

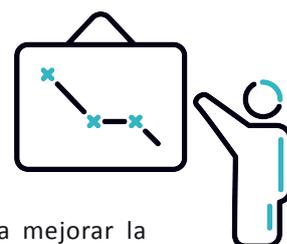


All.Can Argentina

Atención del cáncer en la Argentina Propuestas para mejorar la eficiencia

Sobre All.Can Internacional

All.Can, es una organización internacional multisectorial sin fines de lucro, que trabaja para mejorar la eficiencia en el cuidado del cáncer centrado en las personas. Es una iniciativa que busca incidir en las políticas y en la participación pública con foco en impulsar una mayor eficiencia en todo el continuo de la atención del cáncer. Enfoca los recursos en resultados de los pacientes, actuando como catalizador y promotor de procesos. Para esto, All.Can incluye representantes de pacientes, además de cuidadores, profesionales de la salud, economistas de la salud, investigadores, aseguradoras, proveedores, legisladores o representantes de diferentes compañías privadas involucradas en el cuidado de cáncer. Todos estos sectores relevantes están comprometidos con mejorar la eficiencia y la sostenibilidad de la atención del cáncer.



Sobre All.Can Argentina

Argentina fue el primer país de América Latina en lanzar la iniciativa a fines de julio de 2019 con un Comité Directivo.

La iniciativa se creó para identificar formas de optimizar la eficiencia de la atención del cáncer centrándose en los resultados que importan a los pacientes, el objetivo final es impulsar soluciones sanitarias sustentables para todos los afectados por el cáncer

Su Comité Directivo reúne a representantes de instituciones académicas, asociaciones científicas, agrupaciones de pacientes, industria farmacéutica, comunicadores y expertos en políticas públicas.



Objetivo general

Contribuir al control del cáncer en Argentina a través de políticas eficientes, centradas en las personas y basadas en evidencia científica en un marco de participación de todos los sectores interesados.

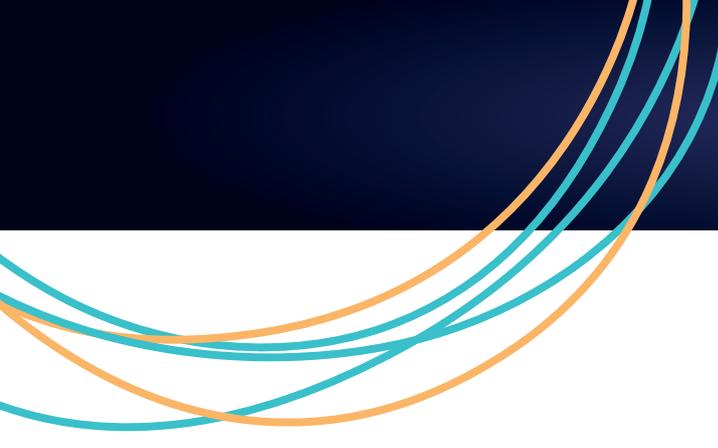
Objetivo específico

1. Contribuir a la **educación** de profesionales de la salud en el cuidado continuo del cáncer, así como a la capacitación para gestores de salud, financiadores y otros actores afines.
2. Contribuir al **fortalecimiento y mejora del control del cáncer** a través de la línea de cuidado continuo (prevención, screening, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos)
3. Contribuir a generar conciencia sobre el impacto social del cáncer a través de una **comunicación** eficaz y adecuada a cada audiencia.
4. Contribuir a colocar el cáncer en agenda pública a través de **acciones de incidencia** sobre los decisores de políticas públicas.
5. Promover la **participación integrada e informada de múltiples actores** en el diseño e implementación de políticas de cáncer.
6. Contribuir a la eficiencia del control del cáncer con **propuestas innovadoras y la generación de información**.



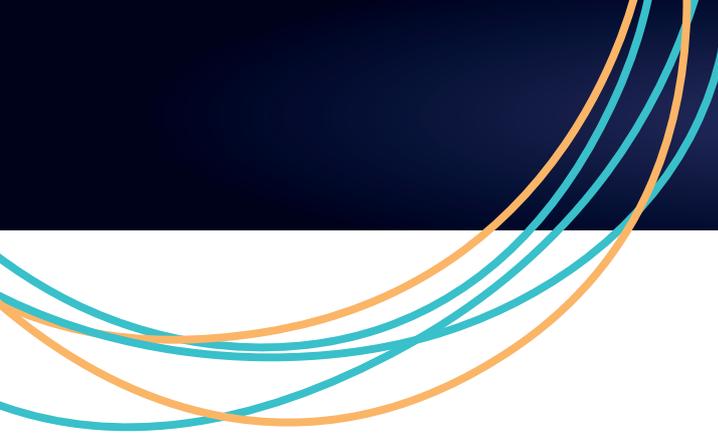
Ejes estratégicos

1. Educación.
2. Investigación y generación de evidencia.
3. Comunicación y difusión.
4. Incidencia en políticas.



ÍNDICE

Resumen ejecutivo	Pág 4
Testimonios del cáncer en la Argentina	Pág 5
Introducción	Pág 6
<hr/>	
<i>Eficiencia en el continuo de la atención del cáncer: desafíos y propuestas</i>	Pág 9
Fortalecer la prevención	Pág 10
Incrementar el diagnóstico precoz y correcto	Pág 12
Brindar tratamiento multidisciplinario rápido y bien coordinado	Pág 14
Garantizar los cuidados paliativos y la atención complementaria	Pág 15
<hr/>	
Beneficios de mejorar la eficiencia	Pág 18
Conclusiones	Pág 19
Bibliografía	Pág 20



Resumen ejecutivo

En la Argentina, 70.000 personas murieron en 2020 por cáncer, la segunda causa de muerte global antes de la pandemia. Además, con unos 130.000 nuevos casos anuales, el país se ubica entre los siete con mayor incidencia en la región.

Cuando se analiza la situación actual del cáncer desde la perspectiva de los pacientes y de sus seres queridos o cuidadores, se revelan falencias que van más allá de las limitaciones de los tratamientos disponibles. **La atención del cáncer es eficiente cuando se alcanzan los mejores resultados posibles en términos de salud con los recursos humanos, financieros, infraestructurales y tecnológicos disponibles, al centrarse en las personas con cáncer y en la sociedad.** La mayor eficiencia permite optimizar el uso de recursos e incrementa la posibilidad de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. Mejorar la eficiencia en el continuo de la atención del cáncer también beneficia a los demás actores: cuidadores, profesionales de la salud, gerenciadore, industria, gobiernos, financiadores y al resto de la población, para lo cual se **requiere que se alineen políticas, prácticas, tecnologías, sistemas de información, marcos institucionales e incentivos.**

En este documento, desde All.Can Argentina, **proponemos acciones concretas para incrementar la eficiencia y la equidad en el continuo de la atención integral del cáncer.** Estas son las principales líneas de trabajo:

- Impulsar políticas sostenidas de **prevención** para que conduzcan a profundos cambios a largo plazo que incluye el fortalecimiento de los programas nacionales para la prevención y control del cáncer de cuello uterino, del cáncer colorrectal y del cáncer de mama.

- Incrementar el **diagnóstico precoz y correcto** que incluye, por ejemplo, garantizar el acceso de toda la población objetivo a test o pruebas para la detección oportuna de cáncer cervical, colorrectal o mamario y el seguimiento proactivo de los pacientes dentro del sistema.

- Brindar un **tratamiento multidisciplinario rápido y bien coordinado** que implica, entre otras medidas, mejorar la comunicación entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria, reducir los gastos de bolsillo excesivos de los pacientes e instrumentar el seguimiento remoto.

- Garantizar los **cuidados paliativos y la atención complementaria**, por ejemplo, implementando políticas y programas que jerarquicen tanto el bienestar psicológico y emocional como la salud física.

Enfatizamos que deben estar enmarcadas en **políticas y planes nacionales a largo plazo, centrados en las personas sin importar dónde viven, basados en la evidencia científica disponible y con seguimiento y evaluación sistemáticos** para conformar o corregir el rumbo de las políticas e intervenciones.

Testimonios del cáncer en la Argentina

Estuvieron **un año y medio** tratándome por hemorroides, y era cáncer de colon.

Mi esposa trató de pedir un turno con el cirujano por obra social, y para **cuando se lo dieron, ella ya estaba operada y en casa.**

El centro de radioterapia tenía conflictos de personal o problemas económicos... **Suspendieron las sesiones en medio del tratamiento.**

Cuando terminé de hacer quimioterapia, me sentí como si me hubiera sacado el piloto, como que **no tenía protección.**

Los médicos generalistas o ginecólogos no acompañan al paciente que tiene un diagnóstico de cáncer, **lo pierden de vista.**

Una quimioterapia no me cayó bien, **se olvidaron de poner un calmante.**

Mi esposa iba a veces con glóbulos blancos casi cero por la quimioterapia, y una noche le dijeron que tenía que darse el activador de colonias y no tenían ahí... **Nos mandaron a comprar.**

Los cuidados paliativos llegan tarde. El oncólogo hace, hace, hace... **Y cuando no hay nada que hacer,** entre comillas, en realidad, ahí **hay mucho que hacer.**

Los médicos no están capacitados para hablar con los pacientes y brindarles una **atención adecuada al final de la vida.**

Hay gente que promueve terapias alternativas, que **explota la vulnerabilidad extrema de los pacientes.**

Testimonios de pacientes y cuidadores que participaron en los siguientes estudios realizados por All.Can Argentina

¹ Loewy M. Barriers along the continuum of cancer patient's care in Argentina: a preliminary qualitative exploration. Disponible en https://www.all-can.org/wp-content/uploads/2020/08/AllCanArgentina_OncologyLandscape_Report.pdf.

² Ismael J, Mendez M, Gandino P, et al. Qualitative Study on Barriers to Access from the Perspective of Patients and Oncologists. International Journal of Innovative Science and Research Technology. 2021;6(7):494-9.

Introducción

Desde el punto de vista molecular, el cáncer puede definirse como el producto de la acumulación y selección sucesiva de alteraciones genéticas y epigenéticas, que permiten a las células sobrevivir, replicarse y evadir mecanismos reguladores³, algo así como un salvoconducto elaborado con causas y azares para propiciar la reproducción celular descontrolada. Sin embargo, **hay una dimensión humana y sistémica de la enfermedad que resulta tanto o más relevante** y suele quedar fuera de los reflectores. Su desafiante complejidad, con múltiples barreras en las instancias de prevención, detección, tratamiento, cuidados paliativos y apoyo a los sobrevivientes, tal como grafican los testimonios consignados arriba, nos conminan a **diseñar soluciones integrales y eficientes**. La filósofa de la ciencia británica June Goodfield lo expresó con estas palabras: **“El cáncer empieza y termina con las personas**. En el medio de las abstracciones científicas, a veces es posible olvidar este hecho básico”⁴.

Hace poco más de medio siglo, el expresidente de los Estados Unidos Richard Nixon declaró la “guerra contra el cáncer” e impulsó fuertes inversiones para dilucidar las bases biológicas de la enfermedad y hallar tratamientos eficaces⁵. Hubo grandes avances desde entonces, pero siguen siendo insuficientes. Y cuando se analiza la situación actual desde la perspectiva de los pacientes y de sus seres queridos o cuidadores, se revelan falencias más allá del abordaje farmacológico o terapéutico (o de sus limitaciones). Según un estudio cuantitativo⁶ y cualitativo² realizado por Ipsos Healthcare Cono Sur para All.Can Argentina, con el fin de comprender y describir la experiencia de personas con distintos tipos de cáncer e identificar oportunidades de mejora, transcurren, en promedio, **cerca de seis meses desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico del cáncer**. Sin embargo, el retraso se acorta dos meses **para quienes tienen prepagas**, dato que marca un alto grado de desigualdad relacionada con la pertenencia a diferentes sectores socioeconómicos.

Durante esta investigación, realizada entre 2019 y 2020 en el Área Metropolitana de Buenos Aires, pudimos identificar, en diferentes instancias del recorrido de los pacientes, otras muestras de **ineficiencia en la prevención y atención del cáncer**². Solo el **12 % de los encuestados se habían enterado de su enfermedad antes de que se manifestara**, gracias a estudios de tamizaje o detección precoz⁶. Los tumores de colon, de recto o de próstata, así como el cáncer hematológico, que tienen síntomas no específicos, fueron los que se detectaron con más frecuencia en estadios avanzados⁶. A menudo, los pacientes debieron **consultar con muchos médicos y realizarse varios estudios** hasta conocer el diagnóstico²⁻⁶. Luego, afrontaron **demoras en el abordaje o tratamiento** de su enfermedad²⁻⁶.

En All.Can entendemos que la atención del cáncer **es eficiente cuando se alcanzan los mejores resultados posibles en términos de salud con los recursos humanos, financieros, infraestructurales y tecnológicos disponibles**, al centrarse **en las personas con cáncer** y en la sociedad. La mayor eficiencia permite optimizar el uso de recursos e **incrementa la posibilidad de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes**. Mejorar la eficiencia en el continuo de la atención del cáncer **también beneficia a los demás actores**: cuidadores, profesionales de la salud, gerenciadore, industria, gobiernos, financiadores y al resto de la población. Además es una prioridad mundial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas, satisfacer la creciente demanda de servicios de salud, **mitigar el impacto duradero de la pandemia** de COVID-19, generar mecanismos para afrontar futuros sucesos imponderables y **hacer que los sistemas sanitarios sean más equitativos y sostenibles**. Para lograrlo, deben alinearse políticas, prácticas, tecnologías, sistemas de información, marcos institucionales e incentivos⁷.

La eficiencia no es una forma de “achicar gastos”, sino que permite optimizar el uso de recursos y reinvertir los ahorrados en innovar aún más en estrategias eficientes, equidad y resiliencia del sistema sanitario⁷.

Sin duda, **el impacto del cáncer varía según el país, y cada uno enfrenta desafíos particulares para mejorar la eficiencia** en el abordaje de la enfermedad. En la Argentina, 70.000 personas murieron en 2020 por cáncer⁸, la segunda causa de muerte global antes de la pandemia. Además, con unos 130.000 nuevos casos anuales (Figura 1)⁸, el país se ubica entre los siete con mayor incidencia en la región. En 2018, el Ministerio de Salud de la Nación reconoció que los problemas de salud más apremiantes del país se relacionaban con la **falta de equidad** y con la **ineficiencia**⁹. Asimismo, atribuyó muchas limitaciones a la **fragmentación del sistema sanitario** (Figura 1) descrita en distintos informes⁹⁻¹¹.

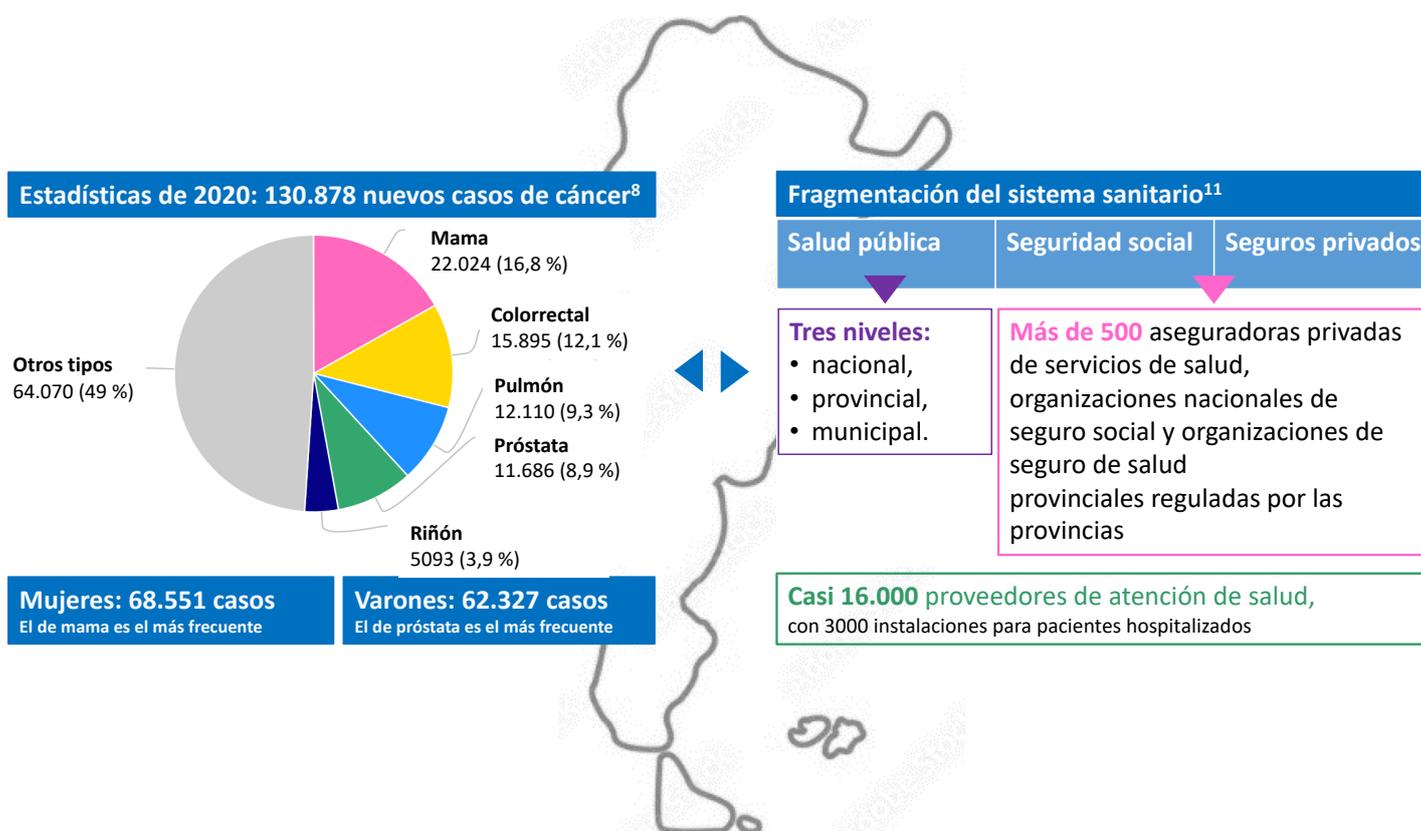


Figura 1. Frecuencia de los principales tipos de cáncer en la Argentina, que tiene uno de los sistemas de salud más fragmentados en América Latina⁸⁻¹¹.

Según datos de 2018, el 36,1 % de la población solo tenía acceso al subsistema público de salud⁹. En cambio, la fracción mayoritaria accedía al régimen contributivo de obras sociales, al PAMI o a las prepagas y recibía servicios de salud más eficaces, al menos, para prevenir y controlar enfermedades crónicas⁹⁻¹⁰. Así, **hay una fuerte relación entre el nivel socioeconómico y el acceso a servicios de salud eficientes**, que depende de la situación laboral de cada persona¹⁰. A su vez, existen desigualdades geográficas: las provincias con pocos recursos tienen menos financiación, capacidad, cobertura de seguro y acceso a servicios médicos. La eficiencia subóptima del sistema argentino se refleja en su bajo desempeño relativo en términos de resultados de salud frente a otros países equivalentes¹⁰.

Solo por dar un ejemplo de cómo lo antes dicho influye en el abordaje del cáncer, basta señalar que **la tasa de mortalidad para el cáncer de cuello uterino es ocho veces superior en las provincias más pobres**¹⁰. Las desigualdades interprovinciales en la tasa de mortalidad por cáncer se deben a diferencias regionales en la cobertura de los servicios de prevención y detección del cáncer, y en las demoras entre el diagnóstico y el tratamiento¹⁰. El 65 % de la tecnología médica y de los equipos de diagnóstico por imágenes se concentran en un radio de 60 kilómetros de Buenos Aires¹⁰. En nuestro estudio, detectamos que el porcentaje de pacientes que deben esperar al menos seis meses para iniciar el tratamiento es casi el doble en el subsistema público que en la medicina prepaga⁶. Nuestros resultados coinciden con otros datos¹⁰ de **inequidad en el acceso a servicios oncológicos según el subsistema**.

“Para quienes trabajamos en la atención del cáncer, la inequidad en nuestro país es, realmente, una preocupación y un desvelo y debemos empeñar hasta el último minuto para evitarla o minimizarla”.

Dra. Julia Ismael

Oncóloga clínica e integrante del Comité Ejecutivo de All.Can Argentina

Además de la ineficacia, la fragmentación del sistema sanitario y los problemas de acceso a la salud, consideramos que, **en la Argentina, es deficiente la planificación e implementación de políticas relacionadas con el cáncer**, como también han advertido muchos actores vinculados con la atención de la enfermedad en nuestro país¹⁰. En 2010 el Poder Ejecutivo creó¹² el Instituto Nacional del Cáncer como organismo rector de las políticas públicas. Entre sus primeras acciones estableció el Registro Institucional de Tumores de Argentina, fortaleció y articuló los registros provinciales existentes e inició programas de detección precoz. Asimismo **elaboró, en consenso con todos los actores del sistema, el Plan Nacional de Control del Cáncer (PNCC)**¹³ para el período 2018-2022, cuyas acciones se iniciaron entre 2018¹⁴ y 2019¹⁵.

El PNCC se basa en la colaboración multisectorial entre el gobierno argentino y las organizaciones de la sociedad civil, las sociedades científicas y las universidades para implementar estrategias basadas en la evidencia. Sus **principales objetivos** son reducir la morbilidad del cáncer; mejorar los procesos de prevención, diagnóstico, tratamiento y calidad de atención y posicionar al cáncer en la agenda pública como un problema clave de salud en la Argentina. Para esto, también contempla reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables; garantizar la generación, la disponibilidad y el uso de conocimiento e información para la toma de decisiones y fortalecer la gestión de recursos humanos¹⁰.

Por lo tanto, el plan **enfatiza la necesidad de un enfoque integral para el cuidado oncológico**, remarca que las desigualdades que afectan los resultados de salud y destaca el compromiso del Ministerio de Salud para lograr una mayor equidad y desarrollar servicios oncológicos de alta calidad para toda la sociedad¹⁰. Aun así, **el alcance poblacional de estas políticas ha sido muy bajo y heterogéneo**¹⁰. A poco de cumplirse el período de vigencia del PNCC, todavía no se han difundido datos de su implementación, más allá de algunos reportes de progresos parciales¹⁶.

En este documento, entonces, proponemos acciones concretas para incrementar la eficiencia y la equidad en el continuo de la atención del cáncer. Enfatizamos que deben estar enmarcadas en **políticas y planes nacionales a largo plazo, centrados en las personas, basados en la evidencia científica disponible y con seguimiento y evaluación sistemáticos a cargo del sistema**, que debe ser proactivo para alcanzar la eficiencia. Esto es fundamental para alinear las políticas en otros niveles administrativos, las prácticas, las tecnologías, los sistemas de información, los marcos institucionales y los incentivos. Asimismo, la eficiencia depende de forma crítica de **obtener y analizar resultados que confirmen el rumbo de las políticas e intervenciones o que guíen la toma de decisiones para corregir el avance**.

Eficiencia en el continuo de la atención del cáncer: desafíos y propuestas

La atención del cáncer es desafiante porque no se trata de una única enfermedad, sino de cientos de enfermedades diferentes y complejas que afectan en conjunto a millones de personas de todas las edades. Ellas, en general, necesitan distintas modalidades de atención y apoyo proporcionadas por profesionales de diversas especialidades durante períodos que suelen ser prolongados. Para que este proceso sea eficiente, es primordial la colaboración estrecha entre los actores que intervienen en cada nivel y etapa de atención.

Creemos que puede mejorarse la eficiencia si se les brinda a todas las personas, sin importar dónde viven, un abordaje del cáncer centrado en ellas, equitativo, integral y continuo (Figura 2).

Debe estar **enfocado en las personas y ser integral**, es decir, considerarlas de manera multidimensional (física, **psicosocial y espiritual**) para invertir recursos en sus necesidades y preferencias, para empoderarlas y para incentivarlas a tener un papel activo en su propio cuidado. Es fundamental además que sea **continuo** para favorecer la coordinación, minimizar las brechas en el paso de una institución a otra o de un servicio a otro, y garantizar la eficiencia a lo largo del recorrido de cada paciente. A continuación, identificamos áreas prioritarias en las que consideramos imprescindible mejorar la eficiencia y proponemos ideas para acercarnos a ese objetivo.

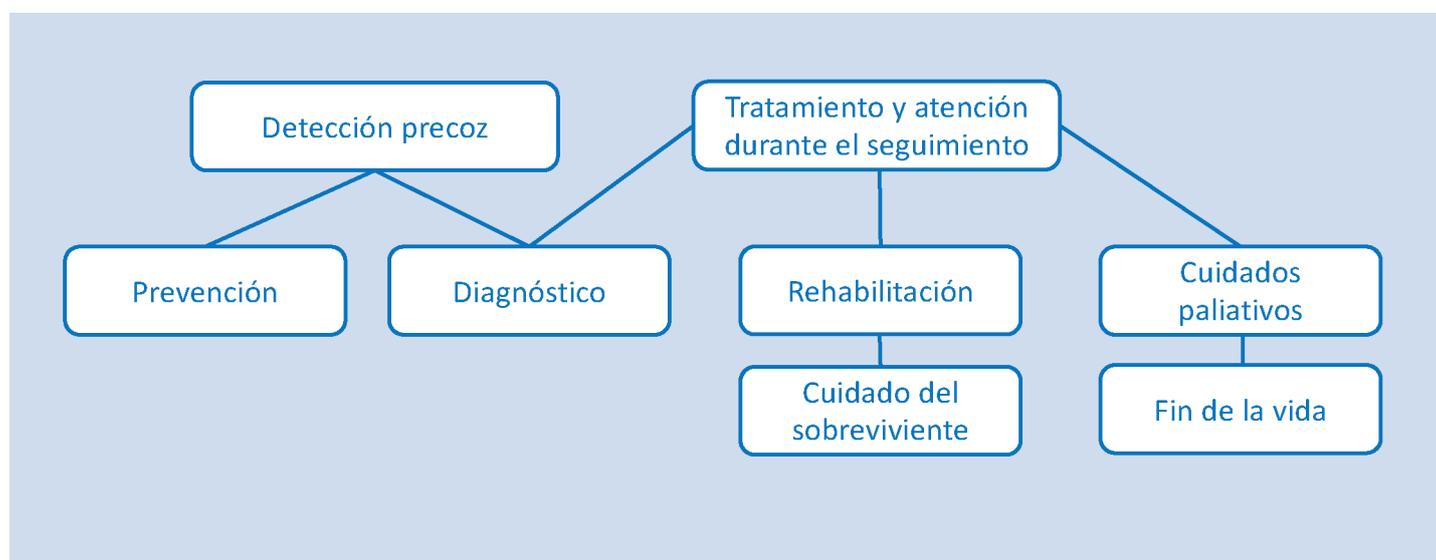


Figura 2. Continuo de la atención del cáncer.

Fortalecer la prevención

Desafío

Cerca de **4 de cada 10 casos de cáncer están relacionados con factores de riesgo modificables** y, por lo tanto, **podrían prevenirse**¹⁷⁻¹⁹. Se le atribuye al **consumo de tabaco** casi 1 de cada 5 casos totales de cáncer en los Estados Unidos¹⁷. En la Argentina, más de 15.000 personas mueren al año por algún tipo de cáncer relacionado con el consumo de tabaco²⁰ y se ha calculado que, según el tipo de cáncer, la proporción de los decesos atribuibles a ese hábito ronda entre el 10 % y el 80 % (Tabla 1)²¹. En particular, el 90 % de los pacientes con cáncer de pulmón son fumadores²⁰.

Tabla 1. Muertes por distintos tipos de cáncer debidas al consumo de tabaco (Argentina, 2015)²¹.

Tipos de cáncer	Muertes (%)	Tipos de cáncer	Muertes (%)
Pulmón	8247 (82 %)	Boca y faringe	615 (66 %)
Esófago	1315 (65 %)	Vejiga	577 (39 %)
Páncreas	933 (22 %)	Riñón	473 (26 %)
Laringe	783 (81 %)	Leucemia	252 (15 %)
Estómago	658 (20 %)	Cuello de útero	112 (12 %)

El **consumo de alcohol es otro factor predisponente y se le atribuyen** el 3,5 % (4400) de los casos de cáncer en 2020, por lo que nuestro país se encuentra entre los más vulnerables a este factor de riesgo en América Latina y ocupa un lugar intermedio-alto respecto de otros en el mundo²².

Peor aún, se le atribuyeron a la **obesidad** el 6,8 % (7600) de los casos de cáncer en 2012, el valor más alto de este indicador a nivel mundial²². Es probable que los casos vinculados con la obesidad aumenten en los próximos años ya que la prevalencia del **exceso de peso (incluye el sobrepeso)**, lejos de ser un problema controlado, ha ido en aumento: fue del 49 % de la población adulta en 2005, del 57,9 % en 2013 y del 61,6 % en 2018²³⁻²⁴. Junto con el **sedentarismo**, afectan a personas cada vez más jóvenes y de poblaciones vulnerables. La población expuesta ya desde la niñez y la adolescencia a diversos factores de riesgo tendrá mayor propensión a enfermar en la vida adulta. Las personas de menores recursos tienen mayor exposición a factores de riesgo y al diagnóstico en etapas más avanzadas, lo que agrega al problema un fuerte componente social, de lo que se ha advertido en la sección anterior²⁵⁻²⁶.

Propuestas

Los datos anteriores, junto con los referidos a la frecuencia de otros factores de riesgo modificables (alimentación deficiente en frutas, verduras y fibras; virus y bacterias oncogénicos), la occidentalización del estilo de vida y el envejecimiento de la población, explican la elevada incidencia del cáncer en la Argentina. Por lo tanto, **enfaticamos que se necesitan políticas sostenidas de prevención para que conduzcan a profundos cambios en el largo plazo.**

- Dirigir las estrategias de prevención a los grupos con más riesgo de cáncer y vulnerabilidad socioeconómica.
- Reducir la incidencia del consumo de tabaco y de alcohol.
- Promover la actividad física desde la infancia.
- Trabajar sobre otros factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Fortalecer el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino²⁷ que contempla la prevención primaria a través de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) y la prevención secundaria, basada en el tamizaje de mujeres (por medio de la prueba de Papanicolaou o la del VPH).
- Fomentar y garantizar la vacunación contra el VPH que, además de cáncer de cuello de útero, puede causar cáncer de vulva, vagina, pene, ano y orofaringe. La vacuna está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación para niñas y niños de 11 años²⁸ y disponible en el sector privado para otras edades.
- Fortalecer el Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama²⁹ que garantiza a las mujeres un acceso equitativo al cuidado continuo, integral, adecuado y oportuno, e implica intervenciones desde la prevención primaria hasta los cuidados paliativos, con base en la evidencia científica y en estándares de calidad aceptados.
- Fortalecer el Programa Nacional de Prevención y Detección del Cáncer Colorrectal³⁰.
- Fomentar y garantizar la vacunación contra el virus de la hepatitis B que puede causar cáncer de hígado. La vacuna está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación para recién nacidos o a partir de los 11 años²⁸.
- Establecer planes de contingencia para mitigar las consecuencias de crisis sanitarias regionales o globales, tal como ha sido la pandemia de COVID-19.
- Informar a las personas y comunidades sobre el cáncer y trabajar con ellas, según sus características y particularidades, para fomentar hábitos y estilos de vida saludables.

Acciones para la eficiencia

En el Reino Unido y en Suecia, los programas nacionales de vacunación contra el VPH en menores de 14 años evitaron casi 9 de cada 10 casos de cáncer de cuello uterino, en comparación con las niñas y adolescentes no inmunizadas.

Incrementar el diagnóstico precoz y correcto

Desafío

En nuestro estudio⁶, confirmamos que es **muy baja la tasa de diagnóstico del cáncer en el marco de programas o planes de detección precoz**, y las personas que se atienden en el **subsistema público** son las **más afectadas** por esta ineficiencia (Figura 3). Además, **el 20 % de los consultados recibieron primero un diagnóstico incorrecto**, de forma independiente del sitio donde se atendieron. Casi **un tercio de los pacientes ya tenían cáncer en un estadio avanzado** cuando se enteraron de la enfermedad.

Solo cuatro semanas de retraso en el diagnóstico **aumentan la mortalidad** de varios tipos frecuentes de cáncer³¹.

¿Cómo le diagnosticaron el cáncer?

Como parte de un **programa de detección** (me examinaron por mi edad, mi sexo o los antecedentes médicos de un familiar).



Subsistema privado



Subsistema público

Figura 3. Frecuencia de detección precoz del cáncer en el país según la cobertura. Datos de 400 pacientes encuestados para All.Can

Sobre la base de un relevamiento previo¹ y de nuestra experiencia, identificamos **tres barreras** que obstaculizan el diagnóstico eficiente del cáncer en la Argentina:

- Campañas, aun periódicas, pero falta de políticas sostenidas de detección precoz.
- Inequidad en el acceso a las pruebas de detección..
- Interrupción del proceso de detección precoz, que se refiere a que, una vez obtenido un resultado positivo, se necesitan recursos y profesionales sanitarios capacitados para continuar de forma coordinada y oportuna los estudios o los procedimientos complementarios para confirmar el diagnóstico.

En el caso específico del tamizaje de cáncer de mama, también se identificaron como barreras el **uso ineficiente de mamógrafos** y **la obsolescencia de los equipos**: solo el 8 % de 381 hospitales públicos del país contaban en 2018 con equipos digitales, que son los que ofrecen imágenes de mejor calidad y, por ende, mejoran la precisión del diagnóstico³².

“El principal desafío de la oncología en la actualidad es, sin duda, la detección temprana. [...]. No solo se salvarán muchas vidas, sino que también aumentará la eficiencia de la inversión en salud”.

Ignacio Zervino

Coordinador de la Fundación Pacientes de Cáncer de Pulmón,
asociación miembro de All.Can Argentina

Propuestas

Algunas estrategias para mejorar la eficacia en la detección precoz son las siguientes:

- Fortalecer y profundizar los planes y programas existentes, basados en la evidencia científica, que son esenciales para la detección precoz del cáncer de cuello de útero, de mama y colorrectal.
- Garantizar no solo la disponibilidad de los test o intervenciones, sino el acceso a estos de toda la población objetivo –en especial, la más vulnerable– (amplia cobertura) y que los resultados generados tengan un seguimiento proactivo dentro del sistema y a cargo de este (no debe ser responsabilidad exclusiva de las personas).
- Invertir en el control de calidad de la capacidad técnica instalada y en la modernización de los mamógrafos y del equipamiento usado en otras técnicas de diagnóstico por imágenes.
- Trabajar sobre otros factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Mitigar las consecuencias duraderas de la pandemia de COVID-19 en estos programas.
- Diseñar políticas y programas para otros tipos de cáncer con sustento científico del beneficio en la morbilidad y mortalidad y adecuada relación de costos y eficacia. Para esto, aún se necesitan investigaciones y evaluaciones de riesgo y de factores de pronóstico. Por ejemplo, en Estados Unidos ya se comprobó el beneficio de los programas de tamizaje tomográfico a partir de los 50 años para detectar el cáncer de pulmón en ciertos fumadores y sería aconsejable evaluar su implementación en el país sobre la base análisis de costo-eficacia de la estrategia.
- Informar a las personas y comunidades sobre el diagnóstico del cáncer y trabajar con ellas, según sus características y particularidades, para promover, además del tamizaje, la asistencia a los controles periódicos de la salud.
- Atender los factores socioeconómicos que también son barreras para el diagnóstico precoz, por ejemplo, costos de medicación, transporte o cuidado de niños que deben afrontar las personas.

Acciones para la eficiencia

SISMAMA es el subsistema de información implementado en Brasil por el Ministerio de Salud para el seguimiento de las acciones de detección precoz del cáncer de mama. Se trata de una estrategia de “pago contra registro”.

Brindar tratamiento multidisciplinario rápido y bien coordinado

Desafío

En promedio, las personas consultadas en nuestro estudio debieron esperar dos meses y medio para iniciar el tratamiento de su enfermedad, sin grandes diferencias entre quienes se atienden en el subsistema público y quienes lo hacen en el privado⁶. Sin embargo, según nuestra experiencia y algunos trabajos³³, el acceso a tratamientos depende mucho de la cobertura que tenga la persona. Al igual que el diagnóstico tardío o los errores de diagnóstico, la demora en el tratamiento o sus interrupciones, o la falta de acceso a todas las opciones terapéuticas empeora los resultados y disminuye la probabilidad de supervivencia. Eventualmente, también incrementa los costos de atención. Además, debe considerarse la atención diferencial que necesitarán a corto, mediano o largo plazo la enorme cantidad de personas que sobreviven al cáncer.

El cáncer es una enfermedad compleja y multifactorial que requiere un abordaje de diversos sectores por lo que se necesita la intervención de profesionales de diferentes especialidades, no solo de las ciencias de la salud. Si los pacientes no pueden acceder a todos ellos o a modalidades de tratamiento eficaces y adecuadas a su situación y contexto, la atención resulta ineficiente. Otra causa frecuente de ineficiencia es la fragmentación del sistema por descoordinación entre niveles de atención, profesionales y prestadores. Como consecuencia hay retrasos, omisiones y fallas en el tratamiento, o se malgastan recursos.



La escasa comunicación entre los profesionales de atención primaria y los especialistas es una causa común de ineficiencia identificada en distintas encuestas de All.Can⁷.

Propuestas

A continuación, enumeramos algunas estrategias para contribuir con la eficacia en el tratamiento multidisciplinario del cáncer:

- Reconfigurar los marcos organizacionales, los sistemas de información, la infraestructura, la asignación de personal, su capacitación y los incentivos para mejorar la coordinación y comunicación entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria, los profesionales, los prestadores y los financiadores.
- Mejorar la experiencia de los pacientes al brindarles tratamientos más simples, fáciles de administrar y mejor tolerados, sobre la base de la evidencia científica existente. Esto también resuelve problemas de capacidad de los centros de salud y reduce los costos de la atención.
- Evitar que los pacientes tengan gastos de bolsillo excesivos que afecten su economía y que hasta pueden llevar a que abandonen el tratamiento.
- Recoger y analizar también de forma sistemática datos sobre demoras en el inicio del tratamiento, acceso a distintas alternativas terapéuticas en cada subsistema, cómo y cuánto cumplen los pacientes su tratamiento y resultados que se obtienen en las condiciones reales de la práctica clínica.

- Implementar estrategias innovadoras para organizar y administrar tratamientos fuera del ámbito hospitalario.
- Valerse de la experiencia durante la pandemia para implementar con equidad servicios de telemedicina y seguimiento remoto, sin que estos reemplacen la atención presencial. Debe garantizarse tanto que mejoren la eficiencia como que sean de elevada calidad y adecuados a las necesidades de los pacientes.
- Involucrar a los pacientes y a sus cuidadores en la evaluación de las intervenciones y en el diseño de estrategias innovadoras.

Acciones para la eficiencia

Quimioterapia en casa es una experiencia del equipo multidisciplinario del Hospital Militar Central y del Centro de Apoyo Nutricional en Buenos Aires. Todos los pacientes se sintieron tan seguros como si se hubiesen tratado en el hospital y repetirían la experiencia.

Garantizar los cuidados paliativos y la atención complementaria

Desafío

En la Argentina, **reciben cuidados paliativos menos del 10 % los pacientes con cáncer, y en 6 de cada 10 casos, de forma tardía**. Estos datos surgen de una encuesta realizada por el médico rosarino Raúl Sala a casi quinientos oncólogos³⁴, aunque en el país se reconocen los cuidados paliativos como especialidad médica desde 2015 y se creó el Programa Nacional de Cuidados Paliativos³⁵. Una investigación publicada a fines de 2021 en The Lancet Oncology sobre la atención del cáncer en América Latina y el Caribe reveló una insuficiente cantidad de servicios de cuidados paliativos en la región³⁶.

Los cuidados paliativos implican la atención de las personas en su integridad biológica, psicosocial y espiritual a lo largo de todas las fases del cáncer. **La asociación entre cuidados paliativos y muerte inminente es un prejuicio** que les quita a las personas la posibilidad de una mejor atención, ya que no solo abarca los cuidados en el final de la vida sino los que se brindan (o deberían brindarse) desde el diagnóstico y durante todo el tratamiento. Demanda un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales) cuya tarea es velar por el alivio de molestias, incomodidad y dolores.

Apenas 6 de las 50 facultades de medicina del país tienen formación específica en cuidados paliativos, según el estudio de All.Can Argentina sobre barreras en el tratamiento del cáncer¹.

“A veces observamos que, hasta que se llega a la interconsulta para paliativos el paciente ha transcurrido un período de mucho dolor...”, lamentó un médico entrevistado por All.Can¹. Y agregó: “He observado resistencia a aceptar que el paciente no puede continuar con la quimio”¹. Otros consultados coincidieron en este último aspecto y también mencionaron el temor que a muchos les genera hablar con una persona cuando la enfermedad no es curable.

Además, un oncólogo que participó en nuestra investigación expresó: “Una de las bases de la atención paliativa son los aspectos éticos y la toma de decisiones; la toma de decisiones compartidas no es ‘lavarse las manos...’. Donde existen equipos de cuidados paliativos, eso se cumple. Para la mayor parte de los pacientes donde no existen esos profesionales, eso está lejos de cumplirse”¹.

Es fundamental tener en cuenta que las personas con cáncer presentan, con frecuencia, otras enfermedades, como hipertensión o diabetes. Muchas también afrontan complicaciones relacionadas con el cáncer y su tratamiento y más allá de estos: problemas de salud mental, desnutrición y dolor, entre otras. En nuestro estudio cuantitativo los desafíos más importantes durante la atención del cáncer que recordaron los encuestados fueron emocionales (Figura 4)⁶. La depresión fue el trastorno emocional más frecuente hallado en una investigación publicada en 2022, de la que participaron un millón de personas³⁷:

- Quienes habían recibido cirugía, radioterapia y quimioterapia tenía síntomas depresivos con mucha más frecuencia.
- Las personas más jóvenes, con más dificultades económicas y con tumores cerebrales, de próstata, de testículos, linfoma de Hodgkin y melanoma necesitaban un seguimiento más estrecho de su salud mental.
- Tener algún trastorno psiquiátrico previo al cáncer aumentaba el riesgo de que el problema empeorara luego de la aparición de la enfermedad oncológica.

¿Cuáles fueron los desafíos más importantes que tuvo que enfrentar durante la atención del cáncer?

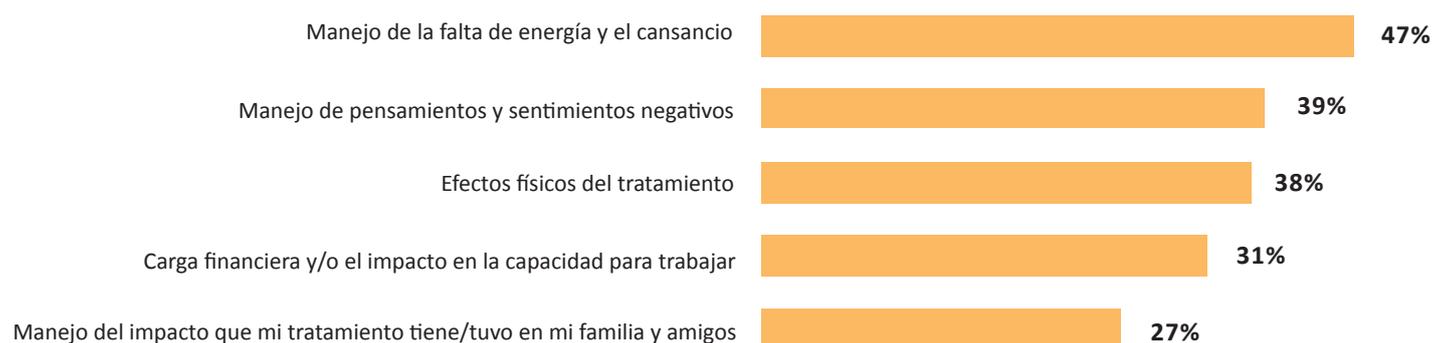


Figura 4. Respuestas más frecuentes en el estudio cuantitativo de All.Can Argentina⁶.

Por lo tanto, para que la atención del cáncer sea eficiente y de calidad debe abordar esta diversidad de trastornos de modo adecuado, ya que, de lo contrario, empeoran los resultados y aumenta la demanda al sistema sanitario.

Propuestas

Estas son solo algunas ideas para brindar cuidados paliativos con más eficiencia:

- Asegurar que todos los pacientes accedan desde el diagnóstico, y de forma acorde con sus necesidades, al tratamiento integral del cáncer y a los cuidados paliativos.
- Implementar políticas y programas que jerarquicen tanto el bienestar psicológico y emocional como la salud física (cuidado integral).
- Implementar cambios en los planes de estudios de las carreras, especializaciones y posgrados para capacitar a los profesionales de las distintas disciplinas de la salud en cuidados paliativos. La cantidad de pacientes con enfermedades crónicas, no solo el cáncer, que los necesitan excede la capacidad de atención restringida solo a especialistas en cuidados paliativos.

“Es importante democratizar los cuidados paliativos, en el sentido de que la concepción y formación deben permear en la medicina interna, la medicina familiar, la oncología clínica para que todos podamos aprender”.

Dra. María Viniegra

Oncóloga clínica e integrante del Comité Ejecutivo de All.Can Argentina

Acciones para la eficiencia

La **intervención de un equipo de cuidados paliativos en un hospital de Buenos Aires** permitió que subiera del 12 % al 56 % la proporción de pacientes que no informaba ningún sufrimiento y que ninguno declarara “sufrimiento máximo”.

Se necesita recoger y analizar datos para mejorar la atención del cáncer⁷.

Mejorar la eficiencia exige desarrollar sistemas de información confiables que permitan obtener de forma sistemática y exhaustiva datos para identificar procesos ineficientes y oportunidades de mejora:

- En el tamizaje los datos genómicos y la inteligencia artificial permiten medir mejor el riesgo, aumentar la exactitud de los resultados y diagnósticos más tempranos.
- Los datos de estudios moleculares permiten tratamientos oncológicos más eficaces y personalizados.
- Durante el tratamiento y el cuidado si las personas informan datos sobre los resultados, se los puede utilizar para mejorar la coordinación terapéutica, la planificación, los cronogramas y otras tareas administrativas y para adaptar los planes de atención a los síntomas del paciente en tiempo real.
- En el seguimiento, los datos provistos por los pacientes y la monitorización remota mediante dispositivos portátiles permiten decisiones oportunas y de calidad y pueden garantizar que la atención continúe luego de la etapa de tratamiento activo y ayudar a que las personas accedan a los servicios que necesitan.

Un sistema de información acorde con estas necesidades demanda invertir en conectividad y equipamiento informático, pero también en asignación de personal para carga y análisis de datos, y en su capacitación permanente. Se lo debe ver como una herramienta para acercarse al objetivo de que las personas reciban mejor atención, que será **útil siempre que existan políticas a largo plazo que apoyen la implementación de estrategias basadas en decisiones informadas.**

Beneficios de mejorar la eficiencia

La atención eficiente del cáncer **beneficia a toda la sociedad**⁷. Para los **pacientes**, significa la posibilidad de curarse o de vivir más y mejor. Asimismo, les ofrece una experiencia más satisfactoria durante el continuo de la atención: por ejemplo, disminuye el tiempo que dedican al cuidado de su salud, el impacto financiero y los gastos no cubiertos por los servicios sanitarios, como el mayor uso del transporte público. La prevención y el diagnóstico y tratamiento precoz reducen los gastos médicos y los gastos socioeconómicos indirectos por la menor productividad de pacientes y **cuidadores**. Por el contrario, las demoras incrementan la morbimortalidad y exigen tratamientos más costosos y agresivos. El acceso oportuno y temprano a cuidados paliativos alivia el dolor y otros síntomas, mejora la calidad de vida y, en el final de la vida, previene el encarnizamiento terapéutico. Cuidar la salud mental y la alimentación de los pacientes también disminuye la utilización del sistema sanitario⁷.

Datos de encuestas en la Argentina

68%

Pacientes que le dedican al cáncer **más de una semana al mes**³⁸

71%

Pacientes que informaron costos secundarios asociados con el tratamiento⁶.

3 % → 35 %

Pacientes **sin empleo o con incapacidad laboral** antes y después del tratamiento del cáncer⁶.

Invertir en la prevención primaria del cáncer es la estrategia más eficiente a largo plazo

- Mejora globalmente la salud y la calidad de vida de la población al disminuir la incidencia de factores de riesgo que son comunes a otras enfermedades no transmisibles.
- Evita muertes prematuras.
- Reduce la inversión en las etapas posteriores del continuo de la atención del cáncer, que son más costosas, por lo que permite redistribuir mejor los recursos.
- Mitiga el impacto socioeconómico del cáncer y otras afecciones crónicas, incluso, incapacitantes.

Además, mejorar la eficiencia nunca ha sido tan imprescindible como ahora. Por un lado, para asegurar la resiliencia del **sistema sanitario** luego de la crisis por la COVID-19 que expuso falencias previas y ha tenido gran impacto en la salud de los pacientes con cáncer y en el personal. Se piensa que afrontar el retraso por la pandemia en el diagnóstico o el tratamiento del cáncer y las interrupciones de tratamientos y cuidados paliativos podría derivar en una nueva crisis sanitaria³⁹. Por otro lado, para garantizar la equidad y sostenibilidad a largo plazo al satisfacer la demanda creciente de atención de alta complejidad del cáncer por el envejecimiento de la población y la exposición a factores de riesgo. Para 2035, se estima que la incidencia en la Argentina aumentará el 50,2 % si no se instauran urgentes medidas⁴⁰. La eficiencia beneficiará también a los **profesionales sanitarios**, a los **financiadore**s y **gerenciadores** y al **Estado** porque maximizará los resultados a partir de los servicios ofrecidos a los pacientes y de los recursos invertidos en salud. Según algunos estudios en el mundo, del 20 % al 40 % de este presupuesto se desperdicia en prácticas ineficientes⁴¹⁻⁴² que redundan en mayores erogaciones, pero no en mejores resultados.

Conclusiones

En All.Can Argentina creemos que mejorar la eficiencia en el continuo de la atención del cáncer **debe ser una prioridad en todos los ámbitos de toma de decisiones sanitarias del país**. La eficiencia debe ser un objetivo en común para prevenir el cáncer, diagnosticarlo de forma precoz, brindar tratamiento oportuno y eficaz, satisfacer las expectativas de las personas con cáncer y responder a lo que necesitan y esperan durante todo su recorrido, a la vez que se atiende la demanda creciente de servicios sanitarios, se reducen los costos asociados y se incrementa la equidad, sostenibilidad y resiliencia de los sistemas de salud.

Lo anterior solo podrá lograrse con **decisión política sostenida y enfocada en el problema y sus soluciones a nivel internacional, nacional y local**. Estos serán algunos pilares del cambio:

- **Consultar y colaborar con todos los grupos de interés en la atención del cáncer**, que incluye convocar a que participen en la toma de decisiones las personas con cáncer y sus cuidadores.
- **Identificar, adoptar, compartir y extender prácticas, tecnologías y sistemas de información que sean eficientes**, así como otras herramientas o estrategias innovadoras en la atención del cáncer y dejar de invertir en las que resultan ineficientes o malgastan recursos.
- **Implementar marcos institucionales, sistemas de información, políticas e incentivos que estén alineados hacia la atención eficiente de todas las personas con cáncer**.
- **Financiar las acciones para mejorar la eficiencia de forma adecuada y acorde con el impacto del cáncer en toda la sociedad**.

All.Can Argentina se dispone a **apoyar políticas e iniciativas que mejoren la eficiencia en la atención** del cáncer al aportar datos; facilitar el intercambio de evidencia, conocimiento y buenas prácticas; promover la colaboración entre países y crear alianzas a nivel internacional, nacional o local.

Bibliografía

1. Loewy M. Barreras en el continuum de atención del paciente con cáncer en Argentina: una exploración preliminar cualitativa; 2019. Disponible en https://www.all-can.org/wp-content/uploads/2020/12/SPAISH_Argentina_Oncology_Landscape.pdf.
2. Ismael J, Méndez M, et al. Qualitative Study on Barriers to Access from the Perspective of Patients and Oncologists. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*. 2021;6(7):494-9.
3. Meza-Junco J, Montañó-Loza A y Aguayo-González A. Bases moleculares del cáncer. *Rev Invest Clín* 2006;58(1):56-70.
4. Citada en Mukherjee S. El emperador de todos los males: una biografía del cáncer. Debolsillo; 2014.
5. Dosne Pasqualini C. La guerra contra el cáncer. *Medicina (Buenos Aires)*. 2011;71:496-9.
6. All.Can Argentina. All.Can Argentina Cancer Patients Survey; 2019. Disponible en <https://www.all-can.org/wp-content/uploads/2019/03/Encuesta-1-Cancer-ALLCAN-INFO-3-INGLES.pdf>
7. All.Can International. Building efficiency in cancer care. A policy blueprint by All.Can International; 2022. Disponible en <https://www.all-can.org/what-we-do/policy-research/building-efficiency-in-cancer-care/>.
8. World Health Organization. International Agency For Research on Cancer. Argentina. Source: Globocan 2020. Disponible en <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheets.pdf>.
9. Rubinstein A, Zerbino MC, Cejas C, López A. Making Universal Healthcare Effective in Argentina: A Blueprint for Reform, Health Systems & Reform. 2018. DOI: 10.1080/23288604.2018.1477537.
10. Iniciativa Integrada para el Control del Cáncer en América Latina. Cómo enfrentar la creciente carga del cáncer en Argentina: Desafíos y oportunidades; 2019. Disponible en https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/UICC_IC-CILA_Report_FA_Spanish.pdf.
11. Atun R, Odorico Monteiro de Andrade L, Almeida G, et. al. La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *MEDICC Review*. 2015;17(1):S21-S39.
12. Argentina. Ministerio de Salud. Decreto 1286/10. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/170000-174999/171762/norma.htm>.
13. Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Resolución 1760/2019. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/325000-329999/327843/norma.htm>.
14. Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Balance preliminar de resultados 2019. Plan Nacional de Control del Cáncer. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/balance-resultados-2018-v5.pdf>
15. Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Balance preliminar de resultados 2019. Plan Nacional de Control del Cáncer. Disponible en <https://bit.ly/3OC7VRz>.
16. Ismael J, Pesce V, Díaz C, et al. Plan Nacional de Control del Cáncer en Argentina: planificación y puesta en marcha. *Rev Argent Salud Pública*. 2019;10(41):46-9.
17. Islami F, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA Cancer J Clin* 2018;68:31-54.
18. Brown KF, Rumgay H, Dunlop C, et al. The fraction of cancer attributable to modifiable risk factors in England, Wales, Scotland, Northern Ireland, and the United Kingdom in 2015. *Br J Cancer*. 2018;118:1130-141.
19. Couespel N, Price R. Strengthening Europe in the fight against cancer – study for the Committee on Environment, Public Health and Food Safety, Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies, European Parliament. 2020. Disponible en [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/642388/IPOL_STU\(2020\)642388_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/642388/IPOL_STU(2020)642388_EN.pdf).

20. Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud. Boletín Vigilancia Epidemiológica. Situación de salud por cáncer de pulmón y tabaquismo en Argentina; 2019. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-03/0000001441cnt-boletin_epidemiologia_situacion_salud_cancer_pulmon_y_tabaquismo_argentina_2019.pdf.
21. Alcaraz A, Caporale J, Bardach A, Augustovski F, Pichon-Riviere A. Carga de enfermedad atribuible al uso de tabaco en Argentina y potencial impacto del aumento de precio a través de impuestos. *Rev Panam Salud Pública*. 2016;40(4):204-12.
22. Argentina. Ministerio de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas - Incidencia. Disponible en www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia. Consulta: 26 de abril de 2022.
23. Argentina. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, y Ministerio de Salud. Tercera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles; 2013. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf.
24. Argentina. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, y Secretaría de Gobierno de Salud. Cuarta encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles; 2018. Disponible en https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf.
25. Solidoro Santisteban A. Pobreza, inequidad y cáncer. *Acta méd. peruana*. 2010;27(3):204-6.
26. Arrossi S, Matos E, Zengarini N, et al. The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Results from a cross-sectional study. *Gynecol Oncol*. 2007;105(2):335-40.
27. Argentina. Ministerio de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pnpcc>. Consulta: 26 de abril de 2022.
28. Argentina. Ministerio de Salud. Calendario Nacional de Vacunación 2022. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/calendario-nacional-vacunacion-2022.pdf>.
29. Argentina. Ministerio de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pncm>. Consulta. 26 de abril de 2022.
30. Argentina. Ministerio de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Programa Nacional de Prevención y Detección del Cáncer Colorrectal. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/el-inc/pncrc>. Consulta. 26 de abril de 2022.
31. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;371:m4087
32. Limardo L, Donia M, Provenzano P. Censo Nacional de Mamógrafos 2018. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2018. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001310cnt-20180913-censo-nacional-mamografos-2018.pdf>.
33. Recondo G, Cosacow G, Cutuli H, Cermignani L, et al. Access to oncological care in patients with breast and lung cancer treated at public and private hospitals in Buenos Aires, Argentina. *Int J Qual Health Care*. 2019;31(9):682-90.
34. Investigación presentada en el Congreso Argentino de Cuidados Paliativos realizado en la ciudad de Salta, Argentina, del 30 de octubre al 2 de noviembre de 2019.
35. Argentina. Ministerio de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/programa-paliativos>. Consulta. 26 de abril de 2022.
36. Barrios CH, Werutsky C, Mohar A, et al. Cancer control in Latin America and the Caribbean: recent advances and opportunities to move forward. *Lancet Oncol*. 2021;22(11):e474-e487.
37. Chang WH, Lai AG. Cumulative burden of psychiatric disorders and self-harm across 26 adult cancers. *Nat Med*. 2022;28:860-70.

38. Alcántara JL, Servienti P, Comesaña G, et al. Consumo de tiempo del paciente oncológico en actividades relacionadas con la atención médica ¿Un trabajo de tiempo completo?. *Oncología Clínica*. 2021;1(26). Disponible en <https://revista.aao.org.ar/2021/vol-26/no1-vol-26-2021/consumo-de-tiempo-del-paciente-oncologico-en-actividades-relacionadas-con-la-atencion-medica-un-trabajo-de-tiempo-completo/>.
39. IQVIA Institute for Human Data Science. Cancer won't wait. Building resilience in cancer screening and diagnostics in Europe based on lessons from the pandemic;2021. Disponible en https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/cancer-wont-wait#share_0d2cfa33b93f48d0bfa52babff13c9fe.
40. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86.
41. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage; 2010. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>.
42. Organisation for Economic Co-operation and Development. Tackling wasteful spending on health; 2017. Disponible en <https://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>.