

# UNIVERSIDAD TORCUATO DI TELLA

Escuela de gobierno

MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

---

## **Análisis normativo y evaluación de la situación actual de los programas contra el cáncer de mama en Argentina**

**Autora**

María Florencia Colacilli

**Director**

PhD. Daniel Maceira

15 de Mayo de 2019

## Contenido

---

<b>Contenido .....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Abordaje en América Latina.....</b>	<b>4</b>
1.1 La situación en la Región .....	4
1.2 Sistemas de salud latinoamericanos .....	8
<b>2. Situación en Argentina .....</b>	<b>11</b>
2.1 El problema de la descentralización.....	11
2.2 Vínculos con las provincias .....	15
<b>3. Metodología.....</b>	<b>17</b>
3.1 Cuadro normativo.....	17
<b>4. Resultados.....</b>	<b>20</b>
4.1 Tabla Comparativa .....	20
4.2 Análisis Normativo.....	26
4.3 Análisis con indicadores socioeconómicos .....	31
4.4 Entrevistas.....	36
4.4.1 NEA .....	37
4.4.2 NOA .....	40
4.4.3 Cuyo.....	42
4.4.4 Centro .....	45
4.4.5 Patagonia .....	47
4.4.6 Consideraciones comunes .....	50
<b>5. Discusión de política .....</b>	<b>52</b>
<b>6. Conclusiones y propuestas .....</b>	<b>56</b>
<b>7. Bibliografía consultada.....</b>	<b>58</b>
<b>8. Anexo.....</b>	<b>61</b>

## Introducción

---

El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer tanto entre mujeres de países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. En el continente americano, la mortalidad por esa causa oscila entre un 7,3 por 100.000 para Bolivia y un 26 por 100.000 para República Dominicana (GLOBOCAN, 2018). Nuestro país tiene la tercera tasa de mortalidad en el continente (18 por 100.000), lo que se traduce en alrededor de 5.932 muertes por año (DEIS, 2016).

Para lograr disminuir esos índices, se requiere la definición de una política de salud integral que tienda a reducir las brechas de acceso, de financiamiento y de derechos que reproducen las debilidades de un sistema fragmentado por la organización federal del país, apoyándose en un reconocimiento de derechos a ser garantizados, que formalmente se traduzcan en una normativa común que asegure la eficacia de la política.

En este contexto, este trabajo tiene por objeto realizar un análisis normativo comparativo de cada una de las 24 jurisdicciones del país, con el fin de evaluar cómo la existencia de normativa, y sus distintas jerarquías, influyen en la implementación, desarrollo y sostenimiento de los programas de detección precoz y control de cáncer de mama.

Para ello, en principio se analizará la situación actual, los programas y estudios existentes en el continente americano.

Seguidamente se realizará una breve exposición del sistema de salud argentino poniendo especial énfasis en la fragmentación que lo caracteriza y en el gasto que se destina a la salud en cada provincia.

Luego, se expondrá la metodología empleada en este estudio, a partir de la cual se elaborará un ranking provincial de desarrollo en la materia, que será estudiado a la luz de los diversos marcos legales locales y a partir del cual se analizará la importancia de la existencia de un sistema formalizado. Asimismo, se seleccionarán una serie de indicadores socioeconómicos con los que se contrastarán los datos surgidos de aquel análisis, que permitirá reconocer determinadas correlaciones entre las situaciones particulares de cada provincia y la existencia de marcos normativos específicos. Por último, para robustecer ese análisis, se entrevistará a cinco referentes provinciales de programas / direcciones / coordinaciones en la materia, que permitirá exponer las diferencias y similitudes existentes a la fecha en distintas regiones del país.

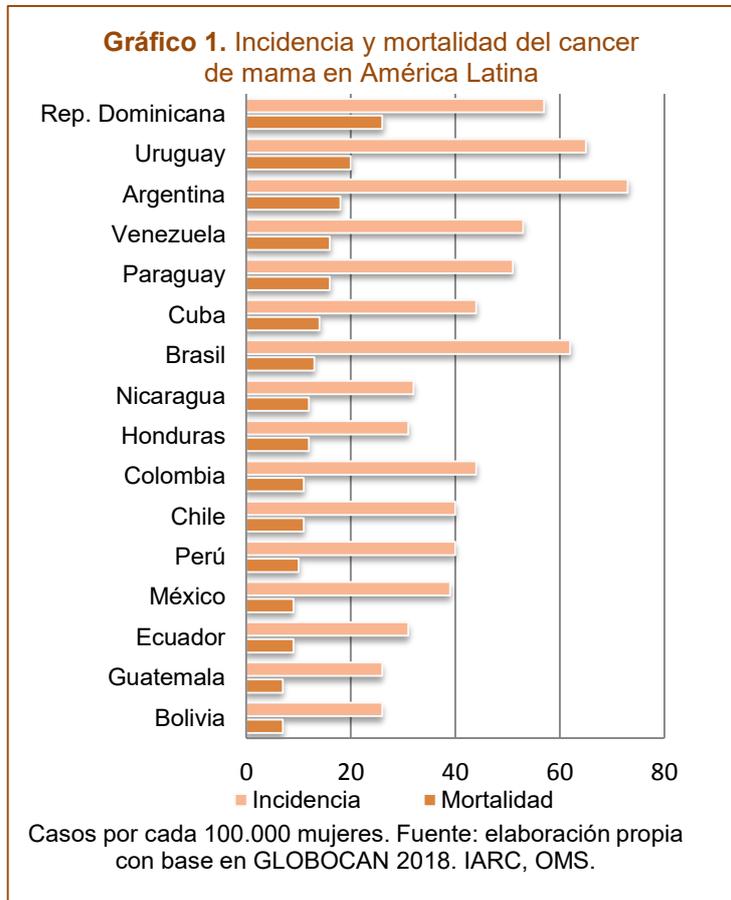
Para finalizar el estudio, se propondrán -a la luz de las conclusiones de este trabajo- un conjunto de metas que idealmente debieran cumplir estos programas, asociadas estrategias que aseguren una cobertura eficaz y participativa en el marco de una política de salud integrada para la detección precoz y control del cáncer de mama.

# 1. Abordaje en América Latina

## 1.1 La situación en la Región

La principal causa de muerte por cáncer entre mujeres es por cáncer de mama. Se estima que, mundialmente, se producen alrededor de 2,1 millones de casos nuevos por año, que implican más de 626.679 muertes.

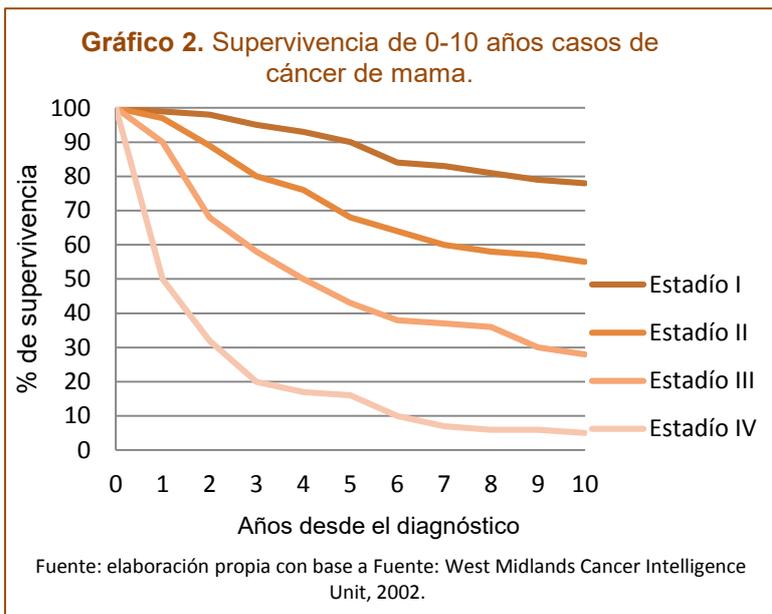
La mortalidad por cáncer de mama varía ampliamente de región en región. Para los países del continente americano oscila entre un 7,3 por 100.000 para Bolivia y un 26 por 100.000 para República Dominicana, ver gráfico 1. (GLOBOCAN, 2018).



La República Argentina tiene la tercera tasa de mortalidad en el continente (18 por 100.000); lo que se traduce en alrededor de 5.932 muertes por año. En nuestro país, 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 17% de todos los tumores malignos y casi un tercio de los cánceres femeninos.

En mujeres, el cáncer de mama representó el 20% del total de las defunciones por cáncer, ubicándose, por su frecuencia, en tercer lugar de importancia en ambos sexos.

En países como España, Canadá y Estados Unidos las políticas implementadas se centran en la detección precoz de la enfermedad, con la finalidad de lograr su control en un término más corto ya que es difícilmente prevenible - se han identificado algunos factores de riesgo como la historia familiar, la exposición a estrógenos endógena (larga vida reproductiva, baja paridad) o exógena (terapia hormonal de reemplazo), sobrepeso, ingesta moderada de alcohol y sedentarismo-. Por lo cual, la variable “estadio al diagnóstico” es crítica a la hora de establecer un programa que tenga como objetivo reducir la mortalidad (Ver gráfico 2. Casos diagnosticados en el Reino Unido, entre 1985 y 1989 y seguidos hasta 1999. Análisis de 2002). El estadio suele expresarse con un



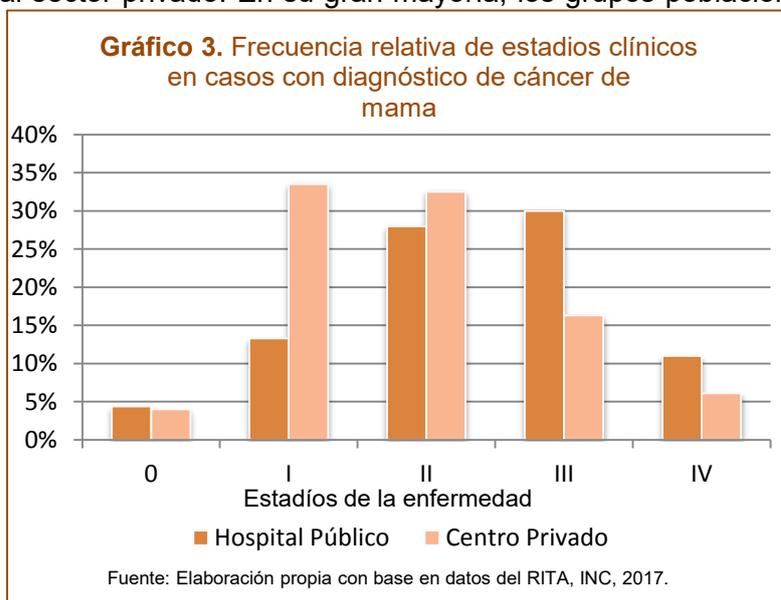
número entre 0 y IV. El estadio 0 corresponde al cáncer no invasivo que permanece en su ubicación original; en el estadio I las células cancerígenas recién han comenzado a invadir el tejido ubicado en las paredes del conducto o el lobulillo, pero estas células cancerígenas invasoras no miden más

de 1 mm.; en los estadios III y IV el tumor pudo haberse propagado hacia los ganglios linfáticos axilares o los ganglios linfáticos cercanos al esternón, y el estadio IV corresponde al cáncer invasivo que se propaga fuera de la mama hacia otros órganos del cuerpo, como los pulmones, ganglios linfáticos distantes, la piel, los huesos, el hígado y el cerebro. En consecuencia, las chances de curación de las mujeres con cáncer de mama en estadios 0 y I son muy superiores a las que se encuentran en los estadios superiores.

Y es por ello que, aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina (tasa estandarizada por edad de 163 por 100.000), que en Europa (264 por 100.000), o los EE UU (300 por 100.000), la mortalidad sigue siendo mayor. En aquellos países la concurrencia a un centro de salud se da cuando la etapa del cáncer es más avanzada, y por ende con menores chances de curación, ya que cuentan con un menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento del cáncer (The Lancet Oncology Comision, 2013).

Es así que el 55% de las muertes por esta causa en el mundo ocurren en los países más pobres. En los Estados Unidos el 60% de las mujeres se presentan con estadios 0 y I, un 35% con estadios II, un 6% con estadios III y menos del 5% con estadios IV (Hortobágyi et al., 2005). En Brasil sólo el 20% son diagnosticadas en las primeras etapas y en México sólo el 10%. Es decir, el mal pronóstico de las mujeres que reciben este diagnóstico en países periféricos está íntimamente relacionado con que en general llegan a hacer la consulta cuando la enfermedad ya superó los primeros dos estadios, donde la probabilidad de curación es mucho más alta. Ello obedece a la ausencia de sistemas eficientes de detección precoz del cáncer, un bajo número de equipos, y poca información a la población objetivo. Es decir, a una *carencia de planificación concreta y aplicable en la materia*.

En Argentina, se realizó un estudio en base al sistema de registro RITA<sup>1</sup> (MSAL, 2018), para comparar las frecuencias de estadios clínicos al momento del diagnóstico de pacientes con cáncer de mama registradas en un hospital del sector público y otro privado. En la institución pública se observó mayor frecuencia de estadios II y III al momento del diagnóstico (58%), en contraposición con la frecuencia de estadios I y II del privado (66%) (ver gráfico 3), lo que sugeriría la existencia de una *brecha temporal* en la atención sanitaria entre los pacientes que acuden al sector público y los que asisten al sector privado. En su gran mayoría, los grupos poblacionales más vulnerables, que



no tienen recursos suficientes para recurrir al sector privado, o no poseen cobertura en salud por no formar parte del sector laboral formal, y que tienen escaso o nulo acceso a la información y a la educación y, en consecuencia, menor percepción de sus

<sup>1</sup> Registro Institucional de Tumores de Argentina - El RITA es un sistema de registro de cáncer de base hospitalaria diseñado para ser implementado en instituciones que brindan servicios de salud a pacientes oncológicos. Su función principal es registrar en forma completa, continua y sistemática los datos personales de todos los casos de cáncer atendidos en las instituciones adheridas, las características anatomopatológicas de los tumores y los detalles clínicos del tratamiento y seguimiento de los pacientes para luego analizar y brindar información sobre la atención oncológica en los servicios de salud.

derechos, desarrollan un vínculo distinto con el sistema sanitario que aquellos con mayor acceso a la educación y de ingresos medios-altos. Así, estos sectores más vulnerables, que son los que generalmente recurren al sector público, suelen hacerlo cuando las consecuencias de las afecciones son más graves que las que debieron ser afrontadas de haberse detectado oportunamente (Maceira, 2018). Por ello, y si bien el estudio mencionado aclara que este hallazgo no es extrapolable a la población, sus resultados son semejantes a los de un estudio conducido en Estados Unidos según el cual la cobertura en salud es un factor predictor para recibir exámenes de tamizaje, con menor detección temprana y mayor probabilidad de diagnóstico a etapas avanzadas de la enfermedad en aquellas personas sin cobertura (Zhao, Okoro, Li & Town, 2017), siendo considerado un factor de peor presentación (diagnóstico en estadios más avanzados) y pronóstico (Velásquez-De Charry, Carrasquilla, Roca-Garavito, 2009). De este modo, la cobertura en salud podría ser un determinante importante sobre las características de los pacientes así como de la oferta de cuidados en salud, y puede explicar parte de las desigualdades observadas en relación al diagnóstico precoz y en consecuencia en la supervivencia de los grupos que ocupan diferente posición socioeconómica (MSAL, 2018).

Otro factor que limita las posibilidades de sobrevivencia de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, tanto en el tercer mundo como en las regiones más desprotegidas de los países desarrollados, es la falta de articulación entre el proceso de detección, el diagnóstico y el circuito terapéutico. No sólo las estrategias de detección precoz están sub-implementadas, sino también el acceso de mujeres con hallazgos sospechosos a un estudio diagnóstico (disponibilidad de equipos para realizar biopsias, técnicos y patólogos para concretar la evaluación) y, en el caso de confirmarse el cáncer, a un tratamiento oportuno y efectivo (cirugía, eventualmente radioterapia y tratamiento sistémico) (Yip et al., 2008).

Otro componente esencial es el procedimiento de tamizaje, cuya base racional es la mayor tasa de curación (mayor sobrevivencia libre de enfermedad a largo plazo), en las mujeres con cánceres de mama de pequeño volumen, ya que es el único medio para la detección precoz de la enfermedad. Esto está relacionado con menores oportunidades de que la enfermedad se haya diseminado en forma de micrometástasis. En teoría, el diagnóstico más temprano debería traducirse en una reducción de la mortalidad por la enfermedad (gráfico 2), disminución en la agresividad de los tratamientos (cirugía, quimioterapia) y mejoras en la calidad de vida de las mujeres afectadas (OPS, 2010, p.26).

## 1.2 Sistemas de salud latinoamericanos

Todos los sistemas de salud en América Latina se enfrentan al reto de la transición epidemiológica y al envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de la carga de enfermedades no transmisibles y de las enfermedades crónicas.

Estos sistemas se caracterizan por la *segmentación*. Están conformados por instituciones independientes que proporcionan todos los servicios relacionados con el cuidado de la salud, incluyendo la administración, el seguro, el financiamiento y la prestación de atención a poblaciones específicas, excluyendo al mismo tiempo a otras. Es decir, no cuentan con una *organización a nivel Central que permita optimizar los recursos y cubrir a toda la población con el mismo nivel de cuidado y detección precoz*.

Esta fragmentación observada en la mayoría de los sistemas de salud de la Región redonda en inequidades e ineficiencias que menoscaban el acceso universal, la calidad y el financiamiento. La segmentación y fragmentación se perpetúan por efecto de la mala gobernanza de los sistemas de salud y de su poca *capacidad regulatoria*. La fragmentación, por sí sola o sumada a otros factores, dificulta el acceso a los servicios y conduce a la prestación de servicios de poca calidad técnica, al uso irracional e ineficiente de los recursos existentes, a aumentos innecesarios de los costos, y a una mayor insatisfacción entre los usuarios, abarcando a mucha menos población de lo que permitiría su capacidad en uso óptimo (OPS, 2014).

Aunque en la mayoría de los países de la Región los servicios de salud están fragmentados, el grado de fragmentación y sus causas subyacentes varían de un país a otro. Las publicaciones examinadas apuntan a la existencia de varios factores causales, entre ellos la segmentación institucional, la descentralización, la insuficiencia de fondos, el predominio de programas verticales, la separación entre los servicios de salud pública y los servicios curativos, la existencia de modelos centrados en las enfermedades, la poca capacidad rectora, y la presencia de recursos humanos cuyo número, capacitación y distribución son deficientes (OPS, 2011). Estos factores pueden resumirse en cinco grandes áreas prioritarias que deben ser revisadas para comenzar a superar los barreras que impiden alcanzar programas integrales en la materia (ver cuadro 1).

- **1. Programas nacionales de control del cáncer.**

Tradicionalmente, los responsables de formular políticas no prestaban mucha atención a los programas nacionales de control del cáncer. No obstante, esa situación ha cambiado en los últimos años. Algunos de los países de América Latina han puesto en práctica sus programas nacionales o los han reforzado a menudo con la asistencia de organismos internacionales, de modo tal que, en la actualidad, cuatro países tienen programas actualizados. Mientras tanto, varios de los demás países se han comprometido a trabajar en ese sentido. Los expertos de la región suelen citar, en particular, el Plan Esperanza de Perú, que ha tenido excelentes resultados en materia de detección precoz.

- **2. Datos relativos al cáncer**

En América Latina existió siempre una importante escasez de registros de cáncer basados en la población, que resultan esenciales para diseñar un control efectivo del cáncer y evaluar el impacto de las iniciativas en materia de políticas. Sin embargo, en los últimos años, algunos de los países han logrado avanzar en ese aspecto. Por ejemplo, México, Bolivia y Paraguay o bien han puesto en práctica nuevos registros, o bien han comenzado a hacerlo; en tanto que Panamá está mejorando la calidad del registro nacional existente. Colombia, por su parte, está creando un registro nacional altamente pormenorizado. No obstante, queda mucho por hacer. Solo el 7 % de la población de los países de América Latina viven en áreas cubiertas por un registro de alta calidad basado en la población. Además, las personas comprendidas no siempre son representativas de la población en su conjunto, y a veces no se recopilan datos de subgrupos importantes, como los pueblos originarios. Por último, solo México genera datos de alta calidad sobre mortalidad; en tanto que, en el resto, esta información es de baja calidad o inexistente. Es sumamente frecuente que la carencia de financiamiento o de apoyo no financiero (por ejemplo, que la normativa exija que se informen los casos de cáncer) impida lograr un mayor progreso.

- **3. Prevención y detección temprana**

América Latina ha tenido un progreso considerable en algunas áreas específicas de la prevención del cáncer; aunque la tasa constantemente alta de diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad demuestra que queda mucho por hacer. Existe una gran cantidad de programas de concientización sobre el cáncer, pero la comprensión de los riesgos y los síntomas del cáncer sigue siendo demasiado básica e inadecuada, en especial fuera de los grupos demográficos con mejores niveles de educación. La prevención de los habitantes, es decir, el uso de regulaciones para modelar el comportamiento, ha motivado la sanción de leyes más rigurosas, por ejemplo la Ley Antitabaco.

- **4. Presupuestos y dotación de recursos**

Los presupuestos gubernamentales destinados a la salud en América Latina son exiguos en comparación con los existentes en los países desarrollados. Es más, al distribuir tales fondos limitados, con frecuencia el cáncer ha tenido escasa prioridad. Como consecuencia de estas decisiones presupuestarias, la mayoría de los países cuenta con recursos insuficientes para enfrentar las necesidades actuales en materia de cáncer e incluso menos para las necesidades futuras o para implementar los planes nacionales. La dotación de personal oncológico es escasa, por ejemplo, la cantidad de enfermeros especializados en oncología capacitados en Brasil cubriría tan solo la mitad de las necesidades actuales de San Pablo. Únicamente Uruguay y Chile cuentan con suficientes equipos de radioterapia para tratar a todos los pacientes del país. Existen menos equipos de vanguardia en la región que en muchos otros países desarrollados. En tanto, el acceso a la medicación es el ámbito en el que peor se desempeñan en promedio los países del estudio. La aprobación regulatoria de terapias innovadoras, su inclusión en los vademécums o cuadros básicos, y por ende el acceso a tales terapias, es lenta, y los pacientes cada vez más deben recurrir a la justicia para conseguir medicamentos.

- **5. Ineficacia y desigualdad.**

La fragmentación es la pesadilla del control del cáncer en América Latina. El historial de expansión en el acceso a la atención sanitaria ha dejado a muchos países de la región con una serie de sistemas de salud paralelos. La falta de comunicación generalizada entre estos sistemas en la mayoría de los países de la región implica que el tipo de servicios de prevención, tratamiento y atención paliativa del cáncer a los que pueden acceder los pacientes depende del sistema al que por casualidad pertenecen. En una situación donde los recursos ya son insuficientes, esto puede ser una cuestión de supervivencia. El problema empeora para quienes no pueden pagar un seguro privado o conseguir un seguro provisto por el sistema de seguridad social a través de su empleo. Por lo general, los países se esfuerzan por satisfacer, con suerte dispar, las necesidades de las personas sin cobertura de seguro. Algunos países están creando seguros especializados, tales como el Seguro Popular de México; otros ofrecen atención hospitalaria gratuita dentro de sus sistemas públicos, como Paraguay y Argentina. Sin embargo, el control del cáncer en las áreas rurales sigue siendo un motivo de preocupación. Estas áreas también suelen ser las más pobres de los países latinoamericanos, con todos los problemas en cuanto a seguros que esto implica. Además, los recursos humanos y los equipamientos especializados para el control del cáncer siguen estando concentrados en las áreas urbanas, de modo tal que el diagnóstico es menos probable y se suman los viáticos al costo efectivo del tratamiento para aquellas personas a las que se les diagnosticó cáncer.

En particular, con respecto al cáncer de mama es muy difícil de satisfacer la variedad de necesidades para su tratamiento, incluyendo la prevención primaria, prevención secundaria o detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, el seguimiento a largo plazo y la supervivencia, los cuidados paliativos y de la etapa final de la vida. Además, los sistemas de salud fragmentados causan retrasos en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento, los cuales están asociados con enfermedades

en etapa avanzada y contribuyen a las altas tasas de mortalidad en la región. En América Latina, las bajas tasas de detección, las derivaciones tardías y el hecho de no buscar ayuda médica cuando aparecen los síntomas contribuyen a que la enfermedad se presente en fase avanzada en el cáncer de mama.

La plena integración de las iniciativas verticales—es decir, la administración, el financiamiento, la prestación de los servicios y la generación de recursos—de los sistemas de salud no se ha logrado todavía, pero mejoraría en gran medida la atención del cáncer. Un obstáculo clave en la mayoría de los países latinoamericanos es la falta de un *plan nacional integrado* para la atención del cáncer que incluya el tratamiento exhaustivo del cáncer y programas de detección precoz que sean aplicables en *todos los niveles de gobierno*.

Según la OMS un Programa nacional de control del cáncer (NCCP) es: «un programa de salud pública encaminado a reducir la incidencia y la mortalidad de los tumores malignos y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer [...], mediante la aplicación sistemática y equitativa de estrategias basadas en datos para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la paliación, haciendo el mejor uso posible de los recursos disponibles» (OMS, 2002). Una investigación de The Economist Intelligence Unit (2017), señala que en la mayoría de los casos, los sistemas de salud en los países latinoamericanos no han tenido buenos procesos de planificación respecto al cáncer, pero muchos Gobiernos e instituciones públicas han comenzado a tomar conciencia de las implicancias negativas.

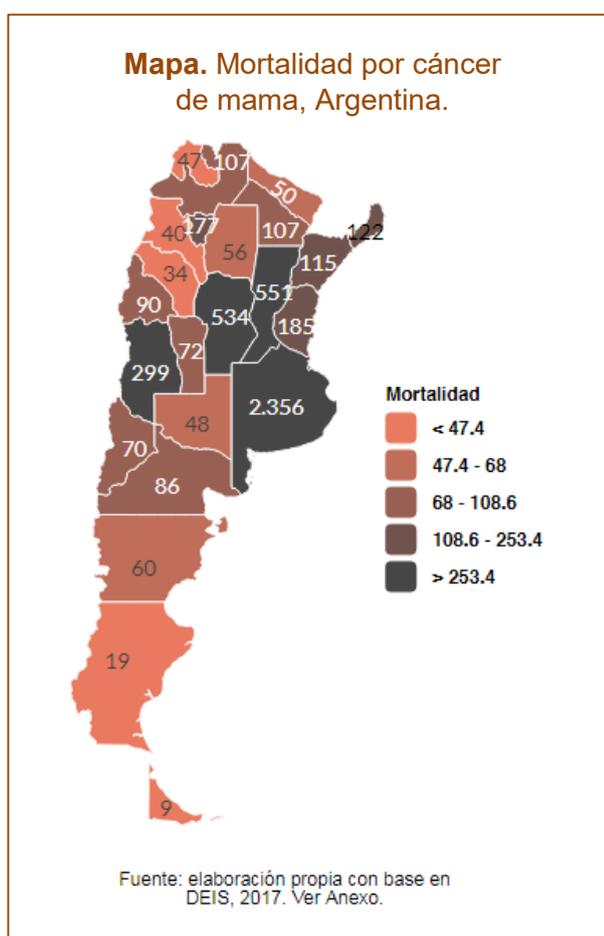
En efecto, Costa Rica, Uruguay, Perú y Colombia tienen programas integrales actualmente (el de Costa Rica es el más comprensivo), o bien, como en el caso de Brasil, cuentan con un programa para enfrentar las enfermedades no transmisibles con previsiones detalladas contra el cáncer. Mientras tanto, el NCCP de México se encuentra pendiente de aprobación. Panamá está en plena revisión de su programa. El Ministerio de Salud de Ecuador también ha aprobado un programa nacional en materia de cáncer (MSP, Ecuador, 2017).

## 2. Situación en Argentina

### 2.1 El problema de la descentralización

El sistema de salud de nuestro país es quizás uno de los más fragmentados y segmentados de la región. Está compuesto por los sectores público, privado y de la seguridad social. Dicha fragmentación está determinada, en gran parte, por la organización federal, ya que cada una de las 24 provincias retiene su autonomía y responsabilidad constitucional para ejercer las funciones de legislación, financiamiento y prestación de los servicios de salud. A su vez, la seguridad social se ha desarrollado históricamente en forma desintegrada, con un centenar de entidades.

El sector público está conformado por los ministerios nacionales y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo necesite, especialmente a personas de los quintiles de ingresos más bajos, sin seguridad social ni capacidad de pago. El Ministerio de Salud de la Nación es la institución rectora a nivel nacional, a cargo de los programas federales de vacunación, atención primaria y medicamentos, alcanzando un 20,5% del gasto público total del país en salud. Asimismo, dirige algunos programas financiados con créditos internacionales, como “SUMAR” y extensión del Plan Nacer, de características materno-infantiles; y el



Remediar y su continuación dentro del marco de la Cobertura Universal en Salud – CUS- (Maceira, 2018).

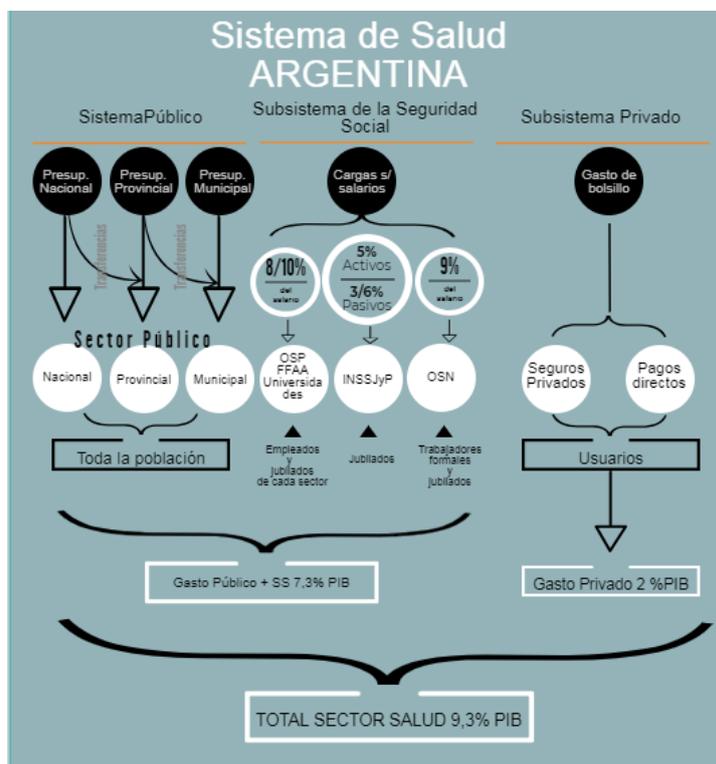
El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las obras sociales, nacionales y provinciales. Las obras sociales nacionales son más de 300, y brindan cobertura a de salud a un 35% de la población, aprox. La mayoría opera a través de contratos con prestadores privados y se financia con las contribuciones de los trabajadores y empleadores. Son reguladas por la Superintendencia de Servicios de

Salud (SSS), cuyo principal objetivo es el de asegurar a sus afiliados el cumplimiento de las políticas y regulaciones vigentes. En conjunto, aseguran y prestan servicios al 49% de la población (trabajadores y sus familias). Las 24 obras sociales provinciales, por su parte, cubren a los empleados públicos de su jurisdicción, abarcando 0,9% del PIB. La prestación de servicios se canaliza mediante prestadores privados, gestionados por instituciones intermedias.

Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, a través del Programa de Atención Médica Integral (PAMI), es la caja de seguridad social de mayor cobertura del país, encargada de garantizar la atención a los jubilados y a sus familias, alcanzando a 8% de la población.

Finalmente, el sector privado está conformado por profesionales y establecimientos de salud que atienden a particulares y a los beneficiarios de las obras sociales y de los seguros privados. Este sector también incluye más de un centenar de entidades de seguro voluntario llamadas empresas de medicina prepaga, que se financian con primas pagadas por las familias o las empresas, con recursos derivados de los contratos con las obras sociales, alcanzando a 10% de la población. El total del gasto privado se acerca a 2% del PIB, de lo que la mitad corresponde al pago directo de las personas en el momento de la atención, especialmente en medicamentos (MSAL, 2010).

Entonces, el país presenta una fragmentación en tres niveles: i) *de cobertura*, dado que



no toda la población tiene acceso a prestaciones y beneficios de salud similares; ii) *regulatoria*, puesto que las capacidades de rectoría y regulación están repartidas en las 24 jurisdicciones y los diversos subsectores; y iii) *territorial*, debido a las marcadas diferencias de desarrollo económico entre las diversas regiones de la nación.

La autoridad sanitaria nacional —por los recursos que gestiona y debido a la estructura federal del país—,

tiene limitada capacidad para influir en los poderes provinciales a la hora de imponer innovaciones legislativas nacionales que deriven en modificaciones estructurales. La única vía para generar tales modificaciones es a través de consensos muy amplios. Esto se ha intentado a través de planes federales de salud y fortaleciendo el papel del Consejo Federal de Salud (COFESA, ver cuadro 2), sin embargo sus resoluciones no revisten decisiones formales de política, sino lineamiento de acción sugeridos.

<i>Cuadro 2.</i>	<i>El papel del COFESA en la articulación del sector</i>
<p>El COFESA tiene como antecedente al Comité Federal de Salud, (Ley N° 19.717 de 1971), que era un ámbito especializado dentro del Consejo Federal de Bienestar Social (COFEBISO). Este Comité tenía como propósito constituir un espacio institucional para el desarrollo de reuniones, entre las máximas autoridades sanitarias a nivel nacional y provincial, que se realizaban de manera informal.</p> <p>La Ley de creación del COFESA (Ley N° 22.373 de 1981) se enmarca en el proceso de transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las provincias (año 1978). Un tema tradicional que se encuentra bajo la órbita del COFESA refiere al criterio empleado para distribuir, entre las provincias, los fondos del Ministerio de Salud de la Nación para financiar programas específicos en las jurisdicciones. En el “Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud” de 1991, el Ministro Nacional y sus pares provinciales establecieron una redistribución de funciones entre jurisdicciones, de tal forma que el Estado Nacional se reservaba su rol de conductor general del sistema, articulador y distribuidor de recursos a la vez que resignaba su función de administrador de servicios. Este acuerdo se formalizó en el</p>	<p>Decreto N° 1.269 de 1992 sobre “Políticas sustantivas e instrumentales”.</p> <p>También, en el marco del COFESA y en un contexto de descentralización de servicios, se decidió la federalización de los fondos del Programa Materno Infantil. A partir de 1993 el Ministerio de Salud de la Nación ha firmado convenios anuales con cada una de las provincias en los que se establecen las pautas programáticas para la transferencia de los fondos.</p> <p>A fines de 1999 comenzó una nueva discusión sobre los criterios para el reparto de fondos. El Decreto N° 455 de 2000, deroga al anterior y se establecen dos grandes objetivos del Estado Nacional en materia de salud: (a) afianzar la atención primaria; y (b) contribuir al desarrollo y fortalecimiento del sistema federal de salud a partir de un accionar basado en la concertación, siendo su ámbito natural de articulación el COFESA. Actualmente, el COFESA está integrado por las autoridades de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional, en cada provincia y en la Ciudad autónoma de Buenos Aires. Su principal función es coordinar el desarrollo sectorial en materia de salud en toda la República, apreciando los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y de cada región en particular. Sin embargo su éxito en esta función es relativo, en tanto sus decisiones y recomendaciones no resultan vinculantes para las jurisdicciones.</p>

Los múltiples sistemas independientes dentro del territorio carecen de integración vertical y horizontal, por lo que resulta en una cobertura insuficiente para muchas personas (The Lancet Oncology Comision, 2013, p. 7). El gobierno nacional tiene una función supervisora, incluyendo programas específicos para reducir las diferencias provinciales, pero resulta insuficiente al no poder establecer pautas vinculantes para todas las jurisdicciones.

En un esfuerzo por superar este sistema de salud fragmentado y mejorar el control del cáncer, se creó el Instituto Nacional del Cáncer (INC)<sup>2</sup> con el apoyo del Ministerio de Salud en septiembre del 2010. El INC es responsable del desarrollo y ejecución de las políticas de salud y la coordinación de acciones integradas para la detección precoz y control del cáncer en Argentina. En su órbita, en el año 2013 se creó, a través de la Resolución del Ministerio de Salud N° 1813/2013, el Programa de control de Cáncer de Mama (ver cuadro 3), cuya norma de creación invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherirse.

<i>Cuadro 3.</i>	<i>Principales características del Programa Nacional del Cáncer de Mama</i>
<b>OBJETIVO</b>	
<i>Reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con esta enfermedad, con la misión de promover y asegurar la calidad y equidad del cuidado de las mujeres a riesgo, con sospecha o confirmación de cáncer de mama, garantizando su tratamiento adecuado y oportuno.</i>	
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lograr la institucionalización y fortalecimiento del programa.</li> <li>2. Asegurar la calidad de los servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento</li> <li>3. Desarrollar un sistema eficiente de seguimiento y resolución de las mamografías sospechosas o no diagnósticas.</li> <li>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.</li> <li>5. 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.</li> <li>6. Fortalecer el trabajo de los registros regionales de cáncer, implantando las medidas necesarias para conseguir la adecuada validez y exhaustividad de los datos obtenidos.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>	
<b>SISTEMA DE REGISTRO</b>	
<i>SITAM (Sistema de Información para el Tamizaje)</i>	
<i>Es un sistema de información online que propone registrar a todos los pacientes que son atendidos en hospitales, clínicas y centros de salud y a los cuales se les realizan procedimientos de detección, diagnóstico y/o tratamiento de cáncer de mama.</i>	
<i>Esta herramienta permite realizar un seguimiento de los pacientes en las distintas etapas del proceso de atención, proveer información actualizada y comparable entre los diferentes servicios, generar estadísticas y confeccionar informes diagnósticos.</i>	
<b>LOGROS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se comenzó a realizar el recuento de equipos de mamografía en cada localidad y control de calidad sobre ellos en las provincias que adherían al programa y al plan de calidad mamográfico.</li> <li>• Se comenzaron a realizar visitas al azar en distintas provincias para constatar el efecto de las recomendaciones.</li> <li>• Se desarrolló el “Programa Mesas de Gestión”, donde se reunieron autoridades del INC con los referentes locales del Programa, autoridades de salud provinciales, y jefes de Hospitales o servicios.</li> <li>• El INC y su Plan de Calidad Mamográfico trabajaron en recomendaciones para establecer un paradigma de Calidad en Mamografía para Tamizaje, y en un plan de monitoreo a distancia donde se verificó y continúa verificando la dosis entregada por placa y la calidad de imagen.</li> </ul>	
<b>PROYECTO DE NAVEGACIÓN</b>	
<i>Propuesta que implica que uno o más “navegadores” (agentes pertenecientes al programa) rastreen a aquellas mujeres con diagnóstico positivo que tengan dificultades para acceder a los servicios médicos. Por ejemplo, algunas provincias tienen disponibilidad de unidades móviles para cubrir a las mujeres que habitan áreas alejadas. Otras, programan traslados desde la residencia hasta las unidades mamográficas.</i>	
<small>Fuente: elaboración propia con base en la Resolución N° 1813/2013 ex Ministerio de Salud de la Nación.</small>	

<sup>2</sup> A través del Decreto N° 1286/2010.

En consecuencia, se generó una red de actores que conecta a las autoridades del INC con los referentes locales del programa, autoridades de salud provinciales, y jefes de Hospitales o servicios.

Pero en la práctica, y aunque desde entonces se observaron grandes avances en la materia, no se han logrado articular acabadamente las acciones provinciales conforme a los parámetros nacionales, ya que la heterogeneidad que caracteriza a cada provincia y la localidad de la normativa continúan constituyendo un obstáculo difícil de superar.

## 2.2 Vínculos con las provincias

La revisión de algunos indicadores a nivel provincial permite dar cuenta de las acuciantes disparidades que conviven en el territorio argentino. Téngase en cuenta, como introducción al tema, que las tres cuartas partes del producto del país es generado en solo cinco jurisdicciones<sup>3</sup> (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza) y que “...el gasto per cápita en provincias patagónicas es significativamente mayor al promedio nacional, y superior en tres veces y media al de aquellas provincias de menor gasto relativo, comparando valores extremos (Tierra del Fuego y Santiago del Estero)” (Maceira, 2018). Estas disparidades se manifiestan de manera diferente en cada uno de los indicadores de desarrollo económico, social o político que se consulten.

Cada provincia constituye un espacio de recepción que opera con particulares restricciones presupuestarias, sus propias políticas sanitarias locales y regionales-, perfiles diferenciados de demandas y marcos regulatorios específicos y, por lo general, muy diferenciados entre sí.

Esta configuración del sistema, enunciada en el apartado precedente, da cuenta de la existencia de una gran heterogeneidad en sus modalidades operativas, grados de avances y resultados en términos de equidad y eficiencia. La complejidad de cada proceso de descentralización ha derivado en la existencia de, al menos, 24 sistemas con significativas diferencias, en donde se combinan diferentes grados de autonomía hospitalaria y niveles de integración de sus redes de atención.

Esta diversidad determina la *ausencia de un nivel único básico de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes del país*. Adicionalmente, la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición

---

<sup>3</sup> Producto Interno Bruto por Jurisdicción; Dirección Nacional de Cuentas Nacionales; INDEC; Disponible en: [https://www.indec.gob.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=3&id\\_tema\\_2=9&id\\_tema\\_3=138](https://www.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=3&id_tema_2=9&id_tema_3=138).

diferente frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud. A este cuadro se suma la diversidad de organización hacia el interior de la provisión pública en cada provincia y las dificultades para conformar sistemas coordinados.

Además de las dificultades en la coordinación de la política sanitaria entre las provincias y la Nación, debe notarse que una parte importante de los Centros de Atención Primaria (CAPS) tienen dependencia municipal originando una presencia importante de los gobiernos locales en la prestación de servicios. Lo que es particularmente cierto en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Corrientes, que presentan los más altos niveles de autonomía municipal (PNUD, 2011). Con lo que aparece un tercer actor dentro del juego de la integración, que se complejiza con cada nivel de desagregación que sufre la salud en este país.

Otro indicador que da cuenta de la heterogeneidad de situaciones existente al interior del país previamente señalada es el gasto en atención pública de la salud por provincia, que genera evidentes brechas en el gasto entre provincias. En el año 2015, el promedio del gasto per cápita ascendió a \$395, con un mínimo de \$210 en la Provincia de Buenos Aires y un máximo de \$1.932 en Tierra del Fuego. Solo siete provincias se encuentran por debajo del promedio nacional (Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Mendoza, Misiones, Salta y Santa Fe), pero en ellas habita el 67% de la población. “Dadas estas brechas entre provincias, se comprende que la construcción de equidad en salud requiere de un *esfuerzo federal* que nivele diferencias, a la vez que permita abrir un debate sobre las condiciones bajo las cuales se aplica la idea descentralización como objetivo político en el contexto del espacio de administración pública” (Maceira, 2018, p. 17). Ya que, a pesar de que la noción de descentralización política está atravesada por considerables ventajas de gestión, en tanto permite la toma de decisiones en niveles de mayor contacto de las/os funcionarios/as con sus representados/as, en el caso del financiamiento y operatividad del sistema de salud exhibe amplias debilidades como herramienta de ejecución de acceso a derechos. Su eficaz implementación requiere de mecanismos claros de subsidio cruzado planeado entre espacios de toma de decisión a fin de evitar la cristalización de diferencias de poder económico (Maceira, 2018).

## 3. Metodología

---

### 3.1 Cuadro normativo

En este trabajo, se procedió a recabar la normativa existente sobre cáncer de mama en las distintas jurisdicciones del país. Específicamente, se indagó sobre aquellas normas que crearán un programa específico de detección precoz y/o control del cáncer de mama, cualquiera fuera su jerarquía<sup>4</sup>. A saber, leyes nacionales y provinciales, decretos, resoluciones ministeriales, entre otras.

---

#### *Marco Legal*

---

*El establecimiento de un marco legal le brinda a un derecho ventajas sustanciales. En principio, define concretamente el contenido de ese derecho, las obligaciones inmediatas y progresivas que conlleva, y los diversos mecanismos para un cumplimiento efectivo. Permite una mejor asignación, optimización y priorización de recursos. Plasma una garantía sin la cual su cumplimiento puede resultar ilusorio, creando recursos administrativos y judiciales de protección.*

*En Argentina, el sistema Federal enunciado anteriormente, permitió a las provincias reservarse la facultad de legislar en materia de salud, impidiendo que la normativa a nivel nacional pueda aplicarse automáticamente a nivel local sin una previa adhesión formal. Lo que dificulta que todas las provincias tengan los mismos objetivos y puedan alcanzar los mismos niveles de implementación y desarrollo de programas de salud.*

*El marco legal ideal podría definirse como aquel en el que se establecen presupuestos básicos y una organización integral a nivel nacional, previamente consensuado con las provincias de acuerdo a sus particularidades y a partir del cual se realice un trabajo conjunto que permita controlar de la forma más homogénea posible la enfermedad en todo el territorio.*

*Sin embargo y en este contexto, se asume que todas aquellas provincias que hayan creado un programa de control, detección precoz y/o tratamiento para el cáncer de mama a través de un mecanismo formal, están en un peldaño más avanzado que aquellas que no. Y se evaluará en los capítulos siguientes la conveniencia de la creación de un marco formal integral que pueda aplicarse en todas las provincias, para luego dar lugar a un efectivo cambio institucional.*

---

Con esa información, se confeccionó un cuadro comparativo cuyas categorías se determinaron en base a los presupuestos básicos establecidos a nivel Nacional<sup>5</sup>, a partir de los cuales deberían organizarse los programas locales que pretendieran obtener resultados satisfactorios.

---

<sup>4</sup> En este trabajo se asume que el nivel de jerarquía normativa se condice con la importancia relativa de la temática para la provincia, tomándose a la profundidad en el esfuerzo normativo como criterio de calidad institucional.

<sup>5</sup> Por la Resolución del Ministerio de Salud N° 1813/2013, en el marco del Instituto Nacional del Cáncer.

Luego, se indagaron y añadieron al cuadro los programas provinciales que se desarrollan sin marco regulatorio establecido, con el fin de determinar las similitudes y diferencias entre los programas formalizados y aquellos que no lo están.

Los cinco indicadores utilizados en el cuadro responden a los siguientes presupuestos básicos en la materia:

EXISTENCIA DE PROGRAMA ESPECÍFICO	<ul style="list-style-type: none"><li>• La creación de un programa o plan específico implica la voluntad local de trabajar concretamente sobre esa enfermedad, organizando los recursos humanos y financieros a tal fin.</li></ul>
MÉTODO RECOMENDADO	<ul style="list-style-type: none"><li>• El método de tamizaje recomendado es la mamografía.</li></ul>
FRECUENCIA	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mínimo: bianual.</li></ul>
POBLACIÓN OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"><li>• El rango de edad mínimo recomendado para la realización de mamografías es de 50 a 70 años.</li></ul>
FINANCIAMIENTO DETERMINADO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que la norma de creación establezca concretamente de dónde se obtendrán los recursos para llevarlo a cabo es fundamental. Por el contrario, el acceso, cobertura y desarrollo del programa pueden tornarse ilusorios.</li></ul>

En base a ellos y a través del cuadro elaborado, disponible en el apartado siguiente, se logró, por un lado, evaluar el grado de desarrollo provincial en la materia, y por otro, vincular ese desarrollo con los niveles de jerarquía locales.

El desarrollo local se determinó a través de una escala del 1 al 5, en base al cumplimiento de los mencionados indicadores –existencia de programa específico, método recomendado, frecuencia, población objetivo y financiamiento determinado por norma-, plasmados en la tabla a través de las variables 1 y 0 que indican la presencia o ausencia de cada indicador específico, respectivamente (ver cuadro 4).

*Cuadro 4. Desarrollo provincial en base a presupuestos básicos*

Provincia	Jerarquía normativa	Existencia de programa específico	Población objetivo	Método recomendado	Frecuencia	Financiamiento determinado por norma	Nivel de desarrollo local
Chaco	0	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0
Catamarca	0	1	1	1	1	0	4
Chubut	0	1	1	1	1	0	4
Córdoba	0	1	1	1	1	0	4
La Pampa	0	1	1	1	1	0	4
Salta	0	1	1	1	1	0	4
Buenos Aires	1	1	1	1	1	0	4
Tucumán	1	1	1	1	1	0	4
CABA	2	1	0	1	1	1	4
Misiones	2	1	1	1	1	1	5
Santa Fe	2	1	1	1	1	1	5
Santiago del Estero	3	1	0	0	0	1	2
Formosa	3	1	0	1	1	0	3
Jujuy	3	1	1	1	1	0	4
La Rioja	3	1	1	1	1	1	5
Mendoza	3	1	1	1	1	1	5
Neuquén	3	1	1	1	1	1	5
Río Negro	3	1	1	1	1	1	5
San Juan	3	1	1	1	1	1	5
San Luis	3	1	1	1	1	1	5
<b>Cumplimiento de Indicadores</b>		19	16	18	18	10	

La jerarquía local se graduó en forma creciente en niveles del 0 al 3 de acuerdo al tipo de normativa a través de la que se legisló en la materia, donde: 0: sin normativa; 1: Resolución; 2: Decreto, y 3: Ley. Esta categorización responde a que, para este estudio, la jerarquía normativa implica niveles de relevancia legal, por lo cual a mayor jerarquía, mayor protección del derecho. Es decir, que la protección reside en que la derogación de la norma se torna más compleja al elevarse el nivel sobre el cual descansa el derecho reconocido. No está en la misma situación una Resolución Ministerial cuya vigencia depende de la voluntad de un Ministro, a una Ley amparada por un proceso legislativo

complejo conformado por una suma de voluntades colegiada. Sin embargo, ello no debe ser entendido en el sentido de que el establecimiento de un marco legal genere automáticamente la estricta y acabada implementación del derecho del que se trate. En efecto y en esta materia, las provincias de Catamarca, Chubut, Córdoba, La Pampa y Salta llevan adelante los programas de detección precoz y control del cáncer de mama en un marco informal. Sin embargo, en la medida que el funcionamiento sistémico no se ajuste a una norma común, las reglas no escritas prevalecen, y se complejiza la adecuada asignación de recursos, la equidad en el acceso y la calidad de los servicios brindados. Esto hace que los programas dependan más de personas que de estrategias, lo que aumenta la exposición en casos de alta rotación de funcionarios/as (Maceira, 2018).

Por último, y conforme al análisis previo, se procedió a comparar los niveles normativos de cada provincia con una serie de indicadores socioeconómicos, para determinar la existencia de correlación entre ellos.

## 4. Resultados

---

A partir del análisis de la información obtenida a través de la metodología expuesta en la sección previa, se propone presentar los resultados obtenidos.

### 4.1 Tabla Comparativa

Para el análisis normativo y de desarrollo local en la materia, se elaboró el cuadro 5, en el que se presentan las siguientes variables de estudio:

- Nivel normativo: como se mencionó en las secciones anteriores, el nivel normativo hace referencia a la jerarquía de la norma con la que se reguló la temática a nivel local. En Argentina, los programas fueron creados por Ley, Decreto o Resolución, siendo éstas categorías enumeradas en forma creciente para facilitar el análisis posterior (ver cuadro 4).
- Sanción: fecha en la que la norma fue aprobada/ expedida en el ámbito local.
- Inicio de actividades: Año en el que efectivamente se puso en marcha el programa / plan.
- Población objetivo: La definición de la población objetivo está basada en la mayor carga de la enfermedad en un grupo etario determinado, y el mejor desempeño de la mamografía. Es muy importante destacar que la población objetivo está compuesta por mujeres asintomáticas y sin antecedentes de factores de riesgo para cáncer de mama.

- Método recomendado: el tamizaje entendido como la prueba que se utiliza para la determinación precoz de la enfermedad y que permite conocer su posible prevalencia.
- Frecuencia: la periodicidad con la que debe realizarse el estudio de tamizaje recomendado.

El cuadro está organizado conforme la jerarquía legal de cada provincia, ubicando como referencia a la norma Nacional, ya que sus lineamientos son los que tomamos como presupuestos básicos de desarrollo local en la materia.

**Cuadro 5.- PROGRAMAS DE CÁNCER DE MAMA POR PROVINCIA – PRESUPUESTOS BÁSICOS**

JURISDICCIÓN	NIVEL NORMATIVO	N°	ORGANISMO / DEPENDENCIA	TÓPICO	SANCIÓN	INICIO DE ACTIVIDADES	POBLACIÓN OBJETIVO	MÉTODO RECOMENDADO	FRECUENCIA / PERIODICIDAD
Nacional	RESOLUCIÓN	1813/2013	Ministerio de Salud (M.S)	Créase el "Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama". Funciones.	30/10/2013	2013	Mujeres de entre 50 y 69 años sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de mama.	Mamografía bilateral en dos incidencias (cráneo-caudal y medio-oblicua lateral).	Bienal.
Neuquén	LEY	2976	Ministerio de Salud.	Programa Provincial de Prevención, Detección y Control de Cáncer de Mama y Cáncer de Útero.	26/11/2015	2015	Mujeres de entre 50 y 70 años de edad.	Mamografías.	Bianual.
San Juan	LEY	850-Q	Secretaría de Salud Pública de la Provincia de San Juan.	Programa Provincial de Prevención y Detección del Cáncer de Mama.	19/11/2014	2014	Mujeres a partir de 40 años.	Mamografías.	Anual.
La Rioja	LEY	6395 / 9612	Secretaría de Salud Pública	Programa de Detección Precoz del Cáncer Femenino (PRODECAF)	06/12/1997 - 13/11/2014	2014	Mujeres a partir de los 40 años.	Mamografías.	Anualmente en las mujeres de 40 a 49 años y cada dos años en las de 50 años en adelante.
Santiago del Estero	LEY	6735	El Ministerio de Salud y Desarrollo Social.	Programa Provincial de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero y Mama. Creación. Ambito de aplicación. Prevención.	17/5/2005	-	-	-	-
San Luis	LEY	III-0071-2004	-	Programa Provincial de Detección Precoz del Cáncer de Útero y Mama.	3/3/2004	2014	Mujeres a partir de 40 años.	Mamografías.	Anual.

**Cuadro 5.- PROGRAMAS DE CÁNCER DE MAMA POR PROVINCIA – PRESUPUESTOS BÁSICOS**

JURISDICCIÓN	NIVEL NORMATIVO	N°	ORGANISMO / DEPENDENCIA	TÓPICO	SANCIÓN	INICIO DE ACTIVIDADES	POBLACIÓN OBJETIVO	MÉTODO RECOMENDADO	FRECUENCIA / PERIODICIDAD
Río Negro	LEY	3352	Secretaría de Estado de Salud Pública.	Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de la Mama -- Creación.	16/2/2000	2000	Mujeres de entre 50 y 70 años de edad	Mamografías.	Bianual.
Jujuy	LEY	5106/98	Instituto Provincial del Cáncer	Programa Provincial de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino y Cáncer de Mamas. Ratificación.	22/12/1998	2002	Mujeres de entre 40 a 70 años.	Mamografías.	Anual.
Formosa	LEY	1242	El Ministerio de Desarrollo Humano, a través del Departamento de Reconocimientos Médicos.	Prevención oncológica de la mujer. Ambito de aplicación. Programa de Detección precoz del cáncer de mama	4/9/1997	1997	Mujeres de entre 40 y 65 años.	Mamografías	Bienal a mujeres de entre 40 y 45 años. Anualmente a mujeres de entre 45 a 65 años.
Mendoza	LEY	5773	-	Programa Provincial de Detección precoz de cáncer de cuello de útero y mama	17/10/1991	2000	Mujeres de entre 45 a 70 años.	Mamografías.	Bianual.
Santa Fe	DECRETO	85/2017	s/d	Agencia de Control del Cáncer.	26/1/2017	2008	Mujeres a partir de 40 años.	Mamografías.	Anual.
Misiones	DECRETO	2048/2009	Unidad Coordinadora de los Programas Materno-Infantiles dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.	Programa Provincial de Detección Precoz del Cáncer de Mama.	4/12/2009	2010	Mujeres a partir de 40 años.	Mamografías.	Anual.

*Cuadro 5.- PROGRAMAS DE CÁNCER DE MAMA POR PROVINCIA – PRESUPUESTOS BÁSICOS*

JURISDICCIÓN	NIVEL NORMATIVO	N°	ORGANISMO / DEPENDENCIA	TÓPICO	SANCIÓN	INICIO DE ACTIVIDADES	POBLACIÓN OBJETIVO	MÉTODO RECOMENDADO	FRECUENCIA / PERIODICIDAD
<b>CABA</b>	DECRETO	1433/98	Ministerio de Salud, programas centrales.	Apruébase el Programa de Control del Cáncer de Cuello Uterino y Cáncer de Mama.	23/7/1998	1999	Mujeres de entre 40 y 65 años.	Mamografías.	Anual.
<b>Tucumán</b>	RESOLUCIÓN	780/SPS	Departamento de Enfermedades Crónicas no Transmisibles perteneciente a la Dirección General de los Programas Integrados de Salud	-	14/4/2005	2005	Mujeres de entre 40 a 70 años.	Mamografías.	Anual.
<b>Buenos Aires</b>	RESOLUCIÓN	583/88	Dirección de patologías prevalentes - Dirección Provincial de Atención Primaria - Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud - Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.	PROGEMA Programa de detección precoz del cáncer genito-mamario / Subprograma de detección precoz del Cáncer de mama.	10/5/1988	1999	Mujeres de entre 50 y 69 años.	Mamografía.	Bienal.
<b>Catamarca</b>	Sin normativa	-	Subsecretaría de medicina preventiva y promoción social.	-	-	1999	Mujeres a partir de 40 años.	Mamografía.	Anual.
<b>Chubut</b>	Sin normativa	-	Unidad de Mastología, Esquel.	-	-	2018	Mujeres a partir de 40 años.	Mamografía.	Anual.

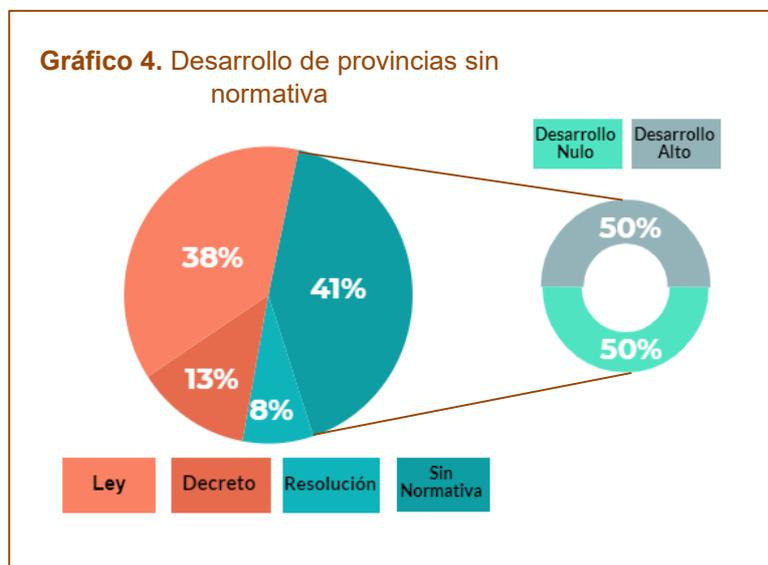
**Cuadro 5.- PROGRAMAS DE CÁNCER DE MAMA POR PROVINCIA – PRESUPUESTOS BÁSICOS**

JURISDICCIÓN	NIVEL NORMATIVO	N°	ORGANISMO / DEPENDENCIA	TÓPICO	SANCIÓN	INICIO DE ACTIVIDADES	POBLACIÓN OBJETIVO	MÉTODO RECOMENDADO	FRECUENCIA / PERIODICIDAD
Córdoba	Sin normativa	-	Subsecretaría de gestión sanitaria - Unidad central de gestión. Ministerio de Salud.	-	-	2012	Mujeres de entre 40 a 70 años.	Examen clínico mamario -que hace un profesional en un consultorio médico- y mamografía.	Anual.
La Pampa	Sin normativa	-	Comisión Provincial de Control del Cáncer	-	-	2018	Mujeres de entre 50 y 70 años.	Mamografías.	Bienal.
Salta	Sin normativa	-	Ministerio de Salud Pública de Salta.	-	-	1987	Mujeres a partir de 40 años.	Mamografías.	Anual.
Chaco									NO TIENE PROGRAMA
Corrientes									NO TIENE PROGRAMA
Entre Ríos									NO TIENE PROGRAMA
Tierra del Fuego									NO TIENE PROGRAMA
Santa Cruz									NO TIENE PROGRAMA

## 4.2 Análisis Normativo

A partir de los indicadores presentados en el cuadro de la sección anterior se elaboraron una serie de gráficos con el fin de facilitar el análisis.

A través del gráfico 4, se observa que más del 40% de las provincias carece de un marco normativo. Sin embargo, ello no significa que no cumplan con algunos o todos los campos restantes del análisis. En efecto, la mitad de ellas, tienen un nivel de desarrollo del 80%. Es decir, que cuatro



de los cinco presupuestos básicos se cumplen en su territorio.

La primera conclusión a la que arribamos no es menor. Si más del 40% de las provincias no tienen marco regulatorio en la materia, pero sólo el 20% carecen de desarrollo en la temática, el establecimiento de un marco legal no es condición necesaria para la implementación de un programa provincial.

Entonces, ¿quiere eso decir que da igual el nivel de formalidad de los programas? No. Como ya expresamos más arriba, la formalidad le da a un derecho un marco sobre el cual operar con mayor protección, y puede convertirse en la mejor herramienta para otorgarle a los programas un enfoque más organizado que impulse la integración funcional que se requiere para alcanzar una eficiencia que abarque a la mayor cantidad de población posible. En efecto, el hecho de que no todos los programas estén formalizados explica en gran parte que los planes existentes no logren optimizar sus resultados en cuanto a detección precoz y tratamiento de la enfermedad en forma homogénea tanto intra como inter territorialmente. La ausencia mecanismos formales de tratamiento de enfermedades definidos ex ante mediante normas, limita los alcances de las redes formales<sup>6</sup>, aumentando la responsabilidad del trabajador de la salud en un

---

<sup>6</sup> Los principales atributos del modelo de redes son los siguientes: "(i) contar con una estrategia, definida en planificación de la red, (ii) establecer una estructura, que implica por un lado tener una población y un territorio definido a cargo, y por el otro contar con un sistema de atención integral basado en atención primaria de la salud, y (iii) construir una serie de competencias, tales como: conocer las

modelo informal y la exposición al riesgo de los pacientes bajo programa. Y si bien las prácticas informales no necesariamente debilitan la estructura formal de gestión, se requiere de una estructura normada que sostenga el funcionamiento de la cadena de prestación. Los Ministerios de Salud provinciales evidencian limitaciones normativas para diseñar e implementar acciones sanitarias, y los Consejos Sanitarios Regionales constituyen el espacio de debate y acuerdo de políticas, pero no cuentan con una estructura vinculante legalmente para generar mecanismos de seguimiento y evaluación de las decisiones tomadas (Maceira y Palacios, 2002). Esta falta de marco legal atenta contra criterios estandarizados de costo efectividad generando resultados negativos como la duplicación de estudios diagnósticos debido a la falta de historias clínicas compartidas, la sub utilización del equipamiento disponible, etc.

A través del gráfico 5 se observa que, de los 19 programas provinciales existentes, 18 provincias cumplen con dos de los tres presupuestos básicos de detección precoz de la enfermedad: la mamografía como método de tamizaje recomendado y una frecuencia



de realización mínima bianaual. De hecho, la única provincia que no lo cumple es Santiago del Estero, donde el programa creado por Ley nunca fue implementado en los hechos por falta de voluntad política (OPS, 2010). Ello se traduce en un alineamiento territorial de gran relevancia que, aunque no esté explicado por un acuerdo a nivel Nacional, implica un gran avance de unificación de criterios. A esto debiera sumársele una estructura de planificación supra local que permitiera optimizar

los procedimientos y servicios a prestar que de ellos se desprenden. Por ejemplo, la provincia de Chaco tiene 17 mamógrafos sin distribuir por falta de aprobación del

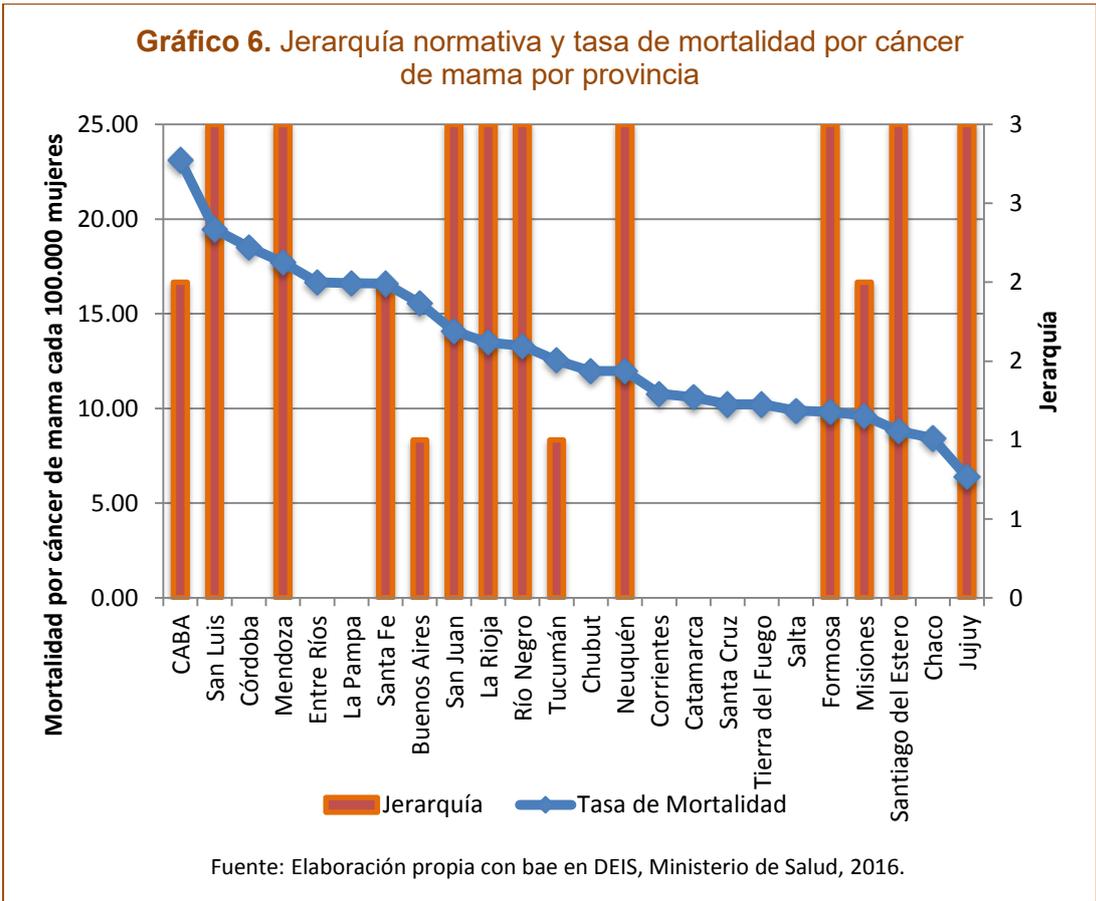
---

necesidades de la población a cargo, co-organizar protocolos entre los distintos niveles de atención, formar recursos humanos fuera del hospital, y conducir procesos de negociación y concertación de abajo-arriba para convenir formalmente metas y recursos” (Maceira y Palacios, 2002).

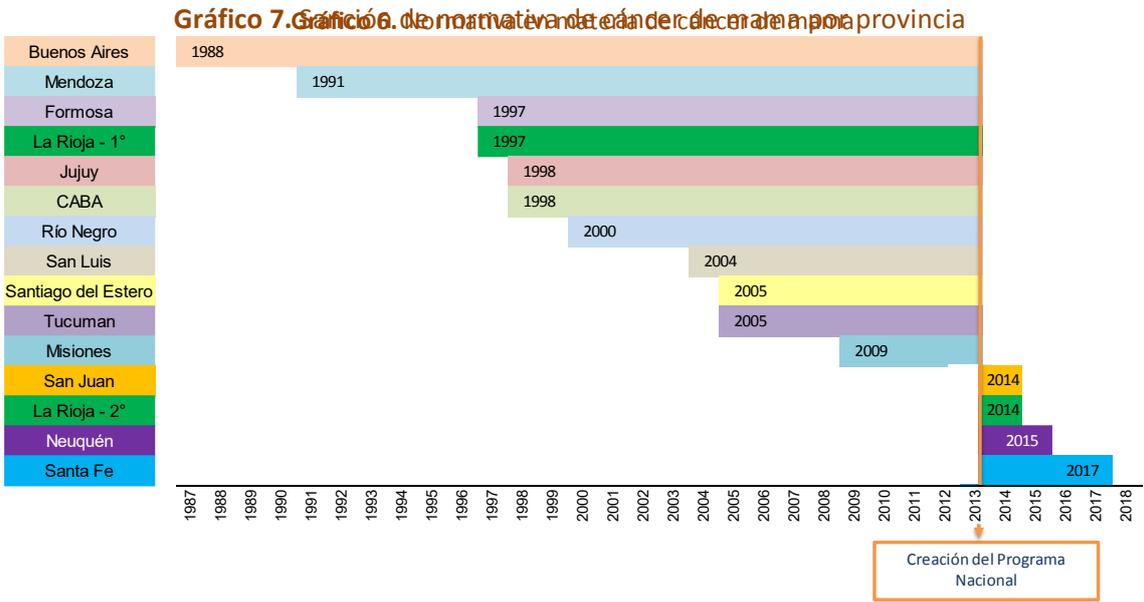
proyecto de ley que lo prevé, y en la Rioja la distribución de los equipos está dada, no por cuestiones de localización poblacional, sino políticas.

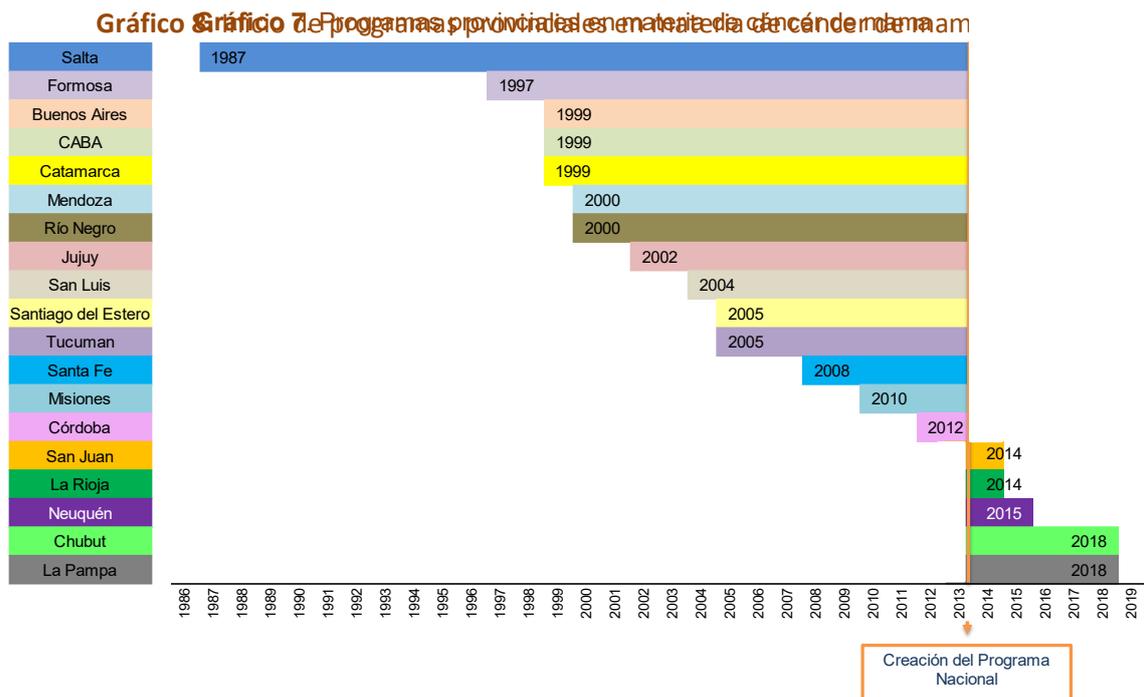
En este contexto, cabe mencionar que los programas no tienen jurisdicción directa sobre los servicios, sino a partir de la coordinación no formalizada con las redes prestacionales de cada provincia. La falta de protocolización hace más desafiante el funcionamiento de este tipo de programa -y de cualquier otro- por este esquema matricial. “Ello perfila dos potenciales ineficiencias operativas: (i) escasa formalidad burocrática y multiplicidad de contactos específicos en la implementación de estrategias de protección, lo que lleva a un modelo de toma de decisiones ad-hoc, y (ii) excesiva responsabilidad de gestión en un grupo relativamente pequeño de recursos humanos del programa para atender una multiplicidad de relaciones a lo largo del sistema” (Maceira, 2017, p.37). Estas dificultades de gestión, atravesadas por la informalidad programática, se observan en la práctica en el apartado de entrevistas, en donde se plasman en las experiencias locales las limitaciones que caracterizan en general a los programas locales de salud.

Por su parte, el gráfico 6 no permite observar de forma acabada y evidente una correlación positiva entre la mortalidad por cáncer de mama en las provincias y la jerarquía normativa, o entre la existencia de normativa y aquella. Esto sugeriría que las normas, creadoras de programas cuyo objetivo último es reducir la mortalidad en ese ámbito, no estarían impactando en forma directa en ese sentido. Sin embargo, y tal como lo expresamos más arriba, ello no significa necesariamente que la norma no sea el instrumento adecuado a tal fin. Éstas operan en más de un sentido y son necesarias para el ordenamiento de los sistemas. La falta de correlación en este caso puede deberse, no a que la normativa no sea necesaria, si no a que las normas vigentes no permiten lograr avances significativos en la materia, presentando un importante desafío: *la necesidad de coordinar políticas y estructuras comunes de garantía de derechos y de establecer prioridades en función de reglas conocidas y homologadas por la sociedad* (Maceira, 2018). Ahondaremos este análisis en el apartado siguiente.



Finalmente, se presentan los gráficos 7 y 8 en los que exhiben a través de líneas temporales, por un lado la sanción de los marcos jurídicos de los programas locales y, por otro, el efectivo inicio de las actividades de los programas con y sin marco regulatorio. En ambos se trazó una línea divisoria que se corresponde con la creación del programa a nivel Nacional, en tanto pauta a seguir.





Analizando el gráfico 7 en cuanto a las fechas en las que cada una de las normas fue aprobada/expedida en el ámbito local, se puede verificar como regla del modelo argentino la existencia de liderazgo provincial en el desarrollo de normativas. De hecho, 10 de las 14 provincias que cuentan con marco legal, legislaron en la materia anticipándose a la norma Nacional. De ello se desprende que, al no preceder en términos generales la pauta nacional a su tratamiento provincial, las normas locales no muestran un tratamiento uniforme en la temática. A modo de ejemplo, existen 6 rangos de edad distintos a partir de los cuales se recomienda la realización del tamizaje, siendo que el recomendado por la norma rectora –de 50 a 69 - sólo es compartido por la provincia de Buenos Aires que legisló en la materia 25 años antes. Tampoco la regulación a nivel Nacional implicó una adhesión sistemática de las provincias a la nueva normativa. En efecto, sólo la provincia de La Rioja actualizó su Ley en el año 2014, pero no lo hizo siguiendo exactamente los mismos lineamientos propuestos por su par Nacional.

Asimismo, las fechas de creación muestran una gran dispersión entre programas, tomando en consideración que el primero fue creado en el año 1988 y el último en el año 2017, con casi 30 años de diferencia, y ninguno de ellos, salvo el mencionado programa de La Rioja, fue actualizado. Esta dispersión también permite corroborar que los planes locales no fueron producto de ningún tipo de acuerdo ni coordinación a nivel Nacional. No sólo sus fechas no coinciden, sino que tampoco sus lineamientos o provisiones legales guardan exacta correspondencia.

Por otra parte el gráfico 8 permite observar la misma dispersión entre programas, no guardando relación alguna las fechas de inicio locales. Y si se observan ambos gráficos en conjunto se puede concluir que las fechas de formalización no coinciden necesariamente con las de inicio efectivo de actividades. Por ejemplo, en las provincias de Jujuy y Mendoza los programas iniciaron sus actividades con 4 y 9 años de demora, respectivamente.

En conclusión, **las grandes brechas temporales entre provincias, tanto con respecto a la regulación como al inicio de actividades programáticas, permiten visualizar la ausencia de coordinación general, y nuevamente convocan la necesidad de recurrir a una centralización normativa que brinde un marco capaz de ofrecer un sistema de salud homogéneo y equitativo entre jurisdicciones.**

### 4.3 Análisis con indicadores socioeconómicos

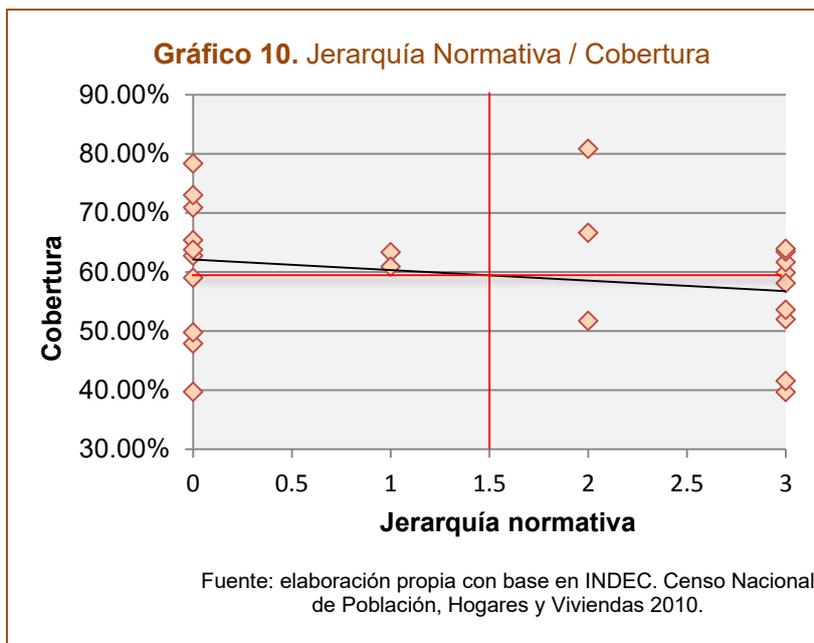
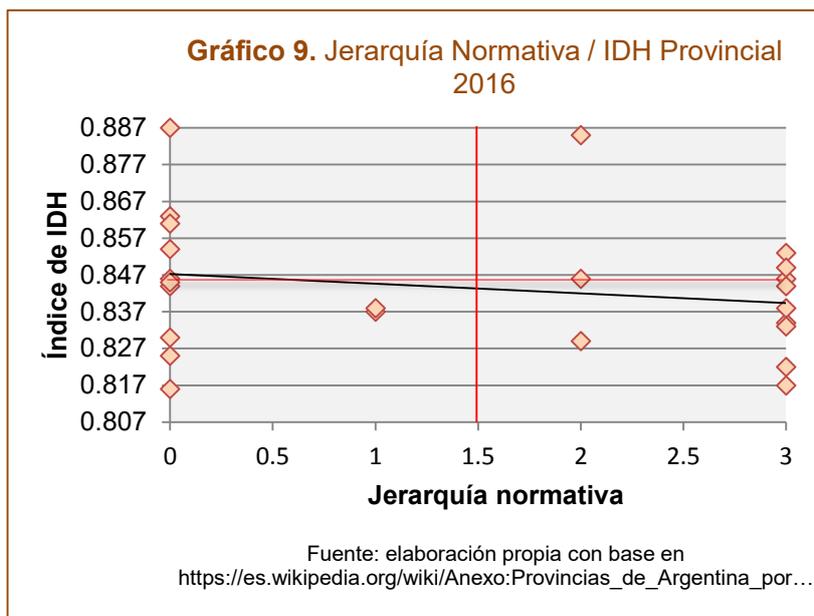
En esta sección se realizará un análisis que vincule las distintas jerarquías normativas con determinados indicadores sociodemográficos de cada provincia, para analizar si es posible identificar un paralelo entre el desarrollo normativo y variables relacionadas al compromiso financiero y sanitario local. Para ello se escogieron, por un lado, los índices de gasto en salud y cobertura provincial, a partir de los cuales se puede inferir tanto el nivel de acceso a la salud en cada provincia como la voluntad de inversión local en esa área, y por el otro, el Índice de Desarrollo Humano (IDH), en tanto indicador social que mide los logros medios obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano, a saber, tener una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y disfrutar de un nivel de vida digno.

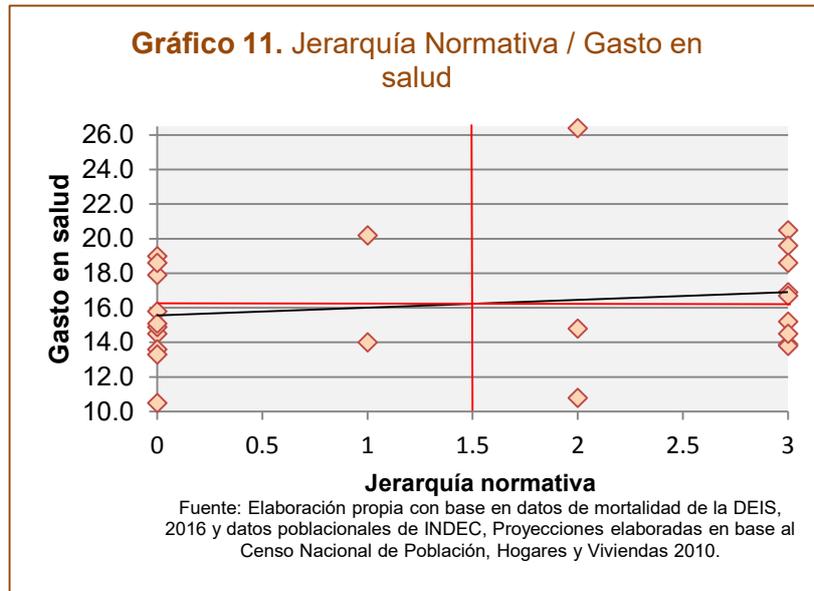
Los tres gráficos siguientes reflejan la relación entre los distintos niveles normativos a partir de los cuales están formalizados los programas provinciales, y los siguientes indicadores previamente mencionados: sanitario (porcentaje de cobertura formal por provincia), de desarrollo (Índice de Desarrollo Humano para cada provincia 2016) y socioeconómico (gasto en salud como porcentaje de PIB por provincia), para Argentina de los últimos años.

En el eje vertical se reporta el indicador provincial de desarrollo/sanitario escogido, mientras que en el horizontal se refleja el desarrollo formal en la materia. Cada uno de los puntos representa una provincia, y la relación entre las variables mencionadas. Los gráficos, a su vez, están divididos en cuatro cuadros en función de las medias de las variables propuestas, determinando la presencia de cuatro cuadrantes. En el cuadrante sudoeste se ubican las provincias de menor formalidad y menor desarrollo, mientras que

en el cuadrante opuesto por el vértice se hallan aquellas jurisdicciones de gran desarrollo normativo e institucional.

Una correlación positiva entre las variables de los ejes verticales y la jerarquía normativa local reflejaría que la evolución sanitaria y social de la provincia estaría apoyada en la formalización de los servicios brindados y de los derechos reconocidos. Mientras que, por el contrario, una correlación negativa referiría a la ausencia de marcos regulatorios que acompañen un desarrollo continuado y homogéneo del territorio.





Como primera observación, los tres gráficos representan lo que expresamos en cuanto a normativa en la sección anterior. Sólo el 50% de las provincias supera la media de marco legal. Es decir, sólo 12 provincias tienen marcos regulatorios definidos por Decretos o Leyes. Como Buenos Aires y Tucumán organizaron sus programas en base a Resoluciones Ministeriales, quedaron ubicadas por debajo de la media legal, en tanto su jerarquía es considerada baja en cuanto a protección y aseguramiento de los derechos en el tiempo. El resto de las provincias carece de legislación que cree programas o planes específicos.

Por otra parte, las líneas de tendencia muestran que en los dos primeros casos (gráficos 9 y 10) no existe vínculo entre las variables seleccionadas y la jerarquía normativa. En el gráfico 9, provincias con alto nivel de formalidad no se corresponden con elevados niveles de desarrollo institucional, al tiempo que determinadas provincias más rezagadas a nivel normativo, tanto aquellas con regulaciones de menor jerarquía como aquellas sin marco legal alguno, cuentan con niveles de desarrollo más satisfactorios de lo esperado. A modo de ejemplo, las provincias de Santa Cruz, Chubut y Tierra del Fuego, son las que integran el grupo de mayor índice de desarrollo humano de país, pero carecen de marcos regulatorios en la materia. Sin embargo, estas mismas tres provincias están por debajo de la media del gasto en salud provincial como porcentaje del PIB, lo que las ubica dentro del cuadrante sudoeste del gráfico 10, y permite concluir que la ausencia de marco normativo puede verse explicada por una decisión política de baja inversión en ese sector y consecuente desinterés regulatorio.

Paralelamente, y aunque también en el gráfico 10 la línea de tendencia muestra una falta de vínculo entre las variables en estudio, se puede observar que del 70% de las

provincias que supera la media de cobertura en salud, el 56% desarrollan los programas en un marco formal. Ello no es menor, considerando que aquellas provincias que deciden invertir más en el área sanitaria, también lo hacen, en su mayoría, a través de mecanismos formales, que son los que brindan mayor robustez y protección al derecho.

Sólo el gráfico 11 presenta una incipiente correlación positiva entre gasto en salud y el desarrollo normativo provincial, insinuando que el mayor gasto sanitario puede llegar a ser explicado por un marco legal que lo acompaña y determina. En efecto, y como fue presentado en la sección anterior (ver gráfico 5), 10 de las 14 provincias con programas formalizados, cuentan con una asignación de recursos determinada por la norma de creación, que explica en parte el vínculo que se observa a través de este gráfico, de las cuales Jujuy, San Juan, Mendoza, Río Negro, Neuquén y CABA se encuentran ubicadas en el cuadrante superior derecho, de mayor progreso en la materia.

No debe olvidarse que este análisis se encuentra atravesado por la gran disparidad entre las situaciones provinciales previamente señaladas. A partir de ello, se confeccionó el cuadro N° 6<sup>7</sup> que representa esa heterogeneidad, en el que se incluyó el desarrollo local y la situación sanitaria de cada región, donde se agruparon las provincias de acuerdo a su ordenamiento en el IDH 2016 y los resultados para los 3 indicadores seleccionados: i) el nivel de gasto público provincial en salud como porcentaje del PIB, ii) la cobertura de seguros de salud y iii) las tasas de mortalidad por cáncer de mama.

Los datos presentados permiten, por un lado, apreciar las diferencias estructurales entre jurisdicciones y, por el otro, identificar grupos de provincias de rasgos relativamente similares. De este modo, es posible definir los siguientes tres grupos de jurisdicciones:

**I. De elevado IDH y gasto en salud, elevada cobertura y bajas tasas de mortalidad por cáncer de mama.** Aquí se encuentran la Ciudad de Buenos Aires y las provincias patagónicas de Tierra del Fuego, Santa Cruz y Neuquén con muy baja densidad poblacional;

**II. De niveles medios de IDH y valores promedio para los indicadores presentados.** En este grupo se reúnen cuatro provincias que explican la mitad de la generación del producto (Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza) junto con las provincias de San Luis, Río Negro, La Pampa, Chubut, Entre Ríos, La Rioja y Catamarca.

---

<sup>7</sup> Los datos presentados son las medias de cada indicador. Los valores para cada provincia se encuentran en el anexo metodológico.

**III. De reducido IDH, menor desarrollo relativo, baja cobertura, reducido gasto en salud.** Integran este grupo Jujuy, San Juan, Tucumán, Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa, Santiago del Estero y Salta.

<i>Cuadro 6.</i>	<i>Porcentaje de gasto en salud sobre el total de gasto provincial</i>	<i>IDH Provincial 2016</i>	<i>Cumplimiento de presupuestos básicos</i>	<i>Cobertura 2010</i>	<i>Mortalidad por cáncer de mama</i>
<b>GRUPO I</b>	18,8%	0,87	4	74,0%	1,2%
<b>GRUPO II</b>	15,8%	0,85	3	63,2%	1,4%
<b>GRUPO III</b>	15,5%	0,83	3	48,56%	1,0%

Debe señalarse que el grupo I incorpora una jurisdicción de características especiales y únicas: la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de una economía urbana que, por ser la capital de la Nación, presenta una fuerte concentración de la oferta de servicios de salud, una estructura etárea diferente y mejores condiciones socioeconómicas que el resto. En el grupo II, por su parte, se encuentra la Provincia de Buenos Aires, cuyos municipios del denominado conurbano bonaerense tienen un acceso preferencial a los servicios asistenciales de la Ciudad de Buenos Aires debido a su cercanía geográfica. Como toda clasificación, ésta contiene simplificaciones que pueden no reflejar situaciones particulares específicas pero, de todos modos, tiene el valor de presentar cierto ordenamiento e ilustrar, sin lugar a dudas, sobre la diversidad de situaciones hacia el interior del territorio del país y la necesidad de aplicar diferentes acciones para resolver los problemas sanitarios.

En el primer grupo la mitad de las provincias no tienen norma alguna. En los dos últimos grupos la normativa es totalmente variable. Ello sugiere nuevamente lo que evidencian los gráficos anteriores. La normativa existente en la materia no está directa y estrictamente relacionada con el nivel de desarrollo socioeconómico provincial.

Sin embargo, no debemos olvidar que la fragmentación normativa de Argentina influye negativamente en los beneficios formales que una buena regulación puede brindar en el campo de la salud. La OPN en sus últimas recomendaciones propone la creación de programas integrados a nivel nacional para lograr una mayor eficiencia y trabajo conjunto que permitan abarcar a mayor población, no necesariamente con mayor cantidad de recursos, sino distribuyéndolos mejor y más eficientemente. En Argentina, la existencia de normativa en la materia no presenta beneficios que puedan visualizarse a través de correlaciones con los indicadores escogidos de desarrollo socioeconómico, no porque la norma sea indiferente a esos parámetros o a un avance en la materia, sino

porque al ser normativa dispersa, vetusta o impracticable pierde sus mayores dones en detrimento de su poder real.

**Argentina tiene que orientar sus procesos de producción legal en términos de salud hacia la integración. Y para que los programas puedan convertirse en una herramienta de amplio beneficio social, se requiere un sustento legal de efectiva aplicación. Si bien los convenios con el Instituto Nacional del Cáncer están avanzando, aún muchas provincias carecen de los recursos necesarios que promuevan su expansión.**

#### 4.4 Entrevistas

Con el objeto de estudiar en profundidad el funcionamiento y experiencias de los programas provinciales, y poder realizar un análisis de las diferencias y similitudes que existen en el tratamiento de la temática en estudio a lo largo de todo el territorio, se realizó una selección intencional de cinco provincias de cada una de las regiones del país con marcadas diferencias en términos de desarrollo socioeconómico, (ver cuadro 7), con el fin de representar lo más fielmente posible las particularidades geográficas del territorio.

Por la región Noreste se seleccionó a la provincia de Chaco; por el Noreste a Tucumán; por la región pampeana a la provincia de Córdoba; a la provincia de La Rioja por Cuyo, y por la región patagónica a la provincia de Chubut.

A cada uno de los referentes se le realizó una entrevista semi-estructurada<sup>8</sup>, con los siguientes tópicos:

- Coordinación con el Programa Nacional (Asistencia Técnica, insumos, folletería, recursos financieros, equipamiento, etc.).
- Gestión provincial (dinámica entre el programa y los agentes sanitarios, los centros de atención primaria y hospitales; funcionamiento de red, etc.).
- Datos (registros, sistemas específicos de carga, carga en sistemas del INC, etc.).
- Marco legal (existencia de normativa en la materia, necesidades que llevaron a la creación de normas, etc.).

---

<sup>8</sup> El modelo de entrevista utilizada está disponible en el Anexo.

<i>Cuadro 7.</i>		<i>Datos socioeconómicos por provincia Argentina</i>			
Provincia	IDH Provincial <sup>9</sup>	Porcentaje de gasto en salud sobre el total de gasto provincial <sup>10</sup>	Cobertura <sup>11</sup>	Jerarquía Normativa	Mortalidad cada 100.000 hab <sup>12</sup>
Chaco	0,816	10,5	39,75%	0	8,43
Santiago del Estero	0,817	14,5	41,58%	3	8,81
Formosa	0,822	13,9	39,68%	3	9,82
Corrientes	0,825	15,8	47,93%	0	10,78
Misiones	0,829	10,8	51,75%	2	9,62
Salta	0,830	18,6	49,80%	0	9,88
La Rioja	0,833	15,2	59,90%	3	13,49
Jujuy	0,834	16,9	52,00%	3	6,39
Buenos Aires	0,837	14,0	63,35%	1	15,56
San Juan	0,838	18,6	53,63%	3	14,09
Tucumán	0,838	20,2	60,92%	1	12,54
Catamarca	0,844	19,0	59,04%	0	10,60
Río Negro	0,844	19,6	63,99%	3	13,31
Entre Ríos	0,845	13,6	62,80%	0	16,67
Santa Fe	0,846	14,8	66,67%	2	16,59
Córdoba	0,846	14,9	65,41%	0	18,53
Mendoza	0,846	16,7	61,71%	3	17,71
San Luis	0,849	13,8	58,10%	3	19,46
Neuquén	0,853	20,5	63,49%	3	11,97
La Pampa	0,854	17,9	63,82%	0	16,62
Santa Cruz	0,861	13,3	78,38%	0	10,22
Chubut	0,863	14,5	70,92%	0	11,98
CABA	0,885	26,4	80,91%	2	23,11
Tierra del Fuego	0,887	15,1	73,05%	0	10,22

#### 4.4.1 NEA

Para la región Noreste del país, se seleccionó a la provincia de *Chaco* que, de acuerdo a nuestra investigación, no cuenta con un programa formal de control y detección precoz del cáncer de mama. Sin embargo, en los hechos, la provincia firmó un convenio con el Instituto Nacional del Cáncer en el año 2016 y a partir de ello se designó a una referente provincial en la materia, con el fin de realizar progresos en ese campo.

<sup>9</sup> Fuente: [https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Provincias\\_de\\_Argentina\\_por\\_IDH\\_](https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Provincias_de_Argentina_por_IDH_).

<sup>10</sup> Fuente: INDEC, Producto Interno Bruto por Jurisdicción; Dirección Nacional de Cuentas Nacionales; 2004; Disponible en: [https://www.indec.gob.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=3&id\\_tema\\_2=9&id\\_tema\\_3=138](https://www.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=3&id_tema_2=9&id_tema_3=138).

<sup>11</sup> Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

<sup>12</sup> Elaboración propia con base en datos de mortalidad de la DEIS, 2017 y datos poblacionales de INDEC, Proyecciones elaboradas en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

El plan actual refleja las carencias que se observan en la provincia. Siendo la de menor IDH, gasto en salud y la segunda de menor cobertura (cuadro 7), las acciones de detección precoz y control son escasas e insuficientes.

### ***Marco programático***

Como ya expresamos, la provincia de Chaco carece de programa formal en la materia. Sin embargo, la referente provincial en cáncer de mama presentó en 2017 un proyecto con esos fines en la provincia que aún no tuvo tratamiento legislativo.

### ***Equipo***

El equipo de trabajo afectado a las actividades está conformado por una coordinadora, que es también una de las médicas principales; una médica clínica y un asistente. Ninguno de los cargos asignados es de dedicación exclusiva

### ***Presupuesto***

El financiamiento proviene del Ministerio de Salud Provincial (partida presupuestaria general de Ministerio de Salud, Subsecretaria de Gestión Sanitaria), aunque es escaso y sólo está asignado a cubrir los salarios de los recursos humanos.

### ***Lineamientos programáticos: edad objetivo y frecuencia de tamizaje***

La referente de las acciones que actualmente se implementan en la provincia, sostiene la necesidad de comenzar el proceso de tamizaje a través de mamografía a partir de los 35 años de edad, número que dista considerablemente de las recomendaciones del INC. Esa recomendación se basa en que más del 57% de la población llega a la primera consulta en los estadios II, III Y IV. Con lo cual es muy difícil trabajar en cánceres tan avanzados y con la carencia de recursos de la que adolecen.

La frecuencia recomendada para el tamizaje es anual.

### ***Test recomendado***

El test de tamizaje recomendado es la mamografía bilateral, sumada a un examen clínico periódico.

### ***Búsqueda activa de las mujeres***

Desde el año 2017 se realizan campañas de prevención en el mes de octubre (mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama), sin embargo no llegan a cubrir todo el espectro provincial ni a replicarse fuera de ese mes. Cuentan con folletería entregada por el INC.

### ***Equipamiento***

En el proyecto de Ley presentado a la provincia, una sección está dedicada a la instalación de equipos de mamógrafos en cada una de las regiones sanitarias, habiéndose comprometido el Instituto Nacional del Cáncer a realizar la capacitación necesaria para su óptima utilización. De hecho, la provincia cuenta con 17 de equipos

de mamógrafos indirectos disponibles para enviar, pero aún la referente no cuenta con la autorización correspondiente para ello.

Cuentan con una pistola de biopsia, pero no tienen un lugar físico asignado para ser utilizada, con lo cual se usa sólo en caso de disponibilidad edilicia.

Chaco cuenta con un mamógrafo en uso en el sector público, que no sólo no cubre a la población objetivo, sino que es subutilizado por falta de profesional técnico autorizado.

### ***Control de calidad***

No existen mecanismos integrales y sistemáticos para el control de calidad de la mamografía.

### ***Diagnóstico y tratamiento***

El plan provincial tiene su sede en el Hospital Julio C. Perrando, en Resistencia. Allí se encuentran las áreas de oncología mamaria, patología cervical, clínica, cirugía, y quimioterapia. Es el único hospital en todo Chaco que brinda este servicio, sin que se haya podido expandir a las siete regiones sanitarias restantes<sup>13</sup>. La provincia cuenta con un laboratorio de anatomía patológica. En caso de que el diagnóstico fuera positivo, se realizan al paciente todos los estudios necesarios y se envían a un Comité de tumores, en donde se decide qué conducta tomar.

Todos los servicios se prestan en el Hospital público, salvo la radioterapia, que se deriva a la provincia de Corrientes.

### ***Registro de datos***

No existe un sistema de registro de cobertura, participación, diagnóstico y tratamiento a nivel provincial.

Sin embargo, el Programa Provincial tiene una historia clínica mamaria en papel y utilizan el sistema de carga RITA para tumores y el SITAM, pero no aún para mamografías.

### ***Indicadores diagnóstico y tratamiento***

Los datos referidos al diagnóstico y tratamiento son escasos. No se encuentran organizados ni analizados, y muchos de los registros están incompletos.

---

<sup>13</sup> Según el Decreto N° 35/2009, a los fines sanitarios la Provincia del Chaco se organiza en 8 Regiones Sanitarias estructuradas sobre la base de las Regiones y Unidades de Desarrollo Territorial (UDT), concebidas como espacios geográficos definidos para la ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de gobierno. Sus fines, conforme la definición de la Ley N° 7.061 de Regionalización Sanitaria de la Provincia de Buenos Aires Las Regiones Sanitarias son: coordinar y ordenar los establecimientos asistenciales en un conjunto orgánico y articulado, conformando una Red Asistencial que vincule de manera racional, eficaz y eficiente, a la oferta de recursos con la demanda de servicios, tanto en el plano de la capacidad instalada como de los recursos humanos y la tecnología disponible, con el fin de lograr el abastecimiento integral planificado y suficiente de los servicios sanitarios en cada región, para que éstos lleguen a la población garantizando su accesibilidad, calidad, pertinencia y oportunidad.

#### 4.4.2 NOA

Para la región Noroeste del país se seleccionó a la provincia de Tucumán, una de las provincias con mayor gasto en salud del territorio (ver cuadro 7). Su programa provincial de Control y Prevención del Cáncer de Mama lleva 14 años en funcionamiento y se desarrolla activamente. Está orientado a 73.245 mujeres de entre 40 y 70 años de edad sin cobertura de salud, distribuidas en toda la provincia.

En Tucumán el programa tiene un amplio apoyo político y no presenta impedimentos significativos que obsten a su implementación integral.

##### **Marco programático**

El programa provincial se creó en el año 2005 a través de la Resolución N°780/SPS del Ministerio de Salud de Tucumán, y en ese mismo año se iniciaron sus actividades. Depende organizacionalmente del Departamento de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles perteneciente a la Dirección General de los Programas Integrados de Salud, que es de la cual dependen todos los programas de salud de la provincia.

Tucumán no posee convenio formal con el Instituto Nacional del Cáncer. Sin embargo, están vinculados con el Programa Nacional a través del sistema de registro SITAM módulo mama.

##### **Equipo**

El equipo de trabajo afectado a las actividades está conformado por una referente coordinadora full time, y un equipo de cuatro médicos part-time que se desempeñan en el mismo centro de salud. Los demás profesionales que trabajan en otras instituciones de la provincia también prestan servicios de medio tiempo. También integra el equipo una navegadora, quien, a parte de su trabajo específico, es quien se encarga del registro de los datos en los sistemas correspondientes.

Previo a que el Ministerio de Salud de la Nación se convirtiera en Secretaría, la navegadora era enviada por el equipo del INC. Luego de ello, el recurso fue retirado y tuvo que ser proporcionado por la provincia.

##### **Presupuesto**

El financiamiento proviene íntegramente del Ministerio de Salud Provincial (partida presupuestaria general de Ministerio de Salud), sin contar con aportes del programa SUMAR o del INC.

##### **Lineamientos programáticos: edad objetivo y frecuencia de tamizaje**

En Tucumán se establece la realización de mamografías a las mujeres de entre 40 y 70 años. Se recomienda una frecuencia anual.

##### **Test recomendado**

El test de tamizaje recomendado por el Programa es la mamografía bilateral, sumada a un examen clínico periódico.

### ***Búsqueda activa de las mujeres***

El programa creó un sistema de mamógrafos georreferenciados con nodos mamográficos según población objetivo. A partir de ello, se distribuyeron los mamógrafos fijos y se determinó que, para toda aquella población que sólo contara con el 1° nivel de atención, se enviara un mamógrafo móvil con el fin de lograr incluirlos en los planes de tamizaje. Así, elaboraron un cronograma de calendario anual conforme las distintas dependencias operativas en las que se divide la provincia: Norte, Sur, Este y Oeste, enviando el mamógrafo móvil a un área distinta por año a las que no llega el nodo mamográfico fijo. Asimismo, los delegados comunales de las distintas intendencias colaboran en la difusión de información y búsqueda y acompañamiento de las mujeres al mamógrafo móvil.

El programa rompió con una gran barrera para la realización de la mamografía eliminando el requisito de orden médica previa para el acceso al tamizaje. Al prescindir de este tipo de cuestiones burocráticas, logran una participación mucho más elevada.

Por otra parte, la red de agentes sanitarios de cada zona realiza una búsqueda activa de mujeres con resultados positivos en sus estudios, a partir de los datos volcados en el sistema de gestión hospitalaria con el que cuenta la provincia. También, y en base al sistema mencionado, se tiene un registro detallado por paciente de la cantidad de mamografías que se realizó y de la fecha en que debe practicarse el próximo estudio, convocándosela a través del programa a que se lo realice en el momento oportuno.

Por último, la provincia realiza permanentemente campañas de prevención y sensibilización a través de las redes sociales y, específicamente en los meses de marzo y octubre, se realizan campañas masivas en todos los medios de comunicación a través de charlas, folletos, etc., con la colaboración del Departamento de Educación Sanitaria que forma parte del Ministerio de Salud provincial.

### ***Equipamiento***

Tucumán cuenta con catorce mamógrafos fijos y uno móvil en el sector público, todos en estado de funcionamiento.

Aquellos ubicados en los centros de salud de 3° Nivel son directos. El resto, ubicados en el interior, indirectos.

Como ya fue mencionado, están ubicados geo referencialmente, en base a la población objetivo.

No manifiestan falta de profesionales para su correcto uso, ni subutilización temporal.

En cuanto a la lectura mamográfica, no todos los centros de salud están capacitados para realizarla. Por ello, se creó el Centro Único de Lectura Mamográfica en el centro

de la provincia con el fin de que le sean enviados semanalmente todos los estudios realizados, que son devueltos al día siguiente de su entrega con la devolución correspondiente.

#### **Control de calidad**

No existen mecanismos integrales y sistemáticos para el control de calidad de la mamografía.

#### **Diagnóstico**

La provincia no cuenta con laboratorios de anatomía patológica propios, sin embargo tercerizan el servicio y lo brindan gratuitamente a todas las mujeres que no poseen cobertura de salud.

#### **Tratamiento**

Existe una red de servicios de cirugía, radioterapia y quimioterapia públicos, para el tratamiento de las mujeres con cáncer de mama dentro de la provincia. Todo el proceso, desde la detección hasta el alta, se desarrolla en la provincia sin costo alguno para el paciente.

#### **Registro de datos**

La provincia utiliza dos sistemas de carga de datos.

Por un lado, el SGH (Sistema de Gestión Hospitalaria), donde se carga la historia clínica de todo paciente de la provincia, cualquiera sea su caso. Con el DNI se accede a toda la información sanitaria de la persona, utilizándose en el programa como medio para la búsqueda activa de mujeres. La información tumoral es cargada por todos los hospitales de 3° nivel con servicio de oncología, que mensualmente le remiten al programa ese registro a través de una planilla por correo electrónico.

Por otro lado, la provincia carga todos los datos de cáncer de mama en el sistema SITAM módulo mama del Instituto Nacional del Cáncer.

#### **Otras iniciativas**

Desde el programa se trabaja conjuntamente con el Departamento de psicología, a través del cual no sólo se brinda apoyo psicológico a las pacientes, sino que crearon el plan “Banco de pelucas”, a través del cual se realizan colectas de pelo natural y se entregan pelucas a todas las mujeres que lo deseen.

### **4.4.3 Cuyo**

Cuyo es una de las regiones con mayores tasas de mortalidad por cáncer de mama del país. En esta región se seleccionó para el estudio de caso a la provincia de La Rioja, que tiene casi el 60% de la población con cobertura en salud (ver cuadro 7) y un programa de control y detección temprana de cáncer creado por Ley que

estructuralmente depende de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Subsecretaría de Abordaje Sanitario del Ministerio de Salud de la provincia.

A pesar de que los antecedentes normativos datan de 1997, el programa se encuentra en un período de reorganización desde hace dos años, ya que previo a ello sólo funcionaba como una oficina que otorgaba insumos para la realización del tamizaje. Actualmente, se están orientando los recursos humanos y financieros a un objetivo principal: la detección precoz.

### ***Marco programático***

A partir de la Ley N°6395 del año 1997, comenzó a desarrollarse en la provincia de La Rioja el PRODECAF (Programa de Detección Precoz del Cáncer Femenino). Pero como su implementación no cumplía con los resultados esperados, en noviembre 2014 se sancionó la Ley N° 9612 que creó un nuevo programa y estableció como autoridad de aplicación al Ministerio de Salud Pública.

Tienen un convenio con el Instituto Nacional del Cáncer a partir del cual se capacitan y reciben material informativo, de prevención y promoción.

### ***Equipo***

El equipo de trabajo afectado a las actividades de prevención de cáncer de mama está conformado por una coordinadora/referente Licenciada en Trabajo Social, dos Licenciados en video imagen, un asistente administrativo ( que se encarga de registrar los datos en el sistema), y dos *navegadoras*<sup>14</sup>. Los cargos asignados son de dedicación exclusiva.

### ***Presupuesto***

El financiamiento proviene del Ministerio de Salud Provincial y es utilizado para recursos humanos, gastos de infraestructura edilicia y de servicios e impuestos. No cuentan con aportes de ningún programa nacional ni del INC.

### ***Lineamientos programáticos: edad objetivo y frecuencia de tamizaje***

Se establece como población objetivo a todas las mujeres mayores de 40 años de edad. La frecuencia recomendada es anual para el rango etario de 40 a 49 años, y bianual para las mujeres mayores de 50 años.

### ***Test recomendado***

El test de tamizaje recomendado por el Programa es la mamografía bilateral, sumada a un examen clínico periódico.

### ***Búsqueda activa de las mujeres***

A través de las dos navegadoras que posee el programa se contacta a todas aquellas mujeres cuyo resultado haya sido positivo en los estudios realizados ya que, en caso

---

<sup>14</sup> Ver apartado “Principales características del Programa Nacional del Cáncer de Mama”, pág. 14.

contrario, no suelen volver al consultorio médico en busca de los resultados. Así, se les brinda un nuevo turno con el profesional que corresponda y se las traslada al lugar más cercano que brinde el servicio.

Sumado a ello, el Programa está llevando a cabo visitas a efectores para informarlos acerca de la disponibilidad de equipos y de profesionales, de manera que ellos puedan trasladar esa información a los pacientes que reciban. Ello con la finalidad de evitar que todos los pacientes sean enviados a la capital, siendo que en el interior se cuenta con un equipo interdisciplinario que está a disposición para el tratamiento de esta enfermedad.

También se desarrolla un proyecto de talleres de sensibilización a través de la articulación con diversas organizaciones de mujeres no relacionadas directamente a la salud en los que se capacita a través de simuladores mamarios facilitados por la universidad local.

### ***Equipamiento***

La provincia posee 10 mamógrafos, 7 de ellos distribuidos en el interior y 3 en la capital. Todos funcionan, pero su distribución geográfica no fue determinada por la cantidad de población u otro criterio racional, sino por cuestiones políticas, y debido a ello no toda la población tiene acceso asegurado a un equipo para realizarse el control oportunamente. Asimismo poseen un mamógrafo móvil que se utiliza para gran parte de los estudios que se realizan, pero al que planean dar de baja en breve ya que los estudios que se obtienen son de baja calidad.

### ***Control de calidad***

El programa cuenta con manuales de procedimientos en materia de calidad de tamizaje y realizaron por primera vez en el año 2018 un control de calidad a través del INC con resultados positivos. Se planea un nuevo control para el mes de mayo del 2019.

### ***Tratamiento***

La provincia cuenta con servicios de cirugía, radioterapia y quimioterapia, para el tratamiento de las mujeres con cáncer de mama, ubicados en la capital y en el interior. Asimismo, cuentan con dos servicios de oncología con cuatro oncólogos.

### ***Registro de datos***

Para la carga de datos utilizan el SITAM módulo mama, proporcionado por el INC. Pero los registros son del año 2018, con lo cual recién este año podrán realizar el primer análisis comparativo en la materia.

### ***Indicadores diagnóstico y tratamiento***

Los datos referidos al diagnóstico y tratamiento son escasos ya que la sistematización y carga de la información comenzó en el año 2018.

#### 4.4.4 Centro

Por la región del centro o pampeana se entrevistó a la referente en cáncer de mama de Córdoba, provincia con una de las tasas de mortalidad más elevadas del país, a pesar de estar su IDH por encima del promedio del territorio (ver cuadro 7).

##### **Marco Programático**

El programa que se implementa en la provincia de Córdoba no está encuadrado en marco normativo alguno. Fue creado en 2012 por su actual coordinadora y depende directamente del Ministerio de Salud de la provincia. Su sede se encuentra en el Hospital Córdoba, en la capital. Tienen un convenio con el Instituto Nacional del Cáncer, pero no abarca todos los espectros del programa, ya que se desarrolla en gran parte con lineamientos propios.

##### **Equipo**

El equipo está conformado por una coordinadora full time, ocho licenciados en bio imágenes y cinco médicos especialistas en mastología part time.

##### **Presupuesto**

El financiamiento proviene del Ministerio de Salud Provincial (partida presupuestaria general de Ministerio de Salud) y es utilizado para todos los gastos que requiera el programa (recursos humanos, gastos de infraestructura edilicia, etc.). También cuenta con un aporte económico proveniente del programa SUMAR<sup>15</sup> utilizado en insumos y bienes corrientes y de capital, de acuerdo a las prioridades que se definan desde el Programa.

##### **Lineamientos programáticos: edad objetivo y frecuencia de tamizaje**

Se establece la realización de una mamografía anualmente, a las mujeres entre 40 y 70 años (aunque a las mayores de esa edad también se les realiza). Si bien en el Programa se acuerda y sostiene la necesidad de focalizar la búsqueda activa en el rango de edad recomendado por el INC (mujeres de entre 50 y 69 años), se han identificado límites en su aplicación práctica, en tanto muchas mujeres tienen pocas posibilidades de acceder a ese estudio, con lo cual se amplió el rango para incluir a mayor cantidad de población. Asimismo, los registros de incidencia de la provincia muestran que a partir de los 40

---

<sup>15</sup> El Programa SUMAR fue creado por la Resolución 1195 en el año 2012 por el Ministerio de Salud Pública de la Nación y modifica el denominado "Plan Nacer". Su objetivo es brindar asistencia sanitaria en todo el territorio nacional a embarazadas, niños y adolescentes hasta 19 años, mujeres y varones hasta los 64 años, sin cobertura social. Con esto pretende reducir la tasa de mortalidad materna e infantil, disminuir las muertes por cáncer de útero y de mama y prevenir y tratar otras enfermedades relacionadas. Su accionar propone la coordinación de distintas áreas del Ministerio de salud de cada provincia, mediante la nominalidad de usuarios y la definición de indicadores de seguimiento. A partir de ellos se generan pagos complementarios a los desembolsados por cada provincia, estableciendo estructuras de incentivos basados en resultados.

años hay gran cantidad de mujeres con tumores en estadíos avanzados, lo que resulta más peligroso ya que a menor edad esta enfermedad resulta más invasiva.

### ***Test recomendado***

El test de tamizaje recomendado por el Programa es la mamografía bilateral, sumada a un examen clínico periódico.

### ***Búsqueda activa de las mujeres***

El programa organiza distintas charlas de sensibilización que se brindan en todo el territorio mensualmente. Durante los meses de marzo y octubre se realizan campañas intensivas acompañados por las ONGs que desarrollan esta temática en su territorio. Se reparte folletería y se capacita a los distintos efectores de los hospitales zonales. Además, se utilizan medios de comunicación (prensa escrita, TV, radios locales), y se realiza difusión en iglesias, escuelas y clubes sociales.

### ***Equipamiento***

Córdoba cuenta con veinticuatro mamógrafos. Tres de ellos no están operativos y cuatro mamógrafos son móviles y recorren toda la provincia, con especial énfasis en la zona norte que es la de mayor incidencia. De los mamógrafos fijos, cinco están ubicados en Córdoba capital y el resto distribuidos en las localidades de Villa María, Alta Gracia, Dean Funes, Bell Ville, Laboulaye, Río Cuarto, San Francisco, Villa Dolores, Marcos Juárez, Villa Caeiro, Unquillo y Villa del Rosario.

### ***Control de calidad***

El sistema de control de calidad es realizado por el Instituto Nacional del Cáncer.

### ***Tratamiento***

La provincia cuenta con una red de servicios de cirugía, radioterapia y quimioterapia, para el tratamiento de las mujeres con cáncer de mama. Asimismo cuentan con servicio de patología mamaria en el Hospital Rawson, donde atienden los mastólogos que tratan los casos que se encuentran en los estadíos más avanzados.

### ***Registro de datos***

El sistema que se utiliza para el seguimiento de casos y carga de datos es el del SIGIPSa (Sistema Integral para la Gestión de Información en Programas de Salud), un registro que funciona a nivel provincial. El centro de cómputos migra todos los datos que se cargan a través de este registro al plan SUMAR, ya que ellos financian gran parte del programa.

### ***Indicadores diagnóstico y tratamiento***

Los datos referidos al diagnóstico y tratamiento se sistematizan desde el año 2014, pero no se tiene acceso a los registros, salvo un pedido concreto del programa. Asimismo, no se puede asegurar que se tome registro de la totalidad de los casos que se dan en la provincia, sino sólo aquellos tratados en los hospitales Córdoba y Rawson.

#### 4.4.5 Patagonia

En la región Patagónica se entrevistó al equipo de prevención del cáncer de mama de la provincia de Chubut, localizado en Esquel. En esta provincia no existe un marco normativo para la detección precoz y el tratamiento contra el cáncer de mama, lo cual ralentiza los avances en la materia, e impide que estos se plasmen en forma homogénea en todo su territorio.

De todas formas, un equipo de médicas se unió espontáneamente para crear ad hoc una unidad interdisciplinaria de mastología, que comenzó hace más de tres años, pero que cuenta con un mamógrafo hace tan sólo seis meses. Su trabajo se da en el marco de un escaso apoyo político provincial y Nacional.

##### **Marco Programático**

En la provincia de Chubut se carece de marco legal que acompañe la implementación y progreso del plan provincial contra el cáncer de mama. Tampoco cuentan con un convenio formal con el Instituto Nacional del Cáncer que abarque todo el territorio. Las ciudades de Trelew y Puerto Madryn cuentan con mayor conexión en cuanto a lineamientos y capacitación. Pero en Esquel se aplican otros criterios de tamizaje, razón por la cual no certificaron su plan. En Comodoro Rivadavia tampoco lo certificaron ya que no cuentan con especialista por imágenes.

Sin embargo, toda la provincia se encuentra alineada con el INC en cuanto a cuestiones de diagnóstico y capacitaciones brindadas a los profesionales.

##### **Equipo**

El equipo de trabajo de la unidad interdisciplinaria de mastología está integrado por la coordinadora que es la mastóloga del programa, una imagenóloga, una anatomopatóloga y el equipo de psicología del Hospital Zonal de Esquel.

Este equipo trabaja conjuntamente con el área programática del hospital, quienes se encargan de la logística de las mujeres que viven en las zonas más lejanas.

El equipo creado fue reconocido formalmente por el Ministerio de Salud de la provincia, que les brindó hace seis meses un mamógrafo digital directo.

Ningún cargo es de dedicación exclusiva.

##### **Presupuesto**

El financiamiento proviene del Ministerio de Salud Provincial (partida presupuestaria general de Ministerio de Salud) y abarca los salarios de los recursos humanos involucrados, la compra de determinado equipamiento y gastos de infraestructura edilicia. Los gastos para las capacitaciones en la materia, que no son brindadas por el INC, son solventados por los propios profesionales, así como la compra en el ámbito

privado de los insumos necesarios para la realización de las técnicas de inmunopatología.

### ***Lineamientos programáticos: edad objetivo y frecuencia de tamizaje***

En este sentido, el equipo sostiene la necesidad de apartarse de los criterios del INC, ya que consideran que no se condicen con la realidad de la provincia, ni con los lineamientos de la Sociedad Argentina de Mastología (SAMAS), ni de la Sociedad Argentina de Radiología (SAR).

Recomiendan la realización del screening a partir de los 40 años y anualmente.

### ***Test recomendado***

El test de tamizaje recomendado es la mamografía bilateral, sumada a un examen clínico periódico.

### ***Búsqueda activa de las mujeres / Campañas de sensibilización***

Una de las principales barreras con las que se enfrenta el programa es el acceso de las mujeres al estudio mamográfico.

En la zona existen trece hospitales rurales que derivan a sus pacientes al Hospital Zonal de Esquel, que es la única institución cercana con mamógrafo. Pero el problema es que no siempre los profesionales piden este estudio de rutina, y cuando lo hacen, no siempre las mujeres tienen los recursos necesarios para viajar hasta el hospital correspondiente. Con lo cual, la principal dificultad actual es que se pida el estudio y que la mujer llegue a hacérselo.

Pocos hospitales rurales cuenta con vehículos para trasladar cantidades considerables de mujeres para la realización del tamizaje, y la mayoría de ellos sólo cuenta con una ambulancia para emergencias, en las que pueden trasladar sólo dos mujeres por vez.

En este contexto la coordinadora trabaja activamente con el área programática del hospital con el fin de destinar un vehículo que pueda trasladar simultáneamente a grupos de 10 a 15 mujeres diariamente al hospital para posibilitar su acceso al tamizaje correspondiente.

Asimismo, se está realizando un trabajo de sensibilización y concientización de los equipos de profesionales de todos los hospitales rurales, con el fin de que los médicos clínicos o ginecólogos comiencen a pedir el estudio mamográfico de rutina.

En el año 2018 se realizaron tres charlas brindadas por la coordinadora del programa en tres puntos específicos en los que se reunieron los distintos agentes de salud de los hospitales de la zona.

Para este año están planificando charlas para la comunidad con el fin de eliminar miedos, tabúes y mitos a cerca de la realización de la mamografía.

### ***Equipamiento***

La provincia de Chubut cuenta con 4 mamógrafos en el sector público. Uno indirecto ubicado en la ciudad de Puerto Madrin y tres equipos de mamógrafos digitales directos distribuidos en las ciudades de Trelew, Esquel y Comodoro Rivadavia, que fueron comprados y entregados por la provincia en el mes de diciembre de 2018.

Hasta ese momento la provincia careció de equipamiento directo, con lo cual sólo a las mujeres con una patología comprobada se las enviaba al sector privado con la finalidad de realizarle el tamizaje correspondiente.

En consecuencia, no existía la detección temprana, que es el único modo de evitar que el cáncer alcance estadíos de difícil reversión, y por largos períodos la población no se estudiaba, o se estudiaba de forma deficiente en cuanto a cantidad y calidad de estudios.

### ***Diagnóstico***

La provincia no cuenta con laboratorios de anatomía patológica propios. Hasta el año pasado, se enviaban las muestras a Buenos Aires para ser estudiadas. A partir de este año, la inmunóloga del programa compró a través de recursos propios los insumos necesarios en el sector privado para realizarlo en forma manual. El plan es centralizar todos los casos de patología mamaria de la provincia en el Hospital Zonal de Esquel, pero el pedido de insumos y equipos que se hizo tanto al INC como al gobierno de la provincia aún no tuvo respuesta.

### ***Tratamiento***

La provincia cuenta con una red de servicios de cirugía, radioterapia y quimioterapia, para el tratamiento de las mujeres con cáncer de mama. Pero no todos estos servicios se brindan en el mismo hospital ni en la misma zona. Por ejemplo, la radioterapia sólo se brinda en el Hospital de Comodoro Rivadavia, que se encuentra a 600km de Esquel. A través de gestiones internas de la coordinadora del programa, se logró completar el equipo interdisciplinario integrando a los radioterapeutas de Comodoro, con quienes realizan reuniones mensuales a través de Skype.

### ***Registro de datos***

Existen dos tipos de registros en la provincia.

Por un lado, se registran los datos tumorales en planillas formato papel que les envía la provincia y que están destinadas al Registro Provincial de Tumores. Pero no se tienen conocimiento de su sistematización ni tienen devoluciones de ningún tipo.

Por otra parte cuentan con usuario de carga para el SITAM módulo mama, del INC, pero aún no tienen cargas ya que no cuentan con una conexión estable de internet ni personal administrativo para ese fin.

Con lo cual no existe un sistema único de registro de cobertura y participación, diagnóstico y tratamiento a nivel provincial que pueda ser utilizado para la promoción del tamizaje y la búsqueda activa de mujeres.

#### ***Indicadores de monitoreo***

El programa no cuenta con datos concretos de monitoreo y evaluación. Su incipiente creación es una de las razones, y el desactualizado registro provincial es otra.

#### ***Indicadores diagnóstico y tratamiento***

Los datos referidos al diagnóstico y tratamiento son escasos. Están diseminados por distintos centros de salud y aún no existe una política de integración ni manuales para la toma de datos estandarizada.

### **4.4.6 Consideraciones comunes**

Uno de los tópicos que atravesó todas las entrevistas fue la falta de apoyo político para avanzar y mejorar la implementación de los programas existentes, salvo en la provincia de Tucumán. Todas las referentes entrevistadas del resto de las regiones, hicieron mención de su esfuerzo personal para el logro de cada uno de los objetivos conseguidos, e incluso muchos de ellos implicaron recursos financieros propios.

La provincia no responde en cuanto a renovación o compra de equipamiento, y si lo hace es luego de largos períodos de tiempo. Tampoco brinda becas de capacitación o propicia la contratación de profesionales o asistentes necesarios para la integración adecuada de los equipos de trabajo.

Por su parte, el INC brinda capacitaciones, otorga apoyo en cuanto a campañas de difusión y sensibilización, realiza controles de calidad del equipamiento, pero no otorga recursos financieros a todas las provincias.

**Se requiere una verdadera reforma que permita una equiparación en la prestación de los servicios de salud en las distintas provincias y en su interior.**

En el cuadro 8 se puede observar un resumen comparado de las entrevistas, con el fin de facilitar su mirada en conjunto.

**Cuadro 8. Resumen entrevistas a referentes provinciales**

Provincia	Marco Programático	Equipo	Presupuesto	Edad Objetivo	Frecuencia	Test Recomendado	Búsqueda activa de mujeres	Equipamiento	Control de calidad	Registro de datos
<b>Chaco</b>	Sin norma / Convenio con el INC	Ningún cargo es de dedicación exclusiva.	Ministerio de Salud de la provincia.	Mujeres mayores de 35 años.	Anual	Mamografía bilateral, sumada a un examen clínico periódico.	-	1 mamógrafo en uso. 17 mamógrafos no operativos.	-	En RITA.
<b>Tucumán</b>	Res. Min Salud N° 789/SPS	Coordinador a full time. Resto del equipo part time.	Ministerio de Salud de la provincia	Mujeres de entre 40 y 70 años.	Anual	Mamografía bilateral, sumada a un examen clínico periódico.	Búsqueda activa con navegadora y referentes zonales. Charlas de sensibilización	14 mamógrafos fijos, 1 móvil. Todos en uso.	-	En SGH y SITAM mama.
<b>La Rioja</b>	Ley N° 9612 (2014)	Todo el equipo es de dedicación exclusiva.	Ministerio de Salud de la provincia	Mujeres mayores de 40 años.	Entre 40 y 49 años anual. A partir de 50 años, bienal.	Mamografía bilateral, sumada a un examen clínico periódico.	Dos navegadoras. Charlas y talleres de sensibilización a la comunidad y a profesionales.	10 mamógrafos fijos, 1 móvil. Todos en uso.	Se realiza a través del INC.	En SITAM mama.
<b>Córdoba</b>	Sin norma / Convenio con el INC	Coordinador a full time. Resto del equipo part time.	Ministerio de Salud de la provincia y aportes del programa SUMAR.	Mujeres de entre 40 y 70 años.	Anual	Mamografía bilateral, sumada a un examen clínico periódico.	Charlas a la comunidad en los meses de marzo y octubre.	24 mamógrafos, 17 fijos y 4 móviles en uso.	Se realiza a través del INC.	<b>En SIGIPSa.</b>
<b>Chubut</b>	-	Ningún cargo es de dedicación exclusiva.	Ministerio de Salud de la provincia	Mujeres mayores de 40 años	Anual	Mamografía bilateral, sumada a un examen clínico periódico.	Charlas de sensibilización a los equipos de profesionales.	3 mamógrafos directos, 1 mamógrafo indirecto. Todos en uso.	-	A través del Programa Provincial de Tumores.

## 5. Discusión de política

---

Sin duda, la *fragmentación de derechos* es fuente de inequidades e ineficiencias que reclaman reformas importantes tendientes a lograr una mayor integración entre los subsistemas. Tal como se sostiene en el trabajo *Marco Normativo, Federalismo y Salud Adolescente* “El análisis de cómo un sistema de salud se diseña y organiza para identificar, atender y satisfacer las necesidades de salud y desarrollo integral de la población se apoya en un reconocimiento formal de derechos a ser garantizados” (Maceira, et al, 2017).

Sin embargo, la organización federal que presenta Argentina acrecienta la antedicha *fragmentación de derechos* por lo que el simple reconocimiento normativo no suele ser suficiente. En este sentido, se requiere un mayor esfuerzo de coordinación entre jurisdicciones para que se alcance una efectiva aplicación, y que sea de modo eficiente y homogénea. La falta de coordinación no sólo puede llegar a implicar brechas de acceso y financiamiento, sino que puede constituir inequidades en el reconocimiento efectivo de derechos a la salud (Maceira, et al, 2017).

En virtud de ello, se adopta el concepto de equidad de derechos plasmado en el trabajo de Salud Adolescente previamente citado, pero adaptado a las particularidades del presente trabajo. De esta manera se considera como la brecha entre la normal nacional y los marcos legales de las distintas jurisdicciones, o la ausencia de ellos. Para determinarlo se consideró como parámetro de análisis la presencia de los presupuestos mínimos establecidos por la norma rectora. Y luego de realizada una comparación entre criterios provinciales se determinó que las grandes brechas de acceso y uso del sistema de salud en la materia, no estaban ligadas tanto a la existencia o no de normativa, sino a que efectivamente esta no suele guardar relación con las normativas de las provincias restantes ni con un criterio uniforme establecido a nivel supra local.

Ni sus fechas de sanción, ni las fechas de efectivo inicio de actividades de cada uno de los programas provinciales estaban relacionadas. Tampoco lo están las medidas que toman cada una de las provincias con los mismos fines, ya sea concientizar y sensibilizar a la población y al personal sanitario, o registrar a través de determinados indicadores los datos más significativos que sirvan a futuros análisis. De las entrevistas realizadas surge que no existe comunicación inter-provincial a cerca de las políticas a adoptar, ni de las perspectivas que cada una tiene para el futuro de los programas.

Es verdad que la percepción de necesidades puede ser distinta entre jurisdicciones (incluso el reconocimiento de ser sujeto de derecho); como así también existen brechas entre la percepción de tales necesidades y su traducción en un programa que ejecute

la norma. Esta distinción puede asimismo trasladarse en diferencias entre los objetivos del programa y su presupuesto, entre su presupuesto y su ejecución, e incluso entre ella y su efectividad (Maceira, et al, 2017).

Adicionalmente y sobre un escenario caracterizado por serias desigualdades territoriales, los indicadores sanitarios son altamente dependientes del desarrollo económico de cada región y el proceso de descentralización fiscal ha tenido una multiplicidad de respuestas locales, en lo referido tanto a la forma que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia. Como consecuencia de esta *fragmentación territorial*, cada provincia constituye un espacio de recepción que opera con particulares restricciones presupuestarias, sus políticas sanitarias –locales y regionales-, perfiles diferenciados de demandas, marcos regulatorios y diferente grado de desarrollo de la oferta privada.

Las posibles soluciones en este contexto suelen exceder el ámbito exclusivo de la política sanitaria, dando cuenta de la importancia de considerar los diferentes determinantes del estado de salud de una población. Además, el enfoque de salud integral exige la necesaria articulación intergubernamental entre sectores, como salud, educación, desarrollo social y justicia, como condición necesaria para garantizar la integralidad.

Es por ello que en este documento se han presentado una serie de puntos estratégicos que servirán para orientar el debate de futuras reformas. En especial:

- A pesar de que los recursos que la sociedad argentina destina al financiamiento de la salud son altos, la persistencia de viejos problemas y la emergencia de nuevos desafíos obligarán a encarar reformas que mejoren la eficiencia y la equidad del sistema.

La excesiva fragmentación del gasto, con una escasa participación del sector público, explica bastante de ello.

- La oferta pública de servicios de salud (universal y gratuita), marcada por un fuerte proceso de descentralización, reproduce los desequilibrios regionales y no logra compensar los problemas distributivos. Ello llama la atención sobre la necesidad de rejerarquizar el rol del gobierno nacional en la compensación de las inequidades, lo que, dada la escasa participación del gasto público nacional en el sector, parece de difícil instrumentación si no se consideran modificaciones presupuestarias y la negociación de acuerdos entre Nación y provincias para potenciar los recursos disponibles mediante incentivos en el financiamiento. Existe una postura de académicos del derecho que sostienen que, a partir de la reforma constitucional de 1994 que incorpora el derecho a la salud en forma expresa a través de diversos tratados internacionales, el rol del Estado

Nacional con respecto al sistema Federal cambió (Bonpland y Bozzolo, 2015). No debe tenerse como aquel que simplemente tiene el deber de establecer presupuestos básicos, a los que las provincias se adhieran facultativamente. Si no que debe “complementar” la respuesta que cada provincia pueda alcanzar para satisfacer las necesidades sanitarias de sus habitantes. La Nación actuaría como un factor de “igualación” entre las provincias, sin dejar de asegurar el cumplimiento de los compromisos internacionales asumidos. Los Tratados Internacionales se proponen asegurar derechos humanos de distinta naturaleza y formas de cumplimiento; en el caso de la salud, es necesario desarrollar capacidades en todo el territorio; recursos humanos, tecnología, infraestructura. Son capacidades que requieren un esfuerzo conjunto del Estado Nacional y los Estados provinciales para lograr la satisfacción del derecho reconocido. Teniendo en cuenta nuestra organización federal y la distribución de responsabilidades, el cumplimiento internacional requiere de un esfuerzo de coordinación entre las jurisdicciones involucradas.

Sin dudas, el Consejo Federal de Salud (COFESA), y el Consejo Federal Legislativo de Salud (Co.Fe.Le.Sa), se presentan como las dos plataformas básicas y más idóneas sobre las que desarrollar una estrategia global y sistémica en el complejo “mapa” jurisdiccional e institucional del sector en nuestro país.

En síntesis, para alcanzar una mayor organización, cobertura y calidad de las acciones a través de los programas existentes y aquellos que se crearán en el futuro se requiere de una definición de objetivos generales para su efectivo desarrollo en todo el territorio. Es decir, se debe tender a lograr la *integración* en todas sus acepciones. En este sentido, compartimos en este estudio las conclusiones de un trabajo realizado por la Pan American Health Organization (2011), en el que se recomienda a los países de América esa estrategia para enfrentar los problemas de fragmentación que caracterizan a la región, a través de diversos mecanismos institucionales e instrumentos de política específicos. Los primeros caracterizados como aquellos a implementarse en los propios centros de salud, y que pueden agruparse en mecanismos clínicos y no clínicos. Los mecanismos clínicos son aquellos relacionados directamente con la atención médica e incluyen, por ejemplo: a) equipos multidisciplinarios; b) un único registro clínico (electrónico); c) pautas de referencia y contrarreferencia; d) telemedicina, etc. Los mecanismos no clínicos se refieren a aquellos que dan apoyo al proceso de atención clínica e incluyen: a) una misión y visión organizativa compartida; b) planificación estratégica compartida, asignación de recursos y evaluación del desempeño; c) la participación de los trabajadores y usuarios de la salud en la gobernabilidad; d) centros de turnos centralizados; e) sistemas de apoyo logístico y clínico compartidos; f) una

identificación de usuario única (código); g) equipos de servicios sociales para la coordinación intersectorial; y h) estrategias para la compra de servicios (o acuerdos de gestión), que promuevan la integración de los servicios de salud.

Por otra parte, los instrumentos de política pública recomendados son aquellos que representan las formas y medios (estrategias y recursos), que los gobiernos utilizan para alcanzar sus metas y objetivos e incluyen instrumentos legales, desarrollo de capacidades, impuestos y tarifas, gastos y subsidios e información. Los ejemplos de la aplicación de algunos de estos instrumentos para la creación de planes integrales incluyen: a) la designación geográfica de la población a atender; b) planificación de servicios en función de las necesidades de la población; c) definición de una cartera integral de servicios de salud; d) estandarización del modelo de atención centrada en la persona, familia y comunidad; e) estandarización de los enfoques interculturales y de género en los servicios; f) sensibilidad a la diversidad de la población; g) regulación del acceso a la atención especializada; h) guías de práctica clínica; i) políticas de capacitación y gestión de recursos humanos; y j) colaboración intersectorial para abordar los determinantes de la salud y la equidad en la salud.

En conclusión, como expusimos a lo largo de todo el trabajo, la probabilidad más alta de impactar en la mortalidad surge de la correcta articulación de todo el proceso de cuidado de la enfermedad. Por lo tanto, una de las primeras cuestiones a considerar es la *institucionalización de los programas*. Como hemos comprobado, existen problemas en la continuidad de las acciones, debido a la falta de estrategias que propicien *sustentabilidad en el mediano y largo plazo*. Para lograr la viabilidad de los programas, es imprescindible que cuenten con marcos legales que definan sus objetivos, su funcionamiento, los recursos y el presupuesto que les serán adjudicados. Estos instrumentos deben explicitar qué herramientas y métodos se utilizarán para evaluar su desempeño. También es necesaria la designación de un equipo responsable, que tenga la posibilidad real de diseñar, aplicar, coordinar y monitorear el programa.

## 6. Conclusiones y propuestas

---

A pesar de que el cáncer de mama ocupa un lugar destacado entre las causas de mortalidad y morbilidad en la República Argentina, no lo está en la agenda política actual. Por ello se abordó la temática con el fin de proporcionar un marco actual de la situación y analizar posibles causas y respuestas de política ante este contexto.

Para ello se revisó el marco legal existente en materia de programas y planes de detección precoz, control y/o tratamiento del cáncer de mama mediante el análisis de contenido, y se investigó sobre todos aquellos programas existentes sin marco legal, para identificar la congruencia del marco normativo respecto de su capacidad para orientar la integración funcional los distintos actores y recursos que forman parte de ellos.

Se identificaron 19 provincias con programas provinciales de detección precoz y/o control del cáncer de mama, pero sólo 14 de ellas con un marco regulatorio generado por una ley, decreto o resolución ministerial provincial.

El estado actual de estos programas varía de una provincia a otra. En algunas jurisdicciones como Mendoza, La Rioja y Tucumán se ha verificado un mayor nivel de institucionalización y funcionamiento. En otras, como Chaco, no hay estructura administrativa que lleve adelante el programa. Los referentes provinciales suelen estar contratados por tiempo parcial y tienen múltiples actividades a cargo, y como consecuencia de esto, no rige una institucionalización que dé continuidad administrativa y ejecutiva a los programas legalmente vigentes.

Todo ello, desplegado en un contexto de segmentación que implica una importante pérdida en la eficiencia técnica, contribuyendo a generar infraestructura no competitiva y redundante y generando costosas diferencias de ocupación y de productividad, que lleva a la población a demandar servicios fuera de sus instituciones de cobertura legal. Así, una fracción importante de beneficiarios de la seguridad social acceden a los servicios públicos destinados a la población no asegurada, a la vez que la población no asegurada logra acceso limitado a los servicios de la seguridad social, debiendo realizar importantes gastos de bolsillos que deberían estar garantizados por el Estado.

Nuestros resultados apuntan a una ausencia de correlación entre la existencia de normativa y el desarrollo, gastos y cobertura de la provincia. Pero ello no hace más que reforzar la idea de que *la gran fragmentación en materia normativa no da lugar a que se alcancen beneficios reales, enmarcados en un proceso de integración de las instituciones existentes, que permitan alcanzar la eficiencia a nivel nacional.*

Corregir las deficiencias del modelo segmentado facilitando el flujo de recursos entre las instituciones y jurisdicciones; lograr la eficiencia en el uso de infraestructura y equipamiento; crear incentivos basados en desempeño, y alcanzar la adherencia a estándares de calidad y seguridad de la atención médica son los desafíos que deben ser enfrentados para alcanzar una cobertura efectivamente universal, equitativa y de calidad.

No obstante, entendemos que difícilmente puedan lograrse avances sustantivos en la organización del sector en la medida en que la lógica de intervención surja de un marco regulatorio que repita la fragmentación del territorio y esté ausente la visión integradora.

## 7. Bibliografía consultada

---

- Blanco S., Andisco D., Buffa R., Pesce V., Viniegra M. PROGRAMA NACIONAL DE CÁNCER DE MAMA: CONTROL DE CALIDAD Y CAPACITACIÓN. CONICET – Argentina. Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación – Argentina. Universidad Favaloro, Facultad de Ingeniería y Ciencias Exactas y Naturales – Argentina.
- Bonpland, V. y Bozzolo A. (2015). Federalismo sanitario en la reforma constitucional de 1994. Una mirada desde la gestión. Disponible en: <http://www.dpicuatico.com/wp-content/uploads/2015/07/Salud-Doctrina-2015-07-13.pdf>.
- Hortobágyi, G. N., de la Garza Salazar, J., Pritchard, K.; Amadori, D., Haidinger, R., Hudis, C. A., Khaled, H., Liu, M. C., Martin, M., Namer, M., O’Shaughnessy, J. A., Shen, Z. Z., Albain, K. S. (2005). ABREAST Investigators. The global breast cancer burden: variations in epidemiology and survival. *Clinical Breast Cancer*; pp. 391-401.
- Maceira, D. (2018). Morfología del Sistema de Salud Argentino. Descentralización, Financiamiento y Gobernanza. CEDES; Preservar Salud.
- Maceira, D., Hasicic, C., Carlino, M., Ibarra, M., Marcos, P., Navarro, D., Sadiro, F. (2017). Marco Normativo, Federalismo y Salud Adolescente: El caso de cinco provincias del Norte Argentino; CEDES; UNICEF.
- Maceira, D. y Palacios, A. (2002). Estructura, Gestión y Desempeño de Cabeceras de Red Hospitalarias Perinatales. Dos estudios de caso en la Provincia de Buenos Aires. CEDES.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) (2010). El acceso a la salud en Argentina: III encuesta de utilización y gasto en servicios de salud, 2010. Buenos Aires. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/fesp/images/stories/recursos-de-comunicacion/publicaciones/estudio\\_carga\\_enfermedad.pdf](http://www.msal.gob.ar/fesp/images/stories/recursos-de-comunicacion/publicaciones/estudio_carga_enfermedad.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (MSAL) (2016). Estadísticas vitales: Información básica Argentina - Año 2015. Serie 5 Número 59.
- Ministerio de Salud Pública (2017). Estrategia nacional para la atención integral del cáncer en el Ecuador.. Disponible en: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac\\_0059\\_2017.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0059_2017.pdf).

- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Secretaría de Gobierno de Salud, Instituto Nacional del Cáncer (MSAL) (2018). RITA: Registro Institucional de Tumores de Argentina. Contexto, avances y resultados. Período 2012-2017.
- Organización Mundial de Salud (OMS) (2002). Programas nacionales de control del cáncer: Políticas y pautas para la gestión.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). Cáncer de mama en la Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Buenos Aires, Argentina.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53° Consejo Directivo, 66 sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud. Análisis de Salud, Métricas y Evidencia: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos. Washington, D.C., Estados Unidos de América.
- Pan American Health Organization (PAHO) (2011). Integrated health services delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington, D.C.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2011). El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros.
- The Lancet Oncology Comision, (2013). La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe.
- Velásquez-De Charry, L. C., Carrasquilla, G., Roca-Garavito, S. (2009). Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. Salud Pública de México, 51(Supl. 2), pp. 246-253.
- Yip, C. H., Smith, R. A.; Andersson, B. O.; Miller, A. B.; Thomas, D. B.; Ang, E. S.; Caffarella, R. S.; Corbex, M.; Kreps, G. L.; McTiernan, A. (2008). Breast Health Global Initiative Early Detection Panel. Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: early detection resource allocation. Cancer. Oct 15; 113(8 Suppl), pp. 2244-56.
- Zhao G., Okoro C.A., Li J., Town M. (2018). Health Insurance Status and Clinical Cancer Screenings Among U.S. Adults. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29102459>.

Páginas web consultadas

- Breastcancer.org. Disponible en: <https://www.breastcancer.org>.
- Cancer.net - American Society of Clinical Oncology (ASCO). Disponible en: <https://www.cancer.net/>
- Cuenta de Inversión – Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas de la Nación. Disponible en: <http://www.mecon.gov.ar/hacienda/cgn/cuenta/>
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) – Secretaría de Gobierno de Salud. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/>
- Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) – International Agency for Research on Cancer World Health Organization. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Disponible en: [https://www.indec.gob.ar/nivel2\\_default.asp?seccion=P&id\\_tema=2](https://www.indec.gob.ar/nivel2_default.asp?seccion=P&id_tema=2)
- Instituto Nacional del Cáncer (INC). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/inc>
- Legisalud Argentina – Secretaría de Gobierno de Salud – Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en: <http://leg.msal.gov.ar/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <https://www.paho.org/arg/>
- The Lancet Oncology. Disponible en: <https://www.thelancet.com/journals/lanonc/home>.

## 8. Anexo

### Mortalidad

La información sobre la cantidad de defunciones debidas al cáncer de mama, por grupos de edad y por jurisdicción, fue proporcionada por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS/MSAL).

Esta repartición realiza el análisis de los certificados de defunción generados en todas las jurisdicciones del país. La causa mediata de muerte registrada es la que se utiliza con fines estadísticos. No hay revisión de registros médicos ni otros intentos por confirmar la correcta asignación de la causa del deceso.

### Población

Para el cálculo de las tasas de mortalidad del total país y de cada una de las jurisdicciones (específicas por edad y estandarizadas), se utilizaron las estimaciones para la población de mujeres, por cada año, elaboradas por el INDEC y publicadas en [https://www.indec.gob.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=2&id\\_tema\\_2=24&id\\_tema\\_3=85](https://www.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=24&id_tema_3=85).

Provincia	IDH Provincial 2016	Cobertura 2010	Porcentaje de gasto en salud	Mortalidad por cáncer de mama	Desarrollo de presupuesto básicos (1-5)
Tierra del Fuego	0,89	73,05%	15,10%	9	0
CABA	0,89	80,91%	26,40%	644	3
Santa Cruz	0,86	78,38%	13,30%	19	0
Neuquén	0,85	63,49%	20,50%	70	5
Chubut	0,86	70,92%	14,50%	60	0
La Pampa	0,85	63,82%	17,90%	48	3
San Luis	0,85	58,10%	13,80%	72	5
Mendoza	0,85	61,71%	16,70%	299	4
Córdoba	0,85	65,41%	14,90%	534	4
Santa Fe	0,85	66,67%	14,80%	551	5
Entre Ríos	0,85	62,80%	13,60%	185	0
Río Negro	0,84	63,99%	19,60%	86	4
Catamarca	0,84	59,04%	19,00%	40	4
Buenos Aires	0,84	63,35%	14,00%	2356	4
La Rioja	0,83	59,90%	15,20%	34	5
Tucumán	0,84	60,92%	20,20%	177	4
San Juan	0,84	53,63%	18,60%	90	4
Jujuy	0,83	52,00%	16,90%	47	4
Salta	0,83	49,80%	18,60%	107	4
Misiones	0,83	51,75%	10,80%	122	5

<b>Corrientes</b>	0,83	47,93%	15,80%	115	0
<b>Formosa</b>	0,82	39,68%	13,90%	50	4
<b>Santiago del Estero</b>	0,82	41,58%	14,50%	56	2
<b>Chaco</b>	0,82	39,75%	10,50%	107	0

## CUESTIONARIO MODELO PARA TODOS LOS REFERENTES DE PROGRAMA:

### **EL PROGRAMA**

- ¿Cuál es el nombre completo del programa/plan/coordinación/dirección?
- ¿Dónde está ubicado el programa dentro de la estructura ministerial? (Secretaría/Subsecretaría, Dirección, etc.)
- ¿Cuál es la fecha de creación del programa, y cuál es la fecha del inicio efectivo de actividades?
- ¿Existieron programas piloto para su implementación final?
- ¿Podría especificar la norma que le dio creación al programa como tal?
- ¿Cuáles son sus fuentes de financiamiento? ¿Reciben recursos del gobierno nacional/provincial/organismos internacionales, etc.? ¿En qué porcentajes están financiado por la provincia y en cuál por la Nación?
- ¿Aplica el programa provincial los mismos lineamientos que el Programa Nacional?
- En caso afirmativo, ¿la implementación del programa nacional requirió modificaciones sustanciales a nivel de equipos de trabajo, equipamiento técnico y/o normativa en la materia? ¿Hay una coordinación real entre el programa nacional y el provincial? ¿Cómo?
- ¿Cuáles son los lineamientos mínimos del programa (población objetivo, método recomendado, población de riesgo, frecuencia)? ¿implementan los requisitos mínimos en la materia que estableció el programa nacional?
- ¿Cómo se compone el equipo de trabajo que lleva adelante el programa? ¿Es part time/full time?
- ¿Existió o existe algún obstáculo para la implementación del programa? (Obstáculos de tipo político, económico, organizacional, etc.).

### **TAMIZAJE**

- Con respecto al proceso de tamizaje, ¿Está toda la población de la provincia incluida en el programa?

- ¿Cuál es el método de detección recomendado por el programa? ¿Cuál es la frecuencia recomendada para la realización del método de detección? ¿Cuál es la edad recomendada para la realización del método de detección?
- ¿Hubo algún problema de implementación en los hospitales y/o salas de atención primaria para la implementación del/los métodos de tamizaje recomendados?
- ¿Existen protocolos de tratamiento estándar aprobados por la Provincia?
- ¿Cómo es la solicitud de turnos? ¿Cuál es la demora en el otorgamiento de turnos? ¿Cuál es la demora en la entrega de resultados? ¿Cuál es la conducta a seguir si el resultado es positivo?

## **EQUIPAMIENTO**

- ¿Cuántos mamógrafos hay en los hospitales públicos de su provincia?
- Si no los hay, ¿en dónde se realiza el proceso de detección?

## **REGISTROS**

- ¿Existe en la provincia algún registro poblacional de tumores? ¿Dónde?
- ¿Existe en la provincia algún registro hospitalario de tumores? ¿Dónde?
- ¿Existen registros de la cantidad de mamografías realizadas mensualmente/semestralmente/anualmente? ¿Dónde?
- Si existen los registros, ¿Están discriminados por datos del lugar donde se realizó, edad de la población que lo realizó? (NOTA: preguntar si miden otras variables).

## **COMUNICACIÓN**

- ¿Existen un plan activo dirigido a la población objetivo de invitación al programa? (envío de cartas de invitación, llamadas telefónicas, visita de agentes comunitarios para localizar mujeres, etc.).
- ¿Existieron o existen campañas de prevención? En caso de existir, ¿cómo fueron promovidas? (utilización de medios masivos de comunicación, medios locales, utilización de móviles, profesionales involucrados, año de realización, etc.).
- ¿Posee guías, manuales de procedimiento, protocolos o cualquier otro material destinado a los profesionales, sobre cáncer de mama?
- ¿Considera que la población objetivo tiene conocimiento del programa y las prestaciones que incluye?

## **PREGUNTAS DE CIERRE**

- ¿Qué dificultades existen con respecto a: el desarrollo del programa; el método de detección; el presupuesto asignado al programa; la cantidad de equipamiento con la que cuenta la provincia; la capacitación que reciben los profesionales que forman parte del programa; etc.?
- ¿Considera que el programa está cumpliendo con las metas esperadas?
- ¿Quisiera agregar algo más?