



PLAN NACIONAL DE CONTROL DE CÁNCER

| 2018 - 2022 |

Tabla de contenido

RESUMEN EJECUTIVO	7
MATRIZ DE MARCO LÓGICO	10
PARTE I.....	15
I. RACIONAL CIENTÍFICO.....	15
PARTE II.....	17
II. I- ESTABLECIMIENTO DEL PNCC	17
INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER	17
VISIÓN	17
MISIÓN	17
OBJETIVOS.....	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17
OBJETIVOS DEL PLAN NACIONAL	20
INTRODUCCIÓN DE ESTRATEGIAS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y ASPECTOS INTERSECTORIALES.....	20
METODOLOGÍA.....	24
II. II- PLANIFICACIÓN, GOBERNANZA, IMPLEMENTACIÓN, Y MONITOREO	27
PLANIFICACIÓN.....	27
GOBERNANZA.....	27
RECLUTAMIENTO DE LÍDERES	30
IMPLEMENTACIÓN	30
CONSULTA A ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES	32
DESARROLLO DE ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN.....	33
MONITOREO Y AUDITORÍA.....	33
Monitoreo	33
Auditoría.....	34
PARTE III.....	35
III. ENFOQUES PARA EL CONTROL DEL CÁNCER: líneas de trabajo prevención primaria, prevención secundaria, tratamiento, cuidados paliativos, investigación	35
1. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y REPORTE DEL CÁNCER	36
2. ÁREA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (ETS).....	40

3. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN CÁNCER	42
4. COORDINACIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CÁNCER.....	45
5. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO (PNPCC).....	49
6. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL	51
7. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE CÁNCER DE MAMA	54
8. PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADO INTEGRAL DEL NIÑO y ADOLESCENTE CON CÁNCER.....	58
9. PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	61
10. PROGRAMA NACIONAL DE CÁNCER FAMILIAR	64
11. CONFORMACIÓN DE REDES DE ATENCIÓN EN ONCOLOGÍA DE CIRUGÍA, ONCOLOGÍA CLÍNICA Y RADIOTERAPIA EN TODO EL PAÍS	66
12. ONCOHEMATOLOGÍA.....	69
13. TELEMEDICINA	71
14. CALIDAD EN LA GESTIÓN INSTITUCIONAL.....	75
15. GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO	76
TABLERO: INDICADORES, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y METAS	81
Tablero de indicadores: Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles	82
Tablero de indicadores: Dirección nacional de no transmisibles.....	83
Tablero de indicadores: SIVER.....	86
Tablero de Indicadores: Evaluación de Tecnologías Sanitarias.....	89
Tablero de Indicadores: Programa de Promoción de la Investigación en Cáncer	91
Tablero de Indicadores: Coordinación de Formación de Recursos Humanos en Cáncer .	93
Tablero de Indicadores: Programa Nacional de Prevención del cáncer cervicouterino...	94
Tablero de Indicadores: Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal.....	95
Tablero de Indicadores: Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama	97
Tablero de Indicadores: Programa de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer.....	99
Tablero de Indicadores: Programa Nacional de Cuidados Paliativos.....	101
Tablero de Indicadores: Programa Nacional de Cáncer Familiar	104
Tablero de Indicadores: Oncohematología.....	108
Tablero de Indicadores: Telemedicina	109

Tablero de Indicadores: Calidad en gestión institucional	110
Tablero de Indicadores: Gestión de calidad y seguridad en la atención del paciente oncológico.	111
Consejo Consultivo del Plan Nacional de Control de Cáncer constituido por Sociedades Científicas y Foros de Universidades	125
MINUTA: Presentación Plan Nacional Control de Cáncer 2018-2022 a Sociedades Científicas	129
BIBLIOGRAFÍA	135

RESUMEN EJECUTIVO

El cáncer corresponde a un grupo complejo de enfermedades de causas múltiples y diversas, que requiere de un manejo multidisciplinario, interinstitucional y multisectorial. En su abordaje se vinculan actores de la sociedad civil, del gobierno, del ámbito de la salud, para encontrar las mejores alternativas para el desarrollo e implementación de estrategias de prevención, diagnóstico temprano, diagnóstico, tratamiento y acompañamiento al final de la vida. Estas estrategias deberán orientarse a reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad derivada del cáncer y a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familiares

Argentina posee una tasa de incidencia de 218 casos (para todos los cánceres excepto melanoma) por 100.000 habitantes, Es decir, que se ubica entre los países con incidencia de cáncer media-alta (rango 172,3 a 242,9 por 100.000 habitantes), ubicándose en el séptimo lugar en la región de las Américas, de acuerdo a las estimaciones realizadas por la IARC, en base a datos disponibles a nivel mundial para el año 2018. Esta estimación corresponde a más de 129.000 casos nuevos de cáncer en ambos sexos por año, con porcentajes similares tanto en varones como en mujeres. De esta forma, se calcula para nuestro país una incidencia de 229 casos nuevos por cada 100.000 varones y 215 por cada 100.000 mujeres en base a datos de los Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) de nuestro país. La prevalencia a 5 años para todas las edades para todos los cánceres es de 337.638 casos.¹

En Argentina, el cáncer de mama es el de mayor magnitud en cuanto a ocurrencia: con un volumen de más de 21.000 casos al año, representa el 18% de todos los tumores malignos y casi un tercio de los cánceres femeninos. El cáncer colorrectal en ambos sexos registra aproximadamente 15.429 casos nuevos por año, concentrando el 13% del total de tumores. En los varones, la mayor incidencia está dada por el cáncer de próstata, con una ocurrencia de más de 11.000 casos anuales, que representan el 20% de todos los tumores malignos en varones y 10% de la totalidad de cánceres registrados en el país. El cáncer de mayor incidencia se presenta en mujeres y es el de mama, con una tasa de 73 casos por cada 100.000 mujeres. Luego, lo siguen los tumores de próstata (42,4 p/100.000 varones) y colorrectal en varones (31,5 p/100.000 varones).¹

El cáncer tiende a ir en aumento dado por el envejecimiento poblacional y la mayor sobrevivencia en algunos casos debido al éxito de los tratamientos. Para el año 2030 se espera que la incidencia de cáncer para todas las edades en la Argentina sea un 24% mayor que la incidencia en 2018 según el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, por su sigla en inglés). La proyección se ha realizado en base al cálculo de aumento de población, con datos de mortalidad e incidencia de cáncer hasta el año 2018.²

Basados en el análisis de situación de salud (ASIS) del cáncer en Argentina se pudo priorizar las líneas de trabajo para delinear un plan nacional de control de cáncer. Las fuentes secundarias permanentes de datos son las Estadísticas Vitales elaboradas por la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud y las fuentes secundarias de carácter eventual son por ejemplo las ENFR (Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles) finalmente las fuentes primarias son los registros de cánceres (RC) que consisten en la recolección continua y sistemática de datos estandarizados internacionalmente, el análisis y la difusión de información y la promoción y participación en investigaciones. Entre los RC se destacan los de base hospitalaria

(RCBH), los poblacionales (RCBP) y los monográficos; como el Registro Argentino.

El Instituto Nacional del Cáncer, organismo descentralizado en la jurisdicción de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, actúa como órgano rector en tema de cáncer. Ha tomado el liderazgo y la coordinación en la elaboración del Plan Nacional de Control de Cáncer siguiendo pautas y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Se realizó un mapeo de actores involucrados en esta temática, ya sea en otras direcciones dependientes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, áreas del Ministerio de Educación, el Poder Legislativo, Universidades, Academia, representantes de programas o agencias del cáncer provinciales y organizaciones no gubernamentales (ONG) representantes de la sociedad civil que abordan ejes temáticos relacionados con el cáncer. Se formó un equipo que redactó los primeros lineamientos del plan en base a la situación actual de la Argentina y luego se convocó a estos actores antes mencionados para que se involucren en el proceso de elaboración (aportando sus recomendaciones).

El criterio de selección de las ONG establecido para participar en los grupos focales de discusión sobre el Plan Nacional de Control del Cáncer, incluía que estas tuvieran un acta de constitución y que en la misma se mencionen líneas de acción relacionadas a cáncer.

También se realizó la presentación al Consejo Consultivo del Plan Nacional de Control de Cáncer (creado ad hoc) constituido por sociedades científicas que entienden en cáncer y universidades quienes realizaron intervenciones y opiniones respecto al PNCC en forma presencial y luego se enviaron sus comentarios por mail a fin de que pudieran ampliarlos.

A este Consejo se elevará anualmente el informe de progreso del PNCC a fin de realizar eventualmente los ajustes necesarios. Una vez aprobado por el Secretario de Gobierno de Salud, se enviará a revisión a un Consejo Asesor Externo constituido por autoridades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU. (NCI), Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO). A quienes se enviará anualmente los informes de monitoreo, revisados y aprobados por el Consejo Consultivo Nacional. El PNCC se dará a conocer a las Jurisdicciones y demás actores del cuidado continuo del cáncer a quienes se invitará a adherir al PNCC.

El Plan Nacional de Control del Cáncer, con un horizonte temporal a 5 años (2018-2022), expone las políticas priorizadas en materia de cáncer bajo el liderazgo del INC quien dirige y coordina las actividades a implementar. El propósito del plan es posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública.

El INC ha desarrollado este plan quinquenal enfocado en la equidad y el acceso universal, con un enfoque de abordaje integral del cáncer, poniendo énfasis en la promoción de estilos de vida saludables, en la prevención y diagnóstico temprano de los cánceres priorizados, promoviendo las líneas de cuidado continuo de pacientes oncológicos. La responsabilidad de su aplicación corresponderá a todas las instituciones relacionadas con cáncer sean públicas, privadas y de la comunidad en general porque ninguna de ellas podrá llevar a cabo aisladamente la totalidad de las intervenciones. La población con cobertura pública exclusiva es el foco prioritario en cuanto a la implementación del Plan Nacional de Control del Cáncer, pero este está diseñado teniendo en cuenta a toda la población argentina.

Los objetivos específicos son:

1. Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para el cáncer.
2. Mejorar el diagnóstico temprano y calidad de la atención.
3. Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
4. Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones.
5. Fortalecer la gestión del recurso humano para el control del cáncer.

Dentro de este plan nacional para los próximos cinco años los esfuerzos estarán enfocados en estos puntos, sabiendo que el éxito de los programas de diagnóstico temprano contribuirán significativamente a la mejora en el diagnóstico y el tratamiento. La prevención primaria del cáncer promueve la práctica de hábitos saludables en la población como una dieta saludable, la cesación tabáquica, evitar el consumo problemático de alcohol, evitar la exposición a radiaciones, la realización de actividad física habitual y el cumplimiento de las vacunas incluidas en el calendario nacional como las de VPH y Hepatitis B.

Transversal a todas las líneas de acción se encuentra la vigilancia epidemiológica del cáncer cuya fuente primaria de datos son los registros institucionales, los cuales permiten medir y monitorear la morbi-mortalidad por los distintos tipos de cáncer, estadio clínico y patológico de los tumores, los resultados en el continuo de cuidados de los pacientes oncológicos y su supervivencia. También, podemos encontrar de forma transversal a todas las líneas de acción, la formación de recursos humanos, el uso de herramientas como la telemedicina, la calidad y seguridad en la atención de los pacientes oncológicos, investigación y la evaluación de tecnologías sanitarias dirigidas a la toma de decisiones en este primer quinquenio. Además, se profundizará en los programas ya creados en los últimos años: Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCCU), Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal (PNPCCR), Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama (PNPCM), Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer, Programa Nacional de Cuidados Paliativos y Programa Nacional de Cáncer Familiar.

Entre las acciones destacadas podemos mencionar la implementación de tecnologías innovadoras para el tamizaje poblacional del cáncer cervicouterino como el test de VPH acompañada de la incorporación de las vacunas en niñas y niños en el calendario nacional; la provisión de test de sangre oculta en materia fecal para el tamizaje de cáncer colorectal en la población general y la distribución y dispensa de opioides de producción pública para el mejoramiento del acceso a la población con requerimientos paliativos. Además, el otorgamiento de becas para la formación de RRHH en especialidades de interés a nivel país y de subsidios a la investigación en cáncer.

También se suman otras líneas de trabajo: Oncohematología, Gestión de la Calidad y Seguridad en la Atención y la conformación de redes de atención en oncología de cirugía, oncología clínica y radioterapia en todo el país.

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Resumen narrativo	Indicadores verificables objetivamente	Medios de verificación	Supuestos
<p>Fin Reducir la morbimortalidad del cáncer en la Argentina con la implementación de estrategias ordenadas y basadas en evidencia local para el desarrollo y acción de un plan nacional de control de cáncer con el apoyo de Organizaciones de la Sociedad Civil, Sociedades Científicas y Universidades.</p>	<p>Informe anual presentado/Informe anual con devolución positiva</p>	<p>Registros de reportes del Consejo Consultivo publicados anualmente en la página web del Instituto Nacional del Cáncer</p>	<p>Sistema de reporte y devolución de la información entre el Consejo Consultivo y el INC.</p>
<p>Propósito u objetivo general Mejorar los procesos de detección, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer siguiendo los objetivos y metas de las líneas programáticas del INC mediante el apoyo de la planificación del Plan y el trabajo transversal con la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles y la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles.</p>	<p>Metas programadas/Metas cumplidas</p> <p>Programas vigentes 2018/ Programas vigentes 2022</p>	<p>Registros de los Programas y la Coordinación Técnica del INC.</p>	<p>Continuidad de los programas establecidos. Evaluación de los programas.</p>

<p>Componentes</p> <p>1. Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para el cáncer</p>	<p>Indicadores detallados en el Anexo I para la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles y la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles.</p>	<p>Registros de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles y la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles.</p>	<p>Las líneas de acción se realizan en los tiempos programados (Anexo I). Cambios de Titulares de los cargos en las instituciones no influyen de manera significativa en el trabajo articulado. Instituciones públicas dispuestas a articularse entre sí. Disponibilidad de recursos oportunamente para la operación de los Programas. Provincias, Municipios, Instituciones, actores locales, logran sustentar acuerdos con visión de mediano plazo.</p>
<p>Componentes</p> <p>2. Mejoramiento del diagnóstico temprano y calidad de la atención.</p>	<p>Indicadores detallados en el Anexo I para los programas: 1. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, 2. Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana de Cáncer Colorrectal, 3. Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama, 4. Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer, 5. Programa Nacional de Cáncer Familiar, 6. Oncohematología, 7. Gestión de Calidad y Seguridad en la atención de pacientes oncológicos. Etiquetas de calidad en prestaciones de la línea de cuidado continuo</p>	<p>Registros de los Programas del INC. Sistemas: SITAM, ROHA y RACAF.</p>	<p>Disponibilidad de recursos oportunamente para la operación de los Programas. Provincias, Municipios, Instituciones, actores locales, logran sustentar acuerdos con visión de mediano plazo.</p>
<p>Componentes</p> <p>3. Mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p>	<p>Indicadores detallados en el Anexo I para el programa: Programa Nacional de Cuidados Paliativos</p>	<p>Registros de los Programas del INC</p>	
<p>Componentes</p> <p>4. Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones.</p>	<p>Indicadores detallados en el Anexo I para los programas: 1. Sistema de Vigilancia epidemiológica y reporte del cáncer, 2. Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 3. Telemedicina, 4. Programa de Promoción de Investigación en Cáncer</p>	<p>Registros de los Programas del INC. Sistema RITA.</p>	

<p>Componentes</p> <p>5. Fortalecer la gestión del recurso humano para el control del cáncer.</p>	<p>Indicadores detallados en el Anexo I para los programas: 1. Programa de Promoción de Investigación en Cáncer, 2. Coordinación de Formación de Recursos humanos en Cáncer</p>	<p>Registros de los Programas del INC</p>	
<p>Actividades por componentes</p> <p>1.</p> <p>a. el control del tabaco</p> <p>b. un régimen alimentario saludable</p> <p>c. la realización de actividad física y el control del peso</p> <p>d. la reducción del consumo de alcohol</p> <p>e. la disminución de las exposiciones ocupacionales y ambientales a carcinogénicos</p> <p>f. la inmunización contra los virus potencialmente oncogénicos (VPH)</p> <p>g. la prevención de la exposición prolongada al sol;</p> <p>h. la educación sanitaria en relación con los factores sexuales y reproductivos vinculados con el cáncer.</p> <p>i. intervenciones en el ámbito de educación con las escuelas</p>	<p>Presupuesto Componente</p>	<p>Informe de Ejecución Presupuestaria</p>	
<p>Actividades por componentes</p> <p>2.</p> <p>a. Desarrollo de actividades provinciales y municipales en función de sus participaciones articuladas en torno a las estrategias</p> <p>b. Capacitaciones sobre las distintas estrategias</p> <p>c. Generación de redes de referencia y contra-referencia</p> <p>d. Entrega de test de VPH, IHC y TSOMFI.</p> <p>e. Articulación con SUMAR y trazadoras</p>	<p>Presupuesto Componente</p>	<p>Informe de Ejecución Presupuestaria</p>	

<p>Actividades por componentes</p> <p>3. a. Desarrollo de actividades provinciales y municipales en función de sus participaciones articuladas en torno a las estrategias b. Capacitaciones sobre las distintas estrategias c. Desarrollo de vale federal-ANMAT d. Entrega de opioides a las provincias</p>	Presupuesto Componente	Informe de Ejecución Presupuestaria	
<p>Actividades por componentes</p> <p>4. a. Coordinación del relevamiento de diversas fuentes de datos b. Sistematización y normalización de procesos para la producción de información c. Desarrollo de actividades provinciales y municipales en función de sus participaciones articuladas en torno a las estrategias d. Implementación de RITA en todas las jurisdicciones del país e. Implementación de nodos para Telemedicina en casos de sarcoma en distintas Instituciones a nivel país f. Otorgar asistencia financiera para proyectos de investigación</p>	Presupuesto Componente	Informe de Ejecución Presupuestaria	
<p>Actividades por componentes</p> <p>5. a. Otorgar becas de Investigación b. Otorgar asistencia financiera c. Otorgar becas de formación de RRHH d. Realización de cursos virtuales</p>	Presupuesto Componente	Informe de Ejecución Presupuestaria	

PARTE I

I. RACIONAL CIENTÍFICO

El cáncer representa la primera causa de muerte en nuestro país en personas de 35 a 64 años. Unas 60.000 personas fallecen al año en Argentina por tumores malignos, lo que representa el 20% de las defunciones anuales (más de 300.000). Cada año se diagnostican más de 100.000 nuevos casos de cáncer, lo que implica una incidencia aproximada de 216 nuevos casos por año cada 100.000 habitantes (Globocan 2012).

El cáncer de mayor incidencia es el de mama en mujeres. Con una tasa de 71 casos por cada 100.000 mujeres; es seguido de cerca por los cánceres de próstata (44,1 casos cada 100.000 hombres) y pulmón (32,5 casos cada 100.000 hombres). Para medir el impacto de esta enfermedad es necesario destacar que, en Argentina en 2016, el cáncer de pulmón fue responsable de alrededor del 15% de las muertes por tumores con 9.484 muertes, seguido por el de colon-recto (7.596) y el de mama (5.900).

El 40% de los cánceres podría evitarse con acciones preventivas: no fumar, hacer ejercicios en forma regular y mantener una dieta saludable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el tabaquismo es la principal causa evitable de cáncer en el mundo. Un gran porcentaje de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son prevenibles y comparten los mismos factores de riesgo. Se estima que los cinco principales riesgos para la salud están relacionados con el comportamiento y la alimentación: alto índice de masa corporal, bajo consumo de frutas y hortalizas, falta de actividad física, consumo de tabaco e ingesta excesiva de alcohol. Se estima que estos hábitos son las causales de cerca del 30% de las muertes por cáncer. Aunque la edad es un factor de riesgo decisivo, el consumo de tabaco es el más importante: responsable del 22% de las muertes mundiales por cáncer en general y del 71% de las muertes por cáncer de pulmón.

Para algunos tumores de alta prevalencia como los de mama y colon se sabe que entre un 20% a 30% de los casos presentan agregación familiar, es decir que tienden a ocurrir con mayor frecuencia en individuos con familiares afectados por la enfermedad. Esto evidencia la importancia del componente heredo-familiar en la ocurrencia de estos tumores y fundamenta las iniciativas dirigidas a registrar, detectar y evaluar correctamente los casos familiares.

Los cánceres causados por infecciones víricas, como las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por el Virus Papiloma Humanos (VPH), son responsables del 20% de las muertes por cáncer, especialmente en países de ingresos bajos y medios.

La vacuna contra el VPH (dos dosis) integra el calendario nacional de vacunaciones de nuestro país, por lo que es obligatoria y gratuita, para niñas de 11 años³ nacidas a partir del año 2000 y niños de 11 años nacidos a partir del año 2006⁴. Los planes de vacunación nacionales están bajo la órbita de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) perteneciente a la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles.

La vacunación contra hepatitis B es obligatoria para el personal de la salud a partir del año 1992 (Ley 24151). Está incorporada al Calendario Nacional de Vacunación para recién nacidos a partir del año 2000 (Res. 940/00) con un refuerzo a los 11 años (Res. 175/03). Fue incorporada en la vacuna quintuple a los 2, 4 y 6 meses de vida (Res. 773/08). Hasta 2012 la vacuna estaba disponible en el caso de los adultos solo para los pertenecientes a los grupos en riesgo; ese año se emitió la recomendación de vacunación universal para todos los habitantes del territorio nacional que no hubieran iniciado o completado esquema de 3 dosis contra hepatitis B y en el año 2014, se incorporó al Calendario Nacional (Res. Nº 52/2014) con carácter gratuito y obligatorio para toda la población.

El Plan Nacional de Control del Cáncer requiere un sistema de vigilancia tanto de la patología como de los factores que la determinan.

La guía de la OMS fue producida en respuesta a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre prevención y control del cáncer (WHA 58.22 adoptada en mayo de 2005) que pedía a los Estados Miembros que intensificaran las acciones contra el cáncer desarrollando y reforzando programas para su control⁵.

A pesar de que el cáncer es un problema de salud pública mundial, muchos gobiernos no han incluido todavía su control en los programas de acción sanitaria. Los grupos desfavorecidos y de bajos ingresos están más expuestos por lo general a factores prevenibles de riesgo de cáncer como carcinógenos ambientales, consumo de tabaco, abuso del alcohol y agentes infecciosos e incluso tienen menor acceso a vacunación o a medidas de prevención secundaria eficaces.

PARTE II

II. I- ESTABLECIMIENTO DEL PNCC

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER

VISIÓN

Ser el organismo referente en materia del cáncer en la República Argentina, dedicado a coordinar la prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación y a promover la formación de recursos humanos y la investigación en cáncer.

MISIÓN

El INC es el responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y el control del cáncer en Argentina.

OBJETIVOS

Objetivo general

Contribuir a la disminución de la incidencia y la morbimortalidad por cáncer en la Argentina.

Objetivos específicos

1. Promover un modelo de atención integral y continua de la población en lo concerniente a las enfermedades tumorales que comprenda la prevención, el tratamiento oncológico y los cuidados paliativos.
2. Desarrollar una estrategia de capacitación de recursos humanos en todos los niveles de atención a fin de mejorar la calidad de la asistencia de las personas en términos de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento integral del cáncer.
3. Proveer los medios y el marco legal para la vigilancia epidemiológica del cáncer, sus factores de riesgo y determinantes.
4. Promover la suscripción de convenios, a nivel nacional o internacional con entidades gubernamentales o privadas, para el desarrollo de tareas relacionadas con el control del cáncer.
5. Asesorar al Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación en los aspectos relacionados con la materia, tendiente a una racional distribución de los recursos necesarios para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades neoplásicas, así como la rehabilitación de los enfermos aquejados por la enfermedad.
6. Promover, apoyar y coordinar proyectos de investigación sobre el cáncer que lleven a cabo universidades, hospitales, fundaciones de investigación y empresas de la República Argentina, por medio de subvenciones y convenios de cooperación.
7. Apoyar la formación y capacitación de investigadores en todas las áreas relacionadas con el estudio del cáncer.

8. Promover la articulación del trabajo de las instituciones asistenciales, académicas o de investigación dedicadas al cáncer.
9. Convenir con las autoridades sanitarias provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la aplicación en sus respectivas áreas, de programas y acciones en concordancia con los fines de la presente ley y los objetivos determinados en el Plan Federal de Salud.
10. Realizar una comunicación activa y culturalmente apropiada sobre el cáncer, difundiendo e informando a la sociedad sobre la importancia del cáncer, su prevención, diagnóstico temprano y tratamiento.

MARCO LEGAL

El Instituto Nacional del Cáncer de la Argentina (INC) fue creado por el Decreto 1286/10, y por medio de la Ley N° 27.285 de fecha 24 de octubre de 2016 se otorgó autarquía funcional, administrativa, económica y financiera, como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en la jurisdicción del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

El objetivo esencial del INC es promover el control integral del cáncer en la República Argentina. Las consecuencias de la morbilidad y mortalidad del cáncer en la sociedad son preocupantes y todos los análisis epidemiológicos aseguran que seguirá siendo importante, si bien su letalidad viene reduciéndose por el avance tecnológico y los cambios de los sistemas de salud. Actualmente, en la Argentina una de cada cinco defunciones se produce a consecuencia de tumores malignos; ello implica alrededor de 70.000 muertes anuales. El impacto de la enfermedad se expresa, además, como muertes prematuras ya que el cáncer ocupa el primer lugar en las mujeres y el segundo en varones como causa de años de vida prematuramente perdidos.

El objetivo general del INC es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina, a la vez que mejora la calidad de vida de las personas afectadas.

Entre sus funciones, el INC es el encargado de coordinar acciones de promoción de la salud y prevención, diagnóstico temprano, tratamiento, rehabilitación y paliación, así como también la vigilancia epidemiológica y la investigación del cáncer en Argentina y la formación de recursos humanos. El desarrollo de la capacidad de investigación y la planificación de una estrategia general y la definición de las prioridades para la investigación deben ser actividades continuas dentro del Plan Nacional de Control del Cáncer.

El marco legal y normativo bajo el cual se formuló el Plan Nacional del Cáncer tiene una base no solo nacional sino también internacional, que se enmarca dentro de las recomendaciones internacionales, en los que Argentina ha adherido, como así también acuerdos multilaterales.

De acuerdo a lo que surge del Artículo 31 de la Constitución Nacional: “La Constitución, las leyes de la Nación que en su consecuencia se dicten por el Congreso y los tratados con las potencias extranjeras son la ley suprema de la Nación; y las autoridades de cada provincia están obligadas a conformarse a ella...”

Es así entonces que Argentina ha adherido a:

- Convenio N° 139 de 1974 sobre cáncer profesional, mediante el cual se exige a las partes determinar periódicamente las sustancias y agentes cancerígenos a los que la exposición en el trabajo estará prohibido o, sujeto a autorización o control.
- Convención sobre los derechos del Niño, aprobada por Ley N° 23849 de fecha 27 de septiembre de 1990.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos aprobada por Ley N° 23054 de fecha 19 de marzo de 1984.
- Declaración del Milenio. De la Organización de las Naciones Unidas.- Asamblea General del 13 de septiembre de 2000.

Sin perjuicio de ello, también se ha tenido en cuenta normativa nacional para la asistencia integral de los pacientes con cáncer; la promoción de la salud y reducción de los factores de riesgo; la definición de estrategias para la prevención y diagnóstico temprano; la formación de profesionales especializados y el establecimiento de un sistema de vigilancia y análisis epidemiológico.

Su existencia implica la coordinación de políticas públicas específicas a nivel nacional y el trabajo en consonancia con las instituciones pares de la región y del mundo, mediante el intercambio de experiencias, capacidades y esfuerzos.

En este contexto de implementación de acciones de salud pública, el desarrollo de la capacidad de investigación intra y extramuros que pueda utilizarse como insumo para la planificación de una estrategia general y la definición de las prioridades para la investigación, deben ser actividades continuas dentro del Plan Nacional de Control del Cáncer.

La sociedad civil -organizaciones no gubernamentales y no empresariales-, así como individuos y comunidades- tiene un papel importante en la implementación de los esfuerzos de control del cáncer. Las actividades de las organizaciones de la sociedad civil en países de altos ingresos y la colaboración con gobiernos y empresas pueden ayudar a apoyar y catalizar los esfuerzos nacionales de control del cáncer en países de ingresos bajos y medios⁶.

La implementación de un plan nacional de control del cáncer requiere de recursos adecuados, monitoreo y rendición de cuentas junto con un sistema de salud efectivo, fundado en los principios de cobertura universal de salud y fuerte atención primaria de salud⁷.

El INC ha desarrollado este plan quinquenal enfocado en la equidad y el acceso con el objetivo de formular un abordaje integral del cáncer poniendo, en primer lugar, especial énfasis en la promoción de estilos de vida saludables, en la prevención y diagnóstico temprano de los cánceres priorizados y promoviendo las líneas de cuidado continuo de pacientes oncológicos. El Instituto ha firmado convenios marco y específicos dentro de los programas que posee con las jurisdicciones, sociedades científicas, asociaciones civiles para coordinar las acciones para el logro de los objetivos. La principal población objetivo como parte de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo social es la población con cobertura exclusiva de salud, pero no queda limitada a ella. La responsabilidad de su aplicación deberá corresponder a

todas las instituciones relacionadas con cáncer sean públicas, privadas y de la comunidad en general porque ninguna de ellas podrá llevar a cabo aisladamente la totalidad de las intervenciones.

En articulación con la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles y de conformidad con las estrategias mundiales existentes para reducir los factores de riesgo compartidos para enfermedades no transmisibles y la aplicación multisectorial del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco⁸, la Secretaría de Gobierno de Salud junto a otros sectores del gobierno involucrados está trabajando en políticas costo-efectivas para reducir la carga del cáncer como impuestos al tabaco y al alcohol; eliminar la exposición al humo de tabaco o tácticas de comercialización del tabaco; asegurar un espacio abierto público de calidad y una infraestructura adecuada para la actividad física; reducir la contaminación del aire; y promover el acceso a la vacunación contra el virus del papiloma humano.

En cuanto a los programas dependientes de la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social que trabajan en la prevención el INC interactúa con:

- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, creado por la Ley 25673.
- Programa SUMAR y /o programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud creados por resolución ministerial 1195/2012 y 1460/2012 respectivamente y posteriormente con PACES.
- Programa de Control de Enfermedades No transmisibles creado por resolución Ministerial 1083/2009.
- Regulación de la publicidad, promoción, y consumo de los productos elaborados con tabaco, creado por Ley 26687.
- Cobertura Universal de Salud creado mediante Resolución 475/2016.

En cuanto a la investigación se trabaja de manera articulada con la Dirección de Investigación para la Salud dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.-

Y en lo referido a capacitación con la Dirección de Capital Humano también dependiente de la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

PLAN NACIONAL DE CONTROL DE CÁNCER

OBJETIVOS DEL PLAN NACIONAL

El Plan Nacional del Cáncer del INC es el programa de vigencia quinquenal (2018-2022) que funciona como marco para el desarrollo y la coordinación a mediano plazo de las políticas prioritarias del INC.

El objetivo principal del plan es mejorar la prevención, el diagnóstico, la detección, el tratamiento y la paliación del cáncer. Secundariamente, posicionar el cáncer como un problema de salud pública.

INTRODUCCIÓN DE ESTRATEGIAS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y ASPECTOS INTERSECTORIALES.

El concepto de programas nacionales de control del cáncer (PNCC) fue introducido y desarrollado por la OMS a mediados de los años ochenta. La primera versión de un PNCC apareció después de una reunión de la OMS en noviembre de 1991 en la que enuncian que: "Un programa nacional de control del cáncer es un programa de salud pública concebido para reducir el número de casos y muertes por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, a través de una sistemática y equitativa aplicación de estrategias basadas en evidencia para la prevención, el diagnóstico temprano, diagnóstico, tratamiento y paliación, haciendo el mejor uso posible de los recursos"⁹.

De acuerdo con las estrategias postuladas por la OMS, el Instituto Nacional del Cáncer diseñó su estrategia para el Plan Nacional del Control del Cáncer dentro de los cuatro enfoques principales del control del cáncer:

1. La prevención.
2. El diagnóstico temprano.
3. El diagnóstico y el tratamiento.
4. Los cuidados paliativos.

Dentro de este plan nacional para los próximos cinco años, los esfuerzos están enfocados en estos puntos, sabiendo que el éxito de los programas de diagnóstico temprano contribuirán significativamente a la mejora en el diagnóstico y el tratamiento. Transversal a todas las líneas de acción se encuentra la **vigilancia epidemiológica** del cáncer cuya fuente primaria de datos son los registros, los cuales permiten medir y monitorear la morbi-mortalidad por los distintos tipos de cáncer, estadio clínico y patológico de los tumores, los resultados en el continuo de cuidados de los pacientes oncológicos y su supervivencia. También, podemos encontrar de forma transversal a todas las líneas de acción la formación de recursos humanos, la investigación, la calidad y seguridad en la atención de los pacientes oncológicos.

1. La **prevención** se lleva adelante a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles y la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, pertenecientes a la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social con la cuales el INC articula en este tipo de intervenciones. La prevención no sólo se concentra en los riesgos asociados con la enfermedad o problemas particulares, sino principalmente en los factores protectores. Por ello en las actividades de prevención, se hace hincapié en:

- el control del tabaco;
- un régimen alimentario saludable;
- la realización de actividad física y el control del peso;
- la reducción del consumo de alcohol;
- la disminución de las exposiciones ocupacionales y ambientales a carcinogénicos;
- la inmunización contra los virus potencialmente oncogénicos (hepatitis B, VPH);
- la prevención de la exposición prolongada al sol;
- la educación sanitaria en relación con los factores sexuales y reproductivos vinculados con el cáncer.

Desde la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles se vienen

cumpliendo con éxito los principios de la Declaración de Ottawa¹⁰. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud enuncia que hay que *“Establecer una política pública saludable con especial atención a la reducción del consumo de sal, la política de prohibición de tabaco en los lugares públicos y la creación de entornos propicios y saludables. Programas comunicacionales con llegada a las escuelas, leyes de control de la publicidad de tabaco y la reorientación de los servicios sanitarios como así también la promoción de la salud entendida como el desarrollo de aptitudes personales de cuidado.”*

En particular, para los alcances de este plan, se lleva adelante la articulación con la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No transmisibles¹¹. Las enfermedades no transmisibles tales como la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, las neumopatías crónicas, y las lesiones son responsables en nuestro país, de más del 70% de las muertes y del 50% de los años de vida perdidos por muerte prematura. Estas enfermedades suelen compartir factores de riesgo comunes a varias de ellas, (alimentación inadecuada, sedentarismo y tabaquismo) así como también estrategias de vigilancias conjuntas e integradas. De la misma manera comparten problemáticas y estrategias comunes de prevención y control tanto a nivel de los determinantes sociales como en varias de las acciones dirigidas a los servicios y redes de atención. Los objetivos que persigue la Dirección son:

a) Coordinar programas dirigidos a la prevención y control de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; b) Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; c) Promover la elaboración de guías de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles o que presentan factores de riesgo para ellas; d) Promover hábitos, costumbres y comportamientos saludables para mejorar la salud de la población; e) Desarrollar y coordinar estrategias y acciones de vigilancia epidemiológica de las principales enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; f) Desarrollar acciones dirigidas a combatir el sedentarismo, la alimentación inadecuada y el consumo de tabaco; g) Formular, proponer y evaluar el desarrollo de políticas públicas en relación a la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles; h) Promover el desarrollo de entornos saludables (instituciones, escuelas, universidades, etc.); i) Promover la regulación de la oferta de productos y servicios con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población (disminución del contenido de sal en los alimentos industrializados, eliminación de grasas trans, disminuir el acceso al consumo de tabaco, etc.); j) Promover acciones de comunicación social y de educación para la salud por medios masivos y/o interpersonales y asesorar en esta materia a los organismos que lo requieran; k) Asesorar y/o representar a autoridades en las instancias intersectoriales en los temas de su competencia.

En su órbita se encuentra el Programa Nacional de Control del Tabaco¹², que fue implementado con un enfoque integral desde fines del 2003 y aprobado por la Resolución 1124 de agosto de 2006¹³. Sus objetivos son prevenir el inicio al consumo de tabaco, disminuir el consumo, proteger a la población de la exposición al humo de tabaco ambiental y promover la cesación. Abarca los aspectos principales que determinan el alto consumo de tabaco en Argentina, en particular, la elevada accesibilidad a los productos de tabaco, la imagen colectiva positiva sobre el consumo, la alta exposición al humo de tabaco ambiental y la escasa capacidad de respuesta de los servicios de salud para la cesación tabáquica. Sus líneas de intervención son las acciones de promoción de estilos de vida sin tabaco, regulación de la accesibilidad al tabaco, promoción

y regulación de ambientes libres de humo, desarrollo de servicios e incentivos a la cesación del tabaco.

Asimismo, el programa tiene una función rectora que se origina, desarrolla y sustenta dentro del marco de la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y se fortalece a través de la creación de una red de equipos y programas dependientes de los Ministerios de Salud de las Provincias, que desarrollan y llevan a cabo en sus jurisdicciones las diversas estrategias propuestas y acordadas en el marco de la Cobertura Universal de Salud.

Si bien Argentina aún no ha ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, la estrategia de intervención del programa sigue de cerca las medidas que establecen el mismo.

Las acciones estratégicas que atraviesan las líneas de acción y contribuyen al desarrollo del Programa y su sostenibilidad, son:

- Participación social, intersectorial e intergubernamental
- Formación y capacitación
- Comunicación social
- Promoción de proyectos locales
- Estudios e investigaciones

La concepción actual del cáncer como enfermedad multifactorial lleva implícita la estratificación de riesgo (ambiental y/o genético) de los individuos, como componente indispensable de la evaluación oncológica. Estos diferentes estratos de riesgo constituyen la base para plantear estrategias de prevención diferenciales y una utilización eficiente de los recursos disponibles.

•

2. El **diagnóstico temprano** del cáncer se fundamenta en el hecho que diagnosticar la enfermedad en una etapa inicial de su ciclo biológico, antes de la manifestación de síntomas, permite un tratamiento más eficaz que cuando la enfermedad ya ha alcanzado un estadio avanzado y que dicho tratamiento haya probado modificar el la historia natural de la enfermedad¹⁴. El propósito de esta iniciativa es detectar el cáncer cuando está localizado en el órgano de origen y no hay invasión de los tejidos circundantes ni de órganos distantes. Estas estrategias han probado disminuir la mortalidad como causa específica y constituyen una de las responsabilidades primarias del INC.

Los tumores de alta incidencia susceptibles de ser diagnosticados tempranamente son los de mama y de colon. Por otra parte, el cáncer cervicouterino puede ser prevenido mediante la detección de lesiones precancerosas, que son diagnosticadas y tratadas antes de que se transformen en cáncer invasor. La detección precoz de otros tumores, como el de próstata o vejiga, son controversiales y no existe aún evidencia científica concluyente. A los fines de este Plan Nacional de Control del Cáncer, las acciones se enfocarán en el **tamizaje de cáncer de mama, colon y cuello uterino**. El tamizaje consiste en la identificación de enfermedades en etapa asintomática por medio de pruebas, exámenes o procedimientos que puedan aplicarse a poblaciones blanco.

El éxito de los programas de tamizaje depende de varios principios fundamentales:

- La enfermedad investigada debe ser un tipo frecuente de cáncer, con una morbilidad o mortalidad altas;
- Es necesario contar con un tratamiento eficaz, capaz de reducir la morbilidad y la mortalidad;
- Los procedimientos de la prueba deben ser aceptables, seguros y costo-efectivos.

Las principales estrategias del diagnóstico temprano se llevan a cabo en el primer nivel de atención, como el ofrecimiento del test de sangre oculta en materia fecal para colon, el de VPH para cuello y el examen clínico mamario de calidad en mujeres en edad objetivo. El plan está orientado a fortalecer y orientar los sistemas de salud para abordar la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y específicamente el cáncer mediante la atención primaria de salud centrada en las personas, con redes integradas de servicios de salud en el marco de la cobertura universal de salud.

3. Diagnóstico y tratamiento. Para que el diagnóstico temprano cumpla con su rol, es esencial tener activo un sistema de referencia y contra-referencia que funcione en red y con prioridades compartidas, solo de ese modo el diagnóstico temprano podrá traducirse en tratamiento oportuno.

Esto significa que los programas que se diseñen para el diagnóstico temprano tendrán que generar espacios de interacción multidisciplinaria que integre los distintos niveles de atención en salud. En la actualidad, existen redes de referencia y contra referencia en distintos grados de desarrollo.

- Redes de aprendizaje e intercambio de información (Redes para compartir buenas prácticas, intercambiar conocimiento e información),
- Redes (clínicas) gestionadas de atención (Redes clínicas de atención para la integración de servicios) y
- Redes de servicios plenamente integradas (Sistemas integrados de provisión o redes de atención gestionadas, responsables de todo el proceso de atención).

4. En la actualidad se reconoce ampliamente que los principios de los ***cuidados paliativos*** deben aplicarse lo antes posible en el curso de cualquier enfermedad crónica y en última instancia al final de la vida. En el contexto de este plan nacional, esto se va a traducir en el **diseño de programas que se orienten a dar acceso a opioides y otros medicamentos paliativos, bajo el mismo régimen normativo que el resto de medicamentos oncológicos**. La atención paliativa tendrá una inclusión dentro de la atención oncológica definida por los niveles de complejidad del paciente independientemente de su expectativa de curación o sobrevida. Deberá incluir todos los niveles de atención para lograr que el cuidado sea integrado y continuo.

METODOLOGÍA

Se trata de una planificación estratégica que incluye intervenciones basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico temprano, diagnóstico, tratamiento y paliación en oncología, haciendo el mejor uso posible de los recursos, que constituyen la línea de cuidado continuo en cáncer. Esta planificación se realizó con el objetivo de articular los objetivos específicos de cada línea de trabajo del INC con las metas y las estrategias de intervención, en línea con los objetivos

generales institucionales y se llevó a cabo en estrecha correlación con todos los actores intervinientes en la materia: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Ministerio de Educación, Poder Legislativo, sociedades científicas afines, organizaciones no gubernamentales en representación de la sociedad civil.

La participación de la Sociedad Civil se llevó adelante a través de grupos focales convocando a Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que contaran con acta de constitución como tales y que en ella mencionarán líneas de acción relacionadas a cáncer. El objetivo fue conocer y analizar las opiniones y las percepciones sobre las prioridades en los lineamientos de la política de control del cáncer del Instituto Nacional del Cáncer (INC) para los próximos cinco años desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en la Argentina. Se realizaron dos grupos focales. Participaron dieciséis (16) autoridades de las OSC vinculadas al cáncer (presidentes, directores, secretarios ejecutivos, tesoreros). Para coordinar los grupos focales se utilizó una guía de pautas semi-estructurada con los temas a indagar donde además de las prioridades en los lineamientos de la política pública de control del cáncer se consultó sobre el rol que las OSC pueden desempeñar para complementar las acciones que se realizan desde el Estado, el conocimiento de las líneas de trabajo del INC en las líneas definidas como prioritarias, y las características de las OSC, acciones principales y dificultades en su tarea cotidiana.

Las prioridades de los lineamientos de política de control del cáncer que emergieron de las deliberaciones se concentran en cuatro áreas: [1] prevención y diagnóstico temprano; [2] capacitación de los profesionales de atención primaria de la salud; [3] campañas de difusión masiva y [4] registros estadísticos.

Estas áreas de trabajo fueron descritas como un flujo continuo de acciones que se retroalimentarán a medida que se vayan implementando. Los participantes de los grupos concibieron que la prevención y diagnóstico temprano del cáncer mejorará en la medida que haya profesionales capacitados en el primer nivel de atención (APS) para que realicen la prescripción de estudios diagnósticos frente a sospechas o síntomas de cáncer, así como derivaciones rápidas y oportunas a los especialistas en el segundo nivel de atención. De la misma forma sostuvieron que campañas de difusión masiva sobre el cáncer, factores de riesgos y síntomas sensibilizarán a la población para que consulte a los profesionales sobre signos o síntomas abriendo la posibilidad para desarrollar acciones preventivas o de diagnóstico temprano de la enfermedad. La conformación del panel así como los resultados del mismo se encuentran en el ANEXO II.

También se realizó la presentación al Consejo Consultivo del Plan Nacional de Control de Cáncer (creado ad hoc) constituido por sociedades científicas que entienden en cáncer y universidades (ver listado completo en ANEXO III) quienes realizaron intervenciones y opiniones respecto al PNCC en forma presencial y luego se enviaron sus comentarios por mail a fin de que pudieran ampliarlos. Este documento de intercambio se encuentra disponible en el ANEXO IV.

A este Consejo se elevará anualmente el informe de progreso del PNCC a fin de realizar eventualmente los ajustes necesarios.

Una vez aprobado por el Secretario de Gobierno de Salud, se enviará a revisión externa a un Consejo Asesor Externo constituido por autoridades de OMS, NCI, UICC y ESMO. A quienes se enviará anualmente los informes de monitoreo, revisados y aprobados por el Consejo Consultivo Nacional.

El PNCC se dará a conocer a las Jurisdicciones y demás actores del cuidado continuo del cáncer a quienes se invitará a adherir al PNCC.

Las etapas de la planificación alcanzadas son:

Paso 1: Revisión del estado actual del problema del cáncer y de los servicios o programas para su control. Se ha actualizado el diagnóstico de situación de los programas de prevención y control de cáncer cervicouterino, mama, colorrectal, pediátrico, cuidados paliativos, tumores hereditarios, entre otros.

Paso 2: Formulación y adopción de una política. Esto incluye la definición de la población objetivo, metas, indicadores, para la priorización de intervenciones en cada una de las etapas del cáncer

Paso 3: Se han identificado los procesos necesarios para aplicar la política. Su implementación y factibilidad tienen también 3 pasos:

1: Medidas básicas: Implementación de las intervenciones establecidas en la política que sean viables en la actualidad con los recursos existentes.

2: Medidas ampliadas: Implementación de las intervenciones establecidas en la política que sean viables a medio plazo, con una proyección realista del aumento o reasignación de recursos.

3: Medidas deseables: Implementación de las intervenciones establecidas en la política que queden fuera del alcance de los recursos disponibles en la actualidad, si se dispone y cuando se disponga de tales recursos.

En la actual sociedad de la información, donde los cambios se producen de forma más rápida cada vez, es muy difícil anticipar todos los escenarios posibles, debido a ello, el plan necesitará flexibilidad para enfrentarse a los imprevistos y reaccionar ante contingencias no proyectadas. El plan también se actualizará con regularidad para introducir ajustes y adaptarse a los nuevos conocimientos, a las nuevas tecnologías y a los deseos de los pacientes/clientes. En este caso el plan es quinquenal (2018-2022) y tiene prevista la actualización durante el cuarto año de vigencia.

Paso 4: Revisión externa. El presente documento fue sometido a revisión técnica externa por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), avalando los programas, proyectos y acciones contenidas en el PNCC en concordancia con las pautas y recomendaciones de dicho organismo y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

II. II- PLANIFICACIÓN, GOBERNANZA, IMPLEMENTACIÓN, Y MONITOREO

PLANIFICACIÓN

Contexto organizativo y recursos provenientes de la implementación del Plan nacional de control del cáncer

Se ha designado un consejo consultivo (ANEXO III), compuesto por representantes de las distintas sociedades científicas y universidades publico privadas. El consejo examina el avance de las acciones del Plan Operativo Anual (POA) junto con los responsables implicados.

La base del PNCC reposa sobre un dispositivo de seguimiento constituido por numerosos indicadores de seguimiento de acciones y de resultados de los programas o líneas de trabajo que lo componen (tasa de participación, tasa de referencia, cobertura poblacional de tamizaje, etc.). El Consejo Consultivo realiza un análisis sistemático en términos de pertinencia, modo de desarrollo y seguimiento del programa para realizar los ajustes necesarios. Concretamente, este consejo asegura el cumplimiento de las acciones del programa en relación con los objetivos previstos, a través del análisis de los datos del sistema de información y de las evaluaciones y estudios llevados a cabo.

GOBERNANZA

Gobernanza y alianza

El liderazgo y la gobernanza en el control del cáncer involucran el desarrollo y la implementación de marcos estratégicos combinados con una supervisión efectiva, la formación de coaliciones y el compromiso multisectorial, la regulación, la asignación de recursos, la atención al diseño del sistema y la responsabilidad. Los PNCC deben incluir pautas de diagnóstico temprano, mecanismos de referencia, estándares mínimos de atención, roles y responsabilidades de los recursos humanos disponibles y mecanismos de control de calidad. Se debe considerar cuidadosamente cómo la distribución de los recursos afecta el acceso y la equidad. La acreditación y los estándares pueden mejorar la disponibilidad y la preparación de las intervenciones clave en cada nivel del sistema de salud. De manera similar, la acción multisectorial a través de una asociación efectiva puede facilitar el diagnóstico temprano y promover el acceso a la atención del cáncer.

Alianzas

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles
Dirección de Promoción de la Salud y control de Enfermedades No transmisibles
Dirección Nacional de Investigación en Salud
Dirección Nacional de Medicamentos
Dirección Nacional de Interoperabilidad
Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria
Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias

Gobernanza Nacional

La Secretaría de Gobierno de Salud al ser el ente rector del Sistema de Salud Nacional, y como tal, es garante de la protección y el mejoramiento del estado de la salud de la población.

Razón por la cual debe formular, oficializar y evaluar periódicamente el modelo de prestación de servicios de salud de atención a las personas de manera que guíe la provisión tanto del sector público como privado. Esto incluye construir y aplicar las metodologías necesarias para evaluar el funcionamiento de las redes de servicios y asegurar que funcionen de manera eficiente, eficaz y efectiva.

La gobernanza de las estrategias de salud reside en la Secretaría de Gobierno de Salud. Como parte de estas acciones y para dar cumplimiento a las acciones tendientes al control del cáncer en nuestro país, ha designado a la Dirección del Instituto Nacional del Cáncer en conjunto con la Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos para dirigir la implementación del plan nacional para el control del cáncer (PNCC). El objetivo de la gobernanza es movilizar los recursos necesarios y asegurar el seguimiento y la evaluación del programa a través de reuniones de coordinación semestrales con los diferentes gestores nacionales y las regiones implicadas.

Gobernanza regional del PNCC

Los servicios descentralizados del Ministerio de Salud y Desarrollo Social están formados por direcciones. La gobernanza a nivel provincial es ejercida por el Ministro de Salud Provincial, el cual manifiesta su adhesión al PNCC a través de la firma de un convenio específico.

El sistema de salud en Argentina se basa en una jerarquía de oferta de atención sanitaria organizada en tres niveles: el primero consiste en la atención primaria (ambulatorios y centros de salud), el segundo incluye los hospitales provinciales y el tercero: hospitales regionales.

El PNCC se planificó de forma progresiva y en concomitancia con la implementación de la CUS (Cobertura Universal de Salud) la cual se centra en equipos de salud familiar y comunitaria con población a cargo, historia clínica electrónica, mejora del acceso y la calidad prestacional y formación del equipo de salud.

Todas las provincias comparten un mismo modelo de coordinación estándar respecto a la implementación de la CUS. Un coordinador CUS provincial es el responsable de implementar el programa, gestionarlo y adaptarlo a nivel provincial. La coordinación provincial de CUS depende del ministerio de salud jurisdiccional, encargada de la gestión y de la planificación de los diferentes aspectos del programa a escala provincial.

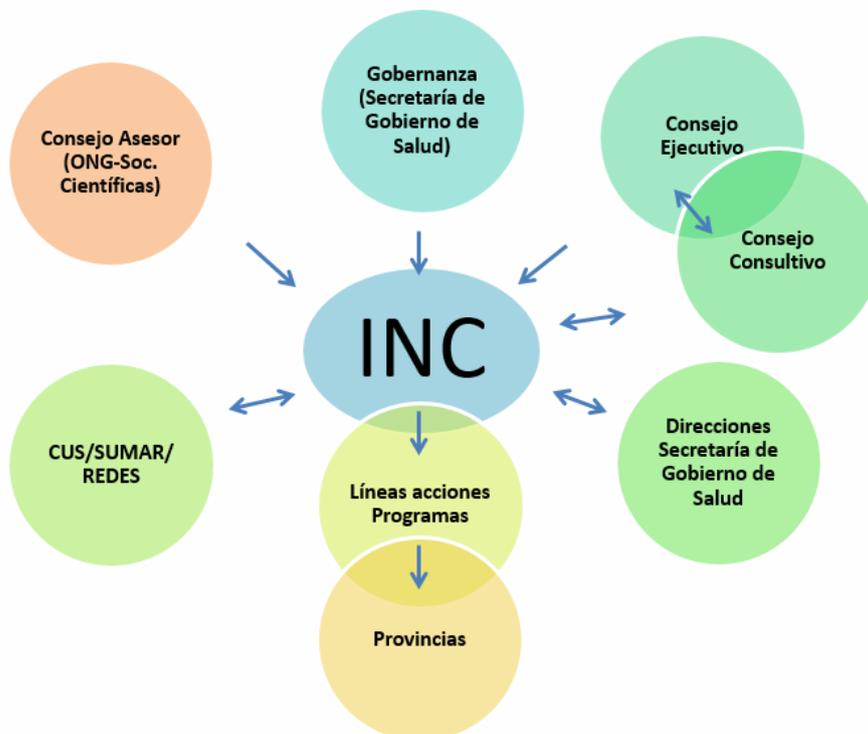
Periódicamente, el INC realiza informes de avance de la implementación de los diferentes ejes y acciones del programa, de sus resultados y de las dificultades encontradas. Dicho balance se presenta en las reuniones con los responsables tanto regionales como nacionales. El seguimiento y la evaluación del programa se basan en el sistema de información (SITAM) para los programas de tamizaje y registros ROHA y RITA.

En cuanto al dispositivo de seguimiento y evaluación del programa, el sistema de información de los programas (SITAM) tal cual aparece en la guía de diagnóstico precoz de cáncer de mama, cérvix y colorrectal se aplica en todos los centros de salud y de referencia que se han visitado. Los centros hospitalarios en general disponen de un sistema de información propio pero que, en la mayoría de los casos, aún sigue sin explotarse para asegurar el seguimiento de las mujeres con un diagnóstico positivo y su posterior atención.

El sistema de información, tal y como está concebido, y los indicadores definidos en el PNCC permiten asegurar el seguimiento del PNCC a través de la retroacción a los gestores en cuanto al funcionamiento de las líneas estratégicas del PNCC (que incluye toda la línea de cuidado continuo desde la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento de lesiones precancerosas). Esta medida favorecerá la institucionalización del programa a escala nacional, regional y provincial.

En el esquema 1 se detalla la estructura organizacional del PNCC. La direccionalidad de las flechas indican el flujo de la información.

Esquema 1: Estructura Organizacional del PNCC



Rendición de cuentas y transparencia

El PNCC 2018-2022, sus avances logros y resultados la información objetiva, oportuna y fidedigna derivada de los procesos de seguimiento y evaluación estarán disponibles para la toma de decisiones y especialmente para la rendición de cuentas de los siguientes actores:

- **Al Gobierno Nacional:** la información trimestral, semestral y anual del seguimiento de metas nacionales, provinciales y de programas y proyectos del PNCC y la información de los procesos de evaluación de intervenciones públicas servirán para el mejoramiento de la gestión pública en la materia tanto a nivel nacional como en cada una de las jurisdicciones (provincias) que adhieran al presente.
- **A los Órganos de Control y fiscalización:** los informes semestrales estarán a disposición de la Auditoría General de la Nación como órgano de control externo, Sindicatura General de la Nación en su carácter de órgano de control interno y se pondrá a disposición del Poder Legislativo en la medida que sea solicitado para el control político y retroalimentar la programación presupuestaria.
- **A la ciudadanía:** sometiendo el informe anual a la plataforma de consulta pública de presidencia de la nación (<https://consultapublica.argentina.gob.ar/>).

RECLUTAMIENTO DE LÍDERES

Se realizó el reclutamiento de líderes entre Sociedades Científicas y Universidades para constituir un Consejo Consultivo ad hoc (ANEXO III)

Se realizó la presentación al Consejo Consultivo del Plan Nacional de Control de Cáncer quienes realizaron intervenciones y opiniones respecto al PNCC en forma presencial y luego se enviaron sus comentarios por mail a fin de que pudieran ampliarlos.

A este Consejo se elevará anualmente el informe de progreso del PNCC a fin de realizar eventualmente los ajustes necesarios.

IMPLEMENTACIÓN

La Cobertura Universal de Salud (CUS) es una estrategia priorizada por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación para disminuir las desigualdades de salud entre las jurisdicciones y los distintos tipos de cobertura (pública, de la seguridad social y privada).

La CUS tiene como objetivo que todas las personas tengan acceso a servicios integrales, adecuados, oportunos y de calidad cercanos a su domicilio, independientemente de dónde vivan o su condición socioeconómica. Para ello, el Estado nacional propone a las jurisdicciones avanzar en la implementación de estrategias y acciones con el fin de mejorar la calidad, cantidad y accesibilidad a los servicios de salud del sistema público, poniendo a disposición los Programas nacionales. Dado que la implementación de la CUS es gradual y progresiva, propone una metodología de trabajo a través de Proyectos Provinciales Escalables (PPE) definidos por cada jurisdicción en acuerdo con la Nación.

En Argentina el acceso a la salud es universal. Esto significa que todas las personas tienen derecho a utilizar los servicios de salud. Sin embargo, la cobertura efectiva no solo es acceder a los servicios sino que además implica integralidad, continuidad de la atención, coordinación de cuidados, con efectividad, equidad y calidad.

Entre las intervenciones con efectividad comprobada se encuentran las acciones del control del cáncer a nivel poblacional. Esta patología se encuentra incluida dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles en su gran mayoría, con excepción de ciertos cánceres que en su etiología se encuentran agentes infecciosos virales (VPH y hepatitis).

En las distintas regiones del país existen situaciones de inequidad y disparidad sanitaria en cuanto a niveles de inversión, desarrollo y capacidades entre las jurisdicciones, que se traducen en acceso a los servicios de salud y resultados sanitarios heterogéneos.

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Asimismo, deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La implementación del PNCC, como parte de la CUS se viene dando además a través de las fuentes de financiamiento externas tales como el préstamo del Banco Mundial BIRF que ha prestado apoyo en el tamizaje poblacional de cáncer colorrectal. A través de la implementación del Préstamo BID 3772 OC/AR, se promueve la ampliación de la red y el fortalecimiento del primer nivel de atención. El Programa financia proyectos provinciales de inversión para el fortalecimiento de sus redes, verificando el cumplimiento de metas previamente acordadas con las provincias.

En la primera fase se financió, además, la compra de medicamentos esenciales para las consultas en el primer nivel de atención (PNA) para contener la crisis económica que sufrió Argentina en 2001-2002. Actualmente esa capacidad de compra ha sido recuperada por el MSYDS a través del programa CUS Medicamentos, por lo que los objetivos de financiamiento están enfocados a mejorar la gestión física de los medicamentos, con equipamiento y almacenamiento seguro y capacitación en uso racional.

El Programa sostiene la implementación de acciones definidas por el MSYDS en conjunto con los MSP, mediante la consolidación de las redes de salud, y se financia con el Préstamo BID 3772/OC-AR y recursos de aporte local. Considerando a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS) como eje estructurante de la organización del sistema de salud público argentino, sus acciones se dirigen a fortalecer las estrategias priorizadas, con el objetivo de asegurar la accesibilidad de la población más vulnerable del país a los servicios de salud y garantizar la continuidad del proceso de atención. El beneficiario directo del Programa es la población con cobertura exclusiva del subsector público de salud.

El Programa promueve las estrategias de promoción, detección y control de riesgo cardiometabólico, enmarcadas en la Estrategia Nacional de Prevención y Control de ENT que lleva adelante la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No

Transmisibles (DPSyCENT). Además, articula acciones sinérgicas con otros programas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, como PROTEGER, SUMAR y luego su continuación PACES. Las líneas de cuidado de cáncer, en materia de prevención secundaria constituyen trazadoras del Programa SUMAR desde hace varios años.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

A través de la implementación de la CUS como política de Estado, se pretende el acceso equitativo y de calidad a todo el territorio nacional en materia oncológica mediante la incorporación de medidas que han mostrado impactar en la evolución natural de la enfermedad como son las pruebas de tamizaje, además de líneas de acción específicas de cáncer relacionadas por ejemplo a los registros, la investigación y capacitación.

CONSULTA A ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES

Estudio cualitativo sobre opiniones y percepciones sobre las prioridades en los lineamientos de la política de control del cáncer del Instituto Nacional del Cáncer desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil en Argentina.

El objetivo del estudio fue conocer y analizar las opiniones y las percepciones sobre las prioridades en los lineamientos de la política de control del cáncer del Instituto Nacional del Cáncer (INC) para los próximos cinco años desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en la Argentina.

Para ello se realizaron dos grupos focales. Participaron dieciséis (16) autoridades de las OSC vinculadas al cáncer (presidentes, directores, secretarios ejecutivos, tesoreros). Los participantes en su mayoría fueron miembros fundadores de las organizaciones, y además podían ser pacientes, ex pacientes, familiares de pacientes y, algunas experiencias, familiares de pacientes fallecidos por algún tipo de cáncer. En total pertenecían a doce (12) OSC.

Para coordinar los grupos focales se utilizó una guía de pautas semi-estructurada con los temas a indagar donde además de las prioridades en los lineamientos de la política pública de control del cáncer se consultó sobre el rol que las OSC podían tener para complementar las acciones que se realizan desde el Estado, el conocimiento de las líneas de trabajo del INC en las líneas definidas como prioritarias, y las características de las OSC, acciones principales y dificultades en su tarea cotidiana. (Para profundizar en los contenidos de la guía ver APÉNDICE A). Previo a la realización de los grupos focales se aplicó un consentimiento informado, y luego se procedió a la grabación digital de las discusiones para su posterior desgrabación y análisis temático del material. Los grupos duraron aproximadamente dos (2) horas cada uno, y se realizaron el 31 de julio y 1 agosto en la sede del INC. Ver Anexo II.

DESARROLLO DE ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

La estrategia de comunicación está alineada con los objetivos del Plan Nacional de Control de Cáncer cuyo propósito es posicionar al cáncer en la agenda pública como una problemática clave en la salud de la población. En ese sentido, la estrategia de comunicación estará abocada a acompañar las acciones tendientes a reducir la prevalencia de los factores de riesgo del cáncer, mejorar la detección temprana, informar y fortalecer los comportamientos que favorezcan el cuidado de la salud de las personas.

La estrategia de comunicación del Plan comprende los siguientes objetivos:

- Posicionar al INC como el organismo de referencia en materia de cáncer a nivel nacional.
- Favorecer el acceso a información sobre cáncer de una manera fácil y clara, a través de un entorno web amigable y por medio de otros soportes y acciones comunitarias.
- Dar visibilidad a las actividades del INC y de los temas que se abordan desde las diferentes líneas programáticas a través de los distintos canales y soportes del área.
- Sensibilizar a la población acerca del cáncer, favorecer la participación ciudadana en las acciones de concientización.
- Brindar lineamientos técnicos y herramientas prácticas en el abordaje comunicacional del cáncer.

Para cumplir con estos objetivos se realizará una campaña de difusión articulada con la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación utilizando las pautas de bien público y las Efemérides del Ministerio de Salud y Desarrollo Social Además, se buscará el patrocinio de dos personas públicas de trayectoria reconocida cuya misión será acompañar a la difusión del PNCC.

MONITOREO Y AUDITORÍA

A través de auditorías y monitoreo de indicadores se podrá conocer el desarrollo del proceso, el desempeño, el grado de eficiencia de los recursos del plan fijado, el avance de las actividades y los resultados que se esperan. Con estas herramientas podremos mejorar la calidad de las actividades de promoción, prevención y atención en los establecimientos.

Monitoreo

A través del monitoreo, se analizará el grado de avance alcanzado para lo cual se deberá realizar el seguimiento de las actividades programadas. Este proceso se llevará a cabo a nivel local, regional y nacional.

El monitoreo tiene como **objetivo** seguir a nivel nacional el cumplimiento de actividades mediante la recolección de la información para poder tomar decisiones. Este objetivo deberá cumplirse a través de la selección de instrumentos de monitoreo, listas de chequeo, revisión de informes provenientes de los registros y visitas a nivel local y regional. La información recogida deberá elevarse progresivamente a nivel regional y nacional a fin de poder tomar decisiones.

Con los resultados de los monitoreos se realizarán los informes correspondientes y las rendiciones de cuentas detalladas en el párrafo **Rendición de cuentas y transparencia**.

Auditoría

Las auditorías permitirán determinar el desempeño de las personas afectadas a una función dentro del Plan Nacional y así poder identificar las necesidades de apoyo y capacitación. Tiene el propósito de analizar el proceso y los resultados en un determinado momento del desarrollo de las actividades. Este análisis se realizará a través de los indicadores de proceso y de resultado previstos con anticipación. La evaluación permitirá mejorar los resultados de corto y mediano plazo para asegurar el cumplimiento de metas a largo plazo y la obtención de impacto.

El **objetivo** de la auditoría es evaluar el desempeño técnico y administrativo de las personas supervisadas a nivel regional y local. Para lograr ese objetivo se deberá seleccionar instrumentos, fichas de trabajo: Plan Operativo Anual, reuniones, talleres y cursos, así como visitas de asistencia técnica.

PARTE III

III. ENFOQUES PARA EL CONTROL DEL CÁNCER: líneas de trabajo prevención primaria, prevención secundaria, tratamiento, cuidados paliativos, investigación

Como se ha mencionado con anterioridad, la **prevención** primaria del cáncer se lleva adelante a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles y la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, pertenecientes a la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social con la cuales el INC lleva adelante una articulación en este tipo de intervenciones. La prevención no sólo se concentra en los riesgos asociados con la enfermedad o problemas particulares, sino también en los factores protectores.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles / Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles](#)

Basados en las cuatro estrategias que abarcan las líneas de cuidado continuo del cáncer mencionadas y siguiendo los objetivos de creación del INC, se han definido las siguientes líneas de trabajo (programas):

- 1- Sistema de Vigilancia epidemiológica y reporte del cáncer
- 2- Área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
- 3- Programa de Promoción de la Investigación en Cáncer
- 4- Coordinación de Formación de Recursos Humanos en Cáncer
- 5- Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino
- 6- Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal
- 7- Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama
- 8- Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer
- 9- Programa Nacional de Cuidados Paliativos
- 10- Programa Nacional de Cáncer Familiar
- 11- Conformación de redes de atención en oncología de cirugía, oncología clínica y radioterapia en todo el país.
- 12- Oncohematología
- 13- Telemedicina
- 14- Calidad en la gestión institucional
- 15- Gestión de calidad y seguridad en la atención del paciente oncológico. Etiquetas de calidad en prestaciones de la línea de cuidado continuo.

El INC cuenta con diversos programas y coordinaciones que incluyen la investigación, formación de recursos humanos, programas de tamizaje de los cánceres con mayor impacto en la población (colon, mama y cérvix) y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Reporte del Cáncer (SIVER-Ca) a partir del cual se monitorea la situación de salud y el impacto de las intervenciones a nivel poblacional. Este monitoreo, estructurado y sistemático, se realiza a través de una serie de indicadores construidos a partir de datos de estadísticas vitales, los registros de cáncer de base

poblacional, el Registro Institucional de Tumores de Argentina – RITA - (de adultos), el ROHA (Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino) y el sistema de Tamizaje de cáncer cervicouterino, mama y colorrectal (SITAM).

1. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA y REPORTE DEL CÁNCER

1.1 Justificación

Los Registros de Cáncer (RC), insumo fundamental en la definición de las políticas públicas y los programas de control de esta enfermedad, consisten en la recolección continua y sistemática de datos estandarizados internacionalmente, el análisis y la difusión de información y la promoción y participación en investigaciones. Entre los RC se destacan los de base hospitalaria (RCBH) y los poblacionales (RCBP). Formando parte de estos últimos se destacan los monográficos, como el Registro Argentino de Melanoma Cutáneo (RAMC), con el que existe un acuerdo de colaboración firmado INC/RAMC.

El único RCBH del país que incluye a toda la población, de cualquier sexo y edad, es el Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA). El RITA es un registro nacional de cáncer de base hospitalaria, centralizado en el INC, implementado desde sus orígenes como parte del SIVER-Ca. Su estructura está establecida en una plataforma web conformada por bases de datos relacionadas que comprenden cinco dimensiones: datos institucionales, del paciente (incluyendo tratamientos y seguimiento), del tumor, de los servicios de atención y de mortalidad; sobre las cuales se avanza en un módulo de análisis. Su objetivo es la recopilación sistemática de datos a fin de brindar información que contribuya a la planificación, administración y gestión hospitalaria, evaluando la eficacia y articulación de la red de atención de oncología; brindando información que permita orientar con criterios de equidad, eficiencia y racionalismo la movilización o incorporación de recursos (humanos y materiales); monitorear la calidad asistencial en la atención de los pacientes con cáncer que se encuentran en seguimiento y/o tratamiento; colaborar con otros registros de cáncer; y contribuir al desarrollo del conocimiento a través de su participación en ateneos y/o comités de tumores, consultorios multidisciplinarios e investigaciones clínicas, epidemiológicas y/o sociales; así como también publicaciones científicas.

En relación a los RCBP, el SIVER-Ca se ha constituido en el año 2014 en el Centro Coordinador del Nodo Regional para Latinoamérica (LA-Hub, por su sigla en inglés), de la IARC/GIRC. La GICR es la Iniciativa Mundial para el Desarrollo de Registros de Cáncer lanzada por la OMS en el marco de los programas de control del cáncer, cuyo liderazgo ha sido encomendado a la Agencia Internacional de Investigaciones de Cáncer (IARC).

1.2 Antecedentes

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Reporte del Cáncer (SIVER-Ca) se implementa en forma simultánea a la conformación del INC. Su objetivo es promover el uso de la epidemiología para la gestión y la investigación en cáncer, fortaleciendo las capacidades analíticas en los diferentes niveles del sistema de salud y posibilitando la toma de decisiones sustentada en información; garantizando la calidad y confiabilidad de los datos sobre la morbimortalidad por cáncer a nivel institucional, local, provincial-regional y nacional.

La puesta en marcha de este programa consiste en la recolección sistemática de datos, análisis e interpretación de indicadores de salud que son esenciales para la planificación, implementación y evaluación de las acciones en salud pública en relación al cáncer. Si bien las encuestas nacionales de factores de riesgo (ENFR) y las estadísticas vitales (mortalidad), al igual que los censos, son la base de la vigilancia de todas las enfermedades no transmisibles (ENT); los RCBP desempeñan un papel fundamental, único y específico para la vigilancia del cáncer, proporcionando indicadores de incidencia y supervivencia basados en la población y los RCBH representan la herramienta de gestión de los servicios de salud en el continuo de cuidados.

Desde la creación del INC se realiza el monitoreo de la mortalidad por cáncer a través de la publicación de una serie de documentos institucionales, todos de acceso libre y gratuito, disponibles en “Recursos para profesionales” en el sitio web del Instituto (www.argentina.gob.ar). Entre ellos se destacan los Atlas de mortalidad por cáncer. Argentina, 2007-2011 y su suplemento y Argentina, 2011-2015; los Atlas de mortalidad por cáncer en Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2007-2011 (por Circunscripciones Electorales) y 2011-2015 (por Comunas); las Estadísticas por Cáncer y las Salas de Situación por Cáncer y los Boletines Epidemiológicos, de Argentina y sus regiones geográficas (Centro, Cuyo, NEA, NOA y Sur).

El RITA, cuya prueba piloto se realizó antes de la creación del INC, cuenta con aproximadamente 50 instituciones activas en 21 de las 24 jurisdicciones del país, más de 45.000 pacientes y tumores registrados que se corresponden con el registro de más de 70.000 tratamientos. Anualmente se presentan los resultados institucionales a través de informes de gestión en los que se incluyen, según el grado de avance institucional (dependiendo de los años de actividad del RITA), análisis de epidemiología de los servicios de menor a mayor complejidad. Asimismo, a nivel central (INC) se analizan los resultados de la red de RITA, publicados en Avances y resultados 2012-2015 y 2012-2017.

Los RCBP del país se vieron beneficiados con la creación del INC y la inclusión de la necesidad de información sobre cáncer en la agenda de los tomadores de decisión en salud. En 2010, existían 7 RCBP activos en Argentina, otros tantos habían discontinuado su actividad por falta de financiamiento y algunos se encontraban en las primeras etapas de desarrollo. Actualmente (2018), el número de RCBP se duplicó (14) y de igual manera, la calidad de sus datos ha ido en aumento. Mientras en el Volumen IX del CI5 (Incidencia de Cáncer en 5 Continentes, de la IARC) sólo 1 registro fue incluido; en el Vol. X se incluyeron datos de 4 registros y en el Vol. XI, fueron 7 los registros de Argentina que alcanzaron los estándares de la IARC. La participación de estos registros en la vigilancia global del cáncer a través de la supervivencia relativa por cáncer ha sido similar. Mientras en CONCORD-1 (1995-99), ningún registro de Argentina había participado; en el último CONCORD (2010-14), participaron 5 RCBP.

La capacitación del personal técnico de los registros de cáncer se realiza a través de cursos presenciales y virtuales, en relevamientos de datos, control y monitoreo de calidad, codificación y estadificación de tumores. Asimismo, anualmente se desarrollan capacitaciones en epidemiología del cáncer en forma escalonada, desde análisis descriptivo de datos hasta análisis avanzados; entre los que se destacan los análisis de supervivencia y los de desigualdades en salud por cáncer.

Finalmente, si bien aún no se ha incluido el módulo de epidemiología del cáncer en la currícula de la carrera de “Especialista en epidemiología”, anualmente se reciben residentes de 2° y 3° año de la carrera, en rotaciones de 3 meses por el SIVER-Ca que culminan con la entrega de un trabajo científico publicable.

1.3 Objetivos generales

- 1.3.1 Analizar y difundir información sobre morbilidad y mortalidad por cáncer, sus factores de riesgo y determinantes.
- 1.3.2 Dirección y gestión del RITA. Analizar y difundir los resultados de la Red de Registros Institucionales de Tumores de Argentina (RITA).
- 1.3.3 Gestión del conocimiento en vigilancia epidemiológica del cáncer.
- 1.3.4 Coordinar acciones para el fortalecimiento y desarrollo de registros de cáncer de base poblacional (RCBP) en el país.

1.4 Objetivos específicos

- 1.4.1 Institucionalizar el programa de Vigilancia del cáncer con la creación del “Observatorio epidemiológico del cáncer”
- 1.4.2 Consolidar el "Sistema de información epidemiológica del cáncer"
- 1.4.3 Dirección y gestión del RITA - garantizando mayor cobertura, adherencia institucional y calidad de información.
- 1.4.4 Liderar la formación de recursos humanos en epidemiología del cáncer y registros de cáncer.
- 1.4.5 Analizar y difundir información sobre morbilidad y mortalidad por cáncer, sus factores de riesgo y determinantes.
- 1.4.6 Fomentar la elaboración y difusión de investigaciones y publicaciones científicas sobre epidemiología del cáncer.
- 1.4.7 Fortalecimiento y desarrollo de RCBP.

1.5 Líneas de acción

- 1.5.1 Desarrollo del programa de “vigilancia epidemiológica del cáncer” y creación del “Observatorio epidemiológico del cáncer”: definición de su misión, metas y objetivos, y la estructura mínima de recursos con los que debería contar para su pleno funcionamiento. Aprobación de la Resolución de creación del “Observatorio epidemiológico del cáncer” y difusión en el Boletín Nacional en el segundo semestre de 2019.
- 1.5.2
- 1.5.3 Presentación del “Observatorio epidemiológico del cáncer” a las autoridades del INC – discusión y revisión de la propuesta hasta su aprobación.
- 1.5.4 Coordinar el relevamiento de diversas fuentes de datos sobre morbi–mortalidad por cáncer, sus factores de riesgo y determinantes: a fin de mantener actualizada la información y garantizar su oportunidad, se deberán formalizar y firmar convenios con otras entidades institucionales que sean fuentes de datos para el “sistema de información epidemiológica”.

- 1.5.5 Operacionalización de variables – con el objetivo de estandarizar las variables y la sistematización del análisis epidemiológico a fin de garantizar la calidad y validez de los datos relevados.
- 1.5.6 Sistematización y normatización de procesos para la producción de información para lo cual se desarrollarán manuales de procedimientos con definición de variables - categorías y estratos para análisis para los documentos de publicación periódica del SIVER-Ca.
- 1.5.7 Implementación del RITA en todas las jurisdicciones del país: específicamente en las instituciones definidas como de categoría IV en el transcurso de 10 años..
- 1.5.8 Gestión de calidad/comparabilidad y monitoreo de resultados en los servicios de atención de pacientes oncológicos a través del RITA a nivel Central – INC. La calidad de estos registros es monitoreada a través de la calidad observada en el relevamiento de las variables fundamentales. Los RITA deberán alcanzar más del 75% de datos válidos en sus variables fundamentales al 2° año de actividad del registro.
- 1.5.9 Ampliación del RITA a través de la incorporación de nuevas variables y/o módulos específicos (tumores poco frecuentes, melanoma, etc.). Este es un registro que se actualiza permanentemente, ampliando su cobertura al registro de tumores específicos y la incorporación de variables diagnósticas y/o pronósticas, según necesidad.
- 1.5.10 Devolución anual de resultados institucionales - gestión de procesos en el continuo de cuidados de los pacientes con cáncer y acuerdos de seguimiento de casos a nivel institucional.
- 1.5.11 Análisis periódico de los datos del RITA, monitoreo de oportunidades (de accesibilidad, diagnósticas y terapéuticas) y supervivencia al cáncer; en el marco de producir y difundir periódicamente información epidemiológica de los servicios de salud que integran la red de atención oncológica en todos sus niveles a través de una publicación anual.
- 1.5.12 Capacitación científica y técnica de los recursos humanos involucrados en la vigilancia epidemiológica del cáncer a fin de contar con recursos humanos formados en epidemiología del cáncer en todas las jurisdicciones del país.
- 1.5.13 Elaboración del Documento Marco de Referencia para la Acreditación de la Tecnicatura de "Personal técnico en registro del cáncer" y el "Módulo de epidemiología del cáncer" a incluir en los programas curriculares de la carrera de especialización en epidemiología a trabajar en conjunto con la Coordinación de Formación de Recursos Humanos del INC y Capital Humano de la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- 1.5.14 Trabajar con las direcciones y/o departamentos de epidemiología/ECNT a nivel local (provincial) para la inclusión y elaboración de salas de situación de salud por cáncer en todas las jurisdicciones del país.
- 1.5.15 Analizar y difundir información sobre morbi-mortalidad por cáncer a nivel local, provincial/regional y nacional a través del Boletín Epidemiológico y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) por cáncer y otros documentos de divulgación.
- 1.5.16 Monitorear tendencias y desigualdades en la morbi-mortalidad por cáncer.
- 1.5.17 Contar con estimaciones de incidencia de cáncer (según sexo y localización) para todas las jurisdicciones país.

- 1.5.18 Monitorear el impacto de las intervenciones a nivel poblacional y contribuir con los programas nacionales de prevención y control del cáncer en el análisis y monitoreo de la situación de salud por esta enfermedad a nivel local y regional para la toma de decisiones a través de reportes sistemáticos y periódicos (según necesidad), para los programas de prevención y control del cáncer (PNPCCR, PNPCCU y PNCM).
- 1.5.19 Elaboración de publicaciones científicas: se prevén al menos 2 publicaciones científicas por año en revistas indexadas.
- 1.5.20 Participar / liderar investigaciones sobre cáncer a nivel nacional e internacional.
- 1.5.21 Fomentar el fortalecimiento y desarrollo de RCBP en áreas geográficas seleccionadas del país en las que no se cuente con RCBP activo y de buena calidad.
- 1.5.22 Asesorar en la organización de los RCBP como entidades institucionales con estructura básica de RRHH - manual de procedimientos y reportes periódicos.
- 1.5.23 Monitorear la calidad de los datos y de los procesos de gestión del dato de los RCBP (Revisión Externa de RCBP) a fin de aumentar el número de RCBP incluidos en el CI5 (*Cancer Incidence in five Continents*).
- 1.5.24 Promover el aumento de la calidad de los RCBP de Argentina. Aumentar la cobertura poblacional al 40%, la exhaustividad y producción de información en el 75% de los RCBP del país para 2022.
- 1.5.25 Coordinar el IARC/GICR LA-Hub (nodo de América Latina de la IARC y la Iniciativa Mundial para el Desarrollo de Registros de Cáncer): OPS aprobó el proyecto CCHD (Cooperación entre Países para el Desarrollo de la Salud, por su sigla en inglés): “Generación de información clave para la planificación y monitoreo de los programas de control del cáncer en algunos países de América Latina” (07/2018 – 07/2020). A través de este proyecto se financiarán actividades del LA-Hub para trabajar en el desarrollo de registros de cáncer y la vigilancia epidemiológica como herramienta de gestión y monitoreo de los Planes Nacionales de Control del Cáncer en: El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú con el apoyo del INC (Argentina), el Instituto de Cancerología de Colombia y la Red de Instituciones de Cáncer (RINC/UNASUR). El mismo es una contribución al Plan Estratégico de la OPS en el Marco Mundial de Vigilancia de las Enfermedades no Transmisibles (ENT), a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas (específicamente con la Meta 3.4) y a otros mandatos de la OPS como la Resolución A70/A/Conf./9 y la Resolución del 48 Consejo Directivo; entre otros.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores SIVER](#)

2. ÁREA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (ETS)

2.1 Justificación

La Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS) consiste en el proceso de análisis e investigación dirigido a estimar el valor y contribución relativos de determinada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social, pero fundamentalmente adaptándolo al contexto local. Es el nexo contextualizado entre el conocimiento científico y el proceso de toma de decisiones. La evaluación que se realiza en el

Instituto Nacional del Cáncer (INC) está abocada a medicamentos y prácticas médicas de alto costo.

2.2 Antecedentes

Se ha establecido este programa en el año 2012 para la generación de guías de prácticas clínica basadas en la evidencia bajo un proceso sistemático con herramientas estandarizadas para el desarrollo de las mismas. Desde el área se da respuesta al Poder Judicial en lo referido a medicamentos de alto costo judicializados.

Se trabaja articuladamente en la actualización de los listados de medicamentos oncológicos en conjunto con la Secretaría de Coberturas y Recursos de Salud y la Subsecretaría de Programación Técnica y Logística, así como también con la Dirección Nacional de Equipamiento Médico y Recursos Físicos en Salud, la Dirección de Equipamiento Médico, la Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria, la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales, la Coordinación de Banco de Drogas, la Coordinación de Medicamentos Esenciales y la Coordinación de Políticas Socioambientales.

El desarrollo de guías de práctica clínica (GPC) se realiza a través de un proceso sistematizado de revisión crítica de la literatura, síntesis y contextualización local de acuerdo al método GRADE. Luego de realizar el proceso de revisión sistemática de la evidencia con valoración crítica de la misma, se realiza la reunión de consenso con expertos en el Instituto Nacional del Cáncer, cuyo objetivo es plantear los temas de controversia, generar un espacio de discusión y retroalimentación, y lograr un consenso final. La selección de expertos es de acuerdo a los siguientes criterios: representantes del ámbito público y privado; especialidad Oncología clínica, representantes de entidades de la Secretaría de Gobierno de Salud: ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), Banco Nacional de Drogas Oncológicas, SSS (Superintendencia de Servicios de Salud), PAMI-INSSPJ (Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados) y expertos dedicados a la gestión en salud. Se convoca a representantes de pacientes oncológicos para participar en la reunión de consenso del panel experto. Un revisor externo realiza la valoración global de la guía según AGREE II. Está prevista una actualización bienal

2.3 Objetivos

Constituirse en insumo de la toma de decisiones en cuestiones relacionadas con tecnologías en salud, que éstas se basen en una evaluación sistemática de las propiedades, efectos y/u otros impactos de las tecnologías en salud en cada contexto.

2.4 Objetivos específicos

- 2.4.1. Desarrollo de diferentes documentos comprendidos dentro de la ETS, a través de un proceso sistematizado de revisión crítica de la literatura, síntesis y contextualización local siguiendo pautas metodológicas.
- 2.4.2. Brindar soporte y apoyo técnico a otras áreas o programas del INC que desarrollan tareas relacionadas, así como también a áreas externas al INC pertenecientes o no a la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

2.5 Líneas de acción

- 2.5.1. Elaboración y difusión de ETS aplicando metodología GRADE en su diseño: tumores sólidos y hematológicos del adulto.
- 2.5.2. Divulgación científica.
- 2.5.3. Promover las alianzas con los grupos nacionales e internacionales de Evaluaciones de Tecnología.

El área de ETS del INC trabaja en coordinación con la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (CONETEC) y acorde sus lineamientos de creación por RM 623/2018. Dichos lineamientos son la realización de 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. Dichas evaluaciones podrán tener en cuenta, según el caso, criterios de calidad, seguridad, efectividad, eficiencia, equidad, bajo dimensiones, éticas, médicas, económicas y sociales. Asimismo, podrá intervenir como órgano consultor en cualquier instancia donde se debatan cuestiones vinculadas al área de competencia de esta área, incluidos los procesos judiciales.

Ver en Anexo I: [Tablero de indicadores de ETS](#)

3. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN CÁNCER

3.1 Justificación

El propósito de incentivar la investigación nacional en cáncer se persigue a través de diferentes estrategias, principalmente financiando becas de formación y proyectos de investigación que aportan valor agregado al conocimiento científico, así como también a la cadena de desarrollo.

Las principales líneas de acción del INC se centran en la prevención, el diagnóstico oportuno y la mejora en la calidad de vida de pacientes. Para orientar la investigación a las áreas que mejor resuelvan preguntas y/o problemas de salud pública relativos al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado del cáncer se propone: generar un documento que releve año a año las prioridades de investigación en cáncer. Esta priorización se realizará en conjunto con los programas del INC y definirá un 70% de los proyectos de investigación a financiar. Al mismo tiempo, se habilita a que alrededor de un 30% de los proyectos a financiar sean de temática libre, para no dejar afuera proyectos relevantes sobre temáticas que no hayan sido consideradas o que supongan un grado de innovación o alternativa superadora.

Por otro lado, se armonizará la proporción de proyectos financiados, distribuyendo de manera más equilibrada entre investigación social, básica, clínica, epidemiología e investigación en implementación, para habilitar y estimular la producción científica en áreas de vacancia.

Se busca propiciar aún más la investigación epidemiológica, acompañando el proceso de fortalecimiento de los registros – condición necesaria para sentar las bases para la investigación en implementación y apoyar al área de prevención.

Se busca fortalecer y promover especialmente la investigación sobre la implementación de acciones de los programas del INC en prevención y diagnóstico oportuno: monitoreo, evaluación costo-beneficio, ensayos piloto.

Se puede mejorar la investigación básica, clínica y traslacional para mejorar en diagnóstico oportuno y tratamientos, haciendo foco en el concepto general de medicina de precisión: tratar a cada paciente de la mejor manera posible en función de las posibilidades existentes.

3.2 Antecedentes

El Programa de Promoción de la Investigación en Cáncer fue creado en 2011 bajo la Resolución Ministerial 112/2011. Junto con la creación del programa se abrió, en la misma normativa, convocatoria a las primeras Becas de Investigación: "Formación Inicial a la Investigación en Cáncer" para estudiantes avanzados y graduados recientes, para investigación básica, clínica, epidemiológica y social. Poco después, a fines de ese mismo año, se dio lugar a la primera convocatoria para Asistencia Financiera a proyectos de investigación en cáncer de origen nacional, para equipos de investigación.

A la fecha, se han realizado concursos públicos nacionales anuales a becas consecutivas a la inicial en 2011, ampliando la convocatoria para incluir estudiantes de posgrado y posgraduados recientes. También, con frecuencia bienal, convocatorias públicas para el financiamiento a proyectos de equipos, incorporando en 2015 la línea de investigación en implementación.

El Programa interactúa con la Dirección de Investigación en Salud (DIS) en distintos niveles. Por un lado, se sigue estrictamente la normativa generada, ya a partir de la Comisión Salud Investiga (2011, antecesora de la DIS) así como a las iniciativas de la Dirección en relación al registro de los proyectos de investigación financiados: se incorporan en el Registro Nacional de Investigaciones en Salud (ReNIS) y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) coordinadas por la DIS todas las investigaciones financiadas por el INC, lo que contribuye a la accesibilidad y transparencia de lo financiado, que queda a disponibilidad de equipos de salud, investigadores o decisores. La adherencia y el porcentaje de registro en ReNIS y la BVSAL forman parte de los indicadores del Plan Nacional de Cáncer para Investigación.

En términos de aspectos éticos de los proyectos financiados, además de guiarnos por la Resolución Ministerial 1480/2011 "Guía para Investigaciones con Seres Humanos" como principio rector, se realizan las consultas o derivaciones pertinentes al Comité Nacional Asesor de Ética en Investigación de la DIS.

En 2018, a partir de la convocatoria de la DIS "Proyectos de Investigación en Implementación para la Reducción del Impacto de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles", se generó en el INC una convocatoria de financiamiento a la investigación siguiendo el mismo eje central como objetivo: generar evidencia científica que aporte a la toma de decisiones de los equipos de salud y las autoridades sanitarias respecto de la implementación de estrategias efectivas y escalables a nivel nacional para reducir las Enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo. El INC complementó esta iniciativa con la convocatoria "Asistencia Financiera a proyectos de investigación en implementación en cáncer de colon y mama de origen nacional V", con foco en los dos cánceres de mayor mortalidad, y permitiendo entonces incluir la financiación a la investigación en cáncer (no incluida en la convocatoria de la DIS) bajo esta línea.

A partir de octubre de 2018, con la conformación del Consejo Consultivo de Investigación del INC, se incorporó a quien cumpla la función de Director de la Dirección de Investigación en Salud como parte de los miembros permanentes, externos al INC, que colaboran en este Consejo con reuniones periódicas. Esto permitirá acentuar el proceso de coordinación y mejorar el feedback entre el Programa y la Dirección.

Actualmente se está generando en colaboración con la DIS, Gestión del Conocimiento, la Dirección de ETS de la Secretaría de Gobierno en Salud y el área de Formación de Recursos Humanos y el Programa de Promoción de la Investigación del INC un curso con herramientas teóricas y prácticas para mejorar la comunicación de trabajos científicos. El curso será de acceso público y representa un recurso valioso para mejorar la escritura y comunicación de becarios o miembros de equipos de investigación de los proyectos financiados por la DIS y el INC.

3.3 Objetivos

- 3.3.1. Delinear y consolidar una política de investigación consistente y sostenible para mejorar cuantitativa y cualitativamente los procesos de investigación en cáncer.
- 3.3.2. Promover la generación de conocimiento que impacte en la salud (vida + calidad de vida) de la población.

3.4 Objetivos específicos

- 3.4.1. Desarrollar líneas de investigación prioritaria en cáncer en articulación con los Programas del INC.
- 3.4.2. Promover la investigación básica, clínica, epidemiológica, de implementación y social en cáncer orientada a resolver preguntas de salud pública a través de diferentes estrategias de financiamiento.
- 3.4.3. Promover la generación de conocimiento que impacte en la salud (vida y calidad de vida) de la población.
- 3.4.4. Capacitar RRHH de investigación en áreas de vacancia para mejorar la calidad de proyectos de investigación de interés para el INC.
- 3.4.5. Colaborar con el fortalecimiento de la investigación en implementación en cáncer.

3.5 Líneas de acción

Promover la formación de investigadores de calidad en sus distintas etapas de formación: Becas para estudiantes avanzados, graduados, estudiantes de posgrado y posgraduados recientes.

Impulsar el desarrollo de la investigación científica en cáncer en la Argentina: Aportes financieros a grupos científicos que desarrollen proyectos de investigación básica, clínica, epidemiológica, de implementación y/o social en cáncer en el ámbito nacional.

Fomentar especialmente la investigación traslacional, social y de implementación orientada a la toma de decisiones sanitarias, en particular apoyar el diagnóstico de situación y optimizar el diseño de intervenciones de los Programas Nacionales de Control de Cáncer.

- 3.5.1. Publicación anual de del documento de temáticas de investigación prioritaria: establecer prioridades de investigación básica, clínica, epidemiológica, en implementación y social en cáncer que orienten las acciones y estrategias de financiamiento, en función de las necesidades de los Programas del INC y de los

- problemas de salud pública relativos al Proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado en cáncer que quedarán plasmadas en dicho documento.
- 3.5.2. Becas de Investigación: Formación inicial en investigación en cáncer en estudiantes avanzados y graduados recientes. Apoyo y estímulo a investigadores posgraduados.
 - 3.5.3. Asistencia Financiera a proyectos de investigación de equipos de investigación de las áreas básica, clínica, epidemiológica, social y de implementación.
 - 3.5.4. Difusión y registro de los resultados de investigación financiados por el INC.
 - 3.5.5. Organización de cursos de capacitación en investigación.
 - 3.5.6. Búsqueda de opciones de financiamiento externo para proyectos de investigación de equipos al interior del Instituto Nacional del Cáncer.
 - 3.5.7. Identificación de las necesidades de los distintos programas del INC para la búsqueda de proyectos internos de investigación en implementación. Interacción con grupos de investigación internos y externos para establecer colaboraciones entre programas y expertos en investigación. Soporte y colaboración en el armado de proyectos de investigación en implementación.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores Programa de Investigación en Cáncer](#)

4. COORDINACIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CÁNCER

4.1 Justificación

Para dar cumplimiento con ese objetivo se diseñaron, implementaron y desarrollaron las líneas de acción que abarcan la formación en servicio (en forma de Becas de Formación de RRHH en cáncer y Rotación de residentes) como la capacitación a través del uso de la plataforma a distancia en temas tales como enfermería oncológica, psico-oncología básica y avanzada, comunicación médico-paciente, introducción a la farmacia oncológica.

Otra estrategia que acompaña la formalización de la capacitación de profesionales de la salud en temas de oncología es la elaboración, en conjunto con la Dirección Nacional de Capital Humano de la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y las Sociedades Científicas, del Documento Marco para la Acreditación de las Residencias de Oncología. Como así también el trabajo colaborativo con instituciones formadoras para la inclusión de temas específicos en las currículas.

4.2 Antecedentes

La Coordinación de Formación de Recursos Humanos del INC comenzó a funcionar en diciembre de 2010.

A partir del decreto de creación del INC (N° 1286/2010) se definieron 2 estrategias nodales en aspectos de formación:

- Apoyar la educación y la capacitación en disciplinas clínicas.
- Promover el desarrollo de una enfermería capacitada para la asistencia integral del paciente oncológico.

El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC) planteado por la OPS establece, entre otras cosas, que es imprescindible para la mejora de resultados contar con equipos asistenciales proactivos y capacitados.

El trabajo de articulación con la Dirección Nacional de Capital Humano existe y está presente desde la creación de la Coordinación de Formación de Recursos Humanos del INC, a fines del año 2010. La interacción a lo largo de estos años se ha plasmado en diferentes actividades: asistencia técnica, formulación de líneas de trabajo (por ejemplo, el Programa de Rotación de Residentes en áreas de la oncología fue el resultado de una evaluación conjunta entre las dos áreas), participación y exposición en los Encuentros nacionales y regionales de referentes de formación de recursos humanos en salud. Las líneas de trabajo que incluyen la incorporación de contenidos para la formación de profesionales en grado y post grado de áreas de la oncología es una articulación conjunta a llevar a cabo con la Dirección Nacional, tal es el caso de la elaboración del Documento Marco para la Acreditación de la Residencia de Oncología, como así también los contenidos a elaborar para enfermería oncológica, epidemiología y cuidados paliativos.

4.3 Objetivo general

Su objetivo es, según definición establecida en el decreto de creación del INC (N°1286/2010), intervenir en el proceso de formación de recursos humanos en las distintas áreas de la oncología para poder contribuir a la disminución de la mortalidad por cáncer en la Argentina.

4.4 Objetivos específicos

- 4.4.1. Detectar necesidades de capacitación para brindar una atención de calidad al paciente oncológico.
- 4.4.2. Implementar acciones de capacitación alineadas a las líneas programáticas priorizadas por el INC.
- 4.4.3. Articular con distintos organismos en la definición e incorporación de contenidos para la formación de profesionales en grado y post grado de áreas de la oncología.

4.5 Líneas de acción

- 4.5.1. Programa de Becas de Formación de Recursos Humanos en Cáncer. Creado por Resolución Ministerial N° 508 de fecha 3 de mayo de 2011 y Resolución Ministerial N° 406 de fecha 9 de abril de 2012. Se trata de un Programa de Becas de Capacitación en servicio de 1 mes a 1 año de duración, dependiendo de la especialidad.

Las becas son rentadas y se realizan en servicios de reconocida trayectoria, con los cuales el INC suscribió convenios de colaboración.

Uno de los objetivos principales de este programa es formar profesionales que se encuentren insertos en instituciones de salud. Es decir que, luego de realizada la beca del INC, puedan volcar lo aprendido en dichos organismos a los fines de continuar fortaleciendo el sistema de salud en lo que refiere a la atención, en todas sus etapas de tratamiento y cuidado del paciente con cáncer.

Las disciplinas en las cuales el INC forma profesionales son: cirugía oncológica, cirugía torácica, cirugía urológica, enfermería oncológica, biología molecular, citogenética, técnicos en anatomía patológica, técnicos en mamografía, técnico en

endoscopía digestiva, enfermería oncopediátrica, enfermería en cuidados paliativos (adultos y pediátricos), médicos en cuidados paliativos (adultos y pediátricos), soporte clínico del niño con cáncer, asesoramiento genético oncológico, anatomía patológica, cáncer digestivo, endoscopía digestiva, cirugía cáncer colorrectal, cirugía mamaria, cirugía gineco-oncológica, mamografía, ecografía mamaria, colposcopía, neurooncología pediátrica, traumatología infantil, diagnóstico por imágenes.

Como complemento de la beca, los becarios asisten a talleres de capacitación llevados a cabo en el INC en temas transversales a todos los profesionales de la salud. Algunos de estos talleres incluyen los siguientes aspectos: comunicación, planificación de un servicio de salud, liderazgo, búsqueda bibliográfica, trabajo interdisciplinario.

- 4.5.2. Fortalecimiento y capacitación de Enfermería Oncológica. Los avances científicos y tecnológicos exigen la capacitación permanente y especializada del recurso humano enfermero para avanzar en la búsqueda de estrategias que permitan abordar las transformaciones del sector de salud y garantizar la calidad de los cuidados de enfermería especializados en oncología.

La enfermería especializada para la atención de pacientes oncológicos constituye un recurso calificado e imprescindible para brindar cuidados de calidad en la sociedad actual. Esta especialidad implica la integración de la práctica, la investigación, la formación ética y el desarrollo del conocimiento científico-técnico.

- 4.5.3. Curso virtual de Introducción a la Enfermería Oncológica. El objetivo general de esta actividad es capacitar enfermeros de todo el país en la atención y cuidado del paciente oncológico, adquiriendo conocimientos específicos sobre la enfermedad, tratamiento y sus complicaciones, a la vez que estimular un sentido crítico en el accionar de su profesión y contribuir a la formación integral necesaria para brindar un cuidado de calidad, en las diferentes etapas de la enfermedad.

Entre los años 2011 y 2015 se coordinaron talleres teórico-prácticos presenciales en 15 provincias del país, de los cuales participaron 860 enfermeros.

A partir del año 2016 la capacitación se realiza de forma virtual en el campus del INC. En el período 2016-2018 se capacitaron 1308 personas.

Además se elaboraron los siguientes materiales:

- Manual de Enfermería Oncológica (ISBN 978-987-28811-9-1). Tuvo 2 ediciones.
- Afiche de "Extravasación. Prevención y tratamiento"
- Tríptico "Quimioterapia. Recomendaciones para pacientes".
- Video tutorial "Medidas de bioseguridad en la preparación de agentes citostáticos".
- Video tutorial "Habilitación de catéter implantable".

- 4.5.4. Programa de rotación de residentes de medicina en especialidades oncológicas. Creado por Resolución Ministerial N° 1187 de fecha 16 de agosto de 2013. La finalidad del programa es acercar a los residentes (profesionales médicos en formación) la oportunidad de rotar por servicios de excelencia con el objetivo de acercarse a la realidad oncológica, comprender la importancia de la patología

oncológica e involucrarse en la formación en especialidades críticas para la atención del paciente con cáncer.

Este programa tuvo 4 ediciones, en los años 2014-2017. Se convoca a médicos comprendidos dentro del Sistema Nacional de Residencias Médicas a que durante 1 (un) mes roten en servicios de cirugía mamaria, cirugía oncológica, cirugía de cáncer colorrectal, anatomía patológica, cáncer digestivo y cuidados paliativos.

En total han formado parte de este Programa 56 médicos residentes de 18 provincias.

- 4.5.5. Elaboración de Documento Marco de Referencia para la Acreditación de Residencias de Oncología. El INC lidera junto a la Dirección Nacional de Capital Humano de la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, la elaboración del Documento Marco de Referencia para la acreditación de las Residencias en Oncología.

En estos momentos la elaboración del documento se lleva a cabo con representantes de Sociedades Científicas, académicas, hospitalarias, de reconocida trayectoria en el campo de la Oncología Médica.

- 4.5.6. Curso a distancia de Introducción a la Farmacia Oncológica. El curso tiene como objetivo brindar una introducción a la farmacología clínica aplicada a la oncología y se busca promover buenas prácticas que repercutan en la mejora la calidad de atención a pacientes con cáncer.

Está demostrado que los servicios farmacéuticos centrados en el cuidado del paciente se asocian con una mejora en los resultados de salud, con una reducción en los efectos adversos relacionados con medicamentos, una mejora en la calidad de vida y una reducción de la morbilidad y de la mortalidad surge la necesidad de contar con profesionales capacitados para la realización de todas las actividades relacionadas con la manipulación de medicamentos citostáticos. En el período 2016-2018 se capacitó a 232 personas.

- 4.5.7. Curso a distancia de Cómo comunicar trabajos científicos. El curso está dirigido a profesionales vinculados a la salud pública que desarrollan tareas de investigación y/o asistencia, con y sin experiencia previa en el tema, interesados en desarrollar o mejorar sus habilidades para comunicar artículos científicos en forma escrita para publicación en revistas científicas, presentación de posters, presentaciones orales y documentos escritos para la divulgación en medios masivos. En el período 2016-2018 se capacitó a 159 personas.

- 4.5.8. Curso a distancia de Conceptos Básicos de Psicooncología. El objetivo general del curso es brindar una introducción a los principios de la psicooncología. El diagnóstico de cáncer produce un marcado impacto psicológico tanto en la persona afectada como en su familia, por ello se considera esencial en la actualidad que el equipo a cargo del cuidado de estos pacientes cuente con profesionales del área de la salud mental debidamente formados en la materia.

Los alumnos que hayan completado y aprobado el curso inicial tienen acceso al curso avanzado, en donde se incluyen nuevos temas y profundizan conceptos abordados previamente. En el período 2016-2018 se capacitó a 310 personas.

- 4.5.9. Curso a distancia de Introducción a la patología oncológica (con orientación en patología mamaria, colónica y cervical). El curso se desarrolla en conjunto con la Sociedad Argentina de Patología y la Sociedad Argentina de Citología y TGI. El objetivo, entre otros, es garantizar un diagnóstico patológico apropiado y estandarizar los procedimientos de las técnicas anatomopatológicas a nivel nacional. En el período 2016-2018 se capacitó a 271 personas.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores Coordinación de Formación de RRHH](#)

5. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO (PNPCC)

5.1 Justificación

La incidencia del cáncer cervicouterino es un indicador de inequidad en salud. En Argentina se diagnostican aproximadamente 4000 casos nuevos por año y mueren 1800 mujeres. La tasa de mortalidad ajustada por edad es de 7/100.000 mujeres. La carga de enfermedad y mortalidad varía según la provincia, siendo más alta en poblaciones con menor nivel de desarrollo socio-económico.

5.2 Antecedentes

Argentina definió como prioritario el abordaje integral de la prevención de cáncer cervicouterino (CCU), con el objetivo de disminuir la mortalidad por esta patología, que incluye la incorporación de la vacuna contra VPH para niñas y niños de 11 años y el fortalecimiento de la estrategia de prevención secundaria a través del tamizaje basado en la citología, y la introducción del Test de VPH como tamizaje primario.

- 5.2.1 **Incorporación del Test de VPH como tamizaje primario, en los distintos componentes que atraviesan la línea de cuidado para la prevención del CCU: instalación de un laboratorio central de VPH-citología-histología,** diseño de materiales educativos y de comunicación; capacitación a equipos de salud. Se incorporó la modalidad Autotoma del Test de VPH en contexto programático con el fin de superar barreras estructurales y subjetivas que impiden que las mujeres accedan al tamizaje –como las distancias geográficas, la falta de turnos, no tener dinero para concurrir a los establecimientos de salud, o la falta de tiempo, el pudor, y el temor.
- Resultados:** se implementó el Test de VPH en 5 provincias y tres municipios de la provincia de Buenos Aires. Se tamizaron más de 200.000 mujeres con esta nueva tecnología.
- 5.2.2 **Recursos de Navegadoras:** la estrategia busca garantizar que las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer accedan al seguimiento y tratamiento. Las

navegadoras intervienen en el proceso para agilizar y mejorar la vinculación de las mujeres con los servicios de salud en el marco de los programas provinciales.

Principales acciones: contacto con mujeres con PAP patológico sin información registrada en SITAM sobre diagnóstico y tratamiento; re vinculación con el sistema de salud de las mujeres que abandonan el proceso de seguimiento y tratamiento; contacto con los servicios para facilitar el acceso de las mujeres a los turnos; consejería y acompañamiento al recorrido por el sistema de salud de aquellas mujeres que lo necesitan; registro en SITAM de información actualizada del contacto con las mujeres y de las gestiones realizadas.

Resultados: 13 provincias que implementaron la estrategia con un total de 22 navegadoras trabajando. 66% de mujeres con Test de VPH positivo y Pap anormal con diagnóstico completo y 86% de mujeres con CIN2+ tratadas (año 2016, promedio para las provincias de Catamarca, Tucumán, Jujuy y Misiones).

5.2.3 **Capacitaciones en servicio:** capacitaciones para la gestión de servicios de ginecología y anatomía patológica. El PNPCC se propone a través de la visita de expertos a los principales servicios de referencia de las jurisdicciones que incorporan la estrategia del Test de VPH, mejorar la calidad de los servicios.

Principales acciones: desarrollo de los diagnósticos de los servicios; implementación de capacitaciones; rotaciones de profesionales; pasantías; ateneos; estudios de casos y organización de jornadas de actualización científica.

5.2.4 **Participación en la comunidad científica:** el Programa organizó y participó en seminarios y congresos internacionales con el objetivo de promover la actualización, la evidencia científica y epidemiológica sobre la temática, difundir las líneas de trabajo del programa e intercambiar experiencias con referentes internacionales en la temática y representantes de programas de diversos países y provincias.

Principales acciones: organización de 8 Seminarios Internacionales; cuatro Jornadas de actualización para patólogos y ginecólogos; participación en Congresos Nacionales e Internacionales; elaboración de artículos científicos y el diseño e implementación de investigaciones.

SITAM: el sistema de información para el tamizaje permite el monitoreo y evaluación del proceso de tamizaje, seguimiento y tratamiento, para la planificación estratégica de las acciones de un programa organizado.

Principales acciones realizadas: capacitaciones a coordinadores provinciales y usuarios del sistema de salud, recepción de problemas y orientación de usuarios a través de la mesa de ayuda; organización de la red de registro de SITAM en las provincias; contacto con autoridades provinciales y directores de hospitales y jefes de servicios para la implementación del Sistema. Articulación con otros sistemas de información de la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y otros organismos estatales y organización estratégica del recurso humano para garantizar la calidad del registro de datos.

5.2.5 **Comunicación:** el área trabaja para fortalecer los objetivos programáticos. Para ello desarrolla iniciativas destinadas a la población objetivo, a poblaciones específicas,

y a los equipos de salud involucrados en la red de atención para la prevención del cáncer cervicouterino. Asimismo, brinda apoyo comunicacional a las distintas líneas estratégicas del PNPCC tanto en actividades como en la producción de materiales según necesidades puntuales.

5.3 Objetivo general

Reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero.

5.4 Objetivos específicos

Lograr una alta cobertura del tamizaje focalizando en las mujeres con mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad (mayores de 30 años), establecer mecanismos que aseguren la calidad de los servicios de diagnóstico de las pruebas de tamizaje (citología y test de VPH), contribuir al desarrollo de un sistema eficiente de seguimiento y tratamiento de las lesiones precancerosas y cáncer, establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa, y contribuir al fortalecimiento de los programas provinciales de prevención de cáncer cervicouterino.

5.5 Líneas de acción

- 5.5.1 Fortalecimiento de las actividades desarrolladas en el primer nivel de atención para la ampliación de la cobertura de tamizaje.
- 5.5.2 Fortalecimiento de los programas provinciales. Implementación del test de VPH y de la autotoma.
- 5.5.3 Fortalecimiento de los servicios de laboratorio, diagnóstico y tratamiento.
- 5.5.4 Fortalecimiento de las redes de seguimiento y tratamiento.
- 5.5.5 Implementación de la Estrategia navegadoras.
- 5.5.6 Ampliación de la utilización del SITAM y mejoramiento de la calidad del registro.
- 5.5.7 Producción y difusión de evidencia científica sobre el funcionamiento de los programas.
- 5.5.8 Elaboración de materiales (guías, manuales, algoritmos, etc.) para los equipos de salud.
- 5.5.9 Desarrollo de una estrategia de comunicación para las mujeres.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores PNPCC](#)

6. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL

6.1 Justificación

El cáncer colorrectal (CCR) es el segundo cáncer más frecuente en nuestro país, representa el 11,8% del total de casos en ambos sexos (Globocan, 2012). El CCR causó en 2015, 7.603 muertes en Argentina, el 12 % del total de muertes por tumores malignos (DEIS, 2016).

6.2 Antecedentes

El programa fue creado por la Resolución 2173 del Ministerio de Salud en diciembre de 2013, que inició su trabajo en 2011 con un Diagnóstico de Situación sobre los recursos humanos y tecnológicos para el abordaje de esta enfermedad en el sistema público y una actualización de la evidencia sobre los métodos de tamizaje, diagnóstico y tratamiento.

A mediados de 2014 comenzaron a realizarse 2 programas pilotos de tamizaje en las ciudades capitales de Misiones y Tucumán. El Programa Nacional ha trabajado intensamente desde entonces en la capacitación de los servicios y efectores involucrados, el monitoreo de las acciones en terreno, la implementación del sistema de registro (SITAM) y la estrategia de comunicación programática.

Entre 2015 y 2017 comenzaron nuevos programas piloto de tamizaje, con diversos grados de avance hasta el momento, en localidades seleccionadas de varias provincias del país: Catamarca, Chaco, Chubut, Entre Ríos, La Rioja y La Pampa. Asimismo, se han sumado algunos hospitales y CAPS de forma individual en La Plata (provincia de Buenos Aires), los Hospitales Rossi y San Martín. Por otro lado, actualmente las provincias de Santa Fe y Río Negro adhirieron a la estrategia poblacional de Tamizaje.

Paralelamente al desarrollo de las actividades en terreno, el Programa Nacional continuó trabajando en las estrategias de capacitación a equipos de salud, de comunicación y búsqueda activa. Asimismo se comenzó a trabajar con la estrategia de Navegadoras que busca garantizar el acceso al sistema de salud y el seguimiento y tratamiento de las personas involucradas en el programa.

Otras acciones que se realizaron desde el programa:

Se realizó un estudio de costo efectividad de las intervenciones del Programa y en particular del test de sangre oculta en materia fecal inmunoquímico.

Se inició una línea de capacitación virtual para médicos de las diferentes áreas involucradas en el programa (Curso para APS, cirugía colorrectal, gastroenterólogos y endoscopistas) así como también se realizaron capacitaciones a distancia por medio de la plataforma Cibersalud.

Se publicaron materiales de comunicación y guías de capacitación para todos los niveles de atención del Programa, así como también guías de garantías de calidad para cada una de las especialidades médicas involucradas consensuadas con las sociedades científicas relacionadas.

Se desarrollaron materiales audiovisuales para población general y campañas de difusión para medios de comunicación para las provincias que participan del Programa. Actualmente se está avanzando en la evaluación de dichos materiales de comunicación y guías para su actualización. Finalmente, cabe destacar que se ha trabajado en conjunto con el Programa SUMAR/PACES para incluir entre sus prestaciones una línea de cuidado integral en cáncer colorrectal que permitirá a los efectores percibir una remuneración por las prácticas realizadas.

6.3 Objetivo general

Disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal.

6.4 Objetivos específicos

- 6.4.1 Instalar el control del cáncer colorrectal como prioridad en la agenda de salud pública.
- 6.4.2 Promover la inclusión de programas de prevención y control del cáncer colorrectal en las diferentes jurisdicciones del país.

- 6.4.3 Difundir y concientizar a la comunidad sobre las ventajas de la prevención y diagnóstico temprano del cáncer colorrectal.
- 6.4.4 Facilitar la formación y capacitación del recurso humano necesario en cada una de las etapas del programa y en el nivel de conducción.
- 6.4.5 Asegurar la accesibilidad de las personas para la prevención el diagnóstico temprano y el control de la enfermedad a toda la población.
- 6.4.6 Mejorar los circuitos de consulta especializada, derivación, seguimiento y tratamiento de la enfermedad.
- 6.4.7 Favorecer la potenciación de las acciones mediante convenios de colaboración con asociaciones civiles, sociedades científicas y ONG con misiones y objetivos similares.
- 6.4.8 Fortalecer la investigación y desarrollo de adelantos en aspectos organizativos, presentación de servicios o nuevas tecnologías que permitan mejorar los resultados del programa.

El Programa propone la implementación del tamizaje en la población general y el control y seguimiento de los grupos con mayor riesgo. Para el tamizaje del CCR en población general se establece como la estrategia más apropiada, de acuerdo a los recursos disponibles, el Test Inmunoquímico de Sangre Oculta en Materia Fecal (TSOMFi) de forma anual para las personas de ambos sexos entre 50 y 75 años con cobertura pública de salud, que se complementa con una colonoscopia en caso de test positivo. Si en la colonoscopia hay hallazgos patológicos, se hará tratamiento y seguimiento individualizado por patología de acuerdo a las recomendaciones vigentes.

Para los grupos con mayor riesgo se realiza una consulta médica de evaluación de antecedentes y riesgo donde se establecerán los estudios y tratamientos correspondientes de acuerdo al grupo de riesgo.

6.5 Líneas de acción

- 6.5.1 Incorporación y participación activa del programa en la mesa de articulación de la cobertura pública de salud – CUS.
- 6.5.2 Incorporación del PNCCR en todas las provincias a través de la firma de convenios.
- 6.5.3 Refuerzo de la capacitación específica para ampliar las competencias por perfil del personal requerido en el circuito (gastroenterólogos, técnicos en endoscopia, patólogos, cirujanos, oncólogos clínicos, anátomo-patólogos).
- 6.5.4 Potenciamiento la oferta de becas en las provincias con tamizaje para acompañar el proceso de implementación.
- 6.5.5 Incremento de la capacitación en forma escalable a nivel provincia capacitando a capacitadores y/o referentes de CCR locales, como a agentes sanitarios, médicos del primer nivel de atención así como a las distintas áreas que hacen carga en el SITAM.
- 6.5.6 Incorporación de la estrategia de tamizaje poblacional con TSOMFI desde el primer nivel de atención.
- 6.5.7 Desarrollo de rectoría y fortalecimiento de las redes y circuitos claros integrando el seguimiento del paciente en toda la línea de cuidados de cáncer colorrectal.
- 6.5.8 Mejoramiento de la articulación entre el primer nivel de atención y los hospitales de referencia mediante el acuerdo y/o formalización de procesos; sistema de

turnos programados protegidos, la facilitación al acceso a la video colonoscopia (VCC) oportuna y de calidad.

- 6.5.9 Mejoramiento de la carga en las áreas para el monitoreo y seguimiento de resultados a través de SITAM o migración de información.
- 6.5.10 Promoción de acuerdos y compromisos formales de las áreas involucradas en el segundo y tercer nivel.
- 6.5.11 Formalización de los circuitos de los niveles 2 y 3 en un procedimiento estandarizado y consensuado con las instituciones de las provincias.
- 6.5.12 Unificación de criterios para el control, tratamiento y seguimiento de los grupos de mayor riesgo de CCR.
- 6.5.13 Difusión de la modalidad de tarea de las navegadoras como insumo para la mejora del seguimiento de pacientes.
- 6.5.14 Desarrollo de GPC para médicos del primer nivel de atención, para gastroenterólogos, técnicos en endoscopia, patólogos.
- 6.5.15 Conformación de un comité de expertos para que asista y asesore técnicamente sobre las guías y la estrategia de implementación.
- 6.5.16 Fortalecimiento de la línea de investigaciones de implementación en CCR dentro del área de investigación del INC.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores PNPCCR](#)

7. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE CÁNCER DE MAMA

7.1 Justificación

El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo. En Argentina, es la enfermedad oncológica más frecuente entre las mujeres y la que causa más defunciones; se diagnostican 19.386 cánceres de mama y fallecen 5.858 mujeres por año¹⁵.

El control del cáncer de mama implica la movilización de una amplia gama de recursos. En primer lugar, **recursos sanitarios** que desarrollen acciones eficaces y oportunas para la promoción de conductas y ambientes saludables. En segundo lugar, **recursos asistenciales** tanto para el diagnóstico temprano de la enfermedad como para realizar de manera eficiente el estudio de las pacientes con hallazgos sospechosos y el direccionamiento oportuno de los casos dentro del sistema. La eficiencia lleva a descartar o confirmar rápidamente la presencia de cáncer y, en ese caso, a la administración de tratamientos adecuados de manera oportuna. Los recursos asistenciales destinados al control del cáncer de mama deben incluir dispositivos que garanticen la asistencia paliativa para los casos sintomáticos o avanzados. Son también necesarios **recursos comunicacionales y educativos** que tengan una llegada efectiva a la población con mensajes culturalmente apropiados. Finalmente, son imprescindibles **recursos logísticos** que permitan el adecuado monitoreo y control de calidad de todo el proceso. El monitoreo de las acciones tiene el propósito de determinar si las mismas se realizan en la forma prevista, con buena llegada/coertura de la población objetivo y si satisfacen las necesidades de los usuarios.

7.2 Antecedentes

El Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama (PNCM) está basado en los hallazgos del “Diagnóstico Situacional del Programa Nacional y Programas Provinciales”, realizado entre 2009 y 2010 en el ámbito de la Subsecretaría de Salud Comunitaria de la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud¹⁶, en donde se detectaron los siguientes problemas:

- Subutilización de recursos físicos.
- Subutilización y baja capacitación de recursos humanos.
- Falta de sistemas de control de calidad.
- Falta de sistemas de información y monitoreo.
- Desarticulación del proceso de cuidado.
- Falta de guías de práctica.

En base a este diagnóstico de situación, se establecieron los ejes programáticos del PNCM de calidad, monitoreo y cobertura, con sus diferentes líneas de acción.

7.3 Objetivos generales

- 7.3.1 Reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.
- 7.3.2 Garantizar el tratamiento adecuado y oportuno de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

7.4 Objetivos específicos

- 7.4.1 Lograr la institucionalización del programa.
- 7.4.2 Asegurar la calidad de los servicios de diagnóstico temprano, diagnóstico y tratamiento.
- 7.4.3 Desarrollar un sistema eficiente de seguimiento y tratamiento de las mamografías sospechosas o no diagnósticas.
- 7.4.4 Establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.
- 7.4.5 Fortalecer el trabajo de los registros regionales de cáncer, implantando las medidas necesarias para conseguir la adecuada validez y exhaustividad de los datos obtenidos.
- 7.4.6 Establecer un sistema eficiente de referencia y contra referencia que asegure el correcto y oportuno diagnóstico y tratamiento de las mujeres con cáncer de mama detectadas en el Programa.
- 7.4.7 Lograr una cobertura del tamizaje de al menos el 70% de la población objetivo, focalizando en aquellas mujeres que en general no acceden a los servicios de tamizaje.
- 7.4.8 Lograr una retención de mujeres dentro del programa a través de la cobertura en segunda ronda superior al 75% de las mujeres que participaron de la primera. Este objetivo deberá cumplirse fuera del período programado, pero estará implícito en las acciones a desarrollar.

7.5 Líneas de acción

- 7.5.1 **Institucionalización del Programa:** a través de convenios provinciales, institucionales y con sociedades afines que garanticen la ejecución de las diferentes líneas programáticas.
- 7.5.2 **Calidad de los servicios** de atención temprana, diagnóstico y tratamiento con formación del recurso humano y estandarización de los procesos.
- 7.5.3 **Plan de Calidad en mamografía:** Con el objetivo de mejorar tanto la calidad de la placa empleada para el diagnóstico mamográfico como la calidad de los equipos utilizados, la seguridad de las mujeres estudiadas, y la capacitación de los médicos informantes¹⁷.
- 7.5.4 **Capacitación de recurso humano:** difusión de material formativo para médicos y técnicos radiólogos con foco en la estandarización de los procedimientos. Becas de formación en imagenología mamaria para médicos (mamografía y ecografía) y técnicos radiólogos (mamografía). Talleres de sensibilización. Cursos virtuales destinados a médicos y técnicos radiólogos (nivel I y II). Visitas en servicio y ejercicios doble lectura.
- 7.5.5 **Controles de calidad:** Visitas en servicios de mamografía.
- 7.5.6 **Certificación de servicios de mamografía:** Acreditación de servicios.
- 7.5.7 **Plan de calidad en anatomía patológica:** con el objetivo de garantizar un diagnóstico patológico apropiado, el PNCM lleva adelante un plan de calidad de anatomía patológica en cáncer de mama con foco tanto en la capacitación de los recursos humanos como en la evaluación y mejoras del procesamiento e informe de las muestras.
- 7.5.8 **Capacitación de recurso humano y estandarización de procedimientos:** difusión de material formativo para médicos patólogos, médicos en formación e histotécnicos; becas de formación para médicos patólogos e histotécnicos; visitas de fortalecimiento de servicios de AP y ejercicios de doble lectura de preparados; curso virtual destinado a médicos patólogos; uso de protocolo AP estructurado en servicios de AP con carga activa en SITAM.
- 7.5.9 **Fortalecimiento del diagnóstico inmunohistoquímico (IHQ):** para determinación de RH y Her2 en cáncer de mama a través de la capacitación del recurso humano, la asistencia técnica y el equipamiento de servicios de AP (Adquisición de Kits de IHQ para servicios de patología del interior del país).
- 7.5.10 **Cirugía mamaria:** Fortalecimiento de servicios de patología mamaria con formación de recurso humano crítico.
- 7.5.11 **Becas de capacitación para médicos** en centros de referencia y seguimiento de ex becarios a través de visitas en terreno y ateneos virtuales.
- 7.5.12 **Desarrollo de documentos-guías de práctica y recomendaciones:** elaboración de material formativo para equipos de salud en toda la línea de cuidado (diagnóstico temprano, diagnóstico y tratamiento, calidad y seguridad del paciente).
- 7.5.13 **Monitoreo:** para un eficiente seguimiento y tratamiento de las mamografías sospechosas o no diagnósticas.
- 7.5.14 **Registro informático SITAM módulo mama:** el sistema articula con los módulos de cáncer cervicouterino y cáncer colorrectal. Actualmente se cuenta con 316 usuarios asignados, 21 jurisdicciones con registro activo y 24 registradores contratados por

el PNCM. El número de mamografías registradas a diciembre/2017 en el sistema llega a 360.226. Las tareas fundamentales son:

- Registro y evaluación de la calidad de los datos incorporados (validación de datos, control de duplicación de información).
- Seguimiento y tratamiento de los casos sospechosos y positivos.
- Mesa de ayuda a través de un web-service.

- 7.5.15 **Fortalecimiento del registro SITAM:** con la ampliación del registro SITAM a todas las jurisdicciones y el incremento del registro de biopsias cargadas en mamografías sospechosas y de casos positivos de cáncer de mama con registro completo de la línea de cuidado. Monitoreo de los datos registrados, evaluación de la calidad y del impacto del programa. Articulación con estrategia de navegación de pacientes.
- 7.5.16 Cobertura y armado de redes de referencia y contra referencia para un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno de las pacientes con cáncer de mama detectadas en el Programa.
- 7.5.17 Con el objetivo de lograr una **cobertura del tamizaje del 70%** de la población objetivo (mujeres de 50-69 años con cobertura de salud pública exclusiva), focalizando en aquellas mujeres que en general no accedan a los servicios de tamizaje (sujeto a la implementación efectiva de un Programa Nacional de Detección Precoz de Cáncer de Mama)
- 7.5.18 **Plan de Evaluación Clínica Mamaria (ECM):** Es conocido el beneficio del tamizaje mamográfico para detectar tumores de menor tamaño, pero frente a la heterogeneidad de los recursos disponibles y la baja cobertura de tamizaje, es imperioso recurrir a diferentes y concurrentes estrategias sanitarias que puedan paliar estas deficiencias y permitan a su vez establecer jurisdiccionalmente redes de referencia y contra-referencia adecuadas y oportunas; es ahí donde el rol del examen físico mamario en el contexto de una evaluación clínica metódica y estandarizada en el primer nivel de atención toma importancia. Se realizaron talleres y cursos virtuales de “Evaluación Clínica Mamaria” y “Sensibilización sobre cáncer de mama en atención primaria de la salud” destinado a personal no médico que se desempeñe en el área de APS.
- 7.5.19 **Navegación de Pacientes:** con el objetivo de garantizar el seguimiento y la resolución en forma adecuada y oportuna de aquellos casos con sospecha o confirmación de cáncer de mama, en toda la línea de cuidado.
- Piloto de navegación 2014-2015: evaluación de los tiempos de atención en dos hospitales públicos de la ciudad de Rosario.
 - Implementación de la estrategia de navegación 2015-2016: en Mendoza y región sanitaria VII de la provincia de Bs. As.
 - Extensión 2017: a las provincias de Santiago del Estero y Jujuy con el cambio de rol de registradoras.
- 7.5.20 **Comunicación:** estrategia clave para garantizar una llegada efectiva a la población con mensajes culturalmente apropiados. Charlas a la comunidad y efectores, impresión y distribución de afiches, guías, folletos. Material audiovisual.
- 7.5.21 **Investigación:** con foco en la evaluación de barreras al acceso efectivo de atención de las pacientes con cáncer de mama (estudio sobre demoras en el proceso de atención e implementación de la estrategia Navegación de Pacientes)

Ejes de acción para el cumplimiento de las metas.

- Establecer convenios políticos firmes con las provincias que garanticen la ejecución de las líneas programáticas.
- Formar recurso humano crítico en toda la línea de cuidado del cáncer de mama.
- Fortalecer el tamizaje mamográfico en mujeres en edad objetivo, a partir de un sistema de calidad en la mamografía.
- Realizar los convenios necesarios con Radiofísica Sanitaria Nacional y Provincial para asegurar la calidad de los equipos mamográficos de las provincias. Suministrar a las provincias equipamiento básico de control de calidad y establecer los períodos de acreditación de aquellos lugares que realizan tamizaje. Asegurar la dosimetría de los equipos.
- Establecer pautas de seguridad y calidad para los camiones sanitarios.
- Establecer un laboratorio de Dosimetría y Calidad de Imagen que permita un constante monitoreo a distancia de los mamógrafos involucrados en el programa de tamizaje.
- Garantizar un diagnóstico anátomo-patológico completo en cáncer de mama (con acceso efectivo a inmuno-histoquímica) y de calidad.
- Asegurar las redes de atención de cáncer de mama desde la etapa de la atención primaria hasta la etapa de tratamiento a través del acceso a las drogas oncológicas y tratamiento de radioterapia.
- Disponer de programas de capacitación para médicos (en lectura mamográfica/ecografía/intervencionismo mamario, anatomía patológica, cirugía mamaria y oncología) tratando de crear masa crítica de profesionales a partir de las líneas de becas del INC y de las que se compartan con las provincias.
- Fortalecer el registro SITAM a partir de convenios con el Programa SUMAR de la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, para otorgarle obligatoriedad y que la carga de casos permita entonces, hacer seguimiento de casos y fijar la política sanitaria respectiva.
- Establecer desde los programas de atención primaria un sistema de comunicación adecuado a las particularidades locales que deben ser cuidadosamente definidas dada la diversidad étnica y cultural en las diferentes regiones del país.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores PNCM](#)

8. PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADO INTEGRAL DEL NIÑO y ADOLESCENTE CON CÁNCER

8.1 Justificación

En Argentina se diagnostican un promedio de 1404 casos de cáncer infantil por año. Las patologías más frecuentes son las leucemias (37%), los tumores del SNC (19%) y los linfomas (12%). La sobrevivida estimada a los 5 años del diagnóstico para el período 2005-2011 fue aproximadamente del 66,5%.

Desde el año 2015, el PROCUINCA desarrolla distintas líneas de acción tendientes a mejorar la calidad del cuidado integral del paciente oncológico pediátrico.

8.2 Antecedentes

El Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA) registra los pacientes menores de 19 años con nuevo diagnóstico de cáncer desde el año 2000. Funcionó hasta el año 2010 en la Fundación Kaleidos, y a partir de la creación del INC pasó a formar parte de este organismo.

En 2010 se creó la Coordinación de Pediatría en el Instituto Nacional del Cáncer, que llevó adelante acciones de capacitación en diagnóstico oportuno, estandarización de prácticas diagnósticas y terapéuticas y el armado de la Red de Hemato-Oncología Pediátrica.

En 2016 se formalizó la creación del Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer (PROCUINCA – Resolución 1565 - E/2016), que continuó trabajando los lineamientos del ROHA y de la Coordinación de Pediatría.

El Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer trabaja en conjunto con la Dirección Nacional de Calidad en la revisión de las planillas para iniciar el proceso de Estratificación de las Unidades de Hemato-Oncología Pediátricas.

8.3 Objetivos generales

- 8.3.1 Mejorar la sobrevida global de los pacientes.
- 8.3.2 Mejorar la calidad de vida.
- 8.3.3 Aumentar la estancia local de los niños con cáncer sin alterar la calidad de la atención.
- 8.3.4 Garantizar equidad al acceso de tratamiento de calidad en todo el país.

8.4 Objetivos específicos

- 8.4.1 Actualizar, mejorar y difundir datos epidemiológicos de cáncer infantil en Argentina (Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino).
- 8.4.2 Capacitar a personal de salud en sospecha diagnóstica de cáncer infantil.
- 8.4.3 Establecer una Red eficiente de referencia y contra referencia que asegure el correcto tratamiento de los niños y adolescentes con cáncer.
- 8.4.4 Estandarización de prácticas clínicas.
- 8.4.5 Asegurar la calidad de los servicios de diagnóstico temprano, diagnóstico y tratamiento desde un enfoque de derechos.

8.5 Líneas de acción

- 8.5.1 Registro de los casos de cáncer infantil en el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino y difusión de los análisis estadísticos realizados a partir de estos datos. Es un registro central de base fundamentalmente hospitalaria organizado como una red de centros informantes con el objetivo de lograr una cobertura a nivel nacional de todos los pacientes menores de 19 años con nuevo diagnóstico de cáncer desde el año 2000.
El sistema está preparado para preservar la información producida por cada centro, de modo tal que ROHA actúa como un registro independiente para cada uno de ellos y como un registro central para el conjunto de todas las fuentes, en el cual se excluyen los datos duplicados.

Luego de un trabajo constante de recolección de información, de visitas continuas a los diferentes centros, de un fluido intercambio con los responsables del tratamiento de los niños con patología oncológica y contando con los datos de defunciones por causa oncológica de todo el país se pudo estimar que ROHA alcanzó una cobertura nacional de aproximadamente 90% de los casos esperados. Existe una concordancia de los resultados generales de ROHA con las publicaciones internacionales.

8.5.2 **Capacitaciones en diagnóstico oportuno del cáncer infantil a través de los talleres**

“¿Cuándo sospechar cáncer en el niño?”: El cáncer infantil detectado oportunamente es una enfermedad curable. Un diagnóstico oportuno mejora el pronóstico del niño y disminuye la mortalidad precoz, hace que el tratamiento sea menos intenso y con menos complicaciones, y puede disminuir las secuelas orgánicas y psicológicas.

Para que el diagnóstico sea realizado a tiempo, los profesionales relacionados con el campo de la salud deben estar capacitados para reconocer los síntomas más frecuentes del cáncer infantil y realizar la derivación en forma adecuada.

Desde el INC se desarrollan los talleres “¿Cuándo sospechar cáncer en el niño?” para capacitar a los profesionales de la salud en los signos y síntomas del cáncer infantil.

8.5.3 **Red de Hemato-Oncología Pediátrica:** En la actualidad existe una Red que conecta a los centros de atención de cáncer infantil, sosteniendo la atención y el cuidado de los niños y adolescentes con cáncer.

Dicha red se basa en el contacto intersectorial, las relaciones académicas, institucionales, profesionales y personales entre los integrantes del campo de la oncología infantil. Sin embargo, la red no cuenta con reglas de circulación de pacientes formalmente establecidas, lo que le resta previsibilidad y aumenta el nivel de dependencia de la red de las relaciones inter-personales entre profesionales.

Con el objetivo de brindarle mayor formalidad a la red ya existente, el PROCUINCA está desarrollando un documento consensuado con las Unidades de Hemato-Oncología Pediátrica de todo el país para estratificar a las Unidades.

El objetivo es conocer las capacidades de resolución específicas de cada Unidad para poder establecer lineamientos claros de referencia y contra-referencia.

8.5.4 **Elaboración de Guías de Práctica Clínica:** La Red de Hemato-Oncología Pediátrica necesita contar con lineamientos claros de referencia y contra-referencia. Para ello es necesario contar con protocolos diagnósticos y terapéuticos estandarizados.

La estandarización de protocolos diagnósticos y terapéuticos y la posibilidad de discusión centralizada de casos problemas son los desafíos próximos a asumir entre todos los actores involucrados en el cuidado del niño y adolescente con cáncer.

8.5.5 **Implementación de etiquetas de calidad:** La Iniciativa “Etiqueta de Calidad CuIDO” tiene como objetivo principal la mejora de la atención y el cuidado de los niños y

adolescentes con cáncer, garantizando las condiciones necesarias para que los niños puedan ejercer sus derechos:

- Descanso, esparcimiento y juego
- Volver a sus casas
- Recibir educación
- Saber lo que les sucede, estar informados
- Alivio del dolor
- Tomar decisiones
- Recibir una atención médica de calidad

Esta iniciativa busca aportar nuevas herramientas teóricas y prácticas a los centros oncológicos de todo el territorio argentino para posibilitar una mejor atención a los niños y adolescentes con cáncer.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores de PROCUINCA](#)

9. PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

9.1 Justificación

Los cuidados paliativos son una especialidad en medicina destinada a aliviar el sufrimiento en personas con enfermedades crónicas avanzadas, y limitantes de la vida.

Su relevancia se ha incrementado, en forma paulatina y sostenida, dado que la demanda de este tipo de abordajes resulta creciente en función de la incidencia progresiva de las enfermedades que lo requieren y por el envejecimiento de la población.

Recientemente, se ha reconocido el alivio del dolor tanto como el derecho a estar libre de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes como el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dimensionado este fenómeno a nivel global. En el 2015, estimó que 40 millones de personas con enfermedades no transmisibles (ENT) a nivel mundial necesitan Cuidados Paliativos: 39% con enfermedades cardiovasculares, 34% con cáncer, 10% con neumopatías crónicas, 6% con SIDA, 5% con diabetes.

Del conjunto de estos pacientes, 86% no accede a los cuidados paliativos. A su vez, el 83% no accede al uso de opioides para el alivio del dolor.

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados, en mayo de 2014, la Organización Mundial de la Salud en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, mediante la resolución WHA67.19 "*Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*", urgió a los estados miembros a integrar a los cuidados paliativos en las políticas sanitarias nacionales mediante las siguientes acciones:

- Promover la inclusión de los cuidados paliativos en la formación de los profesionales.

- Proporcionar cuidados paliativos en todos los niveles de atención (hospitalarios en internación y ambulatorios, en centros de atención primaria de la salud y domiciliaria).
- Revisar las leyes y procedimientos para mejorar el acceso a opioides.

9.2 Antecedentes

En este contexto, por Resolución 1253 E/2016, del 30 de agosto del 2016, se crea el Programa Nacional de Cuidados Paliativos con el fin de:

- promover la atención continua e integrada de todos los pacientes con enfermedades limitantes de su vida poniendo especial énfasis en prevenir el sufrimiento y mejorar su calidad de vida y la de sus familias;
- lograr que el alivio del dolor y el acceso a la medicación opioide sea una realidad efectiva para todos los pacientes del país, eliminando las barreras de accesibilidad para este tipo de medicamentos.

Para cumplir con su misión, el Programa Nacional de Cuidados Paliativos ha desarrollado una planificación para los próximos cinco años en función de la formalización de objetivos generales, objetivos específicos, ejes estratégicos de implementación y líneas de acción, previendo la sustentabilidad y escalabilidad de esta política sanitaria en el largo plazo.

9.3 Objetivos generales

- 9.3.1 Implementar los cuidados paliativos de calidad como estrategia de atención durante la evolución de la enfermedad en pacientes oncológicos y sus familias en todo el territorio nacional.
- 9.3.2 Mejorar la calidad de vida, prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la evaluación multidimensional de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, basados en el adecuado control de síntomas; considerando a la persona como un ser único, y la calidad de atención como un derecho humano, en el que se preservan los valores y preferencias de los pacientes.
- 9.3.3 Disminuir las barreras para la disponibilidad y accesibilidad a los analgésicos opioides mediante la formación de recursos humanos, el aseguramiento de insumos y la utilización de herramientas tecnológicas para eliminar las barreras administrativas así como la correspondiente adecuación normativa.
- 9.3.4 Adecuar el ordenamiento jurídico, tanto la legislación y mecanismos reglamentarios y administrativos como los procedimientos relativos a los canales de distribución y dispensa.

9.4 Objetivos específicos

- 9.4.1 Desarrollo de una Red Federal de Cuidados Paliativos. El PNCP impulsa la creación y/o fortalecimiento de Servicios y Equipos de Cuidados Paliativos a nivel nacional y provincial, en los distintos niveles de salud, para favorecer la accesibilidad a los cuidados paliativos por parte de los pacientes.
- 9.4.2 Formación de recursos humanos. Dado que los cuidados paliativos suponen la atención de las personas en su integridad biológica, psicosocial y espiritual a lo largo de todas las fases de enfermedades que amenazan la vida del paciente, se requiere la conformación de equipos multidisciplinarios para brindar respuestas integrales basadas en la garantía de derechos humanos esenciales: el alivio del dolor y del sufrimiento y la dignidad de las personas.

9.5 Líneas de acción

Por ello, otro de los ejes estratégicos del PNCP es la capacitación de los agentes de salud. Se promueve la formación de grado y posgrado a través de convenios con las universidades para la inclusión de contenidos mínimos consensuados en la currícula de las carreras médicas.

Se contribuye a la formación continua mediante diversas ofertas

- 9.5.1 Encuentros mensuales virtuales Cibersalud, con temáticas específicas (sobre aspectos asistenciales, médicos, psicológicos, etc.) para el intercambio entre un experto y los equipos de salud de los establecimientos de salud de todo el país. En conjunto conforman una videoteca de difusión pública.
- 9.5.2 Cursos Virtuales de Formación en Cuidados Paliativos, con contenidos específicos para los distintos profesionales intervinientes: Capacitación para capacitadores (formación de formadores); Tratamiento del dolor y prescripción de opioides + capacitación en servicio; Cuidados Paliativos en APS para médicos generalistas más capacitación en servicio; Cuidados paliativos para residentes de medicina general; Cuidados Paliativos Pediátricos; Cuidados Paliativos para enfermería; Cuidados Paliativos para Psicólogos; Dispensa/suministro de opioides para farmacéuticos.
- 9.5.3 Becas de Formación en Cuidados Paliativos, por medio de las cuales profesionales de la salud reciben un estipendio para su sustento durante un período de cinco meses realizando prácticas en hospitales de referencia.
- 9.5.4 Se asiste a los médicos prescriptores a través de soporte telefónico gratuito 0800 atendido por profesionales paliativistas y materiales impresos.
- 9.5.5 Generación de nodos de capacitación en Unidades de Cuidados Paliativos de referencia en las diferentes regiones del país (NEA, NOA; Centro, Cuyo y Patagonia)
- 9.5.6 Disminución de barreras para la disponibilidad y accesibilidad a analgésicos opioides
- 9.5.7 Aseguramiento de insumos. Plan de aseguramiento de comprimidos de morfina y metadona para todos los pacientes con necesidades paliativas del territorio nacional.
- 9.5.8 Implementación del Vale Federal-ANMAT. Es una herramienta digital que permite resolver una de las principales dificultades encontradas en el proceso de distribución de los opioides y asegura al mismo tiempo la correcta fiscalización de las sustancias sujetas a control especial. Resuelve la solicitud en formato digital de estupefacientes entre diferentes jurisdicciones, agiliza los tiempos y trámites administrativos para la adquisición de estupefacientes por parte de las farmacias.
- 9.5.9 Generación de un sistema federal de solicitud e impresión de recetas para estupefacientes vía web, a fin de disminuir las barreras administrativas al momento de la prescripción. Elaborar un modelo unificado a nivel nacional para evitar las dificultades de adquisición de talonarios impresos por parte de los profesionales con la consiguiente dispensa de tiempo y limitaciones de uso.
- 9.5.10 Modificación de la ley de estupefacientes 17.818. Actualización de las cantidades de prescripción por receta. Con el objetivo de facilitar la prescripción y el acceso de los pacientes a la medicación analgésica se trabajará en extender el plazo de prescripción de 10 a 30 días por receta, teniendo en cuenta los requerimientos

administrativos al momento de la solicitud del fármaco por parte del paciente ante su sistema de salud.

- 9.5.11 Capacitación de profesionales (médicos/enfermeros/farmacéuticos) en el uso de analgésicos opioides a fin de ampliar la asistencia paliativa en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud, llegando de este modo a toda la población diana y a zonas alejadas de los centros de salud de mayor complejidad.
- 9.5.12 Se habilita a la Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria para el depósito y abastecimiento de los opioides distribuidos en el programa, asegurando su calidad, seguridad y eficacia.
- 9.5.13 Elaborar un sistema de registro nominalizado de uso de opioides dentro del PNCP a fin de: gestionar la oferta de sustancias fiscalizadas (cuantificación, adquisición, almacenamiento, distribución y uso); mejorando los mecanismos de fiscalización y de consolidación de información sobre consumo con fines médicos y científicos requerida por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Construir estadísticas nacionales, realizar la trazabilidad de los insumos y realizar el seguimiento de gestión del programa e investigación en implementación.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores Programa Nacional de Cuidados Paliativos](#)

10. PROGRAMA NACIONAL DE CÁNCER FAMILIAR

10.1 Justificación

Tomando en cuenta los tumores más prevalentes, el número de casos nuevos aparecidos en individuos con un riesgo superior al de población general (entre 6.000 y 8.000 casos/año), a los que se suman los familiares cercanos aún no afectados, muestra claramente el impacto que tumores de alto riesgo tienen sobre el sistema de salud. La aparición en los últimos años de estrategias preventivas con efecto comprobado sobre la mortalidad y de tratamientos dirigidos específicamente a alteraciones genéticas puntuales, terminan de conformar un panorama donde el correcto abordaje de los cánceres heredo-familiares es incuestionable.

10.2 Antecedentes

El Programa Nacional de Cáncer Familiar (PROCAFA) se inició en agosto de 2011 como respuesta a una demanda insatisfecha en relación a la atención de los grupos de alto riesgo de cáncer en nuestro país.

10.3 Objetivo general

Mejorar la detección, manejo y prevención de los grupos de alto riesgo de cáncer en la población Argentina.

10.4 Objetivos específicos

- 10.4.1 Promover el desarrollo de una red integral de atención con registro de tumores familiares y hereditarios a nivel nacional.
- 10.4.2 Capacitar profesionales y grupos multidisciplinarios en detección, manejo y asesoramiento de alto riesgo.
- 10.4.3 Creación de guías y consensos unificados de abordaje.

- 10.4.4 Promover y mantener el relevo constante (diagnóstico de situación) de recursos humanos y moleculares disponibles en todo el país.
- 10.4.5 Promover y fomentar la disponibilidad local de estudios moleculares de los distintos Síndromes de Cáncer Hereditario más frecuentes, priorizando la utilización racional de recursos y la accesibilidad de los pacientes a los mismos.
- 10.4.6 Diseñar e implementar herramientas de registro, reporte y monitoreo de información relacionada con los tumores hereditarios.
- 10.4.7 Promover análisis epidemiológicos y proyectos de investigación relacionados.
- 10.4.8 Difusión y educación a la comunidad.
- 10.4.9 Establecer redes regionales / internacionales de trabajo colaborativo.

10.5 Líneas de acción

Considerando los objetivos descriptos el Programa se organiza en distintos ejes de acción dirigidos a impactar inicialmente sobre los tumores más prevalentes y con más carga familiar (cáncer de mama, cáncer colorrectal, cáncer de ovario, pólipos colónicos, etc.) que poseen estrategias de prevención efectivas comprobadas y cuya detección es fundamental para modificar la morbi-mortalidad de los grupos de alto riesgo.

- 10.5.1 **Capacitación profesional:** Principalmente focalizada en entrenamiento profesional específico en Asesoramiento Genético Oncológico (AGO) y manejo multidisciplinario de cánceres hereditarios.
Se lleva adelante a través de dos iniciativas principales: “Curso virtual intensivo de entrenamiento en AGO” y “Becas cortas de entrenamiento en AGO”, ambos de periodicidad anual con duración de 4 meses.
- 10.5.2 **Formación de redes de atención/prevenición:** Considerando la marcada heterogeneidad en la disponibilidad y tipo de recursos disponibles a nivel nacional se creó la Red Argentina de Cáncer Familiar (RACAF) conformada por profesionales de instituciones públicas y privadas donde funcionan consultorios de AGO en todo el país. Los principales objetivos de la Red se resumen en:
 - Lograr cobertura nacional completa con al menos un consultorio de AGO en 17 de las 24 jurisdicciones provinciales.
 - Unificar pautas de detección y manejo de casos.
 - Mejorar el acceso de pacientes a consultas de AGO.
 - Reportar actividad asistencial e información molecular recibida.
 - Promover iniciativas colaborativas de trabajo/investigación.
- 10.5.3 **Asistencia, detección, prevención y manejo:** Para lograr un abordaje multidisciplinario de calidad de los grupos con alto riesgo de cáncer es necesario intervenir en todas las fases de la patología, comenzando por una sospecha adecuada con derivación a tiempo, la realización de estudios moleculares pertinentes y las estrategias de prevención y/o tratamiento aplicadas en forma correcta en todos los individuos en riesgo del grupo familiar. Las líneas de acción dirigidas a trabajo en red, capacitación profesional, monitoreo, registro y generación de materiales que unifiquen el manejo clínico inciden en forma transversal sobre el cumplimiento de este punto.

- 10.5.4 **Reporte, registro y monitoreo:** El PROCAFA desarrolla distintas herramientas de relevo, almacenamiento y monitoreo de datos como: -Censo Nacional de Recursos Humanos y Moleculares en Cáncer Hereditario, -Monitoreo de actividad de RACAF, -Denuncia de Caso Identificado de cáncer hereditario y -SITHER (Sistema de Información de Tumores Hereditarios) que es una base de datos unificada de libre consulta con los datos genómicos obtenidos de los estudios solicitados por los integrantes de RACAF. En etapas posteriores de consolidación de RACAF se planea la creación de un Registro Nacional de Tumores Hereditarios que unifique información clínica, molecular y epidemiológica de todas las familias evaluadas por la Red.
- 10.5.5 **Investigación:** De acuerdo con las iniciativas de investigación propuestas por el INC, el PROCAFA promueve y asesora en la realización de trabajos de investigación (epidemiológicos, clínicos e implementación) relacionados con tumores de alto riesgo, tanto a nivel nacional como colaborativo internacional.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores de PROCAFA](#)

11. CONFORMACIÓN DE REDES DE ATENCIÓN EN ONCOLOGÍA DE CIRUGÍA, ONCOLOGÍA CLÍNICA Y RADIOTERAPIA EN TODO EL PAÍS

11.1 Antecedentes

Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. La experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos¹⁸.

La fragmentación de los servicios de salud se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud¹⁹. En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios^{20 21 22}.

Aun cuando el desafío de la fragmentación es común en la mayoría de los países de la región, su magnitud y sus causas principales son distintas dependiendo de cada situación en particular. No obstante lo anterior, las causas principales de la fragmentación a nivel regional corresponden a: segmentación institucional del sistema de salud; descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención; predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y prácticas de financiamiento de algunos

organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales^{23 24 25 23}.

El propósito de la iniciativa de RISS es contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos²⁶. La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros²⁷.

Una red en cáncer es un sistema de atención integrado por todos los nodos y puntos de atención del área oncológica que forman parte de la red general de salud pública en todos sus niveles de atención, permitiendo a través de este modelo de gestión, la organización en red, la optimización y disposición de los recursos, focalizado hacia una atención integral a través de un equipo multidisciplinario con un número de recurso humano adecuado de acuerdo a un estándar nacional y competencias técnicas acordes a las necesidades y expectativas de salud de las personas y comunidades, debiendo además ser flexible y adaptable a la realidad local de cada territorio. Esta red reconoce a la Atención Primaria como el principal nodo articulador e integrador de las redes de atención.

Además gestiona sistemas de información, registros y acceso a sistemas de apoyo de la atención, con el uso de tecnologías de la información y comunicación que permitan garantizar el acceso a la atención de las personas. La red se articula con toda la red de salud general, con el intersector y cuenta con la participación activa de la comunidad, a fin de optimizar recursos que aseguren el acceso, oportunidad y continuidad de la atención.

En nuestro país la integración del sistema de salud basado en APS se da a través de la Cobertura Universal de Salud (CUS), que es una estrategia priorizada por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación para disminuir las desigualdades de salud entre las jurisdicciones y los distintos tipos de cobertura (pública, de la seguridad social y privada).

11.2 Objetivo general:

- Mejorar la sobrevivencia global de los pacientes con diagnóstico de cáncer y su calidad de vida.

11.3 Objetivos específicos:

- Disminuir las inequidades inter e intra-provinciales en el tratamiento de los pacientes con cáncer.
- Generar un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

11.4 Líneas de acción

A fin de disminuir las brechas en el la línea de cuidado continuo en cáncer, es necesario el relevamiento y formalización de las redes de diagnóstico y tratamiento específicos en centros de mayor complejidad en cáncer como radioterapia, centros de cirugía oncológica y quimioterapia.

11.4.1.1 Radioterapia:

El acceso a los centros de radioterapia es función de muchas variables que incluyen la disponibilidad del servicio, la accesibilidad, la hotelería, la asequibilidad, de los pacientes y de los proveedores de salud. Por otra parte, y de modo primordial hay que considerar la distribución del cáncer epidemiológica en el país. La distancia a los centros de atención se considera una de las mayores barreras para el acceso de los pacientes a estos tratamientos. Aunque la RT requiere de una alta inversión inicial y es altamente costosa por la alta capacitación del personal requerido permite un elevado promedio de éxitos terapéuticos.

De aquellos pacientes con cáncer que son curados se estima que el 49% son curados por la cirugía, 40% por la RT sola o combinada con otras modalidades y el 11% por la quimioterapia sola o combinada²⁸. La RT está indicada en el 52% de los cánceres en países desarrollados²⁹.

11.4.1.2 Relevamiento de centros que realicen radioterapia en nuestro país en cuanto a infraestructura y equipamiento, recursos humanos, volumen de pacientes., estudios por imágenes y radiología, atención integral.

11.4.1.3 Análisis y gestión de la organización de servicios en base a la información disponible y actualizada acorde a la realidad territorial.

11.4.1.4 Estratificación de centros Aplicación de la estructura y estándares para la atención de acuerdo a normativas vigentes.

11.4.1.5 Fortalecimiento de recursos humanos a través de becas de Formación de RRHH. Definir los recursos humanos necesarios para los establecimientos, las competencias técnicas de estos, manteniendo un diagnóstico actualizado del usuario interno.

11.4.1.6 Gestión de procesos de formación y capacitación, asegurando la formación continúa de acuerdo a la complejidad de atención, para el equipo multidisciplinario.

11.4.1.7 Asistencia Financiera a proyectos de investigación en la materia a fin de promover la investigación en oncología.

11.4.1.8 Gestión de un sistema de registro en salud oncológica, que permita integrar la información de los distintos niveles de atención de la red.

11.4.1.9 Promover instancias de buenas prácticas.

11.4.1.10 Cirugía oncológica:

11.4.1.10.1 Relevamiento de centros que realicen cirugía oncológica en nuestro país en cuanto a infraestructura y equipamiento, recursos humanos, volumen de pacientes, estudios por imágenes y radiología, atención integral.

11.4.1.10.2 Análisis y gestión de la organización de servicios en base a la información disponible y actualizada acorde a la realidad territorial.

11.4.1.10.3 Estratificación de centros Aplicación de la estructura y estándares para la atención de acuerdo a normativas vigentes.

11.4.1.10.4 Fortalecimiento de recursos humanos a través de becas de Formación de RRHH. Definir los recursos humanos necesarios para los establecimientos, las competencias técnicas de estos, manteniendo un diagnóstico actualizado del usuario interno.

- 11.4.1.10.5 Gestión de procesos de formación y capacitación, asegurando la formación continua de acuerdo a la complejidad de atención, para el equipo multidisciplinario.
- 11.4.1.10.6 Asistencia Financiera a proyectos de investigación en la materia a fin de promover la investigación en oncología.
- 11.4.1.10.7 Gestión de un sistema de registro en salud oncológica, que permita integrar la información de los distintos niveles de atención de la red.
- 11.4.1.10.8 Promover instancias de buenas prácticas.

11.4.1.11 Quimioterapia:

- 11.4.1.11.1 Articulación con el Área de Calidad y Seguridad del paciente oncológico.
- 11.4.1.11.2 Articulación con línea de capacitación de enfermería oncológica y farmacia de la Coordinación de Formación de RRHH.
- 11.4.1.11.3 Aporte de guías y recomendaciones basadas en la evidencia por el Área de ETS.
- 11.4.1.11.4 Definir los recursos humanos necesarios para los establecimientos, las competencias técnicas de estos, manteniendo un diagnóstico actualizado del usuario interno.
- 11.4.1.11.5 Gestión de procesos de formación y capacitación, asegurando la formación continua de acuerdo a la complejidad de atención, para el equipo multidisciplinario.
- 11.4.1.11.6 Asistencia Financiera a proyectos de investigación en la materia a fin de promover la investigación en oncología.

Por tanto se plantea incorporar la estrategia de redes de diagnóstico y tratamientos específicos en cáncer por medio de diagnósticos de situación y relevamientos de equipamiento y recursos humanos entrenados.

12. ONCOHEMATOLOGÍA

12.1 Justificación

Teniendo en cuenta la complejidad de la patología oncohematológica y a fin de velar por el acceso de los pacientes a un correcto diagnóstico y tratamiento de dichas patologías, con un criterio de equidad, resulta fundamental articular estrategias que involucren a los diversos actores intervinientes (Instituto Nacional del Cáncer, autoridades regulatorias de la Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y las sociedades científicas como la Sociedad Argentina de Hematología a través de sus hematólogos expertos).

12.2 Antecedentes

La oncohematología de adultos se incorpora como línea de trabajo al INC a partir de 2019. Es preciso un diagnóstico de situación a nivel público a fin de construir una línea de base.

12.3 Objetivo general

Disminuir la mortalidad a causa de neoplasias malignas hematológicas del adulto.

12.4 Objetivos específicos

- 12.4.1 Facilitar el acceso de los pacientes a un correcto diagnóstico y tratamientos oportunos y de calidad.
- 12.4.2 Realizar la formación y actualización permanente de recursos humanos en todas las líneas de cuidado del paciente oncohematológico.
- 12.4.3 Articular redes de referencia y contra referencia de pacientes.
- 12.4.4 Incorporar la estrategia de telemedicina como herramienta asistencial y de capacitación.

12.5 Líneas de acción

Estas acciones comprenden diversas áreas de trabajo: diagnóstico, registros, tratamientos y aspectos regulatorios institucionales.

- 12.5.1 **Diagnóstico:** Teniendo en cuenta la complejidad del diagnóstico patológico en oncohematología y la relevancia de un correcto diagnóstico para la toma de decisiones terapéuticas adecuadas, así como la escasez de patólogos sub-especializados en esta disciplina, sería conveniente el fortalecimiento de dicha área con diversas estrategias.
 - 12.5.1.1 Desarrollar programas de pasantía de patólogos del interior del país hacia centros especializados que cuenten con hemato-patólogos expertos
 - 12.5.1.2 Favorecer redes virtuales que permitan la consulta de casos problemáticos en sistemas de telemedicina.
 - 12.5.1.3 Generar una red para la derivación de tacos de tejido desde centros del interior de menor complejidad hacia dichos centros de referencia.
 - 12.5.1.4 Generar redes para la derivación de muestras para estudios de alta complejidad: estudios citogenéticos, estudios de biología molecular, técnicas de FISH en tejidos patológicos, citometría de flujo, estudios de secuenciación, así como estudios de proteínas de alta complejidad (ejemplo de determinación de cadenas livianas libres), etc.
 - 12.5.1.5 Propender a que recursos humanos se capaciten en estas tecnologías en laboratorios de referencia, atendiendo a las posibilidades reales de implementación de éstas.
 - 12.5.1.6 Generar redes para la derivación de pacientes para estudios de diagnóstico por imágenes (TAC de baja tasa de dosis, PET/TC).
- 12.5.2 **Registro:** Ampliar y federalizar los registros existentes de la Sociedad Argentina de Hematología (SAH) sobre patología onco-hematológica en articulación con RITA o RBP, con el objeto de conocer la verdadera incidencia de dichas entidades, lo cual favorecerá la elaboración de planes nacionales sobre bases de datos concretos.

12.5.3 **Tratamiento:**

Velar por la adecuada disponibilidad de los recursos terapéuticos corrientes para el tratamiento de las patologías onco-hematológicas (drogas de quimioterapia de bajo costo).

12.5.3.1 Participar en la elaboración de guías de diagnóstico y tratamiento.

12.5.3.2 Incorporar conceptos de efectividad clínica y fármaco-economía en dichas guías, a fin de propender al uso racional de los agentes de alto costo.

12.5.3.3 Favorecer las estrategias de telemedicina para la consulta de casos problemáticos a centros de referencia evitando la derivación innecesaria de pacientes.

12.5.4 **Institucional:**

12.5.4.1 Dado que la SAH está trabajando en elaborar los lineamientos que permitan la categorización de los servicios de hematología en servicios de baja, mediana y alta complejidad en sus diversas áreas, favorecer el tendido de redes de derivación para la correcta atención de pacientes con patologías de alta complejidad.

12.5.4.2 Favorecer la accesibilidad de pacientes sin cobertura a las unidades de trasplante.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores Oncohematología](#)

13. TELEMEDICINA

13.1 **Justificación**

La Telesalud se refiere a la incorporación de las tecnologías de la Información y la Comunicación en los Sistemas de salud incluyendo servicios médicos, académicos, administrativos y técnicos, con el propósito de intercambiar información en el ámbito de la salud. Se puede distinguir Telemedicina de Telesalud restringiendo la primera a la prestación de servicios únicamente por parte de los médicos y la segunda, los servicios prestados por profesionales de la salud en general, incluyendo enfermeras, farmacéuticos y otros. Además, a diferencia de la Telesalud la telemedicina es el suministro de servicios de atención sanitaria en los casos en que la distancia es un factor crítico, llevado a cabo por profesionales sanitarios que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para hacer diagnósticos, prevención y tratamiento de enfermedades, formación continuada de profesionales en atención a la salud, así como para actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de sus comunidades. La Telemedicina es una ciencia abierta y en constante evolución, ya que incorpora nuevos avances en la tecnología y responde y se adapta a las cambiantes necesidades de salud y contextos de la sociedad. Podemos destacar de la Telemedicina: Su propósito de proporcionar apoyo clínico, Se pretende superar barreras geográficas, conectando usuarios que no están en la misma ubicación física, Implica el uso de varios tipos de TIC, Su objetivo es mejorar los resultados de salud.

El proyecto de Vigilancia de Cánceres Poco Frecuentes en Europa (RARECARE) definió a estos tipos de cánceres como aquellos que presentan una incidencia de <6/100.000/año. La supervivencia relativa a 5 años fue, en promedio, peor para los cánceres poco frecuentes (47%) que para los cánceres más comunes (65%). Los sarcomas abarcan a más de 80 subtipos y aún más subtipos moleculares. Pueden estar localizados en cualquier lugar del cuerpo y pueden afectar a pacientes de cualquier rango etario. Los sarcomas representan menos del 1% de los tumores malignos del adulto, presentando una curva bimodal de incidencia (niños/adolescentes y adultos mayores). Constituyen una enfermedad poco prevalente, heterogénea y por ello se deben tomar decisiones en el marco de un equipo multidisciplinario.

Está comprobado que la calidad del tratamiento inicial impacta de manera significativa en la evaluación y pronóstico del paciente. En los sarcomas de tejidos blandos se alcanza control local en un 80-90% de los casos luego de una terapia adecuada local. Sin embargo, hasta un 50% de los pacientes desarrollarán metástasis en años posteriores. Es fundamental el rol del patólogo con experiencia y tecnología, además de un equipo multidisciplinario que incluya: cirujanos especializados, radioterapeutas, oncólogos, radiólogos. El tratamiento primario en centros especializados reduce la recidiva local y la necesidad de re-intervención. Al no controlar la recidiva local se aumenta significativamente la necesidad de amputación. Los centros de referencia en el diagnóstico y tratamiento de tumores poco frecuentes deben contar con un elevado volumen de casos, equipos multidisciplinarios integrados, gran especialización y experiencia y una organización asistencial adecuada.

13.2 Antecedentes

En Europa los tumores poco frecuentes son tratados en forma centralizada. Una biopsia inadecuada puede comprometer la cirugía posterior u obligar a la amputación. Los problemas claves que contribuyen a un mal resultado en cánceres poco frecuentes:

- Dificultades o retrasos en el diagnóstico.
- Dificultades en el acceso a expertos clínicos y tratamientos adecuados.
- Gran incertidumbre en la toma de decisiones clínicas.
- Poco interés en desarrollar nuevas terapias.
- Poca financiación para programas de investigación preclínica y clínica.
- Dificultades en la realización de estudios clínicos.
- Escasez de registros disponibles y de un banco de tejidos.
- Dentro de las iniciativas internacionales para mejorar el conocimiento y la investigación en cánceres poco frecuentes podemos encontrar:
- Centros de excelencia con grupos interdisciplinarios de expertos para tumores poco frecuentes.
- Redes de referencia y colaboraciones de investigación para diagnósticos precisos.
- Grupos cooperativos en cánceres poco frecuentes.
- Colaboración internacional.
- Estadísticas originales y diseños de ensayos para cánceres poco frecuentes.
- Organización de investigación traslacional.
- Interacción con actores clave.

En un estudio realizado (Ann Oncol 2012) en 1463 pacientes con diagnóstico de sarcoma en tejido blando con una concordancia total entre el diagnóstico primario y la revisión del experto demostró:

- Conclusiones idénticas en 56% de los casos.
- Concordancia parcial (diagnóstico idéntico de tumores conectivos pero diferente grado o subtipo histológico) en el 35% de casos.
- Discrepancia completa (benigno versus maligno, diferente tipo histológico o invalidación del diagnóstico de sarcoma) en el 8% de los casos. Se hallaron importantes discrepancias relacionadas con el grado, tipo o subtipo histológico.
- Concordancia entre los casos donde el patólogo primario pidió segunda opinión según lo comparado con casos en los que no se solicitó: 66% (n = 594) versus 40% (n = 230).
- En un estudio del departamento de cirugía y patología de UCLA (escuela de medicina de Los Ángeles) presentado en ASCO 2019, mostró que de un total de 196 muestras de patología con diagnóstico de sarcoma, el 56% del diagnóstico realizado por patología externa no experta fue discordante con la revisión del centro de patología referente. El 34% de las mismas fueron discordancias mayores, por lo que la revisión del diagnóstico de sarcoma en patólogo experto es crítica, tanto para el paciente como para estudios de investigación. (poster 176081 ASCO 2019).

13.3 Objetivo general

Atención multidisciplinaria a distancia de pacientes con cánceres poco frecuentes, pertenecientes a zonas geográficas desprovistas de especialistas y recursos, a través del uso de servicios especializados de salud.

13.4 Objetivos específicos

- 13.4.1 Ampliar la cobertura de la atención.
- 13.4.2 Mejorar la calidad en la atención médica: Acelerar la toma de decisiones mejorando la efectividad terapéutica.
- 13.4.3 Favorecer la asesoría permanente entre profesionales.
- 13.4.4 Disminuir la necesidad del traslado de pacientes.
- 13.4.5 Disminuir la saturación de demanda en los centros de especialización terciaria, con reducción de los tiempos de espera para los pacientes.
- 13.4.6 Apoyar procesos de investigación en salud.
- 13.4.7 Unidades multidisciplinarias altamente especializadas para tumores poco frecuentes.

13.5 Proyecto Piloto Sarcoma

El tipo de cáncer poco frecuente con el que comenzará el área de Telemedicina en el INC, es el de sarcomas. A partir de la experiencia adquirida en este proyecto piloto, se realizará una Expansión del Programa de Telemedicina a otros Cánceres Poco Frecuentes.

13.5.1 Objetivos de la Unidad Funcional de Sarcomas y Tumores óseos

- 13.5.1.1 Acceso a un diagnóstico rápido y preciso para pacientes con criterios de sospecha de sarcoma de partes blandas u óseo, derivados desde Centros de Atención Primaria, Hospitales de mediana o baja complejidad y otros hospitales no especializados.
- 13.5.1.1 Agilización del proceso diagnóstico (Biopsia y estudios de estadificación) y del tratamiento multidisciplinario (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia).

- 13.5.1.1 Integración multidisciplinaria precoz, que permita un tratamiento más eficaz y menos mutilante, evitando las re intervenciones.
- 13.5.1.1 Facilitar acceso a técnicas diagnósticas y terapéuticas sofisticadas y especializadas en los casos en que están indicadas (moleculares, braquiterapia, crioterapia, radiofrecuencia).
- 13.5.1.1 Favorecer la realización de investigación clínica y traslacional, y la docencia en el campo de los sarcomas.

13.5.2 Evaluación de Fortalezas y Oportunidades del proyecto piloto:

- **Fortalezas:** Experiencia del equipo referencial del Instituto en la patología de sarcoma y en recibir interconsultas sobre pacientes de sarcomas, Personal competente y estable, Participación del Instituto Nacional del Cáncer como coordinador, Participación del Instituto Provincial del Cáncer como auditor, Existencia de Plan Piloto
- **Oportunidades:** Establecer un circuito con un procedimiento estandarizado para la realización de las interconsultas, Optimización terapéutica, Disminución de los costos directos e indirectos relacionados al traslado de pacientes, Mejora en el tiempo de respuesta, Aumentar la cantidad y eficiencia del proceso de interconsultas

13.6 Líneas de acción

Esta modalidad de consulta intenta llegar mucho más allá de lo que se realiza actualmente. Pretende ser formal, regular y sólida. Sustentada por el INC y terceros, pero anclada en una Institución del sistema público de salud donde resida el equipo necesario para que estos pacientes sean guiados hacia un tratamiento adecuado.

- 13.6.1 Se realizará un acuerdo con la Institución designada para que sea el centro base del sistema de Telemedicina.
- 13.6.2 Inicialmente se analizarán casos de la Provincia de Buenos Aires, pero luego se ampliará a todo el país.
- 13.6.3 Se enviará a la Institución el resumen de la historia clínica, la biopsia e imágenes.
- 13.6.4 Recepción y revisión del material.
- 13.6.5 Comunicación con el centro consultante en caso de que falte algún dato o estudio para discutir el caso. La logística y la formalización de la consulta son claves para que esta modalidad sea realizada en tiempo y forma, es decir sea útil.
- 13.6.6 Reunión simultánea a través de plataforma de telemedicina.
- 13.6.7 Presentación del caso y discusión en el marco de equipo multidisciplinario.
- 13.6.8 Incorporación de otras regiones del país.
- 13.6.9 Participación en Redes de referencia y colaboraciones internacionales: Las ERN (European Reference Networks, redes de referencia europeas) son redes de Centros de expertos, profesionales de la salud y laboratorios organizados más allá de las fronteras. Sus objetivos son compartir experiencia clínica, mejorar el acceso a un mejor tratamiento a través de las vías de atención y compartir información/conocimiento mediante una plataforma IT. A través de las ERN, se vincularán alrededor de 1.000 hospitales conectando a miles de expertos, investigadores y médicos.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores de Telemedicina](#)

14. CALIDAD EN LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

14.1 Justificación

El desarrollo de la gestión de la calidad en las instituciones de salud, implica organizar y estructurar el trabajo para cumplir los logros colectivos de la organización de una manera efectiva y segura. Para garantizar el cumplimiento de lo propuesto, es necesario comenzar definiendo los lineamientos generales y transversales en los cuales se basará la planificación de las tareas en el área de calidad y posteriormente su respectiva ejecución y evaluación.

El Programa de Calidad Institucional debe entregar un enfoque claro a toda la institución sobre el trabajo en calidad, por lo cual debe servir de insumo para el trabajo y programación de este. Debe ser dinámico y permitir organizar las tareas concretas en un tiempo definido. Para lo cual deben incorporarse responsabilidades y especificar cómo se evidenciará el cumplimiento de los objetivos especificados.

Para una adecuada implementación de la Calidad en la Gestión Institucional se establecerá la vinculación con la Dirección Nacional de Calidad de la Secretaría de Gobierno de Salud. A través de esta vinculación se seguirán los lineamientos de política nacional de calidad.

14.2 Antecedentes

En los últimos años se ha podido observar que distintos Institutos Nacionales del Cáncer en Latinoamérica han obtenido acreditaciones sobre gestión de calidad permitiendo el aprendizaje institucional y el mejoramiento continuo de sus procesos a través de la implementación y mantenimiento de un sistema de gestión integrado. Un ejemplo de ello es el INC de Chile, Colombia y Uruguay entre otros.

El INC de Chile (Memoria Instituto Nacional del Cáncer 2016) ha establecido en su sistema de acreditación el respeto a la dignidad del paciente, gestión de la calidad, acceso, oportunidad y continuidad de la atención, gestión clínica, competencias del recurso humano, registros, seguridad del equipamiento y las instalaciones y servicios de apoyo.

El INC de Colombia (Manual de Calidad, Gestión de desempeño Institucional Versión 2) ha centrado su sistema de gestión en: Medición y mejora de la percepción de satisfacción del servicio de pacientes y estudiantes, Base de datos relacionadas con indicadores de calidad, Base de datos relacionadas con seguridad del paciente y gestión del riesgo, Base de datos relacionadas con planes de mejora, Adherencia a estándares que permitieron certificaciones de carácter normativo, Estructura documental del sistema y Funcionarios con competencias en gestión de la calidad, seguridad del paciente, auditorias, medición de procesos y planes de mejora.

El INCA de Uruguay (Resoluciones de la Dirección del INCA, 21 de diciembre de 2015) se ha planteado como objetivos: Implantar progresivamente, un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) conforme a la Norma ISO 9001; alineado con los objetivos generales y estratégicos del Instituto, con su política institucional, lineamientos y normativas legales y reglamentarias vigentes. Incorporar el enfoque de Calidad en los planes institucionales, así como en la Gestión de RR.HH. del Instituto.

14.3 Objetivos generales

Implementar, mantener y mejorar de forma continua y progresiva un sistema de gestión de calidad en correspondencia con los objetivos generales y estratégicos del Instituto.

14.4 Objetivos específicos

- 14.4.1 Desarrollar una cultura de calidad en todos los actores de la Institución.
- 14.4.2 Planificación del sistema de implementación de gestión de calidad.
- 14.4.3 Implementación y Seguimiento del sistema de gestión de calidad.

14.5 Líneas de acción

El Instituto se responsabilizará por mantener y mejorar continuamente la eficacia del sistema de desempeño institucional, mediante las siguientes acciones:

- 14.5.1 Identificará, documentará y actualizará los procesos institucionales y su aplicación.
- 14.5.2 Determinará la secuencia e interacción de estos procesos.
- 14.5.3 Se identificarán los criterios y los métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de estos sea eficaz.
- 14.5.4 Se asegurará la disponibilidad de recursos e información necesaria para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos.
- 14.5.5 Se relazará seguimiento, medición y análisis de resultados de los procesos.
- 14.5.6 Se implementarán acciones para alcanzar los resultados propuestos y la mejora continua.

La política de calidad se centrará en los siguientes puntos:

1. Liderazgo.
2. Inclusión de todo el personal.
3. Formación continua.
4. Sistema de gestión basado en procesos.

Lineamiento con políticas vigentes de calidad.

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores Calidad en la gestión institucional](#)

15. GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

15.1 Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985, la asistencia sanitaria de calidad es la que consigue "asegurar que cada paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del enfermo y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del enfermo con el proceso".³⁰

La calidad en la atención de la salud se puede dividir en 1) calidad técnica. En base a la evidencia que sustenta a los recursos y medios empleados, métodos y procedimientos utilizado y a la experiencia, capacitación y entrenamiento de los profesionales que los prestan 2) calidad asistencial que es la calidad que tiene la asistencia hospitalaria prestada, teniendo en cuenta la contribución de la ciencia y la tecnología médica, el arte y las habilidades de los profesionales en su aplicación, el trato ofrecido a los pacientes y las acciones de los profesionales que pretenden satisfacer las expectativas de los mismos y la 3) calidad percibida: que es la calidad que tiene la asistencia que presta el hospital según la valoración del paciente, comparando su percepción de la misma con sus expectativas.

La seguridad del paciente, dimensión esencial de la calidad asistencial, implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria.

El informe del año 1999, "Errar es Humano" del Instituto de Medicina de Estados Unidos³¹, hizo que varios gobiernos y organizaciones sanitarias internacionales situaran la seguridad del paciente entre sus prioridades de política sanitaria. Así la OMS lanzó en 2004 la "Alianza por la seguridad del paciente", promoviendo acciones, herramientas y recomendaciones para mejorar la seguridad en todos los países del mundo y actualmente evolucionó hacia la formación de la Unidad de Seguridad del paciente y gestión del Riesgo con los mismos objetivos previos y con un enfoque de gestión del riesgo en la atención de la salud para prevenir el daño a los pacientes en todo el mundo³².

La distinción entre seguridad y calidad es particularmente borrosa en sistemas interactivamente complejos en los que problemas de calidad aparentemente menores pueden interactuar de forma imprevista y generar problemas de seguridad. Consideramos que este es el caso en gran parte de la medicina (particularmente en oncología), y por lo tanto las iniciativas de seguridad y calidad están intrínsecamente vinculadas.³³

El cáncer es un conjunto de enfermedades con características heterogéneas en su forma de presentación, medios de diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico, sumado a las comorbilidades que el paciente pueda presentar de base y las que se puedan agregar por los tratamientos o la evolución natural del cáncer, de manera que, en la atención de los pacientes oncológicos, se requiere una variedad de disciplinas para su atención integral, prácticas en cada etapa de la línea de cuidados (detección precoz, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliativos, acompañamiento al final de la vida) con distintos requerimientos de intensidad de atención y que hacen más propicia la variabilidad de las mismas- Por esto es necesario la estandarización de los procesos de atención y como eje fundamental trabajar en la coordinación y comunicación efectiva que disminuya la posibilidad de atención de no calidad e insegura.

15.2 Antecedentes

En el ámbito Nacional los antecedentes sobre el tema se encuentran en los siguientes documentos:

- Creación del Programa Nacional de Garantía de Calidad (PNGC) Resolución 432/1992. Implementación PNGC Resol. 149/1993. Alcance: Decreto 178/2017. Modificación del PNGC Decreto 856/2017³⁴

- “Requisitos de Buenas Prácticas para el Funcionamiento de los Servicios de Salud”. (gestión de la calidad y Seguridad del paciente) Resolución 2212/2015
- Normas de organización y funcionamiento del área de Oncología de los establecimientos asistenciales. PNGC. Resolución 169/1997
- Ley Nº 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada el 21 de octubre de 2009 y publicada el 20 de noviembre de 2009. Ley 26742. Sancionada: Mayo 9 de 2012 Fecha de publicación: B.O. 24/05/2012³⁵

En el INC se realizaron actividades previas a la creación del programa que se buscan fortalecer e integrar

- Etiqueta de calidad en mamografía (ver PNCCM)
- Asistencia técnica en enfermería (ver Formación de RRHH)

Para una adecuada implementación de la Gestión de Calidad y Seguridad en la Atención del Paciente Oncológico se establecerá la vinculación con la Dirección Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud. A través de esta vinculación se seguirán los lineamientos de política nacional de calidad.

15.3 Objetivos generales

- 15.3.1 **Visión:** Mejorar la calidad y la seguridad en la atención del paciente en oncología en el ámbito público, teniendo en cuenta las evidencias disponibles de las recomendaciones efectuadas, la factibilidad de su implementación, la equidad y la sostenibilidad del sistema.
- 15.3.2 **Misión:** Establecer objetivos y recomendaciones para una mejor calidad de la atención del paciente en oncología y reducción del daño asociado a la misma.
- 15.3.3 **Objetivo general:** Mejorar la calidad y seguridad del paciente en todos los niveles y ámbitos asistenciales del paciente oncológico.
- 15.3.4 **Población blanco:** Este programa está dirigido a todos los pacientes y ciudadanos que reciben atención de la salud en oncología, a los profesionales (clínicos y gestores), a las instituciones y prestadores de asistencia sanitaria del ámbito público.

15.4 Objetivos específicos

- 15.4.1 Contribuir a desarrollar una cultura de calidad y seguridad, trabajando con factores organizacionales y reingeniería del factor humano en instituciones públicas con atención en pacientes oncológicos.
- 15.4.2 Implementar prácticas seguras en terreno en instituciones públicas con atención en pacientes oncológicos en dos áreas prioritarias:
 - 15.4.2.1 Uso seguro de la medicación oncológica.
 - 15.4.2.2 Uso seguro de radiación ionizante.
- 15.4.3 Capacitar en Gestión de riesgos en instituciones públicas con atención en pacientes oncológicos.
- 15.4.4 Propiciar la participación de pacientes y ciudadanos en general por una atención de

pacientes oncológicos de calidad y segura.

- 15.4.5 Favorecer la investigación en calidad y seguridad en la atención de los pacientes oncológicos en todos los niveles de atención.
- 15.4.6 Desarrollar estándares de atención de calidad en diferentes procesos de atención del paciente oncológico.

15.5 Líneas de acción

- 15.5.1 Capacitación
- 15.5.2 Transferencia de tecnología
- 15.5.3 Atención centrada en el paciente
- 15.5.4 Investigación en servicio

Ver en Anexo I: [Tablero de Indicadores Gestión de calidad y seguridad en la atención del paciente oncológico](#)

ANEXO I

TABLERO: INDICADORES, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y METAS

Tablero de indicadores: Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo	Valor Alcanzado	Línea de base diciembre 2017	Sectores Involucrados	
					2018		2019		2020		2021		2022						
					1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S					
Mejorar las coberturas y registro de las dosis aplicadas de niñas nacidas a partir del año 2000 y niños nacidos a partir del año 2006	Dosis aplicadas / población objetivo x 100	Alcanzar coberturas > 80% esquema completo de vacuna contra VPH	Articulación con Ministerio de Educación - Actividades de Promoción - Campañas de comunicación	Básica												80%		60%	DiCEI - PAI jurisdiccional - Prensa
	% población incluida en registro nominalizado que recibió vacuna contra VPH	Nominalización del 80% de la población objetivo de vacunación contra VPH	Articulación con sistemas de registro provinciales	Ampliada												80%		22%	

Tablero de indicadores: Dirección nacional de no transmisibles

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	Línea de Acción	Línea de base diciembre 2017	Sectores Involucrados
ALCOHOL					
Reducir el consumo nocivo de alcohol	1: Documentos de estándares sobre políticas de prevención y control del consumo nocivo de alcohol publicado para diciembre de 2019. 2: Consejo Asesor conformado y convocado, con agenda de trabajo a partir de julio 2019. 3: Proyecto de ley elaborado a diciembre de 2020. 4: Norma nacional integral de prevención y control del consumo nocivo de alcohol sancionada para 2023.	Al 2023: Meta 1: haber mantenido estable el consumo anual de alcohol per cápita Meta 2: haber detenido la tendencia ascendente de la prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo en población de 18 años y más según la ENFR. Meta 3 haber detenido la tendencia ascendente de la prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol al 10,19% en población de 18 años y más según ENFR. Meta 4 haber detenido la tendencia ascendente de la prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol (o indicador equivalente) en población adolescente, según EMSE y Encuesta de Drogas de SEDRONAR.	Promoción de políticas públicas regulatorias en el nivel nacional para la prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas con alcohol; políticas fiscales para incrementar precio e impuestos a las bebidas con alcohol y políticas públicas regulatorias para restricción a la disponibilidad de bebidas con alcohol. Para ello se planea elaboración de un proyecto de ley integral, articulación Consejo Asesor del programa nacional de prevención y lucha contra el consumo excesivo de alcohol, con Sedronar, Agencia de Seguridad Vial y otros actores del Estado y de la sociedad civil. Movilización de actores académicos y de la sociedad civil y Asesoramiento a legisladores nacionales	LÍNEA DE BASE 2015: 8,4 litros de alcohol puro por persona en mayores de 15 años Fuente: "Consumo de alcohol per cápita" del Observatorio Nacional de Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones	Dirección Nacional ENT/ Dirección de Salud Mental y Adicciones/ Consejo Nacional asesor de alcohol/ congreso nacional
	Mesas de gestión conformadas en la totalidad de las provincias y Normas provinciales sancionadas sobre prohibición completa de publicidad promoción y patrocinio, en al menos 5 provincias para 2023.		Articulación y mesas de gestión con las jurisdicciones provinciales para elaborar proyectos regulatorios del nivel provincial /municipal para sanción, implementación y fiscalización de leyes de prohibición completa de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas, prohibición de venta de alcohol a menores, otorgamiento de licencias para venta y expendio de alcohol, cumplimiento de control de alcoholemia al conducir, etc.	LÍNEA DE BASE 2013: 7,8% de la población de 18 años y más. Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013	Dirección Nacional ECNT/ Dirección de Salud Mental y Adicciones / legislaturas provinciales
	1 Campaña de comunicación en redes sociales y acciones de prensa, realizada anualmente.		Campañas de comunicación acerca del consumo nocivo de alcohol	LÍNEA DE BASE 2013: 10,4% en población de 18 años y más. Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013	Dirección Nacional ECNT/ Dirección de Salud Mental y Adicciones/ Prensa de la Secretaría de gobierno de salud
	GPC elaborada para finales del 2020.		Desarrollo de guía de práctica clínica de prevención y tratamiento del consumo nocivo de alcohol		Dirección Nacional ECNT/ Dirección de Salud Mental y Adicciones/ Dirección de Garantía de Calidad/Consejo asesor/ sociedades científicas
	5ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y 4ta Encuesta Mundial de Salud Escolar efectuadas para el 2023.		Monitoreo y vigilancia del consumo nocivo de alcohol en adultos y adolescentes		Dirección Nacional de ENT, INDEC, OPS, CDC, SEDRONAR
	Una convocatoria a través de Salud Investiga o del INC para proyectos de investigación sobre consumo nocivo de alcohol y políticas para su control efectuada para el 2020.		Fomento de la investigación en líneas priorizadas para generar evidencia para la toma de decisiones en políticas de control de consumo de alcohol y contribuir a construir capacidad en la temática en actores sociales y académicos		Dirección Nacional ECNT/ Dirección de Salud Mental y Adicciones/DIS/INC
	Curso virtual para el equipo de salud desarrollado y montado en la plataforma para el 2020.		Capacitación de los equipos de salud para la implementación de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento del consumo excesivo de alcohol a través de un curso virtual autoadministrado: desarrollo del contenido, montaje en la plataforma web de la secretaria de salud, acompañamiento de los alumnos.		Dirección Nacional ECNT/ Dirección de Salud Mental y Adicciones/ Dirección de Capital humano

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	Línea de Acción	Línea de base diciembre 2017	Sectores Involucrados
PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y OBESIDAD (ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA)					
Detener la epidemia de sobrepeso y obesidad con especial foco en nny a través de políticas de alimentación saludable y actividad física	Documento de estándares sobre entornos escolares publicado y difundido durante 2019	Las metas de cumplimiento son las metas a alcanzar a 2023 en el marco del PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. Meta 1: Al 2023 haber detenido la tendencia ascendente de sobrepeso y obesidad en población de 18 años y mas según nueva oleada de la ENFR y la ENNYS previstas para 2023. Meta 2: Al 2023 haber detenido la tendencia en ascenso de obesidad en población de niños, niñas y adolescentes de o a 18 años a través de la ENNYS prevista para 2023. Meta 3: Al 2023 haber mejorado los entornos escolares en dominios alimentarios y de actividad física según EMSE y ENNYS previstas para 2023 en comparación con las de 2018. (pendiente cuantificar la mejora en función del análisis en proceso de la 4ta ENFR, la 3ra EMSE y la 2da ENNYS). Meta 4: Al 2013 haber mejorado los hábitos alimentarios de la población a través de un aumentado el consumo de frutas y verduras y una reducción del consumo de bebidas azucaradas y otros alimentos no saludables seleccionados según EMSE, ENFR y ENNYS. (pendiente cuantificar la mejora una vez finalizado el análisis de dichas encuestas) Meta 5: haber incrementado el comportamiento físicamente activo y haber reducido el sedentarismo en niños y adultos según EMSE, ENNYS Y ENFR	Revisión, publicación y diseminación de documento de estándares sobre entornos escolares que permita informar a legisladores y otros decisores para la mejora regulatoria de los entornos escolares.	LÍNEA DE BASE 2012: sobrepeso 28,6% en población de entre 13 y 15 años Fuente: Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012	Dirección Nacional ENT/ DINAMIA/ Comisión de Alimentación Saludable y Ministerio de Educación y Ministerio de Desarrollo Social.
	Leyes sancionadas sobre entornos escolares de acuerdo a los estándares de la Secretaría de Gobierno de Salud (al menos en 2 provincias por año desde el 2019 a 2023)		Promoción de políticas públicas regulatorias efectivas e integrales sobre los entornos escolares en los niveles provinciales/ Articulación y mesas de gestión intersectoriales con las jurisdicciones provinciales para elaborar proyectos regulatorios	LÍNEA DE BASE 2012: obesidad 5.9% en población de entre 13 y 15 años Fuente: Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012	Dirección Nacional ENT/ legislaturas provinciales
	Campañas de comunicación diseñada y lanzada en 2019 y página web del plan nacional de obesidad desarrollada y pública en 2019. Acciones documentadas y medidas anuales sobre la implementación de la campaña: numero de eventos comunitarios y masivos efectuados, materiales distribuidos, cobertura mediática, cobertura poblacional alcanzada.		Campañas de comunicación acerca la problemática del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes, sus determinantes y su impacto en la calidad de vida, a fin de promover una transformación cultural que involucre hábitos más saludables, una alimentación adecuada en el conjunto de la sociedad y la promoción de la actividad física.	LÍNEA DE BASE 2012: Consumo de al menos 2 veces al día habitualmente bebidas azucaradas durante los últimos 30 días 48.1% en población de entre 13 y 15 años Fuente: Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012	Dirección Nacional ENT/ Dirección Nacional de Salud Familiar y comunitaria/ DINAMIA, Comunicación de la Secretaría de gobierno de salud
	N° de capacitados, N° de materiales realizados y distribuidos N° de talleres realizados, Capacitaciones implementadas anualmente.		Capacitación de los equipos de salud, educación y referentes sociales de comedores comunitarios y otros programas de desarrollo social sobre alimentación y actividad física	LÍNEA DE BASE 2013: Promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas 1.9 porciones por persona mayor de 18 años Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013	Dirección Nacional ENT/ Dirección Nacional de Salud Familiar y comunitaria, DINAMIA, Dirección de Capital humano y Ministerio de Educación y Ministerio de Desarrollo Social
	Plan de reformulación de azúcar en alimentos y bebidas lanzado en 2019 y haber firmado 3 convenios marcos con cámaras y 12 convenios específicos con empresas para la reformulación a 2023		Elaboración de un plan de reformulación de alimentos que incluya convenios con la industria para la reducción del contenido de azúcar en alimentos y bebidas industrializados y firma de convenios voluntarios con la industria para la disminución del contenido de azúcar en los alimentos y bebidas procesados. Apertura de mesas de reformulación de alimentos Elaboración de modelo de convenios. Alcance de acuerdos. Firma de convenios y monitoreo del cumplimiento		Dirección Nacional ENT/ INAL/ CONAL/ Secretaría de Agroindustria
	Documento de criterios nutricionales para los programas sociales con componente alimentario diseñado y elaborado e implementado en 6 provincias para el 2019		Publicación y Diseminación de documento de criterios nutricionales para los programas sociales con componente alimentario diseñado y elaborado		Dirección Nacional ENT/ Comisión asesora del Programa de Alimentación Saludable/ Ministerio de Desarrollo Social/ Secretaría de agroindustria
	Haber desarrollado los análisis y las propuestas de mejora de los planes alimentarios en las 24 provincias para diciembre de 2023 y que al menos 10 provincias los hayan implementado en el mismo periodo.		Evaluación, asistencia técnica, análisis y propuestas de mejora para implementar los estándares en los programas sociales con componente alimentario a nivel provincial.		Dirección Nacional ENT/ Ministerio de Desarrollo Social/ Secretaría de agroindustria/ Jurisdicciones provinciales
	Documento de PPP presentado y difundido en 2019		Publicación y Diseminación de documento de estándares sobre regulación de Publicidad, Promoción y Patrocinio (PPP) de alimentos y bebidas con altos niveles de sodio azúcar y grasas para informar a legisladores y otros decisores para el desarrollo de proyectos de ley a nivel nacional y provincial		Dirección Nacional ENT/ Comisión asesora del Programa de Alimentación Saludable/
	Que al menos 3 provincias hayan aprobado leyes provinciales de prohibiciones de ppp de alimentos y bebidas no saludables.		Promoción de regulación de publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas no saludables a nivel nacional y provincial.		Dirección Nacional ENT/ Comisión asesora del Programa de Alimentación Saludable/ Legisladores Nacionales/ Jurisdicciones provinciales
	Ley aprobada de reforma fiscal a las bebidas azucaradas para 2023		Promoción de políticas fiscales a las bebidas azucaradas en el Congreso de la Nación.		Dirección Nacional ENT/ Ministerio de Hacienda /congreso de la Nación.
Normativa aprobada de etiquetado frontal de alimentos para 2023	Promoción de una política de etiquetado frontal de alimentos tanto en el nivel nacional como en el Mercosur.		Dirección Nacional ENT/ INAL/ Ministerio de Producción y Trabajo /congreso de la Nación.		
Sta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y 4ta Encuesta Mundial de Salud Escolar efectuadas para el 2023	Monitoreo y vigilancia del sobrepeso y obesidad así como también de hábitos alimentarios, patrones de consumo y practica de actividad física en niños y adultos.		Dirección Nacional de ENT, INDEC, OPS, CDC, SEDRONAR		

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	Línea de Acción	Línea de base diciembre 2017	Sectores Involucrados	
TABACO						
Reducir el consumo de tabaco y la exposición a humo de tabaco ajeno	mantenimiento de al menos 500 profesionales de los cAPS inscriptos por año a través del curso virtual y haber constituido equipos replicadores de la capacitación en todas las provincias para el 2023.		Continuación de la implementación "ongoing" de cursos virtuales de cesación tabáquica dirigido a equipos nucleares de los centros de atención primaria y capacitación a multiplicadores designados por las provincias a nivel provincial	LÍNEA DE BASE 2012: Consumo de al menos 2 veces al día habitualmente bebidas azucaradas durante los últimos 30 días 48.1% en población de entre 13 y 15 años Fuente: Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012	Dirección Nacional ENT/ Dirección de Capital humano	
	GPC actualizada para finales de 2020 y proceso de diseminación a partir del 2021		Actualización de la guía de practica clínica de adicción al tabaco y continuidad en su implementación	LÍNEA DE BASE 2013: Prevalencia de Consumo de tabaco 25,1% entre población de 18 años y mas. Fuente: Encuesta nacional de Factores de Riesgo 2013	Dirección Nacional ECNT/ Dirección de Garantía de Calidad	
	haber evaluado la implementación del piloto en 5 provincias ya implementado, a diciembre de 2019 y escalamiento gradual de la entrega de parches implementado en todo el país para 2023		Escalamiento a todo el país la provisión de parches de nicotina para la cesación tabáquica, a partir del piloto iniciado en 2018, e incorporación de la provisión de la terapia de sustitución nicotínica con parches en los botiquines de CUS Medicamentos.			Dirección Nacional ECNT/ Dirección de Medicamentos
	Convenio Marco Ratificado al 2023		Acciones de promoción de la ratificación del CMCT (Convenio Marco para el Control de Tabaco) en el Congreso de la Nación.	LÍNEA DE BASE 2013: Exposición habitual al humo de tabaco ajeno (entre no fumadores) 36,3% entre población de 18 años y mas. Fuente: Encuesta nacional de Factores de Riesgo 2013	Dirección Nacional ECNT/Congreso Nacional	
	Resoluciones ministeriales aprobadas de la renovación periódica de Advertencias sanitarias de los paquetes de cigarrillos acorde a la ley 26.687, para el 31 de marzo 2019; para el 31 de marzo de 2021 y para el 31 de marzo de 2023.	META 1: Al 2023 haber bajado la prevalencia de consumo de tabaco en población de 18 años o mas al 19%	Actualización de las advertencias sanitarias con pictograma cada dos años, conforme establece la ley nacional 26687	LÍNEA DE BASE 2012: Fumó cigarrillos al menos 1 de los últimos 30 días 18,8% en población de entre 13 y 15 años Fuente: Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012	dirección nacional ENT/ Prensa de Secretaría de Gobierno de Salud	
	Convocatoria para la investigación a través de Salud Investiga o a través del INC efectuada para diciembre de 2019	META 2: Al 2023 Reducir el 10% del consumo per cápita respecto de la 4ta ENFR (en proceso actual de análisis, la meta se puede ajustar en unos meses en cuanto tengamos el dato de la ENFR)	Desarrollo de una investigación cuantitativa para determinar la eficacia de advertencias sanitarias que puedan implementarse en las próximas dos tandas en 2021 y 2023		Dirección Nacional ENT/DIS/INC	
	Mecanismo operativo de fiscalización implementado y aplicación de multas a nivel nacional a diciembre de 2019 y en al menos 3 jurisdicciones del país a diciembre de 2020.	META 3: al 2021 haber aumentado los intentos de cesación tabáquica y los intentos con ayuda de un profesional de la salud así como el uso de terapia farmacológica para dejar de fumar a través de la segunda Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS), efectuada por única vez en 2012 y planificada para su segunda oleada en 2020. (pendiente completar la magnitud del aumento esperado).	Fortalecimiento de la implementación y fiscalización de la ley nacional de control de tabaco 26.687	LÍNEA DE BASE 2012:Estuvo expuesto al humo de tabaco ajeno al menos 1 de los últimos 7 días 73,4% en población de entre 13 y 15 años Fuente: Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012	Dirección Nacional de ENT/dirección Nacional de Asuntos Jurídicos y Sumarios. Programas provinciales de control de tabaco	
	Leyes provinciales de prohibición completa de ppp en al menos 2 provincias del país al 31 de diciembre de 2019 y escalar progresivamente hasta lograr 10 provincias con dicho estándar normativo a diciembre de 2023.	META 4: Al 2023 haber bajado la prevalencia de consumo de tabaco en población adolescente de 13 a 18 años respecto de la 3ra EMSE (actualmente en proceso de análisis, la meta se puede ajustar en unos meses en cuanto tengamos el dato de la EMSE)	Promoción de la sanción de normas de prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, incluyendo exhibición del producto en las provincias. Articulación y mesas de gestión intersectoriales con las jurisdicciones provinciales para elaborar proyectos regulatorios e impulsar su aprobación.		Dirección Nacional de ENT/ Jurisdicciones provinciales.	
	Resolución aprobada que establezca el marco regulatorio de los nuevos productos sancionada en diciembre 2019.	META 5: Al 2023 haber reducido la exposición al humo de tabaco ajeno en población de 18 años y mas en un 10% en lugares públicos y laborales, respecto de la 4ta ENFR (en actual proceso de análisis)	Revisión bibliográfica y proceso de consulta con la comisión nacional de control de tabaco para elaborar y consensuar un marco regulatorio para los nuevos productos (calentadores de tabaco) en Argentina		Dirección Nacional de ENT , ANMAT	
	Mantenimiento de un mínimo de 50 ordenanzas municipales sancionadas de ambientes 100% libres de humo como se logró en 2018, de manera anual hasta 2023. Sanción/implementación de normativa provincial de ambientes 100% libres de humo en las provincias Jujuy Salta Catamarca y Corrientes que aun no cumplen con el estándar de la ley nacional 26687 para 2023.	META 6: Al 2023 haber reducido la exposición al humo de tabaco ajeno en lugares públicos en adolescentes de 13 a 15 en un 10% respecto de la 5ta Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes (en actual proceso de análisis)	Promover la sanción y adecuada fiscalización y control de legislación provincial y municipal de ambientes 100% Libres de Humo a través del desarrollo de mesas intersectoriales de gestión con las jurisdicciones para elaborar proyectos regulatorios ; estandarizar procesos de fiscalización y control y campañas de difusión para fortalecer su cumplimiento.		Dirección Nacional de ENT, Dirección de Municipios y comunidades saludables, jurisdicciones provinciales y municipales	
	Ley de internos reglamentada, especialmente por artículo de trazabilidad para diciembre 2020. Informe de medición de impacto de la medida fiscal en ventas y recaudación y gap análisis, actualizado anualmente. Informe de comercio ilícito en base a la 4ta ENFR para diciembre 2019. Respuestas judiciales efectuadas en tiempo y forma a todas las demandas contra el estado efectuadas por tabacaleras para eludir el pago de impuestos al tabaco.		Promoción y monitoreo de la implementación reforma fiscal a los productos de tabaco sancionada por la ley de impuestos internos 27430/2017 y evaluación de impacto de dicha medida que permita hacer propuestas de mejora continua para reducir la asequibilidad de los productos de tabaco.		Dirección nacional de ENT, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Producción y Trabajo.	
	Nueva oleada de encuestas nacionales de vigilancia llevadas a cabo por la Dirección Nacional: 2da Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos a desarrollarse en 2020. 5ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en 2023 y encuestas escolares: 4ta Encuesta Mundial de Salud Escolar y 6ta encuesta mundial de tabaco en jóvenes planificadas para el 2023.		Monitoreo y vigilancia del tabaquismo del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno		Dirección Nacional de ENT , INDEC, OPS, CDC,	

Tablero de indicadores: SIVER

Objetivos Específicos	Indicador Asociado	Metas	ORIGEN DE DATOS	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo	Línea de base diciembre 2017	Sectores Involucrados
						2018		2019		2020		2021		2022				
						1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S			
Institucionalizar el programa de Vigilancia del cáncer con la creación del "Observatorio epidemiológico del cáncer"	Resolución aprobada	Resolución aprobada del Programa "Observatorio epidemiológico del cáncer" en 2019	Registros internos del programa	Escritura del programa: definición de su alcance, metas y objetivos y estructura mínima para el cumplimiento de los mismos	Básica											1	0	SIVER-Ca - Área de Legales - Coordinador Técnico - Director/ra del INC -
			Registros internos del programa	Presentación de la propuesta a las autoridades												1	0	SIVER-Ca - Área de Legales - Coordinador Técnico - Director/ra del INC -
			Boletín oficial	Aprobación de la resolución												1	0	SIVER-Ca - Área de Legales - Coordinador Técnico - Director/ra del INC - otros
Consolidar el "Sistema de información epidemiológica"	# Convenios / actas de acuerdo firmados con: INDEC - DEIS - ENFR - EPH - PNUD - SRT - PAMI - SITAM	Formalizar, a través de la firma de convenios, circuitos de datos de diversas fuentes de información	Registros internos del programa	Coordinar el relevamiento actualizado de diversas fuentes de datos sobre morbi - mortalidad por cáncer, sus factores de riesgo y determinantes	Ampliada											50%	0	SIVER-Ca - C. Administrativa: Sistemas, Legales - PNCC
	Manuales de procedimientos terminados para cada producto del área: Atlas de mortalidad por cáncer, Boletines, publicación RITA (otros que pudieran surgir)	Garantizar calidad y comparabilidad de la información por cáncer trabajando calidad de datos: exhaustividad, validez, oportunidad, operacionalización de variables	Registros internos del programa / http://www.msal.gov.ar/inc/category/recursos-de-comunicacion/publicaciones-y-material-para-equipos-de-salud/vigilancia-epidemiologica-publicaciones-y-material-para-equipos-de-salud/	Escritura, diseño y publicación de manuales de procedimientos con definición de variables - categorías y estratos para análisis	Ampliada											90%	20%	SIVER-Ca / Coordinación de Comunicación y Administrativa (para las publicaciones)
Dirección y gestión del RITA - garantizando mayor cobertura, adherencia institucional y calidad de información	Cantidad de instituciones con RITAs / jurisdicción	Implementar el RITA en el 100% de las jurisdicciones del país	Registros internos del programa / publicación "Avances y resultados del RITA"	Implementación del RITA	Deseable											24	21	SIVER-Ca - Coordinación de Administración: Sistemas, Legales, R. Institucionales, RR.HH. - Externas: IPCs, autoridades provinciales, institucionales, etc
	variables fundamentales con datos validos/total de variables: >=70%	Aumentar la calidad de los RITAs alcanzando >75% de las variables fundamentales con datos válidos al 2º año de actividad del registro	Registros internos del programa	Gestión de calidad/comparabilidad y monitoreo del RITA a nivel Central - INC	Ampliada											>75%	50% de las instituciones con más de 2 años de actividad alcanzaron datos válidos >75%	SIVER-Ca - C. Administrativa: Sistemas, R. Institucionales, RR.HH.
	Módulos y/o variables incorporadas / año reflejadas en las actualizaciones periódicas del manual de procedimientos		Registros internos del programa	Incorporación de módulos específicos (melanoma)	Ampliada											1	0	SIVER-Ca - C. Administrativa: Sistemas, Legales
	Cantidad de pacientes en seguimiento al cabo de 2 años >40%	Ampliar la cobertura del RITA al registro de tumores específicos y la incorporación y/o actualización de variables diagnósticas/pronósticas según necesidad	Registros internos del programa	Navegación / seguimiento de pacientes	Deseable											>40%	0	SIVER-Ca
	Documento institucional de "Consenso: actualización de procesos en la gestión de calidad en la registración del cáncer"		Registros internos del programa	Reunión anual de consenso y definición de controversias	Deseable											1	0	SIVER-Ca
	Informes de gestión anuales / institución	Devolver a cada institución, al cierre de cada año, un informe de gestión de resultados y análisis de procesos que sea un insumo para mejorar la calidad de atención de los pacientes oncológicos.	Registros internos del programa	Devolución de resultados - gestión de procesos y acuerdos de seguimiento de casos.	Ampliada											100%	70%	SIVER-Ca - C. Administrativa: Sistemas, Legales, R. Institucionales, RR.HH.
	Publicación anual de resultados de la red de RITAs a nivel central (INC)	Analizar y difundir los resultados de la Red de Registros Institucionales de Tumores de Argentina (RITA) al cierre de cada año de gestión	Registros internos del programa / Publicaciones RITA	Avanzar en el análisis de los datos del RITA, producir y difundir periódicamente información epidemiológica de los servicios de salud que integran la red de atención oncológica en todos sus niveles.	Básica/Ampliada											100%	90%	SIVER-Ca - C. comunicación - C. Administrativa

Liderar la formación de recursos humanos en epidemiología del cáncer y registros de cáncer	% de jurisdicciones en las cuales se ha capacitado personal en vigilancia epidemiológica del cáncer/jurisdicciones con residencia en epidemiología	Contar con RR.HH. formados en epidemiología del cáncer en todas las jurisdicciones del país	Registros internos del programa. R006	Capacitación científica y técnica de los recursos humanos involucrados en la vigilancia epidemiológica del cáncer	Deseable														100% de las jurisdicciones + Nación (25)	0	SIVER-Ca - C. Administrativa	
	Cantidad de RR.HH. de RCBP capacitados		Registros internos del programa		Deseable																100% de RCBP (14)	71,42%
	Encuesta realizada		Registros internos del programa	Realizar una encuesta para evaluar cuantas jurisdicciones tienen residencias en epidemiología para definir población objetivo. Las jurisdicciones encuestadas serán aquellas que hoy tienen un convenio con el INC	Básica															1	0	SIVER-Ca - C. Administrativa
	Residentes capacitados y productos finalizados /residente		Registros internos del programa. R006	Capacitar y asistir a los rotantes de la formación de posgrado de "Especialistas en epidemiología" de las residencias de Nación y CABA	Básica															A demanda	0	SIVER-Ca - C. Administrativa
	Módulo de epidemiología del cáncer incluido en los cursos de formación de epidemiología		Incluir la capacitación en epidemiología del cáncer en los programas curriculares de la carrera de especialización en epidemiología.	Registros internos del programa	Trabajar con el área de formación de recursos humanos del INC y capital humano del Msal en la escritura del programa	Deseable														1	0	SIVER-Ca - C. Formación de RR.HH. en Cáncer - C. Administrativa: LegalesCapital Humano (MSAL) -
	Propuesta educativa de la tecnicatura elaborada y presentada (incluye programa curricular, perfil de participantes)		Crear la tecnicatura de "Personal técnico en registro del cáncer"	Registros internos del programa		Deseable														1	0	
Analizar y difundir información sobre morbilidad y mortalidad por cáncer, sus factores de riesgo y determinantes	% Salas de situación por cáncer implementadas / jurisdicciones	Implementar salas de situación por cáncer en las jurisdicciones del país	Registros internos del programa / Salas de situación provincial	Trabajar con las direcciones y/o departamentos de epidemiología o ECNT a nivel local para la inclusión y elaboración de salas de situación de salud por cáncer.	Deseable														100%	0	SIVER-Ca / C. Comunicación - C. Administrativa - Provincias: ECNT, IPC	
	Información actualizada anualmente /Total de información disponible (boletines, salas de situación, estadísticas)	Mantener actualizada toda la información sobre morbilidad por cáncer a nivel local, provincial/regional y nacional a través de los Boletines Epidemiológicos (ASIS)	http://www.msal.gov.ar/inc/category/recursos-de-comunicacion/publicaciones-y-material-para-equipos-de-salud/vigilancia-epidemiologica-publicaciones-y-material-para-equipos-de-salud/	Analizar y difundir información sobre morbilidad por cáncer a nivel local, provincial/regional y nacional.	Ampliada														6	4	SIVER-Ca - C. Comunicación - C. Administrativa / provincias: ECNT, IPC	
			http://www.msal.gov.ar/inc/category/recursos-de-comunicacion/publicaciones-y-material-para-equipos-de-salud/vigilancia-epidemiologica-publicaciones-y-material-para-equipos-de-salud/	Monitorear tendencias y desigualdades en la morbi-mortalidad por cáncer.	Básica															1	0	SIVER-Ca / C. Comunicación y Administrativa
	Publicación de las incidencias estimadas de cáncer por provincia	Contar con estimas de incidencia de cáncer (según sexo y principales localizaciones) para todas las jurisdicciones país.	Registros internos del programa / http://www.msal.gov.ar/inc/category/recursos-de-comunicacion/publicaciones-y-material-para-equipos-de-salud/vigilancia-epidemiologica-publicaciones-y-material-para-equipos-de-salud/	Estimar la incidencia de cáncer (según sexo y principales localizaciones) para todas las jurisdicciones país.	Deseable														1	0	SIVER-Ca / C. Comunicación y Administrativa	
	# Reportes sistemáticos anuales para los programas de prevención y control del cáncer	Monitorear el impacto poblacional de las intervenciones para el control del cáncer en salud pública en CCR, CCU y mama	Registros internos del programa	Contribuir con los programas nacionales de prevención y control del cáncer en el análisis y monitoreo de la situación de salud por esta enfermedad a nivel local y regional para la toma de decisiones	Ampliada														3	0	SIVER-Ca / Programas de Prevención y Control del Cáncer (CCU-Mama_CCR)	

Tablero de Indicadores: Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	ORIGEN DE DATOS	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo	Línea de base hasta diciembre 2017	Sectores Involucrados	
						2018		2019		2020		2021		2022					
						1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S				
Aplicar la metodología GRADE en el desarrollo de documentos ETS	Nro. Actualizaciones bianuales	Actualización bianual de Guías de metodología (2)	Publicación de la Guía online con registro ISBN	Actualización de Guías de Metodología	Básico												5	0	ETS, Comunicación
	Nro. Capacitaciones/año	2 o más anuales	Certificados de asistencia con detalle de contenido de capacitación efectuada.	Capacitación interna en Metodología	Ampliado												10	0	ETS
	# Asistencia congresos/año	2 anuales	Certificados de asistencia	A través de la asistencia a congresos se espera promover la actualización en contenidos Oncología/ETS	Deseable												8	0	ETS, Dirección/CT, administración
	% de recomendaciones con marco EDT/total de recomendaciones	Aplicar marco Etd en la generación del 100% de las recomendaciones	Marco generado asociado a recomendaciones a publicar en GPC.	Implementación Marcos ETD	Ampliado												100	0	ETS, informática
	Procedimiento generado	Generar procedimiento para la inclusión de perspectiva de pacientes en recomendaciones	Publicación de procedimiento incluido en Guía metodológica del área.	A definir	Ampliado												1	0	ETS
Realizar ETS aplicando metodología GRADE	Nro. Actualizaciones GPC/año	Actualización de al menos 3 GPC de forma anual	Invitación formal vía mail a participar de consenso. Sistema de encuesta online Survey Monkey con registro de usuarios. Planillas administrativas con detalles de viáticos, estadía y catering. Publicación de GPC online con registro ISBN	Actualización de GPC Tumores sólidos y hematológicos	Ampliado												17	2	ETS, administración, comunicación, hematología
	Nro. GPC de novo Hematología/año	Redacción de al menos 2 GPC de Hematología anuales	Invitación formal vía mail a participar de consenso. Sistema de encuesta online Survey Monkey con registro de usuarios. Planillas administrativas con detalles de viáticos, estadía y catering. Publicación de GPC online con registro ISBN	Elaboración de novo GPC	Ampliado												8	0	ETS, administración, comunicación, hematología
	Nro. RR/año	5 o más anuales	Publicación de RR online con registro ISBN	Elaboración de Revisiones Rápidas (RR)	Básico												≥25	2	ETS
	% Nro. solicitudes/Nro. respuestas	80% o más anual	Solicitud recibida y respuesta registrada en GEDO	Respuesta a requerimientos específicos de Poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial, u otros entes no gubernamentales nacionales o internacionales mediante RR	Básico												80%	60%	ETS, Dirección/CT, legales
	Nro. EE/año	3 o más anuales	Publicación independiente de EE online con registro ISBN o incluídas en GPC con publicación online.	Elaboración de Evaluaciones económicas (EE)	Ampliado												19	2	ETS, comunicación, SIVER
Promover la difusión e implementación de ETS	Estrategia	Generar estrategia de difusión de GPC a nivel nacional	Documento generado con línea de acción a seguir	A definir	Básico												1	0	Comunicación, Informática
	Estrategia	Generar estrategia de implementación de GPC a nivel nacional	Documento generado con resultados de investigación. Registro de becario y rendición de avance (área investigación)	A definir	Ampliado												1	0	ETS, investigación

Promover la divulgación científica de ETS	Cantidad de alumnos finalizan/ alumnos inscriptos	Alcanzar en un 70% que los alumnos inscriptos en el curso de farmacoeconomía finalicen la cursada (anual)	Campus virtual	Diseño de curso de capacitación en Farmacoeconomía para profesionales de la salud	Deseable													70%	0	ETS, Informática, administración, Capacitación	
	Cantidad de trabajos de investigación publicados / Total de resúmenes enviados (internacional)	Obtener la aprobación de un 50% de los resúmenes enviados a congresos internacionales	Documento generado. Mail que certifica envío de resumen y/o aceptación del mismo.	Publicaciones científicas	Ampliado														50%	0	ETS, Dirección/CT, administración
	Cantidad de participaciones/año	2 o más anuales	Campus virtual	Participación Cursos INC	Básico														10	3	ETS, Capacitación
Promover la alianzas con los grupos nacionales e internacionales de Evaluaciones de Tecnología	Cantidad de participaciones en REDES de ETS/año	Participación de 2 o mas REDES en ETS tanto a nivel nacional o internacional	Certificado de asistencia, documentos de colaboración generados, publicaciones.	Participación en redes ETS	Básico														6	1	ETS, Dirección/CT, administración

Tablero de Indicadores: Programa de Promoción de la Investigación en Cáncer

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	ORIGEN DE DATOS	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt								Valor Objetivo 2018-2022	Línea de base diciembre 2017	Sectores Involucrados		
						2018		2019		2020		2021					2022	
						1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S				1S	2S
Desarrollar líneas de investigación prioritaria en cáncer en articulación con los Programas del INC	Líneas priorizadas establecidas en los llamados de becas y asistencia financiera	Definición de líneas prioritarias para las convocatorias de asistencia financiera (2) y becas (3), involucrando a áreas programáticas del INC utilizando la metodología de Hanlon.	Norma administrativa del INC correspondiente (Disposición o acta)	Establecer prioridades de investigación básica, clínica, epidemiológica, en implementación y social en cáncer que orienten las acciones y estrategias de financiamiento, en función de las necesidades de los Programas del INC y de los problemas de salud pública relativos al Proceso Salud-Enfermedad- Atención-Cuidado en cáncer.	ampliada										5	0	Programas del INC, Investigación, Dirección Técnica/Dirección INC	
Promover la investigación básica, clínica, epidemiológica, de implementación y social en cáncer orientada a resolver preguntas de salud pública a través de diferentes estrategias de financiamiento	convocatoria becas realizada convocatoria asistencia financiera realizada	Realizar en tiempo y forma las convocatorias anuales a becas y asistencia financiera bianuales	Disposiciones de convocatorias de becas y asistencia financiera	Convocatorias	ampliada										5 3	7 3	Coordinación de Investigación, Programas del INC Dirección Técnica/ Dirección INC/ Consejo Ejecutivo	
	% de becas y asistencias financieras adjudicadas en áreas de investigación priorizadas	70% de becas y asistencias financieras asignadas a proyectos de investigación bajo temáticas priorizadas, 30% de becas asignadas a temáticas con aportes innovadores o relevantes, no incluidos en el documento de priorización	Disposición de líneas priorizadas + Disposición INC de asignación de becas ya asistencia financieras	Formación inicial en investigación en cáncer en estudiantes avanzados y graduados recientes. Apoyo y estímulo a investigadores posgraduados.	ampliada										70%	0%	Coordinación de Investigación, Programas del INC Dirección Técnica/ Dirección INC/ Consejo Ejecutivo	

Promover la generación de conocimiento que impacte en la salud (vida y calidad de vida) de la población	Cantidad de registros de Directores y Becarios en ReNIS	Al menos 90% de las investigaciones financiadas (Becas y Asistencias) desde 2018 hasta 2021 con registro en ReNIS	Registro Nacional de Investigaciones en Salud	Establecer en el reglamento de llamado a concurso un plazo de 2 meses para la inscripción.	Básica													90%	90%	Coordinación de Investigación, Dirección Técnica/ Dirección INC
	herramienta generada	Generar una herramienta para articular a postulantes a becas con centros de investigación a fin de promover la inserción de un postulante a beca sin lugar de trabajo en el marco de un proyecto	Base histórica de convocatoria	Relevamiento federal de producción científica Acuerdo con las Instituciones para participar Difusión de la Herramienta	ampliada													1	0	Coordinación de Investigación/Coordinación de Asuntos Legales/ Coordinación de Sistemas
Capacitar RRHH de investigación en áreas de vacancia para mejorar la calidad de proyectos de investigación de interés para el INC	% de proyectos admitidos en las categorías % de becas admitidas en esas categorías	Aumentar en un 20% las presentaciones admitidas de proyectos de investigación y becas en las categorías de epidemiología, clínica, social e implementación en el quinquenio	Base histórica de convocatorias de becas y asistencia financiera	Fortalecimiento a investigadores a través de herramientas virtuales para la formulación de hipótesis y mejora en la metodología de los planes de trabajo. Encuesta para relevar las dificultades de los postulantes a becas y/o investigadores que no concluyeron la presentación a los llamados	Deseable													55%	35%	Coordinación en Comunicación/ Coordinación de Sistemas) Coordinación de Investigación
	# cursos diseñados	Diseñar al menos 2 cursos para postulantes a becarios, becarios y proyectos de investigación	cursos virtuales previos	Diseñar un curso virtual de: metodología de la investigación escritura científica	Deseable													2	0	Coordinación en Comunicación/ Coordinación de Sistemas) Coordinación de Investigación/ Coordinación de Formación de RRHH en Cáncer
Colaborar con el fortalecimiento de la investigación en implementación en cáncer	Cantidad de proyectos del INC presentados a convocatorias externas	Al menos 1 proyecto presentado en el quinquenio	Código de postulación o número de identificación o registro otorgado por la convocatoria (externa)	Diseño de proyectos de investigación Identificación de las necesidades de los distintos programas del INC para la búsqueda de proyectos internos de investigación Reuniones con grupos de investigación internos y externos para establecer colaboraciones entre programas y expertos en investigación. Soporte y colaboración en el armado de proyectos de investigación	Deseable													1	0	Programas INC, Dirección INC, Coordinación de Investigación

Tablero de Indicadores: Coordinación de Formación de Recursos Humanos en Cáncer

Objetivo	Recursos requeridos	Indicador Asociado	Metas	ORIGEN DE DATOS	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo al 2022	Línea de base diciembre 2017	Sectores Involucrados	Responsable	
							2018		2019		2020		2021		2022						
							1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S					
Capacitar recursos humanos médicos, técnicos y enfermeros en áreas críticas vinculadas a la atención y tratamiento del paciente con cáncer	Convenios con Hospitales/sedes de formación, Convenios con becarios para cumplimiento plan/ Convenio con la Provincia/ Horas Hombre/ Recursos Económicos	Profesional que completó la beca cumpliendo de manera satisfactoria con las obligaciones establecidas en el convenio/provincia (distribución territorial)	Otorgar y finalizar con 60 becas por año de formación de RR.HH. con prioridad en: enfermería, técnico y especialidades médicas vinculadas a control ca.mama, colon, cervix, oncopediatria, paliativos, cirugía	Convenios firmados	Programa de Becas de Capacitación	Básica												300	346	Administración Comunicación Legales Comité evaluador de postulaciones Coordinación de formación de RR.HH.	Coordinación de formación de RRHH
	Horas hombre	Tasa de respuesta obtenida. %misma especialidad %continua provincia de origen %continua sector publico #visitas en terreno	90% Becario que continua trabajando en la misma especialidad, provincia de origen y en el sector público luego de 6 meses de finalizada la beca, analizado en el quinquenio.	Encuesta de seguimiento aplicada	Encuesta de seguimiento de becarios post-beca. Seguimiento de becarios en sus lugares de trabajo	Ampliada												90% 90% 90% 10	.89% 94% 89% 10	Coordinación de Formación de RR.HH.	Coordinación de formación de RRHH
Sensibilizar y lograr mayor adhesión de médicos jóvenes en especialidades oncológicas.	Convenios con Hospitales/sedes de formación, Convenios con becarios para cumplimiento plan/ Horas Hombre/ Recursos Económicos	# residentes que completan el programa de rotación % profesionales que se inscriben a becas/# de profesionales que realizaron la rotación	Lograr que 60 profesionales realicen las Rotaciones en las especialidades de ca. de mama, colon, paliativos, cirugía y patología durante el quinquenio. Al menos 1 residente por año que luego postule al Programa de Becas	Convenios firmados	Programa de Rotación de Residentes en especialidades oncológicas	Básica												60 10%	44 14%	Administración Legales Comité evaluador de postulaciones Coordinación de formación de RR.HH.	Coordinación de formación de RRHH
Capacitar profesionales en aspectos específicos vinculados al tratamiento de la patología oncológica	Diseño/coordinación de comunicación/ horas hombre/ recursos económicos/ equipo docente/Responsable del curso	#Cursos dictados virtuales/año #de profesionales que finalizan y obtienen el certificado	Sostener el volumen histórico de cursos virtuales.	Campus virtual.	Desarrollo de cursos virtuales	Ampliada												10 1800	17 1800	Equipos docentes. Informática. Campus Virtual. Coordinación de Formación de Recursos Humanos. Administración	Coordinación de formación de RRHH
	RRHH/ Recursos economicos/ acuerdos con sociedades científicas	Relevamiento realizado	Relevamiento Nacional de la necesidad de capacitación de recursos humanos, nivelación y mejoras del conocimiento en distintas especialidades de la oncología en referencia a los intereses del INC	Instituciones y Sociedades Científicas	A través de la articulación con los servicios oncológicos, de patología, citología, etc de las instituciones a nivel país y con sociedades científicas para la identificación de especialidades críticas para la capacitación	Deseable												1	0	Coordinación de Formación de RR.HH/Dirección	Coordinación de Formación de RR.HH.
Elaborar materiales destinados a equipos de salud y población con recomendaciones validadas	Diseño/coordinación de comunicación/ horas hombre/ recursos económicos/ experto revisor	#de materiales elaborados en soportes varios (manual, guía, tríptico, tutorial, videos, afiche)	Aumentar la cobertura de distribución y alcance de las recomendaciones establecidas por el Inc	Material final disponible para uso (impreso o en soporte electrónico)	Elaboración y difusión de materiales de capacitación	Ampliada												10	17	Coordinación de Formación de RR.HH.. Diseño. Comunicación. Logística y materiales	Coordinación de formación de RRHH
Posicionar al INC como referente experto en generar contenidos de capacitación de calidad	Horas hombre	# Asistencias técnicas brindadas y/o recomendaciones brindadas a las áreas del INC y/o documentos elaborados	Lograr una estandarización de criterios de calidad en capacitación a través de la asistencia técnica, recomendaciones y/o Documentos elaborados a través del quinquenio	Registro interno del programa	Establecer estándares de calidad en las actividades de capacitación que lleva el INC. Documentos con recomendaciones pedagógicas	Básica												40	8	Coordinación de Formación de Recursos Humanos	Coordinación de formación de RRHH
Articulación con distintos organismos en la definición e incorporación de contenidos para la formación de profesionales en grado y post grado de áreas de la oncología	Comisión de expertos/Dirección nacional de capital Humano/ Horas Hombre	Documento publicado en Boletín Oficial para su uso. Acuerdos firmados. Contenidos definidos. Modulo incluido en currícula	Elaboración de Documento Marco para la acreditación de Residencia de Oncología Clínica	Documento terminado para que Dirección de Capital Humano realice trámite de aprobación para su uso	Intervenir en la definición de aptitudes y competencias que los oncólogos deben reunir para el desarrollo de la especialidad.	Básica												1	0	Coordinación de Formación de Recursos Humanos. Dirección Nacional de Capital Humano. Sociedades científicas. Referentes provinciales	Coordinación de formación de RRHH
	Comisión de expertos/Dirección nacional de capital Humano/ Horas Hombre	Acuerdos firmados. Contenidos definidos.	Lograr acuerdos con al menos 1 Institución de formación técnica superior/año Definición de contenidos de enfermería oncológica a incorporarse en la formación de enfermería	Registro interno del programa	Trabajar con Dirección Nacional de Capital Humano de MSAL e Institutos de formación técnica superior (Nadón, CABA, PBA) en la formulación de la propuesta formativa	Básica												1 1	0 0	Coordinación de Formación de RR.HH.. Dirección Nacional de Capital Humano. Institutos técnicos de formación de enfermeros	Coordinación de formación de RRHH
	Comisión de expertos/Dirección nacional de capital Humano/ Horas Hombre	Módulo incluido	Incluir la capacitación en epidemiología del cáncer en los programas curriculares de la carrera de especialización en epidemiología.	Registro interno del programa	Trabajar con la Coordinación de Epidemiología del INC y Dirección Nacional de Capital humano del Msal en la formulación de la propuesta formativa	Básica													1	0	Coordinación de Formación de Recursos Humanos. Coordinación de Epidemiología. Dirección Nacional de Capital Humano MSAL

Tablero de Indicadores: Programa Nacional de Prevención del cáncer cervicouterino

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	ORIGEN DE DATOS	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo	Línea de base diciembre 2017	Sectores Involucrados
						2018		2019		2020		2021		2022				
						1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S			
Lograr la alta cobertura del tamizaje en la población objetivo definida por el programa.	# nuevos tests adquiridos	Adquirir nuevos test	Licitación	Adquisición de tests de VPH	Ampliada											490.000	270.008	Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino/Área Administrativa INC/Dirección INC
	aumento de un 25% con respecto a la línea de base.	Aumentar la cobertura del programa	SITAM	1. Implementación de la autotoma 2. Capacitaciones a los equipos de APS Articulación con organizaciones de la sociedad civil 3. Diseño e impresión de materiales de comunicación para las mujeres 4. Línea 0800 salud responde	Deseable											39%	31%	Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino/Área Administrativa INC/Dirección INC/Área de Comunicación y logística
Asegurar la calidad de la pruebas de tamizaje y de seguimiento y tratamiento.	# nuevos servicios con diagnóstico/control de calidad	Promover el uso de sistema de gestión de calidad	Informes de visitas a los servicios - SITAM	1. Mejoramiento de la técnica de tamizaje 2. Fortalecimiento de los servicios de patología cervical y oncología 3. Diseño e impresión de materiales para los equipos de salud	Ampliada											36	24	Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino/Área Administrativa INC/Dirección INC/Área de Comunicación y logística
Desarrollar un sistema eficiente de seguimiento y tratamiento de las lesiones precancerosas.	% mujeres con dx % mujeres con tto con respecto al total	Aumentar a 100% mujeres con dx y tto	SITAM	1. Estrategia navegadoras 2. establecimiento de red de seguimiento y tratamiento 3. Establecimiento de red de derivación para el tratamiento oncológico	Deseable											70% 80%	66% 84,5%	Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino/Área Administrativa INC/Dirección INC/Área de Comunicación y logística
Establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.	aumento de un 60% con respecto a la línea de base en el quinquenio.	Aumentar la cantidad de servicios incorporados a SITAM	SITAM	Calidad del registro en el SITAM	Deseable											984 servicios	615 servicios 122 laboratorios 60 servicios ginecología 433 centros de toma de muestra	Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino/Área Administrativa INC/Dirección INC/SITAM
	Informes realizados/provincias incorporadas al sistema	100% de informes anuales realizados en las provincias incorporadas a la estrategia VPH	SITAM	Monitoreo general de la performance de los programas provinciales en base al SITAM	Básica											100%	100%	Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino/Área Administrativa INC/Dirección INC/SITAM
	publicaciones/ 5 años	Realizar 10 nuevas publicaciones en los próximos 5 años	publicación en revista científica	Producción y difusión de evidencia científica sobre el funcionamiento de los programas	Básica											10	13	Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino/Área Administrativa INC/Dirección INC/SITAM
Fortalecer la gestión/visibilidad del programa nacional y los programas provinciales	eventos/ 5 años	Realizar 50 nuevos eventos	R006- informes de actividades	1. Asistencia técnica y monitoreo para el desarrollo de la estrategia de tamizaje basada en el test de VPH de los programas provinciales 2. Encuentros de actualización de contenidos en prevención de CCU y desarrollo de programas organizados	Deseable											50	NA	Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino/Área Administrativa INC/Dirección INC/SITAM
	Aumento de un 200% con respecto a la línea base	Aumento del promedio de usuarios alcanzados por publicaciones del PNPCC	estadísticas de las redes sociales	Desarrollo de línea estratégica en Redes sociales	Básica											2.400	800	Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino/Área de Comunicación y logística

Tablero de Indicadores: Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	ORIGEN DE DATOS	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt					Valor Objetivo	Línea de base hasta diciembre 2017	Sectores Involucrados
						2018	2019	2020	2021	2022			
Promover la inclusión de programas de prevención y control del cáncer colorrectal en las diferentes jurisdicciones del país	# Provincias con programas poblacionales de tamizaje basado en TSOMF	8 Provincias con programas provinciales o estrategias poblacionales de tamizaje basado en TSOMF en ≥ 50% de sus centros de salud o disponible para ≥ 70% de la población objetivo.	1. Convenios y compromisos de gestión firmados. 2. Tablero de Provincias 3. Informe rendición viajes 4. Minutas de mesas de gestión y reuniones realizadas 5. SITAM	A. Incorporación de la estrategia de tamizaje del PNCCR en todas las provincias a través de la firma del convenios B. Incorporación del Programa a las mesas locales de articulación CUS (PACES - ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD) C-Promover la ampliación del programa en los otros sectores de salud (Ej. seguridad social) para lograr el acceso a toda la población objetivo independientemente de su cobertura de salud	Ampliada						8	3	PNCCR/ Dirección/Dirección Técnica/ Dirección de Administración/ Asuntos Jurídicos/ Comunicación/ Referentes Provinciales/ Registradores y Navegadores/ Compras/ Responsables científicos/ Organismos de Financiación Externa (UFIS)/
Difundir y concientizar a la comunidad sobre las ventajas de la prevención y detección temprana del cáncer colorrectal	# eventos, acciones o campañas de difusión y sensibilización	Asesorar, acompañar y colaborar en la organización de al menos 1 evento, acción o campaña de difusión y sensibilización en las provincias con tamizaje	1- R006 2- Notas de Prensa 3- WEB y Redes Sociales 4- Catálogo de Materiales Institucionales	A. Gestión y organización en acciones de difusión y sensibilización B. Elaboración y distribución de materiales de comunicación gráficos y/o audiovisuales para la comunidad.	Ampliada						>4	2	PNCCR/ Comunicación/ Referentes Provinciales/ Equipos de Prensa provinciales
Asegurar la accesibilidad de las personas para la prevención, el diagnóstico temprano y el control de la enfermedad a toda la población.	# TSOMFI distribuidos	Distribuir 500.000 unidades primarias en jurisdicciones con tamizaje en 5 años	1. Tabla STOCK Y PEDIDOS ORDEN DE PRODUCCION TSOMF 2. Informes SIR	1. Incorporación de estrategia de tamizaje Poblacional con TSOMFI a partir del primer nivel de atención. 3. Adquisición y distribución de insumos para el tamizaje (TSOMFI, videocolonoscopios, inyectores)	Ampliada						500000	12950	PNCCR/Logística
	# Equipamiento endoscópico entregado	Fortalecer las Unidad de Endoscopia Digestiva (UED) mediante la adquisición y entrega de 34 equipos de videocolonoscopia (VCC)	1. Remitos de entrega 2. Expedientes Adquisiciones		Deseable						34	4	PNCCR/Dirección
	% personas de 50-75 años con TSOMF y/o VCC / personas en edad objetivo en la jurisdicción con tamizaje	Alcanzar en 2022 una cobertura con TSOMF o VCC mayor al 35% de la población objetivo de las áreas con programas de tamizaje implementados	1. Registro Sitam 2. Tablero de Provincias 3. Informes de Gestión		Deseable						≥35%	3,92%	PNCCR
Facilitar la formación y capacitación del recurso humano necesario en cada una de las etapas del programa y en el nivel de conducción.	% de RRHH capacitado en las Jurisdicciones que implementan el programa	70% del RRHH involucrado en el tamizaje capacitado en las jurisdicciones con tamizaje.	1. R006 2. Planillas de asistencia 3. Certificados otorgados por Campus Virtual 4. Plan de Capacitaciones	1. Formación de RRHH (atención primaria, gastroenterólogos, técnicos en endoscopia, anatómopatólogos) en las jurisdicciones con tamizaje. 2. Producción de materiales de capacitación gráficos y/o audiovisuales para los equipos de salud.	Ampliada						70%	N/A	Área de Sistemas Coordinación de Investigación Coordinación de Comunicación PROCAFA
	# Guías de práctica clínica (GPC) y revisiones rápidas publicadas	Al menos 4 GPC actualizadas y Revisiones Rápidas según necesidad	1. Catálogo de Materiales Institucionales 2. ISBN Guías publicadas	1. Desarrollar y actualizar las GPC con metodología GRADE en la clasificación de la evidencia 2. Distribuir y difundir las GPC publicadas	Ampliada						≥4	8	Comunicación/ Investigación./PNCCR/ Equipo de Evaluación de Tec Sanitaria/Consejo Asesor/ Dirección

Tablero de Indicadores: Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama

Objetivo	Recursos requeridos	Indicador Asociado	Metas a 2022	ORIGEN DE DATOS	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo	Línea de base hasta diciembre 2017	Sectores Involucrados			
							2018		2019		2020		2021		2022							
							1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S						
Lograr la institucionalización del Programa	Recursos económicos / Recurso humano	% Provincias con al menos 2 líneas programáticas en ejecución (SITAM y otras) / Total de Provincias	70% de las provincias con al menos 2 líneas programáticas en ejecución (SITAM y otras) en el quinquenio	SITAM, R006, Informes internos red PNCM	1-Líneas programáticas en ejecución 2-Convenios provinciales e institucionales, convenios con sociedades afines. 3-Reuniones con autoridades y referentes (RF) provinciales (mesas de gestión en terreno y a distancia). 4-Reunión anual INC-RF	Básica											70%	60%	Coordinación PNCM / Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo administrativo PNCM			
		% de provincias con convenios PNCM firmados / Total de provincias con convenio marco INC firmado	40% de las provincias (que tengan el convenio marco firmado) con convenio PNCM firmado en el quinquenio	Convenios firmados Área Legales INC		Básica												40%	0%	Coordinación PNCM / Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo administrativo PNCM		
		% reuniones realizadas	80% de Reuniones con autoridades y referentes (RF) provinciales (mesas de gestión en terreno y a distancia) realizadas / Reuniones programadas	R006 e informes internos red PNCM		Ampliada													80%	80%	Coordinación PNCM / Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo administrativo PNCM	
		Reunión de referentes provinciales realizada / Reunión de referentes provinciales programada	100% de reuniones realizadas	R006 e informes internos red PNCM		Ampliada													100%	100%	Coordinación PNCM / Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM	
Asegurar la Calidad de los servicios de atención temprana, diagnóstico y tratamiento	Recursos Económicos / Recurso humano / Equipamiento	Mamografía	1) "Provincias con RRHH (becas) capacitado en el Sector Público/ Total Provincias" 2) "Provincias con RRHH (cursos virtuales) capacitado en el Sector Público/ Total Provincias"	1) Capacitación del 70% del RRHH (becas) del sector público 2) Capacitación del 100% del RRHH (cursos virtuales) del sector público	Becas otorgadas (Área Capacitación RRHH INC), R006 e informes internos red PNCM, Campus Virtual INC	Formación de recurso humano y estandarización de los procesos: plan de calidad mamográfica 1.Capacitación: becas de formación y cursos virtuales para médicos y técnicos; actividades en servicio (visitas para capacitación en terreno) 2.Controles de calidad y certificación de servicios de mamografía: CC de equipos, asesoramiento para acreditación, acreditación. 3.Equipamiento y calidad de imagen a distancia: censo de recursos, asesoramiento para instalación/compra de equipos, envío de fantomas para evaluar calidad de imagen y doble lectura mamográfica, control dosimétrico a distancia	Ampliada											70%	58%	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM / Equipo de monitoreo y gestión PNCM		
			Cantidad de equipos con control de calidad realizados / Cantidad total de equipos en funcionamiento censados	Controles de calidad realizados en el 70% de los equipos de mamografía disponibles en el sector público (primeras y segundas evaluaciones)	R006 e informes internos red PNCM. Censo de mamógrafos		Ampliada												70%	45%	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM	
			Provincia con al menos 1 centro de mamografía acreditado. Total provincias	70% de provincias con al menos 1 centro de mamografía acreditado (en el sector público)	R006 e informes internos red PNCM. Censo de mamógrafos		Ampliada													70%	12,5%	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM
			Cantidad de centros evaluados en calidad de imagen a distancia / Cantidad total de equipos en funcionamiento censados	40 centros con evaluación en calidad de imagen a distancia (envío de fantoma y control de dosimetría) en el quinquenio	R006 e informes internos red PNCM		Ampliada													40	0	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM
			Asesoramiento concretados / Asesoramientos solicitados	100% de participación en asesoramiento para instalación/compra de equipos de mamografía en el sector público.	R006 e informes internos red PNCM		Básica													100%	100%	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM
			Publicación de 3 Censos de mamógrafos en el periodo 2018-2022	3 (100%) censos publicados. La publicación del censo es a año vencido	Censo de Mamógrafos		Básica													3	0	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM
			Cantidad de equipos con Tecnología Digital / cantidad de equipos censados	Aumentar un 20% la tecnología digital disponible en servicios de mamografía del sector público a año vencido.	Censo de Mamógrafos		Deseable													36%	30%	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM
			Redacción Normativa sobre obsolescencia de equipos analógicos	Establecer normativa sobre obsolescencia de equipos analógicos.	Documento Normativa		Básica													1	0	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM
		Anatomía patológica	1) "Provincias con RRHH (becas) capacitado en el Sector Público/ Total Provincias" 2) "Provincias con RRHH (cursos virtuales) capacitado en el Sector Público/ Total Provincias"	1) Capacitación del 70% del RRHH (becas) del sector público 2) Capacitación del 100% del RRHH (cursos virtuales) del sector público durante el quinquenio	Becas otorgadas (Área Capacitación RRHH INC), R006, informes internos red PNCM, Campus Virtual INC	Formación de recurso humano y estandarización de los procesos: plan de calidad en anatomía patológica. 1.Capacitación:rotaciones/ becas de formación y cursos virtuales para médicos e histotécnicos; actividades en servicio (visitas para fortalecimiento de servicios de AP y CC/ capacitación en terreno), ejercicios de doble lectura de preparados histológicos, informe AP estructurado. 2.Equipamiento y Censo de recursos	Ampliada												70%	66%	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM	
			Cantidad de provincias con servicios de AP con IHQ / Total provincias	60% de las provincias con IHQ en el sector público durante el quinquenio.	SITAM, R006, Informes internos red PNCM, Encuesta AP		Ampliada													60%	35%	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM
			Cantidad de centros reforzados con compra de Kits para IHQ	10 centros reforzados con compra de Kits para IHQ en el quinquenio	Área de Coordinación Administrativa INC		Deseable													10	1	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM
			"Publicación de 2 Censos de recursos humanos y físicos en AP"	2 censos publicados	Encuesta AP, R006, Informes internos red PNCM		Básica													2	0	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM
		Cirugía mamaria	1) "Provincias con RRHH (becas) capacitado en el Sector Público/ Total Provincias" 2) "Provincias con RRHH (cursos virtuales) capacitado en el Sector Público/ Total Provincias"	1) Capacitación del 70% del RRHH (becas) del sector público 2) Capacitación del 100% del RRHH (cursos virtuales) del sector público	Becas otorgadas (Área Capacitación RRHH INC), informes internos red PNCM	Capacitación: 1.Becas de formación y ateneos virtuales multidisciplinares 2.Ateneos virtuales 3.Documentos para estandarización de prácticas	Básica												70%	60%	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM	
			Ateneos realizados / ateneos pautados (100%: 20 ateneos)	20 ateneos (100%). 4 ateneos de seguimiento por año	R006, informes internos red PNCM		Deseable													100%	15%	Coordinación PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM
		Documentos-guías realizados y/o actualizados / Documentos-guías pautadas a realizar y/o actualizar (3 x año). 15 documentos-guías	15 documentos-guías, 3 por año (Desarrollo y/o actualización de documentos/guías programáticas en post de capacitar RRHH y estandarizar procesos en la línea de cuidado (detección temprana, diagnóstico y tratamiento, calidad y seguridad del paciente)	Material generado disponible en versión papel y/o sitio web INC	Elaboración de Guías de Práctica y Recomendaciones: 1. Material formativo para equipos de salud (detección temprana, diagnóstico, tratamiento, calidad y seguridad del paciente).	Básica											47	32	Equipo administrativo PNCM / Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo médico PNCM			

3. Desarrollar un sistema eficiente de seguimiento y tratamiento de las mamografías sospechosas o no diagnósticas	Recursos Económicos/ Recurso humano/Equipamiento (computadoras, tel, internet)	Provincias con usuarios activos SITAM (carga activa) / total de Provincias	90% de provincias con carga activa.	SITAM	Registro informático SITAM módulo mama: 1. Ampliación del registro, monitoreo del volumen y calidad de carga; articulación con estrategia navegación de pacientes.	Básica												100%	87,5%	Coordinación PNCM / Equipo de monitoreo y gestión PNCM			
		# usuarios # registradores contratados	Incremento del 30% de los usuarios sobre la línea de base	SITAM		Básica														598 usuarios 30 registradores contratados	460 usuarios voluntarios 23 registradores contratados.	Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo médico PNCM	
		# practicas anuales	Crecimiento de carga (prácticas de toda la línea de cuidado) de un 30% anual: Llegar a los 5 años a 232.635 prácticas cargadas.	SITAM		Ampliada															232.635 prácticas anuales	Año 2017: 178.950 prácticas. 591.608 (2012-2017)	Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo de registro y navegación PNCM
		Provincias con Navegadoras / Total de Provincias	50% de las provincias con navegadoras incluidas.	SITAM		Ampliada															50%	12,50%	Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo médico PNCM
		Total de mujeres navegadas/ Total de mujeres con Criterios de Navegación	90% de pacientes navegadas con mamografías sospechosas o no diagnóstica, y de casos confirmados con cáncer de mama, según criterio de Navegación sobre la línea completa de cuidado.	SITAM		Ampliada	Estrategia Navegación de pacientes: Ampliación de Equipo, capacitación, monitoreo y comunicación.														90%	90%	Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo de registro y navegación PNCM
4. Establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del Programa.	Recursos Económicos/ Recurso humano/Equipamiento (computadoras, tel, internet)	Elaboración anual de tablero de control (e indicadores)	Elaboración de indicadores para la vigilancia epidemiológica en cáncer de mama en articulación con Equipo SIVER-CA	Tablero de control	Registro informático SITAM módulo mama	Básica												5	0	Equipo de monitoreo y gestión PNCM			
5. Fortalecer el trabajo de los registros regionales de cáncer, implantando las medidas necesarias para conseguir la adecuada validez y exhaustividad de los datos objetivos	Recursos Económicos/Recurso humano	Elaborar indicadores (Sujeto al compromiso de participación de cada una de las jurisdicciones)	Desarrollo de tablero de control para monitoreo de acciones programáticas.	Informes provinciales, Ministerio de Salud provincial / Referente Provincial	Análisis de información. Desarrollo e implementación de tablero de control para monitoreo de acciones programáticas.	Ampliada												A definir	Importación a SITAM de los registros regionales de La Pampa, Misiones, Neuquén, San Juan y Mendoza.	Coordinación PNCM / Equipo de monitoreo y gestión PNCM			
6. Establecer un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia que asegure el correcto y oportuno diagnóstico y tratamiento de las mujeres con cáncer de mama detectadas en el Programa	Recursos Económicos/Recurso humano/Equipamiento x SITAM-Navegación	Provincias con RRHH capacitado en el Sector Público/ Total Provincias	Capacitación del 90% del RRHH del sector público de APS (talleres de sensibilización y cursos virtuales)	R006, informes internos red PNCM, Campus Virtual INC	1. Formación de RRHH (médicos de APS/ agentes sanitarios) y establecimiento de redes: Plan ECM 2. Registro informático SITAM módulo mama 3. Estrategia Navegación de Pacientes	Básica												70%	55%	Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo médico PNCM			
		Cantidad de provincias con redes de derivación/ Total Provincias	Establecimiento de redes en el 75% de las provincias.	Informes provinciales, Ministerio de Salud provincial / Referente Provincial		Ampliada													75%	41%	Coordinación PNCM / Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo administrativo PNCM		
		cumplir con los indicadores PNCM-3	Metas OE 3: SITAM + Navegación de Pacientes	PNCM-3		Ampliada														1	PNCM-3	Ver Actividades OE 3: SITAM + Navegación de Pacientes	
7. Lograr una cobertura del tamizaje del 70% de la población objetivo, focalizando en aquellas mujeres que en general no accedan a los servicios de tamizaje.	Recursos Económicos / Recurso humano / Equipamiento	Cantidad de población objetivo con mamografía de tamizaje / población objetivo total país en provincias que registran activamente en SITAM.	usiva) dentro de las provincias que registran ac	SITAM, SIVER-CA, informes internos red PNCM	1. Desarrollo de las líneas de acción programáticas vinculadas con el tamizaje mamográfico 2. Desarrollo y difusión de material informativo y de sensibilización sobre cáncer de mama para población general. 3. Actividades de sensibilización e información sobre cáncer de mama. 4. Estrategias y Protocolos de Investigación para reducir barreras en el acceso al sistema de salud de las mujeres.	Deseable												70%	18,1% población objetivo (registrada en SITAM) con mamografía de tamizaje (rango entre provincias:3,6-50%)	Ver Actividades OE 3: Registro informático SITAM módulo mama. Ver Metas OE 1			
		% Provincias con al menos 2 líneas programáticas en ejecución (SITAM y otras) / Total de Provincias	70% de las provincias con al menos 2 líneas programáticas en ejecución (SITAM y otras)	SITAM, R006, Informes internos red PNCM		Básica														70%	60%	Ver Actividades OE 1 Ver Actividades OE 3: Registro informático SITAM módulo mama.	
		Provincias con carga activa / Total de provincias	90% de provincias con carga activa	SITAM		Básica															100%	87,50%	
8. Lograr una retención de mujeres dentro del Programa a través de la cobertura de segunda ronda superior al 75% de las mujeres que participaron de la primera. Este objetivo deberá cumplirse fuera del período programado, pero estará implícito en las acciones a desarrollar.	Recursos Económicos / Recurso humano / Equipamiento	Cantidad de provincias con material distribuido (afiches, guías y folletos) / Total de provincias	75%	R006, informes internos red PNCM	4. Estrategias y Protocolos de Investigación para reducir barreras en el acceso al sistema de salud de las mujeres.	Deseable													100%	75%	Coordinación PNCM / Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo administrativo PNCM		
		Cantidad de material informativo y de sensibilización realizados y/o actualizados sobre cáncer de mama para población general	15 a (3 x año)	Materiales generados disponibles en versión papel y/o sitio web INC		Básica														15	11 documentos (total)	Coordinación PNCM / Equipo de monitoreo y gestión PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM	
		Plan realizado / Plan de actividades programado (Plan de actividades/eventos de sensibilización a la comunidad sobre cáncer de mama durante el mes de octubre)	100%	R006, informes internos red PNCM		Ampliada															100%	100%	Coordinación PNCM / Equipo monitoreo y gestión PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo médico PNCM
		Estudio de investigación en implementación realizados	2	R006, informes internos red PNCM		Deseable															2	4 en total (2 estudios de investigación y 2 presentaciones en congresos internacionales)	Coordinación PNCM / Equipo monitoreo y gestión PNCM / Equipo administrativo PNCM / Equipo de registro y navegación PNCM

Tablero de Indicadores: Programa de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	ORIGEN DE DATOS	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo	Línea de base hasta diciembre 2017	Sectores Involucrados			
						2018		2019		2020		2021		2022							
						1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S						
1. Actualizar, mejorar y difundir datos epidemiológicos de cáncer infantil en Argentina (Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino)	Cantidad de registros de pacientes oncológicos 0 a 14 a /Cant esperada pac oncológicos 0 a 14 a un año cumplido del dato incidente	Aumentar la cobertura del ROHA de los pacientes oncológicos de 0 a 14 años a un 95%	Sistema de ROHA	Aumento de las fuentes registrantes, contratación de nuevas navegadoras y capacitación en el sistema ROHA al personal de las nuevas fuentes registrantes	Ampliada												95%	91%	Administración INC, Sistemas		
	Cantidad de registros de pacientes oncológicos 15 a 19a /Cant pacientes oncológicos esperados de 15 a 19 años a un año cumplido del dato incidente	Aumentar la cobertura del ROHA de los pacientes oncológicos de 15 a 19 años a un 60%	Sistema de ROHA																60%	39%	Administración INC, Sistemas
	Cantidad de casos registrados hasta un año antes de la fecha de consulta/cant casos registrados	Mantener la base de datos de ROHA actualizada (90% de los casos registrados como mínimo) hasta un año antes de la fecha de consulta.	Sistema de ROHA																90%	80%	Administración INC, Sistemas
	Cantidad de casos registrados hasta un año antes de la fecha de consulta/cant casos registrados	El 80% de los casos registrados a partir de 2019 cuentan con el dato de inicio de síntomas para establecer los tiempos diagnósticos.	Sistema de ROHA																80%	0%	Administración INC, Sistemas
	Cant de casos con ref. y contraref registrada/cant casos registrados	El 80% de las referencias y contra-referencias están registradas en el sistema de ROHA	Sistema de ROHA																80%	0%	
	Publicaciones realizadas / Publicaciones planificadas	Generar 2 nuevas publicaciones con los datos de incidencia y supervivencia de cáncer infantil en Argentina a partir del año 2000.	Existencia de las publicaciones planificadas		Elaboración y difusión de publicaciones con los datos de incidencia y supervivencia de cáncer infantil en Argentina a partir del año 2000.	Básica												7	5	Diseño y Comunicación	
2. Capacitar a personal de salud en sospecha diagnóstica de cáncer infantil	Cant de profesionales capacitados/ Cantidad de profesionales a capacitar	4800 profesionales capacitados en Sospecha Diagnóstica del Cáncer Infantil	Registros de asistencia a las capacitaciones. R006	Capacitaciones "¿Cuándo sospechar cáncer en el niño?"	Ampliada												4800	2800	Administración INC / Comunicación		

3. Establecer una Red eficiente de referencia y contrarreferencia que asegure el correcto tratamiento de los niños y adolescentes con cáncer.	Existencia de un documento técnico consensuado para la estratificación de las Unidades de Hemato-Oncología	Generar de un documento técnico consensuado para la estratificación de las Unidades de Hemato-Oncología	Existencia de un documento técnico consensuado para la estratificación de las Unidades de Hemato-Oncología	Elaboración de un documento técnico consensuado para la estratificación de las Unidades de Hemato-Oncología	Ampliada														1	0	Administración INC
	Unidades de Hemato-Oncología estratificadas/Hemato-Oncología Totales	Estratificación de la totalidad de las Unidades de Hemato-Oncología	Planilla de auto-evaluación de cada una de las Unidades de Hemato-Oncología	Realización del proceso de estratificación de las Unidades	Ampliada														29	0	Administración INC
	Guía de Criterios de derivación de muestras de anatomía patológica explícitos y consensuados	Realizar una Guía de criterios de derivación de muestras de anatomía patológica.	Existencia de la guía de criterios de derivación de muestras de anatomía patológica	Elaboración de la Guía de criterios de derivación de muestras de anatomía patológica.	Ampliada															1	0
4. Estandarización de Prácticas Clínicas	Cantidad de guías realizadas / Cantidad de Guías Planificadas	Elaboración de 6 nuevas guías de prácticas clínicas	Existencia de las guías de prácticas clínicas planificadas	Elaboración de una Guía de Enfermería Oncológica Pediátrica y definir Guías de tratamiento recomendables para las siguientes patologías: Leucemias, Linfomas, Tumores Cerebrales, Tumores Renales, Tumores Óseos.	Ampliada														6	2	Administración INC, Comunicación INC
5. Asegurar la calidad de los servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento desde un enfoque de derechos.	Cantidad de Unidades de Hemato-Oncología Pediátrica iniciadas en la Etiqueta de Calidad CUIDO/ TOTAL de Unidades de Hemato-Oncología Pediátrica	50% de las Unidades de Hemato-Oncología Pediátrica iniciadas en la Etiqueta de Calidad CUIDO	Etiqueta de Calidad otorgada a cada una de las Unidades	Implementación de la Etiqueta de Calidad CUIDO	Ampliada														15	0	Administración INC, Comunicación INC
	Profesionales capacitados / Profesionales a capacitar	Capacitar a 500 Profesionales de la Salud en las Temáticas de Psicooncología Pediátrica, Enfermería para Oncología Pediátrica, entre otras áreas de vacancia (Capacitaciones Virtuales)	Campus Virtual del INC	Realización de Capacitaciones virtuales en temáticas vinculadas	Ampliada														500	132	Administración INC, Comunicación INC, Personal Campus virtual

Tablero de Indicadores: Programa Nacional de Cuidados Paliativos

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	ORIGEN DE DATOS	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo	Línea de base hasta diciembre 2017	Sectores Involucrados			
						2018		2019		2020		2021		2022							
						1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S						
Generar redes de asistencia en los distintos niveles del sistema de salud para favorecer la accesibilidad de los CP a los pacientes en todo el territorio nacional con eje principal en la atención primaria de la salud.	# de provincias con referentes provinciales en CP convalidados por autoridades provinciales en el quinquenio. Indicadores: referentes nombrados/validados formalmente	24 provincias con referente nombrado	Archivo resoluciones, notas u otros documentos digitalizados del PNCP	1. Presentar el PNCP a autoridades sanitarias provinciales, definir estrategias regionales y locales para la implementación del programa y consensuar planes de trabajo. 2. Realización de reuniones de gestión para la promoción del programa y desarrollo de relaciones institucionales para conformación de red de cuidados paliativos para adultos y pediátricos 3. Desarrollo proceso legal administrativo para la firma de convenio por Autoridades provinciales e INC	Básica													24	12	PNCC Legales INC Pasajes y Viáticos Institucionales	
	# de Convenios firmados Ministerio Provincial - PNCP/INC en el quinquenio	24 provincias con convenio firmado	Archivo con copia convenio área legales. Archivo copia digital convenio PNCP		Básica														24	4	PNCC Legales INC Pasajes y Viáticos Institucionales
	# de provincias con Estrategia provincial de Cuidados Paliativos	50% provincias con Estrategia provincial de Cuidados Paliativos	Documentos e informes provinciales del PNCP		Básica														12	0	PNCC Legales INC Pasajes y Viáticos Institucionales
Elaboración y actualización Directorio Nacional de Instituciones de Cuidados Paliativos online	Cantidad de Instituciones de Cuidados Paliativos registradas en el quinquenio	500 Instituciones con Servicio o Equipo de CP registradas	Reporte de Inscripciones Directorio Nacional de Instituciones de CP (sitio web INC)	1. Diseño y Desarrollo Directorio Nacional de Instituciones de Cuidados Paliativos online. 2. Convocatoria a registro voluntario de instituciones y equipos de Cuidados Paliativos. 3. Análisis y procesamiento del relevamiento. 4. Difusión del Directorio en página web del INC. Actualización continua de Directorio Nacional de Cuidados Paliativos Online (validación de nuevos registros)	Ampliada													500	0	PNC, Informática y Comunicación	
Fortalecer los equipos específicos interdisciplinarios de CP existentes e impulsar la creación de equipos intrahospitalarios en Hospitales centrales o de alta complejidad de referencia de la jurisdicción para apoyar los equipos de APS en todo el territorio nacional.	% de Jornadas realizadas para servicios/equipos de referencia provincial en CP	100% provincias con Jornadas de asistencia técnica y capacitación realizadas.	Registro de Actividades de Formación PNCP	1. Brindar asistencia técnica para la conformación y/o consolidación de servicios y/o equipos multidisciplinarios en Cuidados Paliativos en los Hospitales de Referencia provinciales. 2. Visitas a terreno 3. Realización de capacitaciones en servicio y desarrollo de habilidades para la constitución de los servicios/equipos como centro de referencia y polo de capacitación en la jurisdicción 4. Realización de reuniones de gestión en forma telefónica y teleconferencia 5. Confección de informes	Ampliada													100%	0%	PNCC Legales INC Pasajes y Viáticos Institucionales Administración (contrato de obra)	
	% provincias con equipo de referencia provincial en CP/total de las pcias	100% provincias con equipo de referencia provincial en CP																			

	# materiales y kit distribuidos	3000 Elaboración y distribución de Kit audiovisual y gráfico destinado a pacientes, familiares, agentes comunitarios y cuidadores con conocimiento y herramientas básicas para el cuidado del paciente y recursos del sistema 3000 Manuales de Cuidados y Familiares 2018 - 2019	Registro de Materiales entregados a provincias e instituciones y profesionales de la salud PNCP	1. Selección y contratación de responsables de contenidos 2. Elaboración de contenidos 3. Revisión y adecuación de contenidos 4. edición e impresión/filmación de materiales audiovisión y gráfico en CP.	Ampliada														3000	0	PNCC Administración
Eliminar barreras de acceso a los CP promoviendo el acceso a la información y al ejercicio de los derechos de los pacientes.	# Cantidad de Consultas: telefónicas mail msj facebook	Responder la demanda de Consultas telefónicas, mails y msj facebook con seguimiento en Atención a la comunidad anuales	Registros facebook, gmail teléfono del PNCP	Atención Telefónica. Seguimiento de Secuencias, Atención de consultas por mail y facebook	Básica														A demanda	15000 15000 5000	PNCC Administración
	# de cursos dictados	3 Cursos Virtuales autoadministrados para cuidadores y familiares de pacientes bajo tratamiento paliativos	Campus Virtual INC Registro de Actividades de Capacitación PNCP R006	1. Diseño contenidos curso 2. Diseño materiales de difusión. 3. Acciones de difusión virtual : mailing, página web, facebook INC 4. Difusión con referentes provinciales. 5 Selección de participantes. 6. Dictado virtual del curso 7. Acciones de seguimiento a docentes y tutores de los cursos. 8. Comunicaciones y seguimientos a alumnos.	Ampliada														3	0	PNCC Administración
Implementar el sistema de información y monitoreo del PNCP	# cantidad de informes realizados	Sistema de Información y Monitoreo diseñado	Realizar un seguimiento permanente de: a) la implementación de los distintos componentes y actividades programadas por el PNCP b) los tiempos de ejecución de las mismas, y c) los recursos físicos y humanos utilizados para llevarlas adelante.	Elaboración Mapa conceptual o modelo lógico del programa. Selección/Definición de indicadores de estado de situación de CP a nivel nacional, regional y provincial. Elaboración de instrumentos y protocolos para la recolección y almacenamiento de información de los componentes / actividades del PNCP Elaboración de informes de resultados de componentes/actividades del PNCP.	Ampliada														30	0	PNCC Administración

Tablero de Indicadores: Programa Nacional de Cáncer Familiar

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	ORIGEN DE DATOS	Línea de Acción	Actividades	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo	Línea de base diciembre 2017	Sectores Involucrados		
							2018		2019		2020		2021		2022						
							1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S					
Promover el desarrollo de una red integral de atención con registro de tumores familiares y hereditarios a nivel nacional (RACAF)	Total unidades AGO % Cantidad provincias con AGO en sist público activo / Total provincias	17 (70%) provincias con al menos 1 AGO ACTIVA en el sistema público en el quinquenio	Registro interno PROCAFA	Ateneos mensuales de discusión de casos / Coaching nuevos nodos / Promover trabajo colaborativo entre nodos / Reunión anual RACAF	Ateneos mensuales de discusión	Básica												A demanda 70%	58 46%	PROCAFA / legales (convenios)/ Dirección	
					Capacitación de nodos nuevos																
Reunión anual RACAF																					
Promoción de trabajo colaborativo																					
				Reuniones de gestión en las provincias	Contacto con decisores políticos y autoridades en salud, agenda de reunión y visita, evaluación de recursos locales, asesoría para implementación de consultorio de AGO	Ampliada															
Capacitar profesionales y grupos multidisciplinarios en detección, manejo y asesoramiento de alto riesgo.	# Profesionales entrenados presencial	Profesionales entrenados por el INC en todos los nodos públicos RACAF.	Area de formación de recursos humanos INC	Becas cortas, Capacitación virtual	selección de postulantes, diseño de contenidos curriculares, selección de instituciones tutoras, tutoría directa en terreno, evaluación de desempeño de becarios, diseño y coordinación de encuentros virtuales, evaluación de trabajos finales, confección de certificados de aprobación, diseño y distribución de encuestas de satisfacción-evaluación del curso	Básica												30	15	PROCAFA / Formación de RR.HH. INC	
	Numero de becarios /año		Area de formación de recursos humanos INC																		3
	# Profesionales entrenados virtual		Campus virtual / Registro interno PROCAFA																350		165
	# talleres #jornadas		Registro interno PROCAFA	Talleres de Capacitación específica / Jornadas hospitalarias de capacitación en nuevos nodos RACAF	diseño de contenidos y dinámica de Taller, selección de capacitadores, agenda, logística de evento (virtual/presencial), confección de certificados, evaluación de satisfacción, seguimiento de utilidad en terreno	Ampliada														A demanda	4 10
Creación de guías y consensos unificados de abordaje.	# de publicaciones por periodo	Guías de manejo de Ca heredoofliar actualizadas y de novo	Registro interno PROCAFA / área de Comunicación INC	Actualización de materiales según cambios en tecnologías / folletos y flyers	Revisión de contenidos a actualizar, diseño de herramienta de actualización, análisis de datos actualizados, redacción-edición de contenidos, diseño e impresión de producto	Básica													A demanda	3 Guías 3 Reportes anuales de RACAF	PROCAFA / Comunicación INC
				Redacción de manuales/guías de detección y manejo de tumores hereditarios	diseño de contenidos de manuales, selección de autores, redacción y edición de contenidos, diseño e impresión de producto	Ampliada														A demanda	

Promover y mantener el relevo constante (diagnóstico de situación) de recursos humanos y moleculares disponibles en todo el país.	realización de Directorio Online	Implementación de Directorio Online de Recursos Humanos y Moleculares en Cáncer Hereditario	Plataforma Directorio / Informática INC	Diseño, implementación y mantenimiento de sitio web	actividades a cargo del área Informática INC	Básica	[shaded]	1	0	PROCAFA / Sistemas INC										
	% de actualización del directorio		Registro interno PROCAFA / Plataforma Directorio / Informática INC		Diseño de formularios de relevo, administración de formularios y análisis de respuestas, diseño de variables a relevar, comunicación con instituciones censadas, revisión de datos incluidos, carga de datos en sitio web, actualización de información, detección de cambios y errores													100%	0	
			Registro interno PROCAFA / Plataforma Directorio / Informática INC																	
1 Informe por año	Formulación de un informe de situación actual	Registro interno PROCAFA / Plataforma Directorio /	Identificación y relevamiento de datos poblacionales de pacientes de alto riesgo, Identificación de instituciones con la infraestructura y tecnología para el procesamiento de muestras, Propuesta de logística de derivación	similar a líneas de acción														1	0	
Promover la disponibilidad de estudios moleculares de los distintos Síndromes de Cáncer Hereditario más frecuentes, priorizando la utilización racional de recursos y la accesibilidad de los pacientes a los mismos.	Incorporación	Incorporación de estudios moleculares al PMO	N/A	Presentación de documentación utilizando antecedentes del instituciones del gobierno de la ciudad y provinciales	revisión de evidencia actual, resumen/presentación de estudios de costo-efectividad locales argentinos, redacción de diagnóstico de situación, confección y presentación de formulario de solicitud	Deseable	[shaded]	1	0	Dirección, procafa										
	Publicación y presentación de estudio	Evaluación de costo-efectividad de estudios moleculares en síndromes de cáncer de mama/ovario hereditario y en colon	N/A	asesoría a grupo evaluador, asistencia en análisis de resultados, diseminación de conclusiones a decisores políticos	similar a líneas de acción													1	0	
	# de laboratorios en instituciones públicas que realicen estudios de IHC para ccr /total de laboratorios entrenados	Un laboratorio por región para cáncer colorrectal hereditario que realicen estudios de IHC (SRAproteínas) a pacientes sin cobertura	N/A	relevo de recursos materiales y humanos disponibles, identificación de centros candidatos, diseño de red de referencia-contrareferencia, diseño de sistema de monitoreo-registro de casos	similar a líneas de acción													3	0	PROCAFA
	# de laboratorios en instituciones públicas que realicen estudios de ca mama/ovario y ccr /total de laboratorios entrenados	Al menos 1 laboratorio en el país para cáncer de mama/ovario hereditario y uno para cáncer colorrectal hereditario que realicen estudios de biología molecular a pacientes sin cobertura	N/A	Identificación de centros candidatos, diseño de red de referencia-contrareferencia, definición de sistema de monitoreo-registro de casos. / Entrenamiento en la realización de técnicas de diagnóstico molecular de ca mama/ovario y ccr / control de calidad de los estudios realizados	similar a líneas de acción													1	0	

Tablero de Indicadores: Oncohematología

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo	Valor Alcanzado	Línea de base hasta diciembre 2017	Sectores Involucrados			
					2018		2019		2020		2021		2022								
					1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S							
Acceso de los pacientes a un correcto diagnóstico y tratamientos oportunos y de calidad. Asegurar el tratamiento usual estándar de pacientes	Guía actualizada Registros articulados	Actualizar la guía de patología oncohematológica para incluir aspectos de farmacoeconomía entre otros. Articular registros existentes de la SAH con el registro RITA	Reuniones bimestrales con los responsables de cada patología, 1 reunión anual ampliada, incorporación especialista en farmacoeconomía y farmacoeffectividad. Revisión de guías, edición, impresión y distribución. Evaluación por parte de personal de IT sobre los aspectos que permitan la articulación de los registros. Modificación en los registros. Implementación y capacitación de usuarios. Actualización de los registros y seguimiento.	Ampliada Deseable														1 1		1 0	NA
Formación y actualización permanente de recursos humanos en toda la línea de cuidado del paciente oncohematológico.	sistema generado becarios formados/becarios que volvieron a su región para la implementación y continuaron con la especialidad adquirida	Generar 1 sistema de formación de RR.HH. del interior del país a través de becas para capacitación en hematopatología y técnicas diagnósticas complementarias (biología molecular, cartometría de flujo, citogenética, etc.) en centros de referencia y que el 100% vuelvan a su región para realizar la implementación.	Acuerdos con provincias e instituciones. Evaluación de la necesidad real de las regiones del interior de tener un profesional capacitado por este sistema. Formación del programa de capacitación Encuesta post finalización del curso para evaluar las factibilidades de implementación de los conocimientos adquiridos.	Deseable													1 100%		0 0	NA	
Articulación de redes de referencia y contrareferencia de pacientes.	Red formada % procedimientos estandarizados implementados/instituciones de referencia y contrareferencia	1. Formación de 1 red de referencia y contrareferencia para la derivación de casos de pacientes que necesiten atención en un centro de mayor complejidad. 2. Implementar los procedimientos estandarizados en el 100% de las instituciones que participen en la red de referencia y contrareferencia de pacientes.	Definir los requisitos para la categorización de los servicios según complejidad 2. Relevamiento de instituciones y categorización según requisitos definidos Diseño de la red Implementación	Deseable													1 100%		0 0	NA	
Incorporación de la estrategia de telemedicina como herramienta asistencial y de capacitación.	# Red generada	Generar 1 red de telemedicina para la consulta de preparados de hematopatología y 1 red de telemedicina para consulta clínica	1. Adecuación del sistema vigente en otras patologías para Oncohematología 2. Elaboración del procedimiento operativo (Circuitos de diagnóstico y tratamiento, Logística, etc.) 3. Convenio con Institución base del sistema: Unidad Funcional 4. Formación de Unidad de Gestión Clínica 5. Formación de Red de profesionales 6. Conformación del comité multidisciplinario 7. Capacitación de profesionales	Ampliada													2		0	NA	

Tablero de Indicadores: Telemedicina

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo	Línea de base hasta diciembre 2017	Sectores Involucrados		
					2018		2019		2020		2021		2022						
					1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S					
Desarrollo e implementación del sistema de telemedicina para tumores poco frecuentes	Prueba Piloto implementada	Desarrollo e implementación de la Prueba Piloto para 1 patología	Elaboración del procedimiento operativo (Circuitos de diagnóstico y tratamiento, Logística, etc.) Convenio con Institución base del sistema Formación de Unidad de Gestión Clínica Formación de Red de profesionales Conformación del comité multidisciplinario Capacitación de profesionales Difusión del proyecto piloto	Deseable													1	NA	Dirección/Telemedicina
	Revisión establecida	Elaboración de una revisión de tumores poco frecuentes en Argentina con necesidad de establecer un sistema de telemedicina	Se analizara la información teniendo en cuenta la clasificación de tumores poco frecuentes, la frecuencia de estos tumores en nuestro país, los profesionales especializados a nivel nacional, entre otros.	Ampliada													1	NA	Telemedicina/ETS
	Proyecto implementado	Implementación del proyecto telemedicina para al menos 2 patologías evaluadas en la revisión	Elaboración del procedimiento operativo (Circuitos de diagnóstico y tratamiento, Logística, etc.) Convenio con Institución base del sistema Formación de Unidad de Gestión Clínica Formación de Red de profesionales Conformación del comité multidisciplinario Capacitación de profesionales Difusión del proyecto piloto	Deseable													2	NA	Dirección/Telemedicina
	Sistema de monitoreo implementado	Establecer un sistema de monitoreo con el diagnóstico inicial vs el diagnóstico final	desarrollo del sistema implementación del sistema en las Instituciones base registro del diagnóstico inicial registro de diagnóstico final	Ampliada														1	NA
Agilización del proceso diagnóstico	# días entre conducta clínica y resolución del caso	Lograr que en 15 días se resuelva la conducta clínica desde el primer contacto con el caso hasta el día de la teleconferencia	1. Estandarización de la información requerida Envío al Instituto Ángel H. Roffo de resumen de HC, tacos e imágenes. 2. Recepción y revisión del material. 3. Comunicación con el centro consultante en caso de que falte algún dato o estudio para discutir el caso. 4a. Reunión simultánea a través de plataforma de telemedicina. 4b. Presentación del caso y discusión en el marco de equipo multidisciplinario. 7. Participar en Redes de referencia y colaboraciones internacionales	Ampliada													15	NA	Telemedicina

Tablero de Indicadores: Calidad en gestión institucional

Objetivo	Indicador Asociado	Metas	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo	Línea de base hasta diciembre 2017	Sectores Involucrados	
					2018		2019		2020		2021		2022					
					1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S				
Desarrollar una cultura de calidad en todos los actores de la Institución	% personal capacitado/total personal	Capacitar al 100% de los actores sobre la cultura de calidad en el quinquenio	Capacitación en el sistema de manejo de gestión para el aseguramiento de la calidad	Ampliada												100%	0	Todos
Planificación del sistema de implementación de gestión de calidad	Elaboración del plan	Gestionar el plan de implementación	<p>Diagnóstico Situacional Elaboración del mapa de procesos Elaboración de Documentos Sistémicos</p> <p>Interacción con todos jefes/encargados de los sectores para comprender y evaluar posibles riesgos y oportunidades de mejora de cada sector</p>	Ampliada												1	0	Todos
Implementación y Seguimiento del sistema de gestión de calidad	Implementación del plan	Implementar en la Institución el programa de gestión de calidad	<p>Procesos de auditorías internas, gestión, análisis de riesgo y mejora continua</p> <p>Seguimiento de indicadores/sector</p>	Ampliada												1	0	Todos

Tablero de Indicadores: Gestión de calidad y seguridad en la atención del paciente oncológico.

Objetivo	Indicador Asociado	Metas 2022	ORIGEN DE DATOS	Línea de Acción	Factibilidad	Gantt										Valor Objetivo	Línea de base hasta diciembre 2017	Sectores Involucrados	
						2018		2019		2020		2021		2022					
						1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S	1S	2S				
Contribuir a desarrollar una cultura de calidad y seguridad, trabajando con factores organizacionales y reingeniería del factor humano en instituciones públicas con atención en pacientes oncológicos	% de provincias con capacitación inicial	Una institución por provincia (70% de las provincias) con capacitación inicial La definición de capacitación inicial esta dada por los indicadores: 1. Acta compromiso 2.# taller 3.cant de Certificados de curso a distancia/cursantes. Evaluación quinquenal.	1.Legales 2.Informe de actividad y firma participantes 3. Campus virtual	Motivación y Capacitación	Ampliada												70%	0	Legales. Coordinación Administrativa, PNCCM, Campus virtual
Implementar prácticas seguras en terreno en instituciones públicas con atención en pacientes oncológicos en dos áreas prioritarias	Consultor de enfermería y AAFH (convenio vigente)	En cada institución capacitada con el nivel inicial (70%). Evaluación quinquenal.	Informe de viaje y seguimiento	Transferencia de tecnología	Ampliada												70%	0	Formación de RRHH
	Consultor de radioprotección		Informe de viaje y seguimiento														70%	0	Consultor de radioprotección en Coordinación de PNCCM
Capacitar en Gestión de riesgos en instituciones públicas con atención en pacientes oncológicos	% de provincias en las que se realizo el taller Presencial y Certificados de curso a distancia	En cada institución capacitada con el nivel inicial. Evaluación quinquenal.	1. Informe de actividad y firma de participantes 2 campus virtual	Capacitación	Ampliada												70%	0	Coordinación Administrativa, Campus virtual
Propiciar la participación de pacientes y ciudadanos en general por una atención de pacientes oncológicos en calidad y seguridad	#Scope Review de intervenciones efectivas #Difusión y diseminación a integrantes de la sociedad civil	Pacientes de la sociedad civil capacitados en calidad y seguridad de los cuidados al menos en la mitad de las provincias con intervención	material publicable	Atención centrada en el paciente	Ampliada												A definir	0	Comunicación
Favorecer la investigación de la calidad y seguridad en la atención de los pacientes oncológicos en todos los niveles de atención	# GUÍA escrita # trabajos de investigación escritos	Investigación realizadas en calidad o seguridad en la mitad de las provincias con intervenciones implementadas, a través del desarrollo de por lo menos 1 guía y de 4 trabajos escritos	material publicable	Investigación en servicio	Ampliada												(1)	0	Coordinación de Investigación
																		4	
																	4	0	

Desarrollar los criterios de calidad y seguridad asistencial en la atención de los pacientes oncológicos	#Producción de una norma general de atención del paciente oncológico # Producción de normas específicas por área # Programa de capacitación y entrenamiento para auditores	Etiquetas de calidad en procedimientos priorizados y en categorización de servicios de atención	Material publicable, informes de avances de terreno y contenidos del curso	Asistencia técnica en servicio	Ampliada							Asistencia técnica a 10 procedimientos para etiquetas de calidad	0	Cada uno de los Programas priorizados. Dirección de Calidad de secret gob Salud MSYDS
										0				
										0				
										0				
				Producción de normas	Ampliada							0	GCyS Coordinación y Auditorio de calidad	
					Ampliada							0	GCyS Coordinación y Auditorio de calidad y designado por programa	
				Capacitación de auditores	Ampliada							0	GCyS Coordinación y Auditorio de calidad	

ANEXO II

Estudio cualitativo sobre opiniones y percepciones sobre las prioridades en los lineamientos de la política de control del cáncer del Instituto Nacional del Cáncer desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil en Argentina

Dra. Cecilia Straw

RESULTADOS¹

Los rasgos predominantes de las doce (12) organizaciones de la sociedad civil cuyos integrantes participaron en los grupos focales fueron que estas tenían una antigüedad de formación que se ubicaba entre los 10 y 20 años. La antigüedad de los participantes como integrantes de dichas organizaciones se encontraba entre los 10 y 13 años. Respecto de los **datos sociodemográficos** de los participantes predominaron los que tenían entre 50 y 59 años y nivel universitario completo. En cuanto a la ocupación no hubo rasgos sobresalientes. (Para profundizar en las características sociodemográficas ver APÉNDICE B).

Las **prioridades de los lineamientos de política de control del cáncer** que emergieron de las deliberaciones se concentran en cuatro áreas: **[1]** prevención y detección temprana; **[2]** capacitación de los profesionales de atención primaria de la salud; **[3]** campañas de difusión masiva y **[4]** registros estadísticos.

Estas áreas de trabajo fueron descritas como un flujo continuo de acciones que se retroalimentarán a medida que se vayan implementando. Los participantes de los grupos concibieron que la **prevención y detección temprana del cáncer** mejorará en la medida que haya **profesionales capacitados en el primer nivel de atención (APS)** para que realicen la prescripción de estudios diagnósticos frente a sospechas o síntomas de cáncer, así como derivaciones rápidas y oportunas a los especialistas en el segundo nivel de atención. De la misma forma sostuvieron que **campañas de difusión masiva** sobre el cáncer, factores de riesgos y síntomas sensibilizarán a la población para que consulte a los profesionales sobre signos o síntomas abriendo la posibilidad para desarrollar acciones preventivas o de detección temprana de la enfermedad².

Algunas de las expresiones de los participantes para establecer las vinculaciones entre estas áreas fueron:

“Conversando con los pacientes sobre el diagnóstico a veces te cuenta una historia de tres años que anduvo deambulando. Y conversando con los oncólogos de los signos o alertas

¹ Una aclaración respecto a los resultados que se presentan a continuación: los integrantes de las OSC que participaron de los grupos focales pertenecen a entidades que tienen una diversidad importante respecto de la forma de organización, mecanismos de trabajo e inserción territorial a lo largo del país como en el sistema de salud. Otro rasgo en el que difieren es que pueden trabajar abarcando patologías específicas como una variedad de tipos de cáncer.

² Un eslabón subyacente para establecer las prioridades de la política de control del cáncer, que no fue atribuido como incumbencia del INC, fue la accesibilidad al sistema de salud sin cuya existencia resulta imposible diseñar acciones. Otro aspecto aludido fue la complejidad de la materia porque debe incidir en un sistema de salud descrito como “saturado”. Resulta llamativo que no fue mencionado en las deliberaciones de los grupos la fragmentación del sistema de salud argentino rasgo que incide directamente en la implementación de cualquier acción en el mismo. En cambio otro aspecto mencionado respecto de las prioridades fue la falta de disponibilidad de algunos servicios de salud como detallaremos posteriormente.

surge: – ‘bueno, a lo mejor, esto hubiera merecido una intervención o una derivación más rápida porque este alerta debería haber sido interpretado de esta manera’”.

“Todos conocemos a X, de cáncer de pulmón, que está viva por una detección temprana del médico de guardia. Yo estoy viva por una detección temprana del médico de guardia que vio los síntomas y no me hizo dar vuelta por miles de lados y me mandó directamente a hematología y me internaron. [...] Hay que educar en síntomas, en detección temprana en el primer nivel [de atención], en las salitas de guardia, a los [médicos] generalistas”.

“Hacer campañas de difusión y las campañas tienen que estar relacionadas a que después vos le puedas dar a esa persona que vio la campaña, que se concientizó, el servicio médico correspondiente y adecuado en tiempo y forma. Y hoy lo que está fallando es eso en el sistema público”.

Por otra parte, la mención sobre la disponibilidad de registros estadísticos del cáncer fue evaluado como un insumo imprescindible para definir prioridades de política pública aunque en las deliberaciones se registró un conocimiento preciso de los registros RITA, SITAM y ROHA sólo en algunos participantes:

“Y que se armen registros. Y que los médicos alimenten los registros porque no hay datos de incidencia, de los tipos de cánceres prevalentes, del tratamiento, cómo evolucionan”.

“Para eso está el RITA”.

Respecto de los contenidos de los lineamientos de política pública prioritarios luego de indagarlos libremente entre los participantes de las OSC se trabajó sobre la base de cuatro disparadores para incentivar un intercambio de ideas más preciso acorde a la definición de un lineamiento de política pública, y dejando abierta la posibilidad para indagar todos aquellos temas que surgieran en las deliberaciones. A continuación describimos el análisis de las opiniones y percepciones de cada uno de ellos.

1. Prevención del cáncer de mama mediante mamografía en mujeres de 50 años a 75 años al menos cada dos años

Las opiniones que predominaron en los grupos focales fueron que establecer la prevención del cáncer de mama (CM) estableciendo el tamizaje a partir de los 50 años de edad y la frecuencia anual resultaban puntos **“controvertidos”, “un poco riesgoso”** y donde se da una **“alta discusión”** porque existen opiniones diferentes.

El lineamiento recomendado por los participantes fue diferente y consistía en seguir promoviendo el tamizaje con mamografía a partir de los 40 años y de forma anual. El fundamento esgrimido fue que éste constituye la recomendación de **“la Sociedad de Mastología argentina”,** e inclusive de **“la Organización Mundial de la Salud”** aunque en este último caso no encontramos sustento en los documentos de la entidad. Otros aspectos destacados fueron que una recomendación para el control del CM debe mencionar a **“los grupos de riesgo”,** y en consecuencia, resaltar la incidencia que podían tener los antecedentes familiares de cáncer y los casos de mutaciones genéticas.

Asimismo respecto de la edad de la recomendación los participantes mencionaron tener la percepción de un fenómeno, que en su opinión pasa inadvertido por las autoridades de salud, como es **“el cáncer de mama en mujeres cada vez más jóvenes”.** De ahí que algunas expresiones precisamente destacaran este aspecto basados en los registros de mujeres que

recurren a las OSC en busca de información o pedido de ayuda. Incluso hubo quienes sostuvieron de forma aislada que “30 años mínimo, mejor!”. Estos participantes asociaban las posibilidades de tamizaje a edades más tempranas con mayor prevención.

Los motivos que los participantes de los grupos creían que estaban por detrás de una recomendación sobre la prevención del CM a partir de los cincuenta años fueron que se perseguía la disminución del costo económico que implica comenzar el tamizaje con mamografías diez años antes, y la falta de disponibilidad o subutilización de mamógrafos para garantizar la cobertura de la práctica médica. Algunas de las expresiones utilizadas fueron: “por ahí puede ser 50 para bajar costos” y “tal vez tiene que ver con esto que no hay mamógrafos suficientes, con que no hay infraestructura o la infraestructura que hay está mal utilizada”.

Por otra parte, también se mencionaron opiniones favorables a la recomendación de mamografías a los 50 años al menos cada dos años destacando que tiene fundamento científico aunque de forma aislada: “Si vos lees las estadísticas te dice que se da en tal y tal edad [...] El Estado va a vigilar eso, desde ya”.

Frente a estas perspectivas, algunos participantes destacaron la necesidad de que las autoridades del INC expliquen detenidamente los fundamentos de su recomendación y las posibilidades de consensuar una única recomendación para el control del cáncer de mama:

“En esto sí tenemos que poder ponernos [de acuerdo]..., o que nos expliquen bien, bien por qué, y que nosotros lo entendamos bien, bien, bien. [...] ¿Por qué ponen 50?”.

En consecuencia, los participantes de los grupos enunciaron como **un aporte de las OSC colaborar con las recomendaciones que surgieran por parte del Estado**:

“El aporte que puede hacer la sociedad civil: en educación, de qué se trata cuando le están hablando de cáncer de mama, de cómo tiene que navegar el sistema de salud para continuar, y contenerla desde la experiencia”.

II. Prevención de cáncer de cuello uterino a partir de 30 años hasta los 64 años con test de VPH ó PAP

Las opiniones de los participantes de los grupos que predominaron fueron favorables a esta recomendación para la prevención del cáncer cérvico-uterino (CCU). El fundamento fue la disponibilidad de evidencia científica que avala el tamizaje en este tramo de edad. Además sostuvieron que era una recomendación promovida por “la Organización Mundial de la Salud”. Igualmente un aspecto resaltado por algunos participantes fue la incidencia del virus del papiloma humano (VPH) en mujeres más jóvenes de 30 años: “Antes hay chicas con HPV”.

Por su parte, respecto de la realización del Papanicolaou (PAP) hubo menciones aisladas respecto de su necesidad antes y después del período comprendido entre los 30 y 64 años, e inclusive “hasta los 75 años”. La motivación fue que el PAP permite visualizar lesiones vaginales. Por otra parte, en relación con el PAP se señaló que algunas mujeres tienen opiniones equivocadas respecto de su finalidad al sostener que previene frente a la posibilidad de padecer “cáncer de ovario”.

El **rol que los integrantes de las OSC** sostuvieron que podían desarrollar para colaborar con las recomendaciones que surgieran por parte del Estado fue comunicacional:

“reforzar el mensaje” y “estar alineados al discurso de INC”.

Otro tema introducido por los participantes de los grupos fue la vacunación contra el VPH como forma de prevención primaria contra el CCU. En los relatos se identificó claramente de forma predominante que las niñas de 11 años eran las destinatarias de la vacuna y que estaba garantizada la cobertura pública. Por el contrario, respecto de los varones predominaron las dudas tanto respecto de la indicación como de la edad: “¿11 a 15 años?”; “11 y luego hasta los 25 aunque haya tenido relaciones”; “Menores de 21 años [pudiendo involucrar también a las niñas]”. Por último, si bien hubo participantes que destacaron la indicación médica de la vacuna predominaron las opiniones sobre la sugerencia de la vacunación en lugar de prescripción médica: “Si querés date la [vacuna]”; “Todavía no se sabe [la efectividad]”.

III. Prevención de cáncer de colon en hombres y mujeres de 50 a 75 años

Las opiniones predominantes de los participantes de los grupos fueron favorables a la recomendación. Un aspecto adicional destacado fue que se debe incorporar la frecuencia de los controles preventivos del cáncer de colon (CC). En relación con este aspecto los participantes sostuvieron opiniones diferentes respecto a dicho control en la actualidad. Algunos mencionaron que el control era “cada cinco años”; otros “cada diez años”.

Otro aspecto que despertó dudas y donde surgieron imprecisiones en las discusiones fue en el peso que tienen los antecedentes familiares y la vinculación con la edad recomendada para el control preventivo del (CC). Un participante fue el único que sostuvo que en caso de existir antecedentes familiares en este cáncer la edad de los controles se anticipaba: “35 años si tenés predisposición”. Otros aspectos mencionados en forma muy aislada fueron que el CC era una “enfermedad genética” y que ameritaba el control preventivo “hasta los 85 años”.

Un aspecto en el que surgieron dudas fue respecto del método de tamizaje preventivo del CC. En cuanto a la prueba de sangre oculta en heces mencionaron el problema de que los resultados arrojan “falsos positivos”. En cuanto a la posibilidad de realizarse las personas una videocolonoscopía mencionaron que estas eran limitadas debido a la falta de disponibilidad y accesibilidad a los colonoscopios en el sistema de salud. Sobre los métodos de tamizaje precisamente expresaron:

“Hay un tema [...] porque hay dos bibliotecas entre el estudio de sangre en materia fecal por los falsos positivos”

“Tiene que ser una recomendación con sustento; con el equipamiento disponible”.

El **rol que los integrantes de las OSC** sostuvieron que podían desarrollar para colaborar con las recomendaciones que surgieran por parte del Estado fue, por un lado, comunicacional con el propósito de concientizar a la población sobre la prevención temprana del CC. Por otro lado, asistencial y proveer contención al paciente en tratamiento como en la etapa de seguimiento donde los pacientes deben seguir realizándose controles: “Comunicar” “Concientizar prevención temprana” “Contención y seguimiento al paciente”.

IV. Acceso de las personas con test de tamizaje positivo o con sospecha de cáncer a toda la línea de cuidado continuo del cáncer de mama, cáncer cervico uterino y cáncer de colon

Las opiniones predominantes de los participantes de los grupos focales fueron **acordar parcialmente** con la recomendación sobre el acceso a toda la línea de cuidado continuo del cáncer. Resaltaron que esta cobertura se encuentra prevista en la legislación vigente. De todas formas en las discusiones mencionaron varias limitaciones en cuanto al efectivo acceso a los servicios médicos a lo largo de la línea de cuidado.

Uno de los participantes sintetizó estas ideas en los siguientes términos:

“Desde lo formal existe; hay que garantizar; hacerlo efectivo”.

El acuerdo parcial con la recomendación se debió a que los participantes resaltaron su **desacuerdo con el alcance de las patologías seleccionadas para favorecer el acceso**.

Consideraron insuficiente concentrarse en el cáncer de mama, cervico-uterino y colon: “¿Esas tres patologías?”. Por el contrario, sostuvieron que la recomendación debía abarcar “cualquier tipo de cáncer” por la prevalencia de otros tipos de cáncer como por ejemplo pulmón, próstata, melanoma, riñón. En particular respecto de las patologías cubiertas algunos participantes pusieron énfasis en que desde el Estado se debería considerar a “los cánceres de la sangre” (leucemia, mieloma, linfoma) debido al aumento en los años de sobrevida que tienen los pacientes que acceden a “los nuevos tratamientos” comparado con el que se creía años atrás. En su opinión, los cánceres de la sangre se convertirán en una enfermedad crónica en el futuro cercano:

“De acá a unos años, la prevalencia de los cánceres de la sangre va a ser de un nivel tal que necesitamos estar incluidos en un plan y que se preste atención a lo que son los estudios de monitoreo y el acceso a los tratamientos de los cánceres de la sangre. Porque hoy somos pocos pero por la sobrevida va a dejar de ser una enfermedad poco frecuente para pasar a ser una enfermedad común”.

Otro criterio propuesto para seleccionar las patologías a garantizar el acceso a toda la línea de cuidado continuo fue **atender a las proyecciones sobre incidencia y mortalidad de los diferentes tipos de cáncer para los próximos cinco años**, y privilegiar aquellos de mayor prevalencia proyectada. Al respecto uno de los participantes sostuvo:

“Hay que analizar cuál va a ser la prevalencia de acá a 5 años”.

Otra aspecto que despertó escepticismo respecto de la efectividad de la recomendación fue “el acceso” al sistema de salud público el que fue descrito en la actualidad como complicado por su grado de “saturación”, al igual que “los tiempos” prolongados tanto para obtener el diagnóstico de cáncer —en particular en algunas patologías por la falta de acceso a los estudios debido a la falta de disponibilidad de mamógrafos y colonoscopios—, como para obtener “los medicamentos oncológicos”.

Los participantes destacaron como sumamente gravoso el tiempo que insume en la trayectoria de atención del cáncer **los procedimientos administrativos para acceder a las medicaciones oncológicas con cobertura de la salud pública**. Al respecto propusieron la

centralización de los procedimientos y la coordinación de los procesos cuando en la cobertura intervienen los bancos de drogas de las diferentes jurisdicciones de salud nacional y provinciales o de acción social. El objetivo de estas modificaciones es garantizar la continuidad del trámite para que se realice de forma automática y que, por un lado, no tengan retrasos las gestiones administrativas y, por otro lado, no sea el propio paciente diagnosticado con cáncer el que deba volver a presentar el trámite administrativo en otra jurisdicción:

“Yo vivo en provincia, tengo que presentar en este banco de drogas que no tienen la medicación [entonces] tengo que venir al de nación y, si acá no tienen, tengo que venir a Desarrollo Social, y eso es un formulario nuevo, un turno nuevo y conseguir que el médico le complete todos los formularios [...] son pilas de formularios los que tiene que llenar el médico. Eso se tiene que centralizar en un solo lugar y que después adentro [del sistema administrativo] digan: “corresponde que lo cubra tal, si no lo tiene tal pase interno”. Y que no sea el paciente el que ande recorriendo...”.

En la misma línea, otro tema que provocó dudas respecto del acceso a los servicios médicos en toda la línea de cuidado continuo del cáncer fue el financiamiento al preguntarse los participantes de los grupos focales ¿quién va a poner la plata?

Finalmente los participantes de los grupos focales mencionaron **las particularidades que tiene para los pacientes transitar la línea de cuidado del cáncer** porque repercute en múltiples aspectos de la vida cotidiana a los que consideraron que es necesario atender de forma coordinada e integral, y poniendo atención a peso de los determinantes sociales y emocionales tanto durante los tratamientos oncológicos como una vez finalizados. Destacaron los cambios laborales e incluso la imposibilidad de continuar trabajando para poder realizar los tratamientos oncológicos lo que deriva en una reducción de los ingresos monetarios, así como las dificultades para retomarlos una vez finalizados los mismos por las secuelas de la enfermedad. También mencionaron las dificultades que pueden tener los pacientes para el pago del transporte para sostener la atención médica o la adherencia a los tratamientos oncológicos, los problemas que se derivan cuando el tratamiento del cáncer implica el traslado a la Ciudad de Buenos Aires y, en especial, la ausencia de residencias para los pacientes del interior del país, y la falta de acompañamiento psicológico en numerosos pacientes con cáncer.

Las **propuestas sugeridas para atemperar estas dificultades y mejorar la calidad de las trayectorias de la línea de cuidado** fueron el trabajo coordinado entre “los servicios de oncología de los hospitales y las secretarías de acción social” de los municipios para lograr el aprovechamiento de los recursos disponibles, y gestionar la existencia de una tarjeta “sube oncológica” para proveer el transporte gratuito a los pacientes que se encuentren en tratamiento oncológico y reforzar su adherencia al mismo.

El **rol que los integrantes de las OSC** sostuvieron que podían desarrollar para colaborar con las recomendaciones que surgieran por parte del Estado fue de asistencia en las gestiones administrativas, y además de “ayudar en los trámites” favorecer a que las gestiones de la enfermedad se realicen “rapidísimo”. Sólo algunos participantes de los grupos focales describieron a estas gestiones como “la navegación de pacientes” que tiene por objeto eliminar las barreras de acceso a los servicios médicos a lo largo de la línea de cuidado continuo del cáncer y reducir los tiempos entre esas prácticas. En cambio, otros participantes resaltaron que el rol de los integrantes de las OSC es proveer “asesoramiento legal” o instrumentar “recursos de amparo” para que los pacientes accedan a los servicios

médicos oncológicos. Por último, se resaltó que otras tareas que podían realizar para complementar las acciones estatales son “la contención y el seguimiento de los pacientes”.

V. Campañas de difusión masiva

La primera campaña de difusión masiva mencionada por los participantes de los grupos focales —cuya responsabilidad no fue atribuida al INC— fue una que planteara la concientización en el concepto de “vida saludable” privilegiando los aspectos relativos a la alimentación, la práctica de deportes o actividad física, la vida al aire libre, los riesgos de fumar, etc. Algunos participantes resaltaron que antiguamente se lo denominaba “educación para la salud” cuyos contenidos son necesarios como presupuestos en los cuales enmarcar cómo afrontar una enfermedad.

Por otra parte, en relación a las campañas de difusión masiva bajo responsabilidad del INC, los participantes plantearon que debían perseguir algunos objetivos. Por una parte, una campaña de difusión masiva orientada a **visibilizar la enfermedad** porque el cáncer existe y a pesar de ello es una enfermedad que permanece oculta porque no se la debate socialmente. En consecuencia plantearon que la campaña debía tener un carácter permanente y “hablar de cáncer”, o plantear que “el cáncer no es mala palabra”.

Luego se planteó otro tipo de campaña de difusión masiva con contenidos más específicos que tenga, por un lado, el objetivo de **des-mitificar o des-estigmatizar el cáncer** para que deje de ser una enfermedad asociada únicamente con la muerte y se profundice en la sobrevivencia de los pacientes que tuvieron cáncer. Algunas de las expresiones de los participantes fueron: “Cáncer no es sinónimo de muerte” o “Si lo conocés [al cáncer] la vas a luchar mejor” destacando en este último caso la importancia de la actitud positiva frente a la enfermedad. Al respecto, se recomendó realizar las campañas por televisión por aire y por radio sosteniendo que son los medios de comunicación masivos de mayor cobertura social.

Por otra parte, el objetivo de otra campaña de difusión masiva tenía que ser el **conocimiento de los factores de riesgo y los síntomas** de cada uno de los tipos de cáncer: “un ganglio inflamado por dos meses no es normal”. En este caso, el formato de campaña fue definido como una pauta publicitaria o spot publicitario cubierto por el Estado que fuera de una duración corta y clara para captar la atención del espectador: “Hacer un llamado de atención...”. Algunos de los participantes las describieron como: “Hoy es el día de lucha contra el cáncer...”, “La semana del cáncer de...”.

Por último, los participantes de los grupos sostuvieron que el INC tenía que involucrarse en campañas de prevención sobre lo perjudicial de fumar y el consumo de alcohol por la incidencia que estos factores tienen en distintos tipos de cáncer. Al respecto de las deliberaciones surgió el desconocimiento de acciones que el INC realiza de forma coordinada con otras instancias del Ministerio de Salud de la Nación planteando que “en el INC no hay nada sobre tabaco”. En relación con este tema se planteó el poderoso lobby que realiza la industria del tabaco para impedir el desarrollo de acciones como legislaciones restrictivas y/o prohibitivas: “las tabacaleras!”

“Argentina tiene un problema grande porque tiene una producción enorme de tabaco, [...] y tiene un lobby enorme y monstruoso de las tabacaleras frente a cualquier política”.

Conclusiones

Los resultados de los grupos focales con autoridades de las OSC vinculadas al cáncer pusieron de relieve importantes áreas de trabajo donde pueden complementarse las acciones que viene realizando el Instituto Nacional del Cáncer y que planifica desarrollar para los próximos cinco años en el marco de la implementación de un Plan Nacional para el Control del Cáncer en la Argentina.

Una de las áreas que emerge con claridad es el rol que pueden cumplir las OSC en la difusión de los lineamientos de política pública centrales para la concientización sobre los factores de riesgo y la prevención, así como el diagnóstico precoz del cáncer.

Sin embargo, las opiniones y las percepciones analizadas muestran que el discurso de algunos de los integrantes de las OSC contiene imprecisiones, informaciones incompletas e inclusive erróneas sobre algunos tipos de cáncer, así como sobre las pautas de cuidados preventivos. Este hallazgo muestra la oportunidad que se les abre a las autoridades del Instituto para establecer algunas acciones tendientes a la formación científica de los integrantes de las OSC para potenciar el arraigo territorial y el trabajo que realizan las OSC en numerosos hospitales públicos a lo largo del país y en las redes de pacientes.

Otra área en donde se percibe desconocimiento de algunos de los integrantes de las OSC es en las acciones que viene realizando el INC en el área de registros estadísticos sobre el cáncer. Al respecto también es posible diseñar jornadas de difusión o tutoriales para incentivar la navegación y el conocimiento de la información que se publicita desde la página web del Instituto así como el conocimiento de los numerosos materiales de comunicación elaborados a lo largo de estos años por el personal técnico del Instituto. Lo mismo sucede respecto de las acciones que se vienen desarrollando en los Programas de Tumores Familiares y Hereditarios, y de Evaluación de Tecnologías de Salud, áreas sobre las que los integrantes de las OSC han mencionado su interés.

En síntesis, la realización de este primer estudio cualitativo sobre las opiniones y las percepciones de las prioridades en los lineamientos de la política de control del cáncer desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil en Argentina deja, además del conocimiento de dichas prioridades, el mensaje de la complementariedad entre el Estado y la sociedad civil y la oportunidad para una vinculación más productiva que potencie el rol que cada uno debe y puede cumplir en el control del cáncer en nuestro país.

APÉNDICE A

GUÍA DE PAUTAS PARA LOS GRUPOS FOCALES APERTURA: (5 minutos)

I. PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

II. LECTURA Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

II DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE UN GRUPO FOCAL Y LAS PAUTAS DE FUNCIONAMIENTO.

A. PRESENTACIÓN INDIVIDUAL DE LOS PARTICIPANTES. (5 minutos)

B. DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES ACCIONES QUE DESARROLLAN CONTRA EL CÁNCER EN LA ORGANIZACIÓN DE PERTENENCIA. (5 minutos)

- Ejemplos de acciones;
- Dificultades que encuentran;
- Formas de afrontar y/o resolver las dificultades.
- Características de la población a la que asisten.

C. OPINIONES SOBRE LAS PRIORIDADES DE LOS LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DEL PROGRAMA NACIONAL DEL CÁNCER (INC). (50 minutos)

- Ahora quisiera proponerles que conversaran sobre las prioridades que PNCCINC debería considerar al definir los lineamientos de política pública a seguir en los próximos 5 años.

¿CUÁLES SON ESTOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE CONTROL DEL CÁNCER? [DEJAR HABLAR LIBREMENTE Y LUEGO PROFUNDIZAR]

- ¿Qué **opinan** cada uno de Uds. de las ideas manifestadas por sus colegas?
- **Detengámonos unos minutos a analizar:**
- **RETOMAR LOS LINEAMIENTOS MENCIONADOS:** ¿Cuáles son los lineamientos más importantes? ¿Por qué motivos asignan importancia a estos lineamientos? ¿Quiénes piensan que son importantes **REPETIR LINEAMIENTO**? ¿Quiénes piensan que no son importantes **REPETIR LINEAMIENTO**? ¿Por qué? (INDAGAR CONSENSOS y DISENSOS).
- ¿Qué **prioridad** le asignarían a cada uno de los lineamientos definidos como importantes? **REPETIR CADA LINEAMIENTO IMPORTANTE** ¿Por qué?
- **RETOMAR LOS LINEAMIENTOS CON MAYORES DISENSOS:** ¿Por qué motivos **MENCIONAR EL LINEAMIENTO** no es importante? (INDAGAR DISENSOS).
- **¿Cómo podrían contribuir las ONG vinculadas al cáncer para alcanzar los lineamientos prioritarios?**
- Ustedes mencionaron que las prioridades en los lineamientos de política del INC deberían concentrarse en las áreas de:
[REPETIR LAS ÁREAS QUE HAYAN EMERGIDO DE LA DISCUSIÓN DEL GRUPO: FORMACIÓN DE NUEVOS RECURSOS HUMANOS; CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS; INVESTIGACIÓN; CERTIFICACIÓN DE CALIDAD DE LAS PRÁCTICAS ASISTENCIALES; PRIORIZACIÓN DE ALGÚN TIPO DE CÁNCER; PRIORIZACIÓN DE ALGUNA POBLACIÓN, PERTENECIENTES A SISTEMA DE SALUD (PÚBLICO PRIVADO O OSS), SISTEMAS DE INFORMACIÓN; etc.

- Ahora quisiera que hicieran el ejercicio de **pensar en otro escenario**, contexto, o circunstancias en las cuales UDS. **cambiarían sus opiniones y las prioridades establecidas a los lineamientos**. ¿Se les ocurren contextos o circunstancias en los que cambiarían sus opiniones? ¿Cómo quedarían redefinidas las prioridades en los lineamientos de política del INC? **(FORTALEZA DE LAS OPINIONES)**.

D. CONOCIMIENTO Y EVALUACIÓN DE ACCIONES IMPLEMENTADAS POR INC (5 minutos)

- Teniendo presente las prioridades que ustedes establecieron a los lineamientos del PNCC, **conocen si desde INC han venido desarrollando acciones en estas áreas?** ¿Cuáles? ¿Qué **percepciones tienen de las acciones desarrolladas?** ¿Qué debería mantener el INC? ¿Y qué debería modificar el INC?

E. OPINIONES SOBRE LINEAMIENTOS DEFINIDOS POR OTROS ACTORES (15 minutos)

- En este último tiempo, las autoridades del PNCC-INC están reflexionando sobre las prioridades de los lineamientos de política pública desarrollados, y comenzaron una serie de consultas con diferentes actores involucrados (ONGs, profesionales y sociedades científicas). Es así que de forma provisoria con la información recolectada hasta el momento han sintetizado algunos lineamientos, y quisiéramos conocer sus opiniones desde la perspectiva de miembros de las organizaciones de la sociedad civil.
- TENGO ESCRITOS EN ESTE ROTAFOLIO LOS LINEAMIENTOS, DEFINIR 4 LINEAMIENTOS A INDAGAR; y quisiera repasar cada uno para **conocer sus opiniones y la prioridad que le asignarían**.
- **Prevención de cáncer de mama mediante mamografía en mujeres de 50 años a 75 años AL MENOS cada dos años.**
- **Prevención de cáncer de cuello uterino a partir de 30 años hasta los 64 años con test de VPH ó PAP.**
- **Prevención de cáncer de colon en hombres y mujeres de 50 a 75 años.**
- **Acceso de las personas con test de tamizaje positivo ó con sospecha de cáncer a TODA la línea de cuidado continuo según corresponda a las patologías mencionadas.**
- Teniendo presente estas líneas de acción, basadas y definidas por la evidencia, **¿qué acciones piensan que podrían realizar desde las ONG vinculadas al cáncer para complementar las acciones que se realizan desde el Estado?**

F. CIERRE: Para ir terminando, creen que quedó algún **tema que no hayamos conversado**, que puede ayudar al PNCC-INC a establecer las prioridades de los lineamientos de política pública a desarrollar en el futuro cercano? **(5 minutos)**

SI NO MENCIONAN NADA, para Ud., existen otras **cuestiones prioritarias o más urgentes** que las autoridades del PNCC-INC deben tener en cuenta para establecer las prioridades de los lineamientos de política pública a desarrollar en el futuro cercano.

Muchas gracias por su participación
Instituto Nacional del Cáncer

APÉNDICE B

Rasgos de las organizaciones de la sociedad civil y datos sociodemográficos de los integrantes.

Antigüedad de la OSC (años)	(N = 12)
<10	1
10-20	6
21-30	4
>30	1
Antigüedad integrante de la OSC (años)	(N = 16)
<10	4
10-19	8
20-26	4
Edad	
35-49	4
50-59	6
60-69	2
70-79	4
Nivel Educativo	
Terciario completo	3
Universitario incompleto	1
Universitario completo	8
Posgrado	3
Ocupación	
Empleado/a en institución pública (nacional, provincial o municipal)	3
Empleado/a en institución privada (empresa, comercio, escuela)	3
Profesional independiente	3
Empleador/a	1
Trabajador/a sin salario	4
Trabajador/a OSC	2

APÉNDICE C

ONG participantes

Fundación Garrahan

Fundación "donde quiero estar"

Cáncer de pulmón

LALCEC

FADEPOF (Federación Argentina de Enfermedades Poco Frecuentes)

ACILCO Cáncer de ovario

Asociación Civil Linfomas Argentina

MACMA Movimiento ayuda cáncer de mama

SOSTEN

ACIAPO
Atención Comunitaria Integral al Paciente Oncológico
ALMA Asociación Leucemia Mieloide Argentina
Fundación Apostar a la Vida

ANEXO III

Consejo Consultivo del Plan Nacional de Control de Cáncer constituido por Sociedades Científicas y Foros de Universidades

Integrantes:

CARGO	Nombre Apellido PRESIDENTE	SOCIEDAD / FORO	DESIGNADOS PARA CONSEJO CONSULTIVO PNCC
Presidente	Dr. Alberto R. Ferreres	Academia Argentina de Cirugía	Dr. Alfredo Pablo Fernández Marty
Presidente	Acad. Marcelo V. Elizari	Academia Nacional de Medicina	Dr. Gonzalo Recondo
Administrador Nacional	Dr. Carlos Alberto Chiale	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica	
Directora	Dra. Gabriela Quintanilla	Agencia de Control del Cáncer	
Presidente	Dr. Francisco Flores Nicolini	Asociación Argentina de Cirugía	
Presidente	Dra. Myriam Perrotta, Presidente AAGO	Asociación Argentina de Ginecología Oncológica	
Presidente	Dra. Isabel Pincemin	Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos	
Presidente	Gustavo Giusiano	Asociación Argentina de Microbiología (AAM)	Dra. María Dolores Fellner Dra. María Victoria Preciado
Presidente	Dr. Matías Chacon	Asociación Argentina de Oncología Clínica	Dr. Matías Chacon
Presidente	Dr. Ángel Pellegrino	Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina	Dr. Marcelo Figari Dr. Carlos Spector
Presidente	Prof Dr Miguel Á R Galmés	Asociación Médica Argentina	Dr. Luis Balbiani
Presidenta	Dra. Karin Kopitovski	Asociación Metropolitana de Medicina Familiar	Dra. Cecilia Drimer
Coordinadora	Dra. Silvia Augusto	Banco Nacional de Drogas	
Presidente	Dr. Pablo Sánchez	Comisión Oncología Asociación Argentina de Cirugía	Dr. Ignacio Rofa
Presidente	Dr. Mario Donatelli	Endoscopistas Digestivos de Buenos Aires	

Subsecretario de Asuntos Académicos	Prof. Dr. Julio Alberto Berreta	Facultad de Medicina	
Decano	Profesor Dr. Ricardo J. Gelpi	Universidad de Buenos Aires	Prof. Dr. Carlos Reyes Toso
Presidente	Dr. Rodolfo Eduardo Biolchi	Federación Argentina de Asociaciones de Endoscopia Digestiva	
Presidente	Prof. Dr. Luis Fajre	Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT)	
Presidente	Dr. Julio H. Carri	Federación Argentina de Gastroenterología	
Presidente	Dra. Ana Aymat	Federación Argentina de Medicina Familiar y General	
Presidente	Dr. Héctor E. Bolatti	Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)	
Consultor Nacional Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental	Dr. Sebastián Laspiur	Representación de la OPS/OMS en Argentina	
Presidente	Dr. Gustavo A. Lyons	Sociedad Argentina de Cirugía Torácica	Dr. David Smith Dr. José Menéndez Dr. Gustavo Lyons
Presidente	Dra. Dorotea Fantl	Sociedad Argentina de Hematología	Dra. Marta Zerga
Presidente	Dr. Mario Félix Bruno	Sociedad Argentina de Cancerología	Dra. Marina Bramajo
Presidente	Dra. Claudia Mabel Casco	Sociedad Argentina de Citología (SAC)	
Presidente	Dr. Carlos Miguel Lumi	Sociedad Argentina de Coloproctología	
Presidente	Dr. Ubaldo Gualdrini	Sociedad Argentina de Gastroenterología	
Presidente	Ing. Agr. Dr. Juan Carlos Salerno	Sociedad Argentina de Genética	Dra. Daniela Faggionato
Presidente	Dra. Marisa Labovsky	Sociedad Argentina de ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ)	Dr. Domínguez
Presidente	Dr. Pedro Zubizarreta	Sociedad Argentina de Hemato-Oncología Pediátrica	
Presidente	Dr. Eduardo González	Sociedad argentina de Mastología	

Presidente	Dr. Pascual Valdez	Sociedad Argentina de Medicina	
Presidente	Dr. Florencio Olmos	Sociedad Argentina de Medicina Interna	
Presidente	Dr. Eduardo A. Valenti	Sociedad Argentina de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires	Dr. Javier Ortiz
Presidenta	Dra. Marina Inés Narbaitz	Sociedad Argentina de Patología	
Presidente	Dra. Juana Elida Mauro	Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia (SAPTGLYC)	
Presidente	Dra. Stella Maris Gil	Sociedad Argentina de Pediatría	Dra. Graciela Elena
Presidente	Dr. Juan Carlos Mazzuco	Sociedad Argentina de Radiología	Dr. Daniel Mysler
Presidente	Dra. Luisa Rafailovici	Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica	
Presidente	Dr. Gustavo Ferraris	Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica	
Presidente	Dr. Claudio Adrián Rosenfeld	Sociedad argentina de Urología	Dr. Claudio Alberto Graziano
Presidente	Dr. Luis Caro	Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva	
Superintendente	Cdor. Sandro Taricco	Superintendencia de Servicios de Salud	Dr. Sebastián Neuspiller Dr. Gustavo Jankelevich

ANEXO IV

MINUTA: Presentación Plan Nacional Control de Cáncer 2018-2022 a Sociedades Científicas

MINUTA: Presentación Plan Nacional de Cáncer 2018-2022 a Sociedades Científicas

Fecha: 22/08/2018

Lugar: Auditorio INC

Expositores:

- *Dr. D. Daniel Horacio Espinosa*, Subsecretario, Subsecretaría de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, MSAL sspsype@gmail.com
- *Dra. Verónica Schoj*, Directora, Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, MSAL privadaentmsal@gmail.com
- *Dr. Julia Ismael*, Directora, Instituto Nacional del Cáncer – juliaismael@gmail.com
- *Lic. Paula Monteserin*, Coordinadora Implementación PNPCCR, INC pncr.implementacion.inc@gmail.com
- *Dra. Verónica Pesce*, Coordinadora PNCM, INC vpesceinc@gmail.com
- *Dra. Silvina Arrossi*, Coordinadora Científica PNPCCU, INC silviarrossi2020@gmail.com
- *Dra. Mariela Bertolino*, PNCP, INC mbertolino.inc@gmail.com
- *Lic. Ariana Goldman*, Coordinadora, Formación de RRHH en Cáncer, INC agoldman.inc@gmail.com
- *Lic. Rocío Alonso*, Coordinadora, Programa de Promoción de la Investigación en Cáncer, INC arocioinc@gmail.com
- *Dra. Lina Núñez*, Coordinadora PROCAFA, INC lnunez@inc.gob.ar
- *Dra. Florencia Moreno*, Coordinadora ProCuINCa, INC flormoreno2005@gmail.com
- *Dra. Graciela Abriata*, Coordinadora SIVER-Ca, INC gracielaabriata.inc@gmail.com
- *Dra. Marta Zerga*, Sociedad Argentina de Hematología melizerga@hotmail.com
- *Dra. Cecilia Straw*, CEDES cecilia.straw@gmail.com

Concurrentes

- *Lic. Nahir Elyeche*, Coordinadora Administrativa INC nelyeche@gmail.com
- *Dra. Rosa Laudi*, Coordinadora PNPCC, INC rmlaudi@gmail.com
- *Dra. Celeste Díaz*, Coordinadora de ETS, INC mcelestediaz@msn.com
- *Dra. Mónica Confalone Gregorian*, Coordinadora de Gestión de calidad y seguridad en la atención del paciente oncológico, INC calidadyseguridad.inc@gmail.com
- *Miguela Villareal*, Secretaria de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos secppycr@gmail.com
- *Dr. Raúl Mejía*, Dirección de Investigación para la Salud, MSAL. raulmejia@cedes.org; saludinvestiga.msal@gmail.com

- *Lic. Graciela Asorey*, Asesor de Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades Comunicables e Inmunoprevenibles, MSAL.
subsecretariapycecei@gmail.com
- *Dra. Myriam Perrotta*, Presidente Asociación Argentina de Ginecología Oncológica AAGO aaginonc@Aaginonc.Org.Ar
- *Dra. Isabel Pincemin*, Presidente Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos, AAMYCP, isabel.pincemin@gmail.com; asoc.arg.mycp@gmail.com
- *Dr. Carlos Miguel Lumi*, Presidente, Sociedad Argentina de Coloproctología, SACP, info@sacp.org.ar
- *Dr. Eduardo González*, Presidente, Sociedad Argentina de Mastología, SAMAS, info@samas.org.ar
- *Dra. Marina Inés Narbaitz*, Presidenta, Sociedad Argentina de Patología, SAP infozap@patologia.org.ar
- *Dra. Juana Elida Mauro*, Presidente Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia (SAPTGLyC) sociedad@colpoweb.org
- *Dr. Gustavo Ferraris*, Presidente Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica, SATRO, gustavo.ferraris@dfunes.com.ar, satro@fibertel.com.ar
- *Dra. Cecilia Drimer*, Asociación Metropolitana de Medicina Familiar, AMMF secretaria.ammf@gmail.com
- *Dra. Dorotea Fantl*, Presidente, Sociedad Argentina de Hematología, SAH sah@sah.org.ar
- *Dra. Gabriela Quintanilla*, Directora, Agencia de Control del Cáncer de Santa Fe, acc@santafe.gob.ar
- *Farm. Intile y Leandro Duarte*, Agencia de Control del Cáncer de Santa Fe, acc@santafe.gob.ar
- *Dr. Claudio Alberto Graziano*, Prosecretario Científico Sociedad argentina de Urología, SAU sau@sau-net.org
- *Dr. Luís Balbiani*, Asociación Médica Argentina, AMA info@ama-med.org.ar; Sociedad Argentina de Cancerología, SAC, info@socargcancer.org.ar; sec.cancerologia@gmail.com
- *Dra. Marina Bramajo*, Sociedad Argentina de Cancerología, SAC, info@socargcancer.org.ar; sec.cancerologia@gmail.com
- *Dr. Daniel Mysler*, Sociedad Argentina de Radiología, SAR.secretaria@sar.org.ar
- *Dr. Alfredo Pablo Fernández Marty*, Presidente electo, Academia Argentina de cirugía, AAC, academia@aac.org.ar
- *Dra. Elisabeth A. Domínguez*, Sociedad Argentina de ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ), sagij@sagij.org.ar
- *Dr. Gonzalo Recondo*, Academia Nacional de Medicina, ANM. acamedbai@acamedbai.org.ar
- *Dr. Matías Chacón*, Asociación Argentina de Oncología Clínica.
- *Dr. Ignacio Rafa*, Comisión Oncología Asociación Argentina de Cirugía, AAC/C O, oncologia@aac.org.ar
- *Dr. Javier Ortiz*, Sociedad Argentina de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires SOGIBA; sogiba@sogiba.org.ar

- *Dra. Graciela Elena*, Sociedad Argentina de Pediatría, SAP. cdsap@sap.org.ar
- *Prof. Dr. Carlos Reyes Toso*, Secretario de Asuntos Académicos, Fac. de Medicina Universidad de Buenos Aires, UBA/FMED decanato@fmed.uba.ar
- *Dra. Daniela Faggionato*, Sociedad Argentina de Genética, SAG. sagenetica@gmail.com
- Integrantes de los programas y áreas del Instituto Nacional del Cáncer

Resumen de la reunión:

El miércoles 22 de agosto, los coordinadores de los distintos programas del Instituto Nacional del Cáncer (INC) presentaron ante sociedades científicas el Plan Nacional de Control del Cáncer (PNCC) elaborado según las pautas y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros planes regionales de distinto alcance. El objetivo de la reunión fue sumar la devolución de las sociedades médicas al Plan para su redacción final, antes de su presentación al ministro de Salud. Al día de hoy la propuesta fue presentada a la comunidad, sociedades médicas y gobiernos provinciales, quienes aportaron sus inquietudes, expectativas y necesidades.

De la presentación también participaron funcionarios del Ministerio de Salud que disertaron en relación a la prevención del cáncer y las enfermedades no transmisibles. Daniel Espinosa, Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de la cartera nacional, estuvo a cargo de dar la bienvenida, y luego, Verónica Schoj, directora de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, ofreció un amplio panorama sobre las políticas que se están llevando a cabo en el marco del control de las ECNT.

“Para lograr el control del cáncer de forma eficaz necesitaremos el aporte de los actores claves para juntos hacer posible su aplicación”, consideró Julia Ismael, directora del INC al dar inicio a las presentaciones del Plan. El mismo posee un enfoque inter-sectorial, por lo que ha contado con el aporte de actores clave de otras direcciones dependientes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, áreas del Ministerio de Educación, el Poder Legislativo y organizaciones no gubernamentales (ONG) que abordan ejes temáticos relacionados con el cáncer.

El Instituto Nacional del Cáncer (INC) actúa como órgano rector en el desarrollo del Plan, que propone objetivos quinquenales a nivel nacional sobre la línea de cuidado de los pacientes con cáncer. Una vez comenzado, servirá como marco facilitador para promover la inclusión de programas de prevención, control y vigilancia epidemiológica de cáncer en las diferentes jurisdicciones y fortalecer los recursos necesarios para su implementación. Esto repercutirá en un contexto que facilite la producción científica en materia oncológica y permitirá articular experiencias, capacidades y conocimientos a nivel internacional.

El INC, creado en el año 2010, es el responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y control del cáncer. Su principal objetivo es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina, a la vez que mejorar la calidad de vida de las personas afectadas

Se enumeran las inquietudes presentadas por los representantes de las sociedades médicas (RSM) a continuación de cada ponencia.

Prevención primaria del cáncer

Dra. Verónica Schoj

RSM: ¿Por qué la prohibición del cigarrillo electrónico?

VS: Sin evidencia como elemento de cesación tabáquica, y probablemente actúe como elemento de iniciación tabáquica

RSM: Plantea que desconocía que la promoción primaria no residía en el INC sino en otro área del Ministerio

Programa Nacional de Prevención de Cáncer Colorrectal

Lic. Paula Monteserin

RSM: ¿Por qué es el Test de Sangre oculta la base del programa?

INC: El test cuenta con evidencia de su efectividad y la posibilidad de cobertura poblacional a un costo accesible sin perjuicio de calidad. Los tests positivos se derivan a videocolonoscopía (VCC) para diagnóstico.

RSM: ¿cómo se prevé responder a la demanda de VCC?

INC: Se explica que el programa se organiza por metas de cobertura escalonadas comenzando en el 10% de la población objetivo. Que además se licitó la adquisición de equipamiento para fortalecer los hospitales de derivación. La asignación de este insumo se planificó priorizando los datos provinciales de mortalidad, población objetivo, RRHH capacitados y la articulación con otras iniciativas del ministerio.

RSM: La AAC comparte que en la implementación en Santa Fe parte del problema es un déficit en la gestión de los recursos de la salud pública

RSM: ¿Qué dificultades encontraron los pilotos para asegurar la VCC a los TSOMF positivos?

INC: En los pilotos la tasa de cobertura no fue alta

RSM: ¿Está el programa basado en un estudio poblacional?

RSM: ¿Se conoce el volumen de personas que concurre a los centros de salud?

INC: Sí, la estrategia contempla el accionar de los agentes sanitarios en la búsqueda activa. Sin embargo, es muy irregular el número de centros de salud con su población nominalizada.

Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama

Dra. Verónica Pesce

RSM: ¿Cómo llega el paciente a la prueba diagnóstica?

INC: El PNCM no tiene una estrategia de tamizaje poblacional sino oportunista. El trabajo se ha concentrado en el registro, la capacitación y la adecuación de los servicios para garantizar la calidad de las pruebas de screening: mamografía y examen clínico mamario. También se trabajó en el fortalecimiento del primer nivel de atención para eliminar tanto barreras médicas como culturales.

Cabe aclarar que no hablamos de pacientes sino de personas sanas que concurren para controles de salud. Los agentes sanitarios invitan a la población en edad objetivo con distintas estrategias.

RSM: ¿El programa está implementado en todo el país?

INC: El programa ha trabajado en todo el territorio nacional, en algunas provincias con mayor presencia.

RSM: La SAMA hace hincapié el trabajo conjunto en unidades de Mastología y apela a no duplicar registros y potenciar voluntades

Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino

Dra. Silvina Arrossi

RSM: ¿Cuál es la mayor dificultad en la implementación?

INC: Hay una gran dificultad para que la prevención se incorpore SIEMPRE.

RSM: Les preocupa la lentitud en el avance de la misma. ¿Cuáles son las barreras por las que no se puede institucionalizar?

INC: Se aclara que la incorporación del TEST de VPH implica un proceso de reestructuración de todo el sistema, lo cual es en gran parte una decisión política. El programa motoriza los procesos e intenta corregir la disfunción en el funcionamiento del sistema de salud. Esto conlleva mucho tiempo, gestión y recursos humanos y financieros.

Programa Nacional de Cuidados Paliativos

Dra. Mariela Bertolino

RSM: ¿Cómo es la logística en el Hospital Público para que lleguen (los opioides adquiridos por el PNCP para la distribución gratuita en las farmacias de hospitales públicos) a los pacientes?

INC: Se aclara el proceso de firma de convenios provinciales y algunos aspectos en definición con los órganos de fiscalización del ministerio.

Coordinación de Investigación

Rocío Alonso

No se plantean preguntas

El Dr. Raúl Mejía, de la Dirección de Investigación para la Salud del MSAL presenta las iniciativas RENHIS y BBS y aclara que en una investigación financiada por el ministerio es requisito que se pueda acceder y que debería estar explícito en la convocatoria

Coordinación de Formación de Recursos Humanos en Cáncer

Ariana Goldman

RSM: Ante lo planteado en la presentación respecto a becas vacantes en algunas disciplinas, Coincide la presidente de la SAP que hubo también deserción y vacancias en residencias de anatomía patológica

Programa Nacional de Tumores Familiares y Hereditarios

Lina Núñez

No se plantean preguntas

Programa Integral de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer

Florencia Moreno

No se plantean preguntas

Sistema de Vigilancia Epidemiológica y reporte del Cáncer

Graciela Abriata

RSM: ¿Qué porcentaje de la población representa un registro de cáncer de base poblacional (RCBP)?

INC: Un 30%, la meta es aumentar en estos años a un 45%

Bases para Implementar una red de atención onco- hematológica

Dra. Marta Zerga

No se plantean preguntas

Resultados generales de grupos focales con la Sociedad civil

Dra. Cecilia Straw

RSM: Se solicita como parte de los representantes de las Sociedades Científicas que el INC sea muy prudente y cauteloso en el lugar que se le dará a estas sociedades civiles

RSM: Se recuerda que muchas cuentan con el patrocinio de la industria y por ello un sesgo considerable. O bien que su objetivo principal es interponer recursos de amparo para el acceso a drogas de alto costo.

INC: Una coordinadora de un programa encuentra interesante que se visualicen estas cuestiones y afirma que las sociedades civiles son actores que forman parte de nuestra problemática, que tienen mucha visibilidad y mucho poder de gestión y que sería necio excluirlos.

INC: Otra coordinadora concluye que esto nos interpela en cómo comunicamos.

INC: Se ha identificado una oportunidad de mejora en la formación y conocimientos de los integrantes de la Sociedad Civil en términos técnicos de las políticas de salud llevadas adelante por el INC, basadas en la mejor evidencia disponible y ajustada a la epidemiología del cáncer en nuestro país

INC: La AAC coincide que en las SC nos aportan miradas y propuestas desde un lugar que 'nosotros' (cómo sociedades académicas) no nos concedemos

RSM: Se insiste que no suplanten o invadan el lugar del Estado o las SM y que 'nosotros' (entendiéndose como SM y estado) no debemos dejar.

Conclusiones

Cierra la reunión el Dr. Espinosa agradeciendo a las SM su presencia para que el PNCC sea una oportunidad de potenciar la interdisciplina.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ WHO.IARC.Global Cancer Observatory. Cancer today. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheets.pdf> Fecha de consulta. Octubre 2018
- ² WHO.IARC.Global Cancer Observatory. Cancer Tomorrow. Disponible en: https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphic-isotype?type=0&population=900&mode=population&sex=0&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0. Fecha de consulta: Octubre 2018
- ³ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud. Virus del Papiloma Humano. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas/vph>. Fecha de Consulta: Octubre 2018.
- ⁴ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) 2017. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000926cnt-2016-12_lineamientos-VPH.pdf. Fecha de consulta: Octubre 2018.
- ⁵ Organización Mundial de la Salud. Prevención y control del cáncer. Disponible en: http://www.who.int/cancer/media/news/WHA58_22-sp.pdf?ua=1. Fecha de Consulta: Octubre 2018.
- ⁶ American Cancer Society. Global cancer facts and figures 3rd edition. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2015. Disponible en : <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-044738.pdf> Fecha de consulta: Octubre 2018.
- ⁷ Organización Mundial de la Salud. (2016). Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2015 global survey. World Health Organization. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246223/9789241565363-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Fecha de consulta: Octubre 2018.
- ⁸ Organización Mundial de la Salud. Framework convention on tobacco control. World health assembly, 2003 (Resolution WHA 56.1). Geneva: WHO, 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf>. Fecha de consulta: Octubre 2018.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines, 2nd edn. Geneva: WHO, 2002.
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud. The Ottawa Charter for Health Promotion.1986. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, Fecha de consulta: Octubre 2018
- ¹¹ Sitio Web: Dirección Nacional de promoción de la salud y enfermedades no transmisibles. Disponible en : <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/institucional/direccion-de-promocion-de-la-salud-y-de-enfermedades-no-transmisibles>. Fecha de consulta: Octubre 2018.
- ¹² Sitio Web: Programa Nacional de Control del Tabaco. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/institucional/programa-nacional>. Fecha de consulta: Octubre 2018
- ¹³ Programa Nacional del control del Tabaco. Resolución de Creación Numero 1124. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/images/stories/institucional/pdf/resolucion-1124.pdf>. Fecha de consulta: Octubre 2018.
- ¹⁴ Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 1: Selected diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous systems. J Fam Pract. 1975; 2(1):29–36. Part 2: Selected endocrine, metabolic and gastrointestinal diseases. 2(2):123–9. Part 3. Selected diseases of the genitourinary system. 2(3):189–94.
- ¹⁵ Sitio Web: Sistema de Vigilancia Epidemiológica y reporte del Cáncer – SIVER-Ca del INC. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/epidemiología-y-registros/siver-ca>. Fecha de consulta: Octubre 2018.
- ¹⁶ Instituto Nacional del Cáncer. Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama: Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000006cnt-01-cancer_de_mama.pdf Fecha de consulta: Octubre 2018
- ¹⁷ Instituto Nacional del Cáncer. Manual para la evaluación de estándares de calidad y seguridad en la atención en los servicios de mamografía. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/recursos-de-comunicacion/manual-para-la-evaluacion-de-estandares-de-calidad-y-seguridad-en-la-atencion-en-los-servicios-de-mamografia/>. Fecha de consulta: Octubre 2018.
- ¹⁸ Sitio Web: OPS-OMS: Redes integradas de Servicios de Salud. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4305:2008-redes-integradas-servicios-salud&Itemid=3553&lang=es. Fecha de consulta: Octubre 2018
- ¹⁹ Organización Mundial de la Salud (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: who's framework for action. Geneva: World Health Organization.
- ²⁰ OPS/OMS (2004). Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América latina y el caribe. Volúmenes I y II. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.
- ²¹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2004). Estudio Regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na américa latina e caribe. Area de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.

-
- ²² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1999). Reunión centroamericana de redes de servicios de salud: informe final: San José, Costa Rica, 20-22 de agosto de 1997. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
- ²³ Organisation for Economic Co-operation and Development (2007). Improved health system performance through better care coordination. Health working papers. OECD Health working paper No. 30. Disponible en: <https://www.oecd-library.org/docserver/246446201766.pdf?expires=1539697517&id=id&accname=guest&checksum=2F4DB896D4C9F2C61F27BB1B66902D04>. Fecha de consulta: Octubre 2018.
- ²⁴ Unger, JP; De Paepe, P.; Ghilbert, P.; Soors, W. Green, A. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *Int J Integr Care*. 2006 Sep 18;6:e14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1576566/>. Fecha de consulta: Octubre 2018.
- ²⁵ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-178.pdf>. Fecha de consulta: Octubre 2018.
- ²⁶ Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- ²⁷ Organización Mundial de la Salud (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf. Fecha de consulta: Octubre 2018
- ²⁸ Price, P., Sikora, K., *Treatment of Cancer*, 5th edn, Arnold Hodder, London (2008). ISBN 9781444109788 - CAT# KE22451.
- ²⁹ Bosanquet, N., Sikora, K., *The Economics of Cancer Care*, Cambridge University Press, Cambridge (2007). ISBN: 9780521850070.
- ³⁰ World Health Organization. Regional Office for Europe. The principles of quality assurance, report on a WHO meeting. Copenhagen: OMS, 1985 (Euro Reports and Studies Series: Nº 94).
- ³¹ Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, Committee of Quality in Health Care in America. *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Institute of Medicine”, National Academic Press, Washington D. C., 1999.
- ³² Sitio Web: Organización Mundial de la Salud. Patient safety. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/>. Fecha de Consulta: Octubre 2018.
- ³³ Chera BS, Mazur L, Buchanan I, et al. Improving Patient Safety in Clinical Oncology Applying Lessons From Normal Accident Theory. *JAMA Oncol*. 2015; 1(7):958–964. doi:10.1001/jamaoncol.2015.0891. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2293218>. Fecha de Consulta: Octubre 2018.
- ³⁴ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica>. Fecha de consulta: Octubre 2018.
- ³⁵ Ley 26.742. Modificación de la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do%3Bjsessionid=2E7E6A503D2040CFE407C7EB0FD0C42F?id=197859>. Fecha de consulta: Octubre de 2018.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: PLAN NACIONAL DE CONTROL DE CÁNCER 2018-2022

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 136 pagina/s.