacional: Dado que muchos cánceres tienen alta probabilidad de curación si se detectan a tiempo y se tratan adecuadamente, la OMS y la OPS instan a fortalecer los programas de cribado y diagnóstico oportuno. La evidencia muestra que diagnosticar el cáncer en etapas iniciales mejora dramáticamente las tasas de supervivencia y puede lograrse mediante la combinación de estrategias: campañas de concientización de síntomas, eliminación de barreras de acceso a la atención, y programas organizados de tamizaje para cánceres de alta prevalencia (mama, cuello uterino, colon)⁶. Por ejemplo, la OMS reconoce la mamografía periódica

⁴ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

⁵ <https://www.paho.org/es/temas/cancer>

⁶ <https://www.paho.org/en/campaigns/world-cancer-day-2020-i-am-and-i-will>

para mujeres de cierto grupo de edad como el método más eficaz para detectar cáncer de mama tempranamente, reduciendo mortalidad; de igual modo, la citología cervical o prueba de VPH para el cáncer cervicouterino, y la colonoscopia o sangre oculta en heces para el cáncer colorrectal, han demostrado impacto positivo en la sobrevivencia poblacional⁷. La detección temprana no solo salva vidas sino que es costeable: tratar cánceres en estadios iniciales resulta mucho menos oneroso que en etapas avanzadas, al evitar terapias complejas de alta especialidad. De ahí que la OMS recomiende integrar servicios de tamizaje y diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención, acercándolos a la comunidad para maximizar su alcance⁸.

- Acceso a tratamiento integral y cuidados paliativos: Una vez diagnosticado el cáncer, la respuesta sanitaria debe asegurar tratamiento oportuno, efectivo y centrado en el paciente. La OMS subraya que invertir en una mejor gestión de las ENT, incluido el cáncer, es una de las intervenciones más rentables en salud pública, especialmente cuando se brinda atención en etapas iniciales. Esto implica fortalecer las capacidades del sistema para ofrecer tratamientos oncológicos de calidad (cirugía oncológica, radioterapia, quimioterapia y nuevas terapias) sin demora indebida, en instituciones adecuadamente equipadas y con personal especializado. Igualmente, los cuidados paliativos forman parte esencial de la atención integral: se debe garantizar el alivio del dolor y el manejo de síntomas en todos los niveles, así como apoyo psicosocial, espiritual y de rehabilitación física para el paciente y su familia. La OMS reconoce que el acceso a cuidados paliativos es parte del derecho a la salud y exhorta a los países a eliminar barreras al uso médico de analgésicos opioides y a integrar estos cuidados desde fases tempranas de la enfermedad.
- Información epidemiológica y planeación basada en evidencia: Un control efectivo del cáncer requiere sistemas de información robustos. La OMS, a través de la IARC, impulsa la creación de registros poblacionales de cáncer en los países como herramienta fundamental para conocer la carga de enfermedad, monitorear tendencias y evaluar la eficacia de las intervenciones⁹. El Informe Mundial sobre el Cáncer 2020 (elaborado por IARC) enfatiza que la

⁷ <https://www.cancerdepancreas.mx/2024/08/30/por-cuidados-mas-justos-hacia-una-ley-general-de-cancer-en-mexico/>

⁸ <https://www.gov.uk/government/calls-for-evidence/shaping-the-national-cancer-plan/shaping-the-national-cancer-plan>

⁹ <https://www.iarc.who.int/world-cancer-report-history/>



investigación en prevención y la recolección de datos de calidad son pilares para orientar la toma de decisiones. Este informe multidisciplinario, con participación de cientos de científicos, recalca que aproximadamente la mitad de todos los cánceres a nivel mundial podrían evitarse aplicando el conocimiento existente en prevención. Asimismo, identifica diez intervenciones clave que los países deben considerar para frenar la creciente carga de cáncer, agrupadas en dominios de: a) reducir exposiciones de riesgo (por ejemplo, control del tabaco y obesidad), b) implementar programas de detección temprana de eficacia probada (como los tamizajes mencionados), y c) asegurar sistemas de salud preparados para ofrecer tratamiento y cuidados continuos de alta calidad (incluyendo capacitación de recursos humanos, insumos esenciales accesibles y financiamiento sostenible). Estos lineamientos guían a las naciones a desarrollar planes nacionales de control del cáncer integrales, con metas medibles de reducción de incidencia y mortalidad.

En el ámbito regional de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha complementado las directrices globales con orientaciones técnicas ajustadas a nuestro contexto. La OPS destaca que en la Región hubo 4.2 millones de casos nuevos de cáncer en 2022, proyectando un aumento del 60% para 2045, lo que implica pasar a 6.7 millones de casos anuales. El cáncer ya es la segunda causa de muerte en las Américas (1.4 millones de decesos en 2022), casi la mitad de ellos en personas menores de 70 años. Ante esta realidad, la OPS promueve estrategias integrales de control del cáncer que los países miembros deben adoptar con carácter prioritario:

- En prevención, la OPS urge a reducir el consumo de tabaco y alcohol mediante medidas fiscales y regulatorias contundentes, promueve políticas para mejorar la nutrición y la actividad física en la población, e impulsa la vacunación universal contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en adolescentes (para prevenir el cáncer cervicouterino) y contra hepatitis B (para prevenir cáncer hepático). Asimismo, recomienda programas de educación masiva sobre estilos de vida saludables, dado que se estima que 40% de los casos de cáncer podrían prevenirse eliminando los factores de riesgo clave en la población. La OPS recalca que políticas intersectoriales (educación, ambiente, impuestos) son necesarias para modificar entornos obesogénicos y reducir la exposición a carcinógenos ocupacionales y ambientales.
- En detección temprana, la OPS alienta a organizar programas de tamizaje poblacional efectivos. Específicamente, recomienda que los sistemas de salud institucionalicen el tamizaje cervical (mediante pruebas de VPH o citologías) y aseguren la cobertura de mamografías para mujeres en edades de riesgo,

complementado con la detección temprana del cáncer colorrectal en adultos. Muchos países de la región aún presentan cobertura insuficiente de estos tamizajes, lo cual la OPS identifica como un obstáculo a superar con urgencia. El dato regional muestra que solo un tercio de las mujeres latinoamericanas acceden a tamizaje de cáncer cervicouterino y de mama con la periodicidad recomendada, situación que debe mejorar para lograr que al menos 70% de los casos de cáncer se diagnostiquen en etapas tempranas, meta alineada con las estrategias de la OMS. La OPS también enfatiza la capacitación de personal de primer nivel para reconocer signos de alarma y acortar los tiempos desde la sospecha diagnóstica hasta la confirmación y derivación.

- En atención y cuidados, la OPS propugna por mejorar la calidad y el acceso a los servicios oncológicos en todos los países miembros. Esto incluye fortalecer los servicios de diagnóstico (patología, radiología) para que sean oportunos y precisos, garantizar la disponibilidad asequible de medicamentos esenciales de quimioterapia (negociando precios y promoviendo compras consolidadas regionales), e incorporar progresivamente las innovaciones terapéuticas costo-efectivas. Asimismo, la OPS impulsa la expansión del acceso a cuidados paliativos a través de la integración de estos servicios en la atención primaria y la eliminación de trabas normativas para el uso de analgésicos opioides. En palabras de la OPS, cada país debe demostrar la necesidad de invertir en la detección, el tratamiento y la investigación del cáncer, convenciendo a los hacedores de políticas de que dichas inversiones salvan vidas y son socialmente rentables. Esto conlleva formar profesionales oncológicos calificados, descentralizar la atención (acercándola a comunidades apartadas) y crear redes integradas de servicios oncológicos que aseguren la continuidad de la atención del paciente a lo largo de todo el curso de la enfermedad.

En suma, las orientaciones internacionales –OMS/OPS– aportan un marco de referencia sólido para la reforma que planteamos. La incorporación de un capítulo especial sobre cáncer en la LGS responderá al llamado de estos organismos a institucionalizar las acciones contra el cáncer dentro de las políticas estatales. México, como Estado miembro de la OMS y suscriptor de instrumentos internacionales de derechos humanos (como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Americana de Derechos Humanos), tiene la obligación jurídica de adoptar medidas efectivas para enfrentar los principales problemas de salud que aquejan a su población, entre ellos el cáncer. Al hacerlo, estará alineándose con el Plan de Acción Mundial contra ENT, con las metas del Informe Mundial del Cáncer 2020, y con iniciativas específicas como la Agenda 2030 y la Estrategia Global para Acelerar la Eliminación del Cáncer Cervicouterino. Además, la reforma propuesta se nutre de los aportes técnicos del Centro

Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC), ente líder en generar evidencia científica sobre causas de cáncer, estrategias de prevención e incidencia global. La IARC no solo produce conocimiento (p. ej. clasificaciones de carcinógenos, estadísticas GLOBOCAN) sino que colabora con regiones, como demuestra el desarrollo conjunto con OPS del Código Latinoamericano y Caribeño contra el Cáncer, un compendio de 17 acciones recomendadas para prevenir el cáncer adaptadas a nuestra realidad subregional. Dicho código provee orientación para políticas públicas en temas que van desde la protección contra agentes cancerígenos laborales hasta la promoción de la vacunación y los estilos de vida saludables, principios que subyacen en esta iniciativa legislativa.

Experiencias Internacionales: Marcos Normativos y Políticas Públicas contra el Cáncer

La reforma propuesta también se encuentra respaldada por la experiencia comparada de diversos países que han establecido marcos normativos, leyes y estrategias nacionales exitosas de combate al cáncer. Analizar estos casos enriquece esta exposición de motivos, pues permite identificar estándares internacionales de política pública oncológica y adaptarlos al contexto mexicano. A continuación, se sintetizan las medidas más relevantes adoptadas en Francia, Reino Unido, Canadá, Chile y Colombia, naciones con sistemas de salud y niveles de desarrollo de interés, que han enfrentado el desafío del cáncer mediante respuestas integrales.

Francia: Este país ha sido pionero en la formulación de Planes Nacionales contra el Cáncer de carácter multisectorial. Desde 2003 a la fecha ha implementado sucesivos planes quinquenales (Plan Cáncer I 2003-2007, II 2009-2013, III 2014-2019 y una nueva Estrategia decenal 2021-2030), con fuerte respaldo político al más alto nivel. Los planes franceses abarcan desde la prevención hasta la reinserción social del paciente sobreviviente, y se caracterizan por promover la equidad en el acceso a la atención oncológica en todo el territorio. El Plan 2014-2019, por ejemplo, estableció explícitamente el objetivo de brindar “las mismas oportunidades a todos, en todas partes de Francia, en la prevención y lucha contra el cáncer”¹⁰. Esto llevó a medidas como la distribución equitativa de equipos de radioterapia y especialistas oncológicos en regiones rezagadas, y la creación de circuitos de referencia rápidos para diagnósticos. Asimismo, Francia incorporó políticas novedosas de protección al paciente: el plan mencionado incluyó medidas para proteger el empleo de las personas con cáncer, reconociendo que un diagnóstico oncológico no debe traducirse en pérdida del sustento económico. El presidente en ese momento, François

¹⁰ Plan Cancer 2014-2019: Guérir et prévenir les cancers: donnons les mêmes chances à tous, partout en France (2015), Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de Droits des Femmes.

Hollande, subrayó que un tercio de las personas trabajadoras diagnosticadas con cáncer pierde su empleo antes de dos años, lo cual calificó de inaceptable. En respuesta, se impulsaron directrices para prohibir la discriminación laboral por causa de cáncer, flexibilizar tiempos de trabajo durante tratamientos y garantizar capacitación para la reinserción laboral. Muchas de estas directrices posteriormente se plasmaron en normativa (“derecho al olvido oncológico”, que impide a aseguradoras y bancos considerar antecedentes de cáncer pasados un cierto tiempo). Francia también ha legislado en temas como la protección ante carcinógenos ambientales y ocupacionales: el Plan Cáncer III fijó como Objetivo 12 la prevención de cánceres de origen laboral/ambiental, con acciones de regulación estricta de sustancias y sustitución de agentes cancerígenos en lugares de trabajo. Esto respondió a datos nacionales que estimaban entre 14,000 y 30,000 nuevos casos de cáncer al año relacionados con exposiciones laborales. En resumen, la experiencia francesa evidencia la importancia de un marco estratégico nacional con metas definidas, financiamiento adecuado y abordaje transversal (salud, trabajo, educación) para combatir el cáncer, así como la consagración en norma de derechos para pacientes (no discriminación, atención digna) y obligaciones para el Estado.

Reino Unido: En el Reino Unido (particularmente Inglaterra) la política contra el cáncer se articula principalmente a través de estrategias sanitarias nacionales y planes del Servicio Nacional de Salud (NHS) más que en leyes específicas. No obstante, dichas estrategias han adquirido un carácter de norma programática de obligatorio cumplimiento para el NHS, con metas ambiciosas fijadas por el gobierno y evaluadas públicamente. Un hito fue el NHS Cancer Plan 2000, primera estrategia integral contra el cáncer en Inglaterra, seguida por la Cancer Reform Strategy de 2007 y la estrategia de 2015 (Achieving World-Class Cancer Outcomes: 2015-2020). Actualmente, la visión se enmarca en el Plan a 10 Años para el Cáncer que el gobierno británico ha venido conformando con amplia consulta desde 2022, complementado por las metas específicas del NHS Long Term Plan 2019. Los ejes rectores en el Reino Unido han sido: prevención poblacional intensiva, diagnóstico temprano, disminución de tiempos de espera, acceso equitativo a tratamientos de vanguardia y supervivencia con calidad de vida¹¹. Por ejemplo, la estrategia inglesa plantea una transformación del modelo de atención con tres grandes cambios (“shifts”): pasar de un enfoque curativo a uno preventivo, de la atención centrada en hospitales a la atención cercana a la comunidad, y de sistemas analógicos a sistemas digitales. En prevención, reconoce que alrededor del 40% de los cánceres son actualmente prevenibles adoptando medidas proactivas sobre los principales factores de riesgo (tabaco, alcohol,

¹¹ <https://www.gov.uk/government/calls-for-evidence/shaping-the-national-cancer-plan/shaping-the-national-cancer-plan>

obesidad, sedentarismo, radiación UV y contaminación). Consecuentemente, se han reforzado campañas antitabaco (el Reino Unido tiene una de las prevalencias de fumado más bajas de Europa tras décadas de medidas estrictas) y se discuten impuestos a bebidas azucaradas y etiquetados más claros para alimentación, entre otras acciones. En diagnóstico temprano, el NHS ha implementado iniciativas innovadoras como los Cancer Screening Programmes de nueva generación (p. ej. la introducción de test inmunoquímicos en tamizaje de cáncer colorrectal) y los Chequeos Pulmonares Dirigidos (Lung Health Checks) en poblaciones de alto riesgo, que han logrado detectar miles de cánceres de pulmón en estadios I-II en comunidades desfavorecidas. La premisa es que si el cáncer no puede prevenirse, detectarlo pronto es la mejor herramienta para vencerlo; por ello, la meta inglesa para 2028 es diagnosticar el 75% de los cánceres en estadios I-II. Para lograrlo se está ampliando el acceso diagnóstico mediante Centros Comunitarios de Diagnóstico de libre referencia y pruebas de auto-toma enviadas al hogar (ej. tests de VPH y sangre oculta). En cuanto a tratamiento, el Reino Unido asigna gran importancia a la innovación y la equidad: existe un fondo especial (Cancer Drugs Fund) para financiar medicamentos oncológicos innovadores mientras se evalúa su costo-efectividad, evitando retrasos en su disponibilidad. La estrategia también apunta a acortar los tiempos de espera: se han establecido estándares garantizados, por ejemplo, que ningún paciente espere más de 2 semanas entre la referencia por sospecha y la consulta especializada, o más de 31 días desde decisión de tratamiento hasta su inicio. Si bien el Reino Unido reconoce rezagos en supervivencia comparado con otros países europeos, los planes recientes se comprometen a elevar las tasas de supervivencia a estándares de los mejores del mundo mediante estas acciones integrales. Cabe resaltar la preocupación británica por la vida después del cáncer: la estrategia incorpora explícitamente el apoyo a sobrevivientes (seguimiento a largo plazo, manejo de secuelas, atención primaria capacitada para ello, y protección contra discriminación). Todo lo anterior no está contenido en una única ley, pero sí en lineamientos oficiales y compromisos gubernamentales con fuerza vinculante, cuya experiencia demuestra la importancia de fijar metas nacionales claras en cáncer y de proveer los recursos para alcanzarlas.

Canadá: La respuesta canadiense al cáncer se apoya en una estructura única: la Estrategia Canadiense para el Control del Cáncer, implementada a través de un organismo autónomo sin fines de lucro creado por el gobierno federal, la Canadian Partnership Against Cancer (CPAC). Debido a su sistema federal, Canadá carece de un programa nacional de salud unificado (cada provincia administra su propio plan), pero el gobierno central estableció desde 2006 una estrategia marco consensuada con



provincias y expertos¹². Esta estrategia nacional fue actualizada en 2019 fijando un plan de acción decenal (2019-2029) con prioridades claras. El proceso de actualización involucró la consulta a más de 7,500 canadienses, incluidos pueblos indígenas, sobrevivientes, profesionales y responsables políticos, asegurando un enfoque inclusivo. El resultado es una estrategia orientada al futuro que identifica ocho prioridades con acciones específicas para fortalecer la atención del cáncer en Canadá, todas ellas dirigidas a lograr cuatro metas generales: (1) equidad en el acceso a atención de calidad, (2) disminución del número de personas que desarrollan cáncer, (3) aumento de la supervivencia al cáncer, y (4) mejor calidad de vida para quienes se ven afectados por la enfermedad. La equidad es un eje transversal: se reconoce que ciertos grupos (Poblaciones indígenas –Primeras Naciones, Inuit y Métis–, comunidades rurales, inmigrantes recientes y minorías racializadas) han sido históricamente desatendidos por el sistema oncológico. Por ello, la estrategia incluye acciones focalizadas para eliminar disparidades, por ejemplo, adaptando programas de tamizaje a comunidades remotas, incorporando navegadores culturales para pacientes indígenas y recopilando datos étnicos para identificar brechas. En términos de prioridades específicas, Canadá identificó cinco grandes áreas de acción que resuenan con lo que esta reforma busca en México¹³:

- 1) Prevención del cáncer en la población: intensificar la lucha antitabaco (Canadá tiene uno de los entornos regulatorios más estrictos del mundo en empaquetado neutro y advertencias), promover estilos de vida saludables y otras prácticas comprobadas de reducción de riesgo.
- 2) Detección más rápida, precisa y temprana: asegurar que ante una sospecha de cáncer el diagnóstico se obtenga sin demoras (mediante vías rápidas de referencia, tiempos máximos de espera garantizados) y ampliar el tamizaje organizado en población general para detección precoz. Un ejemplo es el programa nacional de tamizaje colorrectal implementado en todas las provincias bajo estándares comunes.
- 3) Atención de alta calidad en un sistema sostenible de clase mundial: diseminar las mejores prácticas en todos los centros, eliminar intervenciones ineficaces o redundantes y evaluar continuamente el desempeño del sistema oncológico. Esto incluye un énfasis en la sostenibilidad financiera a largo plazo, priorizando

¹² <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/06/Canadian-Strategy-Cancer-Control-2019-2029-EN.pdf>

¹³ https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28255/2/BCN_El_Cancer_y_el_Sistema_salud_en_Canada_EG_final2.pdf



intervenciones costo-efectivas y evaluando nuevas tecnologías con rigor antes de su adopción.

- 4) Eliminación de barreras de acceso a la atención requerida: garantizar que grupos vulnerables (pueblos indígenas, zonas rurales, personas con bajos ingresos) reciban servicios adaptados a sus necesidades, lo que ha implicado llevar oncólogos itinerantes a comunidades aisladas, financiar traslados y alojamientos para pacientes rurales durante el tratamiento, y desarrollar programas de apoyo psicosocial y de navegadores de pacientes que acompañen a quienes enfrentan obstáculos.
- 5) Apoyo con información y acompañamiento a pacientes, familias y cuidadores: integrar sistemas de información y apoyo en cada etapa de la enfermedad, brindando educación, consejería, cuidados en casa y conexiones a recursos comunitarios según evoluciona la situación del paciente.

La implementación canadiense de estas prioridades es monitoreada públicamente, con indicadores anuales por provincia, lo que rinde cuentas del progreso e identifica áreas de mejora. Cabe destacar que Canadá creó un fondo nacional para cáncer que financia las acciones estratégicas de la CPAC, reflejando el compromiso estatal. En 2019, por ejemplo, el gobierno federal anunció una inversión de \$250 millones de dólares canadienses para los siguientes 5 años, destinados a prolongar el trabajo de la CPAC en control del cáncer. En términos normativos, no existe una “Ley General de Cáncer” federal única, pero sí leyes específicas que han contribuido al ecosistema oncológico: la Ley de Salud de Canadá establece principios (universalidad, accesibilidad, integridad) que obligan a todas las provincias, y bajo ese paraguas se han emitido estándares nacionales como, por ejemplo, guías oncológicas clínicas consensuadas interprovincialmente. La experiencia canadiense es ilustrativa de cómo una planificación estratégica sostenida, con participación social amplia, enfoque en equidad y monitoreo permanente, puede guiar exitosamente a un país en la mejora de sus resultados contra el cáncer.

Chile: El caso chileno es especialmente relevante, por tratarse de un país latinoamericano que recientemente adoptó una legislación integral en materia de cáncer. Mediante la Ley N° 21.258 (“Ley Nacional del Cáncer”), publicada en septiembre de 2020, Chile estableció un robusto marco jurídico para la lucha contra el cáncer, rindiendo homenaje póstumo al médico oncólogo que impulsó su creación (Dr. Claudio Mora). Esta ley se destaca por consagrar en un instrumento legal de alto nivel todos los componentes esenciales de una política oncológica moderna. Su objetivo general, definido en el artículo 1º, es “establecer un marco normativo para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas, programas y acciones”



destinados tanto a prevenir el aumento de la incidencia del cáncer como a garantizar el tratamiento integral y la rehabilitación de las personas diagnosticadas, incluyendo la creación de mecanismos de financiamiento, infraestructura y registro epidemiológico necesarios¹⁴. Entre los aspectos principales que la ley chilena regula, cabe resaltar:

- La formulación obligatoria de un Plan Nacional del Cáncer a cargo del Ministerio de Salud, con vigencia de 5 años renovables. Este Plan debe definir objetivos estratégicos, líneas de acción, metas e indicadores en todas las áreas: promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación, formación de recursos humanos especializados, rehabilitación y cuidados paliativos. Además, el Plan debe contemplar programas de capacitación y acompañamiento para familias y cuidadores de pacientes, así como medidas de difusión pública sobre cómo enfrentar las consecuencias económicas y sociales del cáncer. Un mandato particular es que el Plan incluya programas de prevención de factores de riesgo, con énfasis en la cesación tabáquica, aprovechando la atención primaria para ofrecer terapias de rehabilitación de la adicción a nicotina. Esto muestra cómo la ley integra la prevención al nivel comunitario. El Plan Nacional del Cáncer chileno es vinculante y su progreso debe ser publicado y evaluado periódicamente, junto con las guías clínicas y protocolos técnicos que se emitan en congruencia con él.
- La implementación de una Red Oncológica Nacional como parte de la red pública de salud, compuesta por centros especializados distribuidos equitativamente a lo largo del país. La finalidad de esta red es garantizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer lo más cerca posible de su residencia, reduciendo la necesidad de que los enfermos se trasladen grandes distancias para recibir atención. Esto responde a un problema regional común: la concentración de servicios oncológicos en las capitales. La ley ordena la creación o fortalecimiento de centros oncológicos en todas las regiones y un sistema de derivación coordinado. Asimismo, dispone que el Ministerio de Salud emita Guías Clínicas estandarizadas para el manejo de cada tipo de cáncer, las cuales deberán ser actualizadas al menos cada dos años conforme a la mejor evidencia científica disponible. Esto asegura la uniformidad y calidad de la atención en todo el país.
- La formación de recursos humanos e investigación: la ley obliga al Estado a fomentar la formación de más especialistas en oncología (médicos cirujanos

¹⁴ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1149004>



oncólogos, así como enfermeras oncológicas, técnicos, etc.) y a promover la investigación científica en cáncer –sea biomédica, clínica o de salud pública– mediante cooperación técnica y financiera nacional e internacional. Se ordena al Ministerio establecer convenios con universidades y centros de investigación, y facilitar la participación en ensayos clínicos. Esto se vincula con la identificación de brechas de personal e innovación, problemas que México también enfrenta (baja proporción de oncólogos por paciente y limitada investigación local).

- La creación de un Registro Nacional de Cáncer de base poblacional, encargado de recopilar información epidemiológica completa. Para alimentar dicho registro, la ley declara al cáncer como enfermedad de notificación obligatoria a la autoridad sanitaria, de forma similar a como se notifican enfermedades infecciosas. Esto es fundamental: al ser obligatorio el reporte de cada caso nuevo de cáncer diagnosticado (respetando la confidencialidad de datos personales), el país puede conocer la incidencia real de cáncer por territorio, tipo, sexo y edad. El registro proveerá insumos para el diseño y evaluación del Plan Nacional, permitiendo detectar mejoras o falencias. Cabe mencionar que México ya incorporó una figura de Registro Nacional de Cáncer en su LGS en 2017 (artículos 161 Bis y siguientes), pero la experiencia chilena muestra la importancia de fortalecerlo y vincularlo explícitamente a la planificación estratégica.
- El establecimiento de un Fondo Nacional del Cáncer para financiar programas y proyectos relacionados exclusivamente con el cáncer. Este fondo se nutre de recursos asignados anualmente en el Presupuesto nacional, aportes de cooperación internacional y donaciones privadas, e incluso permite aportes de los gobiernos regionales para proyectos en sus zonas. Los recursos del Fondo pueden destinarse a investigación, adquisición de medicamentos, insumos, equipamiento, capacitación de personal, etc., según las prioridades definidas. En la práctica, este fondo garantiza sostenibilidad financiera a las iniciativas del Plan Nacional, blindándolas en cierta medida de vaivenes políticos.
- La constitución de una Comisión Nacional del Cáncer como órgano asesor permanente del Ministerio de Salud en políticas oncológicas. Esta comisión tiene un carácter multidisciplinario y participativo: se integra por 11 miembros, de los cuales cinco provienen de asociaciones científicas (colegios médicos u sociedades oncológicas), tres de facultades de medicina y tres de fundaciones u organizaciones de pacientes. Así, la sociedad civil tiene voz institucional en la definición de estrategias y prácticas en prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, apoyando la implementación del Plan

Nacional y recomendando actualizaciones normativas, guías clínicas, inversiones e investigación. Esta innovadora figura reconoce el valor del diálogo entre autoridades, academia y pacientes para construir políticas más legítimas y efectivas. En México, un organismo análogo con participación ciudadana podría contribuir significativamente al seguimiento de la política nacional contra el cáncer.

- En materia de derechos de los pacientes, la Ley Nacional del Cáncer chilena incorpora principios de Humanización del trato, asegurando la atención interdisciplinaria, la posibilidad de terapias complementarias seguras y el derecho del paciente a compañía y asistencia espiritual durante su proceso. Asimismo, introduce reformas a otros cuerpos legales, en particular al Código del Trabajo, para prohibir la discriminación laboral por motivo de padecer o haber padecido cáncer. Específicamente, se establece que ningún empleador podrá condicionar la contratación, permanencia o promoción de un trabajador al hecho de no tener (o no haber tenido) cáncer, y que si un despido se basa en dicha causa será calificado como gravemente discriminatorio, dando opción al trabajador a demandar su reincorporación o indemnización aumentada. Estas modificaciones buscan proteger a sobrevivientes de cáncer y pacientes en tratamiento de la pérdida injusta de su empleo e ingresos, reflejando una conciencia legal sobre las repercusiones socioeconómicas de la enfermedad.

La Ley Nacional del Cáncer de Chile entró en vigencia en octubre de 2020 y su Reglamento se emitió pocos meses después, empezando su implementación. La sociedad civil chilena (agrupada en la campaña “Ley Nacional del Cáncer – ¡Causa Justa!”) jugó un papel crucial en su gestación, planteando argumentos muy similares a la situación mexicana: señalaban que “para 2020 el cáncer sería la primera causa de muerte en Chile”, que “no puede ser que la falta de dinero sea la diferencia entre la vida y la muerte de una persona con cáncer”, que “un cáncer detectado a tiempo tiene más posibilidades de curarse”, que “se necesitan más oncólogos” y que “las regiones merecen tener centros especializados”¹⁵. Todas esas demandas se tradujeron en los componentes de la ley. El ejemplo de Chile demuestra que es factible y beneficioso elevar a rango legal la política pública de combate al cáncer, dotándola de estructura, recursos y continuidad más allá de administraciones sexenales. La presente reforma de la LGS sigue esa misma filosofía, adaptada a la realidad mexicana.

Colombia: En Colombia la atención del cáncer también se basa en una mezcla de leyes especiales y planes decenales. La pieza central es la Ley 1384 de 2010, conocida

¹⁵ <https://leynacionaldelcancer.cl>



como “Ley Sandra Ceballos” en honor a una congresista fallecida por cáncer que impulsó su adopción. Dicha ley “establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”, declarando al cáncer como asunto de interés en salud pública y prioridad nacional¹⁶. Su contenido presenta paralelos con la ley chilena aunque fue pionera una década antes:

- La Ley 1384/2010 dispone la adopción de acciones de promoción y prevención para el control del cáncer, integrándolas al Plan Nacional de Salud Pública. Ordena que la prestación de servicios oncológicos en todo el país siga obligatoriamente los parámetros fijados en la ley y su reglamentación, asegurando un estándar uniforme de calidad.
- Garantiza el acceso de los pacientes oncológicos a cuidados paliativos y a programas de rehabilitación integral (física, psicológica y social), incluyendo provisión de prótesis cuando se requiera. Esto implicó, en la práctica, que todos los aseguradores en salud deben cubrir cuidados paliativos domiciliarios y soporte psicológico al paciente y su familia, algo que en México aún es una carencia en muchos casos.
- Establece los responsables de la organización y gestión de la red de prestación de servicios oncológicos: las Empresas Promotoras de Salud (aseguradoras) de todos los regímenes, junto con las entidades territoriales de salud para la población no asegurada, tienen la obligación de conformar y mantener una Red Oncológica coordinada a nivel nacional. Esta red es supervisada por el Ministerio de Salud (antes de la Protección Social) y coordinada técnicamente por el Instituto Nacional de Cancerología (INC) colombiano. La red se encarga, entre otras funciones, de la gestión del sistema integral de información en cáncer, la gestión del conocimiento y el desarrollo tecnológico en oncología, y la vigilancia epidemiológica del cáncer en articulación con el sistema nacional de vigilancia en salud pública. En efecto, la ley creó el Observatorio Epidemiológico de Cáncer a cargo del INC, integrado al sistema de vigilancia epidemiológica, para centralizar datos de incidencia, mortalidad y otros indicadores oncológicos.
- Reconoce una serie de derechos sociales para pacientes con cáncer, tales como: acceso preferente a servicios denominados “Hogares de Paso” (alojamiento temporal gratuito cercano a los centros oncológicos para pacientes de otras ciudades), pago de costos de transporte para pacientes que deban desplazarse a recibir atención, apoyo psicosocial y acompañamiento

¹⁶<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39368>



educativo (tutorías) para niños con cáncer que están en tratamiento. Estos beneficios buscan mitigar el impacto económico y social de la enfermedad en las familias, y son un referente importante para México, donde también muchos pacientes deben viajar desde estados lejanos al INCan u otros centros de excelencia en la capital, incurriendo en gastos catastróficos.

- Declara el Día 4 de febrero como Día Nacional de Lucha contra el Cáncer, alineado con el Día Mundial contra el Cáncer, y dispone que cada año en esa fecha el Gobierno Nacional haga público el Plan Nacional contra el Cáncer, actualizado conforme a la ley y el Plan Nacional de Salud. Esto asegura un seguimiento anual de las acciones y mantiene el tema en la agenda pública.
- La ley colombiana fue complementada en el mismo año 2010 por la Ley 1388, orientada específicamente a garantizar el derecho a la vida de los niños con cáncer (conocida como Ley “Diana Turbay” o de cáncer infantil). Esta norma estableció la gratuidad total del tratamiento de cáncer para menores de 18 años, tiempos máximos para su diagnóstico y atención (por ejemplo, ninguna autorización de tratamiento puede demorar más de 5 días), y protocolos especiales de seguimiento, reconociendo la mayor vulnerabilidad de la niñez con cáncer. Aunque no fue solicitada en el presente análisis, vale mencionarla como muestra del compromiso legal en Colombia con grupos específicos.

Adicionalmente, Colombia implementó un Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, alineado con la Ley 1384, que sirvió para operacionalizar sus mandatos. Ese Plan Decenal abarcó estrategias detalladas en prevención (incluyendo fuertes componentes de vacunación VPH y control de tabaquismo, dado que Colombia fue pionero regional en ambientes libres de humo), mejoramiento de la detección (creación de nuevos servicios oncológicos en regiones periféricas) y fortalecimiento del recurso humano (programas de formación de radioterapeutas y tecnólogos, ante su escasez). Los logros y retos de ese plan fueron evaluados en 2021 para formular uno nuevo 2022-2031. En cuanto a la vigencia normativa, la Ley 1384 sigue plenamente vigente; su espíritu se refleja en que el derecho a la atención integral en cáncer se considera una extensión del derecho fundamental a la salud en Colombia, exigible judicialmente vía tutela si alguna entidad niega servicios a un paciente oncológico.

La experiencia colombiana demuestra cómo un marco legal integrador, orientado a garantizar todo el continuum de la atención (prevención → detección → tratamiento → paliación) y a remover barreras (geográficas, financieras), puede incidir positivamente en la organización de los servicios. México comparte muchos desafíos que esas leyes buscaron solventar –por ejemplo, la necesidad de redes oncológicas coordinadas,



apoyo a pacientes de escasos recursos, incorporación de cuidados paliativos–, de modo que la reforma propuesta se inspira en varios de estos elementos probados.

La reforma propuesta para México se alinea con estas tendencias internacionales y la adición de un capítulo sobre cáncer en la LGS permitiría incorporar a nuestro ordenamiento muchos de los aciertos observados en otros países.

Impacto Esperado de la Reforma y Cumplimiento de Obligaciones del Estado

El cáncer impone un costo humano, social y económico altísimo a México: causa sufrimiento en familias, pérdida de años de vida productiva, empobrecimiento por gastos médicos catastróficos y saturación de servicios de salud. Frente a este desafío, no basta con intervenciones aisladas o con la buena voluntad de cada administración; se requiere un marco jurídico sólido y permanente que articule la respuesta nacional al cáncer con visión de Estado. La incorporación de un capítulo específico en la Ley General de Salud dedicado a la prevención, detección oportuna y atención integral del cáncer representa un hito normativo que situará la lucha contra el cáncer como política de Estado de largo plazo, por encima de vaivenes sexenales.

Con la reforma propuesta, se espera lograr múltiples impactos positivos:

- Mejor coordinación y eficiencia del sistema oncológico: Se reducirán duplicidades y vacíos de atención, optimizando recursos existentes (por ejemplo, uso pleno de capacidad instalada de equipos de radioterapia en distintos turnos). Esto atenderá recomendaciones de organismos internacionales de adoptar un enfoque integral intersectorial para ENT. En el mediano plazo, esta coordinación debe traducirse en mayores tasas de supervivencia al cáncer en México, que hoy están por debajo del promedio OCDE en varios tipos de cáncer (p. ej., supervivencia a 5 años en cáncer de mama ~70% en México vs >85% en países con sistemas integrados).
- Fortalecimiento de la prevención y detección temprana: Con programas de tamizajes de cáncer cervicouterino, mama y colon podrá incrementarse sustancialmente la detección. Países que han instituido estos programas por ley (como la mayoría de la UE con el Cancer Screening Recommendation) han visto descensos importantes en mortalidad (p. ej., reducción >50% en mortalidad por cáncer cervical en 20 años). En México, aumentar la detección temprana tendrá un efecto notable en la mortalidad evitada: recordemos que 30-40% de los cánceres pueden evitarse o curarse con prevención y detección temprana. Es esperable, por ejemplo, que la mortalidad por cáncer cervicouterino (actualmente cerca de 11 por 100 mil mujeres) disminuya hacia

las metas de eliminación (<4 por 100 mil) en las próximas décadas si se consolida legalmente la estrategia de vacunación y tamizaje universal.

- **Equidad y protección financiera:** La reforma ayudará a cerrar brechas de inequidad. Un habitante de una zona rural o marginada, o sin seguridad social, podrá tener los mismos derechos explícitos a servicios de cáncer que alguien de zona urbana con seguridad social, puesto que la ley garantizará un piso mínimo nacional de atención oncológica como servicio básico. Asimismo, al incluir la atención del cáncer en los servicios básicos, se blinda el financiamiento público para estos padecimientos, evitando la actual incertidumbre. Esto es congruente con la obligación del Estado de proveer acceso equitativo a servicios especializados de salud, como lo demandan tratados internacionales que México ha ratificado (ej. Protocolo de San Salvador, art. 10). Se espera una reducción del gasto de bolsillo de los pacientes con cáncer y de las quiebras financieras familiares por motivos de salud. A largo plazo, la inversión en prevención y detección generará ahorros al sistema (tratar un cáncer en etapa I puede costar una fracción de lo que cuesta en etapa IV), liberando recursos para otras áreas.
- **Mejora en la calidad y dignidad de la atención:** Con guías clínicas actualizadas obligatorias y programas de capacitación continua en oncología, todos los pacientes deberán recibir cuidados conforme a estándares científicos actuales, sin variaciones injustificadas. Además, el enfoque humanista de la reforma (derecho a cuidados paliativos, acompañamiento, no discriminación) elevará la calidad de vida de los pacientes durante su tratamiento y supervivencia. Un sistema de salud más empático y centrado en el paciente, como el que se propone, tendrá efectos positivos en la adherencia a los tratamientos y en los resultados terapéuticos. La participación ciudadana en la vigilancia permitirá detectar y corregir deficiencias de trato o malos servicios más rápidamente.
- **Cumplimiento de compromisos internacionales:** Legislando estas acciones, México da cumplimiento a directrices de la OMS y OPS citadas en este documento, demostrando liderazgo regional. También cumple con disposiciones de instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con el derecho al nivel más alto posible de salud. Por ejemplo, el Comité DESC de la ONU ha enfatizado que los Estados deben tener planes nacionales de salud para enfermedades predominantes, y claramente el cáncer lo es. Asimismo, la reforma coadyuvará a que México aporte al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, especialmente la meta 3.4 y 3.8 (cobertura sanitaria universal incluyendo ENT). En el ámbito interamericano, la



Carta Panamericana de la Salud y la Estrategia de la OPS para el Acceso Universal instan a fortalecer las legislaciones sanitarias; con esta reforma, México asume ese rol.

Finalmente, es preciso subrayar que la reforma no representa un gasto irracional sino una inversión social con amplio respaldo científico. Cada peso invertido en prevención y atención oportuna de cáncer ahorra gastos futuros en tratamientos complejos y prolongados¹⁷, y sobre todo, preserva el capital humano del país. Sociedades científicas, desde la Sociedad Mexicana de Oncología hasta colegios de enfermería oncológica, apoyan un enfoque integrado; asociaciones civiles reconocidas (AMLCC, Fundación Luis Pasteur, Fundación contra el Cáncer de Mama, entre otras) han impulsado elementos de esta reforma en distintos foros, evidenciando consenso multisectorial. La exposición de motivos aquí presentada ha vinculado cada propuesta con su fundamento técnico-jurídico: nada se ha dejado al azar o a opiniones infundadas. Se han citado las directrices de la OMS (Plan Mundial contra ENT, Informe Mundial del Cáncer 2020), de la OPS (posicionamientos para las Américas), aportes de IARC (investigaciones que cuantifican la prevenibilidad del cáncer), ejemplos de legislación comparada (que muestran la viabilidad y beneficios de tales medidas) y demandas ciudadanas (que reflejan necesidades reales en México).

En conclusión, justicia sanitaria, evidencia científica y obligación jurídica confluyen en apoyar esta reforma. La necesidad de llenar los vacíos legales actuales es imperiosa para evitar que más mexicanas y mexicanos sigan falleciendo por cánceres que podrían prevenirse o curarse con un sistema fortalecido. Cada disposición propuesta está sólidamente justificada por datos epidemiológicos y normativos, y se integra en un todo coherente: un capítulo de la Ley General de Salud que será la piedra angular de la política nacional contra el cáncer.

El Poder Legislativo tiene ante sí la oportunidad histórica de dotar a México de una herramienta legal moderna contra uno de sus mayores flagelos en salud. Legislar en favor de la prevención, detección y atención integral del cáncer es salvar vidas, proteger derechos y asegurar un mejor futuro para las próximas generaciones. Por todo lo expuesto, se somete a consideración esta iniciativa, con la convicción de que su aprobación redundará en un México más saludable, equitativo y preparado para enfrentar el desafío del cáncer con la fortaleza que la población merece.

Por lo anteriormente expuesto, sometemos a consideración de la asamblea, el siguiente:

¹⁷ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>



PROYECTO DE DECRETO

Único. Se adiciona un Capítulo III Ter al Título Octavo de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 161 Ter. La prevención, detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y seguimiento de las personas con cáncer son de interés general. La Secretaría de Salud, en el ámbito de sus atribuciones y como instancia coordinadora del Sistema Nacional de Salud, establecerá y conducirá la política nacional en la materia, promoviendo la concurrencia de las entidades federativas y la participación de los sectores social y privado, en términos de esta Ley y de las disposiciones que de ella emanen.

Artículo 161 Ter 1. La Secretaría de Salud, en coordinación con el Consejo de Salubridad General y las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, emitirá y actualizará lineamientos, modelos de atención y guías de práctica clínica para la prevención, detección oportuna, referencia y contrarreferencia, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, atención paliativa y seguimiento del cáncer, con enfoque de curso de vida, perspectiva de género, interculturalidad y respeto a derechos humanos. Dichos instrumentos se sujetarán a la evidencia científica y a las demás disposiciones legales aplicables.

Artículo 161 Ter 2. La detección oportuna del cáncer comprenderá acciones organizadas de tamizaje, búsqueda intencionada y diagnóstico temprano conforme a criterios de riesgo y a la mejor evidencia disponible. La Secretaría de Salud definirá poblaciones objetivo, periodicidad, tecnologías, criterios de elegibilidad y contraindicaciones, así como procedimientos de consentimiento informado y comunicación de resultados. Los prestadores de servicios deberán garantizar la derivación diagnóstica en tiempos clínicamente pertinentes cuando se obtengan hallazgos sugestivos de malignidad.

Artículo 161 Ter 3. Las instituciones del Sistema Nacional de Salud establecerán rutas integradas de atención para el cáncer que aseguren:

- I) confirmación diagnóstica con oportunidad;
- II) estadificación y plan terapéutico por equipos oncológicos multidisciplinarios;
- III) acceso a tratamiento conforme a guías de práctica clínica;
- IV) rehabilitación y cuidados paliativos según necesidad, y
- V) seguimiento clínico y vigilancia de recurrencias.



Las rutas deberán incluir criterios y plazos máximos para referencia y contrarreferencia entre niveles de atención.

Artículo 161 Ter 4. La atención integral del cáncer incluirá la provisión de información veraz y comprensible; apoyo psicosocial; rehabilitación; manejo del dolor y cuidados paliativos integrados desde el diagnóstico cuando la condición clínica lo amerite, sin perjuicio de lo dispuesto en el Título Octavo Bis de esta Ley. Las instituciones adoptarán medidas para evitar la discriminación de las personas con cáncer en el acceso y la continuidad de los servicios.

Artículo 161 Ter 5. El registro, notificación y actualización de los casos incidentes y de mortalidad por cáncer serán obligatorios para los establecimientos y prestadores de servicios públicos, sociales y privados, en los términos que determine la Secretaría de Salud. La información se integrará y administrará a través del Registro Nacional de Cáncer, en términos del Capítulo III Bis del presente Título, con fines de planeación, vigilancia epidemiológica, investigación y evaluación de desempeño, observando en todo momento las disposiciones en materia de confidencialidad y protección de datos personales.

Artículo 161 Ter 6. La Secretaría de Salud establecerá indicadores de desempeño, calidad y seguridad para los programas y servicios de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y seguimiento del cáncer, así como mecanismos de evaluación y mejora continua. Las instituciones reportarán periódicamente sus resultados conforme a los formatos y periodicidad que se determinen.

Artículo 161 Ter 7. Las acciones de promoción de la salud y prevención primaria del cáncer comprenderán, entre otras, intervenciones sobre factores de riesgo modificables y vacunación conforme al Programa de Vacunación correspondiente y a las disposiciones legales aplicables. La Secretaría de Salud coordinará campañas de información pública y educación para la salud orientadas a la reducción de riesgos, la detección oportuna y la búsqueda temprana de atención.

Artículo 161 Ter 8. La Secretaría de Salud promoverá, en coordinación con las instituciones de educación superior y de salud, la formación, capacitación y educación continua del personal involucrado en la atención oncológica, así como el desarrollo de competencias específicas para la prevención, detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y gestión de casos.



Artículo 161 Ter 9. La Secretaría de Salud fomentará la investigación clínica, epidemiológica y de servicios en cáncer, así como la evaluación de tecnologías para la salud en la materia, con apego a las disposiciones éticas y normativas aplicables. La interoperabilidad de los sistemas de información facilitará el análisis y uso de datos con fines de salud pública.

Artículo 161 Ter 10. Las autoridades sanitarias federales y locales promoverán la coordinación interinstitucional y la suscripción de convenios con los sectores social y privado para fortalecer la prevención, detección oportuna y atención integral del cáncer; así como la articulación de redes integradas de servicios y la continuidad asistencial entre niveles de atención.

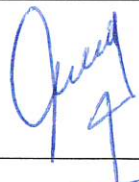
Transitorios

PRIMERO. El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. La Secretaría de Salud contará con 180 días naturales siguientes a la publicación del presente decreto en el Diario Oficial de la Federación para adecuar sus reglamentos y normas oficiales correspondientes.

TERCERO. La continuidad de tratamientos oncológicos en curso no se interrumpirá ni se condicionará por la entrada en vigor del presente decreto; la migración a rutas integradas se realizará sin afectar la prestación de servicios a las personas usuarias.

Atentamente

Senador José Manuel Cruz Castellanos Del Grupo Parlamentario de Morena	
Senador Luis Donaldo Colosio Riojas Del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano	