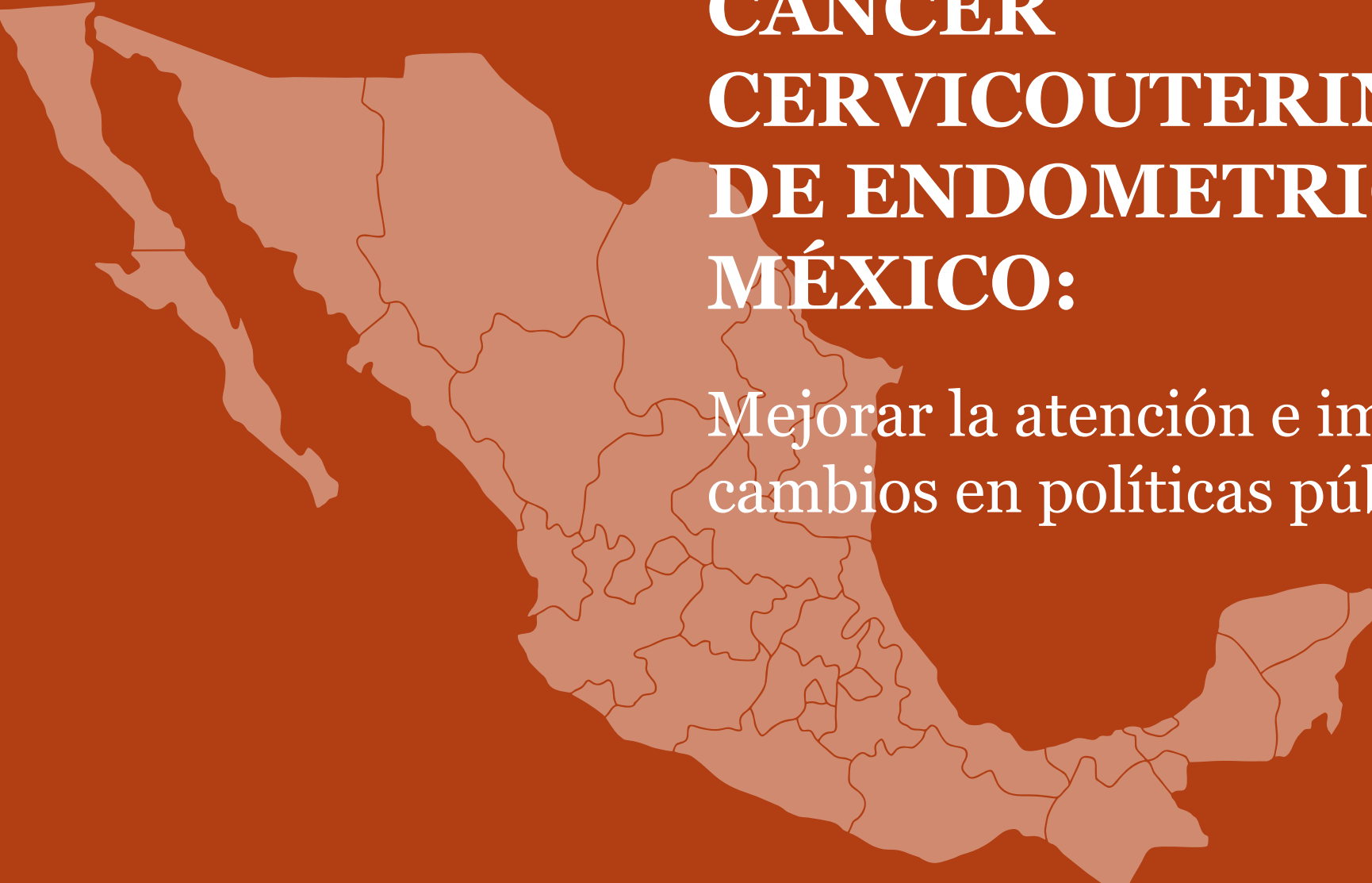




CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE ENDOMETRIO EN MÉXICO:

Mejorar la atención e impulsar
cambios en políticas públicas

CONCLUSIONES CLAVE

Cáncer cervicouterino y de endometrio en México

5,928

MUERTES ANUALES POR CÁNCER
CERVICOUTERINO Y DE ENDOMETRIO

5,928 muertes anuales: En 2024, el cáncer cervicouterino causó 4,646 muertes en México y el cáncer de endometrio 1,282 muertes. El cáncer cervicouterino es en gran medida prevenible mediante la vacunación contra el VPH, el tamizaje y el tratamiento de lesiones precancerosas. En cáncer de endometrio, la tasa cruda de mortalidad aumentó 247% entre 2000 y 2024.

ENDOMETRIO: 35%-60%
CERVICOUTERINO: CASI TODOS

SON CASOS POTENCIALMENTE
PREVENIBLES

Entre 35% y 60% de los casos de cáncer de endometrio están asociados con factores modificables, principalmente sobrepeso, obesidad e inactividad física. **En cáncer cervicouterino, casi todos los casos podrían prevenirse** mediante la vacunación contra el VPH, el tamizaje oportuno y el tratamiento de lesiones precancerosas.

US\$3.20

DE RETORNO POR CADA
US\$1 INVERTIDO EN PREVENCIÓN

US\$3.20 de retorno por cada US\$1 invertido: Actuar frente al cáncer cervicouterino y de endometrio es una inversión con alto retorno. En cáncer cervicouterino, se estima que por cada US\$1 invertido en su eliminación se generan US\$3.20 de retorno. En cáncer de endometrio, la detección temprana también reduce costos, ya que los costos de tratamiento en etapa III son 2.5 veces mayores que en etapa I.

31% PAP | 16% VPH

BAJA COBERTURA
DE TAMIZAJE

31% en Pap y 16% en prueba de VPH: La cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino sigue siendo insuficiente, con 31% de mujeres tamizadas mediante Pap y 16% mediante prueba de VPH, lo que refuerza la necesidad de transitar hacia la prueba de VPH como tamizaje primario. En cáncer de endometrio, al no existir tamizaje poblacional, la detección oportuna depende del reconocimiento temprano de señales de alarma y de rutas de referencia ágiles.

3 RM + 7 TC
POR MILLÓN DE HABITANTES

REZAGO EN INFRAESTRUCTURA
DIAGNÓSTICA

3 resonadores magnéticos y 7 tomógrafos por millón de habitantes: México cuenta con una capacidad de imagen diagnóstica inferior al promedio de la OCDE, con 3 resonadores magnéticos y 7 tomógrafos por millón de habitantes, frente a promedios de 18 y 28, respectivamente. El rezago es aún mayor en medicina nuclear, lo que limita la estadificación y la toma de decisiones terapéuticas.

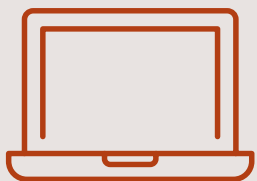
ACCESO LIMITADO

A TRATAMIENTOS INNOVADORES

Falta acceso a tratamientos esenciales e innovadores: Si bien la innovación terapéutica en cáncer de endometrio y cervicouterino ha comenzado a avanzar en los últimos años, su incorporación efectiva en el sistema público aún requiere consolidarse. En este contexto, el acceso continúa siendo desigual y persisten retrasos en su disponibilidad en el sector público; además, existen brechas en insumos quirúrgicos y en la disponibilidad de medicamentos oncológicos esenciales.

RECOMENDACIONES DE ALTO NIVEL

Para acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino y mejorar la ruta de atención para cáncer de endometrio en México, este informe de política pública propone las siguientes cinco recomendaciones.



Reforzar gobernanza, datos y transparencia de resultados para sostener el cambio



Reducir demoras en diagnóstico y tratamiento



Consolidar una estrategia de “prevención primero” que combine educación continua y multicanal con servicios preventivos rutinarios



Acelerar y hacer más equitativo el acceso público a innovaciones terapéuticas



Escalar la detección temprana con modelos centrados en la usuaria y nuevos puntos de entrada

ÍNDICE

CONCLUSIONES CLAVE	2
RECOMENDACIONES DE ALTO NIVEL	3
CONTEXTO	5-6
CARGA DE LA ENFERMEDAD	7-11
INCIDENCIA Y SUPERVIVENCIA	12-13
CARGA ECONÓMICA	14
RETORNO DE LA INVERSIÓN	15
PREVENCIÓN	16-18
DETECCIÓN TEMPRANA	19-21
DIAGNÓSTICO	22-24
TRATAMIENTO	25-30
RECOMENDACIONES	31-32
REFERENCIAS	33-36
CRÉDITOS	37
AGRADECIMIENTOS	38

CONTEXTO

En 2025, el Instituto Sueco de Economía de la Salud (IHE, por sus siglas en inglés) publicó “Cerrar la brecha en la atención del cáncer en las mujeres: un informe global de políticas sobre desigualdades, innovaciones y soluciones”(1). Respaldo por la Advanced Breast Cancer (ABC) Global Alliance, la International Gynecologic Cancer Society (IGCS), la International Gynecological Cancer Advocacy Network (IGCAN) y la World Ovarian Cancer Coalition (WOCC), el informe describe los desafíos y las oportunidades particulares para mejorar los resultados en los cánceres que afectan a las mujeres.

Con base en el contenido y los hallazgos de ese informe global, este informe de política pública analiza la situación del cáncer cervicouterino y del cáncer de endometrio en México. Presenta un panorama de la carga social de las enfermedades y destaca áreas prioritarias para fortalecer la atención y las respuestas de política pública. Para ello, se realizaron búsquedas dirigidas en la literatura con el fin de identificar información sobre el estado de la atención en México. Además, en enero de 2026 se llevó a cabo un taller con seis expertos locales, reconocidos en la sección de agradecimientos, con el fin de validar y discutir los desafíos y las oportunidades específicas de la atención de ambos tipos de cáncer en México.

¿Qué es el cáncer cervicouterino?

El cáncer cervicouterino es un tipo de cáncer que se desarrolla en el cérvix (cuello del útero), la parte inferior del útero que conecta con la vagina (3). Por lo general inicia con cambios anormales en las células que recubren el cérvix, conocidos como “lesiones precancerosas”. Con el tiempo, si estos cambios no se detectan y tratan, pueden crecer sin control y formar un tumor. La causa principal del cáncer cervicouterino es la infección persistente por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH), un virus de transmisión sexual muy común. En etapas tempranas, el cáncer cervicouterino a menudo no causa síntomas. Cuando se presentan síntomas, pueden incluir sangrado vaginal anormal (por ejemplo, después de tener relaciones sexuales, entre los periodos menstruales o después de la menopausia) (4). El cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres en México y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres (5). En dos estudios que abarcan datos de 2003-2005 a 2016, entre 15% y 16% de los casos se diagnosticó en etapas tempranas, mientras que la mayoría se detectó en enfermedad localmente avanzada (73%-77%) y entre 7% y 12% en etapas avanzadas o metastásicas (6, 7). A diferencia de muchos tipos de cáncer, en gran medida puede prevenirse mediante la vacunación contra el VPH, el tamizaje regular y el tratamiento oportuno.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS Y DIFERENCIAS	
Cáncer cervicouterino	Cáncer de endometrio
Casos nuevos en México en 2022: 10,348	Casos nuevos en México en 2022: 5,347
Muertes en México en 2024: 4,646.	Muertes en México en 2024: 1,282.
Tasa cruda de mortalidad disminuyó 25% entre 2000 y 2024	Tasa cruda de mortalidad aumentó 247% entre 2000 y 2024
Probabilidades promedio de supervivencia	Supervivencia relativamente alta, pero con escaso progreso en las últimas décadas
Único tipo de cáncer que podría prevenirse por completo	Aproximadamente la mitad de los casos podría prevenirse
Métodos de tamizaje disponibles	No hay un método de tamizaje bien establecido
Los costos del tratamiento aumentan según la etapa al diagnóstico	Los costos del tratamiento aumentan según la etapa al diagnóstico
Nuevos medicamentos en los últimos años	Nuevos medicamentos en los últimos años

Tabla 1: Principales características y diferencias.

Compromiso global para eliminar el cáncer cervicouterino

En 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamado para eliminar el cáncer cervicouterino, lo que condujo en 2020 a la Iniciativa para la Eliminación del Cáncer Cervicouterino, el primer compromiso global para eliminar un cáncer como problema de salud pública (1). La “eliminación” se define como una tasa de incidencia estandarizada por edad (TEE) inferior a 4 casos por cada 100,000 mujeres en todos los países. Para lograrlo, la OMS estableció las metas 90-70-90 para 2030: 90% de las niñas completamente vacunadas contra el VPH antes de los 15 años; 70% de las mujeres tamizadas con una prueba de alto desempeño a las edades de 35 y 45 años; y 90% de las mujeres con enfermedad que reciban atención adecuada (incluye tratar el 90% de las lesiones precancerosas y manejar el 90% de los cánceres invasores). En México, el Comité Nacional de Cáncer de la Mujer de la Secretaría de Salud es un órgano permanente de coordinación público-social-privado que diseña, coordina y da seguimiento a las estrategias de prevención, detección y atención del cáncer en la mujer (8), principalmente cáncer de mama y cáncer cervicouterino (9). Este organismo fue reinstalado el 7 de febrero de 2025 (8). Uno de sus objetivos principales será fortalecer la vacunación contra el VPH, el tamizaje y el diagnóstico oportuno, así como la coordinación interinstitucional para mejorar la atención (9). El Comité Nacional de Cáncer de la Mujer anunció SICAM PLUS, una plataforma digital para dar seguimiento a cada paciente con cáncer cervicouterino y de mama a lo largo de la ruta de atención y unificar información dispersa. El objetivo es que facilite la continuidad en la atención entre instituciones. En México, el 26 de marzo se conmemora el día de la prevención de cáncer cervicouterino (10).

Metas de la OMS para 2030

90% Niñas vacunadas contra el VPH a los 15 años

70% Mujeres con tamizaje de alto rendimiento a los 35 y 45 años

90% Mujeres con la enfermedad que reciben atención adecuada

¿Qué es el cáncer de endometrio?

El cáncer de endometrio se origina en el revestimiento interno del útero (matriz), llamado endometrio, y corresponde a alrededor del 90% de todos los cánceres del cuerpo del útero (también denominado cáncer uterino o cáncer del cuerpo uterino) (2). El sobrepeso y la obesidad son los factores de riesgo modificables más comunes, vinculados a más del 40% de los casos (2). El sangrado vaginal anormal (es decir, sangrado entre periodos menstruales o después de la menopausia) es el síntoma más común. El cáncer de endometrio es el quinto cáncer más frecuente entre las mujeres en México y el undécimo en letalidad (5). En un estudio del Hospital General de México (2000-2017), la distribución por estadio al diagnóstico fue: 61% en estadio I, 12% en II, 18% en III y 9% en IV (metastásico) (11). Aunque las probabilidades de supervivencia son comparativamente altas, no se han logrado avances en las últimas décadas en los países de altos ingresos, lo que coincide con la falta previa de nuevas opciones terapéuticas (2). El incremento sostenido de la obesidad en la población sugiere que el número de casos nuevos de cáncer de endometrio continuará en aumento en los próximos años.

“El cáncer cervicouterino sigue siendo un verdadero problema de salud en México.”

- Dra. Lucely del Carmen Cetina Pérez, INCan.

El cáncer de endometrio ha recibido menos atención pública que otros cánceres de mujeres

No existe una iniciativa global respaldada por la OMS para abordar el cáncer de endometrio. A pesar de ser el segundo cáncer ginecológico más frecuente en México, el cáncer de endometrio sigue siendo poco visible en la agenda de salud pública (2). Diversos expertos señalan que el cáncer de endometrio ha recibido menos atención e investigación que otros cánceres que padecen mujeres (como mama o cérvix), debido en parte a la escasa difusión y concientización pública sobre este padecimiento, así como al enfoque de financiamiento en cánceres más conocidos (2, 12).

“En ausencia de estadísticas específicas de cáncer de endometrio, se emplearon como proxy las estadísticas de cáncer uterino (cuerpo uterino), dado que los cánceres endometriales representan aproximadamente el 90% de los cánceres uterinos (CIE-10: C54–C55) (2).”

CARGA DE LA ENFERMEDAD

MORTALIDAD

Cáncer cervicouterino

En 2024 se registraron 4,646 defunciones por cáncer cervicouterino de acuerdo con las cifras del INEGI (13). Una proporción sustancial de estas muertes ocurrió en edades en las que el impacto social y económico puede ser particularmente alto: 1,620 defunciones, equivalentes al 35% del total, se registraron en mujeres de 20 a 49 años, un grupo que se aproxima a la edad fértil en los datos disponibles; ver *Ilustración 1*. Además, 1,539 defunciones adicionales ocurrieron en mujeres de 50 a 64 años, antes del umbral formal de pensión por vejez. En conjunto, 68% de las defunciones por cáncer cervicouterino ocurrió antes de los 65 años, lo que evidencia que la enfermedad no solo afecta a mujeres mayores, sino que genera una carga importante en mujeres en edad productiva. El cáncer cervicouterino se ubica entre las principales causas de muerte por cáncer en mujeres en el país (10% del total de defunciones por cáncer en mujeres) (5). Esto contrasta con muchos países de altos ingresos, donde la mortalidad por cáncer cervicouterino se ha reducido sustancialmente (1).



Muertes por cáncer cervicouterino

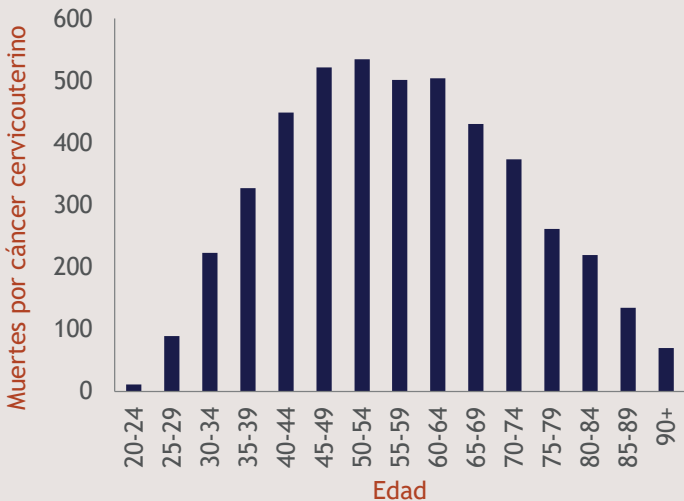
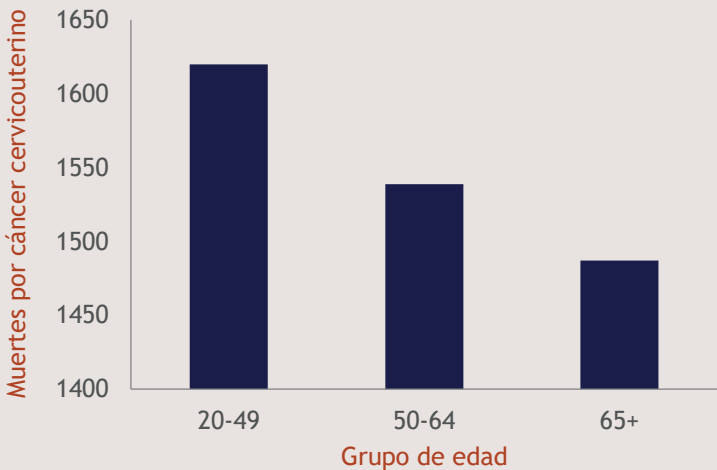


Ilustración 1: Defunciones por cáncer cervicouterino por edad en México.

Fuente: INEGI (13).

Nota: Las cifras de esta página corresponden a defunciones absolutas registradas por INEGI en 2024. En la siguiente sección, la mortalidad se analiza mediante tasas poblacionales para evaluar tendencias en el tiempo.

Pese a los avances históricos, el cáncer cervicouterino continúa representando un reto prioritario de salud pública en México

La tasa cruda de mortalidad muestra una disminución sostenida en el largo plazo, con una reducción aproximada de 25% entre 2000 y 2024 (ver Ilustración 2). Este descenso es consistente con avances acumulados en prevención secundaria, incluyendo tamizaje y manejo de lesiones precancerosas, así como con mejoras progresivas en el acceso y la organización de los servicios. Sin embargo, en los últimos años el ritmo de mejora parece haberse estabilizado, con incrementos recientes en la tasa de mortalidad que apuntan a la necesidad de reforzar y sostener los esfuerzos de prevención, diagnóstico oportuno y seguimiento. Según los expertos entrevistados, las oportunidades para retomar una trayectoria de mejora se relacionan con factores operativos como fortalecer el diagnóstico y el seguimiento, cerrar brechas de infraestructura y reducir oportunidades perdidas en el primer contacto, aspectos que se revisan con más detenimiento en las siguientes secciones.

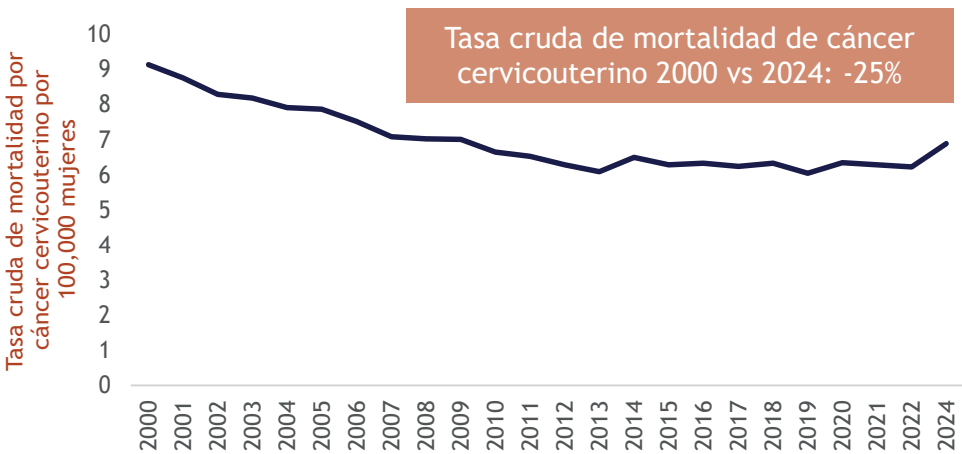
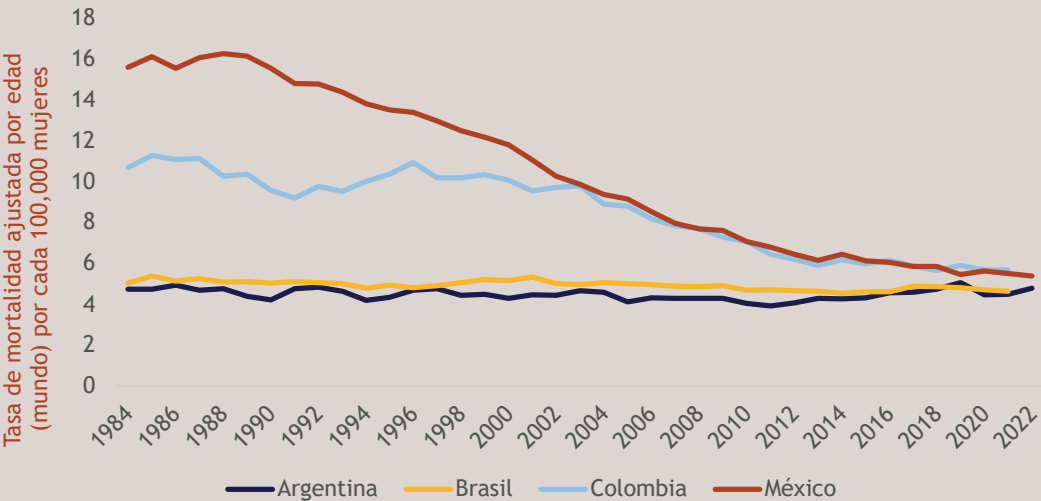


Ilustración 2: Tendencias en la tasa cruda de mortalidad por cáncer cervicouterino por cada 100,000 mujeres en México del 2000 al 2024.

Notas: Los datos de mortalidad por cáncer de 2000-2022 se basan en los datos nacionales de registro vital de causas de muerte, compilados en la Base de Datos de Mortalidad de la OMS (reportados por las autoridades nacionales; elaborados a nivel nacional por el INEGI). El dato de 2024 se calculó a partir de las defunciones por cáncer cervicouterino registradas por INEGI (4,646) para 2024 y las proyecciones poblacionales de CONAPO del mismo año. Las defunciones por cáncer cervicouterino se identificaron con CIE-10 C53. Las tendencias temporales deben interpretarse en términos de tasas y no de números absolutos. Fuentes: IARC (14), INEGI (13) y CONAPO (15).

Recuadro 1. Convergencia regional en la mortalidad por cáncer cervicouterino

La comparación regional con países seleccionados de América Latina ofrece un punto de referencia adicional para interpretar la evolución de la mortalidad por cáncer cervicouterino en México. Al utilizar tasas de mortalidad estandarizadas por edad (diferente a la tasa de mortalidad cruda mencionada previamente), se observa que México partía de niveles considerablemente más altos que Argentina, Brasil y Colombia durante la década de 1980 (14). Desde entonces, la mortalidad en México ha mostrado una reducción sostenida, con una convergencia progresiva hacia los niveles observados en estos países de referencia regional. En años recientes, las tasas entre los países incluidos se ubican en rangos relativamente cercanos, lo que sugiere avances importantes en México en el largo plazo. No obstante, la tendencia también muestra que el ritmo de reducción se ha moderado en los últimos años.



Fuente: GLOBOCAN/ IARC

Inequidades territoriales en la tasa de mortalidad de cáncer cervicouterino

Existe una heterogeneidad territorial marcada en la mortalidad por cáncer cervicouterino (tasa cruda por 100,000 mujeres ≥ 25). Los estados con las tasas más altas, Chiapas (17.8), Campeche (15.4), Baja California (14.8), Veracruz (14.4) y Chihuahua (14.1), registran niveles casi dos veces mayores que los estados con las tasas más bajas: San Luis Potosí (8.8), Zacatecas (8.6), Hidalgo (8.1) y Tlaxcala (7.9), lo que sugiere brechas sustantivas en el riesgo de morir por esta causa entre entidades. Este patrón es consistente con la literatura que ha documentado históricamente una mayor carga en algunos estados de alta marginación (por ejemplo, Chiapas) (6, 16), pero también muestra que el fenómeno no se limita a entidades marginadas, ya que aparecen estados fronterizos o con perfiles socioeconómicos distintos (p. ej., Baja California y Chihuahua), lo que apunta a una combinación de factores, incluyendo desempeño del tamizaje y seguimiento, capacidad operativa y acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento, detrás de estas diferencias. Además, la disminución de la tasa de mortalidad a lo largo de los años ha sido más significativa en el centro del país que en otras regiones (6). Según los expertos, estas brechas se ven agravadas por un debilitamiento de la continuidad del control en años recientes que favorece la detección tardía y puede contribuir a estancamientos o retrocesos recientes, independientemente del nivel de marginación del estado.

Cáncer de endometrio

En 2024 se registraron 1,282 defunciones por cáncer de endometrio en México (13). La mayoría (63%) ocurrió en mujeres mayores de 60 años, lo cual es consistente con el perfil epidemiológico de esta enfermedad, cuya incidencia y mortalidad aumentan con la edad (y con la acumulación de factores de riesgo a lo largo de la vida) (1). En conjunto, el cáncer de endometrio representa alrededor de 3% de las defunciones por cáncer en mujeres (onceavo lugar) y se ubica como el tercer cáncer ginecológico con mayor mortalidad (5).

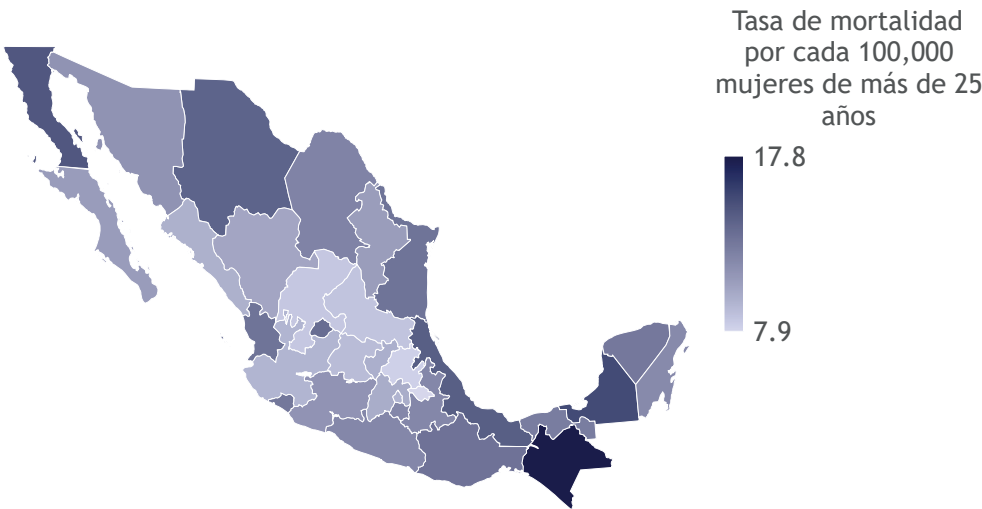
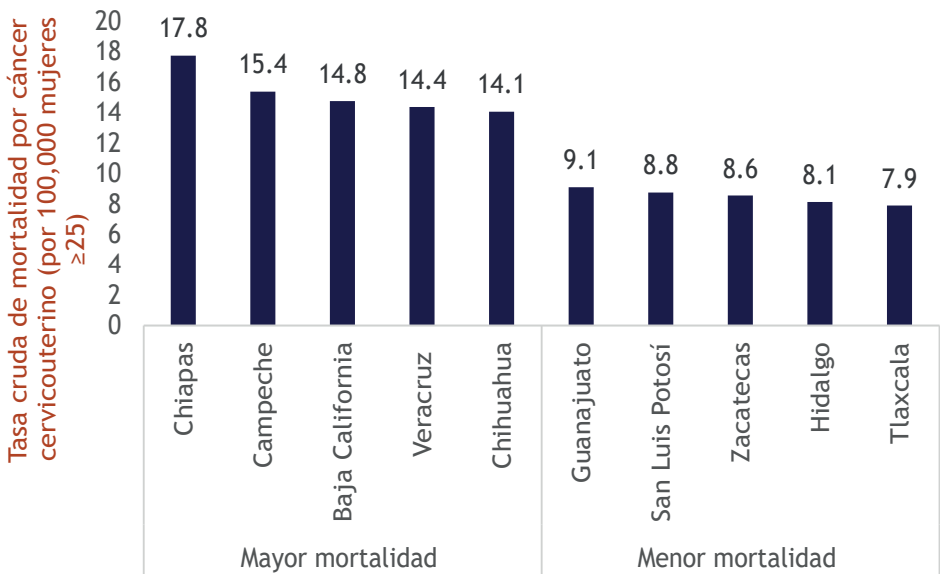


Ilustración 3: Estados con mayor y menor mortalidad por cáncer cervicouterino en 2024 (mujeres ≥ 25 años).

Notas: Se usa el denominador de mujeres ≥ 25 años para alinear la figura con indicadores oficiales en México. Fuentes: INEGI 2024 (13) y CONAPO (15).

La tasa cruda de mortalidad por cáncer de endometrio muestra una tendencia ascendente sostenida, que se ha intensificado en el periodo más reciente

En la serie presentada en la **Ilustración 4**, la tasa cruda se incrementa de manera marcada entre 2000 y 2024 (+247%) y mantiene una trayectoria ascendente en 2012-2024. Como se describe en la sección de incidencia, este patrón ocurre en un contexto nacional de alta carga de factores de riesgo frecuentes en la población mexicana asociados con mayor riesgo de cáncer de endometrio, incluyendo sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y diabetes tipo 2 (17). Según los expertos entrevistados, esta tendencia se ve agravada por un reto estructural en detección temprana: a diferencia de otros cánceres ginecológicos, no existe tamizaje poblacional para cáncer de endometrio, por lo que el control depende de fortalecer la educación, el autoconocimiento y el reconocimiento oportuno de señales de alarma, especialmente el sangrado uterino anormal.

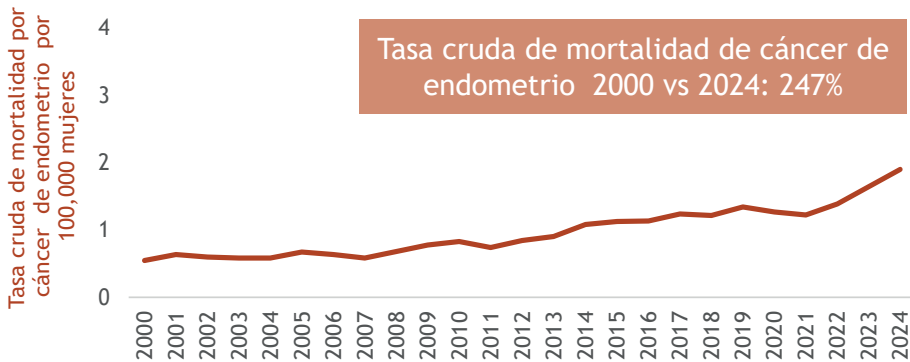
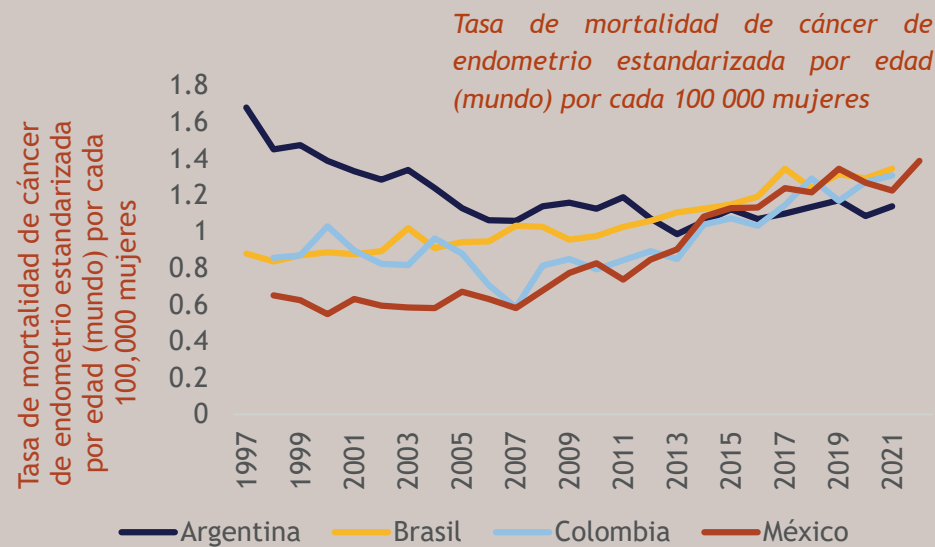


Ilustración 4: Tendencias en la tasa cruda de mortalidad por cáncer de endometrio por cada 100,000 mujeres en México del 2000 al 2024.

Notas: Los datos de mortalidad por cáncer de 2000-2022 se basan en los datos nacionales de registro vital de causas de muerte, compilados en la Base de Datos de Mortalidad de la OMS (reportados por las autoridades nacionales; elaborados a nivel nacional por el INEGI). El dato de 2024 se calculó a partir de las defunciones por cáncer de endometrio registradas por INEGI (1,282) para 2024 y las proyecciones poblacionales de CONAPO del mismo año. Las defunciones por cáncer de endometrio se identificaron con el código CIE: C54.1. Fuentes: IARC (14), INEGI (13), y CONAPO (15).

Recuadro 2. Evolución de la mortalidad por cáncer de endometrio en la región

La comparación con países seleccionados de América Latina permite contextualizar la evolución de la mortalidad por cáncer de endometrio en México. Al utilizar tasas de mortalidad estandarizadas por edad, se observa que México partía de niveles relativamente bajos en comparación con Argentina, Brasil y Colombia a finales de la década de 1990 (14). Sin embargo, desde mediados de la década de 2000, la tasa de mortalidad en México ha mostrado una trayectoria ascendente, similar a la observada en otros países de la región, como Brasil y Colombia.



Fuente: GLOBOCAN/ IARC

Recuadro 3: Brechas de información para medir la incidencia real

México cuenta con diversas fuentes rutinarias que aportan información valiosa sobre la carga del cáncer como el Anuario de Morbilidad 1984-2024 (18) y datos de egresos hospitalarios (19); sin embargo, todavía enfrenta limitaciones para producir series nacionales estables de incidencia observada a partir de un Registro Nacional de Cáncer plenamente operativo y con cobertura poblacional. Aunque la creación del registro se incorporó a la Ley General de Salud en 2017, la implementación ha avanzado de forma gradual (20). En la práctica, la medición de incidencia ha dependido de registros poblacionales locales coordinados en la Red Nacional de Registros de Cáncer, que hacia 2020 cubría aproximadamente 12% de la población, insuficiente para inferir incidencia nacional anual con estabilidad (20). Por ello, los niveles nacionales de incidencia que se citan con más frecuencia provienen de estimaciones modeladas (p. ej., GLOBOCAN/IARC, Global Burden of Disease) (14, 21), mientras que los datos rutinarios con mayor continuidad a nivel nacional suelen ser los de mortalidad (INEGI) (13). En 2025, la Secretaría de Salud presentó el Registro Nacional de Cáncer, Módulo Pediatría, como un avance relevante, y la ampliación a otros componentes se encuentra en desarrollo (22).



“Creo que todos hemos concluido la necesidad de una mayor investigación y datos.”

Dra. Dolores de la Mata, Centro Médico ABC

INCIDENCIA Y SUPERVIVENCIA

Cáncer cervicouterino

En 2022 se estimaron 10,348 diagnósticos de cáncer cervicouterino, lo que lo ubicó como el segundo tipo de cáncer más común en mujeres en México (10%). En México, 44% de los casos y 29% de las muertes corresponden a mujeres menores de 50 años (5). No hay datos publicados de supervivencia a 5 años reciente para México. Como referencia, en Estados Unidos (EE.UU.) la supervivencia relativa a 5 años en 2015-2021 fue de 68%: 91% para enfermedad localizada, 62% para enfermedad regional y 19% para enfermedad distante o metastásica (23).

Hay avances en el control del cáncer cervicouterino en México, pero las tasas aún están lejos de la meta de eliminación de la OMS

Entre 2000 y 2022, la tasa cruda de incidencia se estima que disminuyó 36% (5), en línea con estudios que reportan reducciones tanto en el número total de casos como en la tasa estandarizada por edad, con una caída de 48% entre 1990 y 2019 (24). Estas mejoras se asocian principalmente con el fortalecimiento del tamizaje y el tratamiento oportuno de lesiones precancerosas. En contraste, el efecto poblacional de la vacunación contra el VPH, introducida en México más recientemente, se espera de forma gradual y primero en cohortes más jóvenes, dado que el cáncer cervicouterino suele desarrollarse 15-20 años después de la infección (25). En 2022, la tasa ajustada por edad de incidencia de cáncer cervicouterino en México fue de 13 casos por cada 100,000 mujeres y la tasa cruda fue de 15 por cada 100,000 mujeres (5), ambas por encima del umbral de eliminación definido por la OMS, establecido en menos de 4 casos por cada 100,000 mujeres.

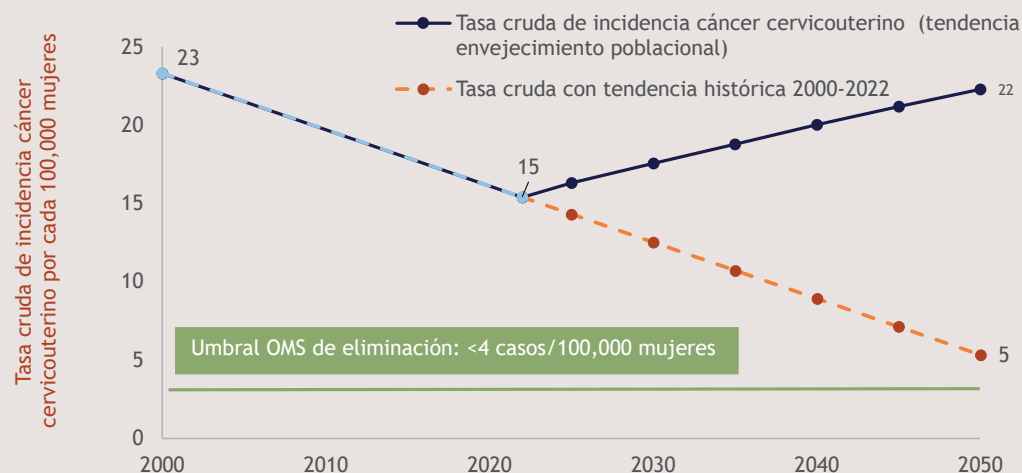


Ilustración 5: Tasa cruda de incidencia de cáncer cervicouterino por cada 100,000 mujeres 2000-2050.

Notas: La línea de tendencia histórica es un escenario ilustrativo construido a partir del cambio promedio anual en la tasa cruda entre 2000 y 2022. La tasa con tendencia por envejecimiento poblacional proviene de GLOBOCAN/IARC. Fuente: Global Burden of Disease (21) y GLOBOCAN/IARC (5, 26).

La **Ilustración 5** muestra que los avances logrados hasta ahora no serán suficientes por sí solos para alcanzar la eliminación. Por un lado, la reducción observada entre 2000 y 2022 sugiere que, si México mantuviera ese ritmo de mejora, la tasa cruda de incidencia podría acercarse al umbral de eliminación de la OMS hacia 2050, aunque todavía sin alcanzarlo plenamente. Por otro, una proyección basada en envejecimiento poblacional muestra que, en ausencia de avances suficientes para contrarrestar la presión demográfica, la carga podría aumentar de nuevo. Esto sugiere que alcanzar la eliminación no dependerá solo de conservar los logros del pasado, sino de acelerarlos.

Cáncer de endometrio

En 2022, se estimaron 5,347 casos de cáncer del cuerpo del útero (de endometrio) (5). Más del 80% de los diagnósticos y defunciones ocurren en mujeres mayores de 50 años (5), lo que es consistente con una enfermedad cuyo riesgo aumenta con la edad y con la acumulación, a lo largo de la vida, de factores relacionados con el peso, la diabetes y la exposición hormonal. En México, este patrón es particularmente relevante por la alta carga de sobrepeso, obesidad y diabetes en mujeres adultas, factores que también están asociados con mayor riesgo de cáncer de endometrio. De acuerdo con el Segundo Consenso Mexicano de Cáncer de Endometrio, la obesidad es el principal factor de riesgo y un índice de masa corporal mayor o igual a 30 casi triplica el riesgo de desarrollar la enfermedad; también se reconoce el papel del síndrome metabólico, la diabetes tipo 2 y la exposición prolongada a estrógenos sin oposición (17). La Tabla 2 resume la prevalencia nacional de estos factores de riesgo. No se identificaron datos publicados recientes de supervivencia a 5 años para México. Como referencia internacional, en EE.UU. la supervivencia relativa a 5 años en 2015-2021 fue de 81%, con diferencias importantes por etapa al diagnóstico: 95% para enfermedad localizada, 70% para enfermedad regional y 19% para enfermedad distante o metastásica (23).

Prevalencia de factores de riesgo asociados con cáncer de endometrio en mujeres mexicanas (17)	
Sobrepeso	34.6% (27)
Obesidad	41.6% (27)
Diabetes tipo 2 por diagnóstico previo	18.0% (27)
Síndrome metabólico	46.5% urbanas; 61.1% rurales (28)

Tabla 2: Prevalencia de factores de riesgo asociados con cáncer de endometrio en mujeres mexicanas.

Creciente carga de cáncer de endometrio

Entre 2000 y 2022, la tasa cruda de incidencia de cáncer uterino (endometrio) aumentó 195% (5). Este patrón es consistente con estimaciones que muestran un incremento de 75% en la tasa de incidencia estandarizada por edad entre 1990 y 2019 (24), y coincide con otros estudios disponibles (11). La Ilustración 6 muestra que la carga futura podría seguir aumentando incluso bajo un escenario basado únicamente en envejecimiento poblacional. Sin embargo, al extrapolar la trayectoria histórica observada entre 2000 y 2022, el aumento proyectado es aún mayor, lo que sugiere que el cambio demográfico no explica por sí solo la tendencia reciente. Este patrón es consistente con una mayor exposición a factores de riesgo asociados con el cáncer de endometrio, particularmente sobrepeso y obesidad (11) (véase la sección de prevención). En la misma línea, un modelo geoespacial para América Latina identificó a México entre los países con mayor riesgo de incremento de cáncer de endometrio, por la convergencia de obesidad y envejecimiento poblacional (29).

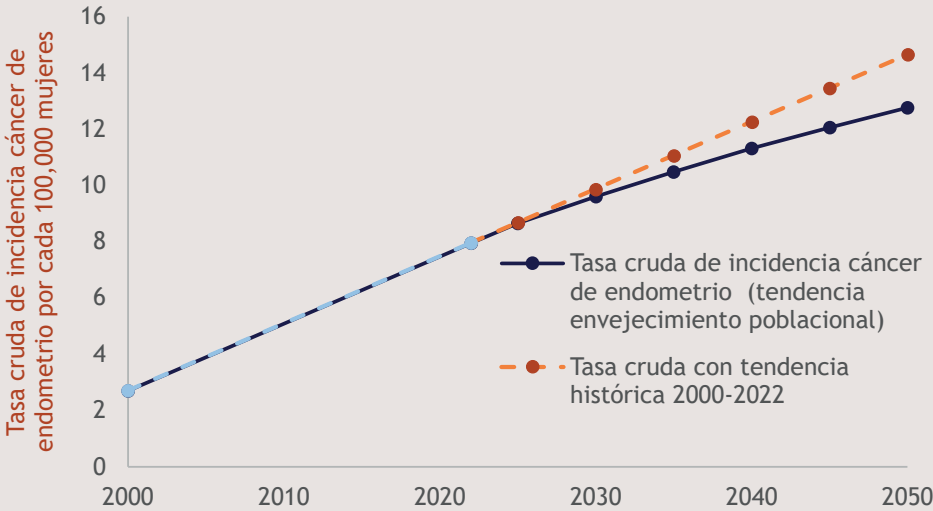


Ilustración 6: Tasa cruda de incidencia de cáncer de endometrio por cada 100,000 mujeres 2000-2050.

Notas: La línea de tendencia histórica es un escenario ilustrativo construido a partir del cambio promedio anual en la tasa cruda entre 2000 y 2022. La tasa con tendencia por envejecimiento poblacional proviene de GLOBOCAN/IARC.

Fuente: Global Burden of Disease (21) y GLOBOCAN/IARC (5, 26).

CARGA ECONÓMICA

Cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino impone una carga financiera considerable a los sistemas de salud y a las sociedades. Un análisis global estimó los costos directos de atención en salud en México en USD 17.83 millones en 2021 (30). En un estudio del IMSS en trabajadoras aseguradas con cáncer cervicouterino, la incapacidad temporal pagada (días laborales perdidos) representó alrededor de 31% de los costos totales durante el primer año de atención (31). Otro estudio en México estimó que solo 11% de la carga económica del cáncer cervicouterino se atribuyó a costos directos, mientras que 89% correspondió a costos indirectos (32). Estimaciones modeladas de pérdidas de productividad por mortalidad prematura indican que el cáncer cervicouterino en México en 2022 generó USD 299 millones en pérdidas de productividad, incluidos USD 78.6 millones en productividad remunerada y USD 220.3 millones en productividad no remunerada (33).

Cáncer de endometrio

Aunque la evidencia sobre la carga económica en México sigue siendo limitada, los datos disponibles muestran que este cáncer no solo representa un problema clínico creciente, sino también una pérdida económica relevante para el país. En 2022, la pérdida total de productividad asociada a mortalidad prematura se estimó en USD 47.7 millones, de los cuales USD 12.6 millones correspondieron a productividad remunerada y USD 35.1 millones a productividad no remunerada (33). Esta carga es particularmente importante en un contexto donde la obesidad, el síndrome metabólico y la diabetes —factores de riesgo estrechamente vinculados con el cáncer de endometrio— son altamente prevalentes en México (ver incidencia). En países de altos ingresos, este padecimiento representa entre 1% y 3% del gasto total en atención oncológica, y alrededor de 68% de la carga económica corresponde a costos directos y 32% a costos indirectos (1, 2). En conjunto, estos hallazgos sugieren que fortalecer la prevención, la detección oportuna y el control de factores de riesgo podría tener beneficios clínicos y económicos significativos para el sistema de salud y para la productividad nacional.



RETORNO DE LA INVERSIÓN

Cáncer cervicouterino

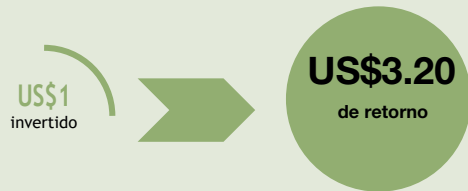
La evidencia de varios países muestra que por cada dólar invertido en la prevención, la detección oportuna y el tratamiento del cáncer cervicouterino, se pueden obtener rendimientos de 3 a 8 veces su valor en beneficio económico (1). La OMS estima que por cada US\$1 invertido hasta 2050, se devolverá en promedio US\$3.20 a la economía, principalmente gracias a una mayor participación de las mujeres en la fuerza laboral (34). Un análisis mostró que invertir en la ampliación de la vacunación y el tamizaje de VPH puede generar en México ahorros per cápita de aproximadamente 79.6 dólares internacionales (Int\$) (35). El estudio identificó a países con mayor incidencia y menor cobertura preventiva (como México) como los que obtienen mayores retornos por persona al acelerar estas intervenciones, bajo el supuesto de avanzar hacia la meta de la OMS de <4 casos nuevos por 100 000 mujeres.

Cáncer de endometrio

A diferencia del cáncer cervicouterino y de mama, el cáncer de endometrio ha recibido atención limitada en los casos globales de inversión (1). Sin embargo, existe un fuerte argumento económico para invertir en la atención del cáncer de endometrio, principalmente por la posibilidad de evitar costos, ya que tratar la enfermedad avanzada es considerablemente más caro que tratar la enfermedad en etapas tempranas (1). En Inglaterra, por ejemplo, los costos directos de tratar cáncer de endometrio en etapa III son 2.5 veces los de una paciente en etapa I (36). También hay una justificación económica clara para invertir en prevención: se estima que casi la mitad de los casos de cáncer de endometrio están vinculados con el sobrepeso, la obesidad y la actividad física insuficiente (1), y cada caso evitado puede traducirse en costos de tratamiento evitados y en una menor presión sobre los recursos del sistema de salud.

ACTUAR NO ES UN GASTO; ES UNA INVERSIÓN CON ALTO RETORNO

Eliminación del cáncer cervicouterino



Por cada US\$1 invertido, se generan US\$3.20 de retorno.

Ahorro de costos en cáncer de endometrio

Actuar temprano reduce casos y costos.

2.5x

Etapa III vs. etapa I

35%-60%

de los casos se vincula con sobrepeso, obesidad e inactividad

Prevención:

Entre 35% y 60% de los casos de cáncer de endometrio están asociados con factores modificables, principalmente sobrepeso, obesidad e inactividad física

PREVENCIÓN

Cáncer cervicouterino

Es el cáncer más prevenible, porque casi todos los casos se deben a una infección persistente por VPH de alto riesgo, y existen vacunas eficaces y métodos de tamizaje (Papanicolaou y prueba de VPH) que permiten prevenirlo o detectarlo de forma temprana (1). La prevención primaria se basa en la vacunación contra el VPH, que brinda protección a largo plazo frente a los tipos de VPH más oncogénicos. Las recomendaciones internacionales priorizan la inmunización de niñas de 9 a 14 años (37), antes del inicio de la actividad sexual; sin embargo, muchos países también están adoptando vacunación de recuperación para adolescentes mayores y mujeres y hombres jóvenes, como se ha observado en ejemplos recientes de EE.UU., Reino Unido y Brasil, con el fin de acelerar la reducción de la carga del cáncer cervicouterino (38-40). Además, cada vez más países están adoptando la vacunación contra el VPH para ambos sexos, incorporando a los niños en los programas nacionales para reforzar la inmunidad colectiva y prevenir otros cánceres asociados al VPH (41, 42). Hasta septiembre de 2025, 83 países vacunan tanto a niños como a niñas, incluido México (41, 43). La Estrategia Global de la OMS para la Eliminación del Cáncer Cervicouterino establece como meta que 90% de las niñas estén completamente vacunadas antes de los 15 años para 2030, objetivo respaldado por la OPS (44).

El Programa de Vacunación contra el VPH en México inició en 2012 para niñas de 5.º de primaria y no escolarizadas de 11 años (45). En 2025, se amplió la estrategia para incluir también a niños de 5.º de primaria y no escolarizados de 11 años; la campaña comenzó en septiembre (46). La vacunación se extiende, además, a grupos de riesgo (niñas y adolescentes de 9 a 19 años atendidas bajo protocolos por violencia sexual y personas que viven con VIH de 11 a 49 años) y a población rezagada (niñas de 12 a 16 años sin antecedente de vacuna) (46). Tras varios años con esquemas de 3 y 2 dosis, el esquema vigente para la cohorte escolar es de una sola dosis (46). El acceso público se organiza por dos vías. Para la cohorte escolar, durante las campañas se aplican dosis en las escuelas mediante brigadas y módulos instalados en los planteles (47). Para población no escolarizada, rezagada o de riesgo, la vacuna se puede solicitar en el módulo de vacunación de las Unidades de Medicina Familiar (48). Además de la estrategia pública, la vacuna contra el VPH puede obtenerse en el sector privado (por ejemplo, en consultorios privados o en consultorios adyacentes a farmacias) (49).

Cáncer de endometrio

La prevención del cáncer de endometrio se centra en reducir los factores de riesgo modificables y en favorecer el diagnóstico oportuno a partir de síntomas (1). La evidencia sugiere que los factores relacionados con el estilo de vida explican una proporción importante de los casos (aprox. 35-60%), principalmente por la combinación de exceso de peso corporal e inactividad física (1). En consecuencia, se recomiendan estrategias de salud pública para prevenir y reducir la obesidad, así como consejería clínica adaptada para el control de peso y la promoción de actividad física. En población de alto riesgo, como portadoras del síndrome de Lynch (riesgo de por vida 42-54%) (1), la prevención puede incluir cirugía reductora de riesgo (histerectomía) o vigilancia intensiva, lo que subraya la importancia de ampliar el acceso a evaluación de riesgo y pruebas genéticas para identificar tempranamente a estas mujeres.

PREVENCIÓN		
	Cáncer cervicouterino	Cáncer de endometrio
Potencial de prevención	Total con la vacuna contra el VPH y tratamiento de lesiones precancerosas	Medio, porque ~35-60% de los casos están relacionados con el exceso de peso e inactividad.
Meta de la OMS	90% de las niñas completamente vacunadas contra el VPH antes de los 15 años para 2030	No hay

Ilustración 8: Prevención de cáncer cervicouterino y de endometrio.

RETOS CÁNCER CERVICOUTERINO

Consolidar y sostener la cobertura de vacunación contra el VPH

La cobertura de vacunación contra el VPH reportada recientemente es del 80% en la cohorte de niñas menores de 15 años (50). Esta cifra representa un avance importante en la recuperación de coberturas, aunque todavía existe margen para alcanzar la meta global de la OMS para la eliminación del cáncer cervicouterino: 90% de niñas completamente vacunadas antes de los 15 años. La cobertura

de vacunación para niños aún no cuenta con una serie de datos consolidada, dado que los niños empezaron a vacunarse en septiembre de 2025. Durante la pandemia por COVID-19, México adoptó un esquema simplificado (monodosis) para la cohorte escolar, con el objetivo de facilitar la implementación operativa y apoyar la recuperación de la cobertura. En el taller se señaló que existe un debate internacional sobre estos esquemas: si bien la OMS ha incorporado la opción de una dosis como alternativa para ampliar el acceso en ciertos grupos etarios (51), la decisión debe alinearse con la evidencia y las guías vigentes, considerando edad, tipo de vacuna y contexto epidemiológico. En este marco, será importante dar seguimiento a la evidencia sobre la duración de la protección a largo plazo y asegurar que los esquemas utilizados se mantengan alineados con las recomendaciones regulatorias y programáticas vigentes (1).

Fortalecer la continuidad de los servicios preventivos y la recuperación de cohortes rezagadas

De acuerdo con un estudio, la vacunación contra VPH en México ya mostraba una reducción importante en 2019 y, con el inicio de la pandemia, la aplicación cayó a niveles cercanos a cero (52). En términos de cobertura de la primera dosis en la población objetivo, ésta descendió de 59% en 2018 a 30% en 2019, y continuó bajando a 18% en 2020 y 1% en 2021, lo que refleja una afectación importante de los servicios preventivos durante el periodo pandémico (52). Sin embargo, datos de la OMS indican una recuperación marcada a partir de 2022, con coberturas alrededor de 80% para la primera dosis en la cohorte objetivo (50). Este avance ofrece una base importante para consolidar estrategias sostenidas, no solo campañas, que permitan evitar nuevas interrupciones, fortalecer la continuidad operativa y recuperar cohortes rezagadas.

Mejorar la calidad, integración y trazabilidad de los datos de vacunación

Un análisis de 2008-2023 con registros oficiales de IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud identificó áreas de mejora en la gestión de información (56). Entre ellas se encuentran la baja concordancia entre cifras oficiales y estimaciones independientes, omisiones y retrasos en los registros, y discordancias entre dosis

Recuadro 4. Ampliar la visión preventiva del VPH más allá del cáncer cervicouterino

Los tipos de VPH de alto riesgo están causalmente vinculados con los cánceres anal, vulvar, vaginal, peneano y orofaríngeo (53). El VPH también causa las verrugas genitales, que ocurren con frecuencia, y una enfermedad poco común llamada papilomatosis respiratoria recurrente en personas adultas y en niñas y niños (54). A nivel mundial, alrededor del 20% de los cánceres relacionados con VPH ocurren en sitios no cervicales (55). Esto refuerza el valor de la vacunación contra el VPH como una intervención preventiva con beneficios más amplios para la salud pública.

adquiridas y aplicadas, incluyendo coberturas superiores al 100% que sugieren retos de integración o inventario. En agregado, se observó un exceso del 14% de vacunas aplicadas vs. adquiridas; la Secretaría de Salud registró +37% y el IMSS no aplicó cerca del 15% (aproximadamente 1.16 millones). La cobertura en la Secretaría de Salud superó 100% en ocho años y la disponibilidad de datos de adquisición fue limitada (Secretaría de Salud 56%, IMSS 63%, ISSSTE 69%). Estos hallazgos apuntan a la oportunidad de avanzar hacia una mayor estandarización, interoperabilidad y trazabilidad, incluyendo el fortalecimiento de un registro nominal nacional que permita monitorear coberturas, rezagos y continuidad de esquemas con mayor precisión.

Reforzar la alfabetización sobre el VPH y la consejería clínica

La evidencia disponible es limitada y no se identificaron datos más recientes. En un estudio realizado en 2017-2018 con madres y tutoras de niñas de 9 a 12 años, solo alrededor de un tercio mostró un nivel alto de conocimiento sobre la vacuna (57). Varias participantes creían, de forma errónea, que la vacunación sustituye el tamizaje. La televisión fue la principal fuente de información y menos de la mitad recibió la recomendación de vacunación por parte de su médico de familia. Estos hallazgos apuntan a la necesidad de reforzar la educación en salud dirigida a madres, padres y tutores, así como de promover una consejería más activa en el primer nivel de atención.

RETOS CÁNCER DE ENDOMETRIO

Aumento de sobrepeso y obesidad

El exceso de peso en mujeres mexicanas se mantiene en niveles muy altos y continúa en ascenso. En 2022, la prevalencia de obesidad en mujeres alcanzó 41%, y entre 2006 y 2022 se observó un desplazamiento hacia formas más severas de obesidad (58). Además, la combinación sobrepeso y obesidad afecta a tres de cada cuatro personas adultas y es más frecuente en mujeres (76-77% en 2022) (59). Entre 1990 y 2022, la prevalencia de sobrepeso en mujeres mexicanas aumentó 27 puntos porcentuales (de 48% a 75%) y la de obesidad aumentó 23 puntos porcentuales (de 17% a 40%) (60).

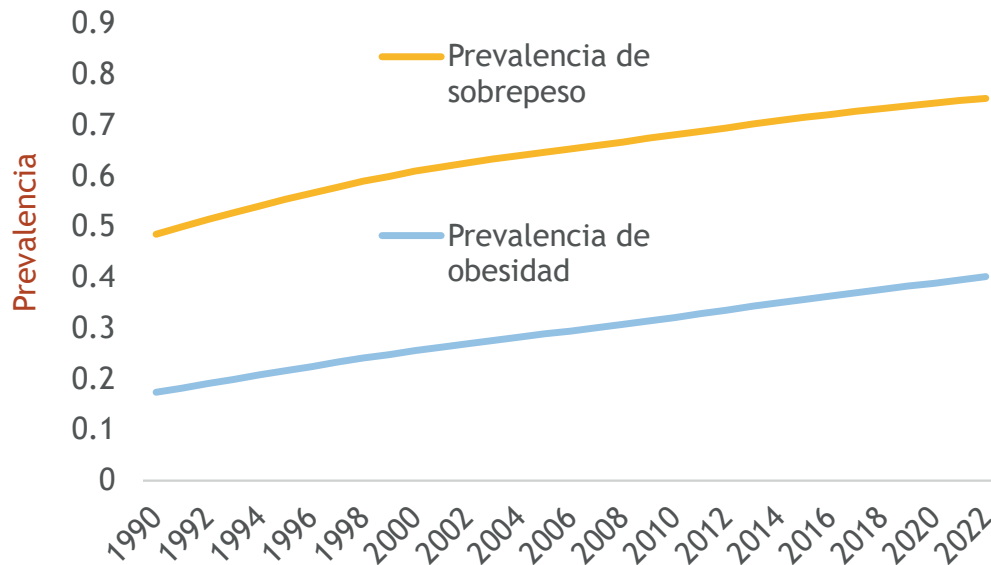


Ilustración 9: Tendencias en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres mexicanas.

Fuente: (60).

Conciencia limitada sobre la prevención del cáncer de endometrio

Diversos estudios muestran que el conocimiento sobre la relación entre obesidad y riesgo de cáncer de endometrio sigue siendo insuficiente. En un estudio de EE.UU., por ejemplo, solo 39% de las pacientes con este cáncer sabía que es más frecuente en mujeres con sobrepeso u obesidad (61). En México, la evidencia es más limitada; sin embargo, un estudio encontró que más de 40% de las personas no reconocía que el cáncer se puede prevenir. Además, el reconocimiento de indicadores relacionados con exceso de grasa corporal fue bajo: la circunferencia de cintura se identificó como factor de riesgo por 29% a 48% (según el grupo) y el exceso de peso por 46% a 63% (62).



“Desde la infancia podemos trabajar en una adecuada alimentación y fortalecer la actividad física.”

Dra. Flavia Morales, INCan

DETECCIÓN TEMPRANA

Cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino puede detectarse de dos formas principales: cuando una mujer presenta síntomas y busca atención, o mediante programas de tamizaje que identifican lesiones precancerosas o tumores antes de que aparezcan los síntomas. La detección temprana depende en gran medida de programas de tamizaje organizados, que tradicionalmente utilizan la citología (Papanicolaou) y, cada vez más, la prueba de VPH. Organismos médicos de referencia como American Society of Clinical Oncology (ASCO) y European Society for Medical Oncology (ESMO) respaldan la prueba de VPH como el enfoque preferido, usando a menudo el Papanicolaou (Pap) solo para el triaje de los casos positivos a VPH (63, 64). La OPS también recomienda la detección del ADN del VPH como el pilar del tamizaje efectivo del cáncer cervicouterino en las Américas (44). La Iniciativa de la OMS para la Eliminación del Cáncer Cervicouterino plantea que para 2030 70% de las mujeres sean tamizadas con una prueba de alto desempeño a las edades de 35 y 45 años (65).

México cuenta con un programa nacional y una norma oficial para la prevención y detección del cáncer cervicouterino (66). En las instituciones públicas se recomienda Pap para mujeres de 25 a 34 años, cada 3 años, y la prueba de VPH para mujeres de 35 a 64 años, cada 5 años (67). Sin embargo, el tamizaje no funciona como un programa poblacional plenamente organizado, con invitación sistemática a la población elegible (66), por lo que, en la práctica, predomina un enfoque oportunista.

Cáncer de endometrio

A diferencia del cáncer de mama y del cáncer cervicouterino, no existe un método de tamizaje establecido para esta enfermedad. En la práctica, el diagnóstico suele iniciarse a partir de síntomas, en particular, el sangrado vaginal anormal, que la propia paciente identifica. Por ello, el diagnóstico oportuno depende en gran medida del reconocimiento de señales de alarma, del acceso oportuno a los servicios de salud y de una valoración rápida por ginecología (2). La detección temprana del cáncer de endometrio se asocia con mejores resultados clínicos y menores costos de atención (2). Los programas de vigilancia personalizados solo se recomiendan para mujeres con síndrome

de Lynch. En México no hay estimaciones poblacionales publicadas sobre su prevalencia; como referencia, en EE.UU. se calcula que es de alrededor de 0.36% (68), lo que en México equivaldría a menos de 300,000 mujeres.

DETECCIÓN TEMPRANA		
	Cáncer cervicouterino	Cáncer de endometrio
Modalidad de detección	Programa de tamizaje con prueba primaria de VPH (preferida) o citología (Papanicolaou)	Programa de vigilancia personalizado para mujeres con síndrome de Lynch
	Autodetección de síntomas	Autodetección de síntomas
Meta de la OMS	70% de las mujeres tamizadas con una prueba de alto desempeño a los 35 y 45 años para 2030	No hay

Ilustración 10: Detección temprana de cáncer cervicouterino y de endometrio

RETOS CÁNCER CERVICUTERINO

Elevar la cobertura y equidad del tamizaje de cáncer cervicouterino

En 2023, solo 31% de las mujeres de 25-64 años encuestadas por la ENSANUT declaró haberse realizado un Pap y 16% una prueba de VPH (69). Más allá de la baja cobertura general, persisten desigualdades marcadas. En el periodo 2021-2023, la prevalencia de cobertura del Pap fue mayor en los estratos socioeconómicos alto (28%) y medio (26%) que en el bajo (18%), y más alta en zonas metropolitanas (31%) que en áreas rurales (26%); se observaron patrones similares para la prueba de VPH (69). Estas brechas son relevantes porque, en mujeres de menor nivel socioeconómico, la falta de aseguramiento y otras barreras de acceso (costos, distancia, tiempos y trámites) se asocian con menor uso del tamizaje y con diagnósticos en etapas más avanzadas (6). En

consecuencia, se relacionan también con peores desenlaces, incluidas mayores tasas de mortalidad (6). En conjunto, estos niveles están muy por debajo de la meta de la OMS de 70% de mujeres tamizadas a los 35 y 45 años para 2030. En un estudio de dos hospitales en Ciudad de México, solo 15% de las pacientes con cáncer cervicouterino identificaron su cáncer a través del tamizaje (70).

Pérdida de seguimiento de pacientes con cáncer cervicouterino

Como documenta un reportaje periodístico, algunas mujeres no reciben sus resultados de pruebas de VPH/Pap porque el proceso se interrumpe entre el laboratorio y la notificación a la paciente (71). La comunicación queda supeditada a canales saturados y sin acuse de recibo, y no existen protocolos de notificación con confirmación ni recordatorios multicanal (SMS/WhatsApp/correo) ni una figura responsable del caso (71). Los tiempos de espera y las campañas masivas aceleradas agravan el problema, mientras la concentración de servicios en áreas urbanas incrementa el riesgo de exclusión para mujeres rurales e indígenas. Sin trazabilidad, registro de toma, fecha de resultado, intentos de contacto y cita programada, los informes permanecen en la unidad, lo que alimenta la desconfianza, el abandono del proceso y el retraso diagnóstico ante hallazgos anormales. Se estima que solo la mitad de las mujeres en México identificadas como de alto riesgo en el tamizaje acude posteriormente a colposcopia para confirmar el diagnóstico (72).

Ampliar el uso de la prueba de VPH como tamizaje primario

Actualmente se recomienda la prueba de VPH como tamizaje primario por su mayor sensibilidad para detectar lesiones precancerosas y cáncer, y porque un resultado negativo confiere protección por varios años (73). En México, aunque la prueba de VPH está disponible desde 2007, su uso sigue siendo subóptimo y el Pap continúa siendo el método más utilizado. De acuerdo con las ENSANUT 2021-2023, en 2023 31% de las mujeres de 25-64 años reportó haberse realizado Pap y 16% la prueba de VPH. Este panorama subraya la necesidad de ampliar la oferta pública de VPH como prueba primaria (69). En abril de 2025, se presentó en la Cámara de Diputados una proposición con punto de acuerdo para exhortar a la Secretaría de Salud a implementar un programa nacional de tamizaje

con pruebas de VPH en todas las instituciones públicas, lo que de concretarse contribuiría a acelerar la transición del Pap hacia VPH primario y a mejorar la cobertura y equidad del tamizaje (74).

Convertir la autotoma de VPH en una intervención efectiva a escala

Ampliar el uso de VPH primario también facilitaría la implementación de modelos de autotoma como estrategia de expansión de cobertura, al habilitar esquemas de tamizaje menos dependientes del examen clínico en el primer contacto. En el taller se destacó la autotoma como una estrategia con potencial para ampliar la cobertura de tamizaje. Sin embargo, también se señaló que, aunque existen insumos ya adquiridos para su implementación en México, su adopción masiva aún enfrenta retos operativos. En particular, se enfatizó la necesidad de fortalecer la distribución, la orientación a las usuarias y los componentes de alfabetización en salud para asegurar un uso adecuado y efectivo.

“Si no hay educación y alfabetización, la autotoma simple y sencillamente no va a servir.”

Dra. Lucely del Carmen Cetina Pérez, INCan

RETOS CÁNCER DE ENDOMETRIO

Fortalecer la alfabetización menstrual y el autoconocimiento corporal

En el taller, los expertos subrayaron que, para cáncer de endometrio, la detección oportuna depende en gran medida de que las mujeres conozcan su cuerpo y sepan identificar cambios anormales en la menstruación. Los expertos señalaron la importancia de fortalecer desde edades tempranas el monitoreo de la menstruación (volumen y características) para favorecer la búsqueda de atención ante señales de alarma.

RETOS COMPARTIDOS

Ambigüedad de síntomas en cáncer cervicouterino y de endometrio

En ambos tumores, los síntomas más comunes (sangrado vaginal anormal, flujo y dolor pélvico) son frecuentes y también se asocian con múltiples condiciones benignas, lo que puede reducir la sospecha oncológica en el primer nivel y retrasar el diagnóstico (2, 75). Esto es especialmente relevante en cáncer de endometrio: aunque el sangrado uterino anormal es el motivo de consulta más común, solo una minoría de las mujeres que lo presentan tendrá cáncer (aprox. 1-2% en premenopáusicas y cerca de 9% en posmenopáusicas con sangrado) (76).

Integrar los consultorios adyacentes a farmacias en la estrategia de prevención y detección

En el taller se señaló que los consultorios adyacentes a farmacia se han convertido en un punto de primer contacto para una proporción considerable de la población (18% según la ENSANUT del 2023 (27)). Sin embargo, actualmente no están incorporados de manera sistemática a campañas y protocolos de prevención. Los expertos advirtieron que, dado su enfoque habitual en problemas agudos y de atención rápida, es poco probable que en estos consultorios se promueva

activamente la detección de cáncer (por ejemplo, incentivar tamizaje o canalizar oportunamente a colposcopia), lo que puede generar oportunidades perdidas para la detección temprana.

Fortalecer competencias y estándares del primer nivel para detección y referencia oportunas

En la reunión se enfatizó que el personal de primer contacto es la puerta de entrada para estas patologías y, por ello, es prioritario fortalecer la capacitación y actualización del primer nivel. Se señaló que en muchos centros de salud hay médicos generales que llevan años sin procesos formales de actualización, lo que limita la detección, la orientación clínica y la referencia oportuna de casos sospechosos.

“Monitorear el volumen y las características de la menstruación son temas que debemos inculcar desde etapas muy tempranas.”

Dra. Marta Zapata Tarrés, asesora Secretaría de Salud



DIAGNÓSTICO

Cáncer cervicouterino

El diagnóstico del cáncer cervicouterino sigue una ruta estructurada en varias etapas. Ante un resultado positivo en el tamizaje o hallazgos sospechosos, se continúa con examen físico, colposcopia y biopsia para confirmar la presencia de lesiones precancerosas o enfermedad invasora. Posteriormente se realizan estudios de imagen (como tomografía computarizada [TAC], resonancia magnética [RM] o Tomografía por Emisión de Positrones combinada con Tomografía Computarizada [PET-CT]) para determinar la extensión de la enfermedad y orientar la estadificación. Un diagnóstico y una estadificación precisos son fundamentales para la planificación del tratamiento. Fortalecer el acceso oportuno a servicios diagnósticos y asegurar la continuidad a lo largo de estos pasos sigue siendo esencial para mejorar la supervivencia y avanzar hacia las metas de eliminación.



Ilustración 11: Proceso diagnóstico del cáncer cervicouterino.

Notas: TAC = Tomografía Axial Computarizada (también “TC”). RM = Resonancia Magnética (equivalente a “MRI” en inglés). PET-CT = Tomografía por Emisión de Positrones combinada con Tomografía Computarizada. Fuente: basado en ESMO (77) y guías de ESGO/ESTRO/ESP (78).

Cáncer de endometrio

El diagnóstico del cáncer de endometrio implica un proceso de múltiples pasos (ilustrado abajo) que incluye exámenes físicos, estudios de imagen, biopsias y pruebas de biomarcadores moleculares, los cuales en conjunto orientan la estadificación y las decisiones terapéuticas (2). Históricamente, la clasificación

se basaba en la histología, dividiendo los casos en tipo I (relacionado con estrógenos, progresión más lenta) y tipo II (agresivo, peor pronóstico). Desde 2021, una clasificación molecular ha redefinido el cáncer de endometrio en cuatro subtipos: (i) POLE ultramutado, (ii) dMMR (deficiencia en la reparación de desajustes), (iii) p53 aberrante y (iv) sin subtipo molecular específico (NSMP) (2). Esta nueva clasificación, combinada con la información de estadificación y la introducción de nuevos medicamentos, permite estrategias terapéuticas más personalizadas para cada paciente. Para facilitar este enfoque personalizado se requiere una evaluación integral de biomarcadores. El acceso equitativo a herramientas diagnósticas, pruebas de biomarcadores y experiencia especializada es esencial para integrar estos avances en la práctica clínica, especialmente a medida que continúen surgiendo nuevos tratamientos.

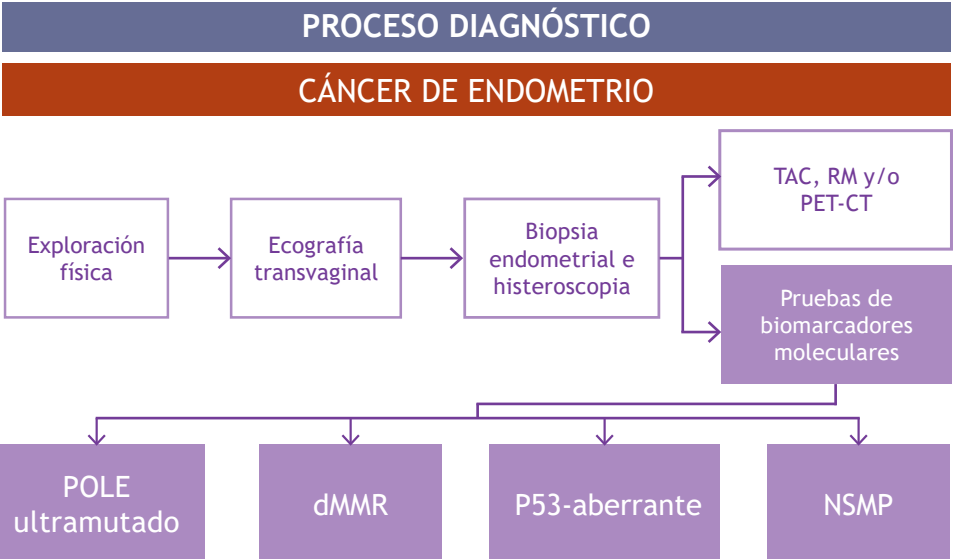


Ilustración 12: Proceso diagnóstico del cáncer de endometrio.

Notas: TAC = Tomografía Axial Computarizada (también “TC”). RM = Resonancia Magnética (equivalente a “MRI” en inglés). PET-CT = Tomografía por Emisión de Positrones combinada con Tomografía Computarizada. POLE = ADN polimerasa épsilon (subtipo con mutaciones “ultramutadas”). dMMR = deficiencia de reparación de desajustes (deficient mismatch repair). pMMR = reparación de desajustes competente (proficient mismatch repair). p53 = proteína supresora de tumores codificada por TP53; p53 aberrante indica alteración (por inmunohistoquímica o mutación), mientras que p53 tipo salvaje indica patrón no alterado. NSMP = sin subtipo molecular específico (No Specific Molecular Profile/Subtype).

Fuente: (2).

RETOS CÁNCER CERVICOUTERINO

Reducir los tiempos hasta la confirmación diagnóstica

En un estudio que analizó cuatro tipos de cáncer (cervicouterino, mama, testículo y próstata), el principal embotellamiento se concentró en la fase diagnóstica (75). En cáncer cervicouterino, la mediana para llegar al diagnóstico fue de 99 días, en comparación con 56 días para iniciar el tratamiento. En los casos sintomáticos, el intervalo del paciente (del inicio de síntomas a la primera consulta) fue de 24 días. El retraso se asocia con una atención fragmentada (68% tuvo cuatro o más consultas y 46% acudió a tres o más servicios antes de llegar al centro oncológico), con una baja realización de examen físico en la primera consulta (44% sin examen) y con diagnósticos iniciales benignos frecuentes (35%). Además, barreras percibidas como falta de recursos económicos, largas esperas para obtener citas, desinformación sobre servicios públicos y experiencias negativas previas desalientan la búsqueda de atención y la continuidad del cuidado.

RETOS CÁNCER DE ENDOMETRIO

Consolidar la adopción del diagnóstico de precisión

El Segundo Consenso Nacional de Cáncer de Endometrio en México (2025), alineado con guías internacionales, recomienda la clasificación molecular en todas las pacientes (p. ej., POLE, dMMR, p53 y NSMP), lo que incrementa la necesidad de acceso oportuno y equitativo a pruebas de biomarcadores (17). En la práctica, esto implica disponibilidad de inmunohistoquímica y, para algunos marcadores, pruebas basadas en secuenciación (como NGS por sus siglas en inglés), especialmente para POLE y, cuando se utiliza, TMB. Sin embargo, en América Latina la implementación enfrenta obstáculos como escasez de patología especializada y acceso limitado a pruebas de NGS, que suelen concentrarse en pocos centros, pese a su valor clínico (79). En el taller, los expertos señalaron que la incorporación sistemática de diagnóstico avanzado —en particular inmunohistoquímica y NGS— sigue siendo un desafío para su adopción amplia y

homogénea en el sector público, y que incluso en otros tumores (p. ej., mama) la implementación universal ha sido gradual y heterogénea.

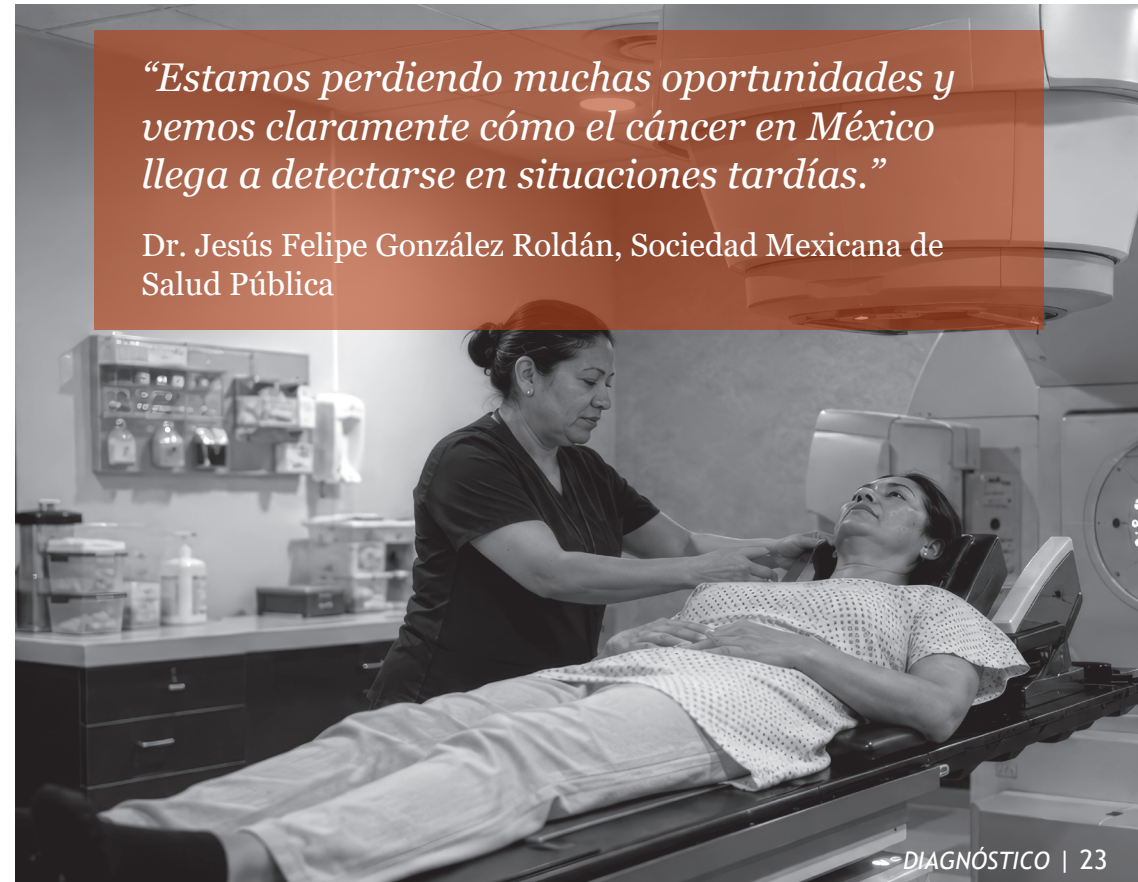
RETOS COMPARTIDOS

Fortalecer la disponibilidad y distribución de radiólogos y patólogos

A nivel nacional hay aproximadamente 3 radiólogos por cada 100,000 habitantes, 1.2 patólogos anatómicos y 0.6 especialistas en patología clínica/medicina de laboratorio por cada 100,000 habitantes (80). En contraste, la Unión Europea promedia 12.7 radiólogos por 100,000 (81) y en EE.UU. había 6.4 patólogos por 100,000 en 2022 (82). Además de que la cifra nacional es baja, existen fuertes disparidades regionales: en Chiapas se reportan 1.1 radiólogos por 100,000, 0.5 patólogos anatómicos y 0.3 patólogos clínicos por 100,000 habitantes (80).

“Estamos perdiendo muchas oportunidades y vemos claramente cómo el cáncer en México llega a detectarse en situaciones tardías.”

Dr. Jesús Felipe González Roldán, Sociedad Mexicana de Salud Pública



Ampliar la disponibilidad de equipo de imagenología y medicina nuclear

México posee muchos menos aparatos de imagen por habitante que otros países: solo alrededor de 3 unidades de resonancia magnética (RM) y 7 escáneres de tomografía computarizada (TAC) por cada millón de habitantes, comparado con 18 y 28 (respectivamente) como promedio de la OCDE (83). México también cuenta con un menor número de aparatos por cada millón de habitantes comparado con Brasil y Chile. La consecuencia es que pacientes en ciertas regiones deben esperar largos periodos o viajar grandes distancias para acceder a esos estudios. Esta brecha es aún más marcada en medicina nuclear. En 2018, México contaba con solo 50 equipos PET-CT en total; sin embargo, por tamaño de población, las estimaciones sugieren que el país debería disponer de alrededor de 240 unidades (84, 85). Un estudio transversal realizado en 2018, que analizó la experiencia de 506 especialistas de instituciones públicas de salud, reveló que solo el 2.2% de los participantes contaba con acceso a RM en sus centros de trabajo (86). Este hallazgo es crítico, ya que la RM es el método de elección recomendado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) para la estadificación del cáncer cervicouterino. Por su parte, el acceso a PET-CT fue aún más escaso, con solo un 1.5% de disponibilidad reportada.

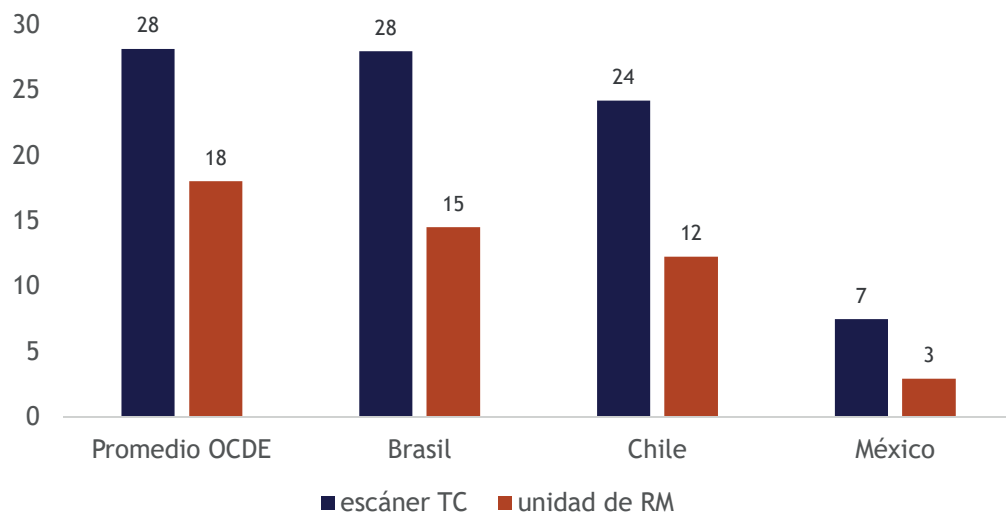


Ilustración 13: Equipo de diagnóstico por millón de habitantes.

Fuente: (83).

Recuadro 5. Buena práctica emergente en México: Modelo de Acto Único para acortar la ruta diagnóstica

El Modelo de Acto Único del Hospital Oncológico para la Mujer en la Ciudad de México busca responder a uno de los retos centrales identificados en este capítulo: reducir la fragmentación entre sospecha, diagnóstico, tratamiento y seguimiento (87). El modelo concentra en una misma unidad la valoración clínica, estudios diagnósticos, biopsia, tratamiento y acompañamiento de mujeres con sospecha o diagnóstico de cáncer, con el objetivo de disminuir traslados, citas múltiples y tiempos de espera.

De acuerdo con la información pública disponible, el hospital plantea metas operativas de confirmación diagnóstica en menos de 14 días e inicio de tratamiento en un máximo de 30 días (87). Para cáncer cervicouterino y de endometrio, este tipo de ruta integrada podría fortalecer la continuidad entre prueba anormal o síntoma de alarma, confirmación diagnóstica, estadificación e inicio oportuno del tratamiento.

Como experiencia reciente, el modelo representa un paso en la dirección correcta hacia una atención oncológica más integrada, oportuna y centrada en las mujeres. Su implementación puede generar aprendizajes valiosos para fortalecer rutas de referencia, reducir tiempos de atención y orientar su posible escalamiento a otras entidades del país.

TRATAMIENTO

Cáncer cervicouterino

La prevención secundaria mediante el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas desempeña un papel fundamental para evitar la progresión hacia el cáncer cervicouterino invasor. La detección temprana y el manejo oportuno de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) pueden interrumpir el proceso de la enfermedad (88), evitando la necesidad de tratamientos oncológicos más complejos y costosos más adelante. Sin embargo, cuando el cáncer cervicouterino se desarrolla a pesar de los esfuerzos preventivos o en ausencia de estos, se vuelven esenciales estrategias terapéuticas integrales para lograr curar o controlar la enfermedad. El manejo del cáncer cervicouterino debe estar guiado por un equipo multidisciplinario (EMD/MDT), que incluya oncólogos, cirujanos, radiólogos, patólogos y enfermeros oncológicos, para garantizar la atención más adecuada para cada paciente (78).

Los abordajes de tratamiento varían según el estadio de la enfermedad y, por lo general, incluyen cirugía, radioterapia y medicamentos contra el cáncer, usados solos o en combinación (77, 78).

Cáncer de endometrio

El tratamiento depende del estadio al diagnóstico y del perfil clínico y molecular del tumor, y debe estar guiado por un equipo multidisciplinario (EMD/MDT) para definir la mejor combinación de cirugía, radioterapia y terapias sistémicas (2). Durante décadas, la quimioterapia fue el pilar del tratamiento sistémico en enfermedad avanzada y recurrente; sin embargo, en los últimos años se han incorporado inmunoterapias y terapias dirigidas que permiten un manejo más personalizado, en particular según biomarcadores como dMMR/MSI-H o TMB-H (2, 93, 94).

En términos generales, los abordajes terapéuticos incluyen:

- **Casos localizados y operables:** cirugía, que a menudo implica la extirpación total del útero, y con frecuencia seguida de radioterapia con o sin quimioterapia (89).
- **Casos localmente avanzados:** La radioterapia pélvica externa concurrente con quimioterapia, es decir, la quimiorradiación, seguida de braquiterapia, solía ser el estándar con intención curativa (89), pero actualmente puede añadirse inmunoterapia a la quimiorradiación en casos seleccionados de alto riesgo (90).
- **Casos recurrentes o metastásicos:** la quimioterapia solía ser el estándar de atención, pero ahora debe combinarse con inmunoterapia en pacientes con expresión tumoral positiva de PD-L1 (89). La lista más reciente de Medicamentos Esenciales de la OMS (EML) de septiembre de 2025 incluye la inmunoterapia como monoterapia de primera línea para el cáncer cervicouterino metastásico (91).

Garantizar el acceso equitativo a estos tratamientos y la referencia oportuna a centros especializados sigue siendo fundamental para mejorar los resultados.

En términos generales, los abordajes terapéuticos incluyen:

- **Casos localizados:** cirugía como base (histerectomía con salpingooforectomía bilateral y estadificación). El tratamiento adyuvante se define por el riesgo de recaída, e incluye observación en riesgo bajo y, según el caso, radioterapia con o sin quimioterapia en riesgos intermedio, moderado-alto o alto (2, 93, 94).
- **Casos localmente avanzados, recurrentes y metastásicos:** actualmente, el estándar de tratamiento de primera línea en pacientes candidatas es la combinación de quimioterapia e inmunoterapia. Tras la progresión, el manejo se individualiza según biomarcadores, con opciones como inmunoterapia sola en tumores dMMR/MSI-H o TMB-H, o inmunoterapia combinada con un TKI en tumores MSS/pMMR cuando está indicada; en tumores de bajo grado o evolución indolente, la terapia hormonal puede ser una alternativa (2, 93, 94).

Cáncer cervicouterino

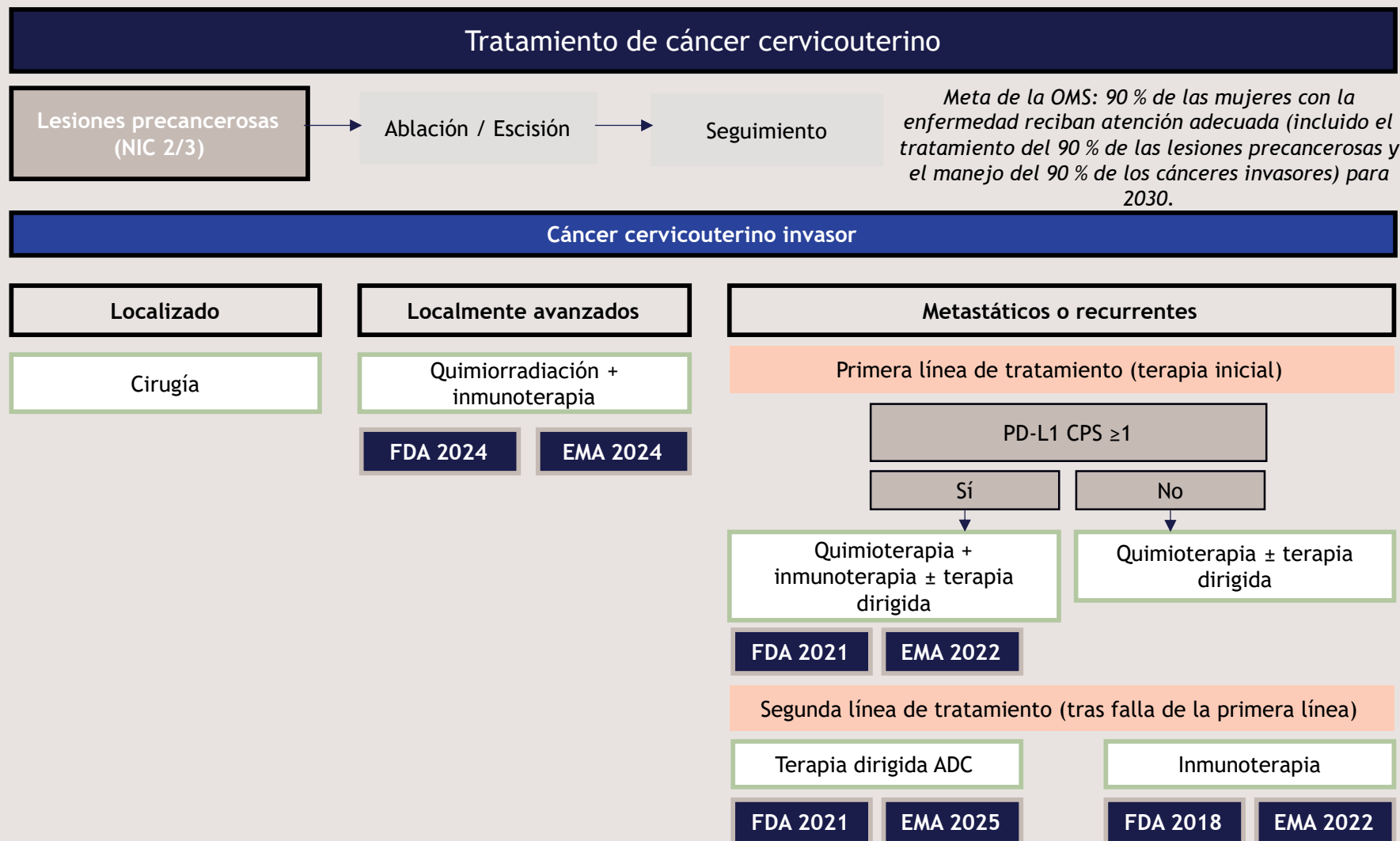


Ilustración 14: Tratamiento cáncer cervicouterino.

Notas: NIC 2/3 (Neoplasia intraepitelial cervical grados 2 y 3). CPS (puntuación positiva combinada). Fuente: ESMO (77, 92), ESGO/ESTRO/ESP (89), y OMS (88).

Cáncer de endometrio

Tratamiento de cáncer de endometrio

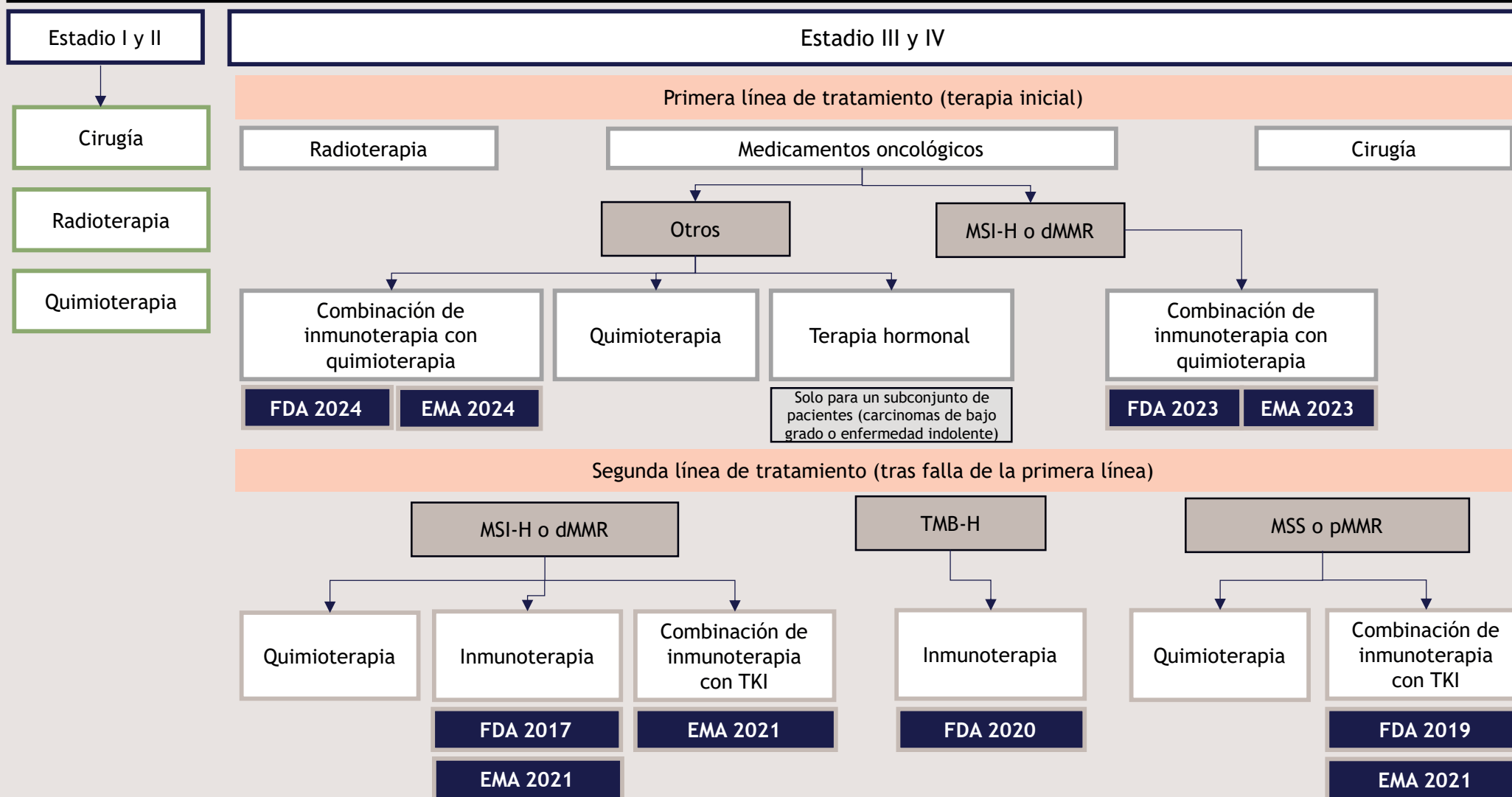


Ilustración 15: Tratamiento cáncer de endometrio.

Fuente: (2). Basado en ESMO (93) y NCCN (94). Notas: EMA (Agencia Europea de Medicamentos), FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), MSI-H (alta inestabilidad microsatelital), dMMR (déficit en la reparación de desajustes), TMB-H (alta carga mutacional tumoral), MSS (microsatélites estables), pMMR (reparación de desajustes competente) y TKI (inhibidor de tirosina quinasa). Actualizaciones sobre terapia combinada en el tratamiento de primera línea (95, 96).

RETOS COMPARTIDOS

Fortalecer la disponibilidad y distribución de la fuerza laboral oncológica

México cuenta con un número limitado de especialistas: 945 cirujanos oncólogos de adultos, 473 oncólogos médicos, 174 oncólogos ginecológicos y 264 oncólogos pediatras (97). En comparación internacional, la densidad de oncólogos es baja: 16 por millón de habitantes, frente a 161 en EE.UU. (97). Un área particularmente crítica es la radioterapia. Según el Consejo Mexicano de Certificación en Radioterapia, en 2020 había 346 radio-oncólogos, lo que equivale a 1 por cada 345,000 habitantes (98). Un estudio estimó que para 2030 existirá una brecha de 246 radio-oncólogos; para cubrirla, sería necesario incrementar el personal en 60% (99). También se prevén déficits importantes en el equipo técnico especializado. En el caso de los físicos médicos —responsables del cálculo y verificación de dosis, el control de calidad de los equipos y la seguridad del tratamiento— se estima una brecha de 219 para 2030, lo que requeriría un aumento de 122% en el personal (99). Finalmente, para los técnicos en radioterapia —quienes operan los equipos y administran el tratamiento al paciente en cada sesión— se proyecta una brecha de 1,346, lo que implicaría un incremento de 539% en la plantilla.

Fortalecer la continuidad del tratamiento a lo largo del proceso de atención

En un estudio, en varias instituciones del sector público, se observaron largas demoras y que más del 20% de las pacientes interrumpían el tratamiento una vez establecido (100). En poblaciones indígenas, estas discontinuidades pueden ser aún más pronunciadas: se ha documentado que una proporción relevante de pacientes llega a servicios especializados en etapas muy avanzadas e incluso ingresa a cuidados paliativos sin haber recibido tratamiento oncológico previo (101).

Asegurar la disponibilidad de insumos quirúrgicos y medicamentos oncológicos esenciales

Según una encuesta a especialistas de instituciones públicas que atienden cáncer cervicouterino, el 58% reportó falta de equipo adecuado en quirófano; el 19%, insuficiencia de consumibles; y el 16%, carencia de instrumentos quirúrgicos (86). En cuanto a medicamentos, solo 41% indicó disponibilidad de bevacizumab para escenarios de enfermedad avanzada; en el sur del país, ningún médico encuestado reportó que estuviera disponible. Según los expertos del taller, estas limitaciones se han extendido en años recientes a insumos clave para el tratamiento, afectando de manera directa la capacidad de administrar quimioterapia y otras terapias oncológicas.

Ampliar y modernizar la capacidad instalada para radioterapia

La radioterapia es esencial en cáncer cervicouterino localmente avanzado y un complemento importante en cáncer de endometrio, pero su capacidad en México es insuficiente. La OIEA plantea como referencia ideal 4 máquinas de radioterapia por millón de habitantes; en un estudio, solo la Ciudad de México alcanzó ese umbral (102). Para países de ingresos medios, la OIEA también recomienda 3.5 aceleradores lineales por millón, mientras que México cuenta con 1.19 por millón (98, 102). Se estima un faltante de 119 aceleradores y una proporción importante del parque instalado es obsoleta (15-30 años) (103). En 2020 ya existía un déficit para cubrir la demanda: faltaban 9 unidades de radioterapia externa (EBRT; 13%) y 43 de braquiterapia (BT; 144%) (99). Para 2030, se requerirá aumentar 54% las unidades de EBRT y 243% las de BT respecto a 2020.

Reducir desigualdades territoriales y cuellos de botella en el acceso a radioterapia

La distribución es inequitativa: Chiapas y Tlaxcala no cuentan con equipos, mientras que la Ciudad de México concentra 46 (98). El 34% de los estados dispone de un solo centro de radioterapia y en cinco estados no hay braquiterapia (103). En una encuesta a 506 especialistas del sector público, 39% reportó falta de equipo de radioterapia y 45% carencia de equipo para braquiterapia (86). Estas brechas se traducen en listas de espera prolongadas (demoras cercanas a 11 meses en IMSS (104)) y en el uso de quimioterapia “de puente” mientras se accede a radiación, con resultados subóptimos (105). Existe un desajuste entre los recursos humanos y la infraestructura. Hay instituciones con especialistas oncológicos, pero sin unidad de radioterapia, por lo que las pacientes deben ser referidas a otras entidades para completar su atención (106). Además, los expertos entrevistados revelaron que existen barreras regulatorias y logísticas que pueden interrumpir la braquiterapia (p. ej., demoras en permisos y despacho aduanal para importación o el traslado de fuentes radiactivas selladas usadas en braquiterapia por COFEPRIS/aduana) y una brecha en la adopción de técnicas modernas, con predominio de técnica conformal pese a que parte del parque instalado podría ofrecer modalidades más avanzadas.

Acceso a la radioterapia en México

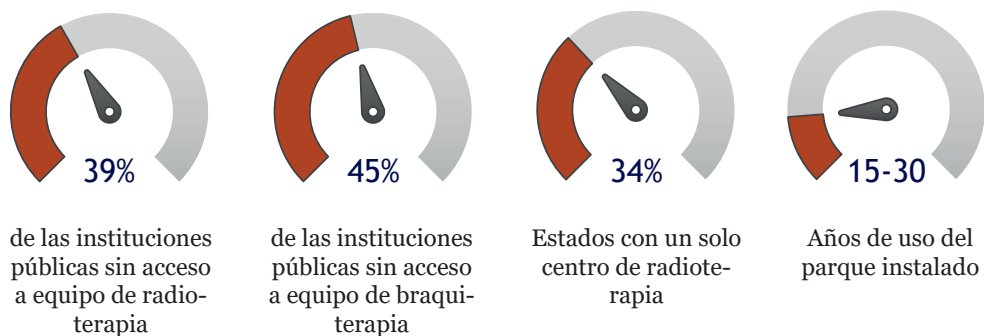


Ilustración 16: Acceso a la radioterapia en México

Fuentes: (86, 98, 103).

Avanzar hacia una disponibilidad más amplia de tratamientos innovadores

De acuerdo con el indicador FIFARMA-WAIT 2025, entre 2014 y 2024 la FDA aprobó 245 medicamentos innovadores (incluyendo medicamentos oncológicos y de otras áreas terapéuticas) (107). De estos, 158 cuentan con registro sanitario en México. Sin embargo, el acceso no es uniforme: 34 están disponibles únicamente en el sector privado (vía aseguradoras), 4 tienen disponibilidad limitada en el sector público (a través de formularios descentralizados) y 60 tienen disponibilidad completa, al estar incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud y formar parte de las compras de instituciones federales. Esto pone en evidencia una brecha considerable entre las aprobaciones regulatorias en México y el acceso real de las pacientes a terapias oncológicas innovadoras. Esta brecha se observa con claridad en cáncer de endometrio, donde las terapias innovadoras todavía no se han incorporado al Compendio Nacional de Insumos para la Salud 2025, lo que limita su disponibilidad en instituciones públicas (108). En cambio, para cáncer cervicouterino la inmunoterapia ya está contemplada en el Compendio para escenarios localmente avanzados y avanzados, en combinación con quimiorradioterapia (108). La inclusión en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud es un paso clave porque es el referente al que se ajustan las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud y porque sustenta la codificación y la adquisición de insumos (109). Sin embargo, la disponibilidad efectiva suele requerir etapas adicionales, como su adopción en formularios institucionales, la asignación presupuestal y la compra y distribución sostenida en las unidades de atención.

Reducir los tiempos entre aprobación regulatoria y acceso efectivo a tratamientos innovadores

Después de la aprobación regulatoria, suele pasar mucho tiempo antes de que se autorice el reembolso y se logre la primera disponibilidad de los medicamentos innovadores. Según FIFARMA-WAIT 2025, en el periodo 2014-2024, en México transcurren en promedio 37 meses (más de 3 años) desde la aprobación regulatoria local hasta que el medicamento está disponible por primera vez en el país (en el sector público o en seguros médicos privados) (107). Esto no significa

que, a partir de ese momento, todas las personas que lo necesitan puedan acceder al tratamiento: suele tratarse solo de la primera disponibilidad para un subconjunto de pacientes, muchas veces para una indicación específica, es decir, apenas la “punta del iceberg” en términos de acceso real.

DESAFÍOS TRANSVERSALES EN EL SISTEMA DE SALUD

Fortalecer la protección efectiva en un sistema segmentado

Aunque México reconoce el derecho a la salud, la cobertura real es incompleta y segmentada entre subsistemas. Aproximadamente la mitad de la población cuenta con seguridad social vinculada al empleo (principalmente IMSS e ISSSTE), mientras que la población sin seguridad social se atiende en servicios públicos a través de IMSS-Bienestar y/o SESA (110). Dentro de las personas sin seguridad social, aproximadamente el 60% se atiende en el sector privado (110). En 2022, aproximadamente 10% de las personas en México contaba con un seguro de gastos médicos privado (111). En este contexto, el índice de la OMS de cobertura de servicios esenciales fue de 79 para México en 2023 (112), lo que sugiere una cobertura promedio relativamente alta de servicios esenciales, pero compatible con brechas importantes en acceso oportuno y continuidad de la atención, reflejadas en la alta utilización de servicios privados y la segmentación del sistema.

Reducir la carga financiera para los hogares

El gasto público en salud se sitúa en torno al 3% del PIB, por debajo de la referencia internacional informal del 5% sugerida por la OMS (97, 113). De acuerdo con la OCDE, en México 41% del gasto total en salud proviene del bolsillo de los hogares (promedio OCDE: 18%), y solo 72% de la población está cubierta para un paquete básico de servicios (83). El gasto de bolsillo en salud creció 8% en términos reales (descontando la inflación) entre 2022 y 2024. Aunque bajaron los hogares con gasto catastrófico a nivel nacional, los de menor ingreso aumentaron su carga financiera (114). Además, 63% declara afiliación pública pero 6 de cada 10 termina atendándose en consultorios privados (incluidos consultorios adyacentes a farmacias), señal de fallas de acceso en el sector público (114). En este contexto, un estudio sobre toxicidad financiera en personas con cáncer de 65 años o más, incluidos pacientes con cáncer de endometrio

y cervicouterino, halló que 90% presentó alguna forma leve o moderada de toxicidad (115).

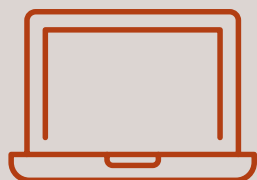
Reducir diferencias en oportunidad de diagnóstico y acceso a tratamiento entre sectores

La evidencia disponible para otros tipos de cáncer en México sugiere que las personas atendidas con aseguramiento público pueden tener menor supervivencia que quienes cuentan con seguro privado, y que las pacientes tratadas en el sector público tienen mayor probabilidad de ser diagnosticadas en estadios tardíos en comparación con el sector privado (116, 117). En cáncer cervicouterino, la atención curativa de casos localmente avanzados depende de radioterapia y braquiterapia oportunas, servicios que suelen concentrarse en centros especializados e implican referencias y tiempos de espera más largos en el sector público. En cáncer de endometrio, la diferencia se vuelve más visible en enfermedad avanzada o recurrente, donde el acceso a pruebas de biomarcadores y a terapias innovadoras es más variable o inexistente en instituciones públicas, mientras que en el sector privado suele existir mayor rapidez para diagnóstico, estudios complementarios y acceso a opciones de tratamiento, condicionado a la capacidad de pago o a la cobertura del seguro.

“Se requiere una política que congrege a los cánceres de la mujer en conjunto.”

Lic. Alma Ortíz Pellón, Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer

RECOMENDACIONES



Reforzar gobernanza, datos y transparencia de resultados para sostener el cambio

Fortalecer y actualizar el plan nacional de prevención y control de cáncer para asegurar una articulación integral en todo el continuo de atención y una coordinación interinstitucional efectiva (salud, educación, mujeres), acompañadas de una implementación efectiva y sostenible de las políticas. Consolidar registros y monitoreo (incluyendo el Registro Nacional de Cáncer y seguimiento de vacunación y tamizaje), medir la trayectoria completa del paciente (de síntomas a tratamiento) y usar evidencia cuantificada para priorización territorial, seguimiento de desempeño y asignación eficiente de recursos.



Escalar la detección temprana con modelos centrados en la usuaria y nuevos puntos de entrada

Adoptar la prueba de VPH como método primario de tamizaje en todos los entornos. Después, convertir la autotoma de VPH en una intervención efectiva a gran escala, combinando su distribución con educación práctica, orientación y rutas claras de seguimiento, con énfasis en zonas rurales e indígenas. Considerar a los consultorios adyacentes a farmacias como un posible punto de primer contacto, con lineamientos sencillos, herramientas de consejería y rutas de referencia definidas para tamizaje y, cuando proceda, colposcopia y confirmación diagnóstica.

Consolidar una estrategia de “prevención primero” que combine educación continua y multicanal con servicios preventivos rutinarios



Mantener acciones de alfabetización en salud desde escuelas (SEP), medios y espacios comunitarios para reforzar la comprensión de factores de riesgo, adaptando mensajes y herramientas para población indígena y comunidades marginadas. Integrar de manera explícita la prevención y el control de la obesidad, el sobrepeso, la diabetes y el síndrome metabólico dentro de las estrategias nacionales de prevención del cáncer en mujeres, incorporando metas e indicadores específicos de peso saludable y actividad física y campañas de alfabetización sobre riesgos asociados con el cáncer de endometrio, promoviendo estilos de vida saludables. En paralelo, convertir la vacunación contra el VPH en un servicio sostenido y equitativo, pasando de campañas aisladas a un modelo permanente que recupere cohortes rezagadas y reduzca brechas por edad; considerar su integración en la Cartilla Nacional de Salud, protocolizar la implementación, fortalecer el monitoreo de cobertura y resultados e impulsar coberturas de vacunación del 90%, en línea con la meta de la OMS, así como evaluar la ampliación de los grupos objetivo.



Reducir demoras en diagnóstico y tratamiento

Estandarizar en el primer nivel la evaluación y referencia. Asegurar diagnóstico oportuno con vías rápidas para biopsia y patología, incluyendo capacidad regional de inmunohistoquímica. En diagnóstico por imagen, abordar tanto las brechas en número de equipos como la subutilización de la capacidad instalada, mediante optimización operativa y redes de referencia cuando sea necesario. Gestionar listas de espera con criterios explícitos de priorización para casos potencialmente curables y maximizar el uso efectivo de radioterapia (programación, mantenimiento y turnos donde haya personal), con rutas rápidas de COFEPRIS y aduanas para evitar paros por fuentes de braquiterapia, usando convenios público-privados temporales donde falte capacidad.



Acelerar y hacer más equitativo el acceso público a innovaciones terapéuticas

Garantizar procesos regulares para actualizar el compendio de medicamentos, priorizando tratamientos con beneficio clínico y costo-efectividad. Alinear guías clínicas y capacidades del sistema para que la incorporación de nuevos medicamentos se traduzca en uso rutinario y acceso homogéneo en el sector público, mediante procesos más ágiles de aprobación, financiación y disponibilidad, y evitando que el acceso quede restringido a un subconjunto de pacientes.

REFERENCIAS

- Manzano A, Košir U, Hofmarcher T. Bridging the gap in women's cancers care: a global policy report on disparities, innovations and solutions. Lund, Sweden: IHE, 2025.
- Manzano A, Hofmarcher T. Endometrial Cancer - Improving Care and Driving Policy Change. Lund, Sweden: IHE, 2024.
- American Cancer Society. What Is Cervical Cancer? [September 08, 2025]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/about/what-is-cervical-cancer.html>.
- National Cancer Institute. Cervical Cancer Symptoms. [September 08, 2025]. Available from: <https://www.cancer.gov/types/cervical/symptoms>.
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today (version 1.1). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2024 [September 08, 2025]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>.
- Cetina-Perez L, Luvian-Morales J, Delgadillo-Gonzalez M, Castro-Eguiluz D, Galicia-Carmona T, Rely K, et al. Sociodemographic characteristics and their association with survival in women with cervical cancer. BMC Cancer. 2024;24(1):161.
- Isla-Ortiz D, Palomares-Castillo E, Mille-Loera JE, Ramirez-Calderon N, Mohar-Betancourt A, Meneses-Garcia AA, et al. Cervical Cancer in Young Women: Do They Have a Worse Prognosis? A Retrospective Cohort Analysis in a Population of Mexico. Oncologist. 2020;25(9):e1363-e71.
- Gobierno de México. 019. Encabeza David Kershenobich la reinstalación del Comité Nacional de Cáncer de la Mujer. 2025 [Nov 5, 2025]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/prensa/019-encabeza-david-kershenobich-la-reinstalacion-del-comite-nacional-de-cancer-de-la-mujer>.
- Gobierno de México. 192. Secretaría de Salud encabeza acciones del sector para la prevención y atención del cáncer en la mujer. 2025 [Nov 5, 2025]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/prensa/192-secretaria-de-salud-encabeza-acciones-del-sector-para-la-prevencion-y-atencion-del-cancer-en-la-mujer>.
- Gobierno de México. Día Mundial de la Prevención del Cáncer del Cuello Uterino | 26 de marzo. 2022 [Oct 28, 2025]. Available from: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-mundial-de-la-prevencion-del-cancer-del-cuello-uterino-26-de-marzo>.
- Torres-Lobatón A, Barra-Martínez R, Jiménez-Arroyo EP, Portillo-Reyes J, Suárez-Juárez CA, Morgan-Ortiz F. Obesidad y cáncer de endometrio: las repercusiones de un problema de salud pública. Ginecología y obstetricia de México. 2020;88:569-74.
- Lira H. Cáncer de endometrio, un desafío poco conocido y el papel de la inteligencia artificial en su detección temprana. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; [Oct 29, 2025]. Available from: <https://cienciavital.uacj.mx/cienciadelasalud/SAL3-2-6.html>.
- INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). [Jan 15, 2026]. Available from: https://www.inegi.org.mx/programas/edr/#-datos_abiertos.
- Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Ferlay J, Miranda-Filho A, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Over Time. . Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.; 2024 [June 25, 2026]. Available from: <https://gco.iarc.fr/overtime/en>.
- Secretaría General del Consejo Nacional de Población. Población a mitad de año por municipio y grupos quinquenales de edad (1990-2040). [Jan 15, 2026]. Available from: datos.gob.mx/dataset/proyecciones-de-poblacion.
- Palacio Mejía L, Hernández Ávila J. Principales causas de muerte según tipo de cáncer, México 1990-2020. Instituto Nacional de Salud Pública; [Oct 20, 2025]. Available from: <https://uisp.insp.mx/wp/index.php/analisis-de-la-mortalidad-por-cancer/>.
- Leon DFC, Morales-Vasquez F, Cano-Blanco C, Bahena-Gonzalez JA, Ruvalcaba-Limon E, Perez-Quintanilla M, et al. Second Mexican Consensus on Endometrial Cancer. Cir Cir. 2025;93(Supl 1):1-35. Segundo Consenso Mexicano de Cáncer de Endometrio.
- Gobierno de México. Anuario de Morbilidad 1984 -2024. Dirección General de Epidemiología; [Mar 14, 2026]. Available from: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/index.html>.
- Gobierno de México. Datos de egresos hospitalarios. [Mar 14, 2026]. Available from: https://www.datos.gob.mx/dataset/datos_egresos_hospitalarios.
- Brau-Figueroa H, Palafox-Parrilla EA, Mohar-Betancourt A. El Registro Nacional de Cáncer en México, una realidad. Gaceta Mexicana de Oncología. 2020;19:107-11.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. Seattle, WA: University of Washington; 2015 [Feb 21, 2026]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
- Gobierno de México. 172. Presenta Secretaría de Salud, Registro Nacional de Cáncer-Módulo Pediátrico. 2025 [Oct 23, 2025]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/prensa/172-presenta-secretaria-de-salud-registro-nacional-de-cancer-pediatrico-modulo-pediatrico?idiom=es>.
- Surveillance E, and End Results (SEER) Program,. Incidence - SEER Research Data. 2026 [Feb 23, 2026]. Available from: <https://seer.cancer.gov/statistics-network/explorer/application.html>.
- Beltran-Ontiveros SA, Contreras-Gutierrez JA, Lizarraga-Verdugo E, Gutierrez-Grijalva EP, Lopez-Lopez K, Lora-Fierro EH, et al. National Burden and Trends for 29 Groups of Cancer in Mexico from 1990 to 2019: A Secondary Analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. Cancers (Basel). 2023;16(1).
- World Health Organization. Human papillomavirus and cancer. 2024 [Jan 12, 2026]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>.
- Ferlay J, Laversanne M, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow (version 1.1). Lyon, France: 2024.
- Shamah-Levy T, Lazcano-Ponce E, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Gaona-Pineda E, Gómez-Acosta L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Resultados Nacionales. . Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2024.
- Flores-Luna L, Rojas-Martínez R, Escamilla-Núñez C, Castro-Porras L, Hernández Cadena L, Romero-Martínez M, et al. Prevalencia de factores de riesgo cardiometabólico en México, Ensanut 2021. Salud Publica Mex. 2025;67(6 (nov-dic)):644-57. Prevalencia de factores de riesgo cardiometabolico en Mexico, Ensanut 2021.
- de Sousa FG, Prates ABC, Leal ANA, Xavier LB, de Andrade DAP, Nogueira-Rodrigues A. Identifying areas at risk of endometrial cancer increase in Latin America: development of a geospatial model. The Lancet Oncology. 2022;23:S41.
- Ma Y, Lai X, Fang H. Global, regional, and national disease burden and economic costs of cervical cancer (1991-2021): a multidimensional data synthesis analysis. Front Public Health. 2025;13:1633975.
- Sánchez-Román F, Carlos-Rivera F, Guzmán-Caniupan J, Escudero-de los Ríos P, Juárez-Pérez C, Aguilar-Madrid G. Costos de

REFERENCIAS

- atención médica por cáncer cervicouterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012;50:99-106.
32. Szamreta E, Pileggi V, Vitorasso R, Picoli RM, Grigolon RB. Economic burden of cervical cancer in Latin America: A real-world study. *Gynecologic Oncology.* 2024;190:S344-S5.
33. Kong Y, Lam F, Ervik M, Soerjomataram I. Global Cancer Observatory: Cancer Impact, Cancer Economics: Productivity Loss. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2025 [Jan 12, 2026]. Available from: https://gco.iarc.who.int/economics/productivity_loss
34. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. 2020 [Oct 14, 2025]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>.
35. Tiozzo G, Gurgel do Amaral GS, Kwiatkiewicz R, Postma MJ. HPV's Economic Burden: Unmasking the benefits of HPV prevention. *Asc Academics*, 2024.
36. Pennington M, Gentry-Maharaj A, Karpinskyj C, Miners A, Taylor J, Manchanda R, et al. Long-Term Secondary Care Costs of Endometrial Cancer: A Prospective Cohort Study Nested within the United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UK-CTOCS). *PLoS One.* 2016;11(11):e0165539.
37. World Health Organization. WHO updates recommendations on HPV vaccination schedule. 2022 [Feb 23, 2026]. Available from: <https://www.who.int/news/item/20-12-2022-WHO-updates-recommendations-on-HPV-vaccination-schedule>.
38. Ministry of Health. The Ministry of Health extends the deadline for HPV vaccination for young people aged 15 to 19 until 2026. 2025 [Mar 14, 2026]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/dezembro/ministerio-da-saude-amplia-prazo-de-resgate-vacinal-contr-hpv-para-jovens-de-15-a-19-anos-ate-2026>.
39. Centers for Disease Control and Prevention. Evidence to Recommendations for HPV Vaccination of Adults, Ages 27 through 45 years. 2024 [Mar 14, 2026]. Available from: <https://www.cdc.gov/acip/evidence-to-recommendations/HPV-adults-etr.html>.
40. NHS. HPV vaccine. [Mar 14, 2026]. Available from: <https://www.nhs.uk/vaccinations/hpv-vaccine/>.
41. World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals. [September 08, 2025]. Available from: [https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-\(HPV\)/hpv-clearing-house/hpv-dashbo-ard](https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-(HPV)/hpv-clearing-house/hpv-dashbo-ard).
42. Pan American Health Organization. Latin America and the Caribbean Code against Cancer. 2023 [Feb 23, 2026]. Available from: <https://www.paho.org/en/latin-america-and-caribbean-code-against-cancer>.
43. Organización Panamericana de la Salud. República Dominicana vacunará niños entre 9 y 14 años contra el VPH. 2025 [Sept 19, 2025]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/9-4-2025-republica-dominicana-vacunara-ninos-entre-9-14-anos-contr-vph>.
44. Pan American Health Organization. Cervical cancer. [September 08, 2025]. Available from: <https://www.paho.org/en/topics/cervical-cancer>.
45. World Health Organization. HPV Dashboard. [Oct 20, 2025]. Available from: [https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-\(HPV\)/hpv-clearing-house/hpv-dashboard](https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-(HPV)/hpv-clearing-house/hpv-dashboard).
46. Gobierno de México. Programa de vacunación universal lineamientos generales 2026. 2025 [Feb 23, 2026]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/lineamientos-generales-pvu-2026>.
47. Gobierno de México. Campaña de vacunación contra el VPH durante el año 2025. 2025 [Feb 23, 2026]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/lineamientos-generales-vph-2025>.
48. Gobierno de México. Participa IMSS con más de 391 mil biológicos en la Campaña de Vacunación contra VPH. 2024 [Feb 23, 2026]. Available from: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202411/064>.
49. INFOVPH. Encuentra un médico o establecimiento con servicios de vacunación. [Feb 23, 2026]. Available from: <https://infovph.mx/donde-vacunarse-contr-el-vph/>.
50. World Health Organization. Human Papillomavirus (HPV) vaccination coverage. [Oct 10, 2025]. Available from: [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-\(hpv\)-vaccination-coverage?CODE=MEX&ANTIGEN=&YEAR=](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-(hpv)-vaccination-coverage?CODE=MEX&ANTIGEN=&YEAR=).
51. Program for Appropriate Technology in Health (PATH). Evidence to inform decision-making on single-dose HPV vaccination policy 2024.
52. Cruz-Valdez A, Palacio-Mejia LS, Quezada-Sanchez AD, Hernandez-Avila JE, Galicia-Carmona T, Cetina-Perez LDC, et al. Cervical cancer prevention program in Mexico disrupted due to COVID-19 pandemic: Challenges and opportunities. *Front Oncol.* 2023;13:1008560.
53. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer. Mexico Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2023. 2023.
54. National Institutes of Health. Recurrent Respiratory Papillomatosis or Laryngeal Papillomatosis. [Oct 8, 2025]. Available from: <https://www.nidcd.nih.gov/health/recurrent-respiratory-papillomatosis>.
55. de Martel C, Georges D, Bray F, Ferlay J, Clifford GM. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *The Lancet Global Health.* 2020;8(2):e180-e90.
56. Romero-Feregrino R, Romero-Cabello R, Romero-Feregrino R, Vilchis-Mora P, Muñoz-Cordero B, Rodríguez-León MA. Sixteen Years of HPV Vaccination in Mexico: Report of the Coverage, Procurement, and Program Performance (2008–2023). *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2025; 22(7).
57. Millán-Morales RC, Medina-Gómez OS, Villegas-Lara B. Conocimiento de la vacuna contra el VPH y factores asociados con su aceptación en niñas de 9 a 12 años. *Ginecología y obstetricia de México.* 2019;87:660-7.
58. Campos-Nonato I, Galvan-Valencia O, Hernandez-Barrera L, Oviedo-Solis C, Barquera S. [Not Available]. *Salud Publica Mex.* 2023;65:s238-s47. Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022.
59. Lazcano Ponce E, Shamah Levy T. La salud de los mexicanos en cifras: resultados de la Ensanut 2022. 2025 [Oct 28, 2025]. Available from: <https://www.insp.mx/informacion-relevante/la-salud-de-los-mexicanos-en-cifras-resultados-de-la-ensanut-2022>.
60. World Health Organization. The Global Health Observatory. [Oct 10, 2025]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.
61. Sekhon S, Massad LS, Hagemann AR, Dick R, Leon A, Zamorano AS, et al. Patients with endometrial cancer continue to lack understanding of their risks for cancer. *Gynecol Oncol Rep.* 2019;29:106-10.
62. Trujillo Rivera A, Sampieri CL, Trujillo Rivera

REFERENCIAS

- EA, Gomez Cruz JR. Cancer prevention recommendations: awareness in a Mexican public hospital. *PeerJ*. 2024;12:e17593.
63. Shastri SS, Temin S, Almonte M, Basu P, Campos NG, Gravitt PE, et al. Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Guideline Update. *JCO Glob Oncol*. 2022;8:e2200217.
64. Marth C, Landoni F, Mahner S, McCormack M, Gonzalez-Martin A, Colombo N. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Annals of Oncology*. 2017;28:iv72-iv83.
65. World Health Organization. Cervical Cancer Elimination Initiative. [Feb 6, 2026]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>.
66. World Health Organization. Cervical cancer screening programme. [Feb 23, 2026]. Available from: <https://canscreen5.iarc.fr/?page=countryfactsheetcervix&q=MEX&rc=>.
67. Gobierno de México. Cáncer de Cuello Uterino. Prevención y Detección Oportuna. [Feb 23, 2026]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino-prevencion-y-deteccion-oportuna>.
68. Win AK, Jenkins MA, Dowty JG, Antoniou AC, Lee A, Giles GG, et al. Prevalence and Penetrance of Major Genes and Polygenes for Colorectal Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2017;26(3):404-12.
69. León-Maldonado L, López-Olmedo N, Murillo R, Hurtado-Salgado E, Allen-Leigh B, Armengol-Alonso A, et al. Tamizaje del cáncer cervical. *Salud Publica Mex*. 2024;66:547-54.
70. Unger-Saldana K, Alvarez-Meneses A, Isla-Ortiz D. Symptomatic Presentation, Diagnostic Delays and Advanced Stage Among Cervical Cancer Patients in Mexico. *Journal of Global Oncology*. 2018;4:00-.
71. Guadarrama F. Estudios ginecológicos, un reto de acceso para las mujeres. 2024 [Oct 29, 2025]. Available from: <https://noticias.imer.mx/blog/estudios-ginecologicos-un-reto-de-acceso-para-las-mujeres/>.
72. Instituto Nacional de Salud Pública. Prevención y control del cáncer cervical en México. 2021.
73. Almonte M, Hernández MdLL, Adsul P. Implementation efforts to support transition to HPV-based cervical cancer screening. *The Lancet Public Health*. 2024;9(11):e838-e9.
74. Cámara de Diputados. Gaceta Parlamentaria Número 6758-III. Palacio Legislativo de San Lázaro: 2025.
75. Unger-Saldana K, Arroyo-Valerio A, Turrubiates GS, Gomez-Navarro JA, Bargallo-Rocha E, Quintero-Beulo G, et al. Time intervals to care and health service use experiences of uninsured cancer patients treated under public financing in Mexico City. *Cancer Epidemiol*. 2023;84:102366.
76. Evans I, Reisel D, Jones A, Bajrami A, Nijjar S, Solangon SA, et al. Performance of the WID-qEC test versus sonography to detect uterine cancers in women with abnormal uterine bleeding (EPI-SURE): a prospective, consecutive observational cohort study in the UK. *Lancet Oncol*. 2023;24(12):1375-86.
77. Marth C, Landoni F, Mahner S, McCormack M, Gonzalez-Martin A, Colombo N, et al. eUpdate - Cervical Cancer Treatment Recommendations. *Ann Oncol*. 2020;28(suppl_4):iv72-iv83.
78. Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, Centeno C, Chargari C, Felix A, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023. *Int J Gynecol Cancer*. 2023;33(5):649-66.
79. Blanco A, Nogueira-Rodrigues A, Carvalho FM, Giordelli G, Mirza MR. Management of endometrial cancer in Latin America: raising the standard of care and optimizing outcomes. *Int J Gynecol Cancer*. 2024;34(8):1263-72.
80. Roa L, Moeller E, Fowler Z, Vaz Ferreira R, Mohar S, Uribe-Leitz T, et al. Assessment of diagnostics capacity in hospitals providing surgical care in two Latin American states. *eClinicalMedicine*. 2020;29.
81. Suñén I, García Maroto J, Dieste I, Ciotti M, Romeo Tris A, García Barrado AI, et al. Visión del residente de radiodiagnóstico en España sobre la radiología mamaria. *Radiología*. 2022;64:4-10.
82. Walsh E, Orsi NM. The current troubled state of the global pathology workforce: a concise review. *Diagn Pathol*. 2024;19(1):163.
83. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris OECD; 2023 [Oct 31, 2025].
84. Avila-Rodriguez MA, Rivera-Bravo B, Keri-Rotenberg NE, Vallejo E, Herranz-Carnero M, Buelna-Cano C. Estado actual y perspectivas de la imagen molecular PET en Mexico. *Gac Med Mex*. 2019;155(4):436-44.
85. Virk J, Holmes D. Radiology in Mexico: Country Report. *The Journal of Global Radiology*. 2023;9.
86. Cetina-Pérez L, Luvian-Morales J, Castro-Eguiluz D, Galicia-Carmona T, Alarcón-Barrios SE, Arango-Bravo EA, et al. Resources and management for cervical cancer care are insufficient in public hospitals in Mexico. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2023;22(4).
87. Gobierno de México. Presidenta Claudia Sheinbaum inaugura Hospital Oncológico para la Mujer de la CDMX del IMSS Bienestar, que atenderá a 500 mil mujeres al año. 2026 [June 8, 2026]. Available from: <https://www.gob.mx/presidencia/prensa/presidenta-claudia-sheinbaum-inaugura-hospital-oncologico-para-la-mujer-de-la-cdmx-del-imss-bienestar-que-atendera-a-500-mil-mujeres-al-ano>.
88. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. 2021.
89. Cibula D, Mburu A, Planchamp F, Zapardiel I, Atallah D, Al-Rubaish S, et al. European Society of Gynaecological Oncology resource-stratified guidelines for the management of patients with cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2026;36(1):102747.
90. National Comprehensive Cancer Network. Cervical Cancer. 2025.
91. World Health Organization. WHO updates list of essential medicines to include key cancer, diabetes treatments. 2025 [Oct 14, 2025]. Available from: <https://www.who.int/news/item/05-09-2025-who-updates-list-of-essential-medicines-to-include-key-cancer--diabetes-treatments>.
92. Gennigens C, Jerusalem G, Lapaille L, De Cuypere M, Streel S, Kridelka F, et al. Recurrent or primary metastatic cervical cancer: current and future treatments. *ESMO Open*. 2022;7(5):100579.
93. Oaknin A, Bosse TJ, Creutzberg CL, Giordelli G, Harter P, Joly F, et al. Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2022;33(9):860-77.
94. NCCN. Uterine Neoplasms (Version 2.2024, March 6, 2024). NCCN, 2024.
95. ESMO. EMA Recommends Additional Extensions of Indications for Pembrolizumab. 2024 [Jan 13, 2026]. Available from: <https://www.esmo.org/oncology-news/ema-recommends-additional-extensions-of-indications-for-pembrolizumab>.
96. ESMO. EMA Recommends Extension of Therapeutic Indications for Durvalumab to Patients with Primary Advanced or Recurrent Endometrial Cancer. 2024 [Jan 13,

REFERENCIAS

- 2026]. Available from: <https://www.esmo.org/oncology-news/ema-recommends-extension-of-therapeutic-indications-for-durvalumab-to-patients-with-primary-advanced-or-recurrent-endometrial-cancer>.
97. Arango-Bravo EA, Cetina-Perez LDC, Galicia-Carmona T, Castro-Eguiluz D, Gallardo-Rincon D, Cruz-Bautista I, et al. The health system and access to treatment in patients with cervical cancer in Mexico. *Front Oncol*. 2022;12:1028291.
98. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Síntesis de Evidencia de Equipos de Radioterapia: Evaluación de tecnologías para la salud. Secretaría de Salud, 2025.
99. Sarria GR, Martinez DA, Li B, Castillo RD, Salgado A, Pinillos L, et al. Leveling Up the Access to Radiation Therapy in Latin America: Economic Analysis of Investment, Equity, and Inclusion Opportunities Up to 2030. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2023;116(2):448-58.
100. Cetina-Pérez L, Luvian-Morales J, Castro-Eguiluz D, Galicia-Carmona T, Alarcón-Barrios SE, Arango-Bravo EA, et al. Resources and management for cervical cancer care are insufficient in public hospitals in Mexico. *Gac mex oncol*. 2023;22(4).
101. Saldaña T. M, Ascencio H. L, Rangel D. N. Characteristics of the indigenous population in Mexico in palliative care for cancer 2014.
102. Maldonado Magos F, Lozano Ruiz FJ, Perez Alvarez SI, Garay Villar O, Cardenas Perez C, Bautista Hernandez MY, et al. Radiation oncology in Mexico: Current status according to Mexico's Radiation Oncology Certification Board. *Rep Pract Oncol Radiother*. 2020;25(5):840-5.
103. Poitevin M. Radioterapia en México: una necesidad urgente y estratégica. 2025.
104. Alatraste A, Teposteco M. IMSS: citas para atención de cáncer... hasta con 11 meses de retraso por falta de equipo. 2023 [Nov 4, 2025]. Available from: <https://emequis.com/investigaciones/imss-citas-para-atencion-de-cancer-hasta-con-11-meses-de-retraso-por-falta-de-equipo/>.
105. Silva M, Santos Neto A, Pelisson D, Raghupathy R, Ronald M, Okara L, et al. Bridging the Equity Gap. *The Economist Impact*, 2025.
106. Bautista-Gonzalez E, Quintero Leyra A, Munoz Rocha TV, Reyes-Garcia HT, Soto-Perez-de-Celis E, Palafox Parrilla A, et al. Assessing disparities in cancer resources distribution in Mexico. *BMC Health Serv Res*. 2025;25(1):564.
107. Ballalai A, Courtney O. FIFARMA Patient W.A.I.T. Indicator 2025- América Latina. IQVIA, 2025.
108. Gobierno de México. Compendio Nacional de Insumos para la Salud 2025. 2025 [Feb 24, 2026]. Available from: <https://www.gob.mx/csg/articulos/medicamentos-compendio-nacional-de-insumos-para-la-salud-2025>.
109. Secretaría de Gobernación. ACUERDO por el que se actualiza el Compendio Nacional de Insumos para la Salud versión 2025, publicado el 26 de abril de 2025. 2025 [Feb 26, 2026]. Available from: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5762456>.
110. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2025-2030 (PSS 2025-2030) 2025.
111. Rosas A. El seguro de gastos médicos en México. Relevancia y tendencias. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, 2023.
112. World Health Organization. Service coverage index and components (SDG 3.8.1). 2023 [Feb 22, 2026]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>.
113. Evans D. Universal Health Coverage: Concepts and Principles. World Health Organization, 2012.
114. Senyacen Méndez J. Gasto de bolsillo en salud: Resultados de la ENIGH 2024. CIEP; 2025 [Nov 5, 2025]. Available from: <https://ciep.mx/gasto-de-bolsillo-en-salud-resultados-de-la-enigh-2024/>.
115. Sanchez-Roman S, Chavarri-Guerra Y, Vargas-Huicochea I, Alvarez Del Rio A, Bernal Perez P, Morales Alfaro A, et al. Financial Toxicity Among Older Mexican Adults With Cancer and Their Families: A Mixed-Methods Study. *JCO Glob Oncol*. 2022;8:e2100324.
116. Martinez-Cannon BA, Zertuche-Maldonado T, de la Rosa Pacheco S, Cardona-Huerta S, Canavati-Marcos M, Gomez-Macias GS, et al. Comparison of characteristics in Mexican women with breast cancer according to healthcare coverage. *Womens Health (Lond)*. 2020;16:1745506520949416.
117. Reynoso-Noveron N, Villarreal-Garza C, Soto-Perez-de-Celis E, Arce-Salinas C, Matus-Santos J, Ramirez-Ugalde MT, et al. Clinical and Epidemiological Profile of Breast Cancer in Mexico: Results of the Seguro Popular. *J Glob Oncol*. 2017;3(6):757-64.

Autores

Andrea Manzano y Thomas Hofmarcher

Cita sugerida

Manzano A, Hofmarcher T. Cáncer cervicouterino y de endometrio en México: mejorar la atención e impulsar cambios en políticas públicas. Lund: IHE; 2026.

Divulgación

Este informe fue encargado y financiado por MSD, empresa que tuvo la posibilidad de comentar borradores iniciales y revisar el material para verificar su exactitud factual y el cumplimiento de requisitos. Las opiniones y puntos de vista de los autores no necesariamente reflejan los de MSD. La responsabilidad del análisis y de las conclusiones presentadas en este informe recae exclusivamente en los autores.

El informe puede descargarse desde el sitio web de IHE (www.ihe.se)

Créditos de imagen

Las imágenes de este informe fueron desarrolladas para representar de manera respetuosa y verosímil experiencias y situaciones cotidianas vinculadas con la salud de las mujeres y con la prevención, detección, diagnóstico y atención del cáncer cervicouterino y de endometrio en México. Las escenas fueron creadas mediante tecnología de generación de imágenes de OpenAI, siguiendo una dirección visual desarrollada específicamente para esta publicación. El uso de representaciones ficticias permite preservar la privacidad y dignidad de pacientes, profesionales de la salud y comunidades. Las personas, instalaciones y situaciones representadas no documentan casos individuales ni instituciones específicas; su propósito es hacer visibles, de manera ilustrativa, los contextos y desafíos de salud pública analizados en este informe.

Agradecimientos

Expertas y expertos de México contribuyeron a la elaboración de este informe de política pública al responder preguntas, compartir sus perspectivas y ofrecer comentarios valiosos. Les expresamos nuestro profundo agradecimiento a:

- Dra. Lucely del Carmen Cetina Pérez (MD, MSc, PhD), Departamento de Investigación Clínica, Instituto Nacional de Cancerología (INCan).
- Dr. Jesús Felipe González Roldán, médico cirujano y asesor, Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.
- Dra. Dolores de la Mata, jefa de la Unidad de Radioterapia y especialista en Oncología Radioterápica, Centro Médico ABC.
- Dra. Flavia Morales, oncóloga, Instituto Nacional de Cancerología (INCan).
- Lic. Alma Ortiz Pellón, subdirectora, Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer.
- Dra. Marta Zapata Tarrés, pediatra, oncóloga pediatra e investigadora, Oficina del Secretario de Salud, Secretaría de Salud.