



Cáncer de mama y la 4T. Cómo hacerlo realidad

"No hay nada más poderoso que una idea a la que le ha llegado su tiempo" Victor Hugo



Por: **Éctor Jaime Ramírez Barba**

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) más la "cámara de compensación" son, estimados lectores, la vía corta para que el anuncio federal sobre la "atención universal" al cáncer de mama en México no se quede en el papel, siempre y cuando se integren también los sectores social y privado,

La experiencia mexicana ya demostró que cuando se combina financiamiento explícito, reglas claras de pago y centros acreditados, el acceso al tratamiento de cáncer de mama mejora de forma tangible. Bajo el Seguro Popular, la brecha de tratamiento para mujeres sin seguridad social cayó de 0.71 en 2007 a 0.15 en 2016 a nivel nacional, con reducciones observadas en todos los estados con centros acreditados (56,847 casos analizados). Esta misma investigación publicada mostró que la supervivencia a cinco años fue de 72.2% en conjunto y de 89.0% en enfermedad temprana, aunque 65% de las pacientes iniciaron tratamiento en etapas avanzadas, un recordatorio de que diagnóstico oportuno y tratamiento temprano deben caminar juntos.

Si el Gobierno Federal quiere que su estrategia de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento temprano sea real para todo el sector público, la herramienta técnica ya está en casa: los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y las antiguas "fichas" del Seguro Popular (FPGC) como unidades de pago por caso. Los GRD del IMSS cuentan con una Cédula Médico-Económica (CME) y un Costo Médico-Técnico de Referencia (CMTR) que reflejan el costo promedio por egreso hospitalario; el CMTR es la base para construir tarifas por caso, ajustables por caso-mezcla y severidad. Esta arquitectura es compatible con catálogos tarifarios GRD ya operativos en otras instituciones públicas, como PEMEX y los Servicios de Salud de la Ciudad de México, que incluye procedimientos oncológicos y de radioterapia bajo códigos y descripciones estandarizadas—es decir, ya hay "piezas de Lego" listas para ensamblar.



Cómo funcionaría con el Fondo Nacional para el Bienestar (FONSABI) en una “cámara de compensación”

1) Cartera explícita y ruta clínica única. Reunir en una sola “línea de servicio” todas las prestaciones del continuo de cáncer de mama: tamizaje por riesgo y edad, exploración clínica, imagen diagnóstica (mamografía, ultrasonido), biopsia con aguja cortante, patología con inmunohistoquímica (RE, RP, HER2), estadificación, cirugía (incluida biopsia de ganglio centinela), quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia; además de navegación de pacientes y tiempos meta (p. ej., ≤ 30 días desde diagnóstico a tratamiento). IMSS ya opera clínicas de mama y ha mostrado resultados de supervivencia consistentes con series nacionales, lo que facilita homologar procesos y metas.

2) Pago por caso con GRD/FPGC. Para cada episodio (p. ej., “cáncer de mama etapa I-II con cirugía conservadora más radioterapia”), FONSABI pagaría una tarifa base derivada del CMTR GRD, multiplicada por un índice de caso-mezcla (CMI), con ajustes por severidad y comorbilidades (CC/MCC), y un componente de calidad (bonos/penalizaciones) por oportunidad diagnóstica, identificación de biomarcadores, uso de ganglio centinela y adherencia a guías. La CME alimenta costos trazables y auditables; las “fichas” del FPGC aportan la granularidad clínica del paquete que ya funcionó entre 2007-2019 y ojo, puede extenderse al sector social y privado donde el sector público sea insuficiente (que por cierto, ocurre en muchas ciudades del país).

3) Cámara de compensación FONSABI. Un hub que recibe reclamaciones estandarizadas (GRD + códigos clínicos), las valida (clínica, costo, oportunidad), liquida el monto y compensa entre instituciones (IMSS, IMSS-Bienestar, ISSSTE, SS estatales, sector social y privado) sin importar dónde se atendió a la persona. Con esto se evita la “fuga” inter-institucional documentada en la era del FPGC y se premia a quien sí resuelve con calidad y a tiempo.

4) Transparencia y control. Todas las reclamaciones quedan trazables por GRD, etapa y tiempos clave; igual que en los análisis de FPGC, las bases de reclamación permiten monitorear brechas, supervivencia y variaciones injustificadas por estado y tipo de hospital.



Para ofrecer la ruta completa (incluida radioterapia), importa la distribución de la infraestructura oncológica. La Academia Nacional de Medicina reporta 103 centros de radioterapia y 141 aceleradores lineales en México, con marcada concentración en grandes urbes. Dado que varias metrópolis concentran múltiples equipos (CDMX, Guadalajara, Monterrey, Puebla), una estimación conservadora ubica entre 50 y 60 ciudades con capacidad integral (diagnóstico, patología con IHQ, cirugía oncológica, quimioterapia y radioterapia), 55 en números redondos. Esta cifra es consistente con el número de centros y su concentración en capitales y polos regionales, y basta para cubrir—por referencia y contrarreferencia—al conjunto de 99 ciudades de 100 mil o más habitantes.

Por qué pagar por caso importa. La evidencia nacional es clara: cuando hubo financiamiento por caso y acreditación, el acceso se expandió rápidamente, aunque la supervivencia no mejoró lo suficiente por el persistente diagnóstico tardío. La lección es sumar detección temprana + pago por caso + tiempos meta en una sola lógica operativa.

Qué habría que decidir en el futuro cercano, máxime si se aprueba ya la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud enviada por la presidenta Sheinbaum: Definir la canasta y los episodios GRD por etapa y modalidad terapéutica (con anclaje al CMTR/CME del IMSS). Emitir reglas de pago FONSABI con fórmula: $\text{Pago} = \text{CMTR} \times \text{CMI} \times (1 \pm \text{Calidad})$; topes y “stop-loss” para casos atípicos. Acreditar y publicar la red por ciudad (≥ 100 mil) y metrópolis, indicando qué componente se resuelve localmente y qué se refiere, con tiempos máximos.

Auditar trazabilidad y resultados: tiempos a diagnóstico, inicio de tratamiento, completitud de IHQ y supervivencia por etapa, como ya demostraron las bases de reclamación. Actualizar y homologar tarifas tomando como referencia catálogos GRD públicos existentes (p. ej., PEMEX) para radioterapia y procedimientos afines. Inventariar la complementariedad de servicios oncológicos en los sectores social y privado.



La “cámara de compensación” propuesta no inventa nada exótico: ordena y hace interoperables piezas mexicanas probadas—GRD con CMTR/CME, paquetes por caso tipo FPGC y catálogos tarifarios públicos—para que el anuncio federal se traduzca en diagnóstico más temprano, tratamiento oportuno y pagos por resultados en las 55 ciudades con capacidad integral, articuladas con las restantes por referencia efectiva. Ese es el camino más corto entre el discurso y la supervivencia.

En síntesis: La atención universal al cáncer de mama puede ser una realidad si México aplica los GRD y una cámara de compensación que premie la calidad y oportunidad del tratamiento.

Bibliografía

- [1] Seguro Popular: Reynoso-Noverón, N. y cols. , (2017). Clinical and Epidemiological Profile of Breast Cancer in Mexico: Results of the Seguro Popular. J Glob Oncol, 3(6), 757–764. doi:10.1200/jgo.2016.007377
- [2] IMSS. Grajales-Alvarez, R., y cols. (2024). Survival Outcomes of Patients With Breast Cancer in a Mexican Population. JCO Glob Oncol, 10, e2300233. doi:10.1200/go.23.00233
- [3] GRD IMSS:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/economia/Libro-GRD2017.pdf>
- [4] GRD Ciudad de México:
<https://salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/2018-2024/diagnostico-grd-sedesa-2022-final-1.pdf>
- [5] Sistema Urbano Nacional:
<https://www.gob.mx/conapo/documentos/sistema-urbano-nacional-2020>

**El autor (www.ectorjaime.mx) es médico especialista en cirugía general, certificado en salud pública, doctorado en ciencias de la salud y en administración pública. Es Legislador y defensor de la salud pública de México, diputado reelecto del grupo parlamentario del PAN en la LXVI Legislatura.*