



LA SALUD EN  
TODOS



Santa FE. "Cura de la Constitución Nacional"

L.O de octubre de 2019

Ref: Expte. N° 00101-C289680-3

En virtud de lo peticionado por la Cámara de Diputados de la Provincia en foja n° 2 de autos, corresponde remitir las actuaciones de la referencia a la **Secretaría Territorial de 3er Nivel**, para conocimiento e intervención de competencia.

Sirva la presente de atenta nota de remisión.

MINISTERIO DE SALUD  
AGENCIA DE CONTROL DEL CÁNCER



ES COPIA FIEL  
DE SU ORIGINAL



SANTAFE

807 = 19

Rosario, 30 de septiembre del 2019.-

Nota nº 53/2019

Ref: Expte 00101-0287756-7

Dra Patricia Morales  
Secretaria de Gestión Territorial  
Del Tercer Nivel de Salud  
Ministerio de Salud  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De mi consideración:

Visto lo solicitado a fs. 2, la Agencia de Control del Cáncer Santa Fe informa que el modelo sanitario de la Provincia de Santa Fe se funda en la organización por niveles de complejidad, en la conformación de redes, en acercamiento de las prestaciones de salud al territorio, defensa de la condición ambulatoria y la calidad de vida, y en reducir al máximo las barreras burocráticas y geográficas en el acceso.

Esta lógica es y ha sido aplicable en estos años de gestión sanitaria a todas las áreas disciplinares, y la organización es independiente de la disciplina. Esto es lógico, pensando en el sujeto: nadie padece solamente cáncer, o insuficiencia renal o cardiaca. Cada individuo es una heterogénea integración de sus diversos padeceres físicos y espirituales. Por tanto, debe ser abordado como tal, desde una mirada integral y no disciplinar.

La organización del sistema sanitario aloja en el CEMAFE las especialidades médicas ambulatorias, liberando el espacio físico y administrativo en los hospitales donde se abordan las situaciones que requieren internación según su nivel de complejidad.

La mayor parte de los pacientes que padecen las enfermedades genéricamente denominadas cáncer son afortunadamente ambulatorios, requieren de la atención de múltiples profesionales clínicos y quirúrgicos, pueden ser inmunológicamente susceptibles y deben mantenerse alejados el mayor tiempo posible de las áreas de internación. La condición de ambulatorio de los pacientes con cáncer hace varias décadas es la condición ideal y deseada, científica-ética y espiritualmente correcta. Al igual que en cualquier otra patología física o psíquica.

Por todo lo anteriormente descrito, la organización de las prestaciones en oncología no puede ser separada artificialmente de las otras disciplinas, no debe responder a patrones diferentes que el resto de la organización del sistema sanitario.

Los enfermos no son exclusivamente cánceres, son sujetos padecientes complejos. La estigmatización no debe tener lugar, ni aun en los procedimientos organizacionales.

Si está presente de informe, remítase.

Stamp: 30 SEP 2019  
M. de la F. Rioja 801 PB NODO ROSARIO  
1407 - 300@santafe.gov.ar

Dra GABRIELA QUINTANA  
DIRECTORA  
AG. CONTROL CÁNCER  
MIN. DE SALUD DE STA FE



ES COPIA FIEL  
DE SU ORIGINAL



SANTA  
FE



Provincia de Santa Fe  
Ministerio de Salud.

Santa Fe, 09 de Octubre de 2019 -

Expt. N°. 00101 – 0287756 - 7.-

Con lo informado en autos REGRESE a la  
**Subsecretaria de Asuntos Jurídicos y Regulación de Normativas** para el  
trámite que corresponda.

Oficie de atenta nota de remisión.

Dra. PATRICIA G. MORALES  
Secretaria de Gestión Territorial  
de Tercer Nivel de Salud  
Ministerio de Salud - Prov. de Santa Fe

Santa Fe, 11/10/19.

Con copia certificada del informe emitido por el área con competencia en el tema de autos en solicitud de licencia tenor, corresponde remitir las actuaciones a la Secretaría Privada, a los fines de responder formalmente la pieza comunicativa por intermedio de la Secretaría de Asuntos Legislativos del Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado.  
Sirva de atenta nota de remisión.

Dra. MARÍA CAROLINA CAPUTO  
Subdirectora Polít. Asuntos Legales y Adm.  
Subsecretaria de Asuntos Jurídicos y Reg. Norm.  
Ministerio de Salud - Prov. de Santa Fe

Ministerio de Salud de Santa Fe
SECRETARÍA PRIVADA
ENTRO 11/10/19
RECIBO 66

Santa Fe de la Veracruz, 10 de Octubre de 2019

### Red de atención para Pacientes oncohematológicos Adultos

- 1- El destino del Edificio sito en Bv. Pellegrini 3551 quedará a consideración de las nuevas autoridades provinciales y municipales ya que nos encontramos en una transición, se deberá evaluar por ingeniería y arquitectura cual el el plan de Intervención dado que tiene 108 años y presenta importantes déficits estructurales  
Se ha acordado mantener el servicio de Vigilancia luego de la migración

- 2- El servicio de Oncohematología como el resto de los servicios de adultos se organiza en:  
**Atención Ambulatoria ( CEMAFE) y de Internación ( Nuevo Hospital Iturraspe)**

#### 2.1-Atención ambulatoria oncohematológica en CEMAFE

Cuenta con hospital de día y todos las especialidades, servicios de diagnóstico de imágenes y laboratorio. Además de Área de rehabilitación.

- Cada paciente es recibido por un equipo interdisciplinario integrado por oncólogo/ Hematólogo, clínica, psico-oncóloga, nutricionista, especialista en cuidados paliativos y enfermería
- Se realiza la quimioterapia en un ambiente acondicionado siguiendo las normativas Internacionales, con personal capacitado
- Se prepara la quimioterapia, en Área de reconstitución de citostáticos con campana de flujo laminar habilitada
- En el caso de las personas que no son de la ciudad y deben permanecer para completar el tratamiento, se cuenta con convenio con hoteles cercanos. También existe la organización ACUPA
- Cabe destacar que actualmente existe un convenio público/ privado en la ciudad de Reconquista y allí se realizan tratamientos En el Nuevo Hospital de Reconquista se contará con un espacio para atención ambulatoria de pacientes oncohematológicos.
- Lo mismo ocurrirá a futuro con Rafaela.



LA SALUD  
CON TODOS



## 2.2-Internación de pacientes oncohematológicos en Nuevo hospital Iturraspe

En el caso de los pacientes que por su condición de base ameriten una internación (los casos hematológicos principalmente) los mismos se alojarán en el nuevo hospital Iturraspe que fue definido como el lugar de realización de tratamientos. Así como el Hospital Cullen asiste a los pacientes con patologías cardiovasculares y neuroquirúrgicos.

El nuevo Hospital Iturraspe cuenta con aislamientos estrictos (habitaciones individuales con doble puerta, presión positiva, baño privado) en la guardia, en los pisos de internación y en las unidades de cuidados intensivos. Se trata de aislamientos estrictos que protegen a los pacientes con bajas defensas. Este tipo de estructura es única en la ciudad de Santa Fe

De ninguna manera se ha definido la atención de esta calidad de pacientes en los hospitales Sayago y Mira y López

Las prestaciones que requerirán traslado son la Resonancia Magnética Nuclear (existen 2 efectores para realizarlas el Hospital Cullen y el nuevo hospital Iturraspe. Cabe destacar que el actual Hospital Iturraspe no cuenta con este aparato y para realizar estas prácticas el paciente debe ser trasladado.

Con respecto a la radioterapia (actualmente se encuentra terciarizada y es brindada por efectores privados) y en el caso la braquiterapia será reemplazada por tecnología de alta tasa con menor requerimiento de hospitalizaciones y garantía de calidad de vida no siendo necesario aislamiento social post- procedimiento. Terciariándose esta prestación.

No es correcto que los pacientes deban trasladarse en distintos efectores para completar sus diagnósticos y tratamientos

Siempre se facilitan los traslados según la condición clínica de cada caso.

  
**Dra. María Andrea Uboldi**  
Ministra de Salud  
Gobierno de la Provincia de Santa Fe



LA SALUD  
CON TODOS



**SANTA  
FE**

# PLAN PROVINCIAL DE CONTROL DEL CÁNCER

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe  
2020 - 2023

"De actuar por demanda a garantizar derechos"

**AGENCIA DE CONTROL DEL CÁNCER  
MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**

**Ing Miguel Lifschitz  
Gobernador de la Provincia de Santa Fe**

**Dra. Andrea Uboldi  
Ministra de Salud**

**Dra. Patricia Morales  
Secretaria de Gestión Territorial del tercer nivel**

**Dra Gabriela Quintanilla  
Directora de la Agencia de Control del Cáncer**





## **Agencia de Control del Cáncer**

### **DIRECCIÓN**

Dra. Gabriela María Quintanilla

### **SUBDIRECCIÓN**

Dr. Luis Enrique Fein

Consejos dependientes de la dirección: CONSEJO CONSULTIVO - CONSEJO DE PACIENTES -  
COORDINACIÓN Ps. Fabiana Chiavon- Lic. Juan Paz

CONSEJO DE INVESTIGACIÓN. Dr. Luis Fein - Vanina Valis

## **ÁREA POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE MORTALIDAD**

COORDINACIÓN Dra. María Alejandra Bártoli.

Sub-área Cáncer de cérvix. Dr. Gabriel Jeanney

Sub-área Cáncer de colon. Vanina Alejandra Valis

CUIDADOS PALIATIVOS Dra. Sonia Daniela Juarez – Enf. Silvia Curaba – Dr. Juan Martini

PSICO-ONCOLOGÍA y Asesoramiento genético: Ps. Karina Zanini

Coordinador Radioterapia: Dr. Alejandro Chinellato

## **ÁREA DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO E INFORMACIÓN**

COORDINACIÓN: Tec. Silvina Correa

RECASEFE STA FE: Cinthia Carina Roldán. Registradores: Carolina Rita Gómez, Esteban Soria,  
Milagros Mateo Maradona, Matías Alejandro Gruvman y Pedro Álvarez

## **EVALUACIÓN Y ACCESO A TECNOLOGÍAS SANITARIAS**

COORDINACIÓN Dr. Álvaro Romera

SECRETARÍA Y HABILITACIÓN ACC Ma. Belén Oviedo

COORD EVALUADORES Dr. Leandro Duarte

EVALUADOR MÉDICO Dr. Juan Carlos Pupilli

COORD NAVEGADORES Dra. Guillermina Garello

NAVEGADOR Lic. Juan Paz

## **ÁREA PROCESOS FARMACÉUTICOS**

COORDINACIÓN Far. Claudia Intile

GESTIÓN DE FARMACIA: Far. María Virginia Grigolato, Marina Elena Aquino, Farm. Mariana  
Barberis, Far. Gabriel Sanchez, Dra. Jorgelina Gasparri

## **Expertos consultados**

Dra. Emilia Arrigui

Dra. Graciela Abriata

## Contenido

PRÓLOGO.....	5
PRESENTACIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	8
Situación epidemiológica.....	16
Metodología del proceso de planificación.....	20
OBJETIVOS Y LINEAS ESTRATÉGICAS.....	21
Cuadro matricial.....	1
Línea 1.- Prevención y Promoción de la Salud.....	1
Línea 2.- Diagnóstico Epidemiológico.....	4
Línea 3.- Detección Temprana.....	6
Línea 4.- Asistencia al Adulto.....	17
Línea 5.- Asistencia al niño y al adolescente.....	23
Línea 6.- Cuidados paliativos.....	26
Línea 7.- Investigación.....	29
Línea 8.- Evaluación de las tecnologías y procesos farmacéuticos.....	32
EJES TRANSVERSALES.....	39
Comunicación.....	39
Formación de Recursos humanos.....	39
Gestión participativa.....	40
Humanización de las prácticas en salud.....	40
MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	42
DEFINICIÓN y CONCEPTOS.....	43
Anexo 1: Atlas de mortalidad por Cáncer.....	46
Anexo 2: Recursos Humanos en Cáncer.....	61
BIBLIOGRAFÍA.....	62



LA SALUD  
CON TODOS



# PRESENTACIÓN

*La planificación es la herramienta  
para pensar y crear el futuro.  
O sabemos planificar o estamos obligados a la improvisación.  
Carlos Matus*

Entendemos la salud, como un derecho inherente de todos los habitantes desde el inicio de la vida, un bien que se construye solidaria y colectivamente. Es responsabilidad indelegable del Estado garantizarla, tal como lo establece su Constitución.

El cáncer como problema sanitario creciente y multidimensional requiere acciones sistemáticas y organizadas; y un uso equilibrado, eficiente y equitativo de los recursos mediante un trabajo inter y transdisciplinario. La Agencia de Control del Cáncer propone acciones necesarias para garantizar este derecho de salud en cáncer y dejar sólidas bases que trascienden a las personas y sus gestiones gubernamentales.

Con el presente Plan Provincial de Cáncer, se tiene por objetivo la planificación de acciones que permitan contribuir a la prevención y detección temprana del cáncer, la reducción de la mortalidad de los pacientes enfermos y mejorar la calidad de vida de éstos y sus familias.

Priorizamos 8 líneas estratégicas. 26 objetivos y 66 metas; con 3 líneas transversales: Gestión Participativa; Formación de Recursos Humanos y Comunicación.

Los principios que rigen el sistema de salud provincial son la universalidad, la equidad, la integralidad de las acciones, la descentralización con mando único, la regionalización y la participación de la comunidad, todos estos principios enmarcados en la HUMANIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS. Principios en los que se basa nuestro Plan.

Deseamos que esta herramienta oriente a los diversos actores a coordinar esfuerzos y sobre todo a tener una visión colectiva de futuro, promoviendo la coherencia entre la teoría y la práctica.

# PRÓLOGO

La construcción conjunta nos constituye, entrama los lazos del tapiz y solidifica vínculos, coagula las heridas que nos inflige la aceptación de la realidad y de los límites propios.

Y de pronto somos un *nosotros*... mórula de pensamientos y almas en un movimiento browniano del que se desprenden preguntas como luciérnagas.

Tratándonos de inscribir en el mundo, nos permitimos pensar en el futuro.

Dra. Gabriela Quintanilla  
Directora de la Agencia de Control del Cáncer

# JUSTIFICACIÓN

El presente Plan tiene como propósito establecer el marco político-sanitario de todas las acciones a desarrollar para disminuir el impacto del cáncer como problema de salud de la población del territorio provincial. Esta herramienta nos ayudará al establecimiento de prioridades, objetivos y estrategias para la definición de los recursos que necesitamos a los efectos de lograr los resultados esperados. Por lo tanto, éste debe ser un proceso incorporado en la rutina de la toma de decisiones. Desde esta perspectiva, definimos 26 objetivos con 8 líneas estratégicas, 66 metas y los respectivos indicadores para el periodo 2020 - 2023.

Planificar es contribuir a mejorar, en la medida de lo posible, dados los conocimientos y recursos disponibles, el nivel de salud de la población en su conjunto. La estrategia entendida en este contexto es el proceso a través del cual, y mediante el uso de escenarios a mediano plazo, son evaluadas las oportunidades y amenazas externas al sistema, con el fin de determinar metas y un conjunto de planes de acción para concretarlas [Shank/Govindarajan, 1995:117].

Para Rovere (2006)<sup>1</sup> planificar es "...planificar antes de actuar...para actuar"; también la define como "... articulación entre el conocimiento y la acción". El Dr Mario Testa<sup>2</sup> no concibe la planificación normativa, sino la Planificación Estratégica y al pensamiento estratégico los comportamientos organizacionales destinados al manejo de situaciones en que hay que superar obstáculos que se oponen al logro de un objetivo. La estrategia –dice– no es una manera de alcanzar la meta, sino una manera de ponerse en situación de aproximarse a alcanzar la meta: GANAR ESPACIO, GANAR TIEMPO, ESTABLECER CONDICIONES FAVORABLES A NUESTRO PROPIO DESEMPEÑO.

Estos enfoques de planificación permiten obtener instrumentos de gestión que deben ser abiertos y flexibles para que, sometidos a la validación práctica, permitan una propia reformulación y que su instalación, difusión, aplicación y revisión dependan fundamentalmente de la formación continua de personas capaces de dinamizar estos procesos.<sup>3</sup>

En planificación en Cáncer. la OMS en la Asamblea Mundial de la Salud sobre Prevención y **Control de Cáncer** WHO58.22 (mayo 2005) pide a los estados miembros que intensifiquen las acciones contra el cáncer desarrollando programas para su control

<sup>1</sup>Rovere Mario Planificación Estratégica en Recurso Humanos. Editorial OPS Cód: PER02 (2006)

<sup>2</sup> Dr. Mario Testa .- Artículo Pensar en Salud. Que? Cuando? y Por que?

<sup>3</sup> Dr. MARIO ROVERE. Planificación estratégica en Salud. Acompañando la democratización de un sector en Crisis. Artículo basado en un doc técnico preparado por cargo de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 1997.

## Declaración de principios

La Agencia de Control del Cáncer tiene como fundamentos políticos los siguientes principios:

1. La salud es un derecho humano y es responsabilidad indelegable del Estado asegurar su ejercicio;
2. la salud es una inversión social, no un gasto;
3. el medicamento es un bien social, no es una mercancía;
4. un sistema de salud humanizado, basado en la universalidad, equidad, accesibilidad y trato igualitario;
5. un sistema de salud solidario, eficiente, efectivo y eficaz que compense desigualdades.
6. un sistema de salud que sea integral y de calidad
7. que dé respuestas a las necesidades de la población lo más cercano al lugar donde habitan
8. integración de todos los actores sociales necesario para un mejor abordaje de la problemática: gobiernos nacionales y municipales, sector privado, universidades, asociaciones científicas, organizaciones sociales.
9. fiscalización, control y monitoreo de todas las actividades y normativas que inciden en la problemática del cáncer.

## Historia de la agencia

En la Provincia de Santa Fe, durante el año 2002 el Ministerio de Salud crea el Banco Provincial de Drogas Oncológicas como filial del Banco Nacional de Drogas, alojándose en el Hospital Provincial de Rosario. En el mismo año se crea el Registro de Cáncer de Santa Fe (RECASE) que permitió tener los primeros datos epidemiológicos.

En el año 2004 se constituye el Programa Provincial de Oncología con dependencia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud.

En año 2011 se acuerda un Convenio Interinstitucional para la Gestión del Cáncer en la Provincia integrando la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, el Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS) y el Ministerio de Salud Provincial - germen de políticas sanitarias integrales en cáncer para toda la provincia.

El Ministerio de Salud de la Nación, a partir del 2010 crea por decreto presidencial n° 1286 el Instituto Nacional del Cáncer de la Argentina (INC), con miras a desarrollar e implementar políticas sanitarias y coordinar acciones integradas para prevención y control. Hasta ese momento no existían acciones programadas en salud pública para abordar este complejo problema de salud.

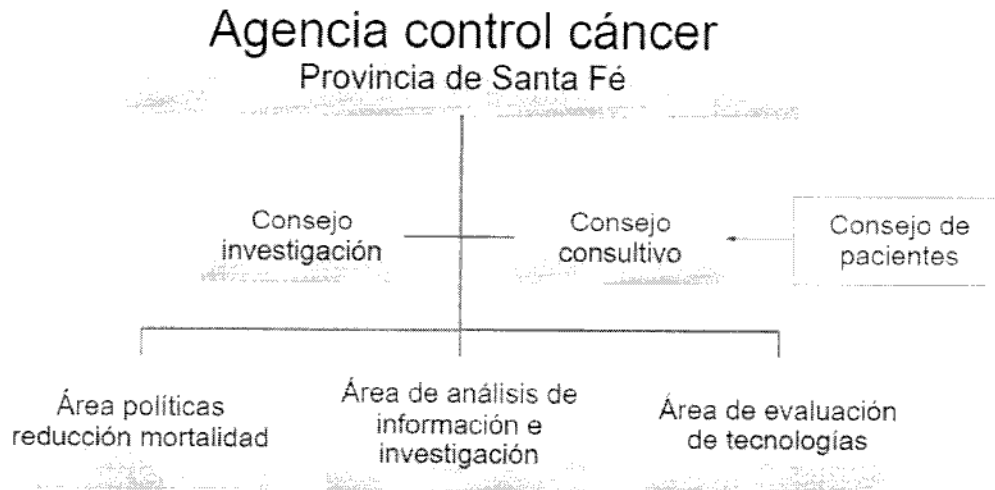
En el año 2017, por decreto N° 0085 se crea la Agencia de Control del Cáncer de la provincia de Santa Fe, con el objetivo final de reducir la mortalidad por cáncer en la Provincia. Esta decisión manifestó la fuerte voluntad de poner en la agenda sanitaria la profundización de acciones

Aquellos países donde se construyeron programas para el control de cáncer lograron mejoras en la calidad de salud con reducción de la mortalidad. La existencia de programas sistemáticos y organizados expresa la voluntad de poner el problema cáncer en la agenda política otorgándole la magnitud sanitaria apropiada como una de las principales causas de enfermedad y muerte de la población.

El control del cáncer pretende reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestaciones de cuidados paliativos. Planificar en cáncer implica organizar estas acciones sistemáticas, independientemente de la disponibilidad de recursos, para responder a las necesidades que plantea la enfermedad en las poblaciones. Con una planificación minuciosa se puede conseguir un grado significativo de control del cáncer.

Cambiar la realidad es una tarea compleja que requiere el análisis de variables como oportunidades, coyunturas, entorno, necesariamente con una visión de futuro, un proyecto que nos guíe hacia dónde ir, ya que en salud el trabajo nunca se termina.

## Estructura de la agencia



- **Políticas de Reducción de la Mortalidad:**

Es todo lo relativo a tareas de coordinación, operacionalización y asesoramiento en la gestión, mediante dos líneas de acción: la primera, referente al diagnóstico temprano y la prevención de las enfermedades tumorales, y la segunda, respecto del tratamiento apropiado, accesible y oportuno de los pacientes enfermos.

Tiene como función proponer políticas sanitarias relacionadas con las enfermedades genéricamente denominadas cáncer, con el fin último de reducir la mortalidad. A su cargo está la conformación de equipos de bajo, mediano y alto nivel de complejidad en la especificidad, así como también las redes quirúrgicas; la formación de recursos humanos operacionales y de gestión; el análisis y proposición de políticas de screening y diagnóstico temprano y el análisis crítico y de calidad de los procesos de atención.

- **Evaluación y acceso a las tecnologías sanitarias:**

Comprende las tareas de análisis científico de las tecnologías de diagnóstico y tratamiento oncológicos. A su vez, se ocupa de diseñar protocolos terapéuticos consensuados con la comunidad científica y de monitorear su aplicación, constituyéndose como referente técnico-científico en Oncología a nivel Provincial mediante la contrastación con expertos nacionales y con sectores de creación y formación del saber en oncología, como las Universidades y Sociedades Científicas. Asimismo, se ocupa de interactuar, en nombre del Estado Provincial, con prescriptores y usuarios en todos los momentos de la provisión de recursos técnicos: prescripción consensuada y responsable, navegación de pacientes y sus familiares. El área provee información al Ministerio de salud, a la obra social de la provincia y a otras seguridades sociales para la toma de decisiones en materia de evaluación de tecnologías.

- **Diagnóstico Epidemiológico:**



organizadas de prevención y control, así como tejer, en el entramado de la red sanitaria ya desarrollada, los dispositivos que aseguren el acceso equitativo a la prevención, al tratamiento oncológico específico y al tratamiento paliativo.

La vertiginosa incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, y el profundo impacto económico que implican, exigen el análisis científico y costo oportuno/eficiente en la búsqueda de planificaciones de salud equitativas y accesibles a toda la población.

**La Agencia de Control del Cáncer actúa como organismo de diagnóstico del problema de salud, propone políticas sanitarias y analiza recursos tecnológicos. Sirve como proveedor de insumos a la gestión de la extensa red sanitaria ya existente en la provincia.**

Para lograr estos objetivos se desarrollan estrategias intersectoriales creativas que posibilitan una intervención desde dispositivos flexibles y multidisciplinarios, que amplían los abordajes clínicos para adecuarlos al contexto en el que se desarrollan.

## Modelo de atención de salud en la provincia de Santa Fe

El eje de gestionar lo público del gobierno de la Provincia de Santa Fe es el proceso de regionalización y descentralización. Este paradigma de integración permite ver la realidad de las regiones, no como un espacio físico estático, sino como un territorio, en el que muchas dimensiones, fundamentalmente humanas (problemas, intereses, propuestas y otros), se juegan en un espacio geográfico.

La **regionalización** instala una nueva escala de proximidad con el ciudadano, da visibilidad y permite integrar territorios. La Región es un espacio simbólico, donde el territorio y la cultura aportan el anclaje necesario para su localización. Cuando hablamos de descentralización hablamos de líneas de acción que acerque las soluciones a la gente. Queremos que la organización de la atención de la salud de la población tenga la punta del compás puesta en la gente (Rovere 2006)<sup>4</sup>.

El proyecto sanitario se basa en los principios de **territorialidad** que es la cercanía en la resolución de los problemas de la gente, la defensa del **acceso universal** a los servicios de salud, la **equidad** de oferta de servicios sanitarios, en las acciones de salud como garantizadora de **derecho**, y en la priorización de las **poblaciones más vulnerables**.

Hablamos de un **modelo de atención en red** basado en la Estrategia de Atención Primaria de Salud, donde todo el sistema está estructurado para cuidar y dar respuesta a las necesidades de salud de la población. La red está compuesta por efectores (Hospitales, SAMCOs y Centros de Atención Primaria de la Salud) de gestión provincial y municipal, en un trabajo articulado interinstitucionalmente para dar respuesta efectiva a la ciudadanía.

La red de salud está organizada según niveles de complejidad:

- 1er Nivel: Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad al vecino. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada.
- 2do Nivel: Hospitales y SAMCOS de baja y mediana complejidad.
- 3er Nivel: Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red.

La red cuenta con un total de 775 efectores tanto municipales como provinciales

Primer Nivel: 627

Segundo Nivel: 123

Tercer Nivel: 11

Los efectores provinciales se encuentran distribuidos:

---

<sup>4</sup> ROVERE, Mario. Redes En Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. Segunda Edición corregida y aumentada. El Agora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud "Juan Lazarte". (2006)

Se encarga de relevar y construir conocimiento sobre cáncer en la provincia de Santa Fe, para contribuir en la toma de decisiones orientadas a la reducción de la mortalidad de este tipo de enfermedades. Busca recabar toda la información disponible y generar nuevos procesos de análisis de las mismas, con el objetivo de colaborar en la construcción de políticas públicas orientadas a la reducción de la mortalidad. En un trabajo conjunto con la Dirección Provincial de Información para la Gestión del Ministerio de Salud.

- **Consejo consultivo**

El Consejo Consultivo es un órgano de Participación Social e Integración Territorial de carácter consultivo y convocante que se conforma de manera pluralista, representativa y diversa, integrado por representantes "ad-honorem" de organismos gubernamentales y no gubernamentales y personalidades con destacada trayectoria, que establecen un diálogo permanente con la Agencia de Control del Cáncer con el fin de participar en todo lo concerniente a mejorar las gestiones del organismo en los temas tendiente a reducir la mortalidad y mejorar de la calidad de vida de los pacientes.

- **Consejo de pacientes:**

Actúa como órgano consultivo de la Agencia de Control del Cáncer, en el cual distintas organizaciones sociales que trabajan en la temática del Cáncer, aportan su experiencia en el trabajo cercano con pacientes y familiares que atraviesan esta enfermedad; consolidando el vínculo Estado-Sociedad y contribuyendo a la formación de redes solidarias y cooperativas.

Las organizaciones desempeñan un papel importante no sólo en promoción y difusión de medidas preventivas, sino directamente en apoyo y contención a los pacientes y/o sus familiares.

Integrantes del consejo:

- Centro de Apoyo Integral Oncohematológico (CENAIH).- Rosario
- Fundación Argentina Hematológica Pediátrica (FAOHP).- Rosario
- Linfomas Argentina. - Rosario
- Liga de Lucha Contra el Cáncer Rosario(LALCEC).- Rosario
- Liga de Lucha Contra el Cáncer Rosario (LALCEC) 4ta Región. -Cañada de Gómez
- Centro de Apoyo al Enfermo de Leucemia (CENAELE) . Santa Fe
- Fundación Mateo Esquivó. - Santa Fe

- **Consejo de Investigación:**

El Consejo de Investigación es un órgano de estudio y gestión de los conocimientos de la Agencia, compuesto por la comunidad e instituciones académicas provinciales, nacionales e internacionales. Tiene por objetivo asesorar sobre áreas priorizadas, carencias detectadas y propone desarrollos de planes de investigación; emitir opinión sobre proyectos de investigación realizadas por la comunidad o grupos de investigación; evaluar y opinar sobre metodología y resultados de investigaciones realizadas en relación al cáncer que impacten en distintas áreas de la provincia y promover y difundir la investigación en la Provincia de Santa Fe.

## Situación epidemiológica

El cáncer se ha convertido en un problema mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la segunda causa de muerte en el mundo. En el 2018 se le adjudicó a esta enfermedad 9,5 millones de defunciones ocurriendo el 70% de estas en países de ingresos medios y bajos.

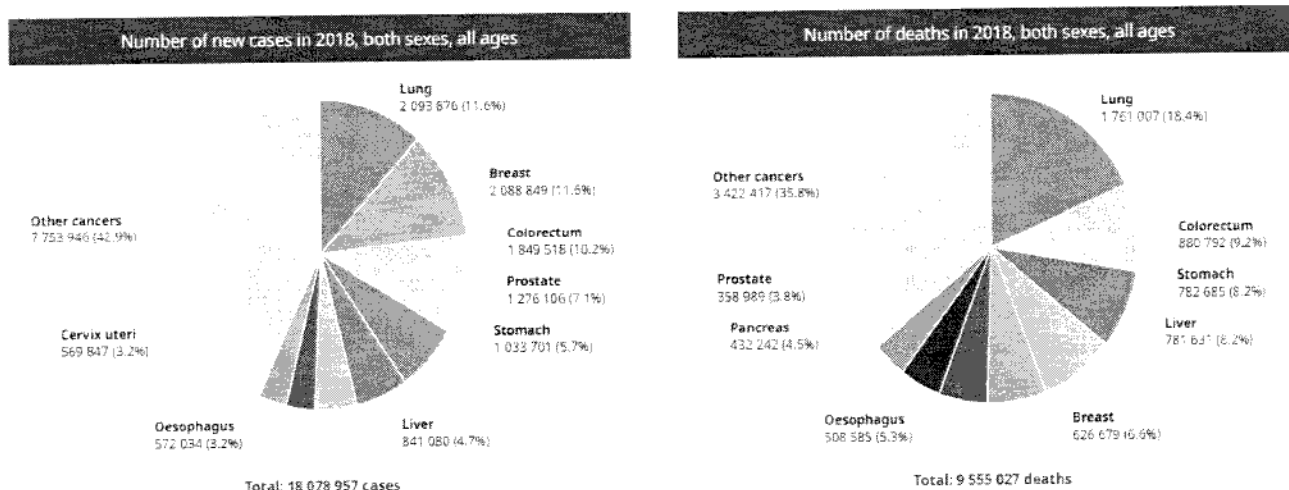


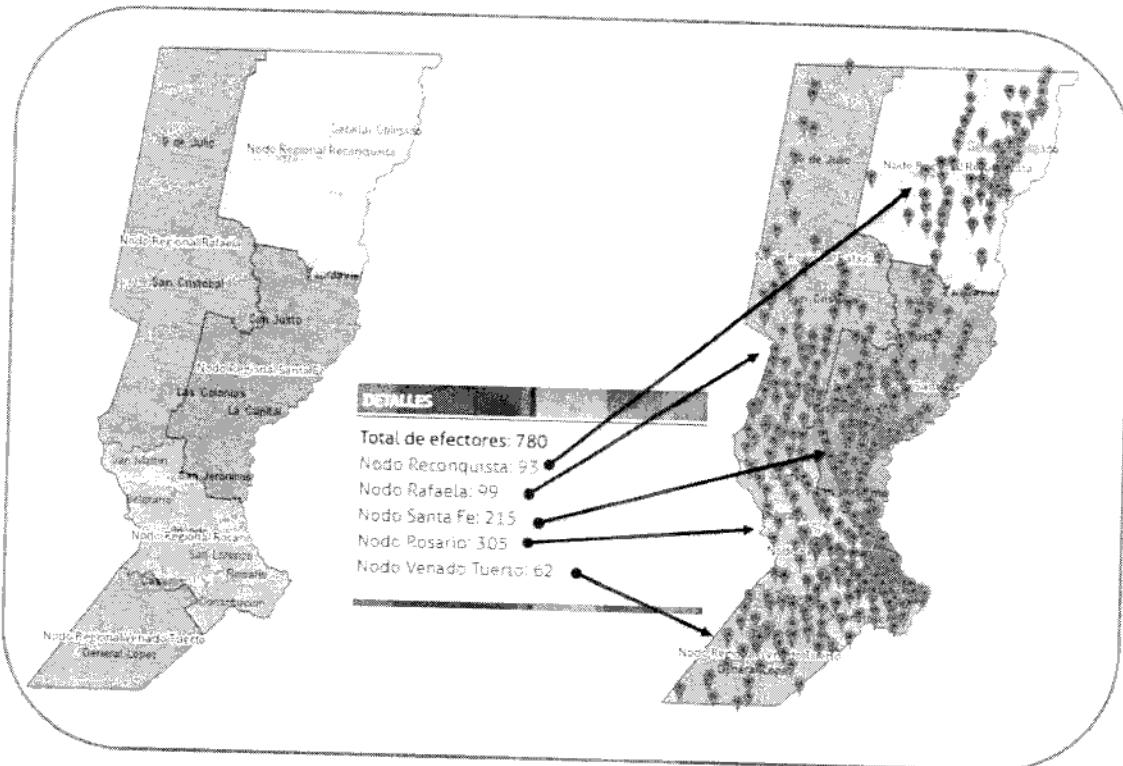
Gráfico 1: The Global Cancer Observatory. Marzo 2019. IARC (<http://gco.iarc.fr/today>) World Health Organization

Argentina se ha ubicado tradicionalmente en las zonas medias de las cifras estadísticas. La IARC (International Agency for Research on Cancer – Agencia Internacional de investigaciones en Cáncer) a través de su observatorio GLOBOCAN con datos actualizados al 2018 informa que la tasa de incidencia ajustada por edad (ASR) para Argentina<sup>5</sup> es de 218<sup>6</sup> casos x 100000 habitantes por año, para ambos sexos, todas las edades y todos los cánceres. Considerado como incidencia media alta y comparable a los países vecinos de Brasil y Chile. De la misma forma las tasas informadas por este organismo de mortalidad ajustada por edad para todos los cánceres, ambos sexos y todas las edades es de 105.4 x 100000 habitantes con 68.778 muertes por año debido esta enfermedad.

En el análisis de incidencia a nivel nacional los 5 principales tumores reportados por este organismo son Cáncer de Mama (ASR: 73), Próstata (ASR: 42.4), Colorrectal (ASR: 25), Pulmón (ASR: 18.9) y Cérnix (ASR: 16.7) en orden de frecuencia. El cáncer de mama es el de mayor ocurrencia en mujeres representando el 17% de todos los tumores malignos y el cáncer de próstata el de mayor incidencia en varones, estos datos coinciden con los presentados por el Instituto Nacional del Cáncer del país.

<sup>5</sup> Datos de incidencia obtenidos por registros de las siguientes provincias: Bahía Blanca, Chaco, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza, Neuquén, Santa Fe, Tierra del Fuego.

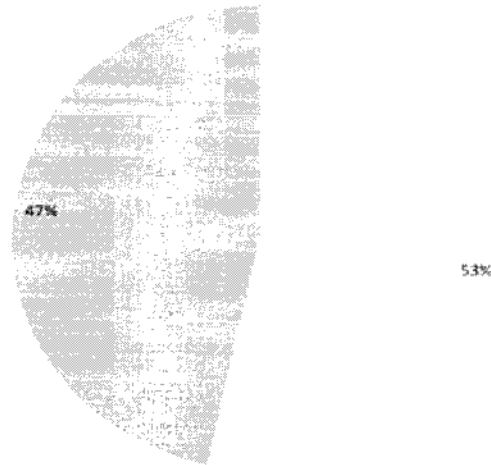
<sup>6</sup> Fuente: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheets.pdf>



Fuente: <https://www.santafe.gob.ar/maparecursos/>

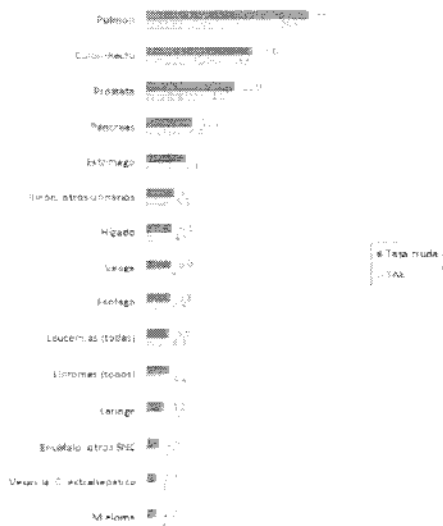
El sistema de salud de la Red está organizado por **cuidados progresivos** y los hospitales como parte de la red, con perfiles de especificidad y no niveles, con áreas o regiones dinámicos, con **adscripción** de personas y familias al sistema en su totalidad, con responsabilización primaria acorde a la capacidad de respuesta del servicio del que se trate, de **clinicalización** del proceso de atención hospitalario, y la práctica humanizada.

Porcentajes por sexo de todos los cánceres todas las edades.  
Periodo 2009-2013.  
Provincia de Santa Fe-Recasfe  
Mujeres 53% Varones 47%



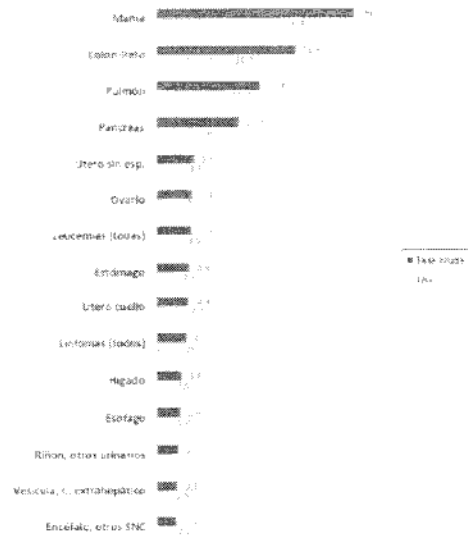
### Hombres

Gráfico 3. Tasa de mortalidad cruda y ajustada por edad (TAE) para los Principales sitios tumorales (x 100.000 habitantes). Varones. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015



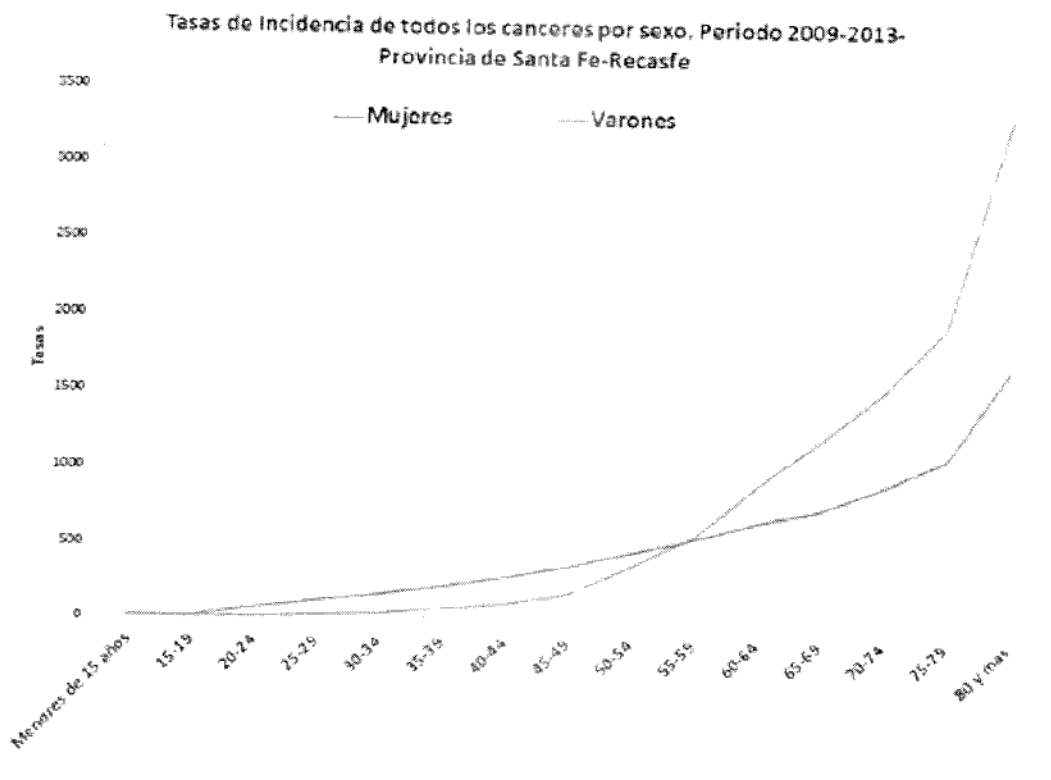
### Mujeres

Gráfico 4. Tasa de mortalidad cruda y ajustada por edad (TAE) para los Principales sitios tumorales (x 100.000 habitantes). Mujeres. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015



Los datos a nivel provincial presentan heterogeneidades regionales. Esto se visualizan en los mapas de mortalidad por tumores prevalentes de distribución departamental publicados por Sala de situación del Ministerio de Salud de la Provincia (Anexo 1)

La dinámica de la incidencia y de la mortalidad es compleja por la heterogeneidad dada por el sitio tumoral, su morfología y la distribución etaria. Según datos del Registro de Cáncer de Santa Fe, en el periodo 2009-2013 el 88% de los tumores malignos se presentaron en varones mayores de 50 años y el 73.7% en mujeres mayores de 50 años.



En relación a incidencia, se registraron 50.905 casos en ambos sexos en el periodo 2009-2013, el 53% se registraron en mujeres y el 47% en varones.

## Metodología del proceso de planificación

### Primer momento: Preparación y Producción del Plan

1. Agosto del 2018 - Definición política: construir un Plan que permita un tipo de cálculo que oriente la toma de decisiones, un ordenamiento básico para el avance de las acciones a futuro pero también la necesidad de superar las urgencias del día a día.
2. Acuerdos del equipo con la necesidad de contar con un plan en el cual quede plasmada la dirección hacia dónde se quiere ir.
3. Construcción colectiva de la matriz de trabajo y las líneas estratégicas.
4. Identificación de las áreas en función de las necesidades de cuidado de los pacientes y de soporte para la calidad de esos cuidados.
5. Definición del equipo responsable del diseño y de mantener vigente el sentido y la direccionalidad del proceso de planificación.
6. Construcción de equipos en función a las líneas estratégicas.
7. Identificación de procesos de trabajo en cada área según líneas de base.
8. Identificación de los objetivos y metas en cada área.
9. Asignación de responsabilidades y tareas.
10. Revisión del plan con definición cada vez más fina de objetivos y metas.
11. Enero 2019 Presentación y consenso con autoridades ministeriales.
12. Febrero 2019, Día Mundial de Lucha Contra el Cáncer se realiza la presentación pública, dando comienzo al segundo momento de la planificación.

### Segundo momento: Perfeccionamiento y Revisión

13. Febrero/Julio 2019. Revisión del plan con metodología participativa, en espacios de discusión con actores involucrados directa o indirectamente en el proceso de atención.
14. Julio/Agosto 2019. Evaluación y valoración de los aportes brindados por la comunidad científica, académica y social.

### Tercer momento: Comunicación y activación

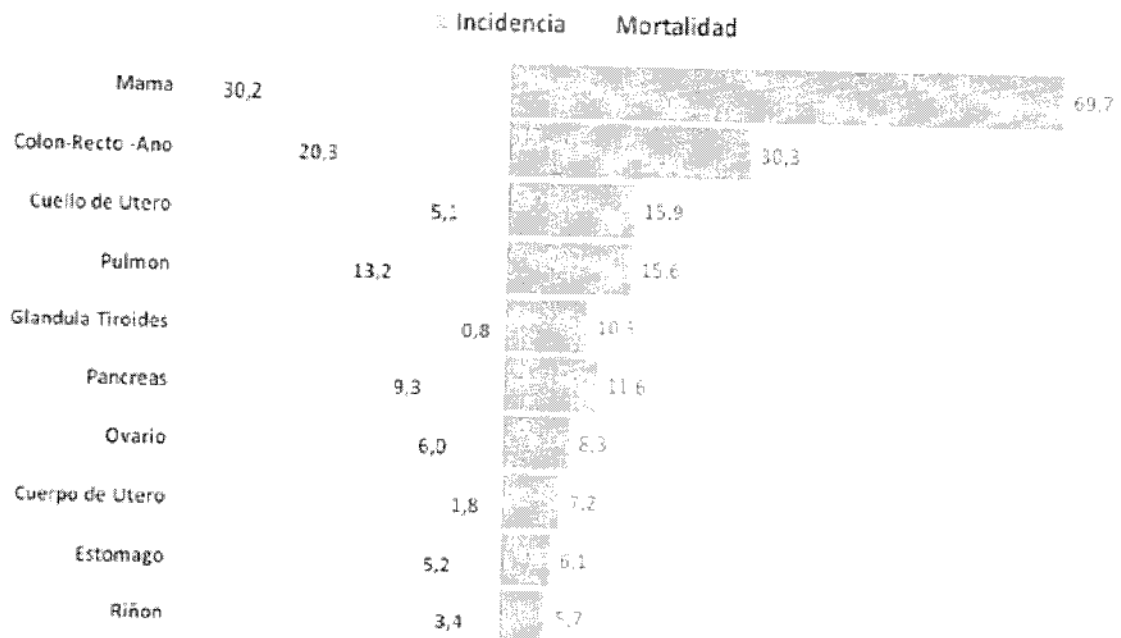
15. Agosto 2019. Alcanzados los consensos, formalización escrita con los cambios en acto administrativo interno.
16. noviembre 2019. Publicación.

En el momento de definir los problemas relevantes se incluyeron variables como factibilidad, oportunidad, viabilidad, gobernabilidad, conocimiento de los actores que intervienen, datos disponibles, etc. Analizamos la interrelación entre los problemas y la elaboración de la hipótesis, incluyendo la valoración que los problemas tienen para los diferentes actores. Al decir de C. Matus, "... explicar también es diseñar, hacer cálculos estratégicos y evaluar...".

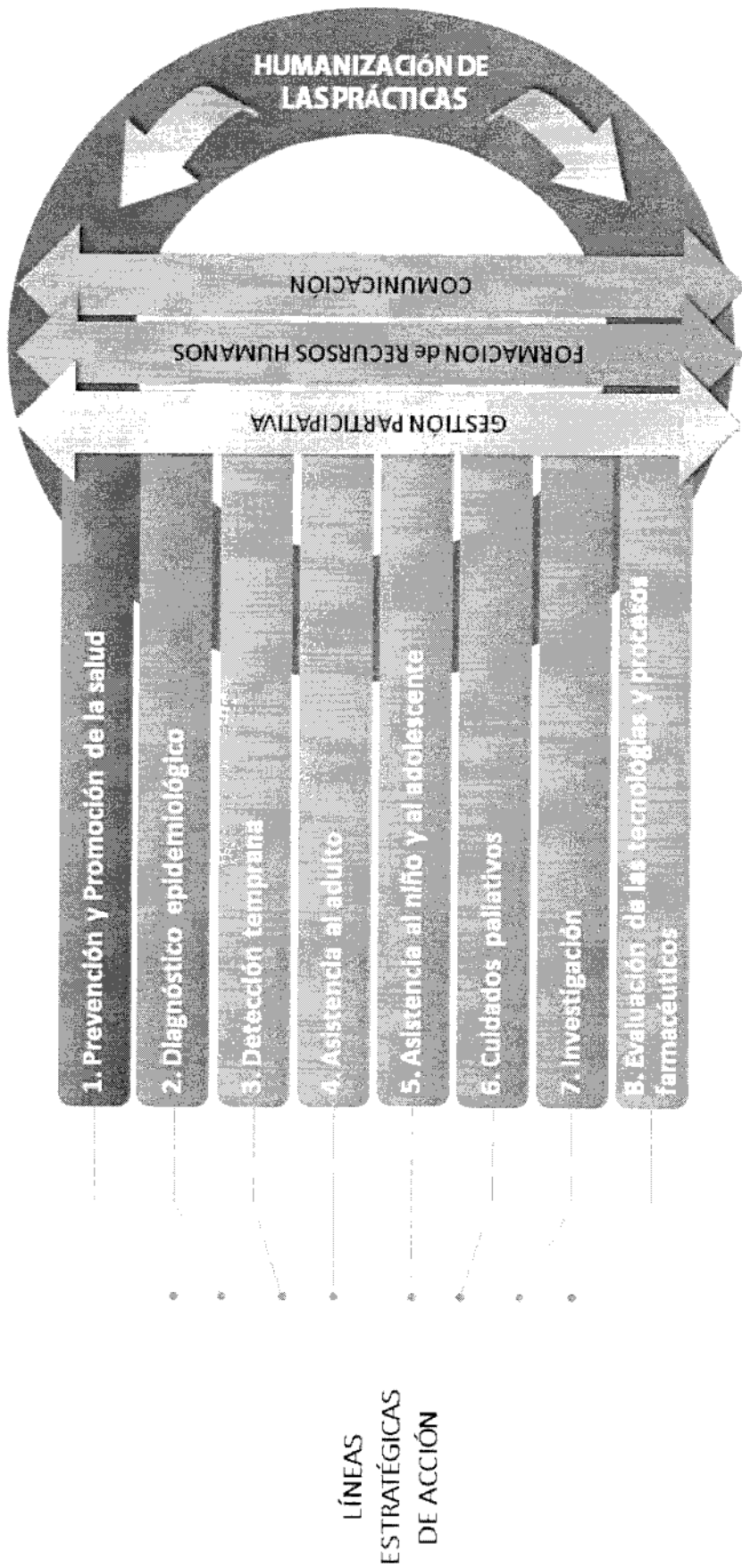
Todo el proceso implicó adquisición de nuevos conocimientos; surgieron nuevas dudas, se necesitaron nuevos datos, momentos de muchas discusiones y replanteos, acuerdos en cómo definir y recortar cada problema. La mayor dificultad y el mayor desafío consistió en tener una mirada integral de la agencia a escala provincial, integrar una multiplicidad de perspectivas, superar los enfoques sectoriales e involucrar vínculos interdisciplinarios; y poner todo ello al servicio de una construcción colectiva. Este hecho conlleva un cambio cultural. "la actividad es la planificación, lo estratégico es el enfoque"



**Incidencia vs Mortalidad para las 10 principales causas de cancer en Mujeres -  
Periodo 2009-2013  
Provincia de Santa Fe-Recasfe-**



# Plan Provincial de Cáncer. 2019-2021



LÍNEAS  
ESTRATÉGICAS  
DE ACCIÓN

EJES TRANSVERSALES



LA SALUD  
CON TODOS



LA SALUD  
CON TODOS

# OBJETIVOS Y LINEAS ESTRATÉGICAS

# Cuadro matricial

## 1. Prevención y Promoción de la salud

<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Líneas de Acción</b>	<b>Indicadores</b>
<p>1. Promover <i>estrategias intersectoriales a fin de dar respuestas sociales a las situaciones de riesgo de enfermar de cáncer</i></p>	<p>1. Contribuciones y asesoramientos a políticas, planes, programas y regulaciones provinciales y de gobiernos locales</p> <p>2. Contribuciones al conocimiento sobre contaminantes ambientales y procesos oncogénicos.</p>	<p>Programa de Promoción y protección de la salud Dependiente de la Dirección Provincial de Prevención y Promoción de la Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohólico</li> <li>• Sobrepeso y Obesidad</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Alimentación no saludable</li> <li>• Campañas de vacunas HPV</li> <li>• Comisión intersectorial sobre agrotóxicos</li> </ul>	<p>Revisar los programas, regulaciones y políticas provinciales vinculadas al cáncer</p> <p>Contribuir a las políticas, programas y regulaciones provinciales articulando con la Dirección Provincial de Promoción de la Salud y con otras dependencias del estado</p> <p>Investigación teórica y de campo relacionada con la influencia de contaminantes ambientales en la epidemiología regional y microregional</p> <p>Contribuir a la difusión y la comprensión del rol de la vacuna contra el HPV en la prevención del cáncer de cuello de útero</p>	<p>≡ Cantidad de planes, programas y políticas registrados</p> <p>≡ Número de planes, programas y políticas en los que se tuvo participación</p> <p>≡ Número de investigaciones finalizadas e investigaciones en proceso sobre contaminantes ambientales</p> <p>≡ Número de intervenciones públicas y de difusión relativas al rol de la vacuna contra el HPV en la prevención del cáncer de cuello de útero</p>



## 2. Diagnóstico Epidemiológico

### Objetivos

1. Profundizar el conocimiento epidemiológico de las enfermedades genéricamente denominadas Cáncer en la provincia de Santa Fe

### Metas

1. Registro actualizado de incidencia y mortalidad por cáncer en la provincia, por regiones y microrregiones.
2. Registros existentes vinculados al cáncer articulados entre sí.
3. Dispositivo de alojamiento y respuesta a las consultas epidemiológicas de la comunidad y gobiernos locales desarrollado.
4. Denuncia obligatoria de diagnóstico de cáncer en todos los efectores provinciales, públicos y privados.
5. Registro provincial incorporados a bases de datos nacionales e internacionales

### Línea de Base

- Mapa de mortalidad por cáncer 2013 - 2015<sup>7</sup>
- Registro de Incidencia RECASFE
- Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA) funcionando en tres efectores
- Registro Onco-pediátrico Hospitalaria Argentino (ROHA) actualizado
- Sistema de Información de Tamizaje (SITAM) funcionando en 15 efectores

### Líneas de Acción

- Completar la información del Registro Provincial de Cáncer y actualizar el software
- Implementar el uso del RITA en todos los efectores de 3er nivel
- Actualizar mapa mortalidad por cáncer
- Articular los datos de los sistemas: RECASFE, SICAP, DIAGNOSE, SITAM, RITA y cualquier otro sistema de registros de datos en salud vinculados al cáncer, provincial y de gobiernos locales
- Desarrollar un dispositivo de alojamiento y respuesta a las consultas epidemiológicas de la comunidad y gobiernos locales en conjunto con la Dirección de Información para la Gestión
- Instalar el uso de SITAM en todos los efectores que realizan tamizaje

### Indicadores

- Nivel de actualización del registro provincial de cáncer
- Nivel de actualización del registro de mortalidad por cáncer
- Nivel de articulación de los sistemas
- Dispositivo de alojamiento y respuesta de consultas epidemiológicas instalado
- Registro provincial incorporado a bases de datos internacionales

- Promover la ley de denuncia obligatoria de diagnóstico de cáncer y diseñar otras estrategias tendientes a la recuperación de datos

<sup>7</sup> Publicación de la Dirección de Información para la Gestión del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Año 2015. Disponible en:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/234601/1233830/file/Atlas%20de%20Mortalidad%20por%20Cancer%20A%20Incer.%20Santa%20Fe.%202013-2015.pdf>

### 3. Detección Temprana

#### Objetivos

#### 3. Consolidar y mejorar la detección temprana del tamizaje del cáncer de mama.

#### Metas

1. Senógrafos funcionando al 100% de su capacidad operativa
2. 100% de las senografías realizadas en la provincia cargadas en SITAM
3. 40% de cobertura en senografías para mujeres en población target con y sin cobertura social
4. Red de unidades de screening a complejidad creciente en el centro norte de la provincia, ampliada
5. Unidad funcional de mama y centro de lectura en el sur de la provincia
6. Investigación en procesos de gestión de tamizajes realizados
7. 100% de pacientes con screening positivo que concluyeron su proceso terapéutico

#### Línea de Base

- 151 senógrafos provinciales funcionando en salud pública y privada
- 16 senógrafos provinciales registrando en SITAM/Registro provincial de tamizaje
- Cobertura en tamizaje de mama de 7 a 11%
- Unidad funcional de mama trabajando en red con 7 servicios de baja complejidad en Centro norte de la provincia
- Investigaciones en procesos de gestión en tamizaje ya en ejecución

#### Líneas de Acción

- Actualizar el mapeo de unidades de screening, definir su área de referencia y su capacidad operativa.
- Determinar los indicadores de capacidad operativa máxima de las unidades de screening senográficos
- Aumentar el número de unidades de registro en SITAM/registro provincial tamizaje y mejorar el registro de datos en los sistemas de tamizaje
- Incorporar el registro en SITAM a la habilitación provincial de Senógrafos por Radio física Sanitaria Provincial y la evaluación de calidad de tecnología y procesos de todos los senógrafos públicos y privados de la provincia
- Implementación de Screening estratégico, Intervenciones focalizadas según problemas epidemiológicos regionales aumentando la captación de población target

Investigación en procesos de gestión de tamizajes de mama en poblaciones seleccionadas

Reuniones, consensos y acuerdos de trabajo con efectores en las zonas de referencia de las unidades de screening del centro norte provincial  
Organizar una Unidad Funcional de mama en el sur de la provincia

Navegación territorial para monitoreo y acompañamiento de las pacientes con resultados positivos del tamizaje en el acceso al 2° y 3° nivel de atención

#### Indicadores

- Porcentaje alcanzado de capacidad operativa en las unidades de screening
- Porcentaje de senógrafos que registran en SITAM
- Porcentaje provincial de cobertura en tamizaje de mama en población target diferenciadas según si tienen o no cobertura social
- Número de efectores incorporados al trabajo en red de la unidad de mama de Santa Fe.
- Unidad funcional de mama del Sur de la provincia instalado
- % mujeres con resultados positivos en el test de tamizaje que concluyeron su proceso de diagnóstico/tratamiento



**4. Consolidar y mejorar la detección temprana de los tamizajes existentes del cáncer cérvico-uterino**

- Test de HPV implementado como método de screening poblacional en cáncer de cérvix en población target en mujeres de 30 a 64 años.
- Laboratorios centralizados de lectura de PAP funcionando en Santa Fe para todo el centro norte y Rosario para el Sur provincial
- Consenso con gobiernos locales, sociedades científicas y asociaciones sociales para definir pautas de tamizaje en cáncer de cuello de útero.
- Cobertura en test de screening en HPV: 39% en Vera, 50% en 9 de Julio y 9% en San Javier
- Definición de zonas de riesgo epidemiológico según registros de mortalidad provincial
- Registros de datos para test de tamizaje fragmentados
- Consensuar con la salud privada un modo de integración de datos en relación a mujeres testeadas con HPV
- Implementación de screening estratégico, intervenciones focalizadas según problemas epidemiológicos regionales aumentando la captación de población target
- Navegación territorial para monitoreo y acompañamiento de las pacientes con resultados positivos del tamizaje en el acceso al 2 y 3 nivel de atención.
- Test de HPV implementado como screening poblacional para detección de cáncer de cérvix en la provincia
- Central de lectura test de HPV instalada en Norte y Sur de la provincia
- Porcentaje de cobertura en test de HPV alcanzado en zonas de riesgo epidemiológico
- Instalación de dispositivo unificado de registro de datos
- % mujeres con resultados positivos que concluyeron su proceso de diagnóstico Terapéutico

**5. Consolidar y mejorar la detección temprana del cáncer de colon**

- Test de Sangre Oculta en Materia Fecal inmuo-químico instalado como método de screening poblacional para detección precoz de cáncer de colon.
- Equipos formados para tamizaje de colon: atención primaria, técnicos lavados, enfermeros e instrumentistas, operadores endoscopistas, patólogos.
- 34 efectores incorporaron el tamizaje a sus prácticas de screening por demanda espontánea, un ensayo piloto de tamizaje en campaña poblacional nominalizado.
- Navegación territorial para monitoreo y acompañamiento de las pacientes
- Consolidar Consensos y acuerdos con Sociedades Científicas sobre métodos y tecnologías para screening de colon
- Relevar capacidad operativa endoscópica máxima de las unidades hospitalarias
- Crear dos unidades funcionales de screening en zonas centro norte y sur
- Convenios con actores de seguridad social con población recortada/cautiva (UNL, IAPOS, obras sociales provinciales) para adopción políticas de tamizaje y registro centralizado
- Navegación territorial para monitoreo y acompañamiento de las pacientes
- Numero de reuniones de acuerdos y consensos en relación al tamizaje con SOMFI del cáncer de colon.
- % de funcionamiento de las unidades de endoscopías
- % de endoscopias realizadas con criterios de calidad
- Numero de unidades de screening funcionando
- % de cobertura del test de SOMFI en poblaciones seleccionadas
- Número de acuerdos y convenios con organismos del subsector



5. Cobertura del test de SOMFi al 40% en población target de 50 a 75 años para detección temprana del cáncer colorrectal en poblaciones de alto riesgo epidemiológico.

6. Sub sector de salud privados integrados a la política sanitaria de tamizaje

7. 100% de pacientes con tamizaje positivos que concluyeron su proceso de diagnóstico y terapéutico

Poblaciones seleccionadas por riesgo epidemiológico y mayor mortalidad tamizadas con cobertura del 50% ¿??

privado en relación a políticas de tamizaje

≡ % de pacientes con resultados positivos que concluyeron su proceso de diagnóstico y terapéutico





#### 4. Asistencia al Adulto

##### Objetivos

6. Fortalecer la red de atención por niveles de complejidad para tumores sólidos

##### Metas

1. Unidades de baja y mediana complejidad territoriales adscritas a unidades de alta complejidad
2. Unidades funcionales para patologías de muy alta complejidad o alta experticia implementadas
3. Unidades asistenciales categorizadas por experticia

##### Línea de Base

Mapeo de recursos humanos en cáncer.  
Comités de tumores constituidos (Iturraspe, Eva Perón, Centenario, Provincial y CEMAR)  
Unidades de baja, mediana y alta complejidad.  
Un equipo especializado en sarcomas óseos y de partes blandas conformado.

##### Líneas de Acción

Formación de equipos de trabajo territorial para profundizar el conocimiento de los problemas de salud en cáncer del territorio  
Instalar unidades de atención de baja y mediana complejidad en acuerdo con referentes territoriales  
Construir criterios de categorización de las unidades.  
Implementación de la planilla de relevamiento de datos y diagnóstico situacional. (Anexo I)

##### Indicadores

≡ cantidad equipos de baja y mediana complejidad instalados en territorio  
≡ Porcentaje de reducción de la migración interna en efectores de alta complejidad.  
≡ Número de unidades funcionales para patologías de muy alta complejidad implementadas  
≡ Número de efectores categorizados  
≡ Número de acuerdos logrados

7. Fortalecer el trabajo de la red de cirugía oncológica

1. Red provincial de Cirugía de alta experticia y complejidad por tumor, formalizada.
2. Criterios de calidad en procedimientos quirúrgicos definidos en acuerdos con instituciones científicas.

Determinar porcentaje actual de migración interna (Definirla abajo) en efectores de alta complejidad  
Construir acuerdos institucionales para consulta de casos  
Identificar equipos territoriales de Cirugía de alta complejidad y alta experticia  
Construir indicadores para evaluar la calidad de prestaciones  
Definir estrategias para formalizar y sostener la red de cirugías oncológicas.  
Configurar red de expertos para consulta entre pares

≡ Número de redes creadas de cirugía oncológica  
≡ Número de indicadores de calidad construidos  
≡ Número de acuerdos logrados

8. Fortalecer el trabajo de la red de atención en onco-hematología por niveles de complejidad

1. Redes de onco-hematología consolidada
2. Acuerdos institucionales con CUDAI0

Construir indicadores para evaluar la calidad de prestaciones  
Definir estrategias para formalizar y sostener la red de onco-hematología

≡ Número de redes creadas  
≡ Número de indicadores de calidad construidos  
≡ Número de acuerdos logrados

**9. Instituir la sospecha diagnóstica de tumores heredofamiliares en la atención de los equipos de salud**

1. Información centralizada de casos heredo-familiar y seguimiento longitudinal
2. Asesores genéticos integrados matricialmente a los equipos interdisciplinarios
3. Sospecha, detección, prevención diferencial y seguimiento adecuado instaladas en los equipos
4. Guías provinciales de asesoramiento genético, construidas

- Dos equipos formados en consejería genética en sur y centro norte integrados al abordaje interdisciplinario del cáncer como referentes matriciales

- Análisis preliminar y acuerdos de tercerización de test específicos de laboratorio.

- Guías de buena práctica en asesoria genética discutidas a nivel nacional

**10. Incluir Las medicinas integrativas en el abordaje de pacientes con cáncer**

1. Dos equipos matriciales de Medicinas integrativas (Norte y sur de la Provincia), formados.

- Área de Medicina Integrativa dependiente de la Subdirección de Promoción de la Salud y Enfermedades Crónicas No Transmisibles desarrollado en Atención primaria de la Salud

- Áreas de medicinas integrativa dependiente de la secretaría de Salud pública de la Municipalidad de Rosario.

Configurar red de expertos para consulta entre pares

Registrar los casos detectados longitudinalmente hasta la concreción de su proceso terapéutico propio y familiar

≡ Numero de guías implementadas

≡ Registro de casos heredofamiliares habilitado y en curso

Consolidar el rol de los equipos de asesoramiento genético como asesores matriciales de especialistas

≡ % de pacientes detectados y con su proceso terapéutico/preventivo personal y familiar completado.

Difundir la detección clínica como herramienta primordial del diagnóstico genético

Generar acuerdos con obras sociales y organizaciones de salud privadas para instaurar políticas de asesoria genética en cáncer heredo-familiar.

≡ Difusión de la filosofía de medicinas integradas y saberes tradicionales como parte del abordaje del paciente con cáncer

≡ Porcentaje de equipos matriciales conformados en medicinas integrativas

Disposición de consultorios en Centro norte y Sur de la Provincia

Sumar el área de medicinas integrativas a las unidades funcionales de oncología de los segundos y terceros niveles

Profundizar en el conocimiento del uso de Cannabis para este tipo de patologías

## 5. Asistencia al niño y al adolescente

### Objetivos

### Metas

1. **Organizar la red de atención pediátrica según niveles de complejidad**
  - Red provincial de atención pediátrica a complejidad creciente organizada
  - Sospecha clínica y diagnóstico temprano agendado en toda la red de atención

### Línea de Base

- Mapeo de servicios funcionantes
- Registro onco-pediátrico argentino completo (ROHA)
- Conocimiento exhaustivo de las migraciones internas en la provincia y a otras provincias por complejidad mayor.

### Indicadores

- Categorización de los servicios por niveles de complejidad, número de casos asistidos y experticia en acuerdo con criterios del Instituto Nacional del Cáncer
- Regulación de acuerdos con instituciones nacionales o internacionales

Red conformada

Promedio de tiempo entre sospecha clínica y diagnóstico

Determinar el promedio de tiempo entre sospecha clínica y diagnóstico

Contribuir a la producción de consensos terapéuticos provinciales y nacionales.

Equipo matricial conformado

1. **Determinar las necesidades de atención y el abordaje de patologías oncológicas en adolescentes**

1. Un equipo interdisciplinario de atención de oncología del adolescente conformado

Adolescencia queda incluida mayormente en hospitales pediátricos monovalentes y asistidos por equipos de pediatría.

Coordinación con pediatría y oncología de adultos

## 6. Cuidados Paliativos

### Objetivos

13. *Desarrollar y fortalecer la red de cuidados paliativos de adultos y niños*

### Metas

1. 5 equipos nodales funcionales y matriciales de cuidados paliativos en adultos
2. 2 equipos matriciales de cuidados paliativos en adolescentes y niños
3. Red de dispositivos para asistencia, hospedaje y acompañamiento de pacientes formalizada

### Línea de Base

Mapeo de equipos de medicina paliativa en la provincia en asistencia de niños y de adultos

Mapeo de servicios de internación domiciliaria

### Líneas de Acción

Relevamiento de personal especializado en cuidados paliativos o personal de salud motivado para su formación en cada nodo

Conformación de los equipos funcionales y matriciales nodales

Implementación de guías de buena práctica clínica en medicina paliativa.

Desarrollar un sistema de información que dé cuenta de la atención nominalizada de los pacientes.

### Indicadores

≡ número de equipos matriciales conformados en paliativos adulto

≡ Número de organizaciones para asistencia, hospedaje y acompañamiento de pacientes que conforman la red

Relevamiento de efectores, familias y/o organizaciones de hospedaje

Desarrollar red de "Familias solidarias" para la asistencia, hospedaje y acompañamiento de pacientes

14. *Impulsar la accesibilidad a opioides y medicamentos esenciales para la atención paliativa en todos los niveles de la Red*

1. Accesibilidad a opioides y medicamentos esenciales para la atención paliativa, aumentada

Información disponible del Consumo mensual de opioides por centro urbano, región, microrregión o institución.

Estado de red de prescripción y distribución de opioides

Verificar dificultades en el acceso a opioides y otros fármacos para medicina paliativa

≡ Porcentaje de incremento en número de pacientes con uso de opioides y medicamentos esenciales para la atención paliativa

≡ Porcentaje de incremento del consumo de opioides en gramos

## 7. Investigación

### Objetivos

15. *Posicionar a la ACC en su rol rector de la investigación en cáncer de la provincia*

### Metas

- 1. Alianzas entre instituciones públicas responsables de investigaciones
- 2. ACC constituida como órgano consultor en investigaciones en cáncer de la provincia

### Línea de Base

Consejo de investigación de la Agencia de Control del Cáncer

### Líneas de Acción

Lograr acuerdo con el Comité de Bioética Provincial responsable de la regulación de las investigaciones biomédicas

### Indicadores

- ≡ Número de acuerdos logrados
- ≡ Número de investigaciones evaluadas

Generar acuerdo de trabajo y acción con el Instituto Nacional del Cáncer

Generar acuerdos con la Dirección de Ciencia y Tecnología de la Provincia y cualquier otra área de gobierno que así lo requiera.

Realizar acuerdos y consensos de trabajos con Universidades

Identificar las investigaciones existentes en cáncer de la provincia

≡ Prioridades definidas sobre la investigación en cáncer

Definir las prioridades en investigación

Participar conjuntamente con el ministerio en la selección de las investigaciones de acuerdo a las prioridades establecidas

Búsqueda de financiamiento para proyectos propios o asesorados

Tutelar las investigaciones epidemiológicas relacionadas al cáncer

Relevamiento de las estructuras existentes en los hospitales del tercer nivel

≡ Marco establecido, consensuado y firmado entre partes sobre la investigación clínica en efectores públicos

Definición del rol de la investigación clínica en el sistema sanitario público

≡ Dos efectores de alta complejidad que alojen investigación clínica en la provincia.

Regulación del personal que trabaja en protocolos de investigación

16. *Incentivar la investigación no clínica (Epidemiológica, básica y traslacional, ciencias humanas, cualitativas, investigación en gestión de salud)*

- 1. Prioridades establecidas sobre la investigación en cáncer de la provincia
- Un estudio cualitativo en ejecución: Percepción de riesgos de agro-aplicadores

• Investigaciones epidemiológicas en otras poblaciones

17. *Garantizar la disponibilidad de terapias investigacionales para la población usuaria de la salud pública*

- 1. Investigación clínica integrada al proceso de atención en efectores públicos

• Un efector de alta complejidad en Rosario con Investigación Clínica

- 2. Dos centros de investigación pública conformados en efectores de muy alta complejidad en la ciudad de Santa Fe y en la ciudad de Rosario



Definición de prioridades en la elección de ensayos clínicos que se abren en instituciones públicas

Fortalecimiento de las alianzas con las instituciones que investiguen sobre el cáncer y generar espacios de trabajo en conjunto



## 8. Evaluación de las tecnologías y Procesos Farmacéuticos

### Objetivos

#### 18. Elaboración de guías y protocolos de buenas prácticas

#### Línea de Base

- 1. Guías elaboradas con información precisa en cuanto al beneficio científico generado por tecnologías para el abordaje del cáncer: Diagnóstico por imágenes, terapia radiante, estudios genéticos, cirugía oncológica, trasplante de médula ósea y tratamiento farmacológico del cáncer.

#### Líneas de Acción

- Revisión bibliográfica
- Construcción de guías
- Publicación y difusión

#### Indicadores

- ≡ Número de guías elaboradas

#### 19. Evaluación farmacoeconómica de las tecnologías en cáncer

- 1. Trabajo articulado con instancias nacionales y actores locales en relación a la evaluación farmacoeconómica de nuevas tecnologías

Capacitación de integrantes de la ACC en farmacoeconomía

Creación de una comisión de evaluación farmacoeconómica y de factibilidad financiera

Articulación con instancias nacionales de referencia en la materia, así como estructuras académicas locales.

Publicación y difusión

- ≡ N° de organizaciones incorporadas a los procesos de evaluación farmacoeconómica de tecnologías

#### 20. Generar evidencia del tratamiento farmacológico en la vida real

- 1. Registro de Evidencia en la Vida Real implementado y en funcionamiento

Desarrollar una herramienta digital de registro de Evidencia en la vida real

Monitorizar los tratamientos farmacológicos definidos según priorización estratégica

Herramienta desarrollada.

Porcentaje de implementación

#### 21. Instaurar la prescripción on-line de medicamentos oncológicos en toda la provincia

- 1. La totalidad de los efectores que prescriben utilizando la herramienta online

Relevamiento del estado de situación de los efectores donde se realizan prescripciones de tratamientos oncológicos

Capacitación del personal  
Elaboración de manual de procedimientos de procesos de prescripción

Porcentaje de servicios con prescripción on-line

Número de sistemas vinculados

Manual de usuario PREMIO implementado

Vincular el PREMO con otros sistemas de Registro vinculados al cáncer epidemiológicos y farmacéuticos

**22. Monitorizar el proceso de atención de los pacientes a través de indicadores de calidad**

1. Rol re-definido de las estrategias del dispositivo de navegación de pacientes
2. Sistema de navegación de pacientes ampliado y descentralizado con funcionalidad territorial

- 500 pacientes navegados (pacientes con tratamiento farmacológico de alto impacto económico)

Realización de informe de la situación actual de lo realizado  $\equiv$  % de avance en la incorporación de pacientes

Modificación y adaptación de la herramienta de navegación  $\equiv$  % de establecimientos trabajando bajo el enfoque de Red

Definición de la población priorizada a monitorear

Obtención, organización, y descripción de la información obtenida a través de la navegación

Elaboración de informes periódicos y gestión de resolución de los problemas detectados en el proceso de atención de los pacientes

Adecuación del espacio físico y provisión de insumos.

Generación de un sistema informático de registro de datos y análisis

Incorporación y capacitación de recurso humano (navegador)

Descentralizar y sistematizar la navegación de pacientes

**23. Generar estrategias y acciones adecuadas para garantizar la equidad en el tratamiento farmacológico**

1. Efectores responsabilizados del seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes
2. Dispositivo formalizado de consultas y reclamos sobre medicamentos

- Vademécum de Consenso de tratamiento de colon mama pulmón Protocolos y guías terapéuticas

- Grupo de WhatsApp funcionando entre organizaciones sociales y ACC

Diseño y monitoreo de los procesos de distribución y entrega a los efectores/paciente de fármacos utilizados en tratamientos oncológicos y paliativos del cáncer  $\equiv$

Promover la producción pública de medicamentos.



Colaboración con la DPRMYTF<sup>8</sup> en la gestión de stock y la distribución de medicamentos a través de las droguerías nodales de Rosario y Santa Fe

Monitorización en tiempo real de la existencia y faltante de fármacos.

Brindar toda la información necesaria a los efectores para que los pacientes reciban el tratamiento adecuado y realicen seguimiento farmacoterapéutico

Colaborar con la DPRMYTF toda la información que fuera requerida por la misma, para el correcto armado de las gestiones de compra para asegurar la provisión oportuna y continua de los tratamientos

Desarrollar y sistematizar dispositivo de consultas y reclamos sobre medicación oncológica de pacientes en tratamiento

Relevamiento de las cabinas	≡	Informe de estado de situación sobre tipo y condiciones de campanas realizado
Relevamiento de personal de salud	≡	Informe sobre condiciones de trabajo de personal que manipula citostáticos realizado
Confeción de manual de manejo de citostáticos e infusión	≡	Número de convenios logrados obras sociales y prepagas

- Mapa de las cabinas existentes
- 5 cabinas relevadas en Zona Sur
- Acuerdo público/privado en Reconquista
- 1 cabina con habilitación provincial.
- Convenios logrados con obras sociales provinciales

1. Relevamiento de las condiciones de las campanas de flujo laminar en la provincia
2. Trabajadores de la salud que manipulan fármacos citostáticos en condiciones de seguridad
1. Convenios logrados con obras sociales y prepagas

**24. Asegurar las buenas prácticas en la de manipulación fármacos citostáticos**

**25. Integración público-privada en los criterios de acceso a tecnologías para el abordaje del cáncer**

<sup>8</sup> Dirección Provincial de Red de Medicamentos y Tecnologías Farmacéuticas.

**26. Fortalecer la red de 1. terapia radiante en la provincia**

Acceso a la terapia radiante • garantizada a la población usuaria de la salud pública

Diagnóstico finalizado

de situación

Convenios con instituciones privadas para garantizar el acceso al tratamiento radiante



## Línea 1.- Prevención y Promoción de la Salud

Objetivo	Metas
Promover estrategias intersectoriales a fin de dar respuesta a las situaciones de riesgo de enfermar	<p>Participar, contribuir y asesorar en políticas, planes, programas y regulaciones provinciales y de gobiernos locales</p> <p>Contribuir al conocimiento sobre contaminantes ambientales y procesos oncológicos</p>

A lo largo de la historia, la salud ha sido definida a partir de la enfermedad. El concepto actual de salud es más amplio, Para Floreal Ferrara (1975)“... La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos...” Para pensar la Prevención y Promoción tomaremos cuatro variables: biología humana, ambiente, estilo de vida y sistemas de asistencia sanitaria. Las tres últimas, modificables por acciones conjuntas de toda la sociedad. La percepción de necesidades<sup>9</sup> de salud de la población, puede diferir de las necesidades identificadas por los profesionales de la salud o administradores de los servicios de salud, como también la visión política al respecto. “Las actuales necesidades de salud, producto de una compleja estructura social, exigen una reorientación de los servicios establecidos, en orden de dotarlos de la flexibilidad necesaria para responder de forma adecuada a los nuevo retos planteados.”<sup>10</sup>

Para que la salud pública<sup>11</sup> pueda contribuir a la mejora de la salud de la población, mediante el conocimiento exhaustivo de la dinámica salud/enfermedad, de los recursos y procedimientos disponibles y necesarios para lograrlo, es menester estudiar el propio fenómeno salud/enfermedad en su expresión colectiva y el movimiento o respuesta que se genera en torno al mismo. La “salud pública asume [...] el rol de constructo aglutinador de las diferentes áreas de conocimiento que conforman el espacio de las ciencias de la salud,

<sup>9</sup> Necesidad: diferencia entre lo existente y lo deseable en términos de estado de salud, servicios o recursos. (Pineault), responde “a una deficiencia o ausencia de salud, [...] conduce a tomar medidas de prevención, tratamiento, control y erradicación.” (Hogarth). López Santos, V. y Frías Osuna, A. Concepto de salud pública. Pag 6,7

<sup>10</sup> López Santos, V. y Frías Osuna, A. Concepto de salud pública. Pag 6

<sup>11</sup> Salud pública “se presenta como la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad.” López Santos, V. y Frías Osuna, A. Concepto de salud pública. Pag 7

centradas en el estudio de lo colectivo, respetando no obstante la identidad de cada disciplina [...] permitiendo conjugar la visión holística con el tratamiento especializado.”<sup>12</sup>

En este marco, la Prevención y Promoción de la Salud se conforma por el conjunto de medidas destinadas tanto a prevenir la aparición de la enfermedad, abordando la reducción de factores de riesgo, como a las intervenciones para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida; constituyéndose en un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud, postulados de la OMS, que también comparte la Dirección Provincial de Promoción y Prevención de la Salud de Santa Fe (DPPPS).<sup>13</sup> En 2016, el Foro Argentino sobre Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y federalismo, presenta lineamientos que en la actualidad retoma el decreto 0085/17 de creación de la Agencia de Control del Cáncer de la Provincia de Santa Fe (ACC).<sup>14</sup>

En el nuevo paradigma de universalidad de tratamiento de la salud, es indispensable caracterizar la composición de los organismos y agencias que ejercen funciones de rectoría del sistema de salud. La DPPPS y la ACC tienen por desafío trabajar en conjunto desde la salud de la población en pos de prevenir, reducir los factores de riesgo, atender las necesidades del transitar el estado de enfermedad, y como objetivo a largo plazo, reducir los valores de incidencia y mortalidad por cáncer en la Provincia.

El área de Promoción y Cuidados de la Salud del Ministerio de Salud Santa Fe, entre sus líneas estratégicas, en las cuáles tiene tiempo de trabajo y planes de acción puntuales (campañas de vacunación, promoción anti tabaquismo, vida saludable, etc), abarca<sup>15</sup>:

#### Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

- Enfermedades Transmisibles
- Géneros, sexualidad y Salud
- Salud Bucal
- Infancia, Adolescencia y Adultos Mayores
- Salud de los trabajadores
- Salud Mental
- Transfusiones y Sangre Segura
- Vacunación
- Recomendaciones generales de prevención

En esta línea se interactuará con el área de diagnóstico epidemiológico y con el comité de investigación, así como con la mesa intersectorial-interministerial en la promoción, diseño e instrumentación de investigación epidemiológica y etiológica relacionado con oncógenos y determinantes ambientales; así como investigación cualitativa en percepciones sociales con respecto al fenómeno salud-enfermedad en la comunidad y

<sup>12</sup> López Santos, V. y Frías Osuna, A. Concepto de salud pública. Pag 9

<sup>13</sup> “la promoción de la salud atraviesa la clínica, la prevención, el cuidado del ambiente, las respuestas sociales a las situaciones de enfermedad o riesgo de enfermar. El Ministerio de Salud provincial enmarca las actividades de promoción de la salud en una estrategia de carácter integral, interdisciplinaria e intersectorial” <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/93802>

<sup>14</sup> “La Agencia de Control del Cáncer es un organismo que se proyecta como autoridad científico-técnica provincial de toda acción vinculada con la preservación de la salud de la población respecto del cáncer, la formación de recursos humanos y la investigación en el área. Tiene por objeto la coordinación y articulación de acciones orientadas a la prevención, el tratamiento y la investigación de las enfermedades genéricamente denominadas ‘cáncer’” [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/222160\\_\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/222160_(subtema)/93802)

<sup>15</sup> <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/93802>

análisis los recursos comunicacionales apropiados para la introyección del derecho al autocuidado y la salud.

## Línea 2.- Diagnóstico Epidemiológico

Objetivo	Meta
<p>2. conocimiento epidemiológico de las enfermedades genéricamente denominadas Cáncer en la provincia de Santa Fe</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registro actualizado de incidencia y mortalidad por cáncer en la provincia, por regiones y microrregiones.</li> <li>2. Registros existentes vinculados al cáncer articulados entre sí.</li> <li>3. Dispositivo de alojamiento y respuesta a las consultas epidemiológicas de la comunidad y gobiernos locales desarrollado.</li> <li>4. Denuncia obligatoria de diagnóstico de cáncer en todos los efectores provinciales, públicos y privados.</li> <li>5. Registro provincial incorporados a bases de datos nacionales e internacionales</li> </ol>

La planificación estratégica y crítica se funda en el conocimiento epidemiológico, desde la más amplia de sus concepciones. Esto es, para la planificación de políticas sanitarias en oncología debemos conocer cuali y cuantitativa como se enferma y muere la población de los eventos genéricamente denominados cáncer, cómo se distribuye regional o micro-regionalmente ese patrón, como se definen los territorios según los determinantes sociales, cuál es la oferta y distribución de servicios de salud para alojar el problema instalado, así como los recursos disponibles para diagnóstico temprano y prevención.

Este espectro es responsabilidad de la epidemiología en gestión del cáncer.

Para resolver el diagnóstico, el sistema de salud de la provincia cuenta con innumerables fuentes de datos primarios propios del Ministerio de salud más sistemas vinculados con el ministerio de salud nacional y con los registros de salud de los gobiernos locales.

Es responsabilidad de la Agencia de Control de Cáncer el análisis de esas fuentes para transformarlas en información útil para la gestión, en colaboración con la Dirección de Información para la gestión dependiente del Ministerio de Salud y así generar políticas sanitarias territorializadas.

Ambas direcciones del Ministerio deben además alojar las consultas de la comunidad en lo referido a su riesgo o exposición a presuntos o demostrados agentes carcinógenos, así como efectuar el análisis pertinente y devolución de los resultados a la sociedad.

Asimismo, es responsabilidad de estas áreas planificar e incentivar la investigación epidemiológica en cáncer.

Con relación a los instrumentos y fuentes, el dato duro de mayor relevancia es mortalidad, cuyas bases son elaboradas por la Dirección General de Estadística del Ministerio de Salud de Santa Fe.

El análisis de morbilidad depende del desarrollo cuali cuantitativo del RECASFE, registro de cáncer de la provincia de santa fe, que data del año 2003 por Resolución Ministerial 481/02 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dicho registro ha crecido en relevancia y calidad y se encuentra en proceso de ajuste y perfeccionamiento para que sus datos se incluyan formalmente en la IARC International Agency for Research on Cáncer. Para esto es imperativo que todos los establecimientos asistenciales habilitados en la provincia de Santa Fe, ya sean públicos (municipales, provinciales o nacionales) privados o no gubernamentales y todo establecimiento de cualquier naturaleza que por las características de sus prestaciones estén relacionadas con pacientes con cáncer informen al RECASFE los casos de patologías oncológicas que ocurran dentro de su ámbito laboral a través de la denuncia obligatoria.

Del análisis de las diversas fuentes, el Ministerio de Salud de la provincia a través de la Dirección Provincial de Información para la Gestión ha construido un mapeo de MORTALIDAD en cáncer de la provincia de Santa Fe en su globalidad y por departamentos, así como el análisis histórico de los eventos de muerte 2001 -2017.

El Atlas de mortalidad por cáncer<sup>16</sup>, publicado en enero de 2017, se fundamenta en la premisa de que conocer y describir las heterogeneidades para un territorio concreto es el punto de partida para organizar acciones sanitarias adecuadas territorialmente y equitativas. En este documento (Anexo 1) se describen las tasas de mortalidad para cada sitio tumoral, según edades y sexos, identificando los cánceres más frecuentes y estableciendo diferencias entre departamentos provinciales.

Recientemente se ha construido un análisis histórico de la mortalidad por tumores 2001-2017, donde se establecen las tendencias de la mortalidad por cáncer. Como sucede en el resto del mundo, la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres se incrementa en tanto los eventos del resto de los tumores se ha reducido o mantenido estable en el periodo de análisis.

También disponemos del mapeo de recursos humanos de salud en la provincia (Anexo 2).

Estos insumos constituyen el punto de partida o línea de base, único en el país, que nos permite identificar las áreas críticas y planificar estrategias regionales de investigación e intervención – especialmente en screening y diagnóstico temprano.

Conocer el modo en que nuestra población enferma y muere de cáncer es el único camino posible para planificar las acciones en salud, preguntarnos respecto a problemas sanitarios de accesibilidad y calidad, implementar medidas regionales o microrregionales, y asignar recursos con lógica y racionalidad.

**Este rol del análisis epidemiológico activo y sustantivo como soporte científico de la planificación es nuestro orgullo, no tiene parangón histórico local ni nacional.**

---

<sup>16</sup> Atlas de mortalidad por Cáncer. Santa Fe. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dirección de Información para la Gestión. Link:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/234601/1233830/file/Atlas%20de%20Mortalidad%20por%20C%C3%A1ncer.%20Santa%20Fe.%202013-2015.pdf>

### Línea 3.- Detección Temprana

Objetivo	Metas
<p>3.- Consolidar y mejorar la detección temprana del tamizaje del cáncer de mama.</p>	<p>Senógrafos funcionando al 100% de su capacidad operativa</p> <p>100% de las senografías realizadas en la provincia cargadas en SITAM</p> <p>40% de cobertura en senografías para mujeres en población target con y sin cobertura social</p> <p>Red de unidades de screening a complejidad creciente en el centro norte de la provincia ampliada</p> <p>Unidad funcional de mama y red de unidades de screening a complejidad creciente en el sur de la provincia</p> <p>Investigación en procesos de gestión de tamizaje</p> <p>100% de pacientes con screening positivo que concluyeron su proceso terapéutico</p>
<p>4.- Consolidar y mejorar la detección temprana de los tamizajes existentes del cáncer cérvico-uterino</p>	<p>Test de HPV implementado como método de screening poblacional en cáncer de cérvix en población target en mujeres de 30 a 64 años</p> <p>Cobertura de test de HPV al 70% en mujeres en edad target en zonas según criterio de riesgo epidemiológicos</p> <p>Unificación de los registros de tamizaje en cáncer de cuello de útero</p> <p>100% de los test de screening en cáncer de cuello de útero realizadas en la provincia cargadas en SISPA</p> <p>100% de pacientes con tamizaje positivos que concluyeron su proceso terapéutico</p>
<p>5 - Consolidar y mejorar la detección temprana del cáncer de colon</p>	<p>Test de Sangre Oculta en Materia Fecal inmunológico (TSOMFi) instalado como método de screening poblacional para detección temprana del cáncer colorrectal.</p>



	<p>Unidades de endoscopias funcionando al 100% de su capacidad máxima</p> <p>100% de las endoscopias de screening realizadas en la provincia con criterios de calidad procedimental y técnica.</p> <p>Unidades de producción para screening de cáncer de colon integrado a la red de salud según niveles de complejidad creciente</p> <p>Cobertura de TSOMFi al 70% en población objetivo de 50 a 75 años para detección temprana del cáncer colorrectal en poblaciones de alto riesgo epidemiológico.</p> <p>Sub sector de salud privados integrados a la política sanitaria de tamizaje</p> <p>100% de pacientes con tamizaje positivos que concluyeron su proceso de diagnóstico y terapéutico</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La detección temprana es la búsqueda de tumor en su etapa inicial antes que se presente algún síntoma. La acción primordial es la de tamizaje en el marco del análisis epidemiológico, demográfico, de incidencia y mortalidad; teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos y por ende la factibilidad del procedimiento en la vida real sanitaria de la provincia y de cada territorio.

**La prevención en cáncer, por medio de acciones de promoción de la salud, pautas de autocuidado y estilos saludables de vida; y en segundo momento, el tamizaje son medidas que se toman para reducir la probabilidad de enfermar.**

En 1968, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** define los principios para **justificar el cribado de una enfermedad** (Wilson y Jungner, 1968):

1. La condición debe ser un problema de salud importante para el individuo y la comunidad.
2. Debe existir un tratamiento aceptado o una intervención útil para los pacientes con la enfermedad.
3. Tiene que haber recursos instalados disponibles para el diagnóstico y el tratamiento.
4. La enfermedad debe tener una fase latente reconocible o sintomática temprana.
5. Debe existir una prueba o examen de tamizaje conveniente.
6. La prueba tiene que ser aceptable para la población.
7. La historia natural de la enfermedad debe ser adecuadamente conocida.
8. Tiene que existir una política consensuada para referir a un nuevo examen complementario y para el tratamiento de los pacientes que lo requieran.
9. El costo debe ser económicamente equilibrado en relación a los gastos en atención médica del conjunto.
10. La detección de casos tiene que ser un proceso continuo y no un evento de una sola vez.

Se estima que el diagnóstico en fase preclínica mejore las chances de cura a nivel individual y colectivamente contribuya a reducir la mortalidad global y la mortalidad vinculada al cáncer. Esta política pública de tamizaje no es solo a los efectos de la detección preclínica sino también a los efectos de la intervención en el proceso de atención asegurando su culminación.

Tabla 8. Tasa de mortalidad cruda y ajustada por edad (TAE) para los Principales sitios tumorales (x 100.000 habitantes). Varones. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

Código	Sitio	Tasa cruda	TAE	IC 95%
C33-34	Pulmón	38,17	25,88	28,52 31,30
C18-21	Colon-Recto-Ano	24,97	15,56	17,50 19,67
C51	Próstata	20,93	13,73	12,87 14,63
C25	Páncreas	11,17	8,40	7,67 9,19
C15	Estómago	9,66	7,44	6,75 8,17
C64-66, 68	Riñón, otros urinarios	6,71	5,31	4,73 5,95
C22	Hígado	6,10	4,80	4,28 5,44
C67	Vejiga	5,96	4,03	3,55 4,55
C15	Esófago	5,84	4,47	3,94 5,04
C81-85	Linfomas (todas)	5,45	4,41	3,88 5,00
C91-95	Leucemias (todas)	5,45	4,27	3,76 4,82
C32	Laringe	4,17	3,36	2,91 3,89
C70-72	Encéfalo, otros SNC	2,91	2,53	2,11 3,05
C22-24	Vesícula, C. extrahepático	2,22	1,63	1,34 2,00
C88-90	Mieloma	2,18	1,70	1,39 2,11

Tabla 9. Tasa de mortalidad cruda y ajustada por edad (TAE) para los Principales sitios tumorales (x 100.000 habitantes). Mujeres. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

Código	Sitio	Tasa cruda	TAE	IC 95%
C50	Mama	29,52	18,35	17,36 19,41
C18-21	Colon-Recto-Ano	20,84	10,67	9,96 11,47
C33-34	Pulmón	15,42	10,29	9,56 11,10
C25	Páncreas	12,27	6,46	5,91 7,10
C55	Útero sin esp.	5,60	3,73	3,29 4,25
C56	Ovario	5,41	3,49	3,08 4,00
C91-95	Leucemias (todas)	5,31	3,49	3,03 4,00
C15	Estómago	4,95	2,83	2,45 3,26
C53	Útero cuello	4,89	4,13	3,64 4,70
C81-85	Linfomas (todas)	4,47	2,65	2,28 3,10
C22	Hígado	3,76	1,95	1,63 2,34
C15	Esófago	3,60	1,93	1,61 2,33
C64-66, 68	Riñón, otros urinarios	3,25	1,90	1,59 2,30
C22-24	Vesícula, C. extrahepático	3,10	1,82	1,53 2,21
C70-72	Encéfalo, otros SNC	3,00	2,10	1,75 2,49

En el análisis presentado por la Dirección Provincial de Información para la Gestión, Tendencia de la Mortalidad por Tumores 2001 - 2017 para la provincia de Santa Fe, tomando como referencia los diagnósticos colon, bronquios y pulmón, mama y cuello de útero; se concluye una tendencia descendente en la mayoría de los casos, excepto colon, mama en varones y cuello de útero que se presentan ni ascendente ni descendente.

Por lo antes mencionado, este plan plantea los siguientes objetivos y sus correspondientes metas:

**Objetivo 3: Consolidar y mejorar la detección temprana del tamizaje del cáncer de mama.**

En cáncer de mama, en el mundo, en el año 2018 se registraron 2.088.849 (11.6%) de casos nuevos y 626.679 (6.6%) de muertes. En las Américas es el diagnóstico más común y 2º causa de muerte, 462.000 casos nuevos en 2018 y aproximadamente 100.000 muertes.

En Santa Fe, la tasa de mortalidad por cáncer de mama es de 29.5 x 100000 habitantes por año, según el atlas de Mortalidad por cáncer (Anexo 1). El porcentaje de muertes por cáncer de mama entre los años 2013 y 2015 fue de 7%, en mujeres entre 40 y 49 años, el 40% en mujeres entre 50 y 69 y, 50% para mujeres mayores de 70 años.

A continuación, se muestra la distribución por departamentos de mortalidad por cáncer de mama, se debe tener en cuenta esta población objetivo, la realidad regional y local para diagramar estrategias de cribado, dado que una selección inadecuada produciría un dramático incremento de costos, sin un impacto relevante en la mortalidad. Por ende, las acciones deben asegurar alta cobertura y participación, incorporando una proporción crítica de la población objetivo.

Gráfico 16. Mortalidad por cáncer de Mama en mujeres. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

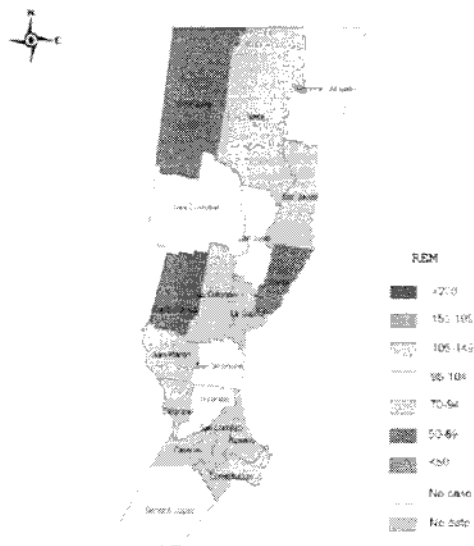


Tabla 21. Mortalidad por cáncer de Mama en mujeres. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015.

Departamento	REM	IC (95,0%)
Belgrano	110,17	71,28 - 162,64
9 de Julio	63,52	23,20 - 138,26
Caseros	113,52	85,82 - 147,55
Castellanos	65,99	49,71 - 85,89
Constitución	88,84	63,46 - 120,98
Garay	55,76	15,00 - 142,75
General Lopez	95,02	77,14 - 115,80
General Obligado	101,03	77,46 - 129,52
Inrondo	102,74	72,69 - 141,02
La Capital	92,73	80,88 - 105,83
Las Colonias	77,54	55,64 - 105,20
Rosario	109,31	101,10 - 118,01
San Cristóbal	103,21	70,58 - 145,71
San Javier	74,24	31,96 - 146,28
San Jerónimo	95,06	67,26 - 130,49
San Justo	103,45	63,16 - 159,78
San Lorenzo	112,09	88,88 - 139,51
San Martín	111,52	79,29 - 152,45
Vera	90,38	51,63 - 146,77

Atlas de Mortalidad por cáncer, Provincia de Santa Fe, Años 2013-2015, Dirección Provincial de Información para la Gestión, Ministerio de Salud, 2017

Un plan integral de detección temprana mediante el tamizaje requiere el involucramiento de los profesionales del primer nivel de atención, así como la coordinación con el segundo y el tercer nivel, contar con recurso humano capacitado y el equipo para dar una respuesta oportuna, así como un constante monitoreo del funcionamiento de la red.

Los consensos mundiales coinciden en determinar el rango etario de la población objetivo en el grupo de edad de 50 a 64 años, En Argentina el Instituto Nacional del cáncer recomienda que las pacientes entre 50-69 años se realicen una mamografía de tamizaje cada dos años

En la Provincia de Santa fe, el 6 de octubre de 2017, en la ciudad de Rosario, entre la Agencia de Control del Cáncer, Instituto Nacional del Cáncer, Dirección de Información para la Gestión del Ministerio de salud, profesionales especialistas de diferentes efectores y ONG se arribó al consenso que define la población target u objetivo para el screening mamográfico en territorio provincial, mujeres mayores de 50 años y que la periodicidad de senografías sea cada 2 años.

La United States Preventive Services Task Force, establece que el número de muertes que se previnieron realizando tamizaje mamográfico a 10.000 mujeres durante 10 años fue 2,9 (-0,6 a 9,9) en mujeres de 39 a 49 años. En mujeres de 50-59 años fue 7,7 (1,6 a 17,2); en mujeres de 60-69 años fue 21,3 (10,7 a 31,7) y en mujeres de 70-74 años fue 12,5 (-17 a 2-32,1).

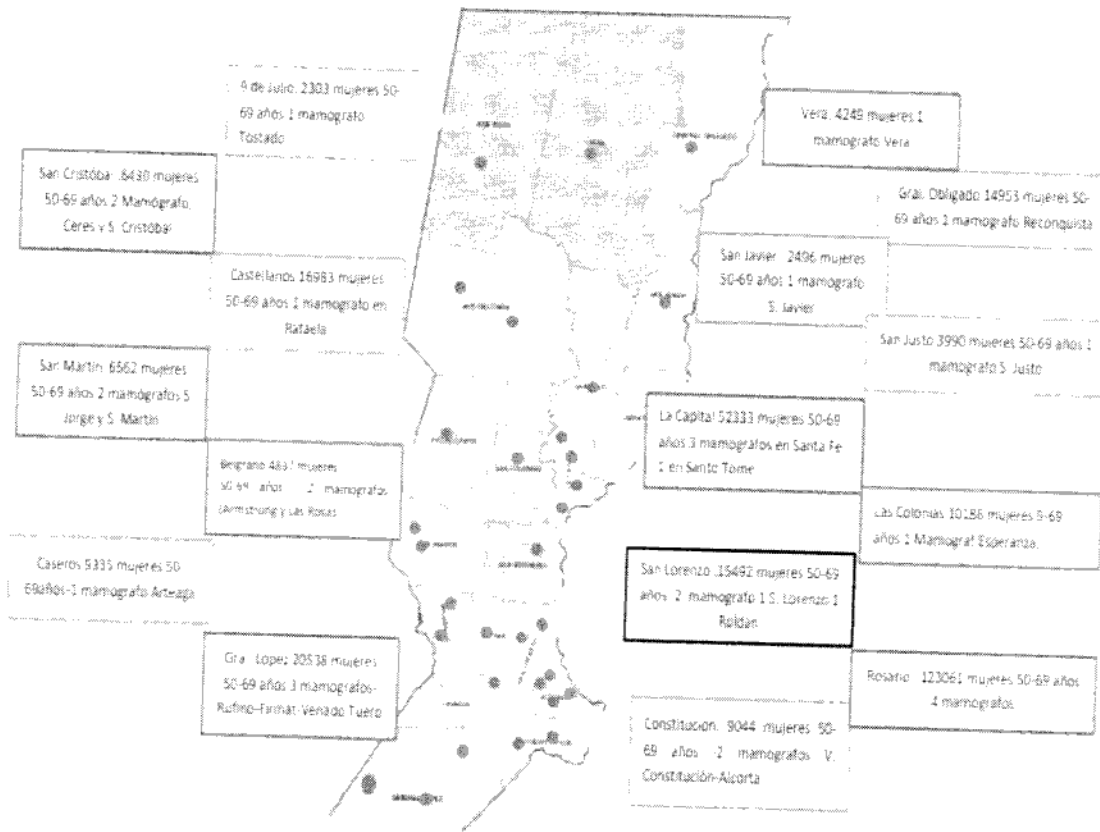
En la Provincia de santa Fe en el sector público hay 26 mamógrafos públicos instalados que cubren 19 departamentos de la Provincia.

La estrategia brindada por un equipo multidisciplinario en la red de servicios de salud, que orienta a gestionar de manera ágil el diagnóstico oportuno y el seguimiento de las mujeres que han sido identificadas de riesgo aumentado, sospecha y pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. La detección temprana consiste en una prueba de tamizaje mediante mamografía.

En el año 2015, se conforma en la ciudad de Santa Fe, la Unidad Funcional de Mama (UFM), unidad interdisciplinaria integrada por mastólogos, especialistas en diagnóstico por imágenes, psicooncología, asesoramiento genético en oncología, cirujanos y técnicos

radiólogos, intervencionistas, transcripcionistas entrenadas y navegadora de seguimiento de casos patológicos. Las imágenes (mamografías) de 13 de los mamógrafos provinciales de centro norte de la provincia son informados en el Centro de lectura de la UFM, bajo distintas modalidades.

ANEXO 2: Distribución de mamógrafos públicos en la Provincia de Santa Fe Censo 2019- Población de mujeres 50-69 años según proyecciones y estimaciones 2016 IPEC-ACC-



El sur de la Provincia cuenta con mamógrafos en efectores públicos de tercer nivel de complejidad, y la mayoría terceriza los informes de los estudios realizados, es menester evaluar la implementación de un centro de lectura que, de acceso y gratuidad, para la región. Esto permitiría contar con los datos actualizados y sistemáticos.

Según los datos de SITAM el porcentaje de cobertura por mamografías varían del 8 al 29%, de todas maneras, debe tenerse en cuenta que no todos los senógrafos de la salud pública cargan a SITAM y ningún senógrafos de la Salud y el porcentaje está calculado sobre la población total de la provincia (subestimación).

Es necesario plantear la discusión sobre investigación de nuevas estrategias de tamizaje, búsqueda activa, información apropiada, decisión compartida e identificación y abordaje de las barreras de acceso.

Objetivo 4: Consolidar y mejorar la detección temprana de los tamizajes existentes del cáncer cérvico-uterino

Gráfico 17 Mortalidad por cáncer de Cuello de Utero. Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) por departamento de residencia, Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

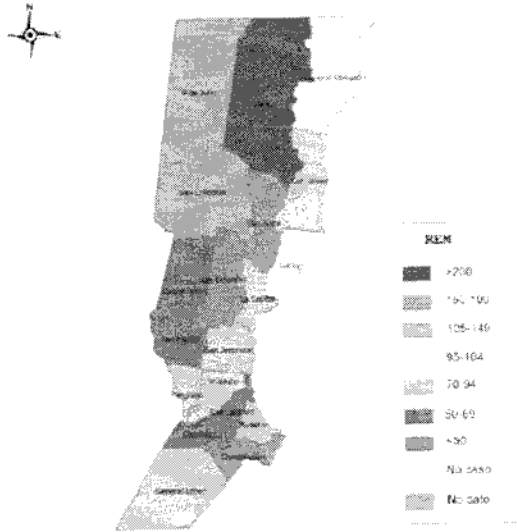


Tabla 22 Mortalidad por cáncer de Cuello de Utero. Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) por departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

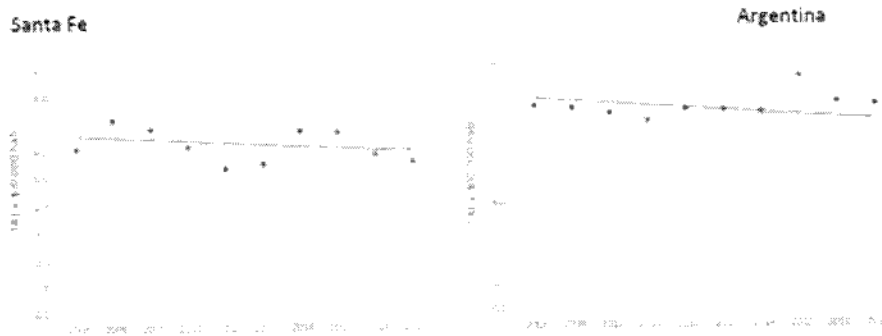
Departamento	REM	IC (95,0%)
Belgrano	77,11	15,90 225,31
0 de Julio	187,00	50,31 478,75
Ceseros	54,59	14,71 140,01
Castellanos	69,89	33,46 128,54
Constitucion	40,77	8,19 119,11
Garey	0,00	- -
General Lopez	91,62	51,24 151,13
General Obligado	102,72	54,64 175,66
Inonido	119,37	47,82 245,96
La Capital	122,77	90,51 162,78
Les Colonias	34,72	6,98 101,45
Rosario	105,79	86,17 128,55
San Cristobal	163,48	74,60 310,35
San Javier	138,25	27,79 403,92
San Jerónimo	120,15	51,74 236,76
San Justo	31,63	0,41 175,96
San Lorenzo	55,16	22,10 113,66
San Martín	54,45	10,94 159,10
Verá	326,53	168,53 570,42

Atlas de Mortalidad por cáncer, Provincia de Santa Fe, Años 2013-2015, Dirección Provincial de Información para la Gestión, Ministerio de Salud, 2017

El cáncer cervicouterino (CCU) es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, entre los 35 y 64 años, a nivel mundial. En la Argentina se diagnostican alrededor de 5.000 casos nuevos por año y mueren 1.800 mujeres por esta enfermedad.

En la Provincia de Santa Fe ocupa el tercer lugar como causa de muerte en mujeres, con una tasa de 5.56 por cien mil mujeres para el año 2017.

Tendencias en la mortalidad por cáncer cervicouterino en Santa Fe y Argentina, 2008-2017. Tasas ajustadas por edad por 100.000 habitantes.

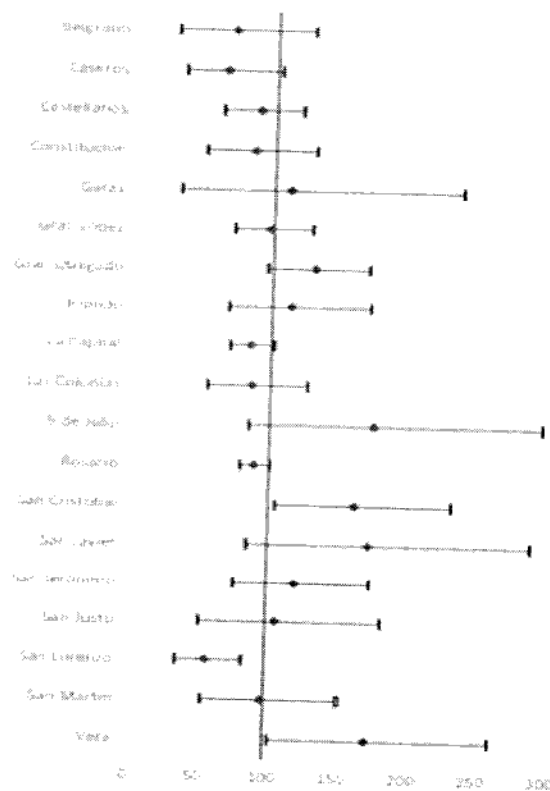


El CCU es considerado una enfermedad prevenible y presenta una tasa con leve tendencia al descenso en la provincia y el país.

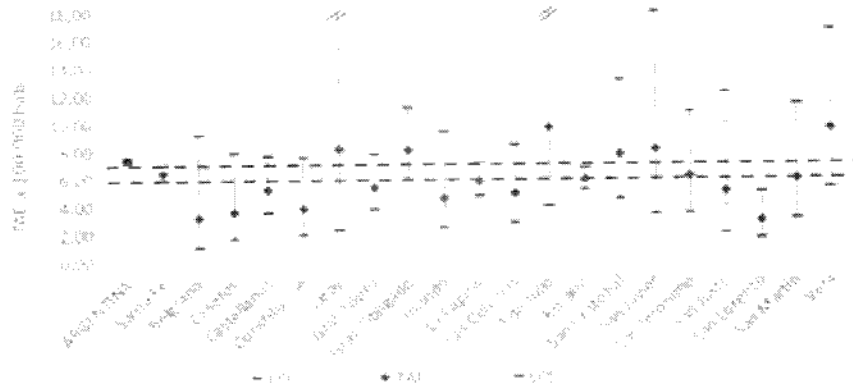
- Varios factores inciden en el impacto sanitario del screening de cérvix por citología:
- La citología PAP es un método operador dependiente
- Las poblaciones que acceden al test suelen ser las de menor exposición al virus del Papiloma humano

- Para completar el proceso de curación del caso presunto detectado deben completarse una cascada de eventos, todos posibles puntos de pérdida de adherencia y demoras.
- Es probable que la vacunación anti HPV y la identificación del genoma viral pueda reemplazar el examen citológico eliminando su necesidad.

Según estadísticas provinciales, en el caso de CCU para el año 2017, la mortalidad registra una tasa ajustada por edad de 5.56 por cien mil mujeres, y razones estandarizadas de mortalidad por cien mil mujeres, estos datos muestran una heterogeneidad vinculada a factores muy importantes de inequidad, tales como acceso, necesidades básicas insatisfechas (NBI), resultando en que las poblaciones más vulnerables son las que, como contrapartida, tienen las mayores razones o tasas.



Mortalidad por cáncer cervicouterino (CCU) según departamentos. Razón estandarizada de mortalidad por edad por 100.000 habitantes y con sus respectivos intervalos de 95% de confianza. Santa Fe, 2013-2017



Mortalidad por cáncer cervicouterino (CCU) según departamentos. Razón estandarizada de mortalidad por edad por 100.000 habitantes y con sus respectivos intervalos de 95% de confianza. Santa Fe, 2013-2017

Anualmente los laboratorios centralizados de Papanicolaou Santa Fe, Rosario y Venado Tuerto procesan los estudios de las poblaciones objetivo por departamento.

Los test de VPH presentan una mayor sensibilidad que la citología para la detección de lesiones y cáncer (90% para CIN 2 +), permitiendo considerar a la citología como método de "triage", dada su elevada especificidad. La autotoma de Test de VPH, de menor rendimiento que la toma dirigida, podría aumentar exponencialmente la cobertura de mujeres en edad objetivo de poblaciones seleccionadas, modalidad que se ha implementado con éxito en el departamento 9 de Julio.

La política sanitaria en cáncer de cuello uterino representa un desafío que no puede ser atribuido exclusivamente a las dificultades en la implementación del tamizaje cervical. El tamizaje como primer intervención en población objetivo, es el primer eslabón que debe inequívocamente estar secundado por el acceso al diagnóstico histológico bajo guía colposcópica y el tratamiento adecuado y oportuno. Garantizar el 100% del tratamiento de las mujeres portadoras de lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino define el éxito o fracaso del cribado. En este aspecto, nuestras dificultades radican en la deserción de la búsqueda de informes, la imposibilidad de garantizar en un 100% del seguimiento de las mujeres con Papanicolaou o Test VPH anormal y las inasistencias al segundo nivel de salud para su diagnóstico y tratamiento. Enfatizar en este punto, concientizando a los diferentes agentes en centros de atención primaria sobre la importancia de la detección de las pacientes de riesgo, dialogando con los actores del segundo nivel sobre la necesidad de mantener un fluido vínculo mediante la contrarreferencia, comunicación telefónica, correos electrónicos y abrir la posibilidad sistemas de mensajes telefónicos gratuitos ampliamente difundido en la actualidad para disminuir la pérdida de pacientes en el seguimiento.

## Objetivo 5 - Consolidar y mejorar la detección temprana del cáncer de colon

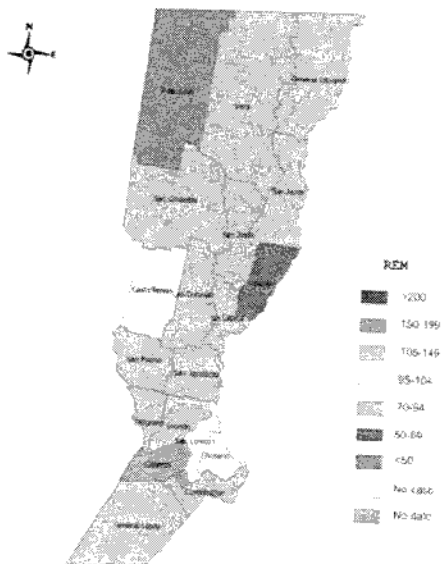
"El cáncer colorrectal (CCR) es el segundo cáncer más frecuente en nuestro país, representa el 11,8% del total de casos en ambos sexos, detrás del cáncer de mama (16,8%) y antes del de próstata (9,7%). Según estimaciones de la IARC, en Argentina se produjeron 13.558 nuevos casos en 2012, de los cuales 7.237 fueron hombres y 6.321 mujeres, con una tasa ajustada de 29,9 x 100.000 habitantes (hombres) y de 19 x 100.000 habitantes

(mujeres). Según sexo, el CCR es el tercero en incidencia tanto en hombres [...] como en mujeres...”<sup>1</sup>

La provincia de Santa Fe una de las 5 con tasas más altas de mortalidad por CCR en la nación. La razón estandarizada de mortalidad (REM) provincial es, en varones 117,6 y mujeres 115,6, superando la media nacional de 100; en Santa Fe, para varones, 14 de 19 departamentos presentan una REM que supera la media nacional, superando la media provincial los departamentos de Caseros y Villa Constitución; mientras que en mujeres, 13 de 19 departamentos superan la media nacional, siendo Caseros e Iriondo los departamentos cuyas REM superan el valor provincial<sup>2</sup>.

Gráfico 5. Mortalidad por cáncer de Colon-Recto-Ano en varones. Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) por departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

Tabla 10. Mortalidad por cáncer de Colon-Recto-Ano en varones. Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) por departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

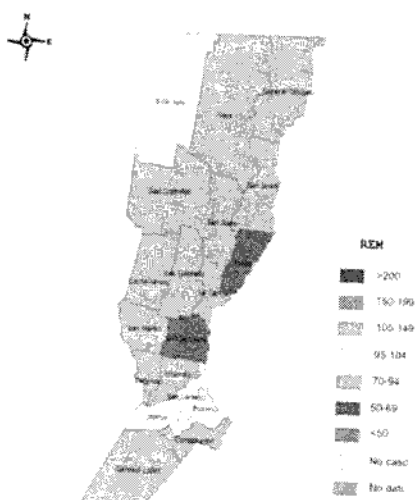


Departamento	REM	IC (95,0%)
Belgrano	112,64	71,38 169,03
9 de Julio	25,50	2,86 92,06
Caseros	160,46	124,35 203,78
Castellanos	103,12	80,07 130,73
Constitución	134,58	100,80 176,03
Garay	57,94	15,59 148,34
General López	87,11	68,74 108,87
General Obligado	89,39	65,90 118,52
Iriondo	113,28	80,16 155,49
La Capital	94,28	80,40 109,86
Las Colonias	114,65	83,62 153,41
Rosario	96,45	87,76 105,76
San Cristóbal	84,99	53,25 128,69
San Javier	107,09	51,27 196,95
San Jerónimo	111,56	78,54 153,78
San Justo	120,33	71,28 190,18
San Lorenzo	98,06	74,46 126,77
San Martín	77,75	49,27 116,67
Vera	118,10	71,07 184,43

Atlas de Mortalidad por cáncer, Provincia de Santa Fe, Años 2013-2015, Dirección Provincial de Información para la Gestión, Ministerio de Salud, 2017

Gráfico 6. Mortalidad por cáncer de Colon-Recto-Ano en mujeres. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

Tabla 11. Mortalidad por cáncer de Colon-Recto-Ano en mujeres. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015



Departamento	REM	IC (95,0%)
Belgrano	87,54	47,82 146,89
9 de Julio	98,07	35,81 213,46
Caseros	104,45	73,91 143,37
Castellanos	107,95	83,13 137,85
Constitución	127,34	91,37 172,75
Garay	51,80	12,42 180,56
General López	110,90	88,20 137,66
General Obligado	113,41	82,72 151,76
Iriondo	111,42	75,16 159,06
La Capital	86,20	72,56 101,66
Las Colonias	88,63	61,37 123,86
Rosario	100,86	91,55 110,86
San Cristóbal	77,79	45,29 124,55
San Javier	125,76	57,39 238,75
San Jerónimo	59,00	34,35 94,48
San Justo	116,61	66,61 189,38
San Lorenzo	103,30	76,91 135,83
San Martín	120,67	81,97 171,28
Vera	110,93	59,01 189,70

Atlas de Mortalidad por cáncer, Provincia de Santa Fe, Años 2013-2015, Dirección Provincial de Información para la Gestión, Ministerio de Salud, 2017



La edad promedio de diagnóstico de cáncer de colon es de 65 años, motivo por el cual se inicia el tamizaje anual poblacional desde los 50 años, dado que la lesión precursora del CCR presenta en su gran mayoría una evolución de entre 10 a 15 años. Si bien, la sensibilidad y especificidad de la videocolonoscopia es lo indicado para detección de lesiones colónicas, en un tamizaje poblacional está demostrada la costo efectividad del uso del Test Inmunoquímico de Sangre Oculta en Materia Fecal (TSOMF)<sup>4</sup>, método que sólo reacciona a hemoglobina humana por lo que no requiere dietas previas, sólo detecta sangrados de lesiones distales y es menos invasivo de la intimidad de las personas. Por lo expresado es recomendable vs test guayaco.

El área de Cáncer Colorrectal tiene como objetivo incorporar en el sistema de salud la detección temprana del cáncer colorrectal, con la indicación del TSOMF como control de salud del adulto, en la población con riesgo promedio; y, detectar en los centros de atención primaria las personas y familias con un riesgo elevado de CCR, sensibilizar a la población acerca del cáncer colorrectal, colaborar con la accesibilidad de la misma a los centros de salud, profesionales y estudios necesarios para prevenirlo, o detectarlo a tiempo y curarlo. A estos efectos se viene desarrollando, desde el 2015, trabajo en conjunto con el Instituto Nacional del Cáncer de la Argentina, en formación de recursos humanos y provisión de tecnología de diagnóstico.

Configuración básica del dispositivo, cuyo plan de captación oportuna contempla un circuito compuesto de 3 niveles:

- 1- centros de atención primaria, por medio de los referentes de cada uno, que captan oportunamente población y priorizan, detectando riesgo moderado o elevado, según sintomatología, antecedentes, etc, e indican TSOMFi o derivan a siguiente nivel, según corresponda. Todo el equipo de salud del efector será capacitado en pautas de screening, cubriendo así toda persona que acude por cualquier motivo y se encuentra en edad objetivo.
- 2- Los métodos de estudio y tratamientos, es decir, videocolonoscopías según indicación del nivel anterior y tratamiento integral, se derivan a los hospitales centrales, en la actualidad: San Carlos de Casilda, Provincial de Rosario, Provincial del Centenario de Rosario y Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria, CEMAFE en Santa Fe.
- 3- Análisis de los datos recabados de los niveles anteriores, y carga de los mismos en sistemas de tamizaje en la Agencia de Control del Cáncer.

En la actualidad los servicios de endoscopia de efectores del tercer nivel de salud atienden población derivada de consulta, (personas sintomáticas, con antecedentes o dentro de la edad objetivo), es decir, todos los casos solicitan turno para videocolonoscopia (VCC). De alrededor de 80.000 personas en edad objetivo, en tres años, se tomaron 1020 muestras, (1,25%), de las cuales, 364 han dado positivo (35,7%), derivando en pedido de VCC.

Dados los datos de incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal en la provincia, es menester detectar, educar y concientizar a la población con riesgo aumentado acerca del cáncer colorrectal, asegurar la accesibilidad de la misma al TSOMF, a los profesionales y estudios necesarios para prevenirlo, o detectarlo a tiempo y curarlo tanto a nivel de salud pública como privada. En pos de lograr una cobertura de la población objetivo (personas entre 50 y 75 años) de 651.094 personas; de las cuales 195.328 aproximadamente no tienen cobertura social (un 30%), se estima prioritario establecer convenios con obras sociales para que las mismas implementen un plan sistemático de tamizaje en su población adscripta.

A fin de efectivizar la utilización de los recursos disponibles, y dada su costo-efectividad, se propone la implementación del Test de sangre oculta en materia fecal. **Cabe**



LA SALUD  
CON TODOS



destacar que la captación en estadios tempranos de las lesiones permite su resección, incluso mediante la propia colonoscopia, lo que resulta de interés costo-beneficio en relación a la cirugía o tratamientos de quimioterapia de casos avanzados, se estima que el tratamiento de una persona detectada y tratada a tiempo, es decir, TSOMF+VCC con polipectomía y biopsia, genera un costo de 4,6%, en relación al costo mensual que requiere sólo en medicación un paciente avanzado.

## Línea 4.- Asistencia al Adulto

La frecuencia las enfermedades genéricamente llamadas cáncer y el modo en que atraviesan la vida del sujeto y su familia impone la existencia de un sistema sanitario que asegure accesibilidad y equidad al momento del diagnóstico y tratamiento.

En la extensión de 13.000 km<sup>2</sup> de la provincia la distribución de los recursos de salud en cáncer no es homogénea, la mayor parte de los equipos están alojados en las dos grandes concentraciones urbanas.

Es un objetivo primordial de la Agencia de Control de Cáncer de la provincia la construcción de una **red de salud en cáncer a complejidad creciente:**

- \* los equipos de salud territoriales presten la adecuada atención en tamizaje, diagnóstico temprano y medicina paliativa;
- \* en las unidades de complejidad intermedia se alojen la mayoría de los pacientes oncológicos y es el ámbito de intervención de las áreas quirúrgicas, diagnósticas y terapéuticas específicas del cáncer, ambulatorias y semi ambulatorias. Es el nivel articulador entre los equipos de atención primaria y las áreas de alta complejidad.
- \* en las unidades de alta complejidad se realicen aquellas prácticas de máxima expertise tecnológica y humana en diagnóstico y estadificación, tratamientos quirúrgicos y , farmacológicos complejos, y terapia radiante.

Las unidades de diversa complejidad se enlazan entre sí y se relacionan de forma dinámica, de modo tal que la red crece en su conjunto intercambiando conocimientos y experticias, centralizando solamente aquellas prácticas donde la centralización de la experiencia condicione la sobrevida.

Es axiomático en la Agencia la organización de la atención del adulto con cáncer con innegociables condiciones:

- preservar al máximo la condición AMBULATORIA del paciente, con lo cual se preserva su calidad de vida y autonomía.
- acercar la asistencia en el TERRITORIO donde el sujeto vive, con lo cual se mejora el acceso y se reduce la pérdida de seguimiento.
- privilegiar la asistencia en cuidados paliativos en todos los equipos de atención primaria, así como el diagnóstico temprano como la mejor maniobra para reducir la mortalidad por cáncer en la provincia y preservar la calidad de vida.
- estos enunciados básicos atravesados íntegramente por la HUMANIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS, donde el sujeto enfermo y su familia se alojan en la red sanitaria con mirada social, cultural, histórica, subjetiva y biológica.

Objetivos	Metas
6.- Fortalecer la red de atención por niveles de complejidad para tumores sólidos	Unidades de baja y mediana complejidad territoriales adscritas a unidades de alta complejidad  Unidades funcionales para patologías de muy alta complejidad o alta experticia implementadas  Unidades asistenciales categorizadas por experticia
7. Fortalecer el trabajo de la red de cirugía oncológica	Red provincial de Cirugía de alta experticia y complejidad por tumor armada.  Acuerdos con instituciones científicas y organizaciones para definir criterios de calidad en procedimientos quirúrgicos
8. Fortalecer el trabajo de la red de atención en onco-hematología por niveles de complejidad	Redes de onco-hematología consolidada Acuerdos institucionales con CUDAI0
9.- Instituir la sospecha diagnóstica de tumores heredofamiliares en la atención de los equipos de salud	Información centralizada de casos heredo-familiar y seguimiento longitudinal  Asesores genéticos integrados matricialmente a los equipos interdisciplinarios  Sospecha, detección, prevención diferencial y seguimiento adecuado instaladas en los equipos  Construcción de guías provinciales de asesoramiento genético
10. Incluir Las medicinas integrativas en el abordaje de pacientes con cáncer	Dos equipos matriciales de Medicinas integrativas (Norte y sur de la Provincia) creados

**Objetivo 6.- Fortalecer la red de atención por niveles de complejidad para tumores sólidos**

Una Unidad Funcional de Oncología es el resultado de aplicar un modelo de atención basado en equipos interdisciplinarios de salud que participan en un mismo proceso clínico en un espacio de

trabajo y de toma de decisiones en común, con el propósito de conseguir una mejor atención al paciente<sup>17</sup>. Los integrantes del equipo interdisciplinar, construyen un proyecto terapéutico a partir de cada núcleo de saber desde el momento del diagnóstico(...)<sup>18</sup>.

Estas unidades se agrupan según los procesos asistenciales con características semejantes en cuanto al tipo de patologías tratadas, su forma de presentación, su gestión clínica y los recursos que su atención requiere. La atención interdisciplinar del cáncer en la provincia se expresa en los comités de tumores y en las unidades asistenciales por niveles de complejidad.

### **Niveles de complejidad para tumores**

Este modelo responde al modelo de red del sistema sanitario provincial. Con el epicentro en el interés de los usuarios y en la territorialización de las prácticas

**Unidades a complejidad creciente:** desde hace 5 años, se viene implementado unidades de baja, mediana y alta complejidad en la atención del cáncer en toda la provincia:

Las **unidades de baja complejidad** son el cimiento del sistema, el soporte fundacional que verdaderamente puede mover el vector hacia la reducción de la mortalidad por cáncer. Es en ellas donde un equipo de salud indica las medidas de detección temprana (vacunación hpv, pap, senografía, sangre oculta materia fecal), indica estudios de diagnóstico en casos de presunción de tumores y asiste clínicamente los pacientes en el tratamiento de los síntomas del cáncer (tratamiento del dolor y control de síntomas). Es responsabilidad de estos equipos de baja complejidad alcanzar toda la comunidad, detectar la población de riesgo e implementar los métodos de diagnóstico temprano, prevención y tratamiento paliativo fortaleciendo el uso de opioides y fármacos para tratamientos de los síntomas-; así como comunicarse con los referentes territoriales para asegurar la continuidad del proceso en otros niveles de complejidad cuando fuere necesario.

Las **unidades de complejidad intermedia** constan de consultorio de especialistas en oncología y medicina paliativa, cirugía general y hospital de día de quimioterapia ambulatoria. Deben estar ubicadas de modo tal que sean accesibles por los corredores de transporte a un territorio de su referencia, alojar todos los casos tratables cerca de su domicilio y referenciar los casos de mayor complejidad a las unidades complejas.

<sup>17</sup> <http://www.santpau.cat/es/web/public/unitats-funcionals>

<sup>18</sup> Unidades asistenciales del área del cáncer Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y COHESIÓN. ESPAÑA (2013)  
[https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer\\_EyR.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer_EyR.pdf)

Las **unidades de alta complejidad en oncología** constan de especialistas en oncología clínica, oncología radiante, medicina paliativa, cirugía oncológica, hospital de día para quimioterapia ambulatoria, bombas de infusión ambulatoria para quimioterapia prolongada y recursos de internación para complicaciones y eventos quirúrgicos. Deben referenciar los pacientes en seguimiento o que puedan continuar su tratamiento en forma ambulatoria a las unidades de menor complejidad cerca del domicilio del paciente. Estas unidades se vinculan y están alojadas en los mismos hospitales polivalentes donde se encuentran las unidades funcionales quirúrgicas de alta complejidad.

### **Objetivo 7: Fortalecer la red de cirugía oncológica**

Es imperativo definir indicadores de calidad quirúrgica integral, que incluyan la evaluación de la experticia de sus actores directos dentro del quirófano- cirujanos, enfermeros, instrumentadores, anestesistas- así como las condiciones de recuperación de los pacientes postoperados en unidades especializadas de tratamiento intensivo, las disciplinas de apoyo nutricional, rehabilitación respiratoria y deglutoria, fisioterapia y kinesiología, el soporte clínico y psicológico de los pacientes en sus diversos momentos quirúrgicos, la tecnología y experticia de diagnóstico por imágenes y el manejo de las nuevas tecnologías microinvasivas y laparoscópicas. Indicadores que evalúen la totalidad e interacción de todos estos componentes de modo tal que permita construir niveles de complejidad en recursos quirúrgicos oncológicos; con la lógica de alojar la patología de alta complejidad en los centros más expertos alojados en los efectores en los diferentes niveles de salud (desde condiciones edilicias a la existencia de profesionales con experiencia).

Por ejemplo, a partir de numerosos estudios como el de Tebé C.<sup>19</sup> y otros, ha demostrado que, en cirugía oncológica, la relación entre volumen y resultados muestra una correlación positiva. Es decir que a mayor volumen de intervenciones, los resultados son mejores en términos de morbilidad y mortalidad.<sup>20</sup>

### **Objetivo 8. Fortalecer el trabajo de la red de atención en onco-hematología por niveles de complejidad**

Se plantea el fortalecimiento de la red a complejidad creciente de atención en oncohematología, con ámbitos para pacientes ambulatorios, para pacientes internados con adecuado soporte para inmunocomprometidos prolongados, y la alta complejidad en unidades de trasplante.

A diferencia de la red de atención de tumores sólidos, la mayoría de los pacientes con patologías oncohematológicas se alojan en unidades de alta complejidad.

Dada la alta frecuencia de la utilización de esta práctica en la oncohematología debemos articular los procesos en los cuales los diversos sectores del estado intervienen en el proceso de atención y seguimiento de los pacientes.

### **Objetivo 9: Instituir la sospecha diagnóstica de tumores hereditarios en la atención de los equipos de salud**

La población con tumores hereditarios y familiares son un desafío en la atención oncológica. Si bien la incidencia de estas enfermedades es del 5 al 10% (para los hereditarios) y del 20 al 25%

<sup>19</sup> Tebé C, Pla R, Espinàs JA, Corral J, Borràs JM, Pons JMV, Espallargues M. Hacia la concentración de la cirugía oncológica digestiva: cambios en la actividad, las técnicas y los resultados. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2015 (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)

<sup>20</sup> Lieberman MD, Kilburn H, Lindsey M, Brennan MF. Relation of perioperative deaths to hospital volume among patients undergoing pancreatic resection for malignancy. *Ann Surg.* 1995 Nov;222(5):638-45.

(para los familiares), la probabilidad de que esta población desarrolle cáncer es de 75 a 100% (la Poliposis Adenomatosa Familiar, PAF, es un ejemplo de este extremo del rango). Esto implica la necesidad de abordar y organizar la detección y seguimiento de este grupo poblacional. El asesoramiento genético en Oncología es la herramienta por excelencia para realizar el cribado y definir manejo y seguimiento apropiados.

Debido a esta susceptibilidad genética, el cáncer puede tener un origen familiar o hereditario, con características clínicas y patológicas propias que lo diferencian claramente de los tumores esporádicos habituales y justifican su abordaje como entidad separada de las estrategias de control aplicadas a la población general. Es fundamental, entonces, identificar correctamente a esta población, ya que existe evidencia de la necesidad de estrategias diferenciales de prevención y tratamiento en estos grupos, optimizando y adecuando los recursos sanitarios. Es decir, sistematizar las acciones preventivas y de seguimiento y control correspondientes a cada síndrome hereditario o familiar.

Dado que en nuestro país no existen normativas oficiales que determinen los contenidos mínimos de un informe molecular diagnóstico hereditario, en el año 2017 la Agencia Provincial de Control del Cáncer participó en la elaboración del documento de consenso organizado por el Instituto Nacional del Cáncer (INC), junto a la red de laboratorios y la Red Argentina de Cáncer Familiar (RACAF) con el fin de unificar criterios para la confección de un "modelo de informe consensuado"<sup>21</sup>

El ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe cuenta con guías provinciales en sintonía con las nacionales, ajustadas a nuestra población.

Los profesionales del área Asesoramiento Genético Oncológico (AGO), juegan un rol matricial, acompañando al equipo responsable del primer y segundo nivel para efectivizar el seguimiento clínico y las acciones de prevención adecuadas a cada paciente o grupo familiar. Este proceso juega un rol fundamental en la adherencia y contención de los pacientes en esta nueva etapa.

Los consultorios de profesionales en asesoría genética están disponibles en 3 instituciones de salud pública de tercer nivel de la provincia. En la actualidad se cuenta con tres consultorios de AGO, dos que dan respuesta al centro norte, y se localizan en las ciudades de Reconquista y Santa Fe y uno que da respuesta al centro sur, ubicado en la ciudad de Rosario. Están a cargo de profesionales capacitados en estas evaluaciones específicas y con un recorrido en el abordaje y seguimiento de estos casos.

## **Objetivo 10 Incluir las medicinas integrativas en el abordaje de pacientes con cáncer**

La integración entre las terapias y medicinas Tradicionales, Naturales, Alternativas, Integrativas y/o Bioenergéticas en el ámbito de las políticas públicas de Salud han alcanzado un desarrollo mundial, en el marco de salud integral y considerando al ser humano como una unidad esencial constituida por cuerpo, mente y energía.

La medicina tradicional y natural se sostienen en saberes ancestrales. Un cuerpo de conocimientos que actualmente sigue vigente en culturas y regiones de nuestro país y de nuestra provincia; que ha demostrado ser eficiente y que la medicina occidental ha ignorado hasta la fecha.

Desde hace más de una década los organismos internacionales como la OMS instan a los estados miembros que incluyan este tipo de terapias.

La Organización Panamericana de la Salud reafirmó la importancia de incluir los servicios de

<sup>21</sup> <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001143cnt-20180409-consenso-informes-estudios-moleculares-cancer-hereditario.pdf>

la medicina tradicional y complementaria a los sistemas nacionales de salud en la región de las Américas (Washington DC, 8 de mayo de 2018 -OPS).

En América Latina la Medicina Tradicional Indígena se desarrolló durante siglos y en algunas regiones su práctica persiste por fuera del sistema de salud.

A nivel nacional existe un marco jurídico que regula estas prácticas<sup>22</sup>

En la provincia de Santa Fe existen experiencias como en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario forma profesionales en medicina tradicionales a través de módulos en la carrera de especialización de Medicina General o el posgrado de medicina China único dado en una universidad.

La Comisión de Especialidades Médicas del Colegio de Médicos de la provincia de Santa Fé ha reconocido que existe aceptación científica internacional en cuanto al reconocimiento de algunas prácticas de la medicina tradicional, que debe ser realizada por el profesional médico con los debidos antecedentes en la materia que conforman su idoneidad.

La Municipalidad de Rosario crea mediante ordenanza 8155/07 el Comité Asesor y Consultivo de medicinas Tradicionales y Naturales dependiente de la Secretaría de salud Pública, y la secretaría de salud pública cuenta con el Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.

La agencia control cáncer propone incluir las medicinas tradicionales como parte de la gestión integral del paciente con cáncer y su familia, a través de dos equipos matriciales con función en asesoramiento de los diversos niveles de la red. De este modo estos saberes instituidos en la comunidad son visibilizados y legitimados en el marco intercultural propio de nuestra sociedad.

<sup>22</sup> Decreto del Poder Ejecutivo Nº 3472 del año 1948. Ley 17565 (1967) y su Decreto Reglamentario 7123 (1968). Ley 17565 (1967) y su Decreto Reglamentario 7123 (1968). Resolución 670/71 de la ex secretaria de Estado de Salud Pública de la Nación. Resolución 192/98 de la Secretaría de Política y Regulación de Salud de la Nación. Resolución 55/92 y Disposición 1176/93 de la Secretaría de Salud de la Nación. Decreto del Poder Ejecutivo Nº 3472 del año 1948. Ley 17565 (1967) y su Decreto Reglamentario 7123 (1968). Resolución 670/71 de la ex secretaria de Estado de Salud Pública de la Nación. Resolución Nº 1817/2013 - DROGAS VEGETALES, LOS PREPARADOS DE DROGAS VEGETALES, LOS MEDICAMENTOS HERBARIOS Disposición Nº 2819/2004 - ANEXO VIII de la ANMAT. Disposición 2673/99 AGREGADO XI. Disposición 1788/00 de la ANMAT. Resolución 192/98 de la Secretaría de Política y Regulación de Salud de la Nación. Resolución 55/92 y Disposición 1176/93 de la Secretaría de Salud de la Nación. Ley Nº 23.302/85 sobre Política Indígena y apoyo a las Comunidades Aborígenes



## Línea 5.- Asistencia al niño y al adolescente

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad entre niños y adolescentes en todo el mundo. Es la primer causa de muerte por enfermedad en el grupo entre los 5 – 15 años, precedida sólo por accidentes<sup>23</sup>. La sobrevivencia de estos niños está estrechamente relacionada con el desarrollo económico de los países, siendo la tasa de curación alrededor del 80 % en aquellos países con mayor desarrollo. Cae sensiblemente en países de ingresos medianos y bajos debido a la dificultad de realizar un diagnóstico temprano, inaccesibilidad o abandono de los tratamientos, muerte por toxicidad (efectos secundarios) o recidivas.<sup>24</sup>

Dado que no existe un procedimiento de tamizaje para esta población la mejor estrategia de abordaje del problema sanitario es la sospecha temprana de los equipos de pediatría clínica sorteando la dificultad subjetiva de pensar un niño con cáncer.

### Epidemiología

El Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA)<sup>25</sup> funciona bajo la órbita del Instituto Nacional del Cáncer, dependiente de la Secretaría de Salud de la Nación. data del año 2000, desarrollando un modelo único de registro de cáncer infantil en el país, siguiendo lineamientos internacionales (OMS/IARC).

El relevamiento epidemiológico en **Argentina** publicado por el INC, nos posiciona una incidencia similar a la media de los países desarrollados:

- Estándar universal 130-140 casos por año por 1.000.000 niños menores de 15 por año
- En Argentina la población de niños menores de 15 años es de 10.224.978 con un registro de 1.412 casos por año
- El total de casos registrados para el periodo 2000-2016 fue de 21.912 casos, siendo que el ROHA<sup>26</sup> registra una cobertura nacional de aproximadamente 90 % de los casos esperados.<sup>27</sup>
- La tasa de mortalidad es de 38/ millón menores de 15 años (2008), siendo el promedio anual de 1.289 casos con una Tasa Ajustada de 129/millón. Los tumores más frecuentes como Leucemia son de 474 casos con una Tasa Ajustada de 48/millón y Tumores del SNC es de 245 casos con una Tasa Ajustada de 24/millón

El 73% de la población de pacientes del país se encuentra distribuido en 4 provincias. Existe una gran heterogeneidad dada por las singularidades geográficas, sociales, culturales étnicas y económicas, lo que impone al sistema de salud desafíos importantes en relación al cuidado del niño con cáncer

La sobrevivencia del cáncer infantil ha aumentado notablemente en los últimos años. Entre 2000 y 2004 la sobrevivencia promedio a 3 años en niños de 0 a 15 años de edad era del 63,1%, mientras que entre 2010 y 2014 aumentó al 72,4%, lo que implica una mejora del 14,7 por ciento.

<sup>23</sup>[https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/CONARPE/Martes%2026-9/dra\\_Moreno\\_epidemiologia.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/CONARPE/Martes%2026-9/dra_Moreno_epidemiologia.pdf)

<sup>24</sup> Gupta S, Howard SC, Hunger SP, et al. Treating Childhood Cancer in Low- and Middle-Income Countries. In: Disease Control Priorities, volume 3.

<sup>25</sup>[https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/CONARPE/Martes%2026-9/dra\\_Moreno\\_epidemiologia.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/CONARPE/Martes%2026-9/dra_Moreno_epidemiologia.pdf)

<sup>26</sup> ROHA, es el registro oncopediátrico hospitalaria argentino. <https://www.argentina.gob.ar/salud/inc>

<sup>27</sup> ROHA 5ª EDICIÓN. INCIDENCIA 2000 - 2013, SUPERVIVENCIA 200 - 2009, TENDENCIA DE INCIDENCIA 200 -2003. Autor. Florencia Moreno- 2015

La provincia de **Santa Fe** se encuentra en consonancia con el resto del país. Entre los años 2000 y 2013 un total de 1469 casos de niños con cáncer menores de 15 años por millón, con un promedio de 105 casos nuevos al año.

La incidencia en menores 15 años en el mismo periodo de los tres tumores más frecuentes es para leucemia, 554 casos por millón, tumores del sistema nervioso central: 288 casos por millón y linfomas 173 por millón.

La Cobertura estimada del registro epidemiológico en Santa Fe es de Santa Fe es del 96% y las instituciones que registran son Hosp de Niños V.J. Vilela de la ciudad de Rosario; Hosp de Niños Dr. Orlando Alassia, Hospital J. B. Iturraspe Hosp Provincial del Centenario, Hospital Provincial de Rosario, Sanatorio de Niños Rosario, Instituto de Hematología y Oncología del Rosario y RESCAFE (Registro de Tumores de Santa FE)

Santa Fe tiene la particularidad, a diferencia del resto de las provincias, que el 79<sup>28</sup> por ciento de los casos de cáncer pediátrico se tratan en el mismo territorio provincial, facilitando a las familias una atención cercana y de calidad en los efectores de salud que cuentan con servicio de oncología pediátrica.

Objetivo	Meta
11. Organizar la red de atención pediátrica según niveles de complejidad	Red provincial de atención pediátrica a complejidad creciente  Sospecha clínica y diagnóstico temprano agendado en toda la red de atención
12. Determinar las necesidades de atención y abordaje de patologías oncológicas en adolescentes	Un equipo matricial interdisciplinario de atención oncológica del adolescente

### Objetivo 11: Organizar la red de atención pediátrica según niveles de complejidad.

Al igual que lo planteado en la atención en adulto la asistencia por niveles de complejidad creciente trabajando en red permite responder a las necesidades específicas de cada niño y su familia durante todo el proceso.

En todas las consultas de niños al sistema de salud, ya sea para el seguimiento de niño sano, control de crecimiento, consulta externa o de urgencia por cualquier causa, sea que se realice en el primer, segundo o tercer nivel de atención; los equipos deben pensar en el cáncer pediátrico como opción diagnóstica. La sospecha temprana es el principal factor de pronóstico y chance de cura.

El equipo de atención primaria debe estar entrenado en la sospecha de signos y síntomas que requieran mayor estudio. **Ante la sospecha el paciente deberá ser discutido en un comité interinstitucional e interdisciplinario para categorizar su riesgo y así alojarlo en la institución que presente las características adecuadas para su abordaje**, manteniendo plena comunicación con el equipo de salud de los niveles más bajos de complejidad de la red.

<sup>28</sup> ROHA

El servicio de referencia del tercer nivel es el que cumple todos los requisitos para el pronto abordaje de la patología de Alto Riesgo desde la instancia diagnóstica hasta la resolución terapéutica. Cada caso debe ser evaluado en el marco interdisciplinario evitando demoras y dar una rápida respuesta a las necesidades médicas subjetivas, sociales y éticas.

Los centros especializados son las Unidades de Oncología Pediátrica que cumplen con las características recomendadas por la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica (SIOP), la Asociación Americana de Pediatría, y el Instituto Nacional del Cáncer. Estas instituciones del tercer nivel cuentan con profesionales con alto expertise para dar atención integral al niño y su familia. Los especialistas para niños incluyen a médicos de atención primaria, hematólogos y oncólogos médicos peditras, especialistas quirúrgicos pediátricos, radioterapeutas, especialistas en rehabilitación, especialistas en enfermería pediátrica, trabajadores sociales y psicólogos.

### **Objetivo 12: determinar las necesidades de atención y abordaje de patologías oncológicas en adolescentes**

Las patologías oncológicas más comunes en esta etapa del desarrollo son particularmente curables. Pero tal motivo no es exclusivamente de abordaje de equipos de salud, sino que estos pacientes necesitan una infraestructura hospitalaria y extrahospitalaria que les permita preservar su calidad de vida afectando lo menos posible a su ritmo escolar y al desarrollo de su personalidad y de sus relaciones sociales, fundamentales en esta etapa del desarrollo del sujeto.

Nos proponemos realizar un diagnóstico de situación y determinar las necesidades de atención de esta población.

## Línea 6.- Cuidados paliativos

Objetivo	Metas
13. Desarrollar y fortalecer la red de cuidados paliativos de adultos y niños	5 equipos nodales funcionales y matriciales de cuidados paliativos en adultos 2 equipos matriciales cuidados paliativos adolescentes y niños Red formalizada de dispositivo para asistencia, hospedaje y acompañamiento de pacientes
14. Impulsar a la accesibilidad a opioides y medicamentos esenciales para la atención paliativa en todos los niveles de la Red.	Accesibilidad a opioides y medicamentos esenciales para la atención paliativa

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, en su reporte del año 1990, define a los cuidados paliativos como «el cuidado total, activo y continuado de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional” el control del dolor, de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial». En el 2004 un nuevo enfoque establece que “mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con Enfermedades Amenazantes para la Vida (EAV), a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales»

Actualmente los cuidados paliativos o de soporte no son sinónimos de cuidado al final de la vida, sino se piensan como el acompañamiento del paciente **a lo largo de la enfermedad oncológica**, incluyendo una mirada integral no solo del paciente, sino también su red de soporte

Para que esto se logre los Cuidados Paliativos deben ser transversales a todo el proceso terapéutico garantizando el tratamiento apropiado oportuno y accesible del dolor y síntomas, reduciendo las hospitalizaciones y protegiendo la calidad de vida ambulatoria del paciente y sus familias.

*“En 2014, en la que fue la primera resolución de ámbito mundial sobre cuidados paliativos (resolución 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud) se instó a la OMS y a sus Estados miembros a mejorar el acceso a los cuidados paliativos como componente central*

de los sistemas de salud, haciendo hincapié en la atención primaria y la atención comunitaria y domiciliaria”. ASAMBLEA MUNDIAL

“Se urge a los Gobiernos a aliviar el sufrimiento y a reconocer los cuidados paliativos como un derecho humano”. CARTA DE PRAGA...

Es primordial garantizar el acceso a medicación opioide. Según la OMS (2011) los principales obstáculos presentados son: desconocimiento por parte de los profesionales de la salud, el desconocimiento a nivel público; la desviación y el tráfico ilícito de sustancias fiscalizadas. Y recomienda eliminar de manera adecuada las barreras que entorpecen su accesibilidad.

En la Provincia la producción está garantizada por medio del Laboratorio Público Provincial (LIF), que además abastece a todo el país a través del Instituto Nacional de Cáncer. Se encuentran disponibles para los tres niveles de salud.

### **Marco regulatorio:**

El acceso a los cuidados paliativos es una obligación legal, declarado como uno de los Derechos Humanos en el 2013, como reconoce la Declaración Universal de los Derechos Humanos o el Comité de Derechos en lo Económico Sociales y Culturales de la Naciones Unidas.

Nuestro país cuenta con marco regulatorio a nivel nacional y provincial:

- Código Civil Y Comercial de la República Argentina. Cap. III. (2015)
- El Ministerio de Salud de la Nación /Servicios de Salud en la Resolución 357/2016 aprueba las nuevas Directrices de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos.
- Plan Médico Obligatorio Emergencia. Resolución 201/02.
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos vigente desde septiembre 2016.
- Ley de estupefaciente 17818
- Ley n° 13166/2010, que dispone la instrumentación de los Cuidados Paliativos para pacientes en el territorio de la provincia de Santa Fe; y su decreto reglamentario N° 2777/2012.

La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población.

### **Categorización por niveles según riesgo del paciente**

Las categorizaciones del riesgo de los pacientes son tomadas de La Norma de organización y funcionamiento de Cuidados Paliativos. MSN, Resol. 643/2000. “En Cuidados Paliativos el nivel de riesgo está basado en el grado de sufrimiento o de deterioro de la calidad de vida en relación a la patología padecida y no a la probabilidad de morir. Se considera la muerte como un evento natural de la vida y esperable dada la evolución de la enfermedad. La complejidad clínica o el nivel de riesgo de un paciente y su familia o entorno afectivo puede cambiar notablemente en los distintos momentos evolutivos de la enfermedad, determinando la necesidad de atenderse en distintos niveles de riesgo. La flexibilidad del sistema debe favorecer la resolución de los problemas, necesidades y la provisión de cuidados adaptados a esos distintos niveles\* “

Los requerimientos de atención por niveles para la población de la provincia.

alta complejidad	<b>Grupo C</b> (5%-10%) Situación complicada Sufrimiento Intenso. Internación cama con profesionales entrenados	<b>Nivel 3.</b> Cuidados Paliativos específicos (equipos funcionales)
complejidad intermedia	<b>Grupo B</b> (25%-30%) Situación compleja Sufrimiento Moderado Consultas-internación general domiciliaria	<b>Nivel 2.</b> Cuidados paliativos generales
baja complejidad	<b>Grupo A</b> (60%-70%) Situación simple. Sufrimiento leve Consultas – respuestas telefónicas	<b>Nivel 1.</b> Orientación paliativa. Equipos básicos. Detección temprana de necesidades paliativas.

**Objetivo 13: Desarrollar y fortalecer la red de cuidados paliativos de adultos y niños**

La implementación de servicios continuos como estrategia de atención para que todas las personas que padezcan una enfermedad oncológica; reciban un cuidado de calidad, adecuado y oportuno desde los estadios tempranos y durante toda la evolución de la misma. Se necesita de una red sólida que dé respuesta al grado de necesidad\*.

La estrategia será implementar equipos matriciales, con base en los nodos, para paliativo en adultos y dos equipos matriciales en pediatría en Rosario y Santa Fe.

Estas acciones permiten prevenir y aliviar el sufrimiento mejorando la calidad de vida mediante la atención especializada, continua e integrada a lo largo de toda la enfermedad. Presentando la atención adecuada según la necesidad del paciente, a lo largo de toda la Red de servicios en forma coordinada (Atención Primaria, Atención Domiciliaria, Hospitales de 2 y 3 Nivel, sistema integrado de traslados, etc.).

**Objetivo 14: Impulsar a la accesibilidad a opioides y medicamentos esenciales para la atención paliativa en todos los niveles de la Red.**

La Provincia produce morfina y metadona por medio del Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF), por lo cual la provisión se encuentra asegurada. La dificultad se encuentra en la accesibilidad.

Para mejorar la accesibilidad a los opioides se necesita cambiar una cultura establecida de reacción negativa hacia los mismos. Esta reacción es multicausal y podemos encontrarnos que va desde el temor por el uso irracional de opioides ya sean temores legales de la prescripción, temor /prejuicio por falta de formación, logística de distribución y sistematización del registro de datos nominalizado.

Las unidades de baja complejidad en cuidados paliativos deberán tener acceso a todos los fármacos necesarios para el control de síntomas.

## Línea 7.- Investigación

Objetivo	Metas
15.- Posicionar a la ACC en su rol rector de la investigación en cáncer de la provincia	<p>Alianzas entre instituciones públicas responsables de investigaciones</p> <p>ACC constituida como órgano consultor en investigaciones en cáncer de la provincia</p>
16.- Incentivar la investigación no clínica (Epidemiológica, básica y traslacional, ciencias humanas, cualitativas, investigación en gestión de salud)	Prioridades establecidas sobre la investigación en cáncer de la provincia
17.- Garantizar la disponibilidad de terapias investigacionales para la población usuaria de la salud pública.	<p>Investigación clínica integrada al proceso de atención en efectores públicos.</p> <p>Dos centros de investigación pública en efectores de muy alta complejidad en la ciudad de Santa Fe y en la ciudad de Rosario</p>

Las enfermedades genéricamente denominadas cáncer provocan profundo impacto individual y familiar, pero también colectivo en términos de morbilidad y mortalidad afectando el estado de salud de las poblaciones y el gasto en salud.

El cáncer tiene un impacto significativo en la salud debido a múltiples variables que se ponen en juego y cobran dimensión a nivel poblacional. Variables tales como: años de vida perdidos causado por muertes prematuras, alteraciones en la economía familiar, costos del sistema de salud, afectación en la calidad de vida del paciente y su entorno.

Uno de los desafíos priorizados en la lucha contra el cáncer es impulsar y/o reforzar la investigación oncológica como factor esencial para frenar la progresión de la enfermedad y optimizar la supervivencia y calidad de vida de las personas afectadas; por ello, se conforma el Consejo de Investigación, por resolución ministerial del 25 de julio del 2018, enmarcado en objetivos de la Agencia de Control del Cáncer Santa Fe, como la "articulación de acciones y coordinación operativa para la prevención, el tratamiento y la investigación de las enfermedades genéricamente denominadas "cáncer", el Consejo de Investigación, será órgano de estudio y gestión de los conocimientos de la Agencia. Está integrado por

representantes 'ad honorem' de instituciones académicas, áreas de investigación y comités de ética tanto de organismos públicos como de entidades del ámbito privado (art 3°, inc d)<sup>29</sup>

Entre sus funciones, cuentan las de: \*completar el registro existente de la información sobre investigaciones que se desarrollan en la provincia de Santa Fe en relación al cáncer, para facilitar la participación de los pacientes en las mismas como una forma de acceso a terapéuticas innovadoras. \*Asesorar a la ACC sobre áreas prioritarias, carencias y desarrollos de planes de investigación. \*Discutir las propuestas sobre investigación realizadas por la comunidad o grupos de investigación. \*Supervisar y sugerir la asignación de recursos a las diferentes líneas de investigación. \*verificar que los proyectos de investigación estén adecuadamente autorizados de acuerdo con la normativa vigente. \*Representar a los profesionales específicamente dedicados a investigación" "Elaborar anualmente la Memoria de la Investigación en la Provincia de Santa Fe. \*Promover y difundir la investigación en la Provincia de Santa Fe. \*Evaluar y opinar sobre metodología y resultados de investigaciones realizadas en relación al cáncer que impacten en distintas áreas...

En 10 reuniones llevadas a cabo, se atendieron presentaciones tales como: Proyecto de diagnóstico por estudio de ADN circulante (biopsia líquida); Proyecto de Telemedicina, Proyecto C/CAN 25, entre otros. Elaboración del Informe: "Glifosato y Cáncer. Posicionamientos, regulaciones y exposición" presentado al Ministerio de Salud en 2018. Se realizaron los primeros encuentros con el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, para establecer líneas de trabajo en conjunto.

**Objetivo 15: Posicionar a la ACC en su rol rector de la investigación en cáncer de la Provincia.**

Para ello, es menester generar alianzas con instituciones públicas responsables de investigaciones; constituir a la ACC como órgano consultor en investigaciones en cáncer dentro del territorio provincial. Algunas líneas de trabajo a futuro son: lograr acuerdo con el Comité de Bioética Provincial responsable de la regulación de las investigaciones biomédicas, generar acuerdo de trabajo y acción con el INC, generar acuerdos con la Dirección de Ciencia y Tecnología de la provincia y cualquier otra área de gobierno que así lo requiera y realizar acuerdos y convenios de trabajo con Universidades.

**Objetivo 16: Incentivar la investigación no clínica (epidemiológica, básica y traslacional, ciencias humanas, cualitativas, investigaciones en gestión de salud)**

Para ello, relevar prioridades establecidas en investigación en cáncer de la Provincia, identificar las investigaciones existentes en cáncer a nivel provincial y participar conjuntamente con el ministerio en la selección de las investigaciones de acuerdo a las prioridades establecidas. Búsqueda de financiamiento para proyectos propios o asesorados, y tutelar las investigaciones epidemiológicas relacionadas al cáncer. En este marco, se está

<sup>29</sup> RM20181622MSAL



desarrollando el estudio cualitativo: Percepción de riesgo de agro-aplicadores. investigaciones epidemiológicas en otras poblaciones.

**Objetivo 17: Garantizar la disponibilidad de terapias investigacionales para la población usuaria de la salud pública:**

Que la investigación clínica esté integrada al proceso de atención en efectores públicos. Conformar dos centros de investigación pública en efectores de muy alta complejidad en la ciudad de Santa Fe y en la ciudad de Rosario y un efector de alta complejidad en Rosario con Investigación clínica. Relevamiento de las estructuras existentes en los hospitales de tercer nivel. Definición del rol de la Investigación clínica en el sistema sanitario público. Regulación del personal que trabaja en protocolos de investigación; definir prioridades en la elección de ensayos clínicos que se abren en instituciones públicas. Fortalecimiento de las alianzas con las instituciones que investiguen sobre el cáncer y generar espacios de trabajo en conjunto.

## Línea 8.- Evaluación de las tecnologías y procesos farmacéuticos

Objetivo	Metas
18. Elaboración de guías y protocolos de buenas prácticas	1. Guías elaboradas con información precisa en cuanto al beneficio científico generado por tecnologías para el abordaje del cáncer: Diagnóstico por imágenes, terapia radiante, estudios genéticos, cirugía oncológica, trasplante de médula ósea y tratamiento farmacológico del cáncer.
19. Evaluación farmacoeconómica de las tecnologías en cáncer	1. Trabajo articulado con instancias nacionales y actores locales en relación a la evaluación farmacoeconómica de nuevas tecnologías
20. Generar evidencia del tratamiento farmacológico en la vida real	1. Registro de Evidencia en la Vida Real implementado y en funcionamiento
21. Instaurar la prescripción on-line de medicamentos oncológicos en toda la provincia	1. La totalidad de los efectores que prescriben utilizando la herramienta online
22. Monitorizar el proceso de atención de los pacientes a través de indicadores de calidad	1. Rol re-definido de las estrategias del dispositivo de navegación de pacientes 2. Sistema de navegación de pacientes ampliado y descentralizado con funcionalidad territorial
23. Generar estrategias y acciones adecuadas para garantizar la equidad en el tratamiento farmacológico	1. Efectores responsabilizados del seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes 2. Dispositivo formalizado de consultas y reclamos sobre medicamentos
24. Asegurar las buenas prácticas en la manipulación de fármacos citostáticos	1. Relevamiento de las condiciones de las campanas de flujo laminar en la provincia 2. Trabajadores de la salud que manipulan fármacos citostáticos en condiciones de seguridad
25. Integración público-privada en los criterios de acceso a tecnologías para el abordaje del cáncer	1. Convenios logrados con obras sociales y prepagas

26. Fortalecer la red de terapia radiante en la provincia	1. Acceso a la terapia radiante garantizada a la población usuaria de la salud pública
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

Las tecnologías son el conjunto de medicamentos, dispositivos, y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria. En los últimos 20 años hemos estado en presencia de veloces cambios en la investigación y el desarrollo de la ciencia donde la tecnologización de procesos de diagnóstico y tratamiento impregnan la práctica y se minimalizan las tecnologías livianas - el rol de los sujetos y sus vinculaciones personales con la comunidad enferma.

En oncología ésta transición fue dramática en parte por un quiebre paradigmático: desde la terapia citocida inespecífica que lesiona células tumorales y células sanas indiscriminadamente, a las terapias target que buscan actuar exclusivamente sobre el tejido enfermo y sus blancos moleculares.

Las nuevas terapias antineoplásicas de alta especificidad son desarrolladas por las empresas farmacéuticas con velocidad creciente y aprobadas por las diversas entidades internacionales y nacionales para su comercialización, a veces en fase precoz de su desarrollo.

El costo de investigación y producción de estas intervenciones terapéuticas son causa de precios inusualmente elevados y la consecutiva crisis en la factibilidad presupuestaria de todos los ámbitos privados y públicos de la salud nacional e internacional; con el consecutivo riesgo de francas inequidades en el acceso.

De lo anterior se desprenden varias necesidades: \* la de re-valorar el estado de madurez de las investigaciones, sus endpoints, la solidez de los criterios de autorización de comercialización, en fin la suma del análisis de evidencia científica de cada terapia; \* la necesidad de analizar si el costo de la tecnología es justificado en términos de los beneficios éticos, biológicos y económicos que genera ; \* la factibilidad de los financiadores - particularmente del estado- en su provisión; y \* finalmente, la necesidad de generar guías de buenas prácticas y protocolos terapéuticos correctos científicamente, apropiados éticamente y posibles.

Así surge la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS), como área de la Agencia de Control de Cáncer dedicada al análisis de la evidencia científica sobre la eficacia, eficiencia y efectividad de las tecnologías utilizadas en salud pública en cáncer. Comprende la evaluación de los medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos o quirúrgicos utilizados en la atención de la salud humana, con la finalidad de proveer insumos que sirvan para orientar la toma de decisiones.

En esta línea se pretende construir estrategias y acciones adecuadas para garantizar la equidad en el tratamiento.

### Sobre la evaluación de las tecnologías

Actualmente en la provincia de Santa Fé está en funcionamiento por decreto N° 4374/17, la Dirección Provincial de Calidad y Evaluación Sanitaria. La misma tiene como Misión "Entender en todo lo concerniente a los parámetros de evaluación de la calidad de servicios, establecimientos y redes de salud, en relación a la medicina basada en la evidencia y la evaluación de tecnologías sanitarias, constituyendo un espacio de consulta y referencia intersectorial para la toma de decisiones sobre el uso racional de la tecnología médica en



toda la Provincia, y promoviendo y desarrollando la estandarización de procesos asistenciales y guías clínicas, a fin de disminuir la variabilidad dentro de la práctica sanitaria”.

Entre sus funciones se encuentran la de conducir procesos de evaluación de tecnologías sanitarias, desarrollar un marco participativo de cooperación e intercambio de información, y generar directrices consensuadas vinculadas a la evaluación de las tecnologías en salud.

A nivel nacional actualmente existe la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC) dependiente de la Secretaría de Salud (ex Ministerio de Salud) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, creada por Resolución N° 623/18, que describe como su competencia la de realizar estudios y evaluaciones de medicamentos, productos médicos e instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, quirúrgicos y de cualquier otra naturaleza destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y/o rehabilitación de la salud, a fin de determinar su uso apropiado, oportunidad y modo de incorporación para su financiamiento y/o cobertura”.

También a nivel nacional y en otro orden de jerarquía se encuentra el proyecto de ley en discusión sobre la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud que tendría como función la realización de estudios y evaluaciones de medicamentos, productos médicos e instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, quirúrgicos y de cualquier otra naturaleza destinados a prevenir, tratar o rehabilitar la salud, a fin de determinar su uso apropiado, oportunidad y modo de incorporación al conjunto de prestaciones cubiertas por el sector público y el Programa Médico Obligatorio (PMO), o los que en el futuro los reemplacen, sin perjuicio de las competencias específicas de la Agencia Nacional De Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Dichos estudios y evaluaciones se realizarán de acuerdo con criterios de calidad, efectividad, eficiencia, equidad y teniendo en cuenta su valoración ética, médica, económica y social”.

Particularmente en referencia a evaluación de tecnologías en cáncer, el Instituto Nacional del Cáncer (INC) ente autárquico dependiente del ministerio de salud y desarrollo social de la Nación, dispone de un área de evaluación de las tecnologías que realiza documentos de evaluaciones técnicas, fundamentalmente medicamentos.

En estos últimos años hemos estado en presencia de un crecimiento exponencial de las tecnologías denominadas de alto impacto económico poniendo en riesgo la capacidad de financiamiento y de acceso. Así, el gasto estimado de tecnologías de alto impacto económico para la provincia de Santa Fe en el año 2019 fue de \$ 421.184.204,00, gasto que se comparte por financiamiento nacional y provincial, y que corresponde al 76% del presupuesto anual total para medicamentos de toda la provincia.

Las tecnologías denominadas como de alto impacto económico tienen una frecuencia de prescripción menor que el resto de las tecnologías pero el impacto en el presupuesto es superior. La evaluación económica de medicamentos se engloba dentro de la disciplina de evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias. Se pretende con esta práctica comparar alternativas de tratamientos en términos de costos y efectos para la salud, detallando su eficacia, efectividad y eficiencia.

Estos tres conceptos tienen diferencias sustanciales. Nos referimos a eficacia cuando hablamos sobre el efecto/beneficio que supone utilizar un medicamento para un determinado problema de salud y esto ocurre generalmente en relación a un ensayo clínico de investigación. La efectividad nos habla sobre los reales efectos en condiciones habituales de uso, el uso fuera de ensayos de investigación. Y la eficiencia se relaciona con los recursos consumidos y el efecto, y consiste en la obtención del máximo beneficio a partir de los recursos disponibles.

## Evidencia en la vida real

Frente a esta problemática han surgido algunas iniciativas novedosas que pretenden fortalecer la evidencia científica de las tecnologías que son desarrolladas en protocolos de investigación. Así, están en auge los estudios observacionales basados en datos reales de la práctica clínica diaria, llamados Estudios de Vida Real o en inglés Real World Data.

### **Objetivo 18: Elaboración de guías y protocolos de buenas prácticas**

Las Guías y protocolos de buenas prácticas son necesarios para definir un referente de calidad en las asistencia del paciente con cáncer, estándar que es el considerado ética, biológica y económicamente correcto por la Agencia, desde la mirada de la salud pública.

En el marco de la garantía de calidad, la gestión en calidad asistencial está directamente relacionada a la práctica y este accionar impacta directamente en los resultados en salud

En la Argentina, los nuevos fármacos ingresan al país por la autorización de la Administración Nacional de Medicamentos y Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), responsable exclusivamente de la comercialización; y cuyo análisis de los trabajos de investigación pivotales determinan indicaciones considerablemente amplias. Estas indicaciones “generales” dan lugar a prescripciones muchas veces no demostradas o aplicadas a pacientes no seleccionados en los estudios de investigación donde se demostró el beneficio.

### Tipos de herramientas para la normalización

Guía de prácticas clínicas (GPC): conjunto de recomendaciones dirigidas a optimizar la atención a los pacientes y que se basan en la revisión sistemática de la evidencia y la valoración de los beneficios y los riesgos de las opciones asistenciales alternativas.

Protocolo de la atención médica: es un documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnicos de la atención-médicos necesarios en una situación específica de salud y pueden formar parte de las Guías de práctica clínica.

En un proceso de construcción por consensos con diferentes actores sociales en el campo, se pretende generar guías de práctica clínica y protocolos específicos relacionados con el tratamiento del cáncer que faciliten la normalización de los procesos, generen calidad prestacional y reduzca las inequidades en acceso-

### **Objetivo 19. Evaluación farmacoeconómica de las tecnologías en cáncer**

El Ministerio de Salud de la Provincia considera que **Medicamentos y bienes de salud tienen un carácter social** y en ese sentido merecen un abordaje especial desde el Estado, en tanto es responsable por la garantía del Derecho a la Salud. Esta responsabilidad se materializa en sus intervenciones sociales y debe desprenderse de la lógica impuesta por el mercado.

Las evaluaciones farmacoeconómica son una política sanitaria que se ha incorporado a la gestión como herramienta para la priorización de nuevos tratamientos. Incluye conceptos

de eficiencia, efectividad y eficacia, entendidos como características básicas para determinar el valor de las tecnologías.

El análisis farmacoeconómico considera no solo el aspecto monetario, sino la evaluación de la evidencia científica más dura, la solidez de los criterios de autorización por el ente regulatorio nacional, variables relacionadas con las mejoras en las condiciones de vida de una población, calidad de esas relaciones sociales, equidad en la distribución de los ingresos, y por sobre todo su impacto en los beneficios éticos, biológicos y económicos.

Realizar análisis farmacoeconómicos nos proporciona información en la toma de decisiones, permite construir presupuestos ajustados a las necesidades sociales, proyectar inversión en salud y negociar precios y financiación.

Estas evaluaciones que podrán ser Parciales o Completas y pueden realizarse en asociación y/o articulación con actores estratégicos locales y nacionales que permita la construcción de masa crítica.

### **Objetivo 20. Generar evidencia del tratamiento farmacológico en la vida real.**

Existe un cambio de paradigma en relación al desarrollo de la ciencia que ha producido un quiebre en la producción de tecnologías, con una tendencia global a generar nuevas y costosos tratamientos para el cáncer. Esta situación ha puesto en tensión sin precedentes a los sistemas de salud.

Estos nuevos tratamientos aprobados por agencias reguladoras tienen poco recorrido en ensayos clínicos protocolizados, aprobándose en muchas ocasiones en fases tempranas de su investigación. Por esta situación las agencias estatales reguladoras de salud, la comunidad científica y los profesionales clínicos alimentan la creciente necesidad de asegurar la seguridad y efectividad de estos nuevos fármacos.

En los últimos años, se ha introducido una nueva valoración: la evaluación de un fármaco se puede mantener incluida su post-comercialización, y por lo tanto recabar información sobre su comportamiento en la vida real. Surge así la Evidencia en la Vida Real definida como toda información sobre la atención de salud que se recoge fuera de las restricciones controladas de los ensayos clínicos aleatorizados convencionales, con el fin de poder evaluar lo que realmente está sucediendo en la práctica clínica normal.

Disponer información de Evidencia en la Vida Real a nivel provincial ofrece información propia para disponer de normativas regulatorias, como así también participar en la toma de decisiones y planificar estrategias terapéuticas más ajustadas.

### **Objetivo 21. Instaurar la prescripción on-line de medicamentos oncológicos en toda la provincia**

La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. La escritura manual de las órdenes de tratamiento, fichas de solicitud y formularios varios puede contribuir a incrementar los errores médicos. Por esto, las recetas informatizadas y la prescripción electrónica de forma online aumentan la seguridad al ser más estructuradas, legibles y contener más información.

Por otro lado, los sistemas informatizados, digitales e integrados permiten obtener un elevado nivel de conocimiento sobre los procesos, estado de situación y resultados, así como el cruce de datos de los diferentes sistemas facilitando la evaluación de cantidades de consumo, la gestión de stock y mejorando los tiempos administrativos.

PREMO (Prescripción de Medicamentos Oncológicos) es el software que permitirá cumplir con este objetivo. Ya está funcionando y con interacción de todos los actores del proceso.

## **Objetivo 22. Monitorizar el proceso de atención de los pacientes a través de indicadores de calidad**

En la actualidad, en los países desarrollados más del 50% de los pacientes con diagnóstico de cáncer pueden sobrevivir diez o más años. Sin embargo, en los países de medianos y bajos recursos se observa una gran variabilidad, incluso en el porcentaje de abandono de tratamientos, dependiendo del tipo de tumor, la accesibilidad a los servicios de salud y la oportunidad de acceder a los tratamientos más efectivos y con menos efectos adversos e incluso de sobrevivir en condiciones que empobrecen su calidad de vida debido a síntomas del propio tumor, depresión, deterioro económico familiar, aparición de comorbilidades, etc

Además de los aspectos biológicos del tumor, los factores modificables como la extensión al diagnóstico y la oportunidad y calidad del tratamiento local y sistémico son determinantes de la mortalidad por cáncer. La evidencia disponible señala que el tiempo transcurrido en y entre cada etapa de la línea de cuidado impacta en los resultados obtenidos. Diferentes barreras de acceso a la atención oportuna en relación al sistema de salud (recursos humanos y físicos) y en relación a los propios pacientes (barreras culturales y socioeconómicas) actúan como determinantes de esta situación.

La navegación de pacientes es una forma de asistencia individualizada ofrecida a los pacientes, sus familias y cuidadores que tiene como objetivo superar las barreras que impone el sistema de salud y facilitar el acceso oportuno al tratamiento de calidad.

Esta estrategia se considera actualmente como un componente de la atención de cáncer de alta calidad, (1) un modelo de coordinación de la atención diseñada para reducir las barreras y lograr resultados positivos en salud.

## **Objetivo 23. Generar estrategias y acciones adecuadas para garantizar la equidad en el tratamiento farmacológico**

El cáncer se ha convertido en una de las principales causas de inequidad en el acceso a la salud. Con el desarrollo de tecnologías costosas, la brecha entre pacientes que acceden y no acceden cada vez es más amplia y esto ocurre no solo entre los diferentes sistemas de salud sino al interior de cada sistema.

Debe ser una prioridad de las políticas en salud, garantizar la accesibilidad de forma equitativa al tratamiento con evidencia científicamente demostrada. Así, todas las estrategias tendientes al seguimiento farmacoterapéutico personalizado a través de los propios efectores donde el paciente es atendido son promovidas y fomentadas desarrollando las posibilidades de acceso y seguimiento.

Los avances tecnológicos han permitido mejorar la comunicación y con ello agilizar los procesos. Se cree prioritario desarrollar un dispositivo que permita alojar las consultas y reclamos de los usuarios del sistema de salud y que este brinde respuestas rápidas y oportunas, sorteando barreras de acceso.

## **Objetivo 24. Asegurar las buenas prácticas en la manipulación de fármacos citostáticos**

La bioseguridad es el conjunto de medidas que van a prevenir la ocurrencia de eventos que resulten en daños a la salud de las personas.

Los profesionales de la salud que manipulan fármacos citostáticos y biológicos se encuentran expuestos a sustancias tóxicas y requieren procesos y circuitos de calidad en los modos de

producción para evitar el manejo inadecuado que implique riesgos para el personal sanitario y así también, proteger al paciente, a los familiares y al medio ambiente.

Para establecer procedimientos de trabajo seguros en las unidades de reconstitución así como en las distintas áreas de actuación relacionadas con la manipulación de fármacos citostáticos, se deben cumplir normas internacionales, nacionales y provinciales y disponer de un manual de procedimientos accesible y actualizado.

### **Objetivo 25. Integración público-privada en los criterios de acceso a tecnologías para el abordaje del cáncer**

Las asociaciones público privadas en materia de atención a la Salud implican la articulación de recursos existentes en búsqueda de unificación de criterios de cobertura preventiva y asistencial que mejoren la calidad, eficiencia y justicia en el acceso a tecnologías para el abordaje del cáncer.

En este sentido, se facilita el trabajo bajo consenso de especialistas de los diferentes subsectores de la salud para generación de guías, protocolos de tratamientos y actuaciones en el ámbito de la evaluación de las tecnologías.

Mediante convenios con diferentes Obras Sociales y Prepagas, y una articulación funcional con la Seguridad Social de la Provincia IAPOS, se pretende el abordaje unificado de la cobertura en tecnologías sorteando las inequidades de acceso.

### **Objetivo 26. Fortalecer la red de terapia radiante en la provincia**

La radioterapia es parte fundamental del abordaje del cáncer. El acceso a este tipo de tratamientos está distribuido en la provincia en zonas de mayor concentración urbana.



# EJES TRANSVERSALES

## Comunicación

Entendemos la comunicación como "... el proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural."<sup>30</sup> (Díaz 2011) Una perspectiva que ofrece una mirada compleja con variables que van desde los actores de la salud, los medios de comunicación, como así también cualquier otro actor de la comunidad con capacidad para influir en las agendas públicas.

La comunicación en salud la pensamos desde una dimensión estratégica que opera en tres frentes de trabajo interconectados:

- a) Una cultura institucional de gestión de la información y conocimiento sanitario que favorezca la perspectiva cultural y comunicacional de los problemas.
- b) Accesibilidad de la ciudadanía a información pública sanitaria para el ejercicio pleno de su derecho a la salud
- c) Colocar en la agenda de los formadores de opinión pública los temas sanitarios priorizados

## Formación de Recursos humanos

En la gestión de políticas públicas existe una búsqueda permanente de estrategias que dinamicen los cambios y consoliden un plan de trabajo. El rol fundamental lo cumplen los equipos de salud y cómo éstos se vinculan en el sistema. En este proceso, los trabajadores "...deben percibir que las herramientas con las que cuentan son insuficientes para dar cuenta de los problemas a los que se enfrentan y la necesidad de disponer de nuevos conceptos para nuevas prácticas que produzca los cambios deseados..." (Merhy EE - 2003)<sup>31</sup>. Solo y a partir de la reflexión de los trabajadores sobre sus propias prácticas se puede construir un proceso educativo que permita abordar los problemas actuales.

Al decir de Emerson Merhy ..."Tomar el mundo del trabajo como escuela, como lugar de una micropolítica que constituye encuentros de sujetos/poderes, con sus quehaceres hacer y sus saberes, permite abrir nuestra propia acción productiva como un acto colectivo y como un lugar de nuevas posibilidades de hacer..."<sup>32</sup> (Merhy EE, Feuerwerker L, Ceccim R - 2006)

<sup>30</sup> Hernán Díaz ; Washington Uranga Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria Revista de Comunicación y Salud, vol. 1, no 1. pp. 113-124, 2011 Editado por INICyS -Instituto Internacional de Comunicación y Salud - (2011)

<sup>31</sup> Merhy EE, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. San Pablo: Hucitec; 2003.

<sup>32</sup> Merhy EE, Feuerwerker L, Ceccim R. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. Salud Colectiva. 2006;2(2):147-160.

La Agencia de Control del Cáncer desde su creación en el año 2017, ha desarrollado diferentes estrategias de formación, especialmente en las áreas de medicina paliativa y enfermería oncológica y asesoramiento genético.

En el área de medicina paliativa, a través de cursos online, manual de pacientes y familiares, clases de posgrado y la presentación de temas de paliativa online para atención primaria.

En enfermería oncológica se han formado y especializado equipos para trabajo en hospitales de día, rotaciones por servicio de experiencia en reconstitución e infusión de fármacos oncológicos y meeting de análisis de calidad y bioseguridad laboral.

Cada eje planteado propone un cambio, es por esto que la formación en salud es transversal a todo el Plan.

## Gestión participativa

La participación de pacientes se ha conceptualizado como “pacientes, familias, sus representantes, y profesionales trabajando en cooperación activa con diferentes niveles del sistema de salud, y diseño de políticas sanitarias (Carman KL et al, 2013).

Este nuevo paradigma supone una mayor gobernabilidad y gestiones más transparentes que incluyen en su planificación la perspectiva de los usuarios y actores de la comunidad.

La evidencia muestra que las comunidades informadas tienen mejor capacidad para compartir con los gestores el modelo sanitario que pretende configurarse en base a una atención centrada en las personas (Berlan D y Shiffman J, 2012). El mayor acceso a la información ayuda además a apropiarse de sus derechos y responsabilidades.

Beneficios de la participación de la ciudadanía en salud (NHS, 2004):

- Aportar la propia visión y valores en un determinado sector.
- Poner en evidencia las necesidades de los afectados y de sus familiares y cuidadores
- Evaluar servicios sanitarios
- Indicar prioridades
- Proponer estrategias de mejora
- Protagonizar el cambio
- Aumentar la conciencia y responsabilidad en relación a la propia salud

## Humanización de las prácticas en salud

“...Decir que el trabajo en salud debe ser humanizado parece una obviedad, si pensamos que, en realidad, las organizaciones que se dedican al cuidado de la salud, existen para atender personas y es creado por personas...” (Rosana Onocko Campos - 2004), Pero lo que parece ser tan obvio no lo es tal.

El trabajo en salud es un “trabajo vivo en acto”<sup>33</sup>; que tiene un modo de producción altamente complejo con características propiamente humanas como las contradicciones, conflictos e intereses. En las instituciones siempre se produce un proceso de subjetivación que da sentido a lo que se hace dando lugar al surgimiento de determinados modelos de atención, como por ejemplo el Modelo Médico Hegemónico.

Pero las instituciones también pueden “...ser estimuladas para producir otros sentidos: creación, solidaridad, empatía, sensibilidad ante el sufrimiento del otro...” (ONOKO 2002<sup>34</sup>), camino necesario para pensar la humanización de las prácticas.

Asumir el compromiso de los trabajadores de la salud creando constantemente sentidos que están profundamente relacionados con la *preservación y defensa de la calidad de vida y el bienestar* de los pacientes y que dichas prácticas se validen democráticamente como un *Bien Común*. Mirada que aspira a ampliar el horizonte normativo de la conceptualización de la salud para incluir un nuevo paradigma de “bienestar” como horizonte estratégico de la HUMANIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS EN SALUD.

**Humanización** en este plan no es meramente discursivo: se evidencia cuando los procesos de atención son pensados desde el sujeto enfermo y su familia, cuando se busca reducir burocracia, demoras; cuando se defiende el carácter ambulatorio de los enfermos preservando su calidad; cuando se expande la red de cuidados paliativos. La humanización fue el motor de creación e instalación del PREMO (Prescripción online de medicamentos oncológicos) que evita que enfermos y familiares deban hacer trámites para acceder a los fármacos específicos. Está presente también en la llamada de los navegadores, en el mail de consulta de la agencia de control del cáncer y en la ideología y convicción de cada uno de sus integrantes.

El plan de control del cáncer es humanizado porque fue pensado para humanos sufrientes desde un profundo sentir empático.

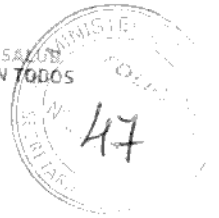
---

<sup>33</sup> Merhy Emerson Elias. Salud: Cartografía del trabajo vivo- Lugar Editorial; Edición 1aAñoISBN :950-892-267-2 (2006)

<sup>34</sup> ONOKO Roxana, La gestión: espacio de intervención, análisis y especificidades técnicas, Campinas, Julio de 2002



LA SALUD  
CON TODOS



# MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Sistema de Monitoreo y Evaluación se define como un proceso que interrelaciona procedimientos e instrumentos de medición y evaluación de la gestión que permita la toma de decisiones en forma oportuna y basada en evidencia.

Requiere de la participación activa de todos los actores responsables de las líneas estratégicas y de demás sectores involucrados. Para ello se diseñará una metodología que permita:

- A. Monitorear los indicadores del Plan Provincial a fin de determinar su cumplimiento.
- B. Generar información permanente con el fin de contribuir a la toma de decisiones de la gestión.
- C. Evaluar la gestión de las acciones.
- D. Generar información permanente sobre el grado de ejecución del Plan.

Los indicadores de resultados están evaluados preliminarmente y en fase de análisis. Detallados para cada meta dentro de la matriz del plan.

# DEFINICIÓN y CONCEPTOS

Haremos referencia a las definiciones y conceptos que utilizamos, de manera tal de minimizar los malentendidos que pueda originar en la comprensión y así asumimos una responsabilidad intelectual por lo que decimos y escribimos.

## Qué entendemos por salud.

Entendemos la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida. No se trata de eliminar microbios, ni de enseñarle a la gente cómo tiene que vivir, ni de alcanzar un estado imposible. Se trata de la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. Para eso es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros. Para eso es necesario constituirse como sujeto y luchar para que los otros también lo sean. Trabajamos entonces para que todos ganemos control sobre nuestras propias vidas. La herramienta más importante en el abordaje de problemas complejos, es la recreación de los vínculos entre nosotros. Redefinir los vínculos entre los trabajadores de salud entre sí, entre ellos y la comunidad, entre sus integrantes y los que sufren; generar vínculos capaces de operar sobre los problemas, aumentar la autonomía, y transmitir afecto. Vínculos que creen amor por la vida, que es esencialmente un logro colectivo. Transformar nuestros vínculos nos constituye en sujetos de cambio, capaces de estirar el límite de lo posible. (Dra Debora Ferrandini)

## Modelo de atención

Se define como la concepción organizativa de la respuesta social a las necesidades de salud de la población, esta relación necesidad-respuesta estará indudablemente inscrita en un marco histórico social determinado.

## Regionalización,

Entendida como práctica de la gestión pública que permite un abordaje racional y estratégico y la descentralización, entendida como una estrategia de gestión de los recursos de un territorio según competencias y capacidad locales o regionales

La regionalización de los servicios de salud<sup>35</sup> es un proceso de organización de la red de servicios a nivel territorial o local mediante la definición de áreas geográficas con el objeto de atender las necesidades sanitarias específicas, alcanzar condiciones superiores de salud brindando accesibilidad y cobertura a la comunidad. La autoridad de aplicación define el rol de cada efector, dispositivo o programa de salud del territorio provincial de acuerdo a la política sanitaria como parte integrante de la RED.

## Nodo<sup>36</sup>

Nos referimos a cada uno de los espacios reales o abstractos en el cual se confluyen las conexiones de otros espacios, compartiendo sus mismas características y teniendo una relación entre sí y conformando entonces lo que conocemos como **Red**. Los Nodos Regionales funcionan como centro de información, articulación y distribución de recursos y capacidades.

## Las Regiones Sanitarias<sup>37</sup>:

<sup>35</sup> <https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/3>

<sup>36</sup> [https://www.santafe.gob.ar/index.php/plan\\_estrategico\\_provincial/content/view/full/110705](https://www.santafe.gob.ar/index.php/plan_estrategico_provincial/content/view/full/110705)

<sup>37</sup> idem

La regionalización de los servicios de salud es un proceso de organización de la red de servicios a nivel territorial o local mediante la definición de áreas geográficas con el objeto de atender las necesidades sanitarias específicas, con el objetivo de alcanzar condiciones superiores de salud brindando accesibilidad y cobertura a la comunidad recabando de ella su imprescindible participación. La autoridad de aplicación debe definir el rol de cada efector, dispositivo o programa de salud del territorio provincial de acuerdo a la política sanitaria como parte integrante de la RED.

### **La red integrada de servicios de salud<sup>38</sup>:**

Comprende el conjunto de efectores, dispositivos de soporte, programas y redes de apoyo, dependientes de la administración provincial, municipal y comunal destinados al cuidado de la salud de los habitantes de la provincia, así como también los mecanismos por los que estos elementos se relacionan entre sí para un funcionamiento integrado en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Los elementos que componen la red deben tener un rol y responsabilidad de resolución, que en conjunto den cuenta de las acciones de promoción y prevención de la salud, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados domiciliarios incluyendo atención de urgencia y emergencia. La red se configura garantizando la accesibilidad de toda la población desde un primer nivel de atención hasta un tercer nivel, en función de las necesidades de cuidados que el usuario requiera, incluyendo la garantía del tránsito y el traslado de las personas entre los tres niveles de atención.

### **Organización por niveles<sup>39</sup>**

La organización por niveles responde a una lógica de regionalización, y se basa en el concepto de capacidad de resolución, en el tipo de respuesta que se quiere brindar a la población, en una franja de los servicios de un área. El objetivo es universalizar el acceso y la cobertura de cuidados integrales de salud, interviniendo de manera multidisciplinaria, oportuna, con un nivel de atención asistencial adecuado en función de las necesidades de cuidado que requiera la población.

#### **PRIMER NIVEL: 627 efectores**

Está integrado por Efectores de Salud sin Internación, Centros de Salud, distribuidos en todo el territorio provincial en cercanía con la población. Compuestos por equipos de salud, multidisciplinarios responsables de la adscripción poblacional en un territorio determinado, adaptando sus servicios a las necesidades de la comunidad. En estos se realizan actividades de promoción, prevención, educación para la salud, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación.

#### **SEGUNDO NIVEL: 123 efectores**

Está conformado por los efectores de baja y mediana atención asistencial y diagnóstica, las acciones y prestaciones donde se requiere atención especializada, con énfasis en el apoyo matricial ambulatorio, internación abreviada y la estabilización del usuario ante la urgencia y emergencia, actúan como referencia entre el primer nivel de salud y los Hospitales de referencia provincial.

#### **TERCER NIVEL 11 efectores**

Está constituido por efectores de alta complejidad médica y tecnológica, dando respuesta a las necesidades poblacionales de cuidados críticos e intermedios, están estratégicamente localizados a

<sup>38</sup> idem

<sup>39</sup> <https://www.santafe.gov.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/4>

nivel regional con responsabilidad territorial. Representa el último nivel de referencia de la red de cuidados, para una georreferencia determinada, configurando entre los distintos efectores de alta complejidad una red de referencia entre sí.

**Unidades Funcionales de Oncología** son un órgano de gestión colegiada e interdisciplinaria y transversal a los servicios donde expertos comparten lugar y tiempo para diseñar frente al paciente el mejor plan terapéutico. A su vez funciona como apoyo matricial a unidades de menor complejidad.

#### **Equipos (clínicos) de referencia<sup>40</sup>**

Los equipos de salud de referencia son aquellos a los cuales se vincula un número determinado de ciudadanos o familias de los que se responsabiliza el equipo, acompañándolos a lo largo del tiempo, desde una perspectiva de clínica ampliada

Clínica ampliada<sup>41</sup>

La clínica ampliada es la clínica del sujeto, que incluye la dolencia, el contexto y al propio sujeto.

#### **Equipos matriciales<sup>42</sup>:**

El apoyo especializado matricial está constituido por un equipo de trabajo donde se intenta combinar especialización con interdisciplina. Este equipo de especialistas apoya a los equipos de referencia el trabajo clínico. Se ocupa tanto de cuestiones asistenciales, interconsultas como de un apoyo técnico y pedagógico a los equipos de referencia.

**Capital Social<sup>43</sup>** se toma la definición de Bourdieu que propone «El capital social es el conjunto de recursos actuales o potenciales relacionados con la posesión de una *red durable de relaciones* más o menos institucionalizadas de entre-conocimiento y entre-reconocimiento; o, en otros términos, con la *adhesión a un grupo ...*»

---

<sup>40</sup> EQUIPOS MATRICIALES DE REFERENCIA Y APOYO ESPECIALIZADO: UN ENSAYO SOBRE REORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN SALUD Gastón Wagner de Sousa Campos, 1998.

<sup>41</sup> LA CLÍNICA DEL SUJETO: POR UNA CLÍNICA REFORMULADA Y AMPLIADA Gastón Wagner de Sousa Campos (1996-1997)

<sup>42</sup> *idem*

<sup>43</sup> Bourdieu, Pierre, «Le capital social», *Actes de la recherche en science sociales*, no. 31.

# Anexo 1: Atlas de mortalidad por Cáncer

Gráfico 3. Tasa de mortalidad cruda y ajustada por edad (TAE) para los Principales sitios tumorales (x 100.000 habitantes). Varones. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

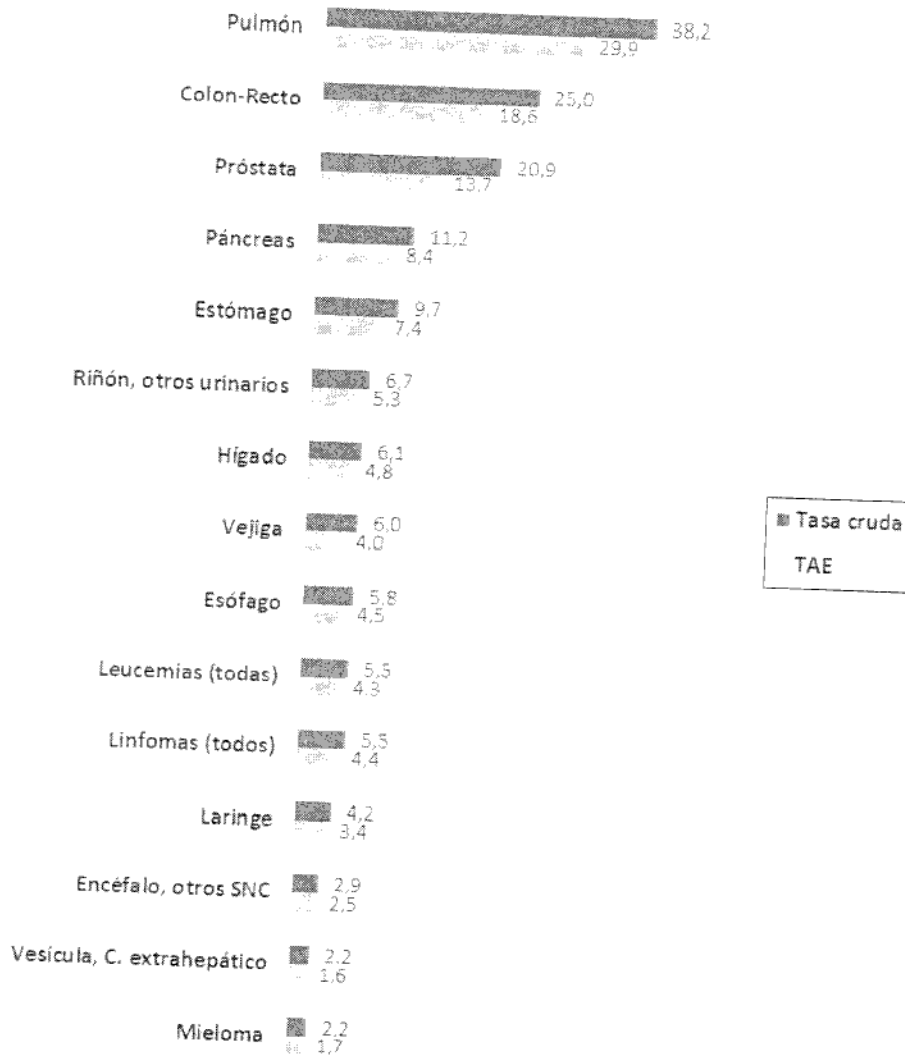




Gráfico 4. Tasa de mortalidad cruda y ajustada por edad (TAE) para los Principales sitios tumorales (x 100.000 habitantes). Mujeres. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

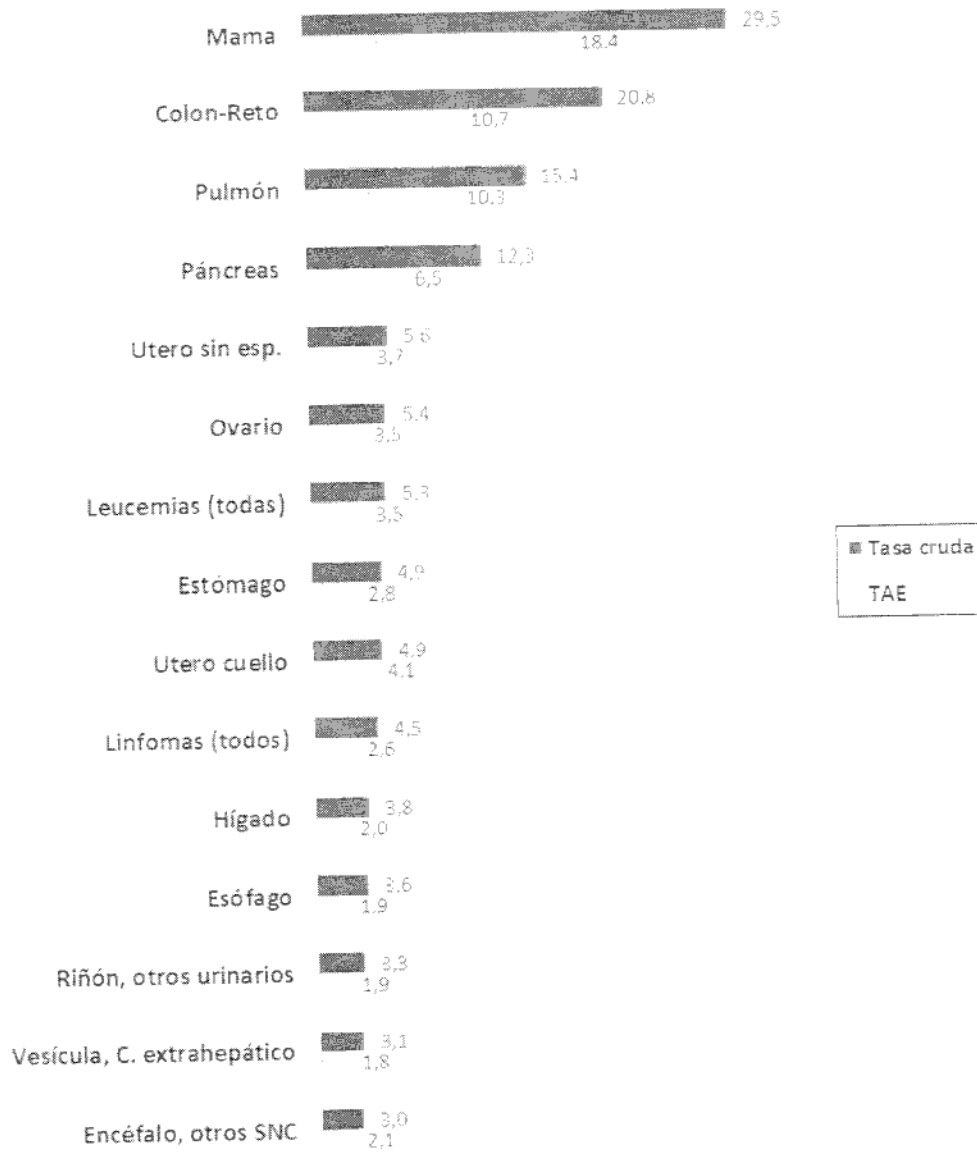


Gráfico 5. Mortalidad por cáncer de Colon-Recto-Año en varones. Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) por departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

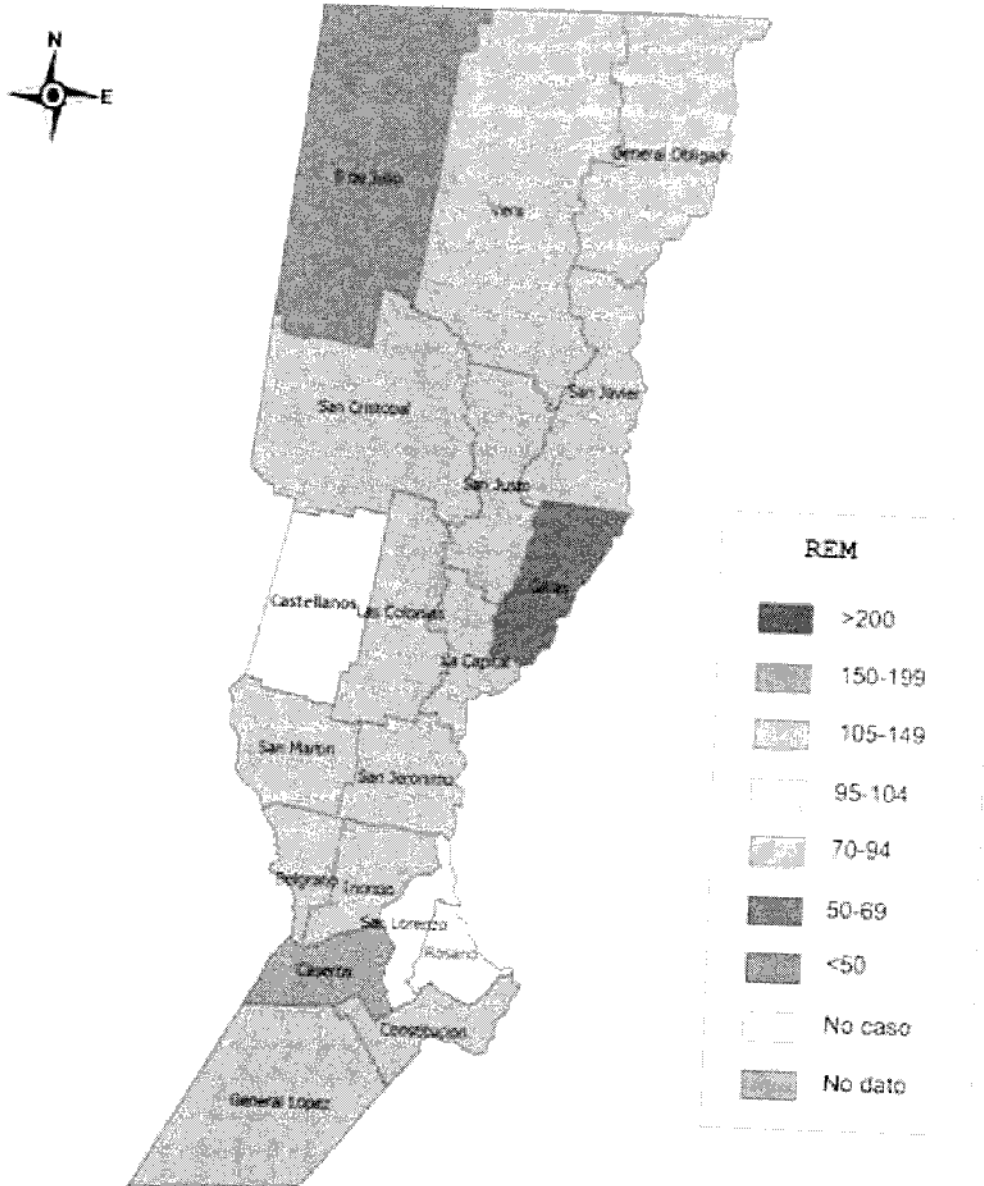


Gráfico 6. Mortalidad por cáncer de Colon-Recto-Ano en mujeres. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

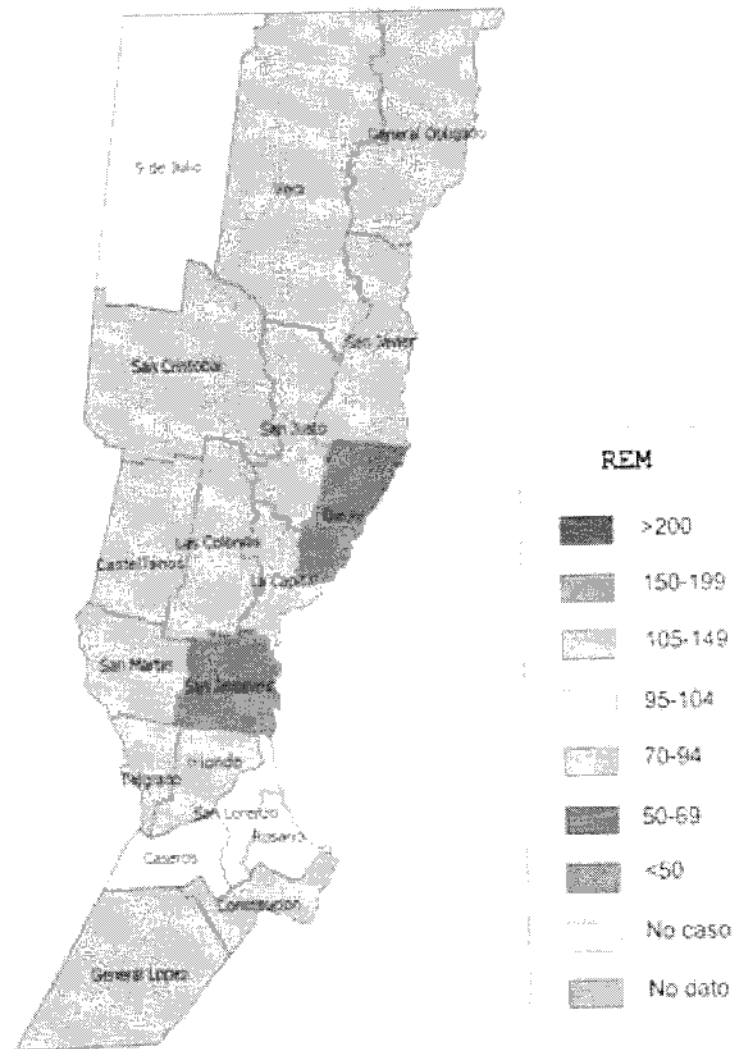
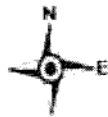


Gráfico 7. Mortalidad por cáncer de Páncreas en varones. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

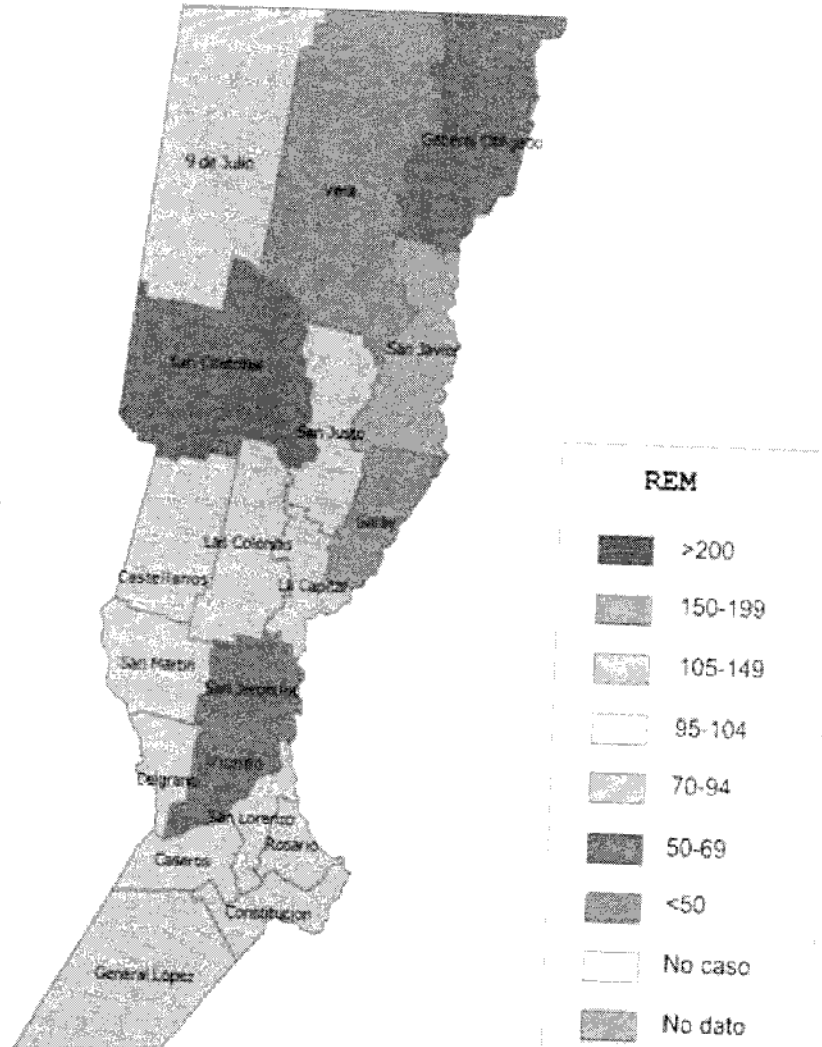


Gráfico 8. Mortalidad por cáncer de Páncreas en mujeres. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

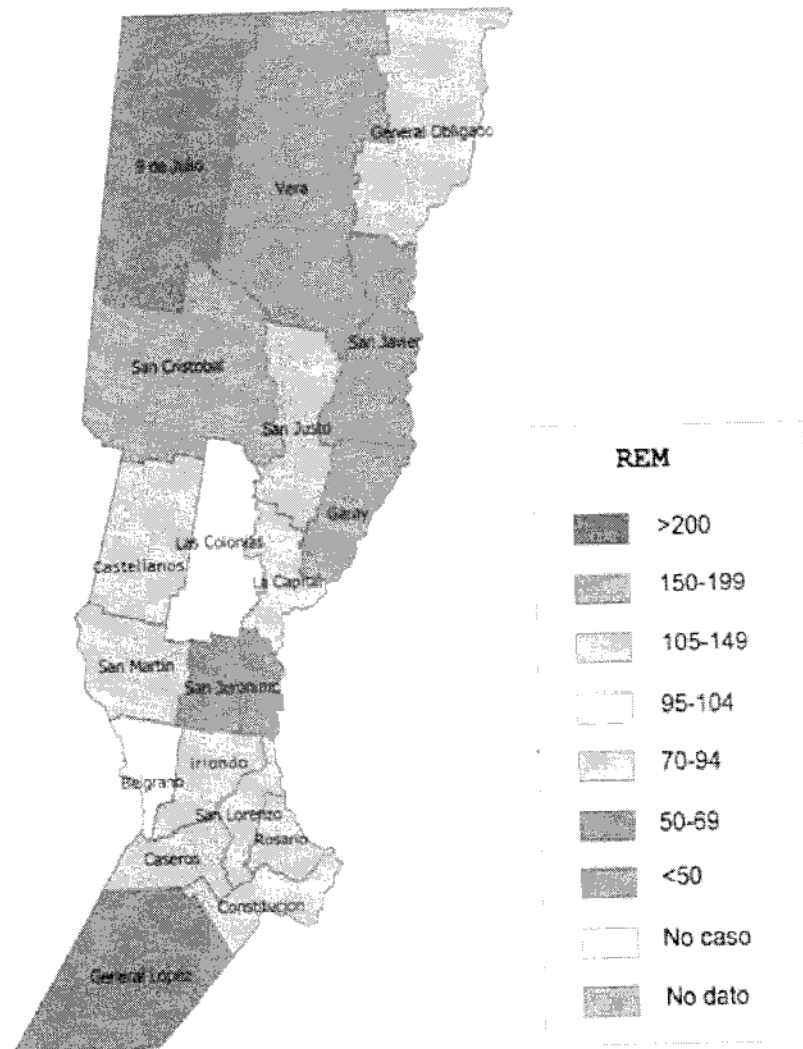




Gráfico 10. Mortalidad por cáncer de Pulmón en mujeres. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

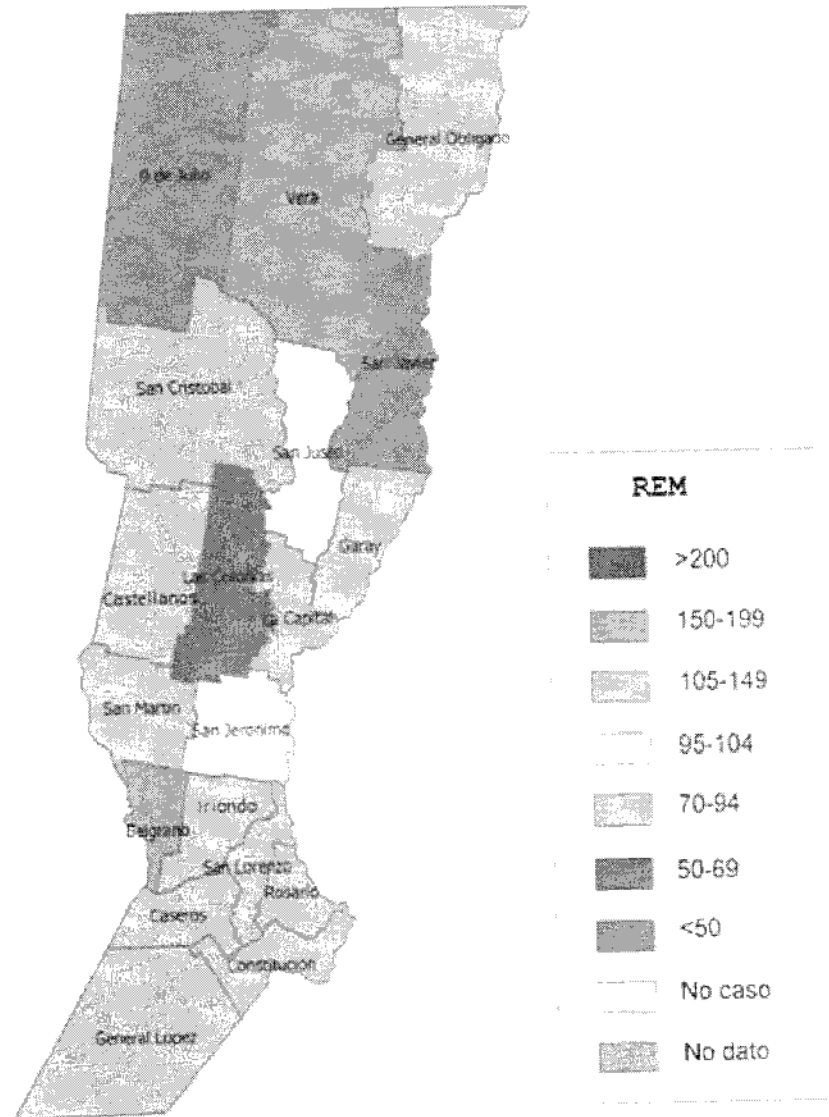


Gráfico 11. Mortalidad por Linfomas (todos) en varones. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015.

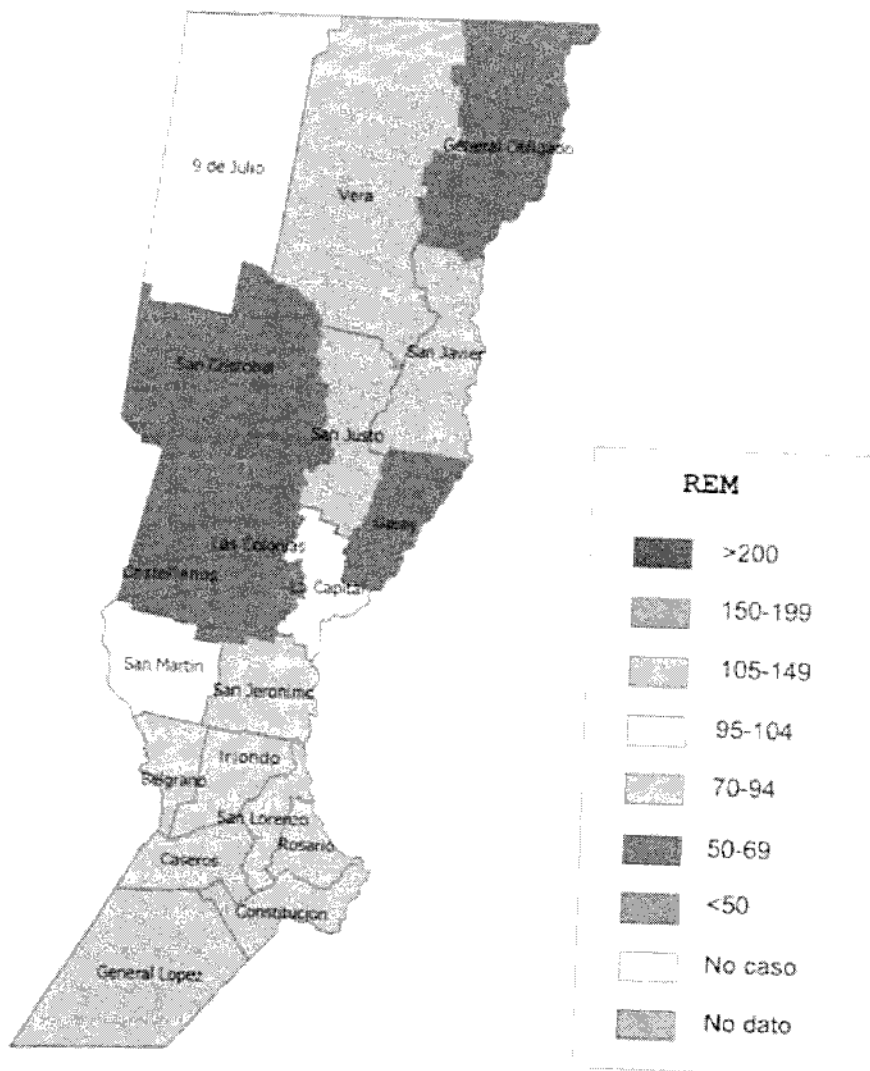
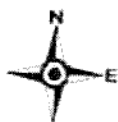




Gráfico 12. Mortalidad por Linfomas (todos) en mujeres. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015.

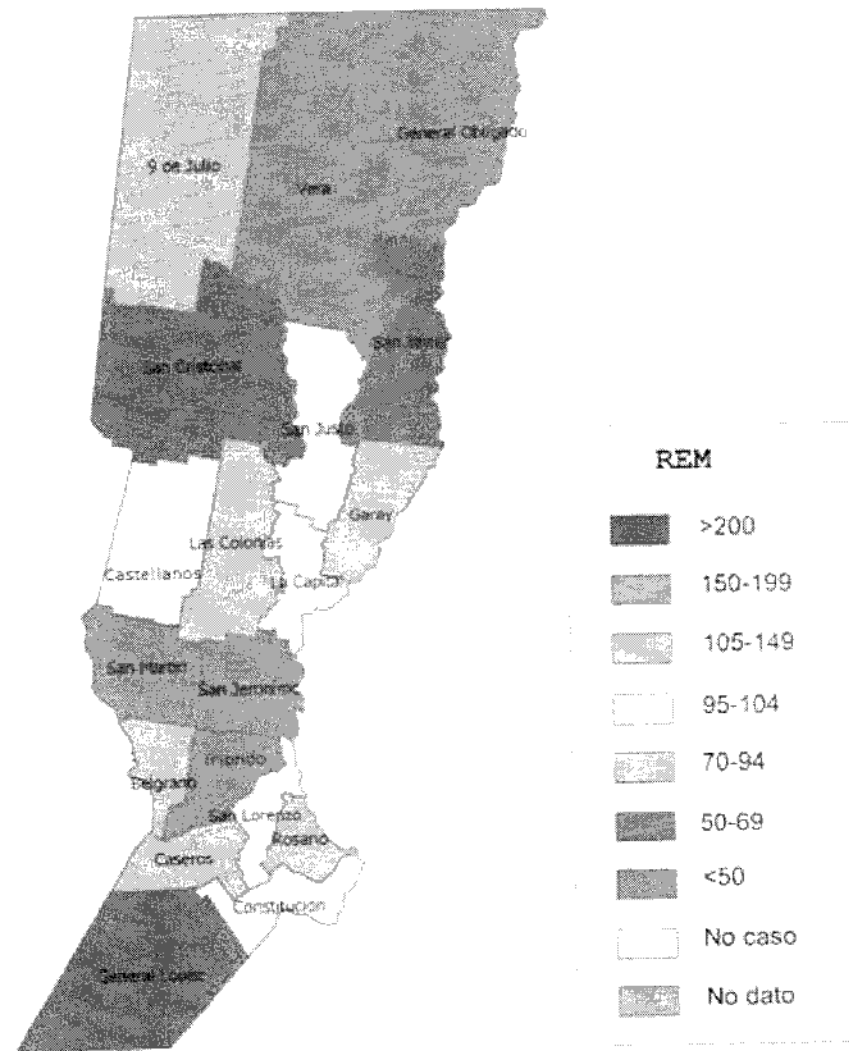
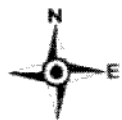


Gráfico 13. Mortalidad por Leucemia en varones. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015.

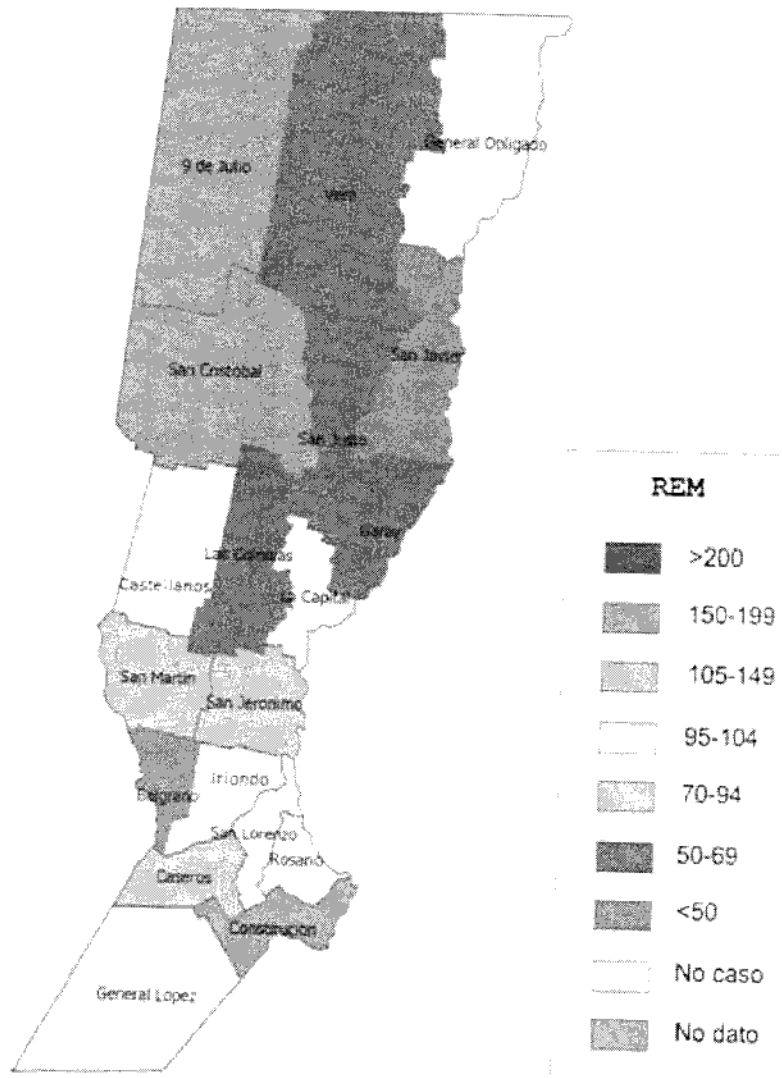


Gráfico 14. Mortalidad por Leucemia en mujeres. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015.

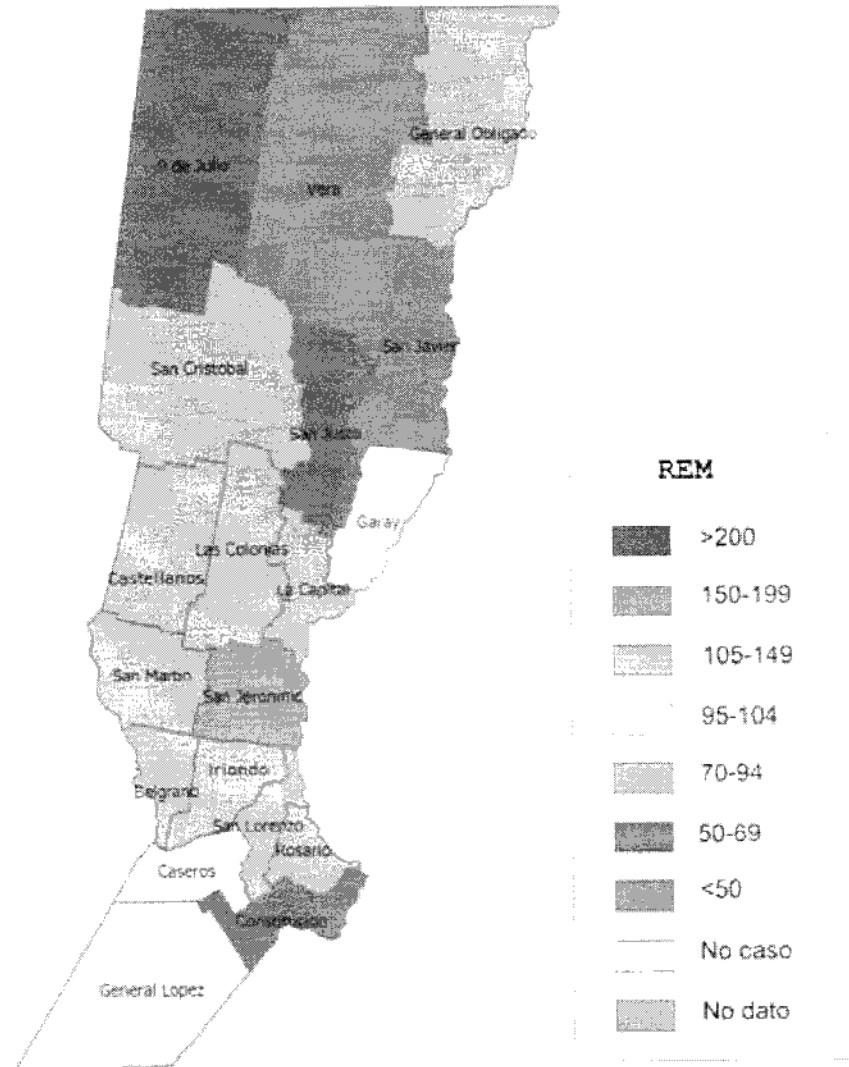


Gráfico 15. Mortalidad por cáncer de Próstata. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Año 2013-2015

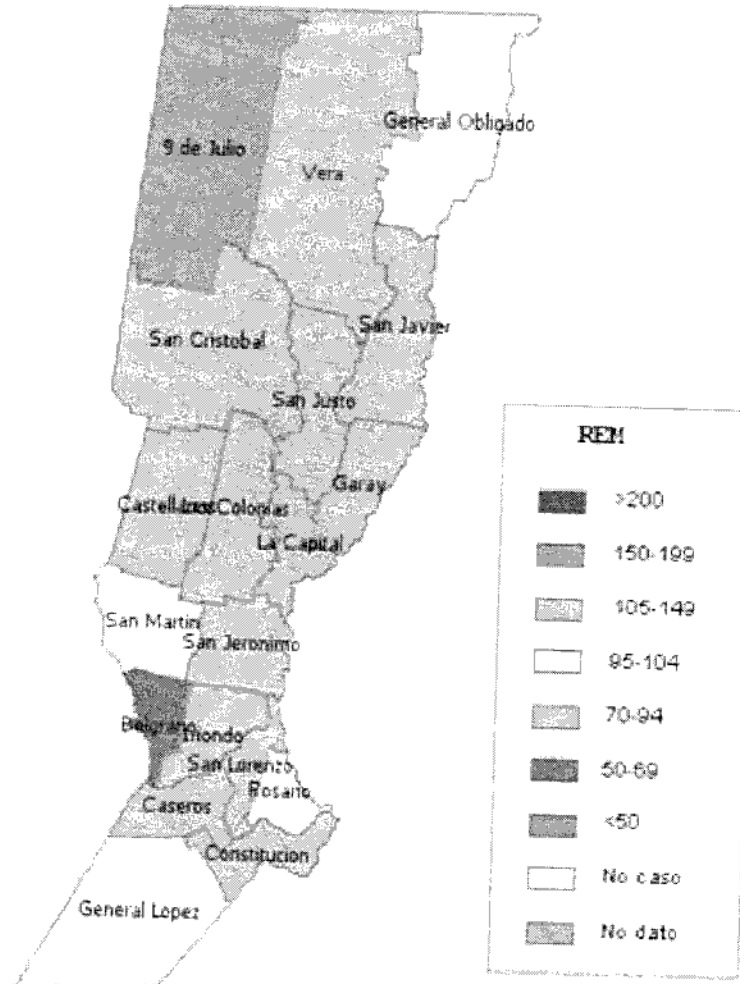


Gráfico 16. Mortalidad por cáncer de Mama en mujeres. Razón estandarizada de Mortalidad (REM) según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015

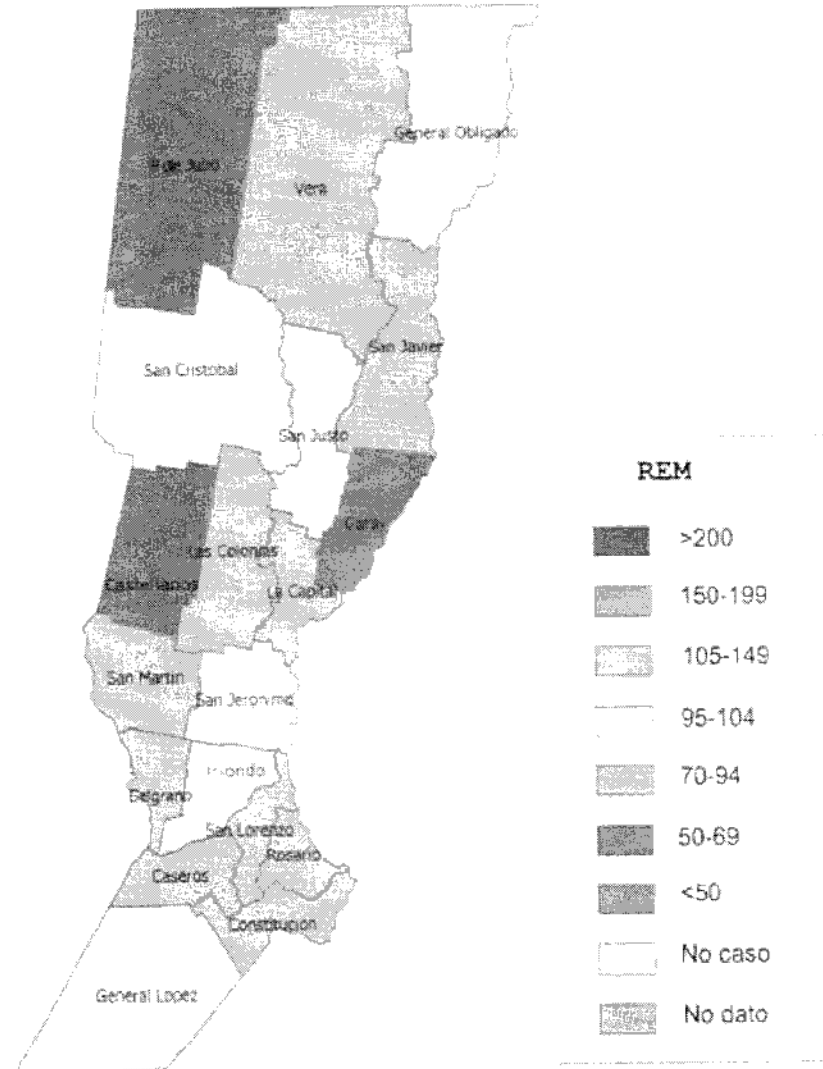
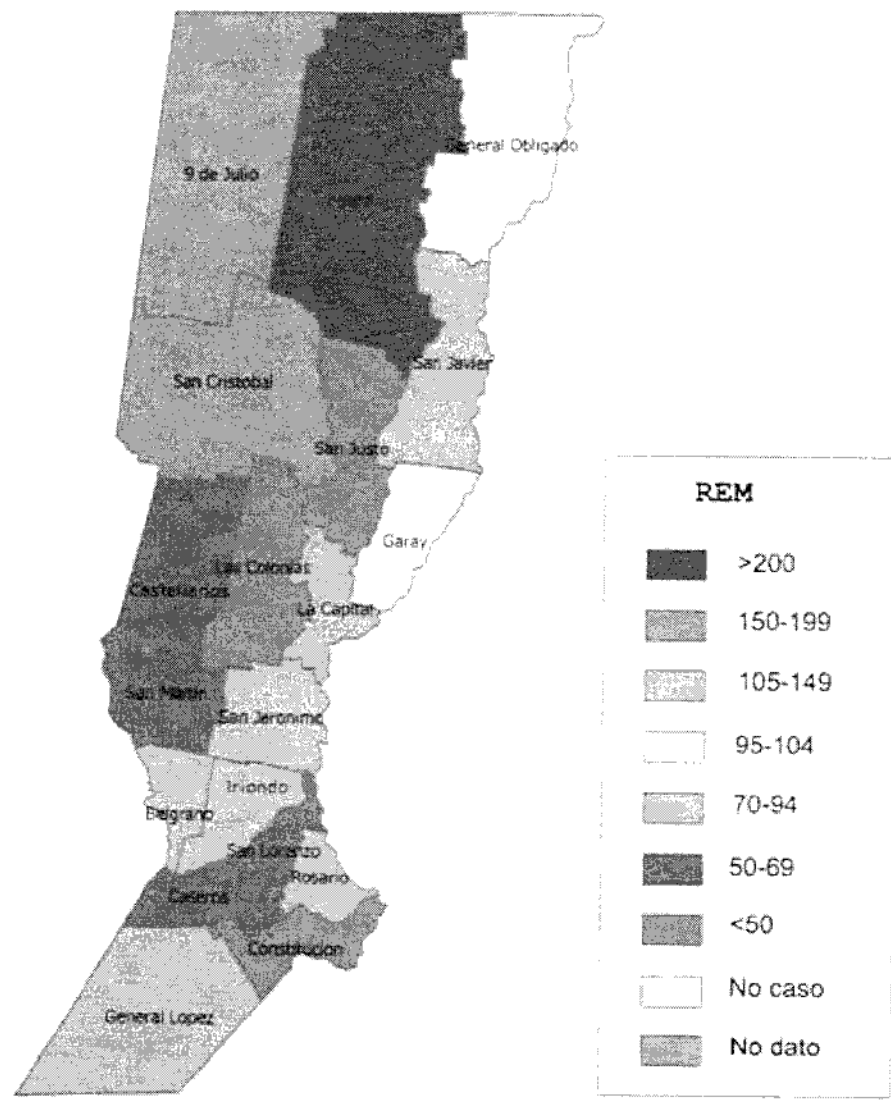


Gráfico 17. Mortalidad por cáncer de Cuello de Útero. Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) por departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. Años 2013-2015



## Anexo 2: Recursos Humanos en Cáncer





LA SALUD  
CON TODOS



# BIBLIOGRAFÍA

- Atlas de Mortalidad por Cáncer, Santa Fe, Dirección de Información para la Gestión, 2017. Y Atlas de mortalidad por cáncer, Argentina 2007-2011. Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación.
- Ayres JRCM: Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* (2005)
- Belmartino Susana: "La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos". Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, Buenos Aires (2005).
- Bourdieu Pierre: Le capital social. In: Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 31, Le capital social. (1980)
- Castellano Carmina , Tomás Blasco; Albert Oller; Marta; Pérez-Campdepadrós; José Sánchez De Toledo; Lluís Capdevila: Quality of life in adolescent survivors of childhood cancer. *Medicina Clínica* Volume 133, Issue 20, (Nov 2009)
- Chorny Adolfo H: Planificación en salud. *Viejas ideas nuevos ropajes* (mayo 1998).
- Dillner J, Rebolj M, Birembaut P, Petry KU, Szarewski A, Munk C, et al. Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study. *BMJ* (2008)
- Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-1023  
[https://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/WHO-strategy/es/](https://www.who.int/topics/traditional_medicine/WHO-strategy/es/)
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; (2013)
- Ferrandini Debora: TRABAJAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.- Boletín *CapacitaSalud* (Febrero 2017)
- Ferrandini Debora: ALGUNOS PROBLEMAS COMPLEJOS DE SALUD (Noviembre 2011)
- Fraga Fuentes MD, López Sánchez P, Andrés Navarro N, Valenzuela Gámez JC, Jerez Fernández E, Heredia Benito M: Evaluación Económica de Medicamentos: Puntos a considerar para no perderse.- Servicio de Farmacia. Hospital General La MANcha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real) España 2015
- Frías Osuna Antonio (coord): Salud pública y educación para la salud .- Masson Ediciones-Una Compañía Elsevier 1º Ed. Barcelona España (2000)
- Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R: Treating Childhood Cancer in Low- and Middle-Income Countries. In: *Disease Control Priorities*, volume 3.- Chapter 7, et al., editors.



Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; (Nov 2015)

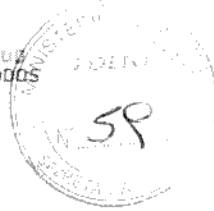
- Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020- AddThis Sharing Buttons Share to Imprimir-Share to CorreoShare to FacebookShare to TwitterShare to Más...WHO
- GLOBOCAN 2018 (IARC), available from <http://gco.iarc.fr/>; The World Bank Group Indicators; available from <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
- Guidelines for the Pediatric Cancer Center and role of such centers in diagnosis and treatment (RE9705). American Academy of Pediatrics. Section on Haematology/Oncology. Pediatrics 1007; 99(1): 139-41.
- Gupta S, Howard SC, Hunger SP: Treating Childhood Cancer in Low- and Middle-Income Countries. In: Disease Control Priorities, volume 3.
- <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-colorrectal/>
- <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/incidencia/>
- <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/mortalidad/>
- <http://www.santpau.cat/es/web/public/unitats-funcionals>
- <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41505>
- <https://pdfs.semanticscholar.org/4028/d7f18cca49ca25b43f905606a1445df8fc96.pdf>
- [https://salud.rionegro.gov.ar/biblioteca/documentos/salud\\_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf](https://salud.rionegro.gov.ar/biblioteca/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf)
- [https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic\\_info/risk\\_factors.htm](https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm)
- [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9229:2013-tecnologias-sanitarias&Itemid=41687&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9229:2013-tecnologias-sanitarias&Itemid=41687&lang=pt)
- [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es)
- [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=featured&Itemid=3639&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=featured&Itemid=3639&lang=es)

- [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/222169/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/222169/(subtema)/93802)
- [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/222169/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/222169/(subtema)/93802)
- [https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/CONARPE/Martes%2026-9/dra\\_Moreno\\_epidemiologia.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/CONARPE/Martes%2026-9/dra_Moreno_epidemiologia.pdf)
- <https://www.who.int/cancer/prevention/es/>
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- [https://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/es/](https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/)
- Kitchener HC, Gilham C, Sargent A, Bailey A, Albrow R, Roberts C, et al. A comparison of HPV DNA testing and liquid based cytology over three rounds of primary cervical screening: extended follow up in the ARTISTIC trial. Eur J Cancer. (2011)
- Lanzkowsky P. Manual of Pediatric Hematology and Oncology. 4th edition, Oxford Elsevier Inc. pp 513-15.
- Lanzkowsky P. Manual of Pediatric Hematology and Oncology. 4th edition, Oxford Elsevier Inc. pp 513-15.
- López Santos, V. y Frías Osuna, A: Salud Pública y Educación para la salud . Public ELSEVIER MASSON Barcelona (2000)
- Loureau René: A análise institucional . Traducción de Mariano Ferreira. Petrópolis: Editora Vozes (1995)
- M.González Barón Oedoñez A; Fellu J; Zamora P; Espinosa E: Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con Cancèr. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana (2007).
- Manual of Pediatric Hematology and Oncology 4th Edition Authors: Philip Lanzkowsky.- Academic Press - April 2005
- Manual of Pediatric Hematology and Oncology 4th Edition Authors: Philip Lanzkowsky.- Academic Press - April 2005
- Matus Carlos: Planificación de Situaciones, México D.F.: Fondo de Cultura Económica (1980)
- Max Watson: Manual Oxford de Cuidados Paliativos. Editorial. Serie Manuales Biblioteca. Aula Médica. (2011).

- Mehry EE: O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. San Pablo (2003).
- Merhy EE, Feuerwerker L, Ceccim R. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. Salud Colectiva. (2006)
- Mesher D, Szarewski A, Cadman L, Cubie H, Kitchener H, Luesley D, et al. Longterm follow-up of cervical disease in women screened by cytology and HPV testing: results from the HART study. Br J Cancer (2010)
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías Médicas (ANMAT).- Mary E. PROCTER: Una experiencia en políticas de tecnología. Quince años de la Oficina de Evaluación Tecnológica de los EE.UU. (OTA), en Telas (1987-88), nY 12, PP. 99- 104. (2019)
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.- Instituto Nacional del Cáncer (INC): ROHA 5ª EDICIÓN. INCIDENCIA 2000 - 2013, SUPERVIVENCIA 200 - 2009, TENDENCIA DE INCIDENCIA 200 -2003. Autor. Florencia Moreno (2015)
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. Instituto Nacional del Cáncer (INC): Manual de Cuidados Paliativos para APS. Reimpresión (2017).
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Instituto Nacional del Cancer (INC) Natalia Espínola, Daniel Maceira (coord.) y Alfredo Palacios: Evaluando la costo-efectividad de pruebas de tamizaje en cáncer colorrectal. Un caso de estudio para Argentina –CEDES, INC, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (Abril 2015)
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Instituto Nacional del Cancer. Natalia Espínola, Daniel Maceira (coord.) y Alfredo Palacios – Evaluando la costo-efectividad de pruebas de tamizaje en cáncer colorrectal. Un caso de estudio para Argentina – CEDES, (Abr 2015)
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Instituto Nacional del Cancer: Epidemiología del cáncer en Argentina Jornadas de Enfermería del Conarpe 2017
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Instituto nacional del Cáncer: Atlas de mortalidad por cáncer, Argentina 2007-2011.
- Ministerio de Salud de la Nación: Epidemiología del cáncer en Argentina -Jornadas de Enfermería del Conarpe - Instituto Nacional del Cáncer (2017)
- MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE -Agencia de Control del cáncer - Direccion Provincial de Información para la Gestión Documento: Abriata Graciela. Mortalidad por cáncer de sitios seleccionados en la Provincia de Santa Fe. (jun 2019)
- MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE -Direccion Provincial de Información para la Gestión Documento: Tendencia de eventos de salud-enfermedad seleccionados. Provincia de Santa Fe. Período 2001-2017 (May 2019)
- MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE -Direccion Provincial de Información para la Gestión Documento: ATLAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER PROVINCIA DE SANTA FE AÑOS 2013-2015 (Ener 2017)
- MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE. Direccion Provincial de Informacion para la Gestion Documento: Tendencia de eventos de salud-enfermedad seleccionados (mayo 2019)
- MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE: Dirección de Información para la Gestión Atlas de Mortalidad por Cáncer en la Provincia de Santa Fe, ,( 2017)



LA SALUD  
CON TODOS



- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD: Unidades asistenciales del área del cáncer Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. INFORMESE INVESTIGACIÓN. Edita y distribuye: © CENTRO DE PUBLICACIONES Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID (2013)  
[https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer\\_EyR.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer_EyR.pdf)
- [msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001138cnt-20180321-efectividad-tamizaje-mamografico-mortalidaden-cm.pdf](https://msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001138cnt-20180321-efectividad-tamizaje-mamografico-mortalidaden-cm.pdf)
- Natalia Espínola, Daniel Maceira (coord.) y Alfredo Palacios: Evaluando la costo-efectividad de pruebas de tamizaje en cáncer colorrectal. Un caso de estudio para Argentina – CEDES, INC, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (Abril 2015)
- Nelson H, Fu R, Cantor R, et al. Effectiveness of Breast Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive Service Task Force Recommendation. Ann Inter Med (2016)
- Nelson H, Fu R, Cantor R, et al.. Effectiveness of Breast Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive Service Task Force Recommendation Ann Inter (Med 2016)
- OMS Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Publicación (2013)
- OMS Estrategia regional para el fomento de la salud en todos los estados miembro, con concreción operativa en 1984, Programa Salud para Todos Marruecos (2000)
- OMS- Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020- WHO.- Publication details (2013)
- OMS Wilson J.M.G; Jungner G: Principios y métodos del examen colectivo para identificar enfermedades.- Cuadernos de Salud Pública N° 34.-Ginebra (1969)
- Onocko Campos Rosana: Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria.- Publicado en: Salud Colectiva, Spinelli (org) Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina (2004)
- Onocko Roxana: La gestión: espacio de intervención, análisis y especificidades técnicas, Campinas, (Julio 2002)
- OPS Detección Precoz del Cáncer. 3. Neoplasias. 4. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. I. Título. II. AIEPI. III. Salud Pública. 2. My Child Matters. Fighting Childhood Cancer - Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico temprano del cáncer en la niñez. Washington, DC : OPS, (2014)
- OPS ESTRATEGIA MUNDIAL DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. 34ª Asamblea Mundial de la salud (Mayo 81)
- OPS Evaluación de las tecnologías. Ministerio de Salud de la Nación. Evaluacion de Tecnologías Sanitarias
- OPS/OMS Early Diagnosis of Childhood Cancer 2014.- 978 - 92 -75 -11846-7. Catalogación en la Fuente, OPS/OMS Washington (2014)

- OPS/OMS Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia Salud Universal. Experiencia federal. Representación OPS/OMS Argentina, 70. CABA: OPS/OMS Argentina (2017).
- OPS/OMS: PLANIFICACIÓN: CÓMO MEJORAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PARA EL CÁNCER DE MAMA.- Resumen de conocimiento.- OMS OPS .- The Breast Health GlobalInitiative.- UICC Global Cancer Control
- OPS: document was written by Nahila Justo MPhil MBA, OptumInsight, Nils Wilking MD PhD, Karolinska Institutet, Prof. Bengt Jönsson PhD, Stockholm School of Economics: A review of breast cancer care and outcomes in Latin America Pan American Health Organization.-
- Pag Gov. Provincia de Santa Fe .- Ministerio de Salud.- Promoción y Cuidado de la Salud.- <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/93802>
- Peris-Bonet R, García Cano A, González Ros V, Navarro Jordán R, Pardo Romagüera, E. Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2007. Registro Nacional de Tumores Infantiles Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP) Mayo de 2008.
- Peris-Bonet R, García Cano A, González Ros V, Navarro Jordán R, Pardo Romagüera, E. Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2007. Registro Nacional de Tumores Infantiles Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP) Mayo de 2008.
- Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Datos epidemiológicos [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; [citado 23 oct 2015]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/images/stories/3-equipos-salud/pdf/2014-05\\_2.2\\_Mortalidad-cncercuello-1980-2011.pdf](http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/images/stories/3-equipos-salud/pdf/2014-05_2.2_Mortalidad-cncercuello-1980-2011.pdf)
- Quality of life in adolescent survivors of childhood cancer Authors: CarminaCastellano, Tomás Blasco; AlbertOller; Marta; Pérez-Campdepadrós; José Sánchez De Toledo; Lluís Capdevila - Medicina Clínica Volume 133, Issue 20, 28 November 2009 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775309008501>
- Quality of life in adolescent survivors of childhood cancer Authors: CarminaCastellano, Tomás Blasco; AlbertOller; Marta; Pérez-Campdepadrós; José Sánchez De Toledo; Lluís Capdevila - Medicina Clínica Volume 133, Issue 20, 28 November 2009 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775309008501>
- Romá Angélica: Clinical guidelines, clinical pathways and protocols of care. mED wABE Revista Biomédica Revisada Por Pares. Medwave 2012 Jul;12(6):e5436 doi:10.5867/medwave.2012.06.5436
- Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. Lancet. (2014)
- Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. Bull World Health Organ (2001)
- Sierrasesúmaga L, Antillón K. Oncología Pediátrica. Person Educación S. Madrid. 2006 pp 252-263.
- Sierrasesúmaga L, Antillón K. Oncología Pediátrica. Person Educación S. Madrid. 2006 pp 252-263
- Sousa Campos G., Merhy E., Duarte Nunes E: Planejamento sem Normas. San Pablo, Editora Hucitec, 2ª ed. (1994)



LA SALUD  
CON TODOS



- Sousa Campos Gastón Wagner de , 1998. EQUIPOS MATRICIALES DE REFERENCIA Y APOYO ESPECIALIZADO: UN ENSAYO SOBRE REORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN SALUD
- Sousa Campos Gastón Wagner: GESTIÓN EN SALUD En Defensa de la Vida. Buenos Aires: Lugar Editorial (2001).
- Sousa Campos Gastón Wagner: LA CLÍNICA DEL SUJETO: POR UNA CLÍNICA REFORMULADA Y AMPLIADA (1996-1997)
- Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG: International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. US National Library of Medicine National Institutes of Health (Jun 2017)
- Tebé C, Pla R, Espinàs JA, Corral J, Borràs JM, Pons JMV, Espallargues M. Hacia la concentración de la cirugía oncológica digestiva: cambios en la actividad, las técnicas y los resultados. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya Barcelona (2015)
- Testa Mario: Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación. Buenos Aires: OP-S/OMS Representación Argentina (1989). <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-colorrectal/>
- Testa Mario: Pensar en Salud. Buenos Aires: OPS/OMS Representación Argentina (1990).
- Thaxter, G., Stevens, M., Craft, M. ICCCP Executive Committee; Childhood Cancer - Guidelines for Standards of Treatment & Care. Adopted by SIOP, Porto, September 2002
- Unidades asistenciales del área del cáncer Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y COHESIÓN. ESPAÑA (2013)
- Viera A, Peña C, Carleo R. Hemato-Oncología Pediátrica: Actualización en el abordaje teórico-práctico de la Atención de Enfermería. Universidad de la República, Uruguay, 2010.
- Viera A, Peña C, Carleo R. Hemato-Oncología Pediátrica: Actualización en el abordaje teórico-práctico de la Atención de Enfermería. Universidad de la República, Uruguay, 2010.
- Vizcaino M, De los Reyes I. Diagnóstico oportuno del cáncer en niños. Memorias del 24 Congreso Colombiano de Pediatría, Cartagena 2005
- Vizcaino M, De los Reyes I. Diagnóstico oportuno del cáncer en niños. Memorias del 24 Congreso Colombiano de Pediatría, Cartagena 2005
- World Health Organization - Prevención del cáncer.- <https://www.who.int/cancer/prevention/es/>

Santa Fe, 15 de Octubre de 2019

Dirección Pcial.de Seguimiento Legislativo  
Subsecretaría de Asuntos Legislativos  
Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado  
**SU DESPACHO**

Ref.: Expte N° 00101-0289680-5

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a efectos de remitirle respuesta aprobada de la Comunicación N° 36527 CD, cuyo texto se transcribe:

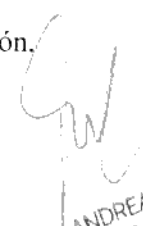
“... que el Poder Ejecutivo, a través de éste Ministerio y/o repartición competente, en relación al Servicio Oncológico del actual Hospital J.B Iturraspe, de la Ciudad de Santa Fe, departamento La Capital, informe lo siguiente:

- Destino que se le dará al edificio del Hospital de calle Boulevard Pellegrini 3551;
- Si se trasladará al nuevo edificio del Hospital Iturraspe el Servicio de Oncología;
- Lugar de hospedaje para los pacientes que vienen desde el Centro-Norte de la Provincia a atenderse con tratamientos largos; y,
- Solución para el traslado gratuito de los pacientes oncológicos, que realizan prácticas ambulatorias, a distintos nosocomios de la ciudad.”

Al respecto, se adjunta el informe producido a fs. 05 por los organismos técnicos dependientes de éste Ministerio.

Se eleva a su conocimiento con solicitud de posterior derivación a la Honorable Cámara de Diputados.

Sin otro particular, saludo a usted con mi mayor consideración.

  
Dra. MARÍA ANDREA UBOLDI  
MINISTRA DE SALUD  
Gobierno de la Provincia de Santa Fe



Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado  
Subsecretaría de Asuntos Legislativos  
Dirección Provincial de Seguimiento Legislativo

NOTA N° 18687

**A LA HONORABLE CAMARA  
DE DIPUTADOS DE LA  
LEGISLATURA DE LA PROVINCIA** 29 NOV 2019

En respuesta a la Comunicación N° 23832/19 de esa H. Cámara remitida al Poder Ejecutivo, mediante el organismo que corresponda, informe en relación al Servicio Oncológico del actual Hospital J.B. Iturraspe, de la ciudad de Santa Fe, departamento La Capital, se adjunta expediente N° 00101-0289680-5, con las tramitaciones administrativas de las áreas y autoridades competentes.

Le saluda con atenta y distinguida consideración.



*[Firma manuscrita]*  
DR. MANUEL GUERRA MANFRANETTI  
Director Provincial de Seguimiento Legislativo  
Ministerio de Gobierno y  
Reforma del Estado