RESOLUCIÓN 1813/2013
MINISTERIO DE SALUD (M.S.)

Créase el "Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama". Funciones.
Del: 30/10/2013; Boletín Oficial 05/11/2013.

VISTO el Expediente Nº 2002-794-13-0 del registro de este Ministerio, el Decreto Nº 1.286 de fecha 9 de septiembre de 2010, y la Ley de Ministerios Nº 22.520 (T.O. 1992) modificada por la Ley Nº 26.338, y
CONSIDERANDO:
Que conforme el inciso 37 del Artículo 23 ter de la Ley de Ministerios Nº 22.520 (T.O. 1992) modificada por la Ley Nº 26.338, resulta competencia de este Ministerio entender en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales determinados en situación de riesgo.
Que el cáncer de mama es la principal causa de muerte por dicha enfermedad, de la población femenina del país, representando un grave problema de salud para la mujer.
Que en la República Argentina se diagnostican alrededor de DIECISIETE MIL (17.000) casos nuevos por año de cáncer de mama, muriendo CINCO MIL CUATROCIENTAS (5.400) mujeres por año por causa de esta enfermedad.
Que la detección precoz del cáncer de mama, resulta en tumores más pequeños y con mayor potencialidad de curación, requiriéndose para ello, procedimientos diagnósticos y terapéuticos eficientes y oportunos.
Que, asimismo, de acuerdo con el inciso 4 del Artículo 23 ter de la Ley de Ministerios Nº 22.520 (T.O. 1992) modificada por la Ley Nº 26.338, resulta competencia de este Ministerio entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social.
Que por lo tanto, desde el MINISTERIO DE SALUD resulta ineludible coordinar con las jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma Buenos Aires, las acciones conducentes a la obtención de estrategias que optimicen el control del cáncer mama en el marco de programas organizados.
Que mediante el Decreto 1286/10 se creó el INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER, cuyas funciones comprenden, entre otras, la de asesorar al Ministerio de Salud en los aspectos relacionados con la materia, tendiente a una racional distribución de los recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades neoplásicas, así como la rehabilitación de los enfermos aquejados por la enfermedad; así como la de convenir con las autoridades sanitarias provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para la aplicación, en sus respectivas jurisdicciones, de los programas y acciones determinados por el Plan Federal de Salud y/o por este Instituto, en concordancia con sus objetivos.
Que en consecuencia, resulta conducente la creación del PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE CANCER DE MAMA que tendrá como objeto reducir la morbimortalidad por cáncer de mama, garantizando un adecuado y eficaz servicio de salud a la población afectada.
Que los fundamentos de dicho Programa Nacional, así como sus objetivos generales y

específicos, desarrollo y ejecución, se encuentran especificados en el ANEXO de la presente resolución.
Que dicho Programa, conforme a su competencia, estará a cargo del INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER.
Que la Dirección de Programación y Control Presupuestario de la Dirección General de Administración de la SECRETARIA DE COORDINACION de este Ministerio, ha tomado la intervención que le compete, informando que el gasto que demande la ejecución efectiva del Programa Nacional, que se crea, será atendido con cargo al Presupuesto Jurisdiccional que anualmente se aprueba y todo otro recurso y/o financiamiento que a tal fin se disponga.
Que en consecuencia, esta Administración Central cuenta con los recursos presupuestarios para dar sostenimiento económico y financiero a los gastos que la implementación de este programa dará a lugar.
Que el INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER ha tomado la intervención de su competencia y propicia la aprobación del “PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE CANCER DE MAMA”.
Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.
Que se dicta la presente medida en ejercicio de las facultades conferidas por la Ley de Ministerios Nº 22.520 (T.O. 1992) y modificatorias.
Por ello,
El Ministro de Salud resuelve:

Artículo 1º.- Créase el “PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE CANCER DE MAMA” en el ámbito del INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER, que como ANEXO forma parte integrante de la presente medida, con el objetivo de reducir la morbimortalidad por cáncer de mama, de acuerdo a los fundamentos y antecedentes que se indican en el mismo.
Art. 2º.- Serán funciones del “PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE CANCER DE MAMA”, la elaboración de lineamientos programáticos y guías de práctica para la detección, diagnóstico y tratamiento; la implementación de un sistema integral de control de calidad en todo el continuo de cuidado del cáncer de mama; el monitoreo y la evaluación del proceso de detección y tratamiento; la articulación de las diferentes etapas del cuidado del cáncer de mama (detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento); la elaboración e implementación de estrategias de comunicación sobre hábitos saludables vinculados a la salud mamaria con un lenguaje ajustado a las diferentes comunidades que componen la Nación. A los fines de cumplir con estas funciones, el Programa deberá articular su actividad con las áreas del Ministerio que desarrollen actividades de cuidado de la salud en la población objetivo definida.
Art. 3º.- Autorízase al INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER de este Ministerio a suscribir los convenios, documentos e instrumentos que resulten necesarios para la adecuada ejecución e implementación del “PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE CANCER DE MAMA” que se crea por el Artículo 1° de la presente Resolución, quedando facultado a realizar toda gestión conducente al cumplimiento de las metas previstas en el mencionado Anexo, dentro de la normativa vigente.
Art. 4º.- Facúltase al INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER de este Ministerio a dictar las normas complementarias, interpretativas y aclaratorias de la presente Resolución.
Art. 5º.- El gasto que demande la ejecución efectiva del programa, creado por el Artículo 1° de la presente resolución, será atendido con cargo al Presupuesto Jurisdiccional del Presupuesto General de la Administración Nacional - Jurisdicción 80 - Ministerio de Salud, “Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama”.
Art. 6º.- Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir al “PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE CANCER DE MAMA”.
Art. 7º.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial a sus efectos y archívese.

Juan L. Manzur.

ANEXO

Fundamentos:

El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres en los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Aunque habitualmente se asume que esta patología es esencialmente un problema de las regiones industrializadas, más de la mitad de estos decesos ocurren en países de bajos o medianos ingresos. La mortalidad por cáncer de mama varía ampliamente de región a región. Para los países del continente americano oscila entre un 7,6 por 100.000, para Bolivia y un 24,3 por 100.000 para Uruguay. La República Argentina tiene la segunda tasa de mortalidad en el continente (20,1 por 100.000, para el 2008), lo que se traduce en alrededor de 5.400 muertes por año.

La incidencia de la enfermedad también es heterogénea a lo largo de la Región. Lamentablemente, para la mayoría de los países, la falta de registros poblacionales que provean datos de alta calidad hace que las estimaciones de incidencia requieran modelizaciones que aportan sesgos potenciales. Las estimaciones de incidencia provistas por la IARC reportan una tasa de 74 por 100.000 para Argentina. Una observación interesante es que la relación mortalidad/incidencia de la dolencia (indicador que da información sobre la eficiencia del cuidado de la enfermedad) tiene relación directa con el estado de desarrollo del país, típicamente es de 0,25 a 0,30 para países desarrollados, y cercana a 0,50 para países más pobres.

El cáncer de mama es una enfermedad difícilmente prevenible. Se han identificado algunos factores de riesgo como la historia familiar, la exposición a estrógenos endógenos (larga vida reproductiva, baja paridad) o exógenos (terapia hormonal de reemplazo), sobrepeso, ingesta moderada de alcohol, consumo de tabaco y sedentarismo. La modificación de estos factores requiere de un largo proceso de cambios culturales; este proceso recién se inicia en nuestra sociedad y sus efectos tardarán en evidenciarse varias décadas, por lo tanto, los esfuerzos para lograr el control de la enfermedad en el mediano plazo deben centrarse en la detección temprana y la implementación de tratamientos pertinentes.

La curabilidad del cáncer de mama depende en gran parte del volumen de la enfermedad al momento del diagnóstico, aunque los factores celulares relacionados con la agresividad biológica tienen también un peso considerable. Las tasas de curación para los tumores menores de 2 cm son altas y, en el caso de los tumores hormonodependientes, superan el 80%. Asimismo, el diagnóstico de tumores más pequeños ofrece, en la mayoría de los casos, la posibilidad de aplicar tratamientos locales y sistémicos menos agresivos.

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

Programa Nacional de control de Cáncer de Mama:

El presente programa está basado en los hallazgos del “Diagnóstico Situacional del Programa Nacional y Programas Provinciales”, realizado entre 2009 y 2010 en el ámbito de

la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud.

Misión:

Promover y asegurar la calidad y equidad del cuidado de las mujeres a riesgo, con sospecha o confirmación de cáncer de mama.

Visión:

Un país que garantice a sus mujeres un acceso equitativo al cuidado continuo, integral, adecuado y oportuno del cáncer de mama.

• Continuo implica el espectro de intervenciones que van desde la prevención primaria hasta los cuidados paliativos.

• Integral implica reconocer a la persona como una integralidad física, psicológica y social.

• Adecuado implica basado en la evidencia científica y en estándares de calidad aceptados.

• Oportuno implica en el tiempo óptimo.

Valores:

Las acciones del programa se desarrollarán siguiendo los siguientes principios.

Equidad en el acceso al cuidado: Todas las personas tienen derecho a recibir un cuidado adecuado y oportuno de su salud.

Respeto a la diversidad: la Nación está compuesta por diversos grupos sociales cuyas características y valores deben ser respetados por las acciones del programa.

Sustentabilidad de las acciones: el programa debe desarrollar acciones que puedan ser sostenidas en el tiempo.

Intervenciones basadas en evidencia: el cuidado adecuado y oportuno se define como aquellas intervenciones que cuentan con evidencia científica que demuestra modificaciones significativas en la cantidad o calidad de vida.

Calidad de los procesos: sólo garantizando que las intervenciones se desarrollen de acuerdo a los estándares definidos puede asegurarse que la persona reciba el beneficio previsto.

Trabajo en equipo y lazos con los sectores: la complejidad del cáncer de mama hace imprescindible la concurrencia de múltiples disciplinas, ello se traduce en la necesidad de construir equipos interdisciplinarios hacia el interior del programa y fomentar y establecer colaboraciones con miembros de otros organismos interesados como sociedades médicas, ONGs, instituciones académicas, instituciones dedicadas a la investigación, financiadores, etc.

Objetivos generales:

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

Objetivos específicos:

1. Lograr la institucionalización del programa.
2. Asegurar la calidad de los servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento.
3. Desarrollar un sistema eficiente de seguimiento y tratamiento de las mamografías sospechosas o no diagnósticas.
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.
5. Establecer un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia que asegure el correcto y oportuno diagnóstico y tratamiento de las mujeres con cáncer de mama detectadas en el Programa.
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.
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.
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.

Fases de implementación:

El programa se desarrollará en dos fases. En la primera se realizará un trabajo hacia el

interior de los servicios de salud que tendrá como objetivo establecer los lineamientos de una cultura de la calidad de los procesos, capacitación de los recursos humanos y elaboración de guías de práctica. Asimismo, se establecerá un sistema de información que permita realizar un monitoreo en el desempeño de las acciones de control de la enfermedad y la calidad de los servicios.

En la segunda fase se desarrollarán acciones destinadas a lograr una cobertura adecuada de los procedimientos de tamizaje mamográfico y tratamiento oportuno y adecuado.

Lineamientos programáticos: Tamizaje:

La prueba primaria de tamizaje es la mamografía bilateral en dos incidencias (cráneo-caudal y medio-oblicua lateral). La mamografía debe estar informada con el sistema BI-RADS. La ecografía NO es una práctica de tamizaje en mujeres de la población general por lo que no se recomienda su realización sistemática. La ecografía NO debe emplearse para compensar una mamografía de mala técnica ni la falta de entrenamiento.

Población objetivo:

Mujeres de entre 50 y 69 años sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de mama. La definición de la población objetivo está basada en la mayor carga de la enfermedad en ese grupo etario 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. De allí se desprende la importancia de que los médicos de atención primaria conozcan y puedan identificar si la paciente posee factores de riesgo como:

a. Historia personal de cáncer de mama o de enfermedades pre-neoplásicas en una biopsia previa.

b. Historia familiar de cáncer de mama u ovario.

c. Historia de radioterapia en el tórax.

Las mujeres con estos factores de riesgo deben ser referidas a un especialista en patología mamaria para su evaluación y consejo.

Periodicidad:

La periodicidad recomendada por el programa para la mamografía es bienal (cada 2 años). La evidencia bibliográfica sugiere que no existe un beneficio sustancial de un intervalo más breve. En contrapartida, mamografías anuales se asociarían a mayor incidencia de falsos positivos y sobre diagnóstico. En este sentido, el Programa Nacional adhiere a las recomendaciones de la US Preventive Services Task Force de los Estados Unidos, la Canadian Task Force on Preventive Health Care, el Advisory Committee on Cancer Prevention de la Unión Europea y el National Health Service del Reino Unido.

Diagnóstico:

Las pacientes con mamografía sospechosa deben tener un diagnóstico definitivo, de preferencia por biopsia percutánea, dentro de las 4 semanas del informe.

El diagnóstico de cáncer de mama se apoya en un informe anatomopatológico que define histología, receptores de estrógeno, progesterona y Her2neu, y en una estadificación clínica y anátomo-patológica.

La biopsia con aguja gruesa de lesiones palpables o no palpables (a través de localizaciones con ecografía o estereotaxia) tiene un rendimiento muy alto en manos entrenadas. En la actualidad se prefiere emplear este procedimiento como diagnóstico preoperatorio porque de esta manera se evitan numerosas cirugías con los consiguientes riesgos e incomodidades para la paciente y el consumo de recursos físicos y humanos, incrementando la eficacia en el diagnóstico y en el tratamiento. Se recomienda al menos que el 90% de los tumores invasivos y el 70% de los carcinomas in situ cuenten con diagnóstico pre-quirúrgico confirmado (no es necesario tener el resultado de los receptores para la cirugía).

En un programa organizado de tamizaje se estima que serán necesarias 1 ó 2 biopsias por cada 100 mujeres tamizadas. Es esencial que antes de emprender cualquier programa de tamizaje los recursos tanto físicos como humanos necesarios para estos procedimientos estén asegurados.

Tratamiento:

1. Diagnóstico prequirúrgico: Antes de cualquier tratamiento las pacientes deberán tener

diagnóstico anatomopatológico y una estadificación apropiada. Las pacientes asintomáticas con estadios I y II no requieren estudios de extensión preoperatorios.
2. Demora del tratamiento radiante: Las pacientes con cirugía conservadora deben recibir tratamiento radiante dentro de las 8 semanas si no se requiere tratamiento adyuvante con quimioterapia y de los 6 meses cuando se debe cumplir con el mismo.
3. Adyuvancia sistémica: Los pacientes con tumores hormonodependientes deben recibir adyuvancia hormonal según su estado menopáusico. El empleo o no de quimioterapia adyuvante debe decidirse en función del riesgo de recaída. Las pacientes con tumores HER2neu positivo mayores 1 cm deben recibir trastuzumab por 1 año; en el caso de tumores entre 0,6 y 1 cm se evaluarán otros factores pronósticos como receptores hormonales negativos. Las pacientes que reciban tratamientos intravenosos con quimioterapia o trastuzumab, deben hacerlo en un ambiente seguro que garantice la adecuada asistencia en caso de presentarse un evento adverso severo como una reacción alérgica, una arritmia o una extravasación. Ello implica tanto contar con instrumental y medicación apropiados para maniobras de reanimación como con personal entrenado.
Seguimiento:
1. Después de finalizado el tratamiento las pacientes deben ser seguidas con mamografía (la primera a los 6 meses de finalizada la radioterapia) y control clínico periódico.
2. No se recomienda el empleo de centellograma, estudios radiológicos ni marcadores tumorales en mujeres asintomáticas. Tampoco se recomienda la realización de ecografías transvaginales para búsqueda activa de pólipos endometriales en mujeres asintomáticas que toman tamoxifeno.

LEGISALUD ARGENTINA

Copyright © BIREME ✉ Contáctenos