

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
MAESTRIA EN GERENCIA
Y ADMINISTRACIÓN
DE SEVICIOS DE SALUD



“MUJER SANA”

Impacto Económico y Social
Programa de Prevención
Cáncer de Cuello de Útero y de
Mama en afiliadas a la Obra Social
de los empleados público de
Misiones (AR)
Período 2005/2006

**DRA SANDRA DANIELA GIMENEZ
MISIONES ARGENTINA**



**DEDICADA A MI FAMILIA, GERMAN, IVAN Y PRISCILA
RAZON DE SER DE MI VIDA.**

Agradezco en primer lugar al Gobierno de la Provincia de Misiones, en particular al Ministerio de Salud de la Provincia, por haber interpretado la necesidad e implementado la formación en Gerentes de Salud en el ámbito de la Salud Pública, a través del Convenio con la Universidad Nacional de Córdoba, para el desarrollo de la Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud.

En segundo lugar y especialmente al Dr. Roberto Tafani, maestro y tutor por haber sido capaz de dedicarme su sabiduría y tiempo de docencia, no solo por su altísima calificación académica/científica, sino por haber sentido a mi lado a un verdadero Maestro.

En tercer lugar a todo el cuerpo docente que con una riqueza extraordinaria de conocimientos pudieron contribuir a mi formación personal, a partir de la cual obtuve las herramientas científicas que validan las decisiones correctas, sin ningún tipo de dudas.

En particular a mis compañeros, la CPN Patricia Oviedo y el Dr. Carlos Falkoski, que junto al coordinador Dr. Mario Pérez, fueron un apoyo incondicional, sin los cuales no hubiera podido llegar a la meta deseada, ya que su conducción y aliento fueron parte imprescindible en el presente trabajo. Con Cariño a Fabrizzio, Leo y Romina mis asistentes.

Misiones - Argentina

Artículo 23 – Ordenanza Rectoral del 03/77: “La Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor”

JURAMENTO HIPOCRATICO

Juro por Apolo médico, por Esculapio, Higia y Panacea y pongo por testigo a todos los Dioses y a todas las Diosas, cumplir según mis posibilidades y entendimiento el siguiente juramento:

"Estimaré como a mis padres a aquél que me enseñó este arte, haré vida común con él, y si es necesario partiré con él mis bienes.

Consideraré a sus hijos como hermanos míos y les enseñaré este arte sin retribución ni promesa escrita, si necesitare aprenderlo.

Comunicaré los principios, lecciones y todo lo demás de la enseñanza a mis hijos, a los del Maestro que me ha instruido, a los discípulos regularmente inscriptos y jurados según los reglamentos, pero a nadie más.

Aplicaré los regímenes en bien de los enfermos, según mi saber y entender y nunca para mal de nadie.

No daré a nadie por complacencia un remedio mortal o un consejo que lo induzca a su pérdida.

Tampoco daré a una mujer un pesario que pueda dañar la vida de un feto.

Conservaré puros mi vida y mi arte.

No extraeré cálculo manifiesto, dejaré esta operación a quienes saben practicar la cirugía.

En cualquier casa en que penetre lo haré para el bien de los enfermos, evitando todo daño voluntario y toda corrupción, absteniéndome del placer del amor con las mujeres y los hombres, los libres y los esclavos.

Todo lo que viere u oyere en el ejercicio de la profesión y en el comercio de la vida común y que no deba divulgarse, lo conservaré como secreto.

Si cumpla íntegramente este juramento, que pueda gozar dichosamente de mi vida y mi arte y disfrutar perenne gloria entre los hombres.

Si lo quebranto que me suceda lo contrario".

Hipócrates, 400 a.C.



ÍNDICE

• 1-Índice	6
• 2-Resumen	7
• 3-Introducción	14
• 4-Objetivos de la Investigación	18
• General	
• Específicos	
• 5-Metodología de la Investigación	24
• Método	
• Materiales	
• 6-Marco Teórico	27
• Mortalidad por Ca de Útero Argentina	
• Mortalidad por Ca de Mama Argentina	
• 7-El Contexto Misiones	35
• Provincia de Misiones Ubicación Geográfica y Organización Política Administrativa	
• Medio Natural	
• Misiones Actual	
• Mortalidad por Cáncer de Útero	
• Mortalidad por Cáncer de Mama	
• Historia del Instituto de Previsión Social MISIONES	
• 8-Discusión	48
• 9-Resultado Epidemiológico	57
• 10-Análisis de Datos	63
• 11-Conclusiones	92
• 12-Anexo	98
• *Descripción patología	
• **Esquemas terapéuticos-protocolos	
• ***Programa “MUJER SANA”	
• 13-Referencias y Bibliografías	131



RESÚMEN SUMMARY

Con el desarrollo del presente trabajo de investigación buscamos demostrar el impacto social y económico de la implementación del programa “MUJER SANA”, Tamizaje-Screening de cáncer de mama y de útero, del Instituto de Previsión Social (IPS), para que la detección precoz, produzca mejoras en la calidad de vida actual y futura de las empleadas públicas de la provincia de Misiones (AR), como así mismo en la asignación y optimización de los recursos financieros del Instituto.

Surge del problema: ¿son el cáncer de mama y de útero las primeras causas de muerte en mujeres empleadas públicas, afiliadas al Instituto de Previsión Social de la provincia de Misiones para tomar la decisión política Institucional de implementar un programa específico?

El 52,75% de la población de afiliados al IPS (148.569) son mujeres, en valores absolutos 77.320, de las cuales la franja definida entre 40 y 60 años como beneficiarias del programa, 15.000 corresponde al 19,39 % de las afiliadas.

El Programa definió esta población beneficiaria por ser las edades de mayor frecuencia en el debut de estas patologías.

En primer lugar podemos afirmar que tanto el papanicolau como la colposcopia siguen siendo los métodos mas sensibles para tamizaje de cáncer de cuello de útero a costos insignificantes, como así también la alta sensibilidad de la mamografía para el diagnostico de cáncer de mama a pesar de que su costo es significativo, por si mismo, comparado con los costos de diagnóstico tardío es el mas adecuado.

A través de los resultados hallados pudimos demostrar que efectivamente es el cáncer de mama la primera causa de muerte y la segunda causa de muerte es el cáncer de cuello de útero en la población bajo programa, en doce (12) meses de ejecución, en donde se incluyo al 45% (6.800) de las mujeres afiliadas de la meta total de cobertura.

Pudimos dar origen por primera vez, y en un corte longitudinal retrospectivo con datos oficiales a la **tasa de mortalidad ajustada por edad** que fue para dicho período en el caso de **cáncer de mama del 40/100.000**, el doble de la media nacional (20,4/100.000), situación gravísima que amerita redoblar los esfuerzos de gestión como de financiamiento.

Y que la **mortalidad ajustada por edad** para dicho período de **cáncer de cuello de útero fue de 6,66/100.000**, 1,35 puntos más que la media nacional, más tolerable que el caso de cáncer de mama, pero que en igual sentido también indica reforzar las acciones. Del total de pacientes afiliados con diagnóstico de cáncer (396) el 41,66% (165) padecía algún tipo de cáncer genitomamario.

Siendo el 37; 37% (148) el porcentaje de afiliadas con diagnóstico de cáncer de mama y el 4,29% (17) en afiliadas con diagnóstico de cáncer de cuello de útero. Presentando este último una asociación del 4% con Papiloma Virus Humano (HPV).

La mayor frecuencia en el diagnóstico de cáncer de mama se presentó en la franja etárea de 40 a 60 años- 60,14% contra el 13,85% entre 61 y 85 años, pero **la mortalidad ajustada por edad se presento en mayor porcentaje en la franja etárea de 61 a 70 años 41,70% contra el 35,29% de la franja entre 40 y 60 años.**

En la población definida como beneficiaria la mayor frecuencia de cáncer de mama fue la del grupo etáreo de **51 a 55 años de edad con el 34,83%.**

En el caso de cáncer de cuello de útero la mayor frecuencia 50% se encontraba entre 70 y 71 años, en cambio su **mortalidad ajustada por edad en el 100% (1) se dio a la edad de 52 años.**

Pudimos establecer **la tasa de Incidencia de cáncer de mama en afiliadas** que significó el 1,125% o **sea 11,25 por 1.000 mujeres** y de cáncer de cuello de útero significó el 0,17% o sea el **1,70 por 1.000 mujeres.**

Como también pudimos establecer **la tasa de Prevalencia de Período** de las enfermedades específicas, que **para cáncer de mama** fue de 1,93% o sea **19 de cada 1.000** afiliadas al IPS podrán padecer esta patología, y **para cáncer de cuello de útero** del 0,16% o sea que **casi 2 pacientes por cada 1.000 mujeres** afiliadas al IPS podrán padecer esta enfermedad.

Que reflejó una mayor incidencia y prevalencia en cáncer de mama enfermedad, que en cáncer de cuello de útero enfermedad

Logramos determinar que **se ganaron 5,52 años de vida sin enfermedad en el caso de cáncer de cuello de útero por cada 100 estudios** realizados de tamizaje (papanicolau y colposcopia) y se produjo un costo diferencial decreciente de menos \$ 94 (USD 31,22).

En el caso de los estudios de tamizaje de **cáncer de mama se ganaron 8 años de vida sin enfermedad por cada 100 exámenes realizados.** Por cada 100 estudios (mamografía) realizados se produjo un costo diferencial decreciente de menos 236\$, (USD 78,40).

En cuanto al impacto económico en el análisis de costo efectividad una primera variable, fue determinar que con los 519.729,79\$ (USD 172.667,44) invertidos en mamografías en doce meses, se detectaron 76 nuevos casos de cáncer de mama, lo que significa 1 cada 6.838,54\$ (USD 2.271,94) por paciente diagnosticada.

Y podemos decir que con los 206.964\$ (USD 68.758,80) invertidos en papanicolau y colposcopia se diagnosticaron 11 casos nuevos de cáncer de cuello de útero, 1 cada 18.814,90\$ (USD 6.250,79) invertidos.

Una segunda variable de costo-efectividad del programa analizada fue determinar que cada 10.000\$ (USD 3.222,25) invertidos en el programa se detectaron 1,46 casos de cáncer de mama y 0,53 casos de cáncer de cuello útero.

Y una tercera variable de costo-efectividad analizada para la detección precoz de cáncer de mama por mamografía estandarizada quedo demostrada en el aumento al 51,35% y por papanicolau y colposcopia estandarizada en ca de cuello de útero un aumento al 64,70% de casos nuevos detectados a través del programa sobre los casos totales de pacientes con dicho diagnóstico en tratamiento en el período estudiado. Siendo en este último más significativo, la sensibilidad.

Se puede **concluir al final del análisis que se produjo una ganancia-beneficio en la salud de las afiliadas, demostrado por los años de vida ganados en cada patología.**

Y en lo Institucional la ventaja de costos del programa o costo diferencial queda demostrado por la diferencia de costos entre: sin programa y con programa “Mujer Sana” en un valor absoluto anuales **de 451.605,28 \$ (USD 150.034,97) costo diferencial decreciente**, en dos componentes. El primero, de mucha incidencia de un **79,95 %** y de impacto inmediato en el bolsillo de la afiliada con la caída de la barrera de acceso del

coseguro. El segundo componente el Institucional con una disminución de los costos prestacionales de menor significado del **21,05%**. Lo que podría demostrar la hipótesis que en el sector privado el mayor costo lo asumen los usuarios aunque esta sea una Institución del Estado.

Pero que en definitiva hubo una correcta asignación de los recursos por parte de la Institución, porque a futuro, largo plazo se producirá una lógica disminución de los costos en cuanto a tratamientos de cánceres de mama y de cuello de útero en estadios avanzados, cuya cobertura como lo establece el PMO y PMOE (Programa Medico Obligatorio y de Emergencia) es del 100% por parte de la Institución.

Debido a ello realizamos por último la comparación entre costos de diagnóstico precoz de los casos nuevos detectados y los costos de tratamiento en estadios avanzados de la enfermedad (E III), de lo cual resulto que con el diagnóstico precoz para cáncer de mama se logro un costo de 160 veces menor, que si se hubieran diagnosticado tardíamente comparándolos con los costos de tratamiento en estadios avanzados de la enfermedad.

Y en el caso de cáncer de cuello de útero, con el diagnóstico precoz se logró un costo 370 veces menor, que si se hubieran diagnosticado tardíamente comparándolos con un tratamiento en estadios avanzados de la enfermedad.

Realizando el cálculo futuro de mantenerse estable la economía de mercado (con una inflación anual del 10%), del valor de la prestación integral unitaria “Chequera Mujer Sana” en 146,30\$ (U\$D 48,60) para alcanzar la meta total de cobertura de las 15.000 afiliadas, un 10,8% menos del costo inicial estimado.

Finalmente esta tesis será útil como línea de base y soporte documental, para futuras comparaciones y evaluaciones.

Haciendo una sugerencia como reflexión final, y es que el Sistema Público de Salud debiera implementar un programa de iguales características ya que el diagnostico de situación podría ser igual o peor

With the development of the present investigation work we look for to demonstrate the social and economic impact of the implementation of the program HEALTHY "WOMAN, cancer Tamizaje-Screening of he/she suckles and of uterus, of the Institute of Social (IPS) Forecast, so that the precocious detection, produce improvements in the quality of the public employees' of the county of Missions (AR) current and future life, I eat likewise in the assignment and optimization of the financial resources of the Institute.

It arises of the problem: are they the cancer of he/she suckles and of uterus the first causes of death in used public women, affiliated to the Institute of Social Forecast of the county of Missions to take the political Institutional decisión of implementing a program specify?

The population's 52,75% of affiliated to IPS (148.569) is women, in absolute values 77.320, of those which the defined fringe between 40 and 60 years like beneficiaries of the program, 15.000 correspond to 19,39% of the members.

The Program defined this population beneficiary to be the ages of more frequency in the premiere of these pathologies.

In the first place we can affirm that as much the papanicolau as the colposcopia continue being the methods but sensitive for tamizaje of cancer of uterus neck at insignificant costs, I eat the high sensibility of the mammography likewise for the I diagnose of cancer of he/she suckles although their cost is significant, for if same, compared with the costs of I diagnose late it is the but appropriate.

Through the found results we could demonstrate that indeed it is the cancer of he/she suckles the first cause of death and the second cause of death is the cancer of uterus neck in the population under it programs, in twelve (12) months of execution where you includes to 45% of (6.800) the affiliated women of the total goal of covering

We could give origin for the first time, and in a longitudinal retrospective cut with official data to the rate of adjusted mortality for age that was for this period in the case of cancer of he/she suckles of the 40/100.000, double the national (20, 4/100.000) stocking, serious situation that amerita to double the management efforts like of financing.

And that the mortality adjusted by age for this period of cancer of uterus neck was of 6, 66/100.000, 1, 35 points more than the national, more passable stocking that the case of cancer of he/she suckles, but that in equal felt it also indicates to reinforce the actions.

Of the total of affiliated patients with cancer diagnosis (396) 41, 66% (165) he/she suffered some type of cancer Genitomamario.

Being the 37; 37% (148) the percentage of affiliated with cancer diagnosis of he/she suckles and 4, 29% in (17) affiliated with diagnosis of cancer of uterus neck. Presenting this last one an association of 4% with Papiloma Human (HPV) Virus.

The biggest frequency in the cancer diagnosis of he/she suckles he/she showed up in the fringe etarea from 40 to 60 years - 60, 14% against 13, 85% among 61 and 85 years, but the mortality adjusted by age you presents in more percentage in the fringe etarea from 61 to 70 years 41, 70% against 35, 29% of the fringe between 40 and 60 years.

In the defined population as beneficiary the biggest frequency in cancer of he/she suckles it was that of the group etareo from 51 to 55 years of age with 34, 83%.

In the case of cancer of uterus neck the biggest frequency 50% was between 70 and 71 years, on the other hand its mortality adjusted by age in 100% was given (1) to the 52 year-old age.

We could establish the rate of cancer Incidence of he/she suckles in members that it meant 1,125% that is to say 11, 25 for 1.000 women and of cancer of uterus neck it meant 0, 17% that is to say 1, 70 for 1.000 women.

As well as we could establish the rate of Prevalencia of Period of the illnesses you specify that stops cancer of he/she suckles it was of 1, 93% that is to say 19 of each 1000 members to IPS will be able to suffer this pathology, and it stops cancer of neck of uterus of 0, 16% that is to say that almost 2 patients for each 1000 affiliated women to IPS will be able to suffer this illness.

That it reflected a bigger incidence and prevalencia in cancer of he/she suckles illness that in cancer of neck of uterus illness

We are able to determine that 5,52 years of life they were won without illness in the case of cancer of uterus neck for each 100 carried out studies of tamizaje (papanicolau and colposcopía) and a differential falling cost took place of less \$ 94 (USD 31,22).

In the case of the studies of cancer tamizaje of he/she suckles 8 years of life they were won without illness by each 100 carried out exams. For each 100 carried out studies (mammography) differential falling cost took place of less 236 \$ (USD 78, 40).

As for the economic impact in the analysis of cost effectiveness a first variable, was to determine that with the 519.729,79 \$ (USD 172.667,44) invested in mammography's in twelve months, 76 new cases of cancer were detected of he/she suckles what means 1 each 6.838,54 \$ (USD 2.271,94) for diagnosed patient

And we can say that with the 206.964 \$ (USD 68.758, 80) invested in papanicolau and colposcopía 11 new cases of cancer of uterus neck they were diagnosed, 1 each 18.814,90 \$ (USD 6.250, 79) invested.

A second variable of cost-effectiveness of the analyzed program was to determine that each 10.000 \$ (USD 3.222, 25) invested in the program 1, 46 cases of cancer were detected of he/she suckles and 0, 53 cases of cancer of neck uterus.

And a third variable of cost-effectiveness analyzed for the precocious detection of cancer of he/she suckles for standardized mammography I am demonstrated in the increase to 51, 35% and for papanicolau and colposcopía standardized in ca of uterus neck an increase to 64, 70% of new cases detected through the program on the total cases of patient with statement I diagnose in treatment in the studied period. Being in this last one more significant the sensibility.

You can conclude at the end of the analysis that a gain-benefit took place in the health of the members, demonstrated around life won in each pathology.

And in the Institutional one the advantage of costs of the program or differential cost is demonstrated by the difference of costs he/she enters without program and with program Healthy" "Woman in an absolute annual value of 451.605,28 \$ (USD 150.034,97) differential falling cost, in two components. The first one, of a lot of

incidence of 79, 95% and of immediate impact in the member's pocket with the fall of the barrier of access of the coseguro. The second component the Institutional one with a decrease of the costs prestacionales of smaller meaning of 21, 05%. What could demonstrate the hypothesis that in the private sector the biggest cost the users assume it although this it is an Institution of the State

But that in definitive there was a correct assignment of the resources on the part of the Institution, because to future, long term will take place a logical decrease of the costs as for treatments of you become cancerous of he/she suckles and of uterus neck in advanced stadiums whose covering like it establishes it PMO and PMOE (it Programs I Prescribe Obligatory and of Emergency) it is of 100% on the part of the Institution.

Due to we carry out it lastly the comparison between costs of precocious diagnosis of the new detected cases and the treatment costs in advanced stadiums of the illness (AND III), of that which I am that with the I diagnose precocious for cancer of you suckles achievement a cost of 160 times minor that if they had been diagnosed comparing them with the treatment costs in advanced stadiums of the illness belatedly. And in the case of cancer of uterus neck, with the I diagnose precocious a cost was achieved 370 times minor that if they had been diagnosed comparing them with a treatment in advanced stadiums of the illness belatedly.

Carrying out the I calculate future of staying stable the market (with an annual inflation of 10%) economy, of the value of the benefit unitary integral "Check book Healthy" Woman in 146, 30 \$ (USD 48, 60) to achieve the total goal of the 15.000 members' covering, 10, 8% less than the initial estimated cost.

Finally this thesis will be useful as base line and documental support, for future comparisons and evaluations.

Making a suggestion like final reflection, and it is that the Public System of Health should implement a characteristic program of equals since the I diagnose of situation it could be same or worse



INTRODUCCIÓN

Las estadísticas provinciales, nacionales e internacionales reflejan que los cánceres genito mamarios, continúan siendo las causas más frecuentes de mortalidad en las mujeres, a pesar de estar ampliamente demostrado que la precocidad en el diagnóstico, los bajos costos de los programas de búsqueda activa y la rápida inclusión en los protocolos de tratamiento modifican esta realidad, jugando un papel fundamental.

Los últimos datos disponibles nos muestran que cada año en el mundo aparecen alrededor de 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino y la mayoría de ellos en países en desarrollo. De las 231.000 muertes anuales a causa de este cáncer el 80% se produce en países en desarrollo, donde el cáncer cervicouterino es el más letal de los cánceres entre las mujeres (ref. 1)

El cáncer cervicouterino representa un importante problema de salud pública entre las mujeres adultas de los países en desarrollo de América del Sur y Centroamérica, África subsahariana y Asia meridional y suboriental, lugares donde ocupa el primer o segundo puesto entre los cánceres femeninos, la mayoría de ellos se debe a una infección por determinados subtipos del virus del papiloma humano (VPH), virus de transmisión sexual que infecta las células y provoca lesiones precancerosas y cáncer invasivo.(ref. 2)

De acuerdo con una estimación conservadora de la prevalencia mundial (basada en el número de pacientes que sobrevive a los 5 años del diagnóstico), cada año se producen 1,4 millones de casos clínicos de cáncer cervicouterino, Es muy probable que de 3 a 7 millones de mujeres de todo el mundo sufran displasia de alto grado. ⁽³⁾ En Argentina la tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero del 4,5 % (ref.40).

El cáncer de mama constituye otro gran problema de salud pública: Es el cáncer más frecuente en la mujer (23% del total) Una de cada 8-10 mujeres puede llegar a desarrollarlo a lo largo de su vida. Representa la primera causa de muerte en la mujer entre los 25-45 años. ⁽³⁾

La incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad antes de los 20 años es excepcional, se calcula el riesgo 1/20.000 en mujeres menores de 25 años, y se eleva a 1 de cada 9 mujeres en mayores de 85 y más años. El riesgo de desarrollo de cáncer de mama entre 20 y 40 años es de 0,49% y llega 5,5% entre 65 y 85 años (ref. 4)

Cuando se habla de mujeres con riesgo elevado de cáncer de mama estamos haciendo referencia a aquel grupo de mujeres que presenta una serie de factores y marcadores que les confiere riesgo.

También se encuentra probado que los dos tipos de profilaxis, primaria y secundaria, mediante tamizaje activo reducen los índices de mortalidad y modifican la calidad de vida y sobre vida de las pacientes.

TAMIZAJE Y PROFILAXIS SECUNDARIA

La puesta en marcha de las campañas de detección precoz (screening-tamizaje) ha supuesto un gran avance, sobre todo, en el manejo del cáncer de mama. Puesta en marcha esta estrategia la reducción en la mortalidad por esta enfermedad puede reducirse hasta entre un 23 y un 25%. ^(ref.5)

Fueron Strax y Shapiro, los que en 1966, demostraron la reducción de la mortalidad por Cáncer de mama en un 30% en las mujeres mayores de 50 años, habiendo partido de un programa de screening mamario, (ref.6)

Los programas para pesquisar cáncer de mama mediante mamografía son muy costosos; No obstante, permiten cierto aumento de la calidad de vida por sobre la conducta contraria a abstenerse de llevarlos a cabo, demostrando además que son capaces de reducir la mortalidad debida a esta neoplasia.(ref.7)

Los principales métodos diagnósticos utilizados en los estudios de tamizaje de cáncer de mama son:

- 1-) **Examen físico** protocolizado y periódico
 - a-) Auto examen
 - b-) Por Profesional

Este hoy en discusión por la Organización Panamericana de la Salud, según su informe ISBN 92 75 32384 4, atento al aumento del aumento de la mortalidad por cáncer de mama(ref.43)

2-) **Mamografía:** Detección precoz de lesiones no clínicas (lesiones < 2 cm., sin afectación ganglionar y en estadios no invasivos) Existe variabilidad en el valor del screening en función del grupo de edad estudiado: 50-69 años efectos beneficiosos claros \geq 70 años, no influencia, 40-49 años no evidencia clínica firme. En los últimos años se han producido importantes mejoras en la técnica mamográfica, por lo que todos estos datos pueden cambiar (ref. 8)

Con respecto a las mujeres con familiares con cáncer de mama hereditario es muy importante iniciar la vigilancia precozmente: Si existe algún antecedente familiar menor de 30 años, iniciar el estudio 5 años antes del caso más precoz descrito (Riesgo de carcinoma radio inducido 1/25000 (ref.8)

Los principales métodos de estudio en tamizaje en el cáncer de cuello uterino:

1-) La prueba de **Papanicolaou o tamizaje citológico**, que ha logrado resultados notables en la reducción de la incidencia de la mortalidad. La incidencia del cáncer cervicouterino puede ser reducida hasta un 90 %. El Papanicolaou es una prueba citológica concebida para detectar células cervicales anormales. El procedimiento consiste en raspar el cuello uterino para obtener células que luego se extienden y se fijan en una laminilla de vidrio (porta objetos). Éstas se envían a un laboratorio de citología donde son evaluados por un citólogo o citotécnico capacitado que determina la clasificación de las células.

2-) **Colposcopia**, la mayoría de los protocolos indican que las mujeres con anormalidades de grado bajo regresan para pruebas regulares de seguimiento hasta que se determine que la anormalidad se ha solucionado o persiste. Las enfermedades preinvasoras de alto grado suelen ser evaluadas también por colposcopia (examen del cuello uterino con un endoscopio con amplificación) y biopsia; las lesiones precancerosas luego son tratadas mediante extirpación total o parcial.

El tamizaje periódico (independiente-mente del método que se emplee) y la evaluación de seguimiento de las mujeres de 30 o más años de edad es un enfoque aceptable y

eficaz en función de los costos para prevenir el cáncer cervicouterino, suponiendo que el método de tamizaje usado es preciso y la cobertura es alta (ref. 9)

Como existe la posibilidad de prevenir una parte significativa de los cánceres ginecológicos deben asignarse recursos humanos y financieros para la profilaxis, detección temprana y tratamiento oportuno a fin de poner en práctica los programas de pesquisa y hacer accesibles las terapéuticas en especial en los países en desarrollo, (10)



OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Medir el impacto en doce (12) meses de ejecución del Programa “Mujer Sana”, tamizaje screening de cáncer de mama y de cuello de útero, en las afiliadas a la obra social de los empleados públicos de la provincia de Misiones (I.P.S), y analizar los resultados que construyan tasas, años de vida ganados, mortalidad específica y disminución de la discapacidad, y un menor costo futuro en el tratamiento de dichas enfermedades tardíamente detectadas, demostrando la optimización en la distribución de los recursos financieros

Objetivos Específicos:

- 1-) Elaborar un diagnóstico de situación de cáncer de mama y de útero en las afiliadas del I.P.S., entre 40 y 60 años de edad.
- 2-) Elaborar Tasas de Incidencia y Prevalencia Generales y de Periodo en las patologías investigadas.
- 3-) Determinar los años de vida libre de enfermedad logrados con la implementación del Programa.
- 4-) Elaborar Tasa de Mortalidad Bruta y Especifica Ajustada por Edad.
- 5-) Determinar Costo Marginal del Programa
- 6-) Determinar Costo Efectividad del Programa
- 7-) Comparar los hallazgos con los cifras generales de la Provincia de Misiones, el Contexto Argentino y Mundial
- 8-) Confirmar la curva de oferta demanda, curva de elasticidad, ante la gratuidad de las prestaciones.
- 9-) Determinar el impacto económico en la Obra Social ante la detección temprana de patología cervical o mamaria, por la consecuente variación de costos en los tratamientos

ORIGEN DEL PROBLEMA: ¿Son el cáncer de mama y de cuello de útero las primeras causas de mortalidad en mujeres afiliadas al Instituto de Previsión Social? para implementar un programa específico?

La definición de los objetivos específicos, surgió de las siguientes preguntas:

- 1) ¿Hay una base de datos que reflejen la realidad de cáncer de mama y útero en las afiliadas del IPS antes de comenzar el programa Mujer Sana, Tasas de incidencia Prevalencia, Mortalidad, costos, etc., que permita determinar y medir el mismos?
- 2) ¿Se implemento alguna vez un programa sistematizado de búsqueda activa de estas enfermedades que pudieran mejorar la calidad de vida y la salud de las afiliadas al I.P.S., en patologías como cáncer de mama y de cuello de útero?
- 3) ¿Necesitan ser modificados las prestaciones actuales, porque?
- 4) ¿Es correcto y eficiente, gestionar y desarrollar un programa específico que atienda las acciones de prevención con búsqueda activa que mejore la detección precoz acorde a la población que se busque proteger?

RESPUESTAS

Las referencias bibliográficas, y las diferentes investigaciones nos demuestran que estas patologías continúan siendo las primeras causales de muerte en mujeres en edad fértil, y que las acciones de prevención con programas de tamizaje/screening, que incluyen procesos de concientización, e incorporación inmediata al tratamiento, se reflejan en una mejora inmediata de los indicadores precitados.

Estos conceptos involucran a la situación general de la salud de las empleadas públicas de la provincia de Misiones con precisión, pues con tonos de mayor o menor intensidad la deuda de salud, se expresaba nítidamente en la ausencia de un programa de prevención que establezca el perfil epidemiológico en cáncer de cuello de útero y de mama., con indicadores, en los 35 años de vida de la Institución.

EL Instituto de Previsión Social, obra social de los empleados públicos, de tenía incluidas las prestaciones de papanicolau, colposcopia y mamografía como lo establece el P.M.O. (Programa Medico Obligatorio) y el P.M.O.E. (Programa Médico Obligatorio de Emergencia) establecido por el orden nacional, pero con pago de coseguros que generaba barrera de accesibilidad, sin campañas activas de concientización y prevención a través de las acciones de comunicación social y masiva.

La barrera invisible de acceso, “el coseguro”, postergaba el uso de las prestaciones debido a la crisis de ingreso salarial. Ante la propuesta de costo cero en coseguro del programa “Mujer Sana”, la hipótesis de la caída de la barrera económica, produciría aumento del consumo de la oferta prestacional, con el aumento de posibilidades de diagnósticos precoces que favorecerían la sobrevida y la calidad de vida de las afiliadas.

Pero aquí surge también un componente muy fuerte en este escenario que es el cultural y psicológico, que debió ser abordada y desarrollada en el programa.

Porque sistemáticamente, la mujer, coloca otras prioridades en salud por sobre las propias, por ejemplo la de los hijos. También es muy frecuente el miedo al diagnóstico, que retarda el acceso a la primera consulta o a los controles periódicos, sistemáticos y reglados. Tan es así que la alternativa de la difusión de los distintos aspectos de las enfermedades, en búsqueda del cambio cultural, con toma de conciencia y auto responsabilidad es una de las modificaciones imprescindible que se debieron realizar con una muy buena estrategia comunicacional, que han probado su validez, con rigor científico, en la evolución de la prevención y asistencia a estas enfermedades en los países mas desarrollados y en los subdesarrollados donde se implementaron.

Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama se consideran a sí mismas con muchas posibilidades de padecer la enfermedad, porque esta expresado y validado científicamente como uno de los factores de riesgo de mayor peso. Por este motivo presentan con mayor frecuencia problemas psicológicos, fundamentalmente trastornos de ansiedad.

Hay dos momentos clave, al alcanzar la edad a la que se diagnosticó la enfermedad su familiar (madre o hermana fundamentalmente) y al tener el mismo número de hijos que tenía su madre cuando murió

Con frecuencia la mujer con riesgo genético está convencida de que desarrollará en un futuro un cáncer de mama. Su preocupación es CUÁNDO lo va a desarrollar.

Es interesante reseñar también que: el 45% de las mujeres sobrestiman su riesgo, sólo un 11% identifican correctamente su riesgo y las subestimaciones se producen en mujeres de alto riesgo (35-50%), que no reciben asesoramiento.

La posibilidad de desarrollar un cáncer de mama genera una serie de sentimientos, entre los que destacan el miedo al desfiguramiento físico (con frecuencia más que a la muerte), los sentimientos de culpabilidad, la pérdida del control (tenencia de un gen que le lleva a la enfermedad) y el sentimiento de soledad.

Además la ansiedad disminuye su calidad de vida porque piensan en el cáncer cada día, posponen matrimonio y renuncian a la maternidad.

No hay que olvidar tampoco que normalmente las mujeres con riesgo y gran ansiedad suelen ser pasivas en cuanto a los intentos de prevención secundaria. Por ello es preciso valorar cuidadosamente y de forma individualizada los aspectos psicológicos en la mujer identificada como de alto riesgo a la hora de proponerle medidas preventivas.

La generación de una brecha por ingreso en la accesibilidad esta claramente definida por el Dr. Tafani, en similitud a lo referido en la presente tesis, concluye diciendo *“en la medida que el ingreso se haya concentrado en la Argentina, así también se han creado condiciones para el aumento del gasto en los sectores más acomodados de la población. El Sistema de Salud no solo tiende hacia un esquema de múltiples fajas consumidoras de servicios de salud (multitytier system), sino que la política de reducción de gasto pudiendo aplicarse solamente sobre el sector público, (en los seguros semipúblicos hay copagos, y el gasto privado solo puede intentar modificarse mediante estructuras de incentivos adecuadas), conduciría a una brecha creciente de las posibilidades de atención y acceso entre los sectores de mayores y menores ingresos.”* (13 ref.Tafani, 1997: 13)

Como el tema central de la tesis aborda la evaluación del impacto, la construcción de tasas, años de vida salvados, costo marginal, costo efectividad, del Programa “Mujer Sana” de la Obra Social de los empleados públicos de la provincia de Misiones, la última pregunta se responde con las conclusiones de esta tesis, donde el rol del Estado en el campo de un sector de la salud adquiere primordial importancia a partir de demostrar que con una suficiente inversión pública será posible disminuir los indicadores a mediano y largo plazo.

Con un Estado que reasigna recursos en la búsqueda de una mínima equidad social, el mercado disminuirá las distorsiones producidas por la pobreza y la desigualdad que se expresa de múltiples -formas como el acceso a la salud, a los medicamentos a los exámenes diagnósticos y terapéuticas que en muchos casos quedan reducidos a determinadas franjas de la sociedad con mayor poder adquisitivo. Por eso es valioso mencionar que en las conclusiones finales del Libro del Dr. Tafani mencionado anteriormente dice: *“en realidad dada la concentración de los costos en un número relativamente pequeño de individuos, la práctica privada ha sido la de seleccionar riesgos, descremar el mercado y dejar sin cobertura precisamente a quienes más la necesitan como las personas ancianas y enfermas. Así las cosas, ni el sector público ha hecho lo que debe, ni el sector privado se priva de aprovechar la ganancia fácil derivada de las particularidades del mercado en*

salud. Esta es una de las principales razones por las cuales el fortalecimiento institucional del Estado y la existencia de un marco regulatorio, son considerados en la actualidad prerequisites para el buen funcionamiento del mercado. (13 Tafani, 1997:119).

Como la Provincia de Misiones reúne las condiciones negativas de más de la mitad de su población bajo la línea de pobreza, en el año 1991 el 33,6% de la población con NBI (ref. 14 Indec 1999), en ese año el País tenía una media del 19,9% de ella un alto porcentaje en indigencia, a eso se suma una tasa de analfabetismo del 8,30% en menores de 10 años, el país con una media de 3,68% y en mayores a 10 años varones 3,83% y mujeres 4,47% con medias nacionales de 1,74% y 1,94% respectivamente. Situación socioeconómica que empeora a la vista de los datos del censo 2.001 y se agrava aún más luego de la crisis.-

Estas estadísticas que reflejan nuestra realidad abonan la hipótesis de que la decisión de implementar un programa específico que disminuya barreras de acceso, mejore oportunidades de diagnóstico y tratamiento precoz, conduce a una mejora de la calidad de vida y la salud de las pacientes, con una necesaria inversión pública en salud en un ámbito como el de los empleados públicos de la provincia, para mejorar indicadores específicos, donde es tema de discusión permanente la prestación de servicios con calidad y eficiencia.

Un Estado al servicio del ciudadano, es aquel donde el recurso humano es el capital fundamental de ese Estado, y este debe estar no solamente adecuadamente capacitado, correctamente distribuido, etc., sino sano.

Decisiones como la presente son políticamente correctas, y se sustentan en dos circunstancias, primero el costo beneficio en salud, para las afiliadas, pero con el componente de una motivación positiva extra, “el Estado me cuida” “se ocupa e invierte en mí”, y en segundo lugar la redistribución de recursos financieros orientados a la búsqueda de una asignación eficiente, que a largo plazo genere otra distribución.

Es pertinente reproducir algunos conceptos expresados en el Informe del Grupo de Trabajo 1 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (14) “ Si bien las cosas están cambiando, no es raro encontrar todavía que quienes toman las decisiones financieras respecto a las asignaciones para la salud en un País lo hagan pensando en la salud en términos generales solo como algo bueno, sin comprender efectivamente la importancia de invertir en la salud de la población como un mecanismo para estimular o proteger el desarrollo económico. La demostración clara de que la salud es el activo que la gente más aprecia no siempre se traduce en una asignación presupuestaria. La razón de ser del Grupo de Trabajo 1 fue presentar pruebas que vayan más allá del sector de la salud para sustentar la Tesis de que el Estado de Salud es un factor determinante que contribuye al desarrollo económico y reduce la pobreza. Pronto fue claro que se podía afirmar con bastante facilidad la existencia de vinculaciones radicales entre la mala salud y la pérdida de productividad.-

El principal activo de los pobres, su cuerpo, queda así sin seguro (ref. 15 Alleyne-Cohen, 2.003:3).-

En el sector público de la provincia de Misiones hay un total de mujeres empleadas públicas que representan el 52,75%, que en cuanto a afiliados femeninos representan en valores absolutos 77.320 de la masa general de afiliados (146.569) en todo concepto,

donde acciones concretas como la investigada, para lograr indicadores de salud compatibles con un mínimo de bienestar, generara varios efectos en esta hipótesis, primero individuales y específicas en la salud de cada una de las afiliadas ganancia social, segundo dentro del IPS la redistribución financiera de los fondos específicos del sector ganancia institucional , que permitirá otras asignaciones en la búsqueda de la eficiencia y de ampliación de nuevas prestaciones, y en tercer lugar la repercusión positiva en el capital humano del Estado que deberá producir efecto de retroalimentación positiva en las prestaciones de servicios a la comunidad a la que se debe.



METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Métodos:

El tema investigado tiene alcance **exploratorio, descriptivo con característica de diseño retrospectivo longitudinal cuyo soporte documental son datos oficiales.**

Surge de la necesidad de demostrar que la decisión política de poner en marcha un programa específico de la naturaleza ya descrita es la correcta como política institucional para mejorar la calidad y el tiempo de vida de sus afiliadas, así como también la optimización y distribución de los recursos económicos, en este caso de la obra social provincial (IPS).

Seguidamente se aboco a investigar la oferta prestacional en cáncer de cuello y de mama, como también los indicadores que resaltan la grave situación que demuestra la realidad.-

En otros pasos se consultó la bibliografía necesaria y se cotejó con otros distritos para imputaciones similares. En todo momento existió la preocupación de comparar guarismos en valores constantes para que los mismos sean demostrativos de las distintas realidades provinciales.-

El Diseño Metodológico se basó en la estrategia de investigar por un lado la bibliografía que confirma las características de la enfermedad y las estrategias de tratamiento y prevención, al igual que los indicadores que demuestran esa realidad ubicando a la Provincia de Misiones en una de las regiones Argentinas de mayor incidencia de ambos cáncer, por otro lado se investigo los Presupuestos Ejecutados por el IPS Ago/2004 – Jul/2005 y Agosto/2005 ha Julio 2006.-

Comenzamos la búsqueda de datos ciertos que pudieran ayudar a construir los indicadores establecidos como objetivos específicos, fue complejo en cifras crudas, nº de casos diagnosticados, casos totales, tipos histológicos o anatomopatológicos protocolos de tratamiento, edades, costos por prestación individual y totales del periodo inmediato posterior que no produjera la necesidad de implementar correcciones inflacionarias, pero no se encontró un solo dato sistematizado en el Instituto de Previsión Social (IPS) que reflejara un diagnostico de situación de proporciones, razones o de tasas, en cáncer de mama y cuello de útero. A causa de que las prestaciones estaban divididas en dos grandes sectores prestacionales, uno 1º nivel de atención por el modelo de medico de cabecera con pago directo desde el Instituto, y el 2º y 3º nivel de atención por la tercerización de las prestaciones a través de la Federación de Clínicas y Sanatorios, que no suministraban datos regulares ni sistematizados, además para la entrega de medicación quimioterápica el Instituto lo hacia con 100% de cobertura en forma directa a afiliados. En realidad lo fuimos construyendo en forma conjunta a medida que avanzaba la investigación.

Materiales:

Utilizamos como base de datos las prestaciones que se realizaron efectivamente a 6.755 afiliadas en doce (12) meses de ejecución del programa, a partir de su inicio con base en la coordinación del mismo, desde agosto 2005 a julio del 2006, en papanicolau, colposcopia y mamografía, y las prestaciones en igual sentido realizadas en igual

periodo inmediato anterior agosto 2004 a julio 2005, en la Federación de Clínicas y Sanatorios, los datos del Servicio de Oncología del Instituto de Previsión Social.

La recolección de datos fue un proceso lento y dificultoso, por datos dispersos, no sistematizados que no reflejaban indicadores ni tasas como líneas de bases, algunos datos fueron hallados en el Departamento de Oncología del Instituto de Previsión Social, donde se registran entregas de quimioterapicos con sus respectivos diagnósticos edad ,sexo, tipos de tratamiento-protocolos, etc.; otros en la Federación de Clínicas y Sanatorios donde se centralizaban anteriormente las prestaciones a través de su Red; y otros en las estadísticas vitales del Ministerio de Salud Publica.

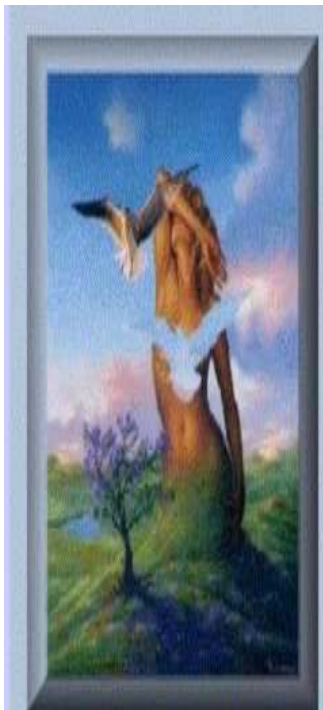
Los presupuestos financieros incluidos en la ley general de presupuesto de la provincia de Misiones, periodos 2004-2005-2006.

A los efectos de las comparaciones, se utilizaron al Atlas de Mortalidad de Cáncer en Argentina 1997-2001, Estudios del Ministerio de Salud, Subsecretaria de Investigación y Tecnología, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Carlos G Malbran”, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias- INER “Dr. Emilio Coni”, para Cáncer de Útero en Argentina desde 1980 a 1999, Informe de Organización panamericana de la Salud informe para América Latina y el Caribe.

Se trabajó en dos niveles, uno teórico, conceptual expresados en el marco teórico y en el otro nivel se trabajo con los indicadores disponibles, tasas, índices, razones, en la búsqueda de comprobar la hipótesis planteada.-

Se realizó una compulsa bibliográfica el tema de la ejecución presupuestaria del programa.

Se realizó una compulsa bibliográfica con estadísticas nacionales y de otras provincias en particular. Se accedió a fuentes secundarias de información internacional, y se consultó con expertos.



MARCO TEÓRICO

Cáncer de Cuello Uterino

Es uno de los más importantes problemas de salud pública en todos los países en desarrollo. En las naciones desarrolladas, si bien no ha desaparecido totalmente la incidencia del cáncer de cuello ha disminuido significativamente en las últimas décadas. Por la implementación de una estructura sanitaria adecuada en prevención secundaria. Un paso trascendente para un cambio de esta situación es el conocimiento de la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello. El conocimiento de la epidemiología así como la necesidad de establecer un programa de control del cáncer de cuello son aspectos salientes para disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino.

La República Argentina tiene a través de sus hospitales nacionales, provinciales y otros establecimientos la posibilidad de controlar a través de programas de detección precoz, esta enfermedad cuyo pronóstico, si no es detectada en forma temprana, es grave.

La Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, apoya las experiencias, con el objetivo de informar a la comunidad la importancia de la pesquisa individual y la posibilidad de la pesquisa en masa organizada, estrategias que demostraron un excelente impacto sobre la mortalidad a bajo costo.

La epidemiología del cáncer genitomamario nos presenta un excelente resumen de la situación del cáncer de cuello uterino en la República Argentina (1980-1999).

Las fuentes de información fueron proporcionadas por la Dirección Nacional de Estadísticas de la Nación e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ministerio de Salud Pública de la Nación, y por Atlas de Mortalidad por Cáncer en Argentina periodo 1997-2001.

El procesamiento y análisis fue realizado por el INER” Dr. Emilio Coni” (Santa Fe).

Como es sabido, el cáncer de cuello uterino está extendido en el mundo entero. Las poblaciones de mayor riesgo están asociadas a la pobreza y a la promiscuidad, y a la presencia de determinadas cepas de HPV.

Esta información va a ser también muy bien recibida por toda América Latina, pues algunos países pobres de esta región no han comprendido la necesidad imperiosa de realizar la pesquisa del método de Papanicolaou, maestro que presentó sus experiencias en 1943 y que todavía espera que se extienda, no solamente al mundo desarrollado, sino a todos los confines de la tierra. No solamente por la solidaridad que implica el diagnóstico oportuno de esta enfermedad, sino porque este diagnóstico oportuno ahorrará gastos futuros al no tener que invertir en el tratamiento del cáncer avanzado, y también ahorrará muchas lágrimas a las familias que padecen este mal. (ref.16 Prof. Dr. Roberto Nicholson- Prologo-INER-2001).

ARGENTINA

grafico 1

ARGENTINA	CANCER DE MAMA	CANCER DE UTERO
Promedio *	26,7	4,66

El cáncer de cuello uterino es un problema importante de salud pública porque ocasiona todos los años miles de muertes que podrían evitarse mediante la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado. En la Región de las Américas se estima que todos los años 68.000 mujeres desarrollan cáncer de cuello de útero y 25.000 mueren a causa de esta enfermedad.

La mayoría de estas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo, especialmente en las áreas y grupos de población con menor acceso a información y control sanitario.

El número de muertes por cáncer de útero en general, se incrementó de 1.866 en 1980 a 2.040 muertes en 1999. En 1999, en la República Argentina 919 mujeres murieron por causa de cáncer de cuello de útero. Se estima que esta cifra fue aún mayor, si se considera que muchas muertes por cáncer de cuello de útero no se registraron como tal, sino que se incluyeron como “tumor maligno de útero parte no especificada”. La mortalidad por cáncer de cuello de útero, en las provincias del Norte del País, fue mayor y en algunas de ellas la tasa de mortalidad por esta causa triplicó el promedio nacional. La mitad de las muertes por cáncer de cuello de útero se presentaron en el grupo de 30 a 60 años y la mortalidad más alta en 1980 se registró en el grupo de mayores de 70 años y en 1999 en el grupo de 50-54 años, con una tasa de 14,9 y 12,9 por 100.000 mujeres respectivamente. Entre 1980 y 1999, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero en Argentina permaneció estable, aunque los casos de muertes aumentaron un 46%. (ref. 16)

Mortalidad por cáncer de cuello de útero en la República Argentina 1980 - 1999

En 1999, se registraron en Argentina 919 muertes por tumor maligno de cuello uterino, representando una tasa de mortalidad ajustada por edad de 4,46 por 100.000 mujeres. La Mortalidad por esta causa se estima que es aún mayor, dado que muchas muertes por cáncer de cuello de útero se registran como muertes por cáncer de útero sin especificar su localización (cuello o cuerpo de útero).

En el mismo año, el total de muertes por cáncer de útero registrado en el país fue de 2048, de las cuales el 55,1% fueron por tumores malignos de útero de parte no especificada.

Estudios realizados en el INER “Emilio Coni” estimaron que un 70% de las muertes por tumor maligno de útero sin especificar localización, correspondió a cáncer de cuello uterino.

De este modo, el número total de muertes por esta causa para 1999, sería 1709 y la tasa ajustada por edad de 9,2 por 100.000 mujeres; cifras que representarían el 54,3% y 57,9% por encima de las muertes registradas como cáncer de cuello de útero.

Si se compara la situación de Argentina con la de otros países (tomando como base sólo las 919 muertes registradas como cáncer de cuello uterino), se observa que la tasa de

mortalidad por esta causa es similar a la de Uruguay, duplica la de Canadá y es casi tres veces más baja que la de México.

Si bien la tasa de mortalidad nacional por cáncer de cuello no manifiesta los niveles de otros países latinoamericanos, la distribución en el territorio nacional presenta particularidades.

Comparando las tasas ajustadas de 1999, de las 24 jurisdicciones, 6 se ubicaron por debajo del promedio nacional y 18 por encima de esta cifra. Las provincias de Formosa, Misiones, Corrientes, Neuquén y Chaco muestran la peor situación en el mapa del país con tasas superiores a 9 muertes por 100.000 mujeres. Entre estas provincias, se destaca Formosa con una tasa de mortalidad de 15,3 muertes por 100.000, cifra que triplica la del promedio nacional.

En este análisis comparativo contrastan notablemente las provincias de La Rioja, Córdoba y Ciudad de Buenos Aires donde se registran las tasas más bajas con cifras por debajo de 3 por 100.000.

En el mapa del país, se distingue entonces una marcada diferencia entre las provincias del Norte con mortalidad elevada y el resto de las jurisdicciones. (ref. 16)

Tendencia de la mortalidad por cáncer de útero 1980-1999

Analizando las tendencias de la mortalidad en forma discriminada por localización en el útero, vemos que, por tumor de cuello y por tumor de útero sin especificar el sitio aumentó un 0,15% por año en tanto que por tumor de cuerpo uterino disminuyó 1,1% por año.

Esta situación debe asociarse a la confección errónea de los certificados de defunción y no a una modificación en la situación epidemiológica real. Es importante destacar que el cáncer de cuerpo, representado en su mayoría por el cáncer de endometrio, no tiene una estrategia de detección precoz que permita disminuir la mortalidad y que además no se han realizado acciones tendientes a reducir el problema.

Analizando las cifras absolutas se observa que el número de muertes por cáncer de cuello uterino aumentó en los últimos 19 años de 629 (1980) a 919 muertes (1999). El mayor número se registró en 1997 con 944 defunciones. No obstante la tasa ajustada por edad, a tenido muy poca variación pasando de 4,12/ 100.000 en 1980 a 4,46 /100.000 en 1999 y al año 2001 del 4,9/100.000

Mortalidad por grupos de edad 1980 y 1999

Al comparar la mortalidad por grupos de edad entre los años 1980 y 1999, se observa una disminución en los grupos menores de 35 años, mayores de 70 y un aumento en los restantes. La tasa más alta en 1.980 se registro en las mujeres mayores de 70 años con 14,9 y en 1999 en el grupo de 50 a 54 años con una tasa de 12,9 muertes por 100.000 mujeres.

Analizando los dos años constatamos que el 61,3% de las muertes por cáncer invasor de cuello uterino se registró en mujeres entre 30 y 60 años.

El descenso de la mortalidad en mujeres menores de 35 años está relacionado a las mayores oportunidades de detección del cáncer de cuello que actualmente tienen las

mujeres en edad fértil. El grupo de 55-59, fue el que evidenció el mayor aumento, pasando de una tasa de 9,0 el año 1980 a 12,9 por 100.000 mujeres en 1999.

Como resultado de la detección precoz por medio del papanicolaou, muchos países han logrado disminuir el riesgo de que las mujeres desarrollen cáncer de cuello uterino.

El cáncer de cuello uterino es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico, con antecedentes de múltiples parejas sexuales, primera relación sexual a edad temprana y muchos embarazos. Es muy raro en las mujeres sexualmente inactivas y en las sin hijos. Si bien es una enfermedad que no es registrada correctamente, por mala confección de los certificados de defunción, la cantidad de muertes registrada en cada provincia coincide con los factores de riesgos conocidos por los estudios epidemiológicos realizados. Las jurisdicciones con mayores niveles de necesidades básicas insatisfechas (NBI), presentan las tasas más altas de mortalidad por cáncer de cuello uterino. (ref. 16 INER" Dr. Emilio Coni", informe Misiones, Cáncer de Útero).

El Atlas de Mortalidad de Cáncer en Argentina 1997 al 2001, en el caso de cáncer de cuello de útero para la argentina establecía 4,66% de mortalidad cruda y el 4,9/100.000 de mortalidad ajustada por edad, a comparación de la mortalidad cruda de Estados Unidos del 2,6% y Canadá 2,3%.

CANCER DE MAMA:

Anualmente mueren 300.000 mujeres en América Latina y el Caribe, o sea 83 mujeres por día por cáncer de mama, de los cuales el 43% pertenecen a países desarrollados, y representa el 31% de todos los canceres que padece la mujer en el mundo (L 43).

De acuerdo a Murray y López (1996) los países en transición epidemiológica, presentan aumento de la mortalidad de mama y disminución de la mortalidad por cáncer de útero.

Argentina

La tasa de mortalidad ajustada por edad de argentina es del 20,4/ 100.000, y la mortalidad cruda es del 26,7% (40).

El cáncer de mama es el tipo de cáncer que las mujeres padecen más frecuentemente (excluido el cáncer de piel) y la segunda causa de muerte en las mujeres después del cáncer de pulmón. Los hombres también pueden desarrollar cáncer de mama, pero la frecuencia es baja, representando menos del 1% de todos los casos de cáncer de mama.

Si se lo diagnostica en un estudio temprano, el cáncer de mama presenta una tasa de curación alentadora: hasta el 97% de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama localizado sobreviven cinco años después del diagnóstico.

Aunque el cáncer se encuentre en un estadio más avanzado, nuevas terapias han permitido que muchas víctimas de cáncer de mama experimenten la misma calidad de vida que tenían antes del diagnóstico.

En Argentina se diagnostican entre 15 y 18000 nuevos casos por año. Si el cáncer se circunscribe a la mama, la tasa de sobrevivida relativa de cinco años (porcentaje de

mujeres que sobrevive al menos cinco años una vez detectado el cáncer, excluidas aquéllas que mueren por otras enfermedades) asciende al 97%. Si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales, la tasa de sobrevida relativa de cinco años es del 79%; si el cáncer se ha diseminado a un sitio distante, la tasa de sobrevida relativa de cinco años es del 23%. Estos son promedios y el riesgo de cada persona depende de numerosos factores, entre los que se incluye el tamaño del tumor y el número de ganglios linfáticos a los que se ha diseminado el cáncer. La tasa de sobrevida es más alta y la posibilidad de recidiva es más baja en el caso de tumores más pequeños con ganglios linfáticos negativos. La tasa de recidiva aumenta con el aumento del tamaño del tumor y el número de ganglios linfáticos positivos. Entre 1990 y 2000, el número de mujeres que murieron a causa del cáncer de mama se redujo 2% cada año. En la actualidad viven aproximadamente más de dos millones de mujeres en Estados Unidos a quienes se les ha diagnosticado y tratado por cáncer de mama. (ref. 17 Roche Argentina-Salud-Ontología-Ca de Mama-2006). En 2004, se estima que en los Estados Unidos a 217.440 mujeres se les diagnosticará cáncer de mama y se producirán aproximadamente 40.580 muertes. Y aproximadamente 1.450 hombres se les diagnosticará cáncer de mama en 2004. En la evolutividad de la mortalidad cruda de cáncer de mama, se puede observar una curva creciente entre el periodo 1988-1991 que fue del 20,9%, que al periodo 1993-1996 aumento al 26,63 y en el periodo 1997-2001 del 26,7%, comparando con Canadá que fue del 18% o Estados Unidos del 24,2 para el año 2001

Grafico 2

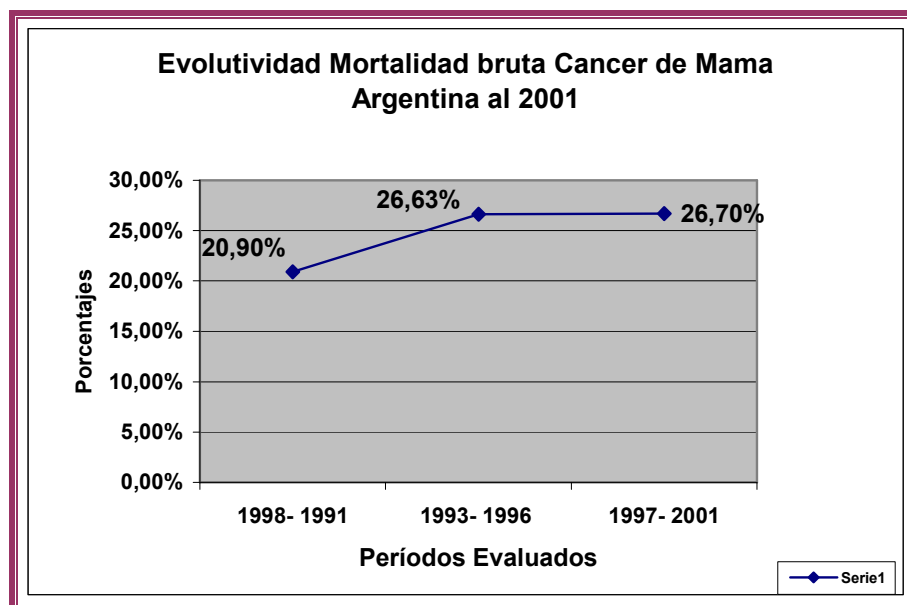
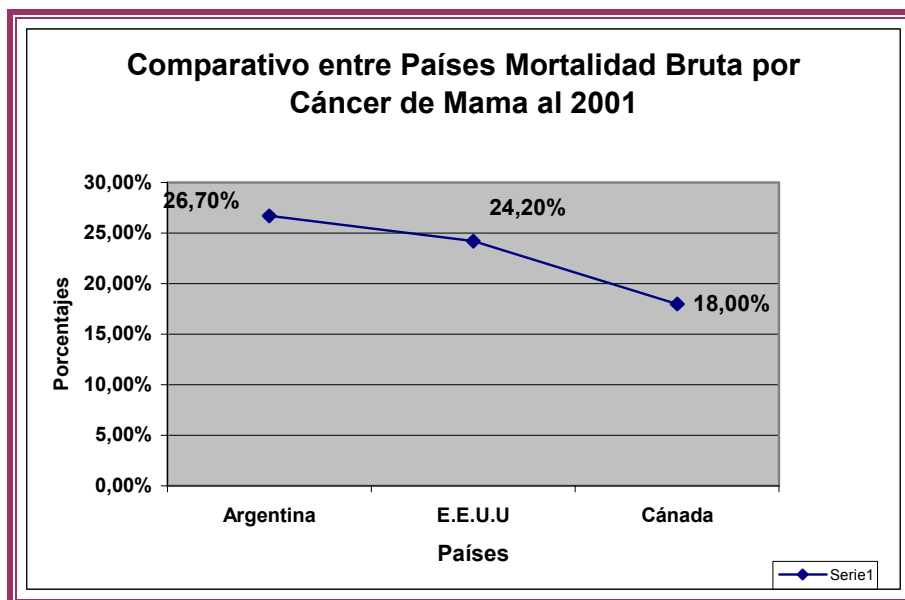


Gráfico 3



**TASAS DE MORTALIDAD COMPARADAS ENTRE PROVINCIAS
ARGENTINAS***

Gráfico 4

PROVINCIAS	CANCER DE MAMA	CANCER DE UTERO
Catamarca	14,4	14,2
Buenos Aires	20,2	9,7
Ciudad A. de	23,8	6,5
Bs. As	23,3	8,8
Córdoba	17,6	18,9
Corrientes	16	19,1
Chaco	16,8	12,2
Chubut	18,7	11,1
Entre Ríos	23,4	14,4
Formosa	18,8	10,1
Jujuy	21	10,1
La Pampa	11	11,2
La Rioja	21,5	9,2
Mendoza	19,9	16,6
Misiones	16,5	9,5
Neuquén	15,1	12,1
Río Negro	14,1	19,6
Salta	22,6	11,3
San Juan	23,3	12,1
San Luís	18	13,9
Santa Cruz		

Santa Fé	23	10,4
Santiago del Estero	13,6	12,4
Tierra del Fuego, Antártica e Islas del Atlántico Sur	17,6	12,2
Tucumán	16,9	12,1

- (ref. 40) Base de datos Atlas de Mortalidad de Cáncer en Argentina periodo 1997-2001

• **DISTRIBUCIÓN DE MORTALIDAD POR CM EN TERRITORIO ARGENTINO**

- Razón de tasas (SMR) PERIODO 1997-2001 *Gráfico 5*

JURISDICCION	SMS
Argentina	100,0
Santa Fe	114,0
Córdoba	113,8
Ciudad Autónoma	112,9
San Juan	111,1
San Luis	109,7
Mendoza	105,3
La Pampa	101,9
Buenos Aires	99,1
Santa Cruz	90,9
Entre Ríos	90,2
Corrientes	83,2
Tucumán	82,7
Chubut	81,9
Neuquén	81,5
Misiones	80,2
TDF, Ant e IAS	77,2
Chaco	77,0
Río Negro	74,0
Formosa	72,0
Catamarca	70,0
Salta	69,5,0
Santiago del Estero	68,0
La Rioja	51,8
Jujuy	49,3

Atlas de Mortalidad por Cáncer -Argentina 1989- 1992. (40)



MISIONES

Ubicación Geográfica y Organización Política Administrativa

La Provincia de Misiones se localiza en el extremo nordeste del territorio nacional, entre la República Federativa del Brasil y la República del Paraguay, y se vincula con el país a través de la Provincia de Corrientes.

La superficie provincial es de 29.801 Km² (1,07% del país continental) – El país tiene 2.791.810 Km² superficie continental y 3.756.274 Km² agregando el continente antártico argentino y las Islas Georgia, Sándwich y Orcadas del Sur – según el Instituto Geográfico Militar.-

La provincia tiene 17 Departamentos y 75 Municipios siendo su capital Posadas.- (ref. 18 Tesis Dr. Soria Vieta 2005)

Según datos del INDEC 2001 la población misionera era de 965.522 habitantes, dividida por sexo, en hombres 484.323 y en mujeres 481.199.

De las cuales 79.461 se encontraban entre la franja etarea de 40 a 60 años, lo que representaba el 16,51% del total de la población femenina.

Medio Natural

El suelo rojo predomina en Misiones es de tipo laterítico, único en el país, posee alrededor de 800 cursos de agua interiores que desagotan en los dos ríos que circundan la provincia río Paraná y Uruguay.-

El clima es subtropical húmedo y hace de Misiones uno de los territorios más húmedo del país con un promedio de 2.000 milímetros cúbicos de precipitaciones pluviales al año.-

Es una provincia forestal por excelencia teniendo una masa forestal nativa -selva paranaense- y ya posee aproximadamente 400.000 hectáreas reforestadas con especies exóticas.-

Misiones posee un extraordinario recurso natural-cultural representado por su paisaje, las reservas y atractivos naturales –Saltos del Moconá o las Cataratas del Iguazú- y su acervo histórico cultural como las Ruinas Jesuíticas.- (ref. 18 Tesis Dr. Soria Vieta)

MISIONES ACTUAL

En primer lugar es necesario definir conceptos básicos sobre lo siguiente: **Salud**.

El concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde un paradigma médico biológico hasta un concepto más global, el paradigma socio-ecológico que engloba al anterior y lo supera, por ello me parece pertinente citar una definición de salud actual no única ni definitiva *“la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad”*(Dr. Acevedo 2003:3).-

También me parece pertinente mencionar a Amartya Sen. (1999) quien caracterizó a la pobreza como una “carencia de posibilidades” por la cual una persona carece de las “libertades esenciales” que necesita para llevar “el tipo de vida que con justicia valora”.- (ref. 18 Tesis Dr. Soria Vieta 2005- Financiamiento Estado y Equidad en la Salud de la Provincia de Misiones)

Por ello y dentro de éste marco del problema es quien y como, debe invertir en salud en estas condiciones actuales. Sin duda quien debe hacerlo es el Estado a través del mejor mecanismo de redistribución de sus ingresos.-

Tomar la iniciativa de evaluar a un sector del estado provincial, como el IPS, obra social de los empleados públicos, en su decisión de invertir en acciones de prevención y asistencia de enfermedades oncológicas como cáncer de mama y de útero, en sus afiliadas, busca demostrar que cuando el Estado más invierte en salud a través de un sistema racional, eficiente y equitativo, se mejora la calidad de vida y los años de vida, reflejándose estas desiciones en los indicadores que muestran una mejora ostensible.-

En la Republica Argentina se registraron en 2001 un total de 947 muertes por tumor maligno del cuello uterino, con una tasa ajustada por edad (TAE) de 4,96 por 100.000 mujeres. El 2,4 % del total de muertes en el país, es decir 23 muertes, tenía residencia en la provincia de Misiones, lo que representó una tasa ajustada por edad de 5,21 por 100.000 mujeres, levemente por encima del promedio nacional. Misiones se ubica en el décimo quinto lugar por cáncer de cuello uterino. En 21 años, el promedio fue de 30 muertes por año. (ref. 16 INER)

La tendencia de la mortalidad por tumor maligno de cuello uterino en Misiones, en los últimos 21 años un 1,0 % por año según muestra tabla

TABLA MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS DE UTERO.

MISIONES 1980-2001

Gráfico 7

Años	Nº	Tasa Mort.	TAE
1980	22	7,59	10,55
1981	25	8,36	11,48
1982	22	7.14	9.43
1983	19	6.05	8.38
1984	17	5.25	7.46
1985	17	7.12	7.35
1986	19	5.54	7.68
1987	26	7.30	10.05
1988	29	7.88	10.36
1989	28	7.51	9.92
1990	26	6.88	9.43
1991	32	8.18	10.65
1992	34	8.43	12.21
1993	36	8.68	11.35
1994	34	8.12	10.86
1995	42	9.66	12.53
1996	42	9.42	12.54
1997	31	6.8	8.76
1998	61	13.07	16.59
1999	45	9.42	12
2000	31	6.40	8.09
2001	23	4.61	5.21

TABLA MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS DE UTERO. MISIONES 1980-2001-Base INER (ref. 41)

(N) NUMERO DE MUERTES,

(TASA) TASA POR 100.000 MUJERES,

(TAE) TASA AJUSTADA POR EDAD

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE LA NACION – PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CUELLO DE UTERO. (ref. 19/ 41)

Solo como una referencia para visualizar la Provincia de Misiones comparada con otras Provincias mencionaré indicadores que nuestra dolorosa realidad, que confirman la desigualdad en salud:

Datos Destacados:

En la República Argentina se registraron en 1999 un total de 919 muertes por tumor maligno del cuello uterino, con una tasa ajustada por edad (TAE) de 4,46 por 100.000 mujeres. El 4,9 % del total de muertes en el país, 45 muertes, tenía residencia en la provincia de Misiones, representando una tasa ajustada por edad de 12,0 por 100.000 mujeres, 3 veces más alta que el promedio nacional. Misiones se ubicó en el segundo lugar de mortalidad por cáncer de cuello uterino, después de la provincia de Formosa base INER a 1999, pero al 2001 según la misma fuente la tasa ajustada por edad fue del 5,21 por 100.000, lo que demostró un aumento en la incidencia.

Situación de los 17 departamentos provinciales: en Candelaria, Concepción y San Javier no se registraron casos de muertes por tumor maligno de cuello uterino; en el departamento Capital se registró 13 muertes. Y San Pedro, la tasa más alta con 37,02 por 100.000 mujeres; en Cainguas se registró la tasa más alta de mortalidad por tumor uterino sin especificar la localización con una tasa de 16,8 por 100.000 mujeres.

Mortalidad por grupos de edad: en 1980 la tasa más alta de mortalidad por cáncer de cuello uterino se registró en el grupo de 60 a 64 años y en el año 1999 la misma tasa se registró en el grupo de 50 a 54 años; en ninguno de los dos años mencionados se registraron muertes en mujeres menores de 25 años. Mortalidad provocada por cáncer de útero según localización entre 1980 y 1999:

La tendencia de la mortalidad por tumor maligno de cuello uterino aumentó 2,39 % por año.

La tendencia de la mortalidad por tumor de útero sin especificar la localización disminuyó con una variación de 3,2 % por año con relación al tumor maligno del cuerpo del útero aumentó 2,4 % por año.

Mortalidad por cáncer de útero en Misiones 1980 – 1999

En 1999 se notificaron 45 muertes por tumor de cuello uterino con residencia en la provincia de Misiones, representando una tasa bruta de 9,42 y una tasa ajustada de 12,0 por cada 100.000 mujeres. Se registraron 16 muertes menos que en el año 1998, (61 muertes). El promedio de muertes por tumor maligno de cuello uterino en los últimos 19 años fue de 30,4 muertes por año. El mayor número de muertes se registró en 1998 con 61 casos y el menor en 1984 y 1985 con 17 por esta misma causa (Tabla 1).

Estas cifras ubican a Misiones en el segundo lugar de las Jurisdicciones del país y posiciona esta provincia dentro de las 5 con mayor mortalidad en los años estudiados.

En 1999 se registraron 16 muertes por tumor de útero sin especificar la localización con una tasa ajustada de 4,61 por 100.000. El promedio en el período estudiado fue de 24,8 muertes anuales. Las muertes de este grupo, indican la mala confección del certificado de defunción, en el que no se especifica con exactitud la localización real del cáncer.

Analizando los casos de tumor de cuerpo uterino, en los años estudiados, se observó un promedio de 6 muertes por año con un rango que va de 2 a 16 casos. En 1999 con 16 muertes la tasa fue de 4,4 por 100.000 mujeres.

Distribución por departamentos -1999

La magnitud del problema en los 17 departamentos en que se divide la provincia presentó diferencias. En Candelaria, Concepción y San Javier no se notificaron muertes por tumor maligno de cuello uterino.

En Capital se registró el número más alto de muertes con 13 casos. En 7 departamentos se registraron tasas superiores a 10 muertes por 100.000 mujeres. San Pedro, registró la tasa más alta con 37,02 por 100.000 mujeres. Las 13 muertes de Capital, más las 5 del Dorado, 4 de Iguazú y 4 de San Pedro representan el 57,7 % del total de muertes por esta patología.

Cainguas presentó la mayor tasa de mortalidad por tumor uterino sin especificar la localización con 16,84 por 100.000 mujeres.

Se registraron muertes por tumor de cuerpo uterino en Capital 4 casos, en Cainguas 2 casos y en General Belgrano 2 casos.

Mortalidad por grupos de edad 1980y 1999

La tasa de mortalidad por tumor de cuello uterino más alta en 1980 se registro en el grupo de 60-64 y en 1999 en el de 50-54 años, con valores de 50,0 y 54,9 respectivamente.

Comparando 1999 con 1980 la mortalidad disminuyó en mujeres menores de 40 años, 45-49 y 60-69 años, aumentando en el resto de los grupos especialmente en mayores de 70 años. No se registraron muertes en mujeres menores de 25 años en ninguno de los dos años estudiados.

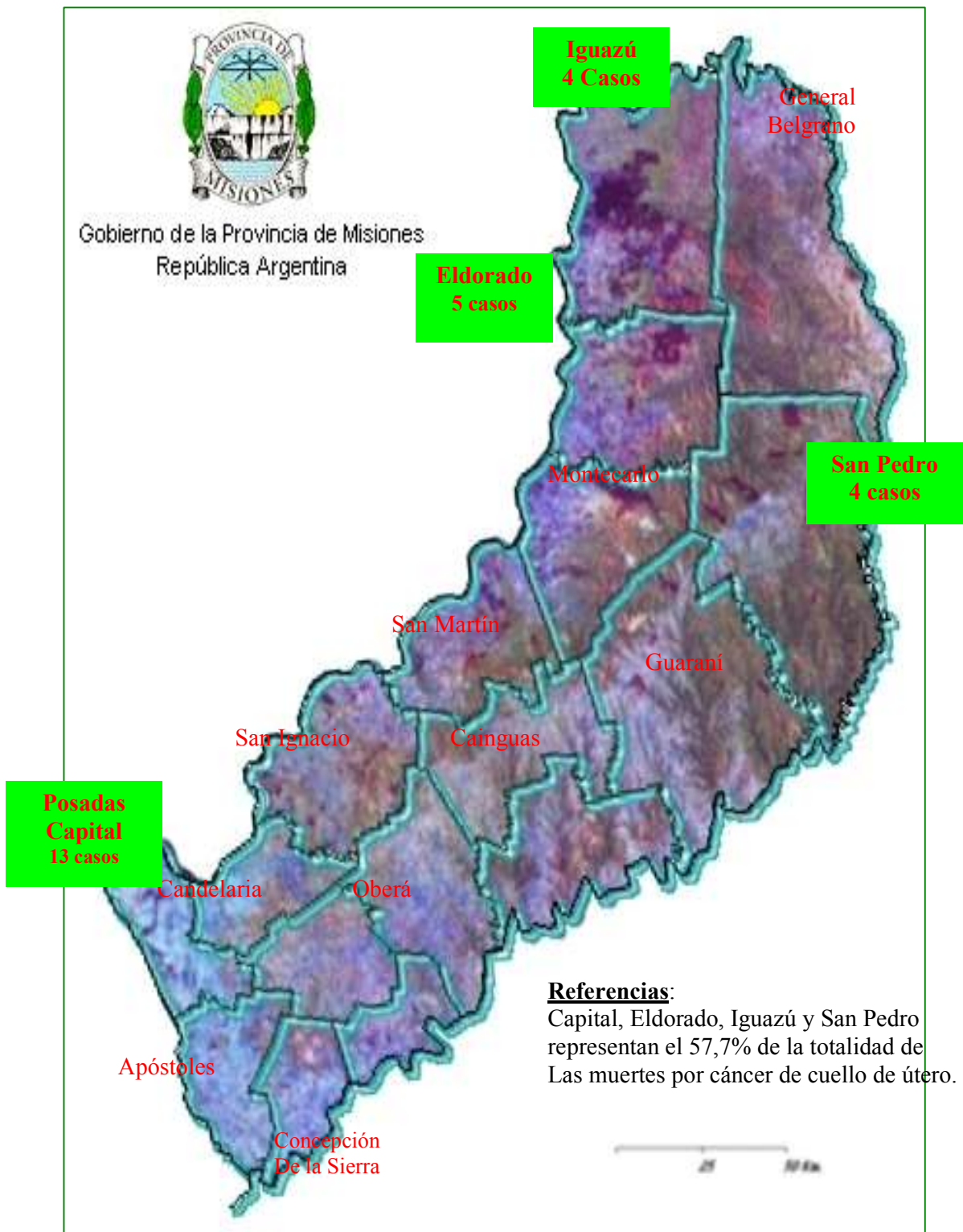
Tendencia de la mortalidad por cáncer de útero 1980-1999

La tendencia de la mortalidad por tumor de cuello uterino aumentó 2,4% por año.

Con respecto a la mortalidad por tumor de útero sin especificar la localización, disminuyó 3,2% por año, lo que pondría en evidencia una mejoría en el registro de los datos.

El tumor maligno de cuerpo uterino en la provincia de Misiones, manifiesta la misma tendencia que la mortalidad por cáncer de cuello uterino, y aumentó 2,4% por año. Provincia de Misiones. Año 1999(ref. 16)

Gráfico 8



Cancer de Mama en Misiones

El cáncer de mama, segunda causa de muerte en Misiones, con una tasa de mortalidad bruta del 12,6%, 2,11 veces menor a la media nacional y una Tasa de mortalidad ajustada por edad del 16,6/100.000, 1,22 veces menor que la media nacional, (Atlas Mortalidad Cáncer Argentina-instituto Roffo 1997-2001).

No pudo encontrarse distribución geográfica departamental de frecuencia, incidencia, prevalencia ni mortalidad específica o ajustada por edad, en todas las consultas realizadas, que pueda permitir evaluar la evolución de la enfermedad, ni en el sector publico ni en el sector privado.

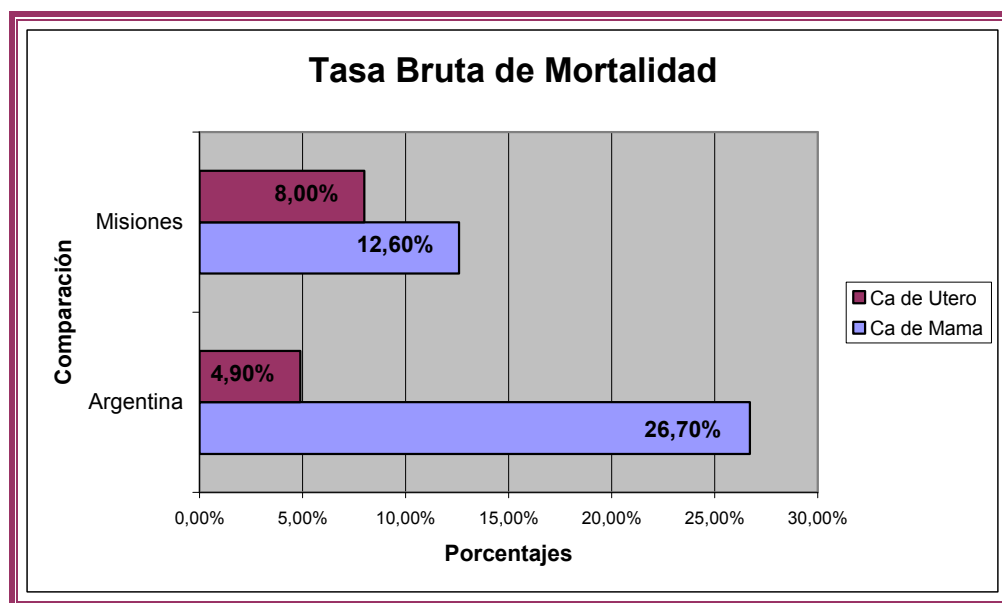
El año 2005 según datos que maneja el Ministerio de Salud Pública de Misiones, de 870 defunciones por tumores malignos, 70 fueron por tumor mamario, representando un 8,04 % de incidencia (porcentaje de muerte por tumor mamario sobre total de muerte por tumores maligno). El grupo de riesgo se ubicó entre los 45 y 84 años. Por cáncer de útero fallecieron 86.

En cuanto al tumor cervical llamó la atención que hubo cuatro muertes entre 25 y 34 años. Esto da cuenta de la carencia en la detección precoz y el avance inminente de la enfermedad en corto tiempo.

Se estima que una de cada 8 a 9 mujeres será afectada por un tumor mamario en algún momento de su vida. Pero detectado a tiempo, es curable en el 90% de los casos.

El sistema publico de salud cuenta con mamógrafos fijos en tres municipios de la provincia en su red hospitalaria, Dr. Ramón Madariaga Posadas, SAMIC Eldorado y SAMIC Oberá, además de un camión sanitario con un mamógrafo móvil, articulando acciones con la filial Misiones de LALCEC y con los prestadores privados, comenzando la sistematización de búsqueda activa-tamizaje.

Fuente: Atlas de Mortalidad para la Argentina 1997-2001 (40)



TASA DE MORTALIDAD GENERAL, TASA AJUSTADA POR EDAD:

Definición ⁽²⁵⁾: El número total de defunciones estimadas en una población total o de determinado sexo o y/o edad, dividido por el total de esa población, habiendo eliminado el efecto de las diferencias en la distribución de edad, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Nota técnica: Las tasas ajustadas de mortalidad específicas por edad correspondientes, para un determinado sexo y grupo de causas de defunción a la Población Estándar Mundial: 2.400 menores de 1 año, 9.600 de 1 a 4 años, 19000 de 5 a 14 años, 4.3000 de 15 a 44 años, 19.000 de 45 a 64 años, y 7.000 mayores de 64 años.

Tipo: Tasa

Unidad de Medida: por 100.000 habitantes

Categoría: Hombres, Mujeres

INCIDENCIA DE MORTALIDAD ^{(16)/ (40)}

• **Cáncer de Útero**

Argentina TAE (tasa ajustada por edad) 4,46 / 100.000

Misiones TAE 5,21 /100.000

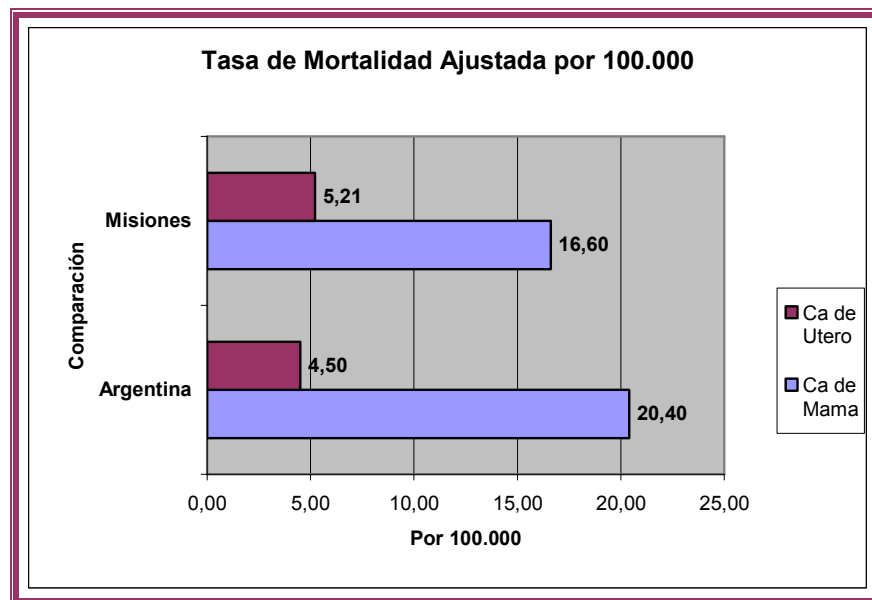
Fuente: INER 1980-2001

• **Cáncer de Mama**

Argentina TAE (tasa ajustada por edad) 20,4 /100.000

Misiones TAE 16,6/100.000

Fuente: Atlas para la Mortalidad por Cáncer de Argentina 1997-2001(ref.40)



(ref.40) Gráfico 9



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES

HISTORIA DEL I.P.S.

El Instituto de Previsión Social es un Organismo del Estado Provincial que comenzó a funcionar a mediados de febrero de 1.957. En el año 1.971 con la Promulgación de la Ley Provincial N° 568 se le dio las herramientas para que desarrollara ordenadamente los servicios de dos áreas básicas que le fueran encomendadas: “ser administradora del régimen de jubilaciones y pensiones” y de “un servicio de obra social” que encarnan la seguridad social en los empleados públicos de la provincia de misiones.

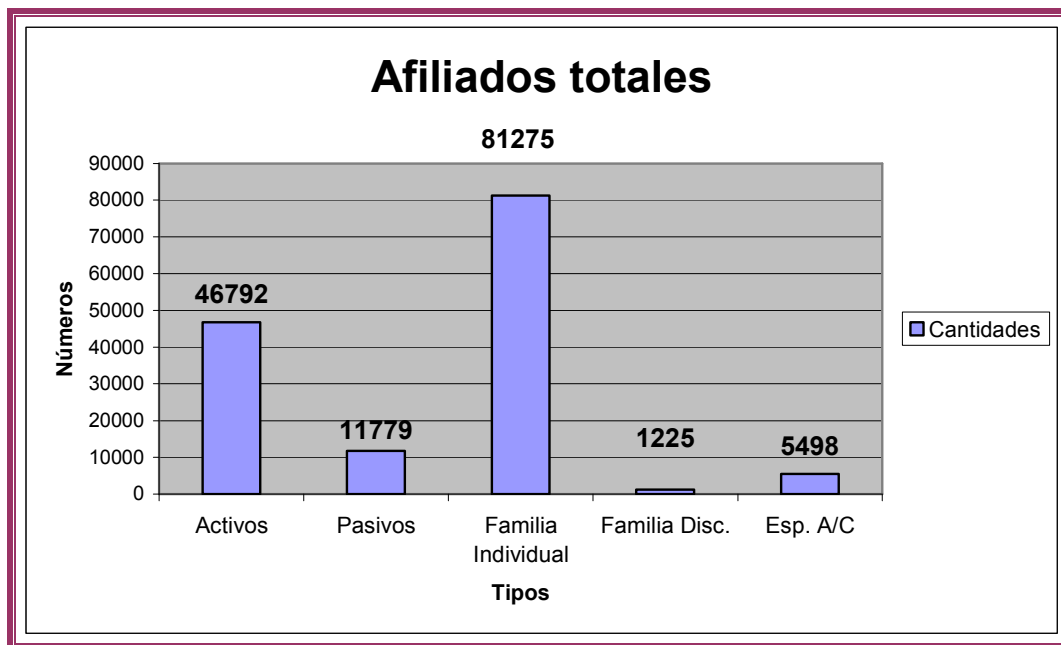
En la actualidad tal como lo establece la misma Ley 568, principal marco regulatorio de las actividades dictado en 1.971 y aún vigente, con modificaciones en su evolución siendo la última, la Ley Provincial n° 3380/96. El Directorio está conformado por cuatro miembros, los mismos representan dos (2) al Estado Provincial, Presidente y Vicepresidente, a decisión del Gobernador y dos (2) a los Afiliados Activos y Pasivos, un Director por cada rama por elecciones cada 2 años por los afiliados. Aunque el texto de la Ley menciona que los servicios que presta se limitan a esos dos básicos, los servicios que en la realidad y la actualidad presta fueron modificándose, como por ejemplo el turismo social a afiliados o la incorporación de programas de prevención específicos. Incluso, día a día, se van incorporando más en la medida de las necesidades que marcan los tiempos y sus únicos dueños: los afiliados.

La tarea de realizar un balance de estos cuarenta y ocho años de vida no es cosa fácil. Máxime cuando el análisis comprende cosas tan dispares y amplias que brindan el I.P.S en distinta áreas como: salud, previsión, esparcimiento, turismo social, etc. Debe pensarse para dimensionar minimamente la importancia del alcance de los servicios que presta el organismo, que según datos recientes sólo en el área de la obra social brinda cobertura o asistencia a 65.000 familias, un total estimado a la fecha de 146.569 afiliados, que incluyen titulares, grupo familiar a cargo y adherentes. Si tomamos el número de los beneficiarios, y lo trasladamos a la población estimada con cobertura social de cualquier origen en la provincia que es de 400.000 personas, la resultante implica que un 40 % de la seguridad social esta en manos del Instituto de Previsión Social donde reciben protección, servicios y atención por los 365 días del año.

Los datos actualizados de total y tipo de afiliados a enero del 2006 son los siguientes (ref.22):

Afiliados Titulares Activos:	46.792
Afiliados Titulares pasivos:	11.779
Afiliados Indirectos Familiares	81.275
Afiliados Familiares Discapacitados	1.225
Afiliados Ley n° 4056/ 4103/ 4229:	5.498
TOTAL GENERAL	146.569

Gráfico 10



Se explicita a continuación la diferenciación de los beneficiarios según las leyes 4056/04, 4103/04 y 4175/05 (ref. 12)

Esposo sin aporte Ley 4056/04	943
Esposo con aporte \$20 Ley 4056/04	950
Esposo con aporte \$35 ley 4056/04	365
Concubina sin aporte Ley 4056/04	202
Concubina con aporte \$20 ley 4956/04	255
Concubina con aporte \$35 ley 4056/04	84
Concubino sin aporte ley 4056/04	194
Concubino con aporte \$20 Ley 4056/04	200
Concubino con aporte \$35 Ley 4056/04	66
Madre con aporte \$35 ley 4056/04	741
Padre con aporte 4 35 ley 4056/04	377
Nietos a cargo hasta 1 año ley 4056/04	314
Nietos a cargo hasta 14 años ley 4175/04	354
Nietos a cargo hasta 14 años ley 4229/05	411
Tutela definitiva sin aporte ley 4056/04	8
Hermano con aporte \$35 ley 4056/04	8
Confinado de adopción sin aporte ley 4103/04	26

El 52,75% de la población de empleados públicos (146.569) son mujeres, en valores absolutos 77.320, de las cuales a la franja definida entre 40 y 60 años como beneficiarias corresponde el 19,395%, 15.000 afiliadas iniciales bajo programa.

Los presupuestos asignados para los años, 2004 fue de 202.762.900,00 millones de pesos; en 2005 fue de 225.011.600,00, y para el 2006 fue de 275.156.000,00, establecidos por las leyes de presupuestos de cada año respectivo.

Cuarenta y ocho años de trayectoria y de permanente servicio, pese a los avatares de la situación económica, permite decir que los servicios que prestan sus distintas áreas son el resultado de un trabajo planificado y proyectado seria y responsablemente.

En los últimos meses los logros fueron muchos, cuarenta y cinco delegaciones de obra social en toda la provincia, una farmacia en posadas, el laboratorio de análisis clínico cada vez mas actualizado tecnológicamente, convenios con distintas asociaciones científico médico y sanatorial, acercan su permanente servicio a todos y cada uno de los afiliados beneficiarios del IPS.

Un trabajo de seguimiento y análisis permanente de las prestaciones del servicio de obra social, determinó que se pusiera un tope a los gastos que redundo sin lugar a dudas en un mejor servicio sin sobre-prestaciones y sobre-facturaciones, además de la implementación del programa uso racional de medicamentos con nuevo vademécum, que también colabora con un mejor gasto o inversión de los recursos.

A la fecha se cumple mensualmente con lo pactado con las distintas asociaciones y federaciones prestadoras del Instituto, que perciben en tiempo y forma los montos correspondientes a los servicios prestados, fijados por capita y a treinta días.

Los servicios que presta apuntan a cubrir las necesidades tanto de la salud, según lo establecido por el P.M.O. (Programa Médico Obligatorio) y P.M.O.E. (Programa Médico Obligatorio y de Emergencia).

Como del esparcimiento, Turismo Social, en ese sentido ofrece a sus afiliados los servicios del Hotel de Turismo en la capital de la provincia, Posadas, que recibe un promedio de 1700 visitas mensuales, de las cuales el 60% son afiliados, totalizando 18.515 plazas ocupadas durante el año 2.004 gracias al mejoramiento de la infraestructura., como así también excursiones a otros destinos turísticos argentinos en temporada de vacaciones a activos y pasivos, a menores costos que los de plaza y en cuotas descontadas por débito automático

El IPS es un organismo que cumple con creces los requerimientos para instituciones dedicada a la seguridad social. Su clase pasiva es nutrida. Y más de 13.127 pasivos perciben mensualmente en tiempo y forma sus haberes, en concordancia con las Leyes vigentes, merced a la reformulación provisional y un encauzamiento en la administración de los aportes y del presupuesto general del organismo, hoy es una realidad que la caja provisional del IPS., seguirá estando y siendo administrada por y para los empleados públicos misioneros, en la mas correcta defensa de sus intereses (ref.30)



DISCUSIÓN

El estudio del impacto de un programa de detección precoz de cáncer ginecomamario, puesto en marcha por la seguridad social de la provincia de Misiones, Instituto de Previsión Social, a través de un programa basada en la búsqueda activa en mujeres entre 40 y 60 años de lesiones premalignas o canceres en estadios tempranos mediante el método citológico clásico papanicolau, colposcopia y mamografía estandarizada, llamado “Mujer Sana”, en sus beneficiarias es la base de esta investigación y tesis.

El problema que dio origen a la presente tesis fue determinar si el cáncer de mama y de útero en afiliadas del IPS eran las primeras causas de muerte, en correlato con las realidades provinciales, nacionales y mundiales, que justifique la decisión política de llevar adelante este programa y no otro por ejemplo prevención en cáncer de pulmón (concepto económico de costo-oportunidad, Pearce 1992).

El cáncer de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres en el mundo. Cada año se presentan alrededor de 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, la mayoría de ellos en países en desarrollo donde rutinariamente no se realizan adecuados procesos de programas de tamizaje. De las 231.000 muertes anuales a causa de este cáncer, aproximadamente el 80% se produce en los países en desarrollo donde constituyen el mas letal de los canceres entre las mujeres. (ref. 4)

La detección precoz de los canceres de cervix y de mama es una medida costo-efectiva que permite salvar muchas vidas. Un estudio realizado en 1993 por el Banco Mundial mostró que efectuar dichas pruebas cada cinco años con un seguimiento estándar para los casos tamizados, tiene un costo aproximado de U\$ 100 dólares por año de vida, ajustado en función de la discapacidad (AVAD), en comparación con el costo cercano a los U\$ 2600 por AVAD, que implica tratar el cáncer infiltrante y proporcionar cuidados paliativos Las mujeres con lesiones preinvasivas tiene una tasa de sobrevida a 5 años cercana al 100% cuando el cáncer es detectado en etapas tempranas la sobrevida a 5 años es de aproximadamente el 92%. Entre el 93 y el 100% de los carcinomas de células escamosas, contienen ADN de VPH de alto riesgo transmitido durante la relación sexual el cual puede generar lesiones intraepiteliales de bajo o alto grado las últimas pueden progresar a carcinoma de cervix sino son tratadas. (ref. 44)

EL cáncer de cuello uterino se presenta en un amplio rango de edad, usualmente en la 5^{ta} 0 6^{ta} década de la vida (promedio 54 años). En contraste las lesiones ocurren mujeres mas jóvenes (a menudo por debajo de los 40 años). Se han identificado diversos factores de riesgo cada uno con mayor o menor asociación a la génesis del cáncer de cuello uterino. Los más fuertes son inicio de relaciones sexuales dentro del año siguiente a la menarquia, infección por VPH, seis compañeros sexuales o más, nivel socioeconómico bajo e infección por VPH, por el contrario el uso de métodos anticonceptivos de barrera disminuye la incidencia hasta el 40 %.

La prevención del cáncer cervical y de mama recae en dos categorías principales prevención primaria y secundaria.

La prevención primaria se caracteriza por la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimizan el riesgo de cáncer.

La prevención secundaria en contraste tiene que ver con la detección temprana de la enfermedad para prevenir su diseminación, incluyendo el tamizaje de cervix y mama

en busca de anormalidades. Además permite el manejo de las lesiones de alto grado de premalignidad y así detener según el estadio su potencial progresión a cáncer invasivo. El gran éxito de la citología y la mamografía en la citología y en la mamografía en el tamizaje ha generado una expectativa irreal, de que este es un test perfecto. Sin embargo la sensibilidad de la citología por ejemplo para detectar lesiones intraepiteliales de alto grado oscila entre el rango del 70 al 80 % los factores que limitan la sensibilidad de esta prueba incluyen tamaño pequeño de la lesión, localización en sitio no accesible, lesión no incluida en la muestra, presencia de unas pocas células anormales de la muestra, tamaño pequeño de las células anormales y la presencia de inflamación, y/o sangrado que dificulta la visualización de las células, los resultados falsos-negativos no pueden ser eliminados por completos. (ref. 3)

Aproximadamente la mitad de los cánceres diagnosticados en Estados Unidos ocurren en mujeres que nunca se han realizado tamizaje y un 10 % adicional se presentan en mujeres sin una citología en los últimos cinco años. Aunque la American Cancer Society (ACS) plantea la inclusión de nuevas tecnologías para el tamizaje del cáncer cervical, lo que mas terreno esta ganando en la reducción de la incidencia y la mortalidad de esta patología, es incrementar la cobertura a mujeres que nunca se han realizado una citología y aquellas que lo hacen de forma irregular al igual que el uso de dispositivos mas efectivos para la recolección de muestras de cervix.

En términos de prevención secundaria los programas de tamizaje son el método mas apropiado y efectivo para prevenir este tipo de canceres como se evidencia en Islandia y Finlandia, donde se ha observado la disminución en la incidencia y mortalidad desde la introducción de programas bien organizados, igualmente en Rhode Island como resultado de la implementación del programa, en 1999 solo 0,4% de las mujeres con cáncer de cervix murieron a consecuencia de este, y en el año 2000 esta patología constituyo menos del 1 % de los casos nuevos de cáncer diagnosticados. La proporción de mujeres que se realizan citología se incremento de un 80% en 1992 a 89% en el 2000, mientras que la cobertura en los mismos años aumento de 84 a 87 % de continuar esta tendencia la mortalidad para el año 2.010 se reducirá a 2/100.000 mujeres, menos a la esperada para E.E. U.U: en general, donde se calcula en 3/ 100.000. (ref. 2)

Es importante señalar que los estudios sobre el costo-efectividad, de las prestaciones de salud generalmente utilizan como metas de resultado las perdidas de salud cuantificadas a partir de los índices de mortalidad, morbilidad, sobrevida o periodos libres de enfermedad que corresponden a los años de vida saludables perdidos por muerte prematura y por discapacidad.

El procedimiento metodológico empleado demanda la evaluación de los siguientes componentes:

a- El proceso de trabajo permite identificar la organización estructural y funcional de la unidad de salud en la provisión de servicios y considera el área de salud como unidad de análisis. Los productos generados a partir de ellos son: un organigrama del servicio un flujo grama de los usuarios en el servicio, el registro de los tiempos empleados por los profesionales técnicos y auxiliares en las actividades de atención: preconsulta, consulta y post-consulta.

b- La producción en salud: evalúa a través del análisis de las estadísticas de las unidades de salud del área el perfil de salud-enfermedad (morbilidad, mortalidad, coberturas reales, programadas e incidencia), el tipo y magnitud de las acciones de salud ofertadas según profesional, grupos programáticos, programas y tipologías de atención: morbilidad fomento y protección, emergencias y servicios de apoyo a más de las estadísticas señaladas, los productos demandan en este momento la selección, definición y procesos de las entidades a ser costeadas.

c- Los protocolos: de tamizaje empleados en el programa y su respectiva especificidad y sensibilidad, estos datos de suma importancia pueden ser encontrados a partir de una adecuada investigación bibliográfica.

d- Los costos directos: aquellos que intervienen directamente en la atención o actividad, siendo sus elementos constitutivos: gastos en personal, médicos/as, tecnólogos/as, laboratorio, obstetras, enfermeras/os y auxiliares. Para estimar su valor se considero: el tipo de cargo la relación laboral o forma de contratación el tiempo dedicado a la actividad y la remuneración. el costo directo de personal se estimó multiplicándole valor de la remuneración por código de prestación, gastos de suministros y materiales de la función salud: incluye medicamentos insumos médicos, insumos y materiales de laboratorio y gabinete, instrumental menor y otros. El costo corresponde al valor de la fracción o cantidad empleada en la prestación.

Definición teórica operacional de Variables

El tema investigado tiene la característica de ser de diseño retrospectivo longitudinal, cuyo soporte documental es de primera línea, y de datos oficiales, surge de la necesidad de demostrar que la decisión de implantar programas de la naturaleza ya descrita es la acertada como política institucional en la necesidad de mejorar la calidad de vida de sus afiliadas y distribución de los recursos económicos.

Seguidamente se aboco a investigar la oferta prestacional en cáncer de cuello y de mama, como también los indicadores que resaltan lo que demuestra la realidad.

En otros pasos se consultó la bibliografía necesaria y se cotejo con otros distritos para imputaciones similares. En todo momento existió la preocupación de comparar guarismos en valores constantes para que los mismos sean demostrativos de las distintas realidades provinciales.

El diseño metodológico se baso en la estrategia de investigar por un lado la bibliografía que confirma las características de la enfermedad y las estrategias de prevención y tratamiento, al igual que los indicadores que demuestran esa realidad ubicando a la provincia de Misiones en una de las regiones argentinas de mayor incidencia de ambos canceres, por otra parte se investigo los presupuestos ejecutados por el I.P.S. 2005/2006 en oncología.

Se trabajo en dos niveles uno teórico conceptual expresados en el marco teórico y en otro nivel con los indicadores disponibles, tasas, índices, razones, en la búsqueda de comprobar la hipótesis planteada.

Se realizó una compulsión bibliográfica con estadísticas nacionales y de otras provincias en particular. Se accedió a fuentes secundarias de información internacional y se consultó con expertos en ejecución presupuestarias.

VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS.

- Prevalencia inicial: números de casos existentes a diciembre del 2004
- Incidencia: números de casos nuevos calculados para 2004/2005
- Incidencia real de cáncer de cervix temprano o SIL, y de cáncer de mama precozmente detectado por mamografía con y sin biopsia, dentro del marco del programa mujer sana.
- Costos globales y por prestaciones del programa “Mujer Sana”.

Modelización de variables económicas:

El costo de intervención puede ser definido como el valor de todos los recursos que esta intervención utiliza si ellos hubieran sido asignados a uso alternativo más valioso (Levin, 1983 (ref. 33), Donalson 1990). En este sentido, todos los costos representan el sacrificio de una oportunidad perdida, lo cual corresponde al concepto económico de “costo de oportunidad”, (Pearce, 1992).

Por lo tanto el análisis de costos requiere un conocimiento profundo de que servicio es el que se proporciona, como se produce y a quien se brinda.

En general, los costos pueden ser de tres tipos: Totales, Promedio y Marginales.

Cuando se compara un programa, es importante saber cual es la producción diferencial o “ventaja” del nuevo programa, pues es este costo el que interesa conocer. Así por ejemplo, si un nuevo programa de control de la Hipertensión arterial permite salvar 10,000 años de vida, y una estrategia basada en un nuevo antihipertensivo ofrece salvar 12,000 años de vida, la comparación correcta no es entre los costos promedios de las dos intervenciones, sino comparar el costo adicional que representa el nuevo programa (al cual llamaremos costo diferencial o ventaja de costos) con estos 2,000 años de vida adicionales que el programa rendiría.

Otro aspecto a ser remarcado es el que llamaremos la perspectiva de quien hace el análisis de costos, dependiente de su nivel de responsabilidad y de sus propósitos.

Así una perspectiva puede ser la de hacer análisis de costos de producción en un establecimiento de tipo Centro de Salud, si nuestra responsabilidad es la de jefe o gerente de esta unidad, con el propósito de fundamentar una nueva escala de tarifas o la creación de tarifas diferenciadas, probablemente en este caso se de mas importancia a los costos propios del establecimiento. Por otro lado el análisis es a nivel de una gerencia de salud, con fines de reajustar presupuestos de acuerdo a los costos y con incentivos para el rendimiento, tomaremos una perspectiva más societal, considerando tanto nuestros costos como los de la comunidad u otros sectores.

COSTEO POR PROGRAMAS: Basado en la identificación de los costos de los ingredientes del programa, su agregación y su asignación a la producción total del mismo. Se emplea para comparar programas a nivel general, como por ejemplos nacionales, regionales o locales de control de una enfermedad, o intervenciones mas específicas, como puede ser la comparación entre dos protocolos de tratamiento.

CALCULO DEL COSTO EFECTIVIDAD:

Una vez definida la medida de Efectividad, se recurre a la comparación entre costos y efectividad que puede ser expresada ya sea en unidades de efectividad por costo, por ejemplo, casos detectados por cada 1000 dólares, o como es mas habitual, se compara el costo por unidad de resultado a partir de un menor costo por caso detectado, o costo por año de vida ganado, etc...Por ejemplo, Mandelblatt y Fahs (1988 ref. 34) reportaran en EE.UU. que la detección temprana de cáncer cervicouterino mediante Papanicolau salva 3.7 años de vida por cada 100 exámenes, lo que represento un costo de 2,874 dólares por año de vida salvada. La evaluación económica requiere de un punto de referencia contra la cual efectuar la comparación. Este tipo de comparación puede ser “no hacer nada” (Gerard y Money), es decir, lo que sucedería si no se interviniera. En la practica esto es muchas veces no es posible por impedimentos éticos o porque hay una intervención que ya se viene efectuando, y por lo tanto habitualmente el punto de referencia es la “practica actual”.

Como ya ha sido expuesto al hablar de los costos, el costo apropiado para análisis es el costo marginal o el costo incremental, es decir, el costo extra por obtener una unidad adicional de efecto debido a la intervención(Frame, 1993; Coyle y Drumrnod, 1993), con el fin de identificar la intervención mas eficiente (Smith, 1993, McGuire, 1988). Como muchas veces los datos obtenidos, ya sea de fuente primaria o secundaria, tanto el costo como la efectividad, pueden no ser determinantes o tienen un margen de error dependiendo de algunas variables, es recomendable efectuar lo que se denomina “análisis de senbilidad”, es decir calcular diversos resultados de costo-efectividad basados en la variación de parámetros tales como la prevalencia de la enfermedad. La presicion de los instrumentos empleados para el diagnostico, tasas de inflación previstas, etc.

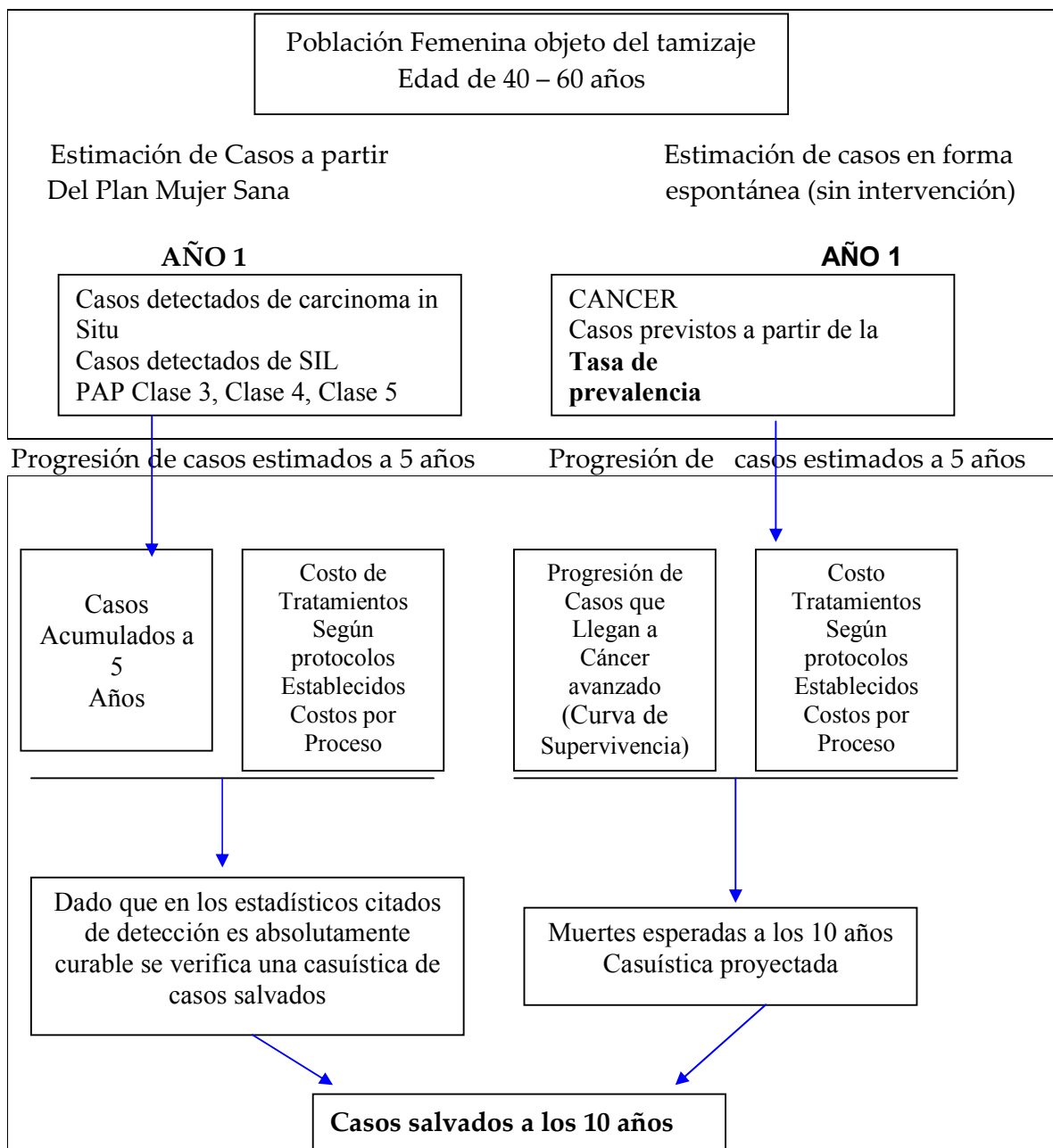
Cuadro Variables De Efectividad Aplicadas A Intervenciones De Salud

Gráfico 11

Para Programas que reducen la mortalidad:
<ul style="list-style-type: none"> • Vidas salvadas (o muertes evitadas) • Años de Vida • Años de Vida Potencial • Años de Vida ajustados para la Dishabilidad (AVAD o DALY)
Para Programas de Detección o Métodos de diagnóstico:
<ul style="list-style-type: none"> • Casos Detectados
Para Intervenciones Preventivas:
<ul style="list-style-type: none"> • Casos Evitados • Individuos Protegidos • Años-Pareja Protegidos
Para intervenciones Recuperativas y de Rehabilitación:
<ul style="list-style-type: none"> • Kilos de sobrepeso reducidos • Días de vida saludables • Días libres de dolor.

Se propone para la tesis de maestría determinar los indicadores mas adecuados para el análisis de costos del Programa Mujer Sana del IPSM, de acuerdo al siguiente esquema Metodológico, que en definitiva podrán validarse correctamente en la permanencia de la acciones en un periodo mínimo de 5 años. Donde se evaluaran los años de sobrevida a la enfermedad de aquellas mujeres a quienes se les diagnostico cáncer de mama o de cuello de útero con el presente programa.

Gráfico 12



Datos Anteriores al Programa “MUJER Sana” julio 2005

Los datos que se informan se seguirán por un período de tiempo epidemiológicamente relevante (12 meses), a partir del cual se realizará un consolidado que permitirá establecer el perfil epidemiológico genuino de la población de mujeres beneficiarias.

Prestaciones pagadas por el sistema tercerizado a la Federación de Clínicas y Sanatorios de la provincia de Misiones (ref. 50)

Mamografías: 10.911

Papanicolau: 7.766

Colposcopia: 4.430

Costo Unitario para el I.P.S.:

Mamografía: 120\$ con cobertura del 60%(un coseguro de 40\$ pagado por cada afiliada)

Papanicolau: 26,36\$ con cobertura del 60%(un coseguro de 10,54\$ pagada por cada afiliada)

Colposcopia: 4, 86\$ con cobertura del 60% (2,90\$ a cargo del IPS 1,96\$ para la afiliada)

Gráfico 13

Estudios	Valor Absoluto	Coseguro
Mamografía	120\$	40\$
Papanicolau	26,36\$	10,54\$
Colposcopia	4,86\$	1,96\$

Respecto de este punto, el Instituto de Previsión Social Misiones, es la única obra social en la provincia que comenzó a brindar este tipo de Programa a sus afiliadas, siendo además la primera institución de la seguridad social provincial que aportará datos medidos de la realidad, a las estadísticas provinciales y nacionales de salud.

En cuanto a los profesionales, el programa incluye como prestadores a todos los Médicos de Atención Primaria (Médicos de Cabecera), a los Especialistas en Ginecología empadronados, además de los Institutos y Centros que integran la red de prestadores del Instituto, quienes cobran sus honorarios a los 30 (treinta) días de presentada su facturación.

Una característica relevante es la articulación interinstitucional entre la Obra Social y el Ministerio de Salud Pública, dado que a través de la misma es posible realizar mamografías, papanicolau y colposcopia, en aquellas localidades donde no existe la tecnología necesaria, mediante el uso del Móvil-Camión Sanitario Materno Infantil de éste último, siempre con recursos financieros del Instituto.

Presupuesto operativo del IPS 2005

El presupuesto general de la provincia de Misiones para el año 2005 fijado por la ley Nº 4.142, fue de un total en miles de pesos, de 1.458.215,0, del cual 224.351,3 (en miles de pesos) corresponde al IPS que incluye la inversión provisional y la prestacional, además de los costos de funcionamiento(sueldos personal, funcionamiento de la estructura, etc. Dentro de la distribución presupuestaria del Instituto se incluyen las unidades de organización por finalidad del gasto, que se diferencian en erogaciones corrientes bienes y servicios no personales, servicios personales, erogaciones de capital, bienes de capital.



RESULTADOS

Clasificación y Nomenclatura definida como referencia de datos en el I.P.S

Gráfico14

Referencias: COLPOSCOPIA		
ZTN	Zona de Transformación Normal	
ZTA I	Zona de Transformación Anormal I	Epitelio acetoblanco fino
	cambios menores	Mosaico fino y regular
	Infección subclínica por HPV (Virus Papiloma Humano)	Punteado fino y regular
		Leucoplasia tenue
ZTA II	Zona de Transformación Anormal II	Epitelio acetoblanco grueso
	cambios mayores	Mosaico grueso e irregular
	sospecha de CIN (Neoplasia Cervical Intraepitelial)	Punteado grueso e irregular
		Leucoplasia gruesa
		Vasos atípicos
PAPANICOLAU		
Clase 1	NORMAL	
Clase 2	INFLAMATORIO indeterminado	
Clase 3	Sospecha de Cáncer	
Clase 4	Carcinoma in situ	
Clase 5	Carcinoma invasor	
Se registra una incidencia por HPV del 4 % aproximadamente		
MAMOGRAFIA		
BI-RADS O	NECESITA IMÁGENES COMPLEMENTARIAS	
BI-RADS I	NORMAL	
BI-RADS II	LESIONES BENIGNAS	
BI-RADS III	LESIONES PROBABLEMENTE BENIGNAS	
BI-RADS IV	LESIONES SOSPECHOSAS	
BI-RADS V	LESIONES CON ALTA PROBABILIDAD DE MALIGNIDAD	

Los resultados epidemiológicos arrojados en el periodo (AGO/05-JULIO/06) en los siguientes resultados:

- MAMOGRAFÍAS** (detección de Cáncer de Mama): **6.755**
- Normales: 90 %
- Lesiones benignas: 9 %
- Lesiones probablemente malignas: 1 %

- COLPOSCOPIAS** (detección de Cáncer de Útero): **5.267**
- Normales: 91 %
- Anormales: 9 %
- PAPANICOLAU** (detección de Cáncer de Útero): **6.231**
- Normales: 99 %
- Anormales: 1 %

Gráfico 15

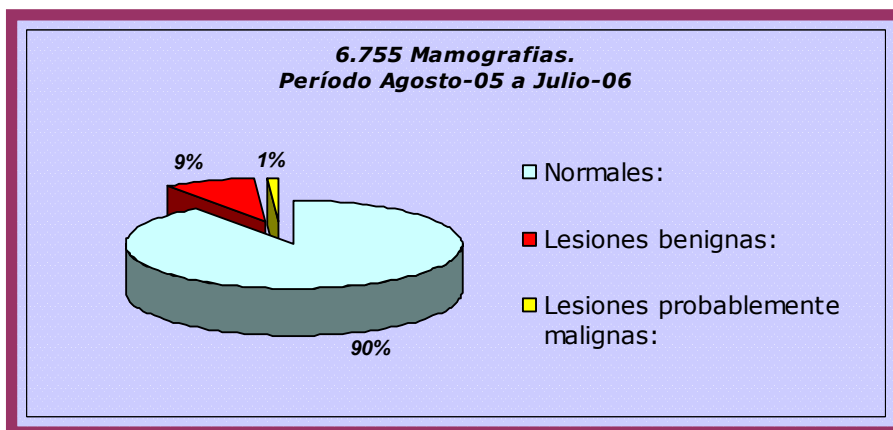


Gráfico 16

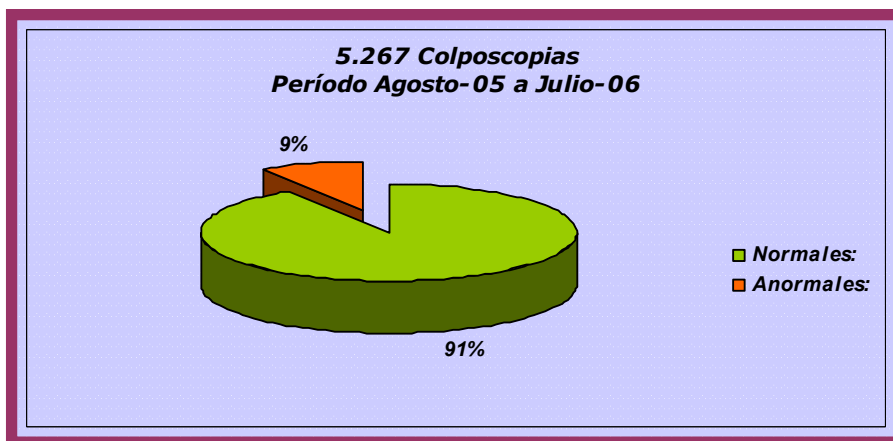
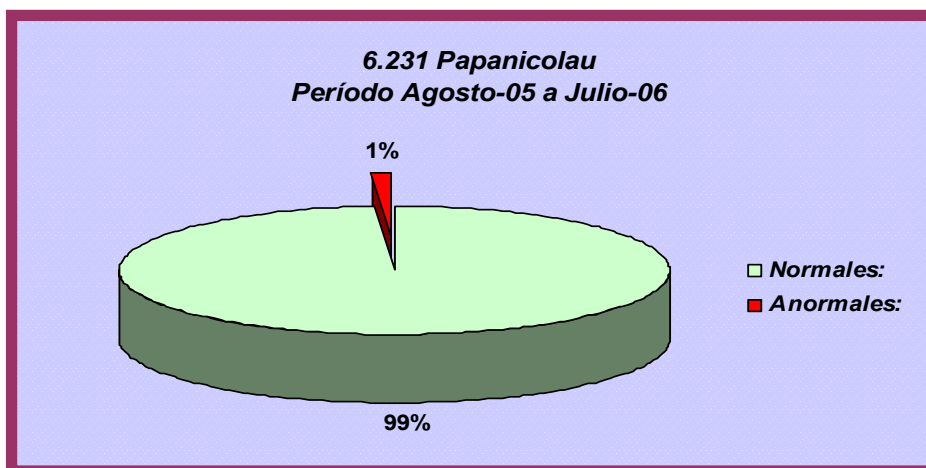


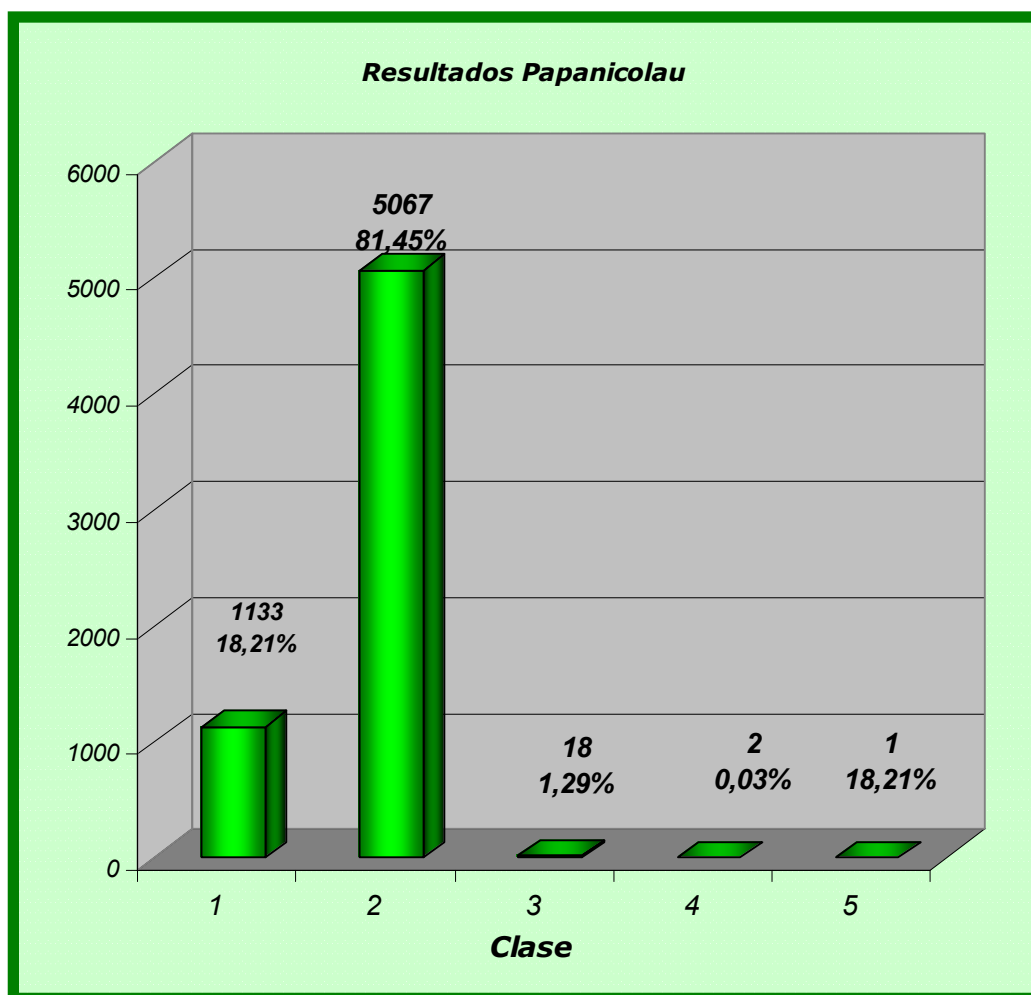
Gráfico 17



RESULTADOS PAPANICOLAU

Gráfico 18

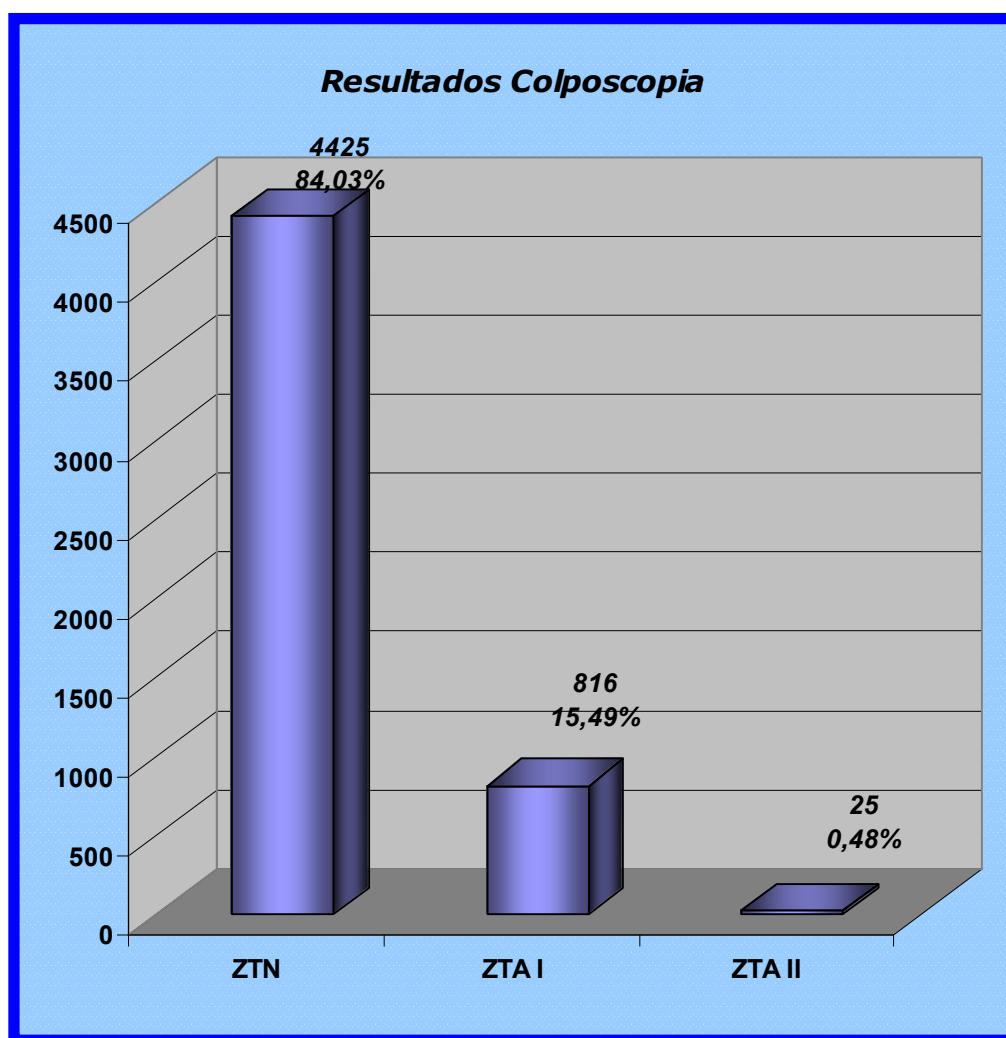
Clase Papanicolau	Cantidad	Porcentaje Clase/Total
PAP I	1133	18,21%
PAP II	5067	81,45%
PAP III	18	0,29%
PAP IV	2	0,03%
PAP V	1	0,02%
TOTAL	6221	100%



Resultados Colposcopia

Gráfico 19

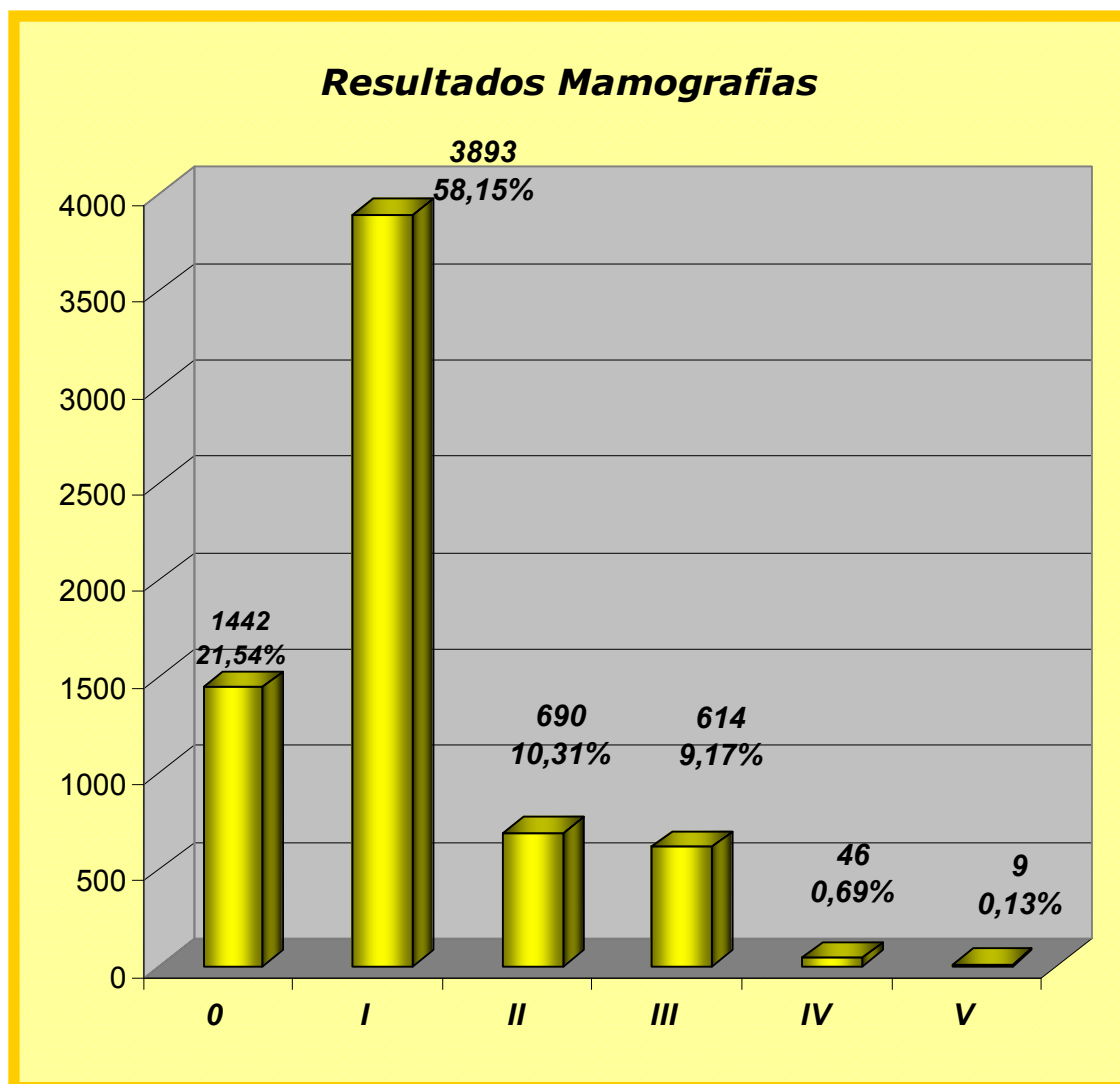
Clase Colposcopias	Cantidad	Porcentaje Clase/Total
ZTN	4425	84.03%
ZTA I	816	15.49%
ZTA II	25	0.48%
TOTAL	5266	100%



RESULTADOS MAMOGRAFÍA

Gráfico 20

Clase BI-RADS Mamografía	Cantidad	Porcentaje Clase/Total
GRADO O	1142	21.54%
GRADO I	3893	58.15%
GRADO II	690	10.31%
GRADO III	614	9.17%
GRADO IV	46	0.69%
GRADO V	9	0.13%
TOTAL	6694	100%



CLASES

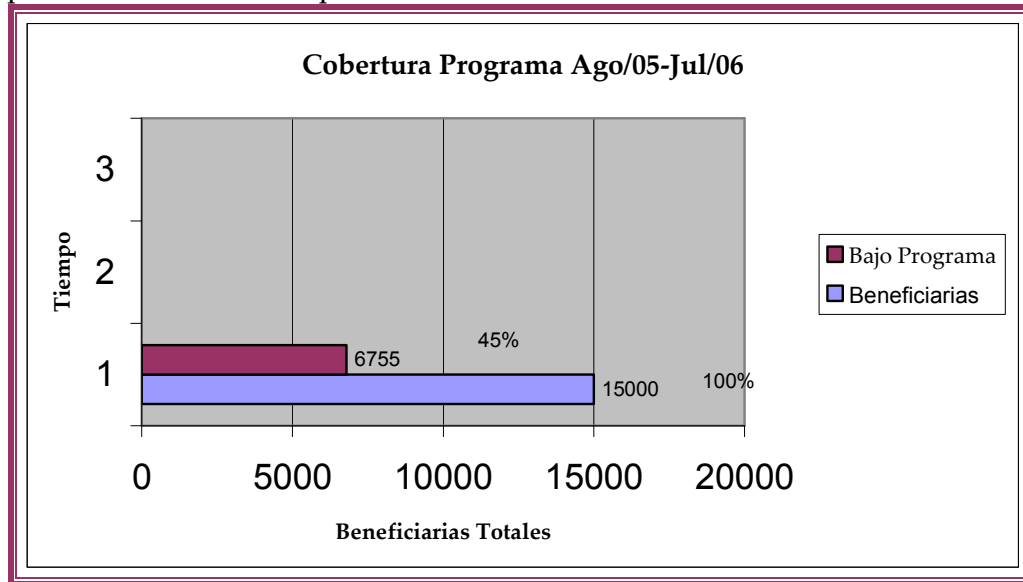


ANÁLISIS DE DATOS

Se tomaron para el análisis, la base de datos que se fueron construyendo en el avance del programa y los comparamos con las estadísticas Provinciales, Interprovinciales y del País, de Incidencia y Prevalencia de cáncer de mama y de útero, los indicadores de mortalidad bruta y ajustada por edad, costo marginal, costo diferencial y costo efectividad.

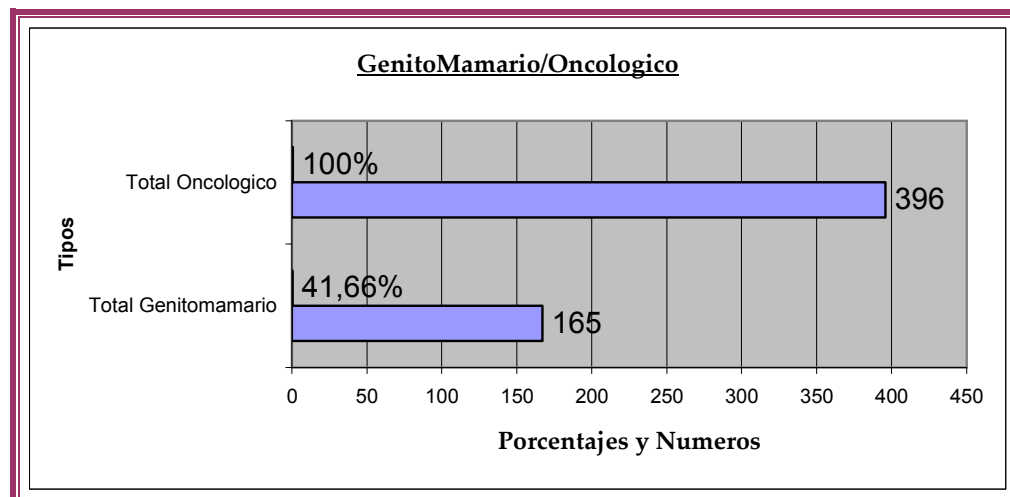
Sin contar con toda la información de las variables definidas para su evaluación, en un primer paso se pudo establecer lo siguiente: (ref.13)

1-) El programa en doce meses de ejecución logro alcanzar una meta de cobertura de 6755 pacientes, el 45 % de la población beneficiaria estimada inicialmente. Gráfico 21

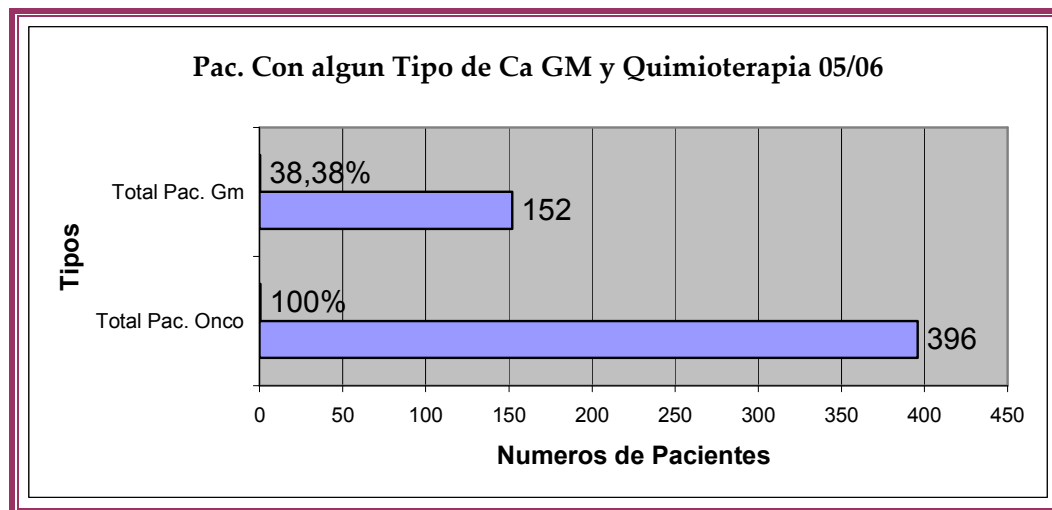


2-) Porcentaje de diagnostico en patología oncológicas totales sobre cáncer de mama y cuello de útero.

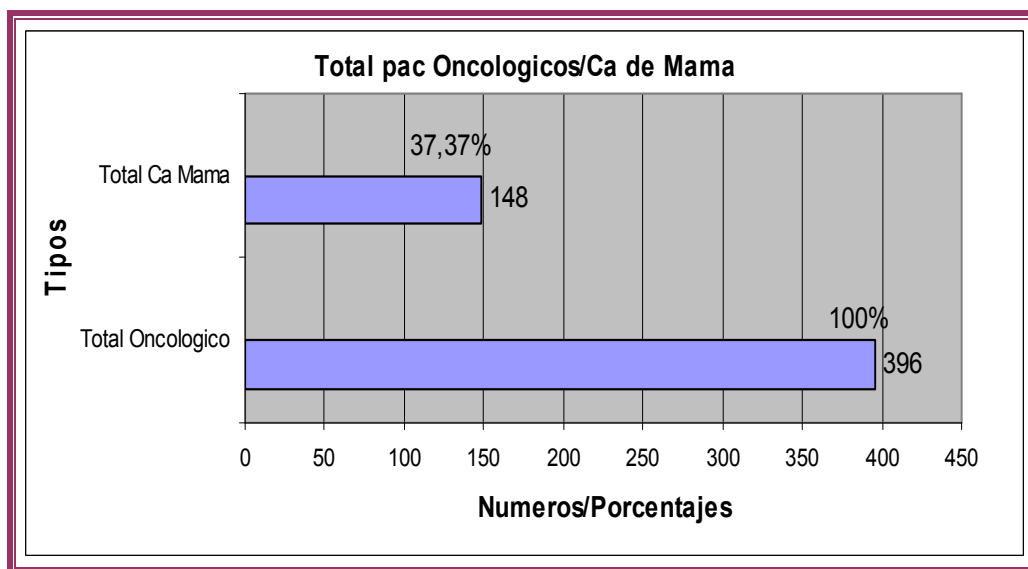
En el periodo investigado, del total de pacientes en tratamiento con diagnostico de cáncer, 396 pacientes, 165 (Cáncer de útero y de mama) pacientes el 41,66% presento diagnóstico de algún tipo de cáncer genitomamario (ref.13) Gráfico 22



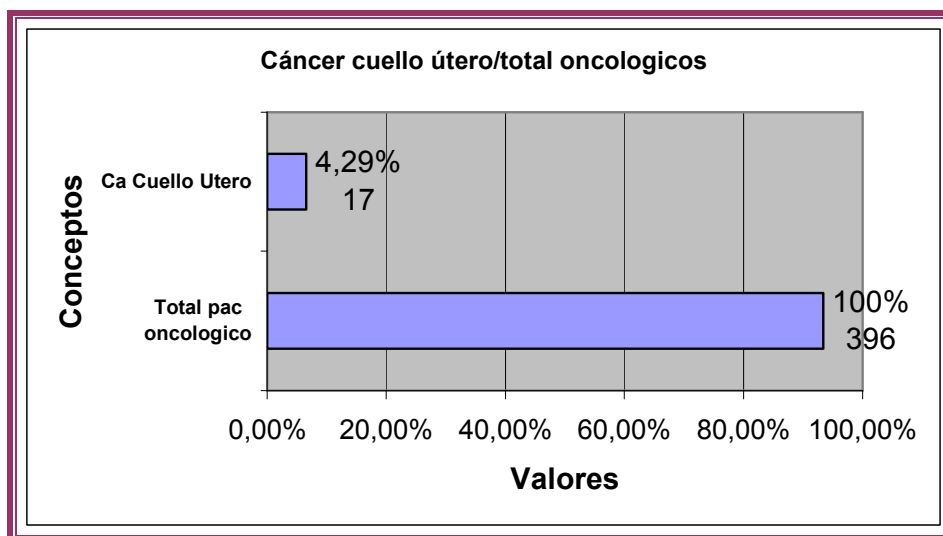
Del total de pacientes oncológicos en tratamiento en el periodo Ene 2005/ dic. 2006 (396 afiliados), 38,38 % tenía diagnóstico de algún tipo cáncer genito mamario y retiraba medicación –quimioterapia-(ref. 13) Gráfico 23



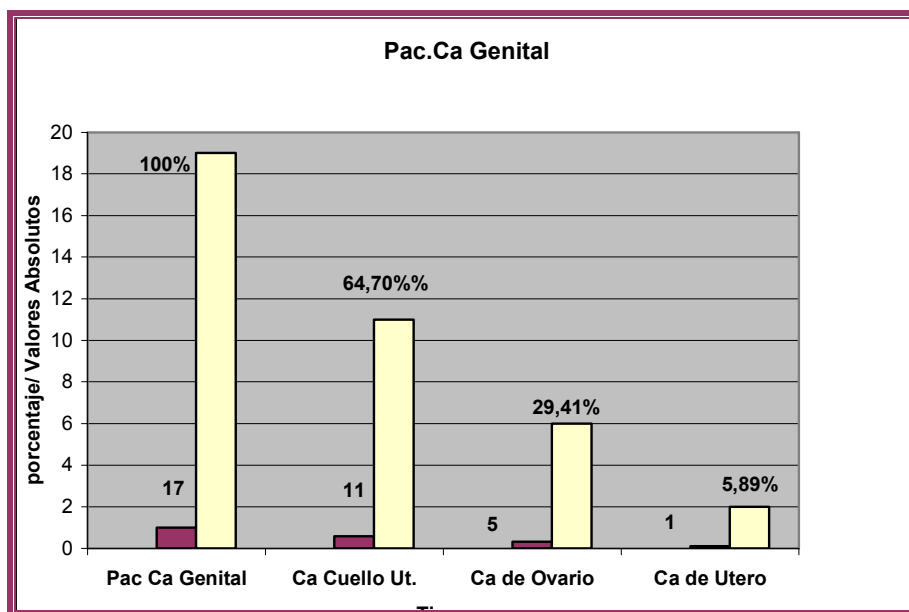
Que en periodo investigado se hallaban en tratamiento oncológico 396 casos de cáncer en afiliados del IPS, periodo enero/05 a diciembre/06 de los cuales en igual periodo 148 Pacientes tenían por diagnóstico cáncer de mama, lo que significa el 37,37% del total de pacientes diagnosticados y en protocolo de quimioterapia y al 0,36 % de las afiliadas. Gráfico 24



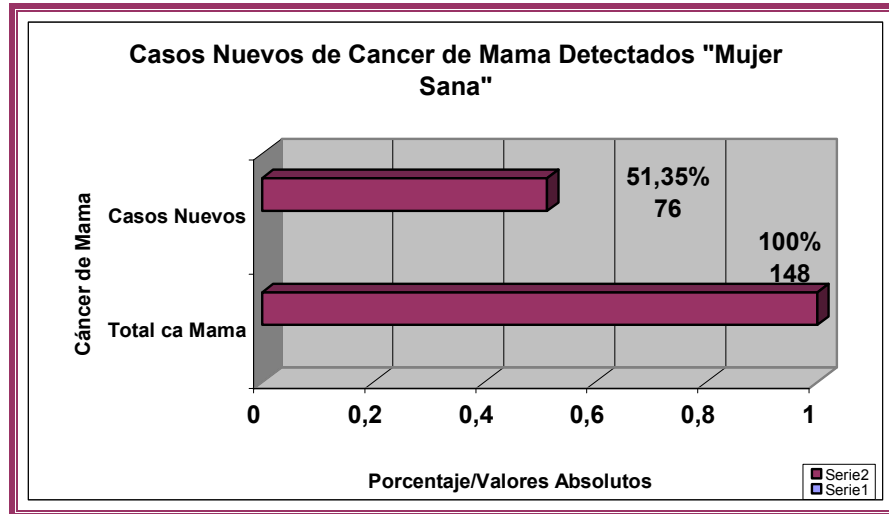
Que del total de pacientes con diagnóstico de cáncer, 396(100%) pacientes, el 4,29% tenía diagnóstico de cáncer de cuello de útero, 17 pacientes, hallados sen el periodo investigado. (ref. 13) Gráfico 25



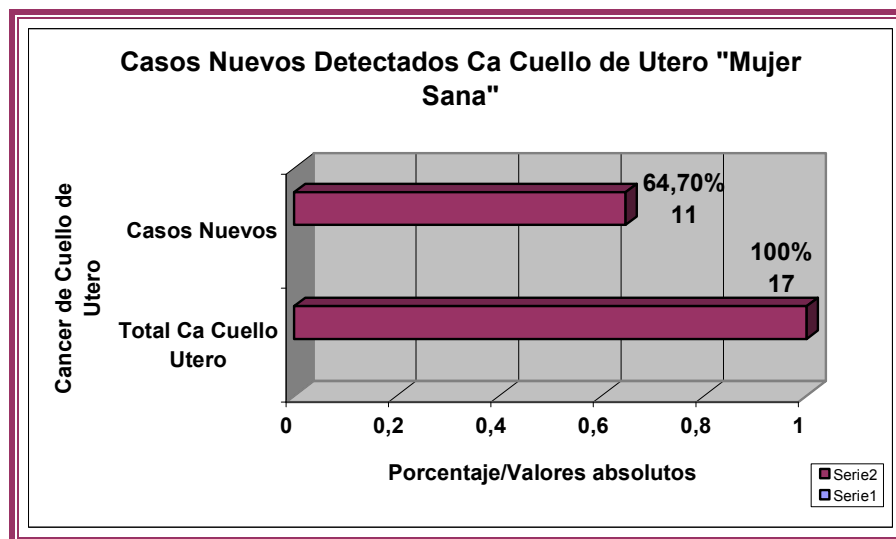
5) En lo que significa cáncer de genital, 17 pacientes, en tratamiento actual en el periodo estudiado es de **4,29%**, del total de pacientes oncológicos (396 pacientes), que se distribuye de la siguiente manera el **64,70%** (11) a cáncer de cuello de útero, el cáncer de ovario en tratamiento actual (6) el **29,41%** y el cáncer de útero el **5,89%** (2). De los cuales 4 (36,36%) pacientes de los (11) con cáncer de cuello solamente entraron en protocolo de Quimioterapia. (ref. 13) Gráfico 26



Casos nuevos detectados por el programa “Mujer Sana” del total de 148 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y en tratamiento quimioterápico, fueron 76, que representó el 51,35% del total de los pacientes, lo que haría suponer un aumento en la detección precoz de esta patología (ref. 13) Gráfico 27



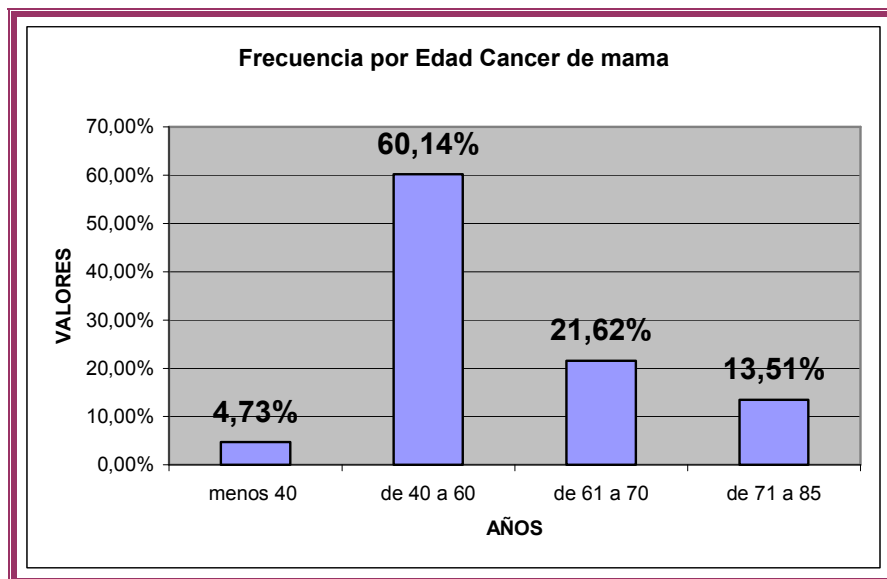
En el caso de cáncer de cuello de útero, de los 17 pacientes en tratamiento, 11 nuevos casos fueron detectados en el programa “Mujer Sana”, lo que represento el 64,7% del total, lo que demostró un aumento en la detección precoz de esta patología pero en forma más acentuada (ref.13) Gráfico 28



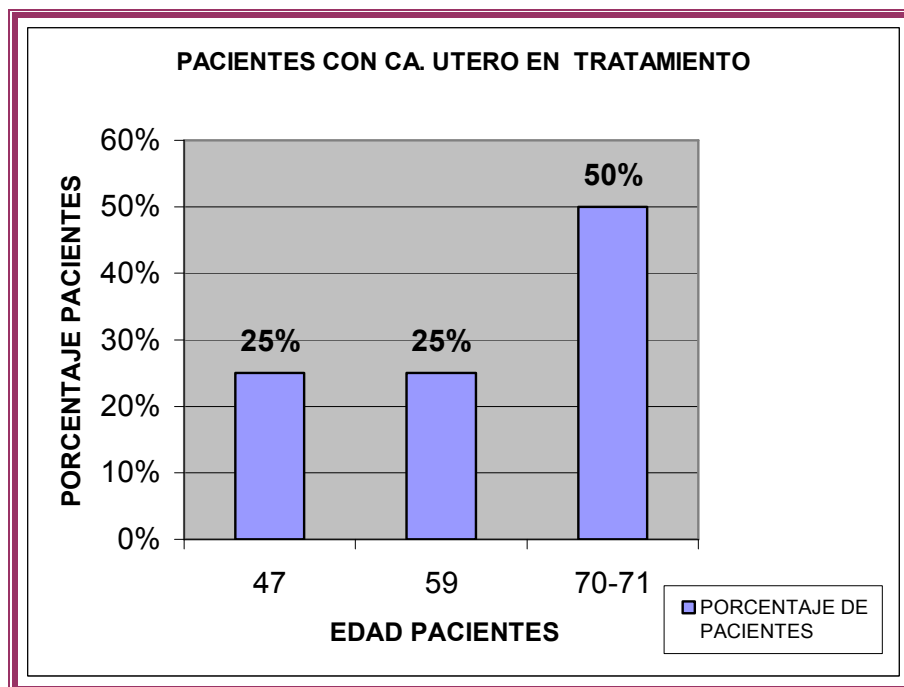
3-) Frecuencia de Edades:

De las 148 pacientes en tratamiento quimioterapico por cáncer de mama en dicho periodo, el 60,14% tenía entre 40 y 60 años de edad, de las cuales la mayor frecuencia estaba entre 51 y 55 años de edad, en un 34,83%, el 24,73% entre 56y 60 años, el 24.72 %

entre 40 y 45 años y entre 46 y 50 años el 20,22%. Menos de 40 años el 4,73%, entre 61 y 70 años el 21,62% y entre 71 y 85 años el 13,51 % (ref.13) Gráfico 29

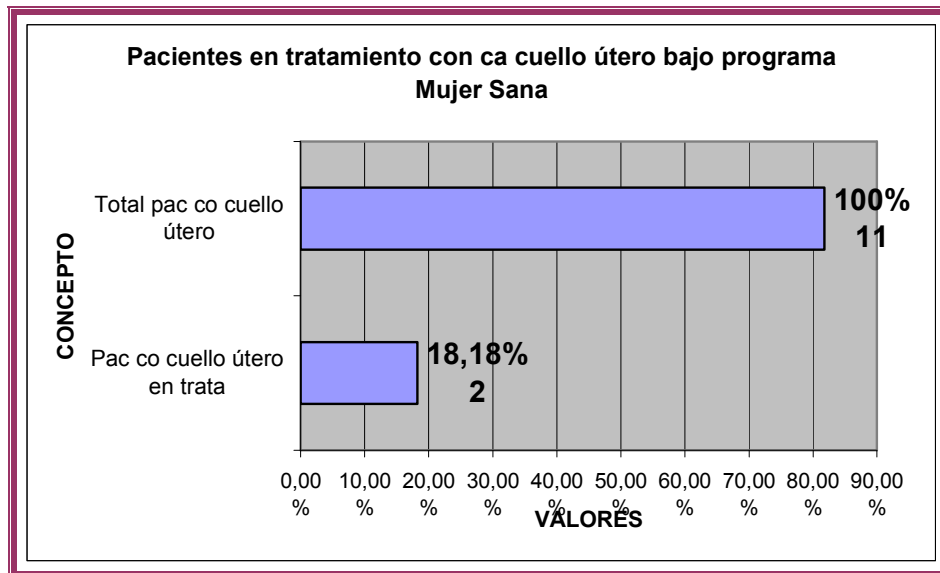


De las 11 pacientes con cáncer de cuello de útero 4 (36%) se encontraba bajo tratamiento quimioterapico, de las cuales el 50% se encontraba entre los 70 y 71 años, el 25% en los 47 años y el 25% en los 59 años. (ref.13) Gráfico 30



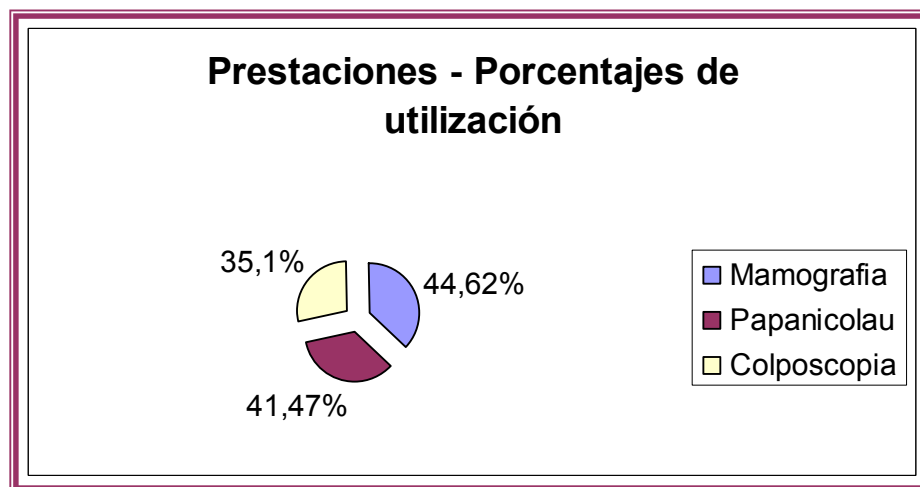
De las 11 pacientes con cáncer de cuello diagnosticadas dentro del programa, solo dos recibían **tratamiento quimioterapico**, el 18,18%, dos pacientes, una de 47 años y otra de

59 años, que a su vez significaban el 50% de la totalidad de pacientes con cáncer de útero bajo tratamiento quimioterápico en el periodo estudiado. (ref.13) **Gráfico 31**



4-) Metas de Cobertura:

De Agosto del 2005 a Julio del 2006, 12 meses efectivos de programa se alcanzo una meta de cobertura del **44,62%** (6.694) en **Mamografías**, **41,47%** (6221) en **Papanicolau** y **35,10 %** (5.266) en **Colposcopia**. Del total de afiliadas definidas como beneficiarias del programa que fue de 15.000, entre 40 y 60 años. (ref.47) **Gráfico 32**



Por lo tanto las afiliadas utilizaron más las mamografías que el PAP y la colposcopia, siendo que la Chequera que se entrega cuenta con las tres prestaciones para ser utilizada en el mismo momento. Esto podría deberse en primer lugar a que las afiliadas no tenían acceso a la prestación mamografía por el impedimento que significaba el coseguro de 40\$, anterior al programa, al caer la barrera de accesibilidad y generarse la oferta, aumenta el consumo de lo que no se podía acceder. En segundo lugar podría

deberse a la campaña de concientización llevada adelante por el Instituto de Previsión Social.

Del total de **Papanicolau** realizados 6.221 (100%) el **99,65%** fue **clase I y II** y el **0,35%** se distribuyó entre las **clases III, IV y V**. Se registro una **incidencia por HPV** (Virus Papiloma Humano) del **4%** aproximadamente como dato importante por la alta asociación con el carcinoma invasor de cuello de útero. Lo que parece mostrar la diferencia con las estadísticas generales de la provincia donde la tasa de mortalidad ajustada por edad es del 16,6 por 100.000 al año 2001, y aquí inicialmente en el periodo de investigación se pudo determinar una mortalidad del 6,66/100.000 específica ajustada por edad por 100.000

Gráfico 33

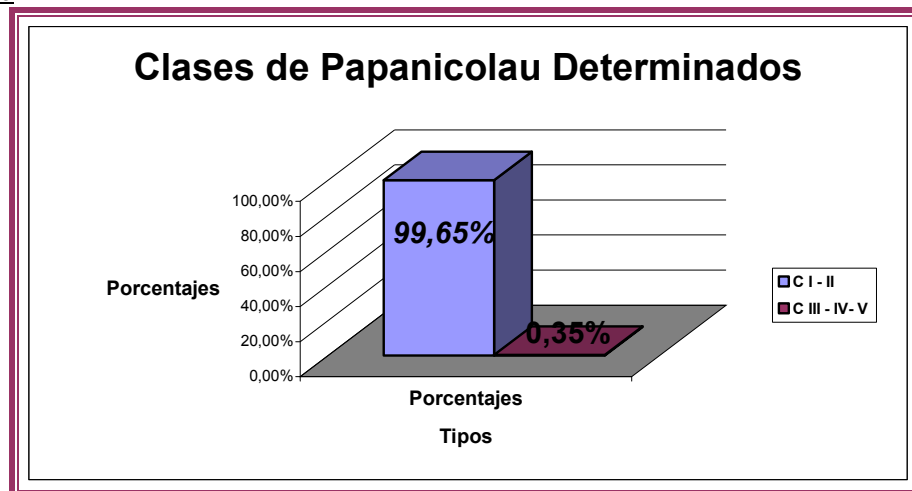
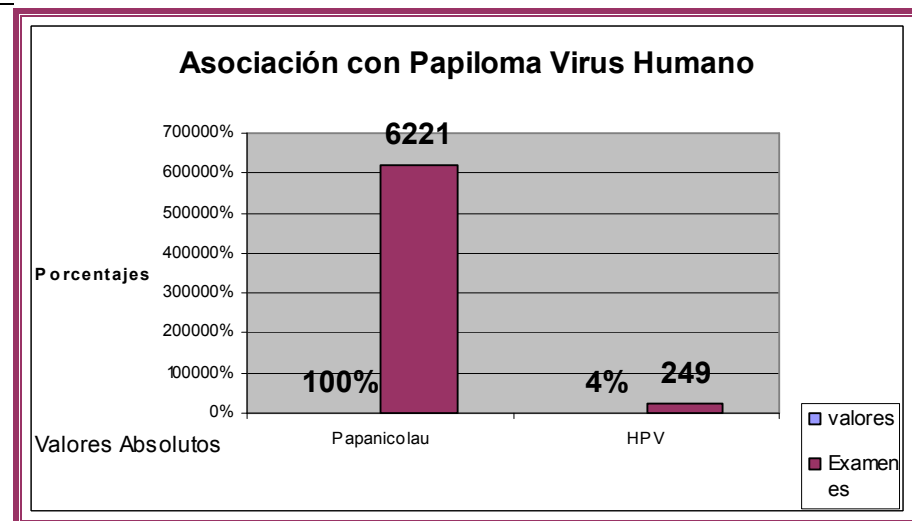
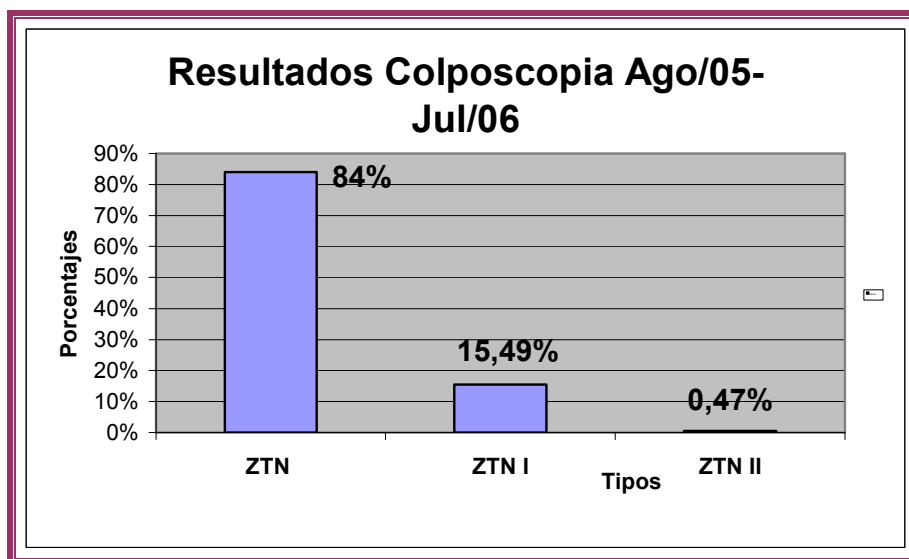


Gráfico 34

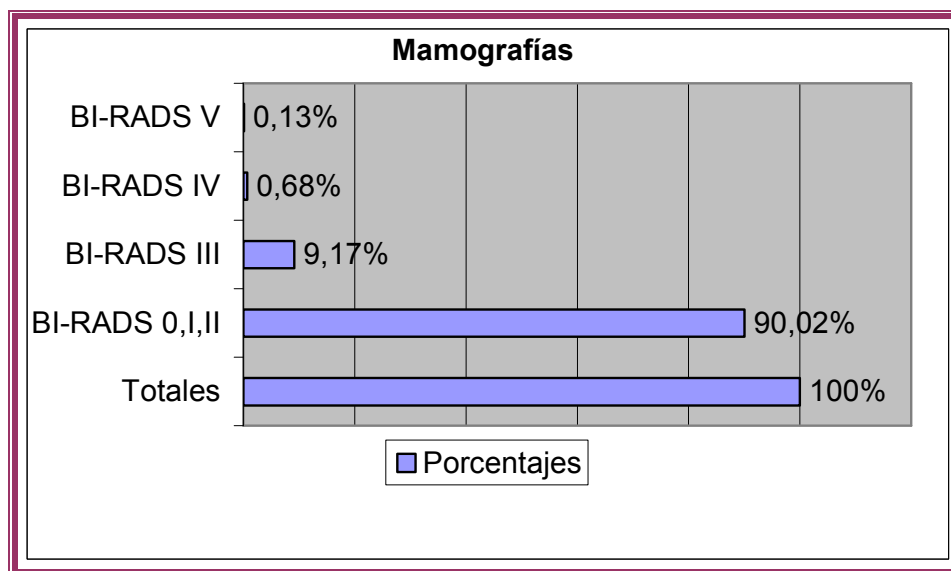


Incidencia HPV en cancer de utero

Del total de colposcopias realizadas (5.266) 100%, el 84,03% corresponde la zonas de transformación normal ZTN, el 15,49 % a zona de transformación anormal ZTN I, asociado a HPV, y el 0,47% a zona de transformación anormal ZTN II sospecha de CIN (neoplasia intraepitelial) Gráfico 35

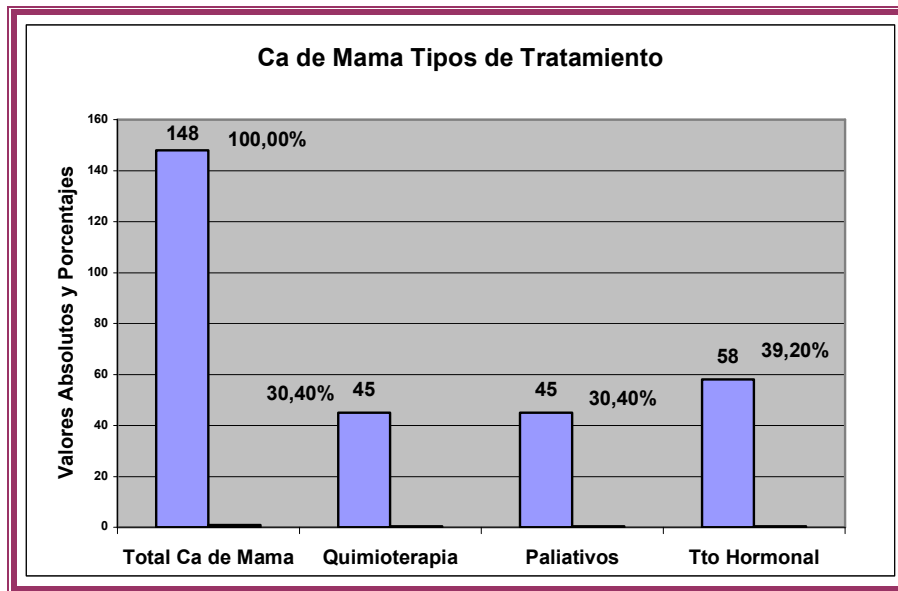


Del Total de mamografías realizadas, 6.694 (100%), dentro de la clasificación **BI-RADS** el **90,02%** fue **BI-RADS 0, I, II**, (benignas), el **9,17%** fue **BI-RADS III** (lesiones probablemente benignas), el **0,68%** fue **BI-RADS IV** (lesiones sospechosas) y el **0,13%** (lesiones con alta probabilidad de malignidad). Gráfico 36

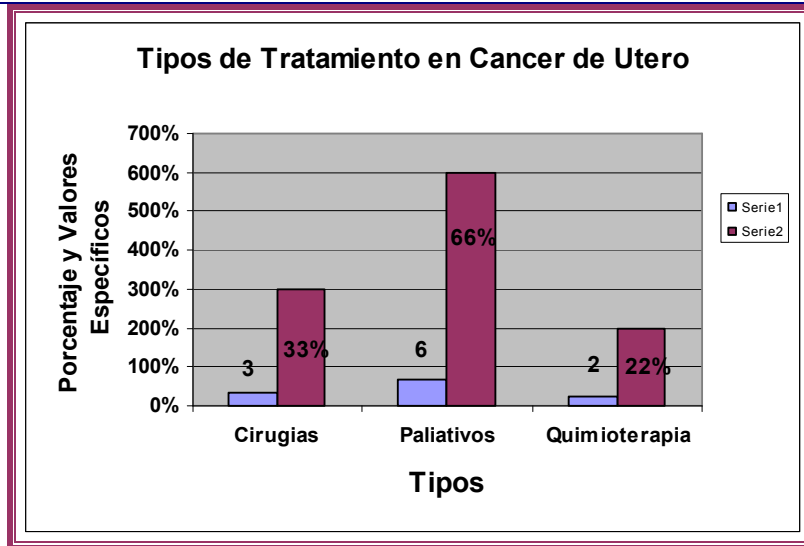


5_) Tratamientos Realizados:

Total presupuesto según nuevo registro pacientes oncológicos con cáncer de mama agosto/2005 a junio /2006, fueron 76 diagnosticadas en el programa Mujer Sana, y 72 venían con diagnostico anterior, de las cuales Con respecto al tratamiento en si se informa lo siguiente, en tratamiento con protocolo de quimioterapia (existen 430 protocolos. de cáncer de mama, se utilizan en el IPS 14), de las registradas, 45 pacientes de las 148 en tratamiento, se aclara que cada protocolo de quimioterapia consta de 4 a 6 ciclos, según el estadio del cáncer.-45 pacientes en tratamiento Quimioterapico-45 pacientes con tratamiento Paliativo -58 con Terapia Hormonal Gráfico 37



Total pacientes oncológicas con cáncer de útero agosto 2005 a julio 2006, son 11pacientes de 396 pacientes oncológicos totales (1%), de los cuales: Gráfico 38
-6pacientes realizaron tratamiento Paliativos exclusivamente-3 cirugía
-2- Quimioterapia



6-) Costos:

En cuanto a costos de programa a la fecha los resultados fueron los siguientes, que la totalidad del periodo agosto 2005/ julio 2006, (fuente IPS), fue de 898.415\$, para un total de prestaciones de 18.181 que incluye papanicolau, colposcopia y mamografía, en 6.755 afiliadas, un costo por chequera utilizada de 133\$ (U\$ 44,26 dólares) por afiliada, alcanzando una meta de cobertura del 45%.

Recordar que la población definida fue de 15.000 beneficiarias y que el costo estimado inicial, sin tratamiento, era de \$ 2.370.000, a \$158 (U\$ 52,49 dólares) valor total de prestaciones. Por lo tanto si la tendencia se mantiene en igual periodo de tiempo se cumpliría con la meta total.

Con lo cual se estaría invirtiendo, siempre y cuando los costos se mantengan estables (con variaciones del tipo inflacionario del 10% por ejemplo), que significara un costo total por chequera “Mujer Sana” de 146,30\$, por lo tanto un total \$2.149.500 para lograr alcanzar la meta de cobertura total, lo que significará a futuro una reducción aproximada del 10,8% del costo estimado inicial del programa. **Gráfico 39**

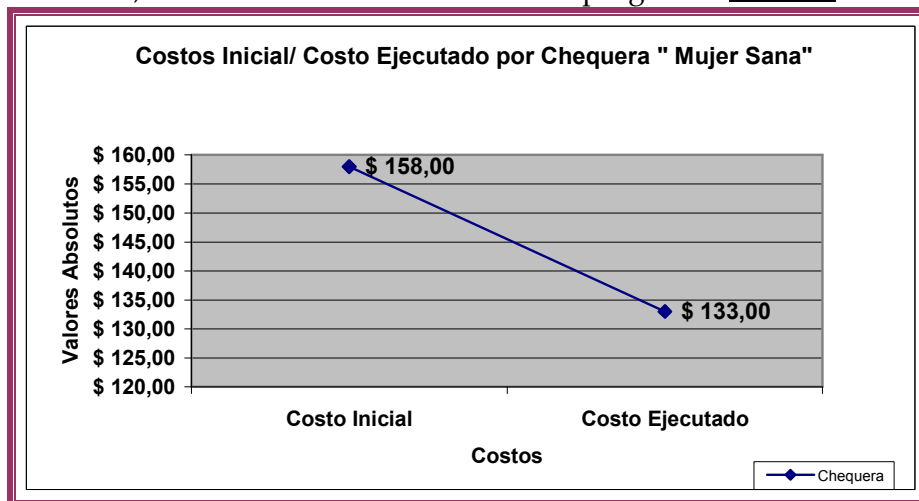
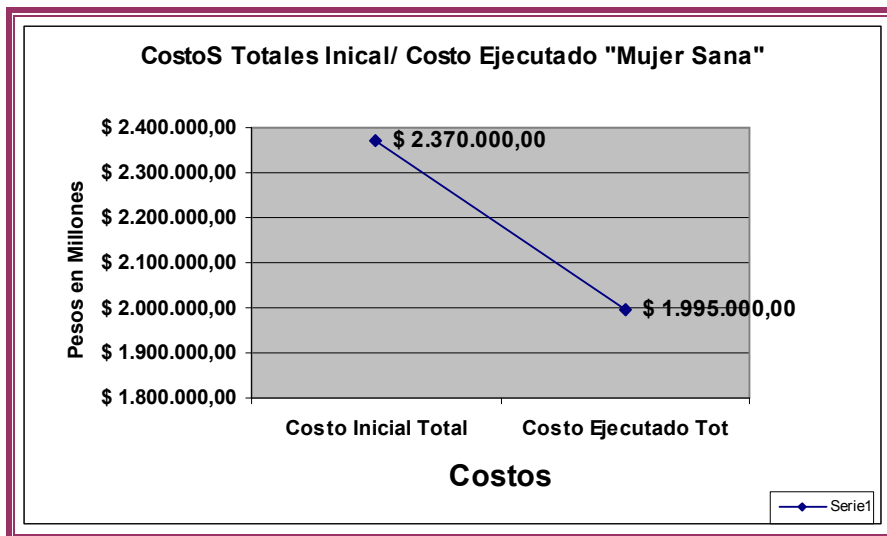


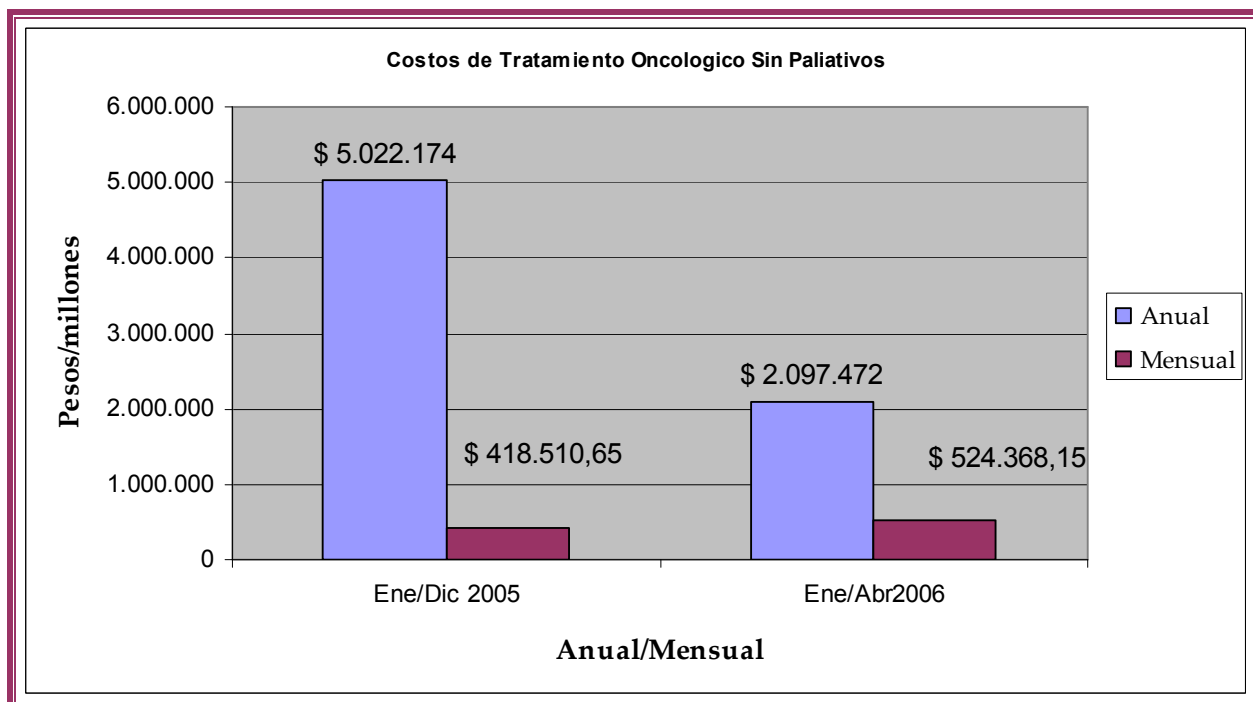
Gráfico 40



En cuanto a los registros de gastos en asistencia en quimioterapia a pacientes oncológicos año 2.005 y enero a abril 2.006, se informa lo siguiente desde la misma fuente (ref. 13):

Gasto Total 2005:	\$ 5.022.127,94 (sin paliativos)
Promedio mensual 2005	\$ 418.510,654
Gasto enero-abril 2006	\$ 2.097.472,63 (sin paliativos)
Promedio mensual enero-abril 2006	\$ 524.368,15

Gráfico 41



Análisis Económico:

La finalidad que lleva a realizar el análisis económico de los resultados de este programa, es demostrar que hubo una disminución en los gastos de tratamiento desde su puesta en marcha.

76 casos nuevos de cáncer de mama y de 11 de cáncer de cuello de útero se diagnosticaron con el Programa Mujer Sana, en 12 meses de ejecución del mismo (Ago /05-Jul/06).

La sustentabilidad del programa “Mujer Sana”, estaba determinada inicialmente y a mediano plazo (lo que durara la gestión del directorio) por las resoluciones del directorio del IPS N° 1359/05 y 1799/05, con garantías presupuestarias y metodología específica de implementación, pero luego es convertida en ley Provincial N° 4222/05, lo que define acciones posibles y medibles en el largo plazo.

Los datos definidos a la fecha de la presente investigación reflejan el comienzo de dicho programa el 1º de agosto del 2005, con datos ciertos al 30 Julio 2006

TOTAL PRESTACIONES CON SUS COSTOS SEGUN FACTURACION

Estos resultados muestran el nº total de prestaciones efectuadas, valor de las prestaciones efectuadas en miles de pesos, determinaciones según clasificación y nomenclador utilizado de referencia por prestaciones. (ref.47) Gráfico 42

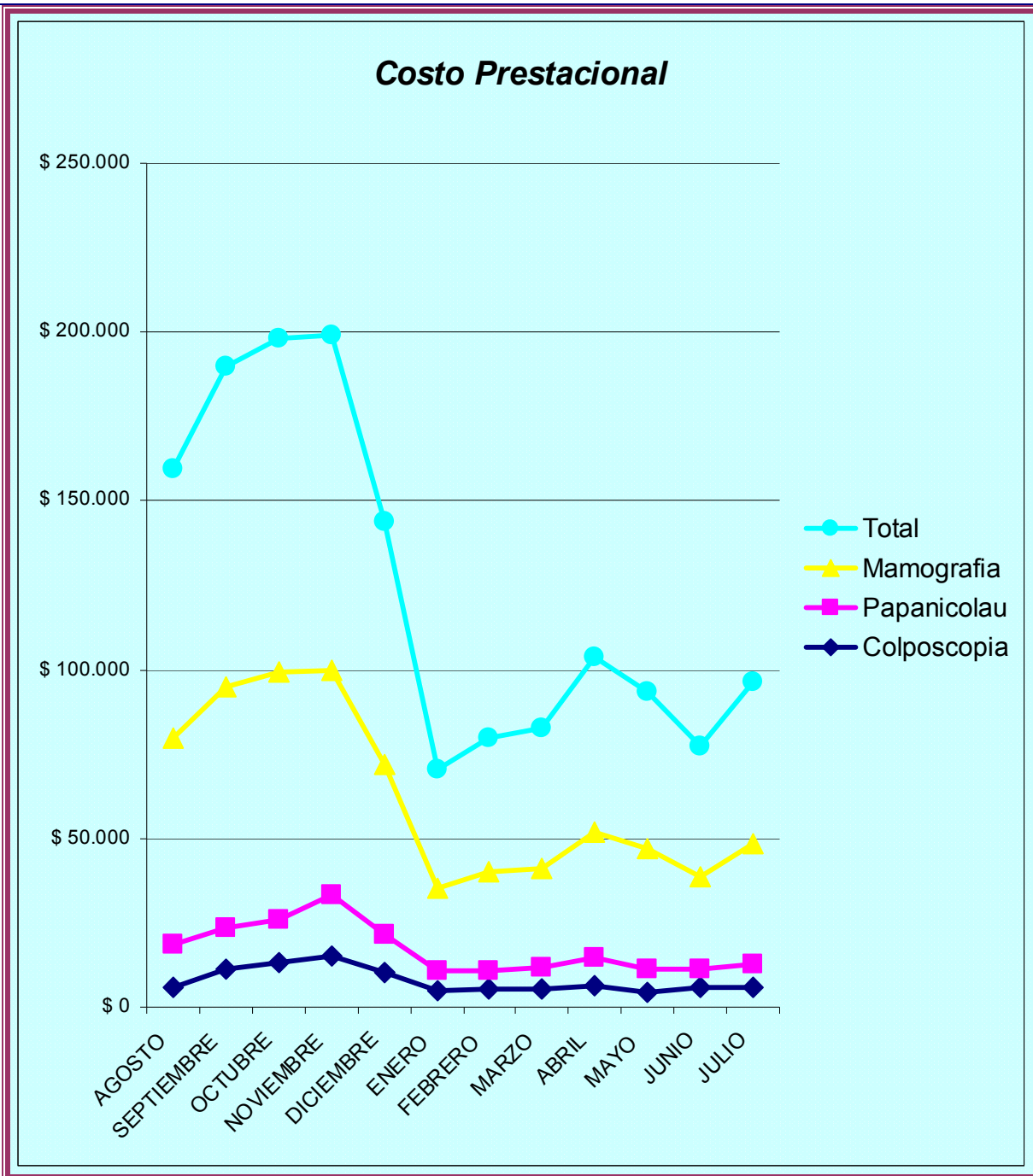


Gráfico 43

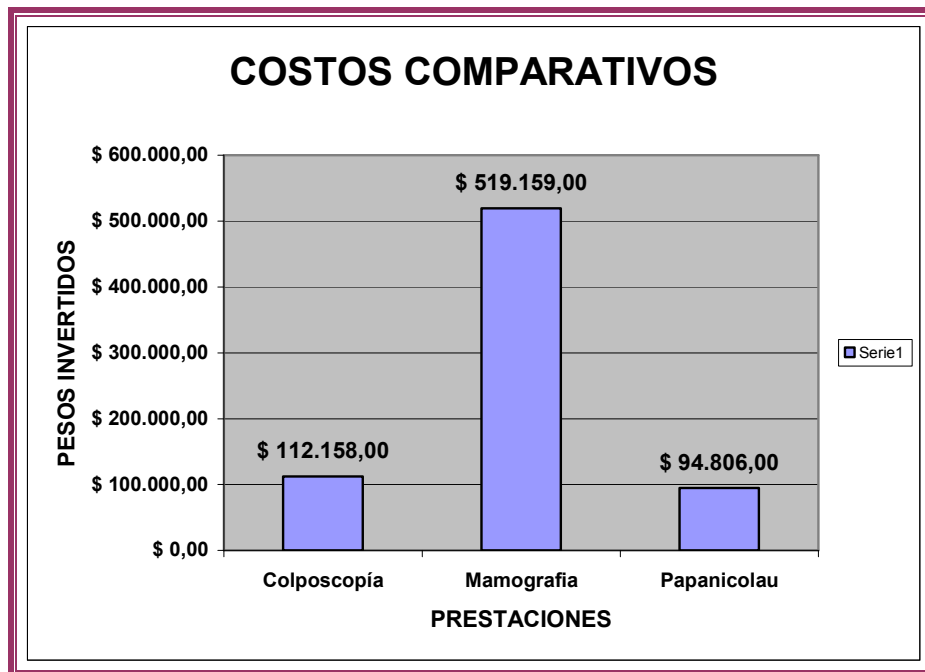
Prevención y Detección del Cáncer de Mama y Útero. Resolución Nros. 1359/05 y 1799/05										
MES	COLPOSCOPIA		PAPANICOLAOU		MAMOGRAFIA		MAMOGRAFIAS Camión		MAMOGRAFIAS	TOTAL
	cantidad	importe	cantidad	importe	cantidad	importe	cantidad	importe	TOTAL	GASTO
AGOSTO	327	\$ 5.886,00	699	\$ 12.582,00	690	\$ 55.200,00	76	\$ 1.368,00	\$ 56.568,00	\$ 75.036,00
SEPTIEMBRE	615	\$ 11.070,00	699	\$ 12.582,00	758	\$ 60.640,00	134	\$ 2.412,00	\$ 63.052,00	\$ 86.704,00
OCTUBRE	731	\$ 13.158,00	713	\$ 12.834,00	863	\$ 69.040,00	51	\$ 918,00	\$ 69.968,00	\$ 95.950,00
NOVIEMBRE	852	\$ 15.336,00	1008	\$ 18.144,00	753	\$ 60.240,00	73	\$ 1.314,00	\$ 61.554,00	\$ 95.034,00
DICIEMBRE	583	\$ 10.494,00	625	\$ 11.250,00	628	\$ 50.240,00		\$ 0,00	\$ 50.240,00	\$ 71.984,00
ENERO	278	\$ 5.004,00	325	\$ 5.850,00	305	\$ 24.400,00			\$ 24.400,00	\$ 35.254,00
FEBRERO	311	\$ 5.598,00	294	\$ 5.292,00	363	\$ 29.040,00			\$ 29.040,00	\$ 39.930,00
MARZO	290	\$ 5.220,00	359	\$ 6.462,00	370	\$ 29.600,00			\$ 29.600,00	\$ 41.282,00
ABRIL	357	\$ 6.426,00	462	\$ 8.316,00	463	\$ 37.040,00			\$ 37.040,00	\$ 51.782,00
MAYO	250	\$ 4.500,00	369	\$ 6.642,00	445	\$ 35.600,00			\$ 35.600,00	\$ 46.742,00
JUNIO	335	\$ 6.030,00	298	\$ 5.364,00	341	\$ 27.280,00			\$ 27.280,00	\$ 38.674,00
JULIO	338	\$ 6.084,00	380	\$ 6.840,00	445	\$ 35.360,00			\$ 35.360,00	\$ 48.284,00
TOTAL	\$ 5.267,00	\$ 94.806,00	6231	\$ 112.158,00	6424	\$ 513.680,00	334	\$ 6.012,00	\$ 519.702,00	\$ 726.656,00
PROMEDIO	438,9167	7900,5	519,25	\$ 9.346,50	535	\$ 42.807	28	\$ 501,00	\$ 43.308,50	\$ 60.554,67

COSTOS COMPARATIVOS ENTRE LOS ESTUDIOS DE TAMIZAJE DEL PROGRAMA MUJER SANA

Desde agosto/05 a julio/06 (ref. 47)

Mamografías Totales	6694	Costo 1 año	\$ 519.702
Papanicolau Totales	6221	Costo 1 año	\$ 94.806
Colposcopia Totales	5266	Costo 1 año	\$ 112.158

Gráfico 44



En este punto es importante determinar el AÑOS DE VIDA GANADOS, COSTO DIFERENCIAL y COSTO-EFECTIVIDAD que permita evaluar la optimización de los recursos. Hacíamos referencia en la modelización de las variables, que el costo de intervención puede ser definido como el valor de todos los recursos que esta intervención utiliza si ellos hubieran sido asignados a un uso alternativo más valioso. En este sentido los costos representan un sacrificio de una oportunidad perdida, lo cual corresponde al concepto de costo-oportunidad (ref. pag. 51)

a-) AÑOS DE VIDA GANADOS

Se realizó el cálculo de años de vida ganados según la siguiente fórmula que arrojó los siguientes resultados:

Años de vida Ganados libres de enfermedad por cada 100 estudios realizados (ref.47)

Gráfico 45

	<u>ZTAII</u>	<u>PAP 4-5</u>	<u>Anatomía. Pat. +</u>	<u>Edad Prom.</u>	<u>Perspectiva de Vida 65</u>	<u>Factor Eficacia</u>	<u>Años de Vida Ganados sin enfermedad</u>	<u>AVG Cada 100 Casos</u>
<u>Ca de Cervix</u>	25	3	24	42	23	1	552	5,52
	<u>Mamo 4</u>	<u>Mamo 5</u>	<u>Anatomía Pat. +</u>	<u>Edad Prom.</u>	<u>Perspectiva de Vida 65</u>	<u>Factor Eficacia</u>	<u>Años de Vida Ganados sin enfermedad</u>	<u>AVG Cada 100 Casos</u>
<u>Ca de Mama</u>	46	9	50	45	20	0,8	800	8,0

N

$$AVG = \sum_I (E - E_i) \times F$$

Donde AVG son años de vida ganados sin enfermedad por cada 100 estudios realizados.

E=perspectiva de vida.

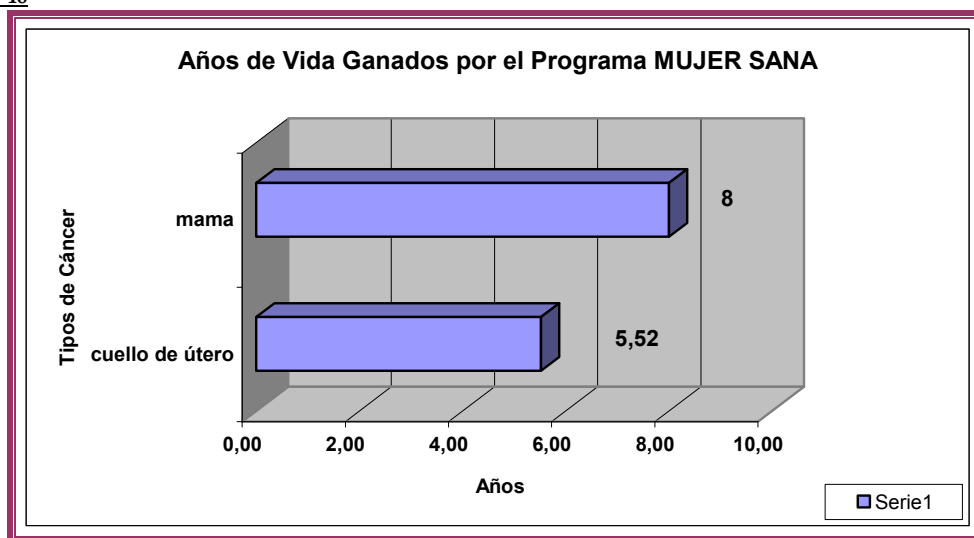
E_i= edad del caso detectado

F= factor de eficacia del tratamiento (= 1 en conización) y (=0,8 en cuadrantectomía)

RESULTADOS:

Por cada 100 estudios realizados de tamizaje en cáncer de cuello de útero (papanicolau-colposcopia) se ganan 5,52 años de vida. Por cada 100 estudios realizados de tamizaje de cáncer de mama (mamografía estandarizada- BI-RADS) se ganan 8, 0 de vida.

Gráfico 46



DETERMINACIÓN DEL COSTO DIFERENCIAL DEL PROGRAMA MUJER SANA

En economías y finanzas, el coste marginal o costo marginal es el cambio en el coste total que surge cuando la cantidad producida cambia por una unidad, es decir al incremento del costo total que supone la producción adicional de una unidad de un determinado bien. Si lo graficáramos la curva que represente la evolución del costo marginal tiene forma de parábola cóncava, debido a la Ley de los Rendimientos Decrecientes. En el punto mínimo de dicha curva, se encuentra el nº de bienes a producir para que los costos sean mínimos.

b.1) MAMOGRAFIAS:

Mamografías ago /04 a Jul/05 10.911 \$ 872.880 IPS por Fed.C.S. (ref.50)

Mamografía ago/05 a jul/06 6.755 \$ 519.702 IPS 100% P.M.S. (ref.47)

El Costo Marginal anual en Mamografías por la implementación del Programa fue **decreciente**, ya que se dejaron de invertir **27.020 \$ anuales**, que significo 4 \$ menos por cada mamografía realizada.

Esto surge del siguiente cálculo con cifras provenientes de datos oficiales.

Operación:

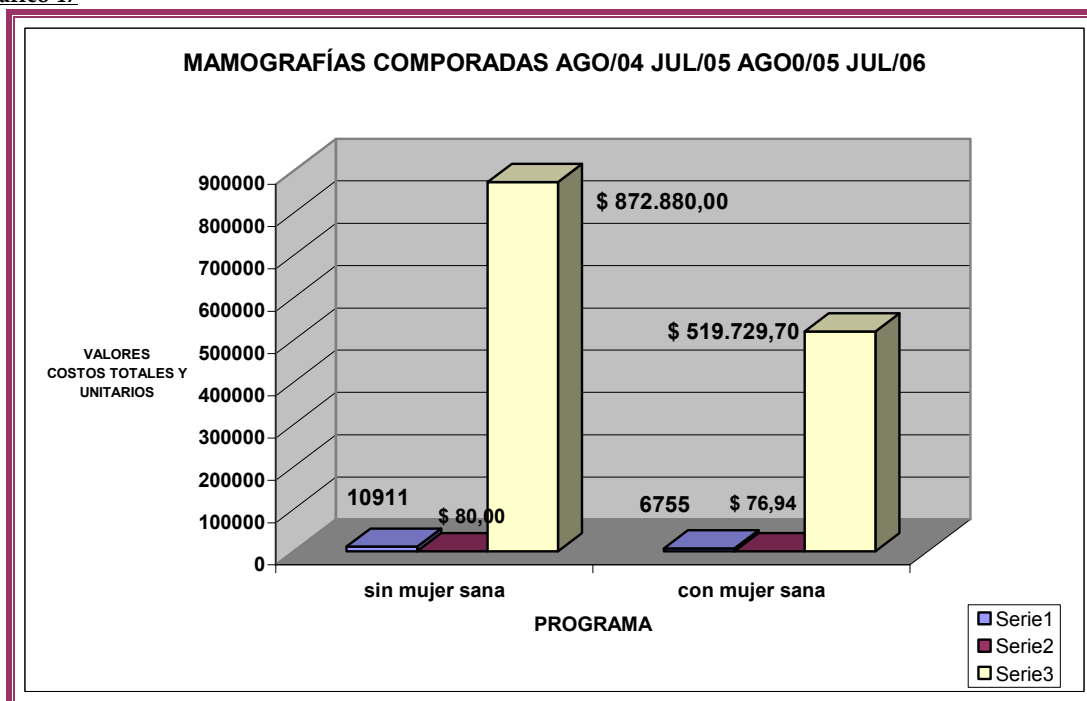
Sin programa Mujer Sana: 60% de cobertura para las afiliadas del IPS = 872.880 \$ en mamografías en 1 año. **Costo Unitario 80\$**, promedio 10.911 mamografías anuales, sin incluir el abono del coseguro de 40 \$ por parte de la afiliada. Las mamografías se autorizaban y se pagaban por Federación de Clínicas y Sanatorios

Con Programa Mujer Sana: 519.702\$ (Instituto Previsión Social cubre 100% del pago) en 1 año. **Costo Unitario Promedio 76 \$ (6755 mamografías anuales).**

80 – 76 \$= 4 \$ Costo diferencial (ahorro CON 100% DE COBERTURA) unitario por mamografía.

6.755 x 4 \$ = 27.020\$

Gráfico 47



Resultados:

Se produjo un **ahorro diferencial** (4 \$ x 100 mamografías) **de 400 \$ que se dejaron de invertir** por cada **100 estudios** y **se ganaron 8 años de vida libre de enfermedad** por afiliada efectivamente incluida en el programa.

Otra interpretación que debería tenerse en cuenta es que al costo que deja de abonar efectivamente el Instituto de Previsión Social debe sumarse el importe-costos que abonaba la paciente en concepto de coseguro que era de 40 \$ promedio, por lo tanto el costo marginal decreciente del programa mujer sana sería de 44\$ (90% a expensas del bolsillo de la afiliada) por cada unidad nueva (mamografía) producido.

6.755 (m) x 44 \$ = 297.220 \$(USD 98.744,18) anuales que se dejaron de invertir entre afiliadas y obra social

Esto nos demuestra que hubo un costo diferencial positivo que produjo un beneficio social, una ganancia en salud, en cuanto a la calidad de vida de las afiliadas por los años de vida ganados y en la menor asignación de recursos desde su peculio al retirar el coseguro por mamografía, como así también una ganancia institucional en lo inmediato en la menor cantidad de recursos asignados y a mediano plazo una lógica proyección de disminución en costos provenientes de los diferentes tratamientos, quirúrgicos, quimioterapicos y paliativos que dejaran de utilizarse por el diagnóstico precoz

b.2) PAPANICOLAU Y COLCOSCOPIA:

Papanicolau y coloscopia **ago /04 a Jul/05** **12.096 Totales** (\$208.594,7 / \$21.043,80) pagados por IPS a través de Federación de Clínicas y Sanatorios **un monto anual de \$ 229.238,56.** (ref.50)

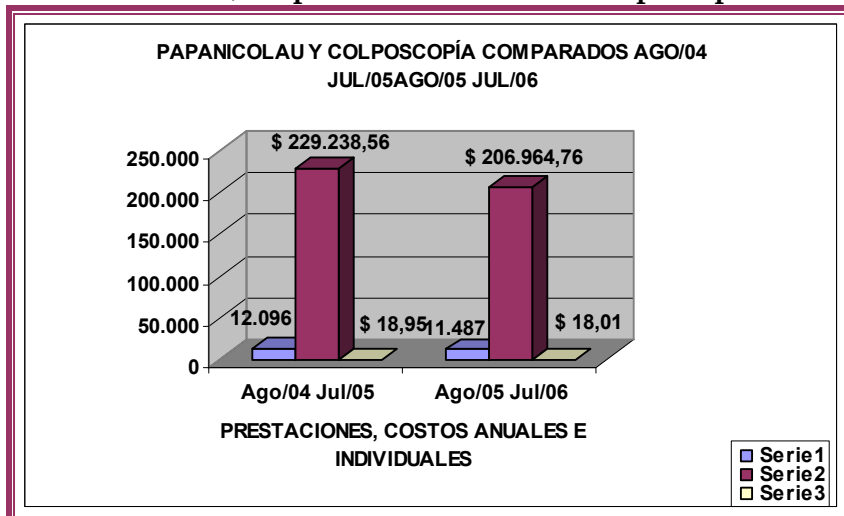
Papanicolau y coloscopia **ago/05 a jul/06** **11.487 Totales** (\$ 94.806 / \$112.158) Pagados por el IPS el 100% en un monto anual \$ **206.964,76** (ref.47)

Costo Diferencial unitario por coloscopia y papanicolau=

Ago 04/ Jul 05 $\$229.238.56 / 12.096 = 18,95 \$$

Ago 05/ jul 06 $\$206.964 / 11.487 = 18,01 \$$

Resultado es un costo decreciente producto de la diferencia entre \$18,01- \$18,95= que arroja una disminución de 0,94\$ por estudio de PAP + Coloscopia. *Gráfico 48*



Resultados:

A un ahorro diferencial de **0,94\$** unitario promedio, (colposcopia y papanicolau) por cada **100 estudios** realizados en donde **se dejaron de invertir 94 \$** y **se ganaron 5.52 años de vida libre de enfermedad por afiliada** efectivamente incluida en el programa en cáncer de cuello de útero.

A lo que también debe sumarse el monto eliminado del coseguro que para papanicolau y colposcopia era 12,50\$(papanicolau 10,54\$ -colposcopia 1,96\$), por lo tanto el costo marginal total fue de 13,44\$ (69,9% a expensas del bolsillo de la afiliada).

11. 487 (p + c) X 13,44 \$ = 154.385,28\$ \$ (USD 51.290,79) anuales entre afiliadas y Obra Social

Aquí también hubo un beneficio social, una ganancia en salud, mejor calidad de vida en afiliadas en cuanto a los años de vida ganados 5,52 años libres de cáncer de cuello de útero.

Como también habrá una ganancia institucional a mediano plazo en la proyección lógica de que la Obra social dejara de asignar recursos en el tratamiento de la enfermedad en estadios avanzados, produciendo una optimización en los recursos financieros, pudiendo reasignarlos en otra prioridad

La ventaja de costos del programa o costo diferencial queda demostrado por la diferencia de costos entre sin programa y con programa “Mujer Sana” en un valor absoluto de **451.605,28 \$ (USD 150.034,97)** anuales, exclusivamente demostrado en los estudios de tamizaje y no pudiendo determinar ventajas de costos en tratamientos específicos para cada patología y según la intervención realizadas por los estadios hallados, en dos componentes. El primero inmediato y de mucha incidencia de un **79,95 %** del bolsillo de la afiliada con la caída de la barrera de acceso del coseguro. El segundo componente el institucional, con resultados inmediatos con una disminución de los costos prestacionales de menor significado del **21,05%**, pero también de largo plazo por costos futuros disminuidos en tratamientos.

Lo que podría demostrar la hipótesis que en el sector privado el mayor costo lo asumen los usuarios aunque esta sea una institución del Estado.

Pero en definitiva en cuanto a la evaluación de costos totales la decisión de llevar adelante este programa fue correcta, porque en la lógica proyección futura ante el diagnóstico precoz de cáncer de mama o cuello de útero, disminuirán los costos futuros en cuanto a los tratamientos de los mismos en estadios avanzados

COSTO- EFECTIVIDAD

Aunque tenemos el conocimiento de que la evaluación del costo marginal o costo incremental, es decir el costo extra que se obtiene por una unidad adicional de efecto debido a la intervención, es el de más apropiado para este tipo de programa, creemos que con los datos obtenidos de soporte oficial y en el estudio retrospectivo longitudinal realizado puede servir esta evaluación como línea de base futura.

En el costo-efectividad del programa Mujer Sana en un año de su implementación se definió como la medida de efectividad a los casos detectados y los años de vida ganados sin enfermedad a través del programa, que pueden compararse con estudios internacionales.

b.1) Costo-Efectividad por Casos Detectados

Por casos detectados con mamografía:

Con 519.702 \$ invertido en mamografía se detectaron 76 casos nuevos de cáncer de mama, lo que significa que **por cada 10.000 \$ (U\$ 3322,25 dólares)** invertido en mamografía puedo **detectar 1,46 casos de cáncer de mama.**

Calculo: $10.000\$ * 76 / 519.702\$ = 1,46$ casos de cáncer de mama

Que el costo-efectividad para la detección precoz de cáncer de mama por mamografía estandarizada quedo demostrada en el aumento al 51,35% de casos nuevos detectados a través del programa sobre los casos totales de pacientes con dicho diagnostico en tratamiento en el periodo estudiado, por lo tanto el la diferencia del 48,65% seria de los años anteriores sin poder especificar período de tiempo de diagnostico por falta de validación de datos oficiales.

Por casos detectados con papanicolau y colcoscopia:

Con 206.464 \$ invertido en Papanicolau y Colcoscopia mas consulta medica especialista (20\$ + 4,80\$ + 12,50\$= 37,30\$) **se detectaron 11 casos de cáncer de cuello de útero in situ**, lo que significa que por cada 10.000\$ (U\$ 3322,25 dólares) invertidos en estos estudios se puede detectar 0.53 casos de cáncer de cuello de útero.

Calculo: $10.000\$ * 11 / 206.464\$ = 0,53$ casos de cáncer de cuello de útero

Que el costo-efectividad para la detección precoz de cáncer de cuello de útero por papanicolau y colposcopia estandarizada quedo demostrada en el aumento al 64,70% de casos nuevos detectados a través del programa sobre los casos totales de pacientes con dicho diagnostico en tratamiento en el periodo estudiado, por lo tanto la diferencia del 35,30% seria de los años anteriores sin poder especificar período de tiempo de diagnostico por falta de validación de datos oficiales. Aquí el costo efectividad es mayor.

b.2) Costo- Efectividad Por Año De Vida Ganado:

1) **Ca de mama:** por cada 100 estudios mamograficos se gana 8 años de vida sin enfermedad a un costo en promedio de 961 \$ (U\$ 319,51 dólares) por cada 1 año de vida ganado.

Calculo:

519.702\$ se invirtieron en mamografías /6.755 estudios, que arroja un promedio de 76,94\$ por cada estudio, entonces 100 estudios le cuesta al programa (100*76,94\$) 7.694\$ y en 100 estudios se gana 8 años de vida, entonces el costo en mamografías por cada un año de vida ganado es (7.764 \$ / 8 años) **de 961\$ (U\$ 319,51dólares)**

2) **Cáncer de Cuello de Útero: por cada 100 estudios se gana 5,52 años de vida sin enfermedad a un costo en promedio de \$ 326,26 por cada 1 año de vida ganado.**

Calculo:

\$ 206.964 se invirtieron en PAP y Colposcopia / 11.487 estudios en un año = 18,01 \$ por cada caso; entonces 100 estudios le cuesta al programa (100*18,01\$) 1801\$ y en 100 casos se gana 5,52 años de vida, entonces el costo por cada un año de vida ganado es (1801 \$/ 5.52 año) de 326,26 \$ (**U\$ 108,39 dólares**)

Gráfico 49

Concepto	Mamografía	Papanicolau+colposcopia
Costo diferencial unitario del programa Mujer Sana	4 \$**	0,94\$**
Costo-Efectividad casos detectado por cada 10.000\$	1,46 casos	0,53 casos
Costo-efectividad por cada 1 año de vida ganado	970,37 \$	326,26\$
Años de vida ganados por cada 100 exámenes	8 años	5,52 años

**El signo negativo significa que el costo es decreciente

Realizando una **evaluación económica**, tratamos de identificar si la intervención fue eficiente y podemos afirmar que la ejecución del “Programa Mujer Sana” con datos oficiales primarios y comparando con datos bibliográficos secundarios, **fue eficiente** la inversión (máximo resultado al mínimo costo), tanto en detección precoz de cáncer de Mama con estudios standardizados mamograficos, como en la detección precoz de cáncer de útero con papanicolau y colposcopia.

TASAS DE INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE CA DE MAMA Y DE CUELLO DE UTERO ENFERMEDAD DETERMINADAS DENTRO DEL PROGRAMA MUJER SANA

a) TASAS DE INCIDENCIA EN AFILIADA IPS BAJO PROGRAMA

a.1) Tasa Incidencia detectada del Cáncer Mama en afiliadas bajo Programa

Total de nuevos casos cáncer de mama detectado 76 en un total de 6.755 mamografías realizadas lo que representa una **incidencia de 1,125 %**, es decir por cada 1000 afiliadas **pueden ser detectadas 11,25 pacientes con cáncer de mama**. Lo expresamos en mil que nos permita graficar el impacto de incidencia con mayor fuerza

Calculo Tasa Incidencia Cáncer Mama 76/6755*100=1,125 %

Podemos decir que en los 519.729,79\$ invertidos en mamografías en doce meses, se detectaron 76 nuevos casos de cáncer de mama lo que significa 1 cada 6.838,54\$ (USD 2.271,94) por paciente diagnosticada

a.2) Incidencia detectada Cáncer de Cuello de Útero en afiliadas bajo Programa

Total de nuevos casos de cáncer de cuello de útero detectado 11 (4 con tratamiento de quimioterapia) en un total de 6.231 pacientes observadas a través de colposcopia y papanicolau lo que representa una incidencia de **0,17%** lo que expresado por 1000 afiliadas serian **1,70 las que pueden ser detectadas con cáncer de cuello uterino.**

Calculo de Tasa de Incidencia de Cáncer Cuello Uterino	$11/6231 * 100 = 0,17\%$
--------------------------------------------------------	--------------------------

Podemos decir que con 206.964 \$ invertidos en el programa se diagnosticaron 11 casos nuevos de cáncer de cuello de útero, 1 cada 18.814,90\$ (USD 6250,79) invertidos.

b) TASA DE PREVALENCIA DE PERIODO DE ENFERMEDAD EN AFILIADA IPS BAJO PROGRAMA (ref.13)

b.1) Tasa prevalencia cáncer de mama

Entendiéndose por prevalencia de periodo al numero de caso de enfermedad existentes en un momento dado (ref. 45) (

Casos totales al momento del proceso de investigación de tesis ago/05-Jul/06., 148 casos (ciento cuarenta y ocho) con diagnostico de **cáncer de mama.**

Casos nuevos detectados en el programa Mujer Sana, 76 casos(setenta y seis), en el mismo periodo, de una población de 6755 afiliadas estudiadas por mamografías. Cabe aclarar que en dicho periodo fallecieron 17 pacientes con cáncer de mama, el 11,48% del total de pacientes en tratamiento (148).

Cáncer de Mama

Tasa de Prevalencia de Periodo	$131 / 6755 = 0,019 * 100 = 1,93\%$
--------------------------------	-------------------------------------

b.2) Tasa de Prevalencia cáncer cuello de útero

Se detectaron 11 casos nuevos de cáncer de útero en 6.231 afiliadas estudiadas por PAP y Colposcopia, de las cuales 1 paciente falleció, el 9,09% del total de pacientes en tratamiento (11)

Cáncer de Cuello Útero

Tasa de Prevalencia de Periodo	$10 / 6231 = 0,0016 * 100 = 0,16\%$
--------------------------------	-------------------------------------

Gráfico 50

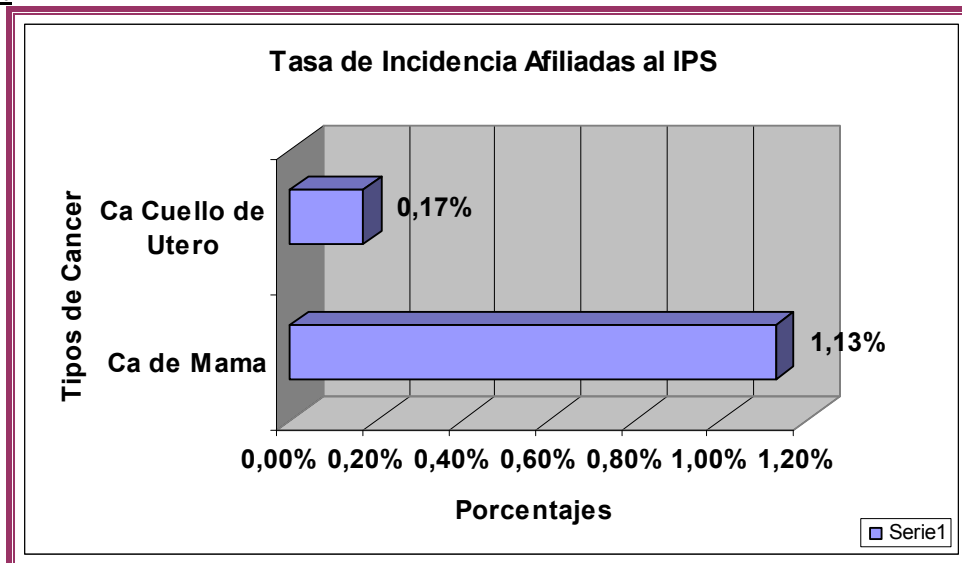
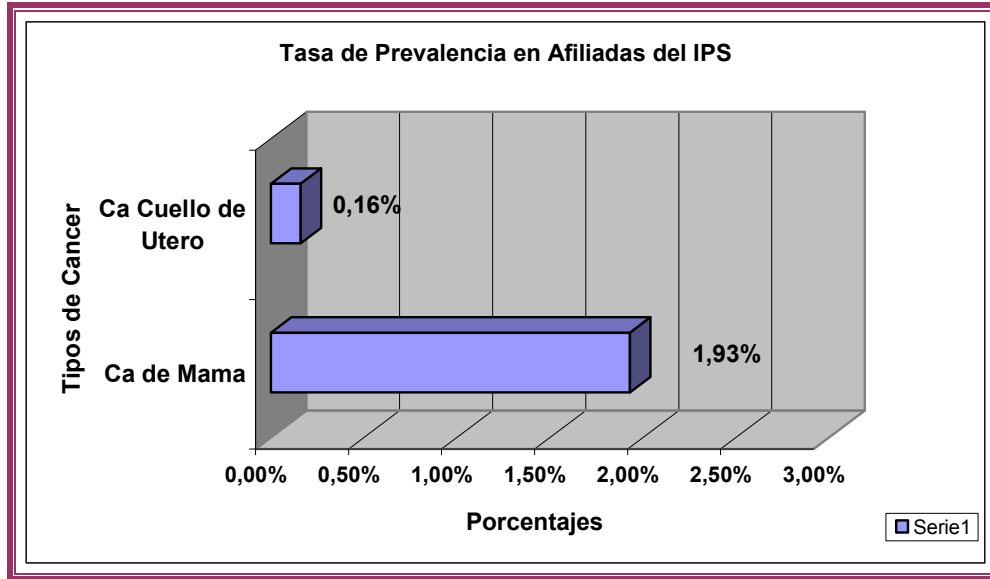


Gráfico 51



Tasas	Ca Mama	Ca Cuello de Útero
Tasa de Incidencia	1,125%	0,17%
Tasa de Prevalencia	1.93%	0.16%

TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICA POR CAUSA DE CA MAMA Y CA CUELLO DE ÚTERO EN AFILIDAS DEL IPS BAJO PROGRAMA

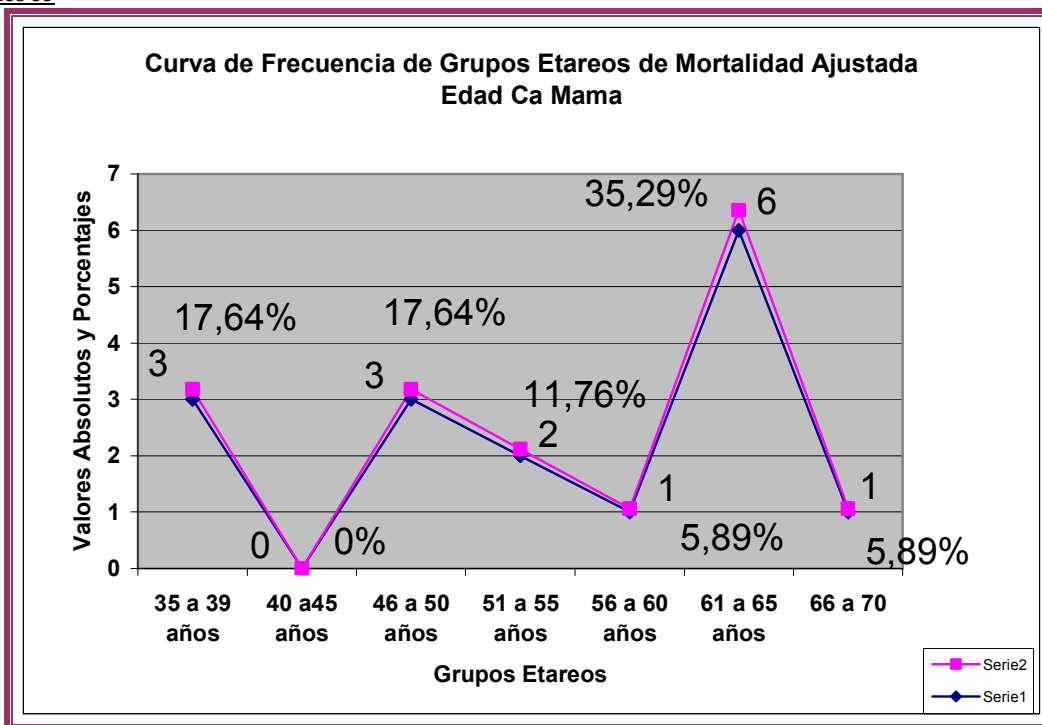
En el periodo investigado el total de mujeres muertas por causa de cáncer de mama fueron 17, la mayor cantidad de muerte se registro en la frecuencia de edad entre 61 y 70 años con 7 muertes representando el **41,17%** del total de muertes, y en la franja de edad bajo Programa (entre 40 años y 60 años) se registraron 6 muertes **35,29%**, y en la franja menor de 40 se registraron 3 muertes representando el **17,64%**.

De las que ocurrieron en las afiliadas bajo programa ,el segmento de edad entre 46 años y 50 años fue la de mayor frecuencia con 3 muertes **50%**; el **33,3%** en la franja entre 51 a 55 años y el **16,6 %** en la franja de 56 a 60 años.

Mientras por causa de cuello de útero murió sola 1 mujer de 52 años, el 100%, en el periodo investigado. (ref. 13) **Gráfico 52**

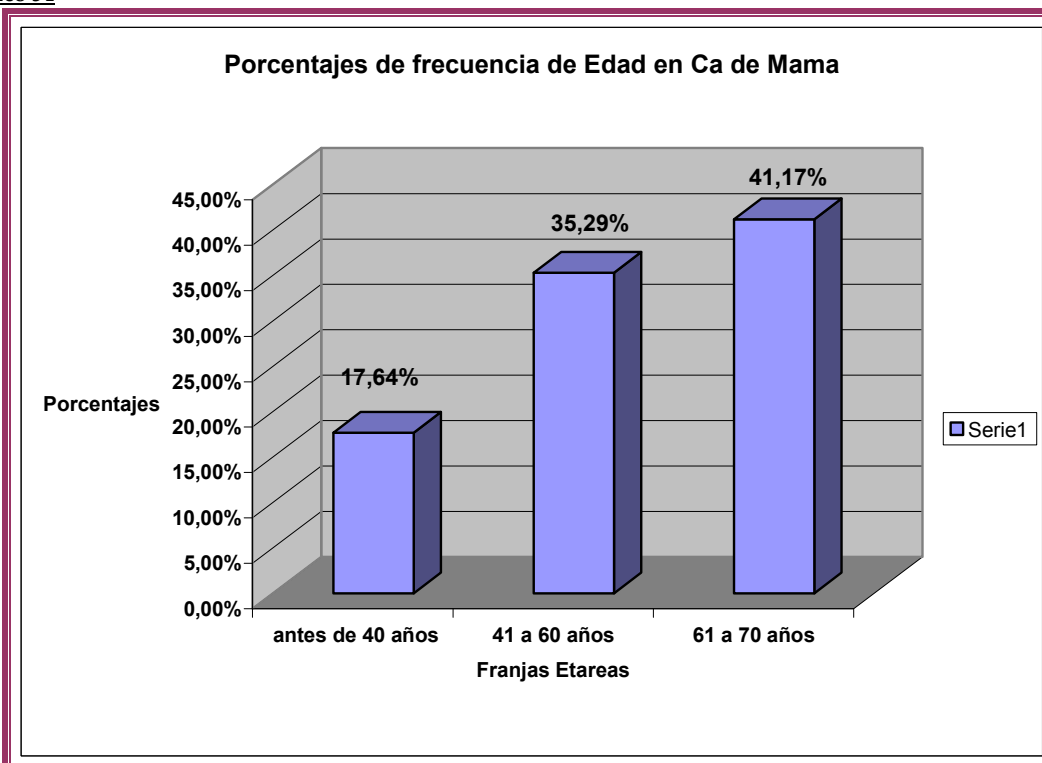
SEGMENTOS DE EDADES	CANTIDAD MUERTE CA. MAMA	CANTIDAD MUERTE CA. CUELLO UTERO
35 años a 39 años	3	
40 años a 45 años	0	
46 años a 50 años	3	
51 años a 55 años	2	1
56 años a 60 años	1	
61 años a 65 años	6	
66 años a 70 años	1	

Gráfico 53



Frecuencia muertes por causa de cáncer de mama y cáncer cuello de útero.
(ref. 13)

Gráfico 54

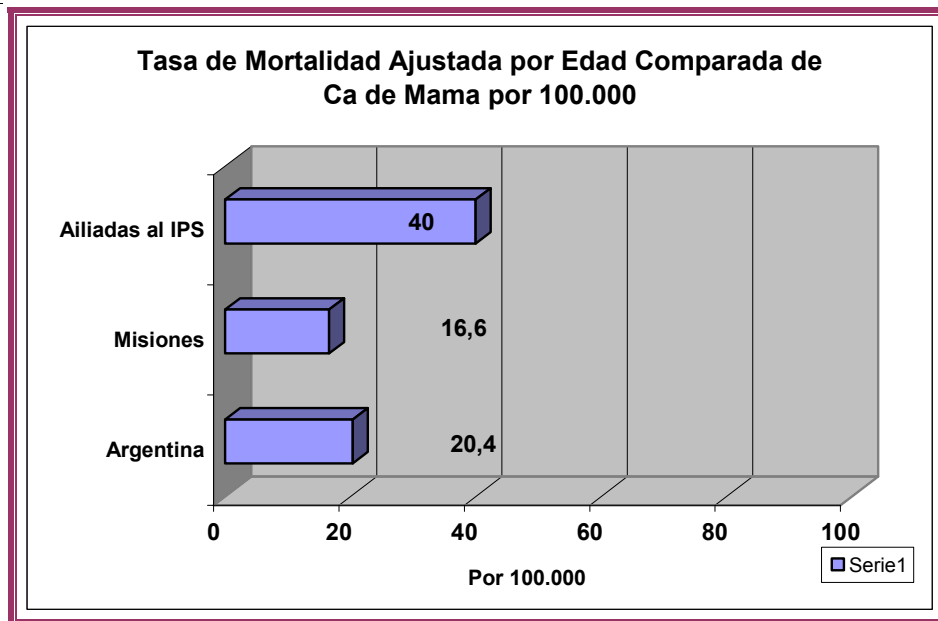


1) Tasa de mortalidad por 100.000 específica ajustada por edad de cáncer de mama en afiliadas del IPS (ref.13)

Tasa de mortalidad especifica causa ca de mama	$6 / 15.000 * 100.000 = 40$
------------------------------------------------	-----------------------------

Nota: para calcular la tasa de mortalidad especifica ca de mama se toma como denominador o base el total de afiliadas de la obra social IPS bajo programa Mujer Sana, se compara con datos ref. 40

Gráfico 55

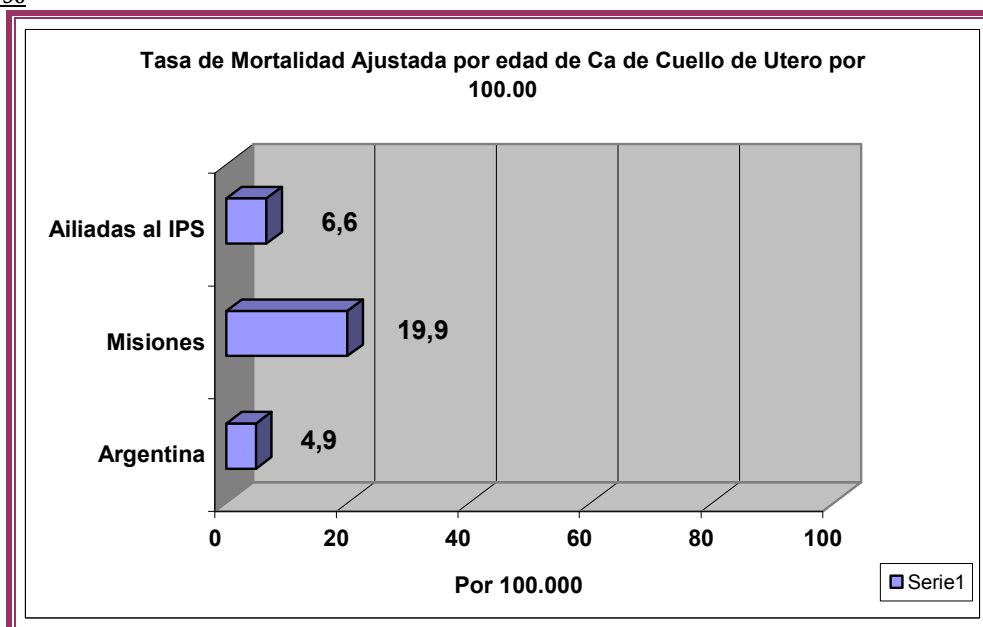


2) Tasa de mortalidad por 100.000 específica ajustada por edad de cáncer de cuello de útero en afiliadas del IPS (ref.13)

Tasa de mortalidad especifica ca de cuello de útero	$1 / 15.000 * 100.000 = 6,66$
-----------------------------------------------------	-------------------------------

Nota: para calcular la tasa de mortalidad especifica ca de cuello de útero se toma como denominador o base el total de afiliadas de la obra social IPS mujeres bajo programa Mujer Sana. Se compara con ref.40

Gráfico 56



Costos de Tratamiento

Se realizó un ensayo de costos estimados según protocolos de tratamiento establecidos en el Anexo, con el fin de comparar costo total del programa y costo total de un tratamiento de cáncer de mama E III y cuello de útero E III, con 100% de cobertura PMO(sin coseguro).(ref. 48)

A-) Construcción Hipotética de Costos un tratamiento de cáncer de mama en estadio III, mujer de 53 años con 80 Kg., m2 de superficie corporal 1,93.

1-) Cirugía: mastectomía radical ampliada a ganglios axilares	1000,00 \$
6 días de Internacion	780,00\$
Control posquirúrgicos 3	60,00\$
Rehabilitación Kinesiológica x 5 sesiones	80,00\$
Mastoplastía Reconstructiva	2000,00\$

Total modulo Quirúrgico de 3920,00\$

2-) **Quimioterapia:**

Protocolo CMF 6 ciclos cada 21-28

Ciclosfosfamida	600 mg/m2	265,00\$
-----------------	-----------	----------

Metrotexate	40 mg/m2	86,00\$
-------------	----------	---------

Fluorouracilo	600mg/m2	75,00\$
---------------	----------	---------

Total por ciclo = 426,00\$ x 6=	2.556,00\$
---------------------------------	------------

Más 12 días de internacion clínica	1.440,00\$
------------------------------------	------------

Total módulo quimioterapia	3.996,00\$
----------------------------	------------

3-) **Terapia Radiante**

Acelerador lineal tratamiento completo	1400, 00\$
----------------------------------------	------------

Braquiterapia Tratamiento Completo	1400, 00\$
------------------------------------	------------

4-) **Asistencia Psicológica**

Sesión Individual	9,00\$ x 4 sesiones mensuales=	36,00\$
-------------------	--------------------------------	---------

Tratamiento estimado	6 meses x 36,00\$ =	216,00\$
----------------------	---------------------	----------

5-) **Controles**

Centellograma Corporal Total	150,00\$ x 3 Intraquimioterapia y Radioterapia	450,00\$
------------------------------	------------------------------------------------	----------

Postratamiento 1 por año durante 5años		750,00\$
----------------------------------------	--	----------

Total controles:		1200,00\$
------------------	--	-----------

Total general estimado 12.132,00\$

B-) Construcción hipotética del tratamiento de cáncer de cuello de útero avanzado, en una mujer de 53 años, 80 Kg. y una superficie corporal de 1,93 m2.

1-) **Cirugía:**

Histerectomía Radical	1000,00\$
-----------------------	-----------

6 días de Internacion	780,00\$
-----------------------	----------

Control posquirúrgicos (3)	60,00\$
----------------------------	---------

Rehabilitación Kinesiológica x 5 sesiones	80,00\$
-------------------------------------------	---------

Total módulo quirúrgico 1920,00\$

2-) Terapia Radiante:

Terapia Intracavitaria 800,00\$

Braquiterapia 1400,00\$

Total radioterapia combinada como lo especifican los nuevos protocolos 2.200,00\$

3-) Quimioterapia

Cisplatino 6mg/m² 12 mg/ día 35 días 1350,00\$

Total quimioterapia 1350\$

4-) Asistencia Psicológica

Sesión Individual 9,00\$ x 4 sesiones mensuales= 36,00\$

Tratamiento total estimado 6 meses x 36,00\$ = 216,00\$

5-) Controles

Centellograma Corporal Total 150\$ x 3 Intraquimioterapia y Radioterapia= 450\$

Postratamiento 1 por año durante 5años = 750\$

Total Tratamiento Estimado 6.670,00\$

Costo comparativo de 1 chequera Mujer Sana (TAMIZAJE) sobre costo de 1 tratamiento estandarizado mínimo por patología, con datos de referencia del Nomenclador Nacional de Hospitales de Autogestión

Tipos de Cáncer	Estudios	Costo Unitario	Costo Unitario de tratamiento por Patología
Mama	Mamografía	76,00\$	(1) tratamiento estándar 12.132,00\$
Cuello de útero	Papanicolau +Colposcopia	18,01\$	(1) Tratamiento estándar 6.670,00\$

El costo de tratamiento de 76 ca de mama en E III sería 922.032,00\$

El costo de tratamiento de 11 ca de cuello de útero E III sería 73.370,00\$

El diagnostico precoz de 76 ca de mama costó 5.776,00\$

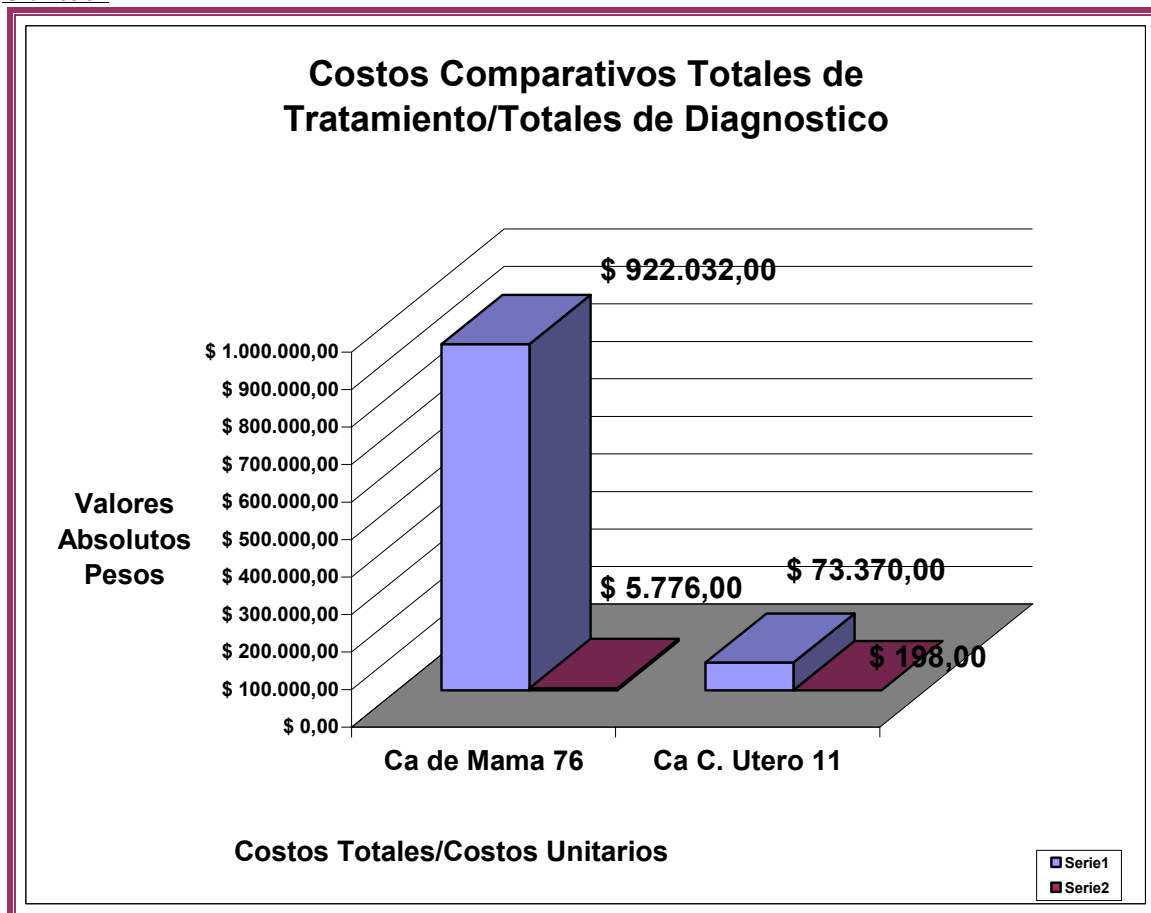
El diagnostico precoz de 11 ca de cuello de útero costó 198,11\$

Con el diagnóstico precoz para cáncer de mama demostramos que presenta un costo de 160 veces menor, que si se hubieran diagnosticado tardíamente comparándolos con los costos de tratamiento en el estadio III de la enfermedad.

En el caso de cáncer de cuello de útero, demostramos que el costo del diagnóstico precoz representa un costo 370 veces menor, comparándolos con los costos de tratamiento en el estadio III de la enfermedad.

Gráfico Comparativo entre diagnóstico precoz de cáncer de mama y de cuello de útero y los costos de tratamiento en estadios avanzados de cáncer de mama y de cuello de útero

Gráfico 57



Fuente: Nomenclador Nacional de Hospitales de Autogestión –Súper Intendencia de Seguros de Salud-2007(ref. 51)-, Costos del programa Mujer Sana en los estudios para el diagnóstico Precoz de cáncer de cuello de útero y de mama. (ref. 47)



CONCLUSIONES

El programa “Mujer Sana” de cribado, tamizaje, screening de cáncer cervico uterino y de mama del Instituto de Previsión Social (IPS), se implemento con el objeto de mejorar la detección precoz de cáncer de mama y de cuello de útero, con la consiguiente mejora en la calidad de vida actual y futura de las empleadas públicas de la provincia de Misiones (AR), como así mismo mejorar la asignación de los recursos financieros del Instituto, sin otro dato inicial que el aumento progresivo de pacientes con cáncer de mama. (ref.13)

Esta decisión Institucional surgió de la necesidad de generar una garantía específica a las afiliadas con factores de riesgo, pudiendo ganar años de vida y calidad de vida, que como consecuencia del aumento creciente de las tasas de mortalidad e incidencia de estas patologías, se veían disminuidas, justificadas fundamentalmente por el diagnóstico tardío y de la ausencia de un programa de tamizaje permanente dentro de la Institución, con costos elevados en el tratamiento específico de los cánceres en estadios avanzados.

Como los recursos en salud son siempre escasos y teniendo en cuenta que el asignar los mismos a un determinado sector, implica necesariamente dejar otro sector con la ausencia de tal, se valoro que los decisores del IPS deben propender hacia la búsqueda de calidad de vida y ganar años de vida en cada afiliada mediante el diagnóstico precoz y la inclusión inmediata en el protocolo de tratamiento específico según patología detectada, equilibrando una distribución equitativa y eficiente de los recursos, que signifiquen un verdadero impacto en la salud de las beneficiarias y que reflejen justicia distributiva, concepto de ganancia o beneficio social.

Siendo el INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL, el responsable de sus afiliados, decidió invertir en generar salud. La decisión de salvar una vida en salud implica la asignación y optimización de todos sus recursos y demuestra el valor real, la humanización del proceso, por el impacto individual, familiar y social.

El problema que dio origen a la presente tesis fue ¿son el cáncer de mama y de cuello de útero las primeras causas de muerte en las empleadas públicas de la provincia de Misiones para que se implemente un programa específico?

El programa “Mujer Sana”, incluyó como métodos de tamizaje a los estudios de consulta ginecológica, papanicolau, colposcopia y mamografía, de cobertura gratuita, con posterior e inmediato ingreso a protocolo de tratamiento específico. En una chequera única estandarizada, de entrega personalizada con turnos programados a un valor inicial unitario de 158,00\$ (USD 52,49). (ref.47)

Dicho programa definió como población de riesgo a mujeres afiliadas, entre 40 y 60 años de edad (por ser las edades con mayor frecuencia de debut de estas patologías), en un estimado inicial de 15.000.

La recolección de datos fue un proceso lento y dificultoso, por datos dispersos, no sistematizados que no reflejaban indicadores ni tasas como líneas de bases, algunos datos fueron hallados en el Departamento de Oncología del Instituto de Previsión Social, donde se registran entregas de quimioterápicos con sus respectivos diagnósticos edad ,sexo, tipos de tratamiento-protocolos, etc.; otros en la Federación de Clínicas y Sanatorios donde se centralizaban anteriormente las prestaciones a través de su Red; y

otros en las estadísticas vitales del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones, por lo cual la presente servirá para futuras comparaciones y evaluaciones.

En primer lugar podemos afirmar que tanto el papanicolau como la colposcopia siguen siendo los métodos más sensibles para tamizaje de cáncer de cuello de útero a costos insignificantes, como así también la alta sensibilidad de la mamografía para el diagnóstico de cáncer de mama a pesar de que su costo es significativo por sobre los exámenes periódicos.

En el periodo de investigación, 12 meses, se logró la cobertura real a 6.755 afiliadas, habiéndose cumplido con el 45 % de la meta inicial. (ref.13) Gráfico 21

La tasa de mortalidad específica ajustada por edad por causa de cáncer de mama determinada con los resultados del programa “Mujer Sana” fue de 40/100.000, que significa casi dos veces la media nacional y 2 veces y media más que la general de la provincia de Misiones para el año 2001 (ref.40), situación intolerable que requiere de mucho esfuerzo y recursos para modificarse. Gráfico 55

La tasa de mortalidad específica ajustada por edad por causa de cáncer de cuello de útero determinada bajo el programa “Mujer Sana” fue de 6,66/100.000, 1,35 punto más que la media nacional y 1,27 puntos más que la media de la Provincia de Misiones para el año 2001 (ref.40), situación tolerable que puede modificarse más rápidamente. Gráfico 56

La frecuencia de edad en cuanto a mortalidad específica ajustada por edad para el cáncer de mama, demostró que es mayor en la franja etárea de 61 y 70 años 41,70%, contra el 35, 29% entre 40 y 60 años y el 17,64% en la franja de menores de 40 años. (ref.13) Gráfico 29 Y de ca de cuello de útero del 100% 52 años

Determinándose que de todos los pacientes en tratamiento oncológico (396) una prevalencia de período del 41,66% en algún tipo de cáncer genito mamario (165) en mujeres. (ref.13) Gráfico 22

Del total de los pacientes con cánceres en tratamiento (396), el cáncer genital de cualquier origen representó el 4,2%(17) y el cáncer de mama el 37,37%(148). (ref.13)

Los casos nuevos detectados por el programa, en el caso de cáncer de mama fueron 76, que representó el 51, 35% de los totales en tratamiento(148) , en tanto que en el caso de el cáncer de cuello de útero los casos nuevos detectados fueron 11 del total en tratamiento(17), lo que representó el 64,70%. Esto nos señala que hubo un aumento de los casos detectados bajo programa comparado con igual periodo anterior sin programa más acentuado en el caso de cáncer de cuello de útero. (Ref.13) Gráfico 27-28

De las 148 afiliadas en tratamiento quimioterápico por cáncer de mama en dicho periodo, el 60,14% tenía entre 40 y 60 años de edad, de las cuales la mayor frecuencia estaba entre 51 y 55 años de edad, en un 34,83%. Menos de 40 años el 4,73% y entre 70 y 85 años el 13, 51 %.(ref. 13)

De todos los cánceres genitales en tratamiento (17), el 64,70%(11) correspondió a ca de cuello de útero, el 29,1%(5) a ca de ovario y el 5,89 %(1) a ca de útero sin especificar.

De las 11 pacientes detectadas con cáncer de cuello de útero, el 50% se encontraba entre los 70 y 71 años, el 25% en los 47 años y el 25% en los 59 años. (ref.13)

La tasa de incidencia de cáncer de mama enfermedad determinada en afiliadas significo el 1,125% o sea 11,25 por 1.000 mujeres y de cáncer de cuello de útero enfermedad 0,17% o sea 1,70 por 1.000 mujeres. (ref. 13)Gráfico 50

Pudimos establecer también la tasa de prevalencia de período para la enfermedad, que para cáncer de mama fue de 1,93% o sea 19 de cada 1000 afiliadas al IPS podrán padecer esta patología, y para cáncer de útero del 0,16% o sea que casi 2 pacientes por cada 1000 mujeres afiliadas al IPS podrán padecer esta enfermedad. (ref.13)Gráfico51

Por lo tanto hay un correlato inverso siempre mayor entre las causas de muerte por cáncer de cuello de útero y luego de mama en mujeres en general en la provincia de Misiones con las afiliadas del Instituto Previsión Social, que establecen al cáncer de mama como la primera causa de muerte y al cáncer de cuello de útero como la segunda causa de muerte, hallando incluso una mayor incidencia y prevalencia de la enfermedad en cáncer de mama con respecto al cáncer de cuello de útero, que no se pudo comparar con estadísticas provinciales ni nacionales al respecto.

Logramos también determinar en el caso de cáncer de cuello de útero, que se ganaron 5,52 años de vida libre de enfermedad por cada 100 casos de exámenes realizados efectivamente en el programa.

Y por cada 100 estudios realizados de tamizaje (PAP y Colposcopia) se produjo un costo diferencial en menor inversión de \$ 94 (U\$D 31,22).

En el caso de los estudios de tamizaje de cáncer de mama se ganaron 8 años de vida libre de enfermedad por cada 100 casos de exámenes realizados efectivamente en el programa.

Y por cada 100 estudios (mamografías) realizados se produjo un costo diferencial en menor inversión de 236\$ (U\$D 78,40). (ref.13)

Comparado por ejemplo estos hallazgos con un estudio del Banco Mundial realizado al año 1993, que demostró que realizar dichas pruebas de detección precoz de cáncer de cervix y de mama, cada 5 años con un seguimiento estándar para los costos tamizados , donde los mismos representaban un costo aproximado de 100 U\$D por año de vida ajustado por edad. El programa MUJER SANA invirtió 319,51U\$D. Por cada año de vida libre de enfermedad ajustado por edad en cáncer de mama, y 108,39U\$D por cada año de vida libre de enfermedad por cáncer de cuello de útero, un total de 427,90U\$D en los estudios de tamizaje, o sea cuatro veces mas que el estudio de referencia.

Si ahora bien lo comparamos con los estudios de Mandelblatt y Fahs (1998) donde en Estados Unidos debido a la detección precoz de cáncer cervicouteriuno se salvan 3,7 años de vida por 100 exámenes, lo que represento un costo de 2.874 U\$D por año de vida salvado, la aplicación de este programa provincial aumenta a 5,52 años de vida salvados por 100 exámenes, a un costo (326,26\$) 108,39 U\$D por cada año de vida salvado, incluyendo papanicolau y colposcopia, o sea un costo 26 veces menor.

En cuanto al impacto económico también evaluamos costo-efectividad del programa y determinamos como primera variable que cada 10.000\$ (U\$D 3.222,25) invertidos en el programa se detectaron 1,46 casos de cáncer de mama enfermedad y 0,53 casos de cáncer de cuello útero enfermedad.

Como segunda variable que con los 519.729,79\$ (USD 172.667,70) invertidos en mamografías en doce meses, se detectaron 76 nuevos casos de cáncer de mama lo que significa 1 cada 6.838,54\$ (USD 2.271,94) por paciente diagnosticada

Como también podemos decir que con 206.964\$ (USD 68.758,80) invertidos en papanicolau y colposcopia se diagnosticaron 11 casos nuevos de cáncer de cuello de útero, 1 cada 18.814,90\$ (USD 6250,79) invertidos.

Y como tercera variable de costo-efectividad para la detección precoz de cáncer de mama por mamografía estandarizada, demostramos que hubo un aumento al 51,35% y de cáncer de cuello de útero hubo un aumento al 64,70%, de casos nuevos detectados a través del programa sobre los casos totales de pacientes con dicho diagnostico en tratamiento en el periodo estudiado. (ref. 13)

Realizamos por último la comparación entre costos de diagnóstico precoz de los casos nuevos detectados y los costos de tratamiento en estadios avanzados de la enfermedad (E III), de lo cual resulto que con el diagnóstico precoz para cáncer de mama se logro un costo de 160 veces menor, que si se hubieran diagnosticado tardíamente comparándolos con los costos de tratamiento en estadios avanzados de la enfermedad.

Y en el caso de cáncer de cuello de útero, con el diagnóstico precoz se logró un costo 370 veces menor, que si se hubieran diagnosticado tardíamente comparándolos con un tratamiento en estadios avanzados de la enfermedad. Gráfico 57

La ventaja de costos del programa o costo diferencial queda demostrado por la diferencia de costos entre sin programa y con programa “Mujer Sana” en un valor absoluto de **451.605,28 \$ (USD 150.034,97)** anuales, exclusivamente demostrado en los estudios de tamizaje, en dos componentes (COSTO DIFERENCIAL DECRECIENTE). El primero inmediato y de mucha incidencia de un **79,95 %** del bolsillo de la afiliada con la caída de la barrera de acceso del coseguro. El segundo componente el institucional, con resultados inmediatos con una disminución de los costos prestacionales de menor significado del **21,05%**, pero también de largo plazo por costos futuros disminuidos en tratamientos. (ref. 47-50) Grafico 47-48

Lo que podría demostrar la hipótesis que en el sector privado el mayor costo lo asumen los usuarios aunque esta sea una institución del Estado.

Pero en definitiva en cuanto a la evaluación de costos totales la decisión de llevar adelante este programa fue correcta, porque en la lógica proyección futura ante el diagnóstico precoz de cáncer de mama o cuello de útero, disminuirán los costos futuros en cuanto a los tratamientos de los mismos en estadios avanzados, ya que los mismos pudieron ser utilizados en otras prioridades institucionales.

Además realizando el calculo futuro de mantenerse estable la economía de mercado (con una inflación promedio del 10% anual), el valor de la prestación integral unitaria “Chequera Mujer Sana” en 146,30\$(USD 48,60), un 10,8% menos del costo inicial estimado.

Todos los cálculo de dolarización para realizar comparaciones se realizaron a valor de 1\$ = 3.01 USD

Como conclusión final, esta tesis a sido útil para lograr el objetivo planteado en cuanto a la medición del impacto económico y social, que estableció un diagnostico de

situación en un sector de la población del Instituto de Previsión Social, en patologías de alta mortalidad y de carácter creciente como el cáncer de mama y el de útero hasta ahora ausente.

Que fortalecerá la decisión política en la necesidad de la continuidad del programa “MUJER SANA”, que sin lugar a dudas debe ampliarse en el caso de cáncer de mama a los grupos etáreos de menores de 40 años(17,64%) y mayores de 60 años (41,70%), por la frecuencia de mortalidad determinada en dichas franjas etáreas. A pesar de que al momento de la finalización de la investigación (corte) se comenzó a ampliar las prestaciones del programa a mujeres mayores de 60 años y más, surge también de esta la razón ampliarlo a menores de 40 años también.

El porqué de esta mortalidad podría deberse en primer lugar a una actitud sociocultural de postergación en los exámenes periódicos a consecuencia de miedos, escaso conocimiento o ausencia de información real, campañas de prevención no permanentes por parte de los organismos oficiales, pero también podría deberse a la escasez de profesionales especializados del medio (Oncólogos, Anatómopatólogos, Especialistas en Diagnostico por Imágenes), el no uso de protocolos estandarizados y la falta de tecnología apropiada accesible para el diagnóstico precoz (mamógrafos) que brinde prestaciones permanentes en toda la provincia. Al momento elaborar estas conclusiones existen 17 mamógrafos entre prestadores públicos y privados en la provincia(Posadas(7),Iguazú(1),L.N.Alem(3),PuertoRico(2),Eldorado(2),Oberá(1),Mamógrafo móvil salud Publica (1)), sin garantizar la cobertura de accesibilidad sobre todo en la zona noreste de la Provincia. Por lo tanto la proporción sería de 1 mamógrafo cada 4.705 mujeres de entre 40 y 60 años de la provincia de Misiones, con un nivel de especialización en los profesionales muy heterogéneo que pone un signo de interrogación sobre la calidad del diagnóstico, una hipótesis que debería probarse atento a la alta mortalidad probada.

Por lo tanto es imprescindible una socialización en forma masiva de los hallazgos determinados, de la alta mortalidad, sobre todo en prevención de cáncer de mama o en su defecto en el diagnóstico mas precoz posible en afiliadas del Instituto de Previsión Social, de manera tal que las mismas tomen una actitud mas activa en beneficio de su propia salud.

Como así también una articulación mucho mas acendrada y comprometida con los prestadores de los diferentes servicios, que refuercen especialización, definición de protocolos estandarizados y distribución de tecnología.

Ha quedado demostrado también que la asignación inicial de los recursos ha sido políticamente correcta, en primer lugar para la salud de las afiliadas por la posibilidad de años de vida libre de enfermedad (beneficio-ganancia en salud) y en segundo lugar porque las mismas han sido eficientes (menor costo máximo beneficio), porque se han detectado mayor numero de casos nuevos a través del programa y a un costo diferencial decreciente, menor de inversión, comparándolos con igual periodo anterior. Se hace imprescindible que para la validación de esta realidad transcurran como mínimo 5 años de implemtacion del programa, para que realmente se defina los años de vida salvados, sobre todo en cáncer de mama precozmente detectado en este

periodo investigado del programa, año 0, ya que ha ese término es donde parecen las recidivas. Como así también validar definitivamente la efectividad y la eficiencia

Es importante destacar que el presente programa se ha institucionalizado por Ley Provincial. N° 4242, de la cual soy autora (Diputada Provincial periodo 2003-2007), lo que le da una sustentabilidad absoluta, no solo como derecho a una mejor salud en cuanto a estas enfermedades oncológicas, sino también por la garantía de financiamiento, ya que obligo a la inclusión financiera dentro de la ley general de presupuesto de la provincia de Misiones.

Como sugerencia final un programa de iguales características debería implementarse en forma permanente en el sistema de Salud Pública, que reflejen el diagnóstico de situación actual en estas patologías y evalúen las asignaciones presupuestarias en dicho sentido, para luego redefinir políticas sanitarias ya que la situación podría ser igual o peor.



ANEXO

DESCRIPCION DE LA PATOLOGÍA.

Cada día, cobran más interés y envergadura todas las cuestiones referidas al diagnóstico de las enfermedades malignas silenciosas, dado su altísimo porcentaje de curación frente a un diagnóstico precoz. Esto se logra con programas sistematizados bien elaborados, en los cuales la tasa de detección es muy alta. Los cánceres del aparato genital y mama son los más frecuentes en las mujeres. Una de cada 14 niñas presentará cáncer en algún órgano, en algún momento de su vida, El ginecológico es el más frecuente. (ref.48)

Se intenta una breve, apretada y sintéticas consideraciones sobre ambas patologías específicamente a manera d introducción ya que su conocimiento hace a la esencia de la presente maestría

CANCER DE CUELLO DE UTERO (ref.48)

El cáncer cervical o de cervix uterino es uno de los más comunes y el más frecuente en nuestra provincia. En el pasado era una de las mayores causas de muerte por cáncer, pero gracias a los nuevos conocimientos sobre la enfermedad y a los avances hechos para detectarlo en su primera etapa, es hoy uno de los más curables

El cáncer cervical, como su nombre lo indica, se sitúa en el cerviz uterino, porción inferior y estrecha del útero que desemboca en la vagina, es este lugar donde las células se malignizan.

Empieza creciendo lentamente, los tejidos pasan por un proceso (displasia) en el cual empiezan a aparecer células anormales, lo cual se diagnosticara por una citología con tinción de Papanicolaou donde encontrara células pre-malignas, posteriormente las células cancerosas empiezan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en le cuello uterino y tejidos circundantes.

CAUSAS:

Se desconoce sin embargo hay factores que incrementan el riesgo:

- * Tener una vida sexual activa (antes de los 18 años)
- * Tener múltiples compañeros sexuales.
- * Haber tenido verrugas genitales.
- * Fumar por mucho tiempo.
- * Tener displasia cervical
- * Uso de anticonceptivos orales.
- * Haber tenido herpes genital

ESTADIOS O ETAPAS DEL CANCER CERVICOUTERINO:

ESTADIO 0 o CARCINOMA IN SITU.-es un cáncer muy temprano, las células anormales solo se encuentran en la primera capa de las células que recubren el cuello uterino.

ESTADIO I.- El cáncer solo afecta el cuello uterino, no se ha diseminado.

I-a: una cantidad muy pequeña de cáncer, se encuentra en el tejido mas profundo del cuello uterino.

I-b: una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.

ESTADIO II.- El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aun se encuentra en el área pélvica.

II-a: el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

II-b: el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

ESTADIO III.-El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica, parte inferior de la vagina o infiltrar los uréteres.

ESTADIO VI.-El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

IV-a: Diseminación a la vejiga o al recto.

IV-b: Diseminación a órganos dístales como los pulmones.

TRATAMIENTO:

TRES CLASES: CIRUGÍA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA.

CIRUGÍA:

CRIOCIRUGÍA.- Consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.

CIRUGÍA CON RAYO LASER: Consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.

CONIZACION.-Extracción de un pedazo de tejido en forma de cono, se emplea para biopsia.

HISTERECTOMÍA.-Se extrae todo el útero, incluyendo cuello uterino.

TRATAMIENTO POR ESTADIO:

ESTADIO 0.- Conizacion, rayo láser, LEEP, criocirugía, histerectomía.

ESTADIO I:

I -a: Histerectomía abdominal total, conizacion, histerectomía radical con o sin disección de ganglios linfáticos, radioterapia.

I-b: Radioterapia, histerectomía radical con o sin radioterapia.

ESTADIO II.-El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor.

II-a: Radioterapia, histerectomía abdominal total con o sin sapingooforectomia.

II-b: Radioterapia, ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia –quimioterapia.

ESTADIO III.-El tratamiento podría consistir en:

III -a: Radioterapia.

III-b: Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia- quimioterapia.

ESTADIO IV.- El tratamiento podría consistir en:

IV- a: Radioterapia, ensayos clínicos nuevos de radioterapia- quimioterapia.

IV- b: Radioterapia y quimioterapia.

RECIDIVAS.- EL TRATAMIENTO PODRIA CONSISTIR:

- 1.- Cirugía para extraer el colon inferior, recto, o vejiga.
- 2.-Radioterapia y quimioterapia.

PRUEBAS PARA DIAGNOSTICARLO:

CITOLOGIA.-Con tinción de Papanicolaou se lleva a cabo usando un cepillo o una espátula de madera pequeña par recoger células.

BIOPSIA.-Se realizara al encontrar células anormales, donde se extrae una pequeña muestra de tejido del cuello uterino y lo observara a través del microscopio para determinar la presencia de células cancerosas.

CONSIDERACIONES

Asegúrase de que el Papanicolaou es parte de su control regular de salud. Aunque los especialistas en el tratamiento del cáncer recomiendan este estudio para la mayoría de las mujeres cada tres años (después de haber tenido dos resultados normales anuales consecutivos), consultar al médico para hacerlo con mayor frecuencia si tiene antecedentes que incrementen su riesgo a desarrollar cáncer cervical:

- * Tener una vida sexual activa precoz (antes de los 18 años).
- * Haber tenido verrugas genitales.
- * Fumar durante mucho tiempo.
- * Tener displasia cervical (anomalías en el tamaño, forma y número de células cervicales).
- * El uso de anticonceptivos orales.
- * Haber tenido herpes genital.
- * Tener múltiples compañeros sexuales.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los principales síntomas son:

- * Hemorragia anormal

* Aumento de flujo vaginal

* Dolor en el pubis

* Dolor durante el coito.

LLAMANDO AL MÉDICO

Un cáncer cervical incipiente rara vez causa síntomas, de modo que la prueba de Papanicolaou es esencial. Sin embargo, cualquier hemorragia o flujo anormal de la vagina necesita inmediata investigación médica. Si bien, estos síntomas puedan deberse a otros problemas, también podrían indicar cáncer cervical. El resultado anormal de una prueba de Papanicolaou, examen en el cual se extrae una muestra de células del cérvix (Ilustración 2, [grupo 16](#) ficha 16), que luego se evalúa en un laboratorio, es el diagnóstico inicial. Los resultados de la prueba se dan en 5 "clases" que van desde clase 1 (normal) a clase 5 (cáncer invasivo presente). Las clases 2 a la 5 requieren análisis posteriores que incluyen biopsia (toma de un pequeño trocito de tejido para estudiarlo), para determinar la naturaleza y extensión de las anomalías y para diagnosticar el cáncer.

El Papanicolaou hace que el médico recomiende otras pruebas para poder establecer más claramente el diagnóstico:

Colposcopia: Técnica para estudiar el cérvix o cuello del útero mediante la visión) para examinar las células cervicales más detalladamente con aparatos de aumento especiales.

Conización, una forma más extensiva de biopsia en la cual se extrae una cuña del cérvix.

Biopsia para extraer una muestra que será estudiada con microscopio.

Legrado uterino para tomar muestras del canal cervical y del útero y así hacer exámenes al microscopio.

Durante el examen pélvico puede usarse un dispositivo especial llamado colposcopio. Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta qué punto la enfermedad se ha extendido. Éstos pueden incluir:

* Análisis de sangre y orina.

* Radiografías y exámenes por ultrasonido de las áreas pélvica y abdominal.

TRATAMIENTO

El tratamiento depende del diagnóstico. Según la extensión del cáncer, el tratamiento puede consistir en una o más terapias:

* Cirugía, que va desde la extirpación del tejido anormal, solamente, hasta el cérvix completo, así como, también, del útero entero y de otros tejidos adyacentes.

- * Terapia de radiación para matar las células cancerosas que hayan quedado después de haberse operado.
- * Quimioterapia para destruir las células cancerígenas que haya en el cuerpo

Un cáncer incipiente y no invasivo (carcinoma in situ) puede ser tratado con una operación mínima, mientras que un cáncer invasivo suele requerir una histerectomía (extirpación de cérvix y útero y posiblemente de otros órganos de la pelvis. El tratamiento de la displasia y los cánceres incipientes tienen un alto índice de éxito. El índice de supervivencia a los 5 años para mujeres con carcinoma in situ es prácticamente del 100 por ciento. Sin embargo, si la enfermedad ya es invasiva, la eficacia del tratamiento declina. Los 5 años de supervivencia para todos los pacientes de cáncer cervical es del 66 por ciento. Incluso después de un tratamiento con éxito, la mujer deberá consultar al doctor regularmente.

CUIDADOS

No hay mejor remedio que la prevención. Cómo prevenirse contra el cáncer cervical:

- * Evitar múltiples compañeros sexuales.
- * No fume.
- * Si tiene una historia de verrugas genitales, hágase un Papanicolaou cada 6 meses
- * Si tiene más de un compañero sexual, insista en que usen condones para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

CÁNCER DE MAMA

Tumor maligno que aparece en cualquier parte de la glándula mamaria. Es el segundo cáncer más frecuente después del de cuello de la matriz o cáncer cervical.

DESCRIPCIÓN

Si el cáncer se detecta antes de que se haya extendido a los ganglios o a otras partes del cuerpo, la posibilidad de curarlo es del 90%, entendiendo curación como estar viva y sin tumor a cinco años del tratamiento.

El crecimiento y extensión del cáncer de mama depende del tipo de células malignas que lo compongan. También hay una gran variación en la tendencia a ramificarse que tiene este tumor.

Es un cáncer que se extiende a través del sistema linfático (sistema vascular accesorio al sanguíneo), por lo que siempre deben revisarse y en ocasiones extraerse los ganglios de la axila y del cuello para comprobar si el cáncer no se ha extendido.

El cáncer de mama se clasifica por "etapas", de acuerdo al tamaño del tumor y la extensión a los ganglios linfáticos y otras partes del cuerpo. En la etapa uno, el cáncer es pequeño, limitado a la mama y sin extensión a los ganglios y otros órganos. En esta etapa se cura hasta el 95% de los casos.

Las probabilidades de curación no son tan altas en etapas más avanzadas; aun así, con los tratamientos actuales, existen mayores posibilidades de supervivencia.

Sí, esta enfermedad es fatal si no se trata a tiempo. Es extremadamente importante que se realice un diagnóstico temprano.

CONSIDERACIONES:

Factores de riesgo

Antecedentes maternos. Antecedentes de displasia graves. Tumor en la mama opuesta. Mujer de más de 50 años sin hijos. Hemorragias genitales. Bultos, durezas, etc. Obesidad. Diabetes. Hipertensión arterial. Secreción por pezón, cambios de color.

Cómo prevenirse contra el cáncer de mama:

- * El cáncer de mama no puede prevenirse, pero es curable si se detecta a tiempo.
- * Realizarse por primera vez una mamografía entre los 35 y 39 años para tener una referencia de cual es el estado de las glándulas mamarias.
- * Realizarse una mamografía cada dos años entre los 40 y 50 años.
- * Realizarse una mamografía todos los años después de los 50 años.

CAUSAS

Se desconoce la causa precisa. En algunos casos hay influencia de diferentes factores:

- * Mujeres que no tuvieron hijos o quienes tuvieron el primero después de los 30 años.
- * Factores hormonales.
- * Familiares que tuvieron cáncer (madre, hermanas o primas). Si alguna de ellas tuvo este cáncer, usted tiene un mayor riesgo de padecerlo.
- * A pesar de lo que mucha gente piensa, el cáncer de mama no tiene relación con amamantar, golpes, moretones o la actividad sexual.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los principales signos y síntomas son:

- * Bulto en la mama
- * Sangrado o flujo en el pezón
- * Cambio en la forma o contorno de la mama.
- * Hundimiento o aplastamiento de la piel.
- * Retracción o descamación del pezón.
- * La mama se ve enrojecida e inflamada

LLAMANDO AL MÉDICO

Más del 90% de los bultos mamarios son detectados por la propia paciente. Toda mujer debe practicarse un auto examen de mama una vez al mes, idealmente una semana después de menstruar o, en mujeres menopausias, el mismo día de cada mes.

A pesar de múltiples campañas, es común encontrar mujeres que no se auto examinan regularmente, o que lo hacen de manera inadecuada. No dude en preguntar a su médico sobre la forma correcta de hacerlo.

Todo bulto sospechoso debe ser examinado por el médico lo más pronto posible. Muchas mujeres retrasan innecesariamente la visita al doctor al detectarse un bulto en la mama, por el miedo al cáncer, auto negación o la esperanza de que el problema desaparezca solo.

Es importante recalcar que tres cuartas partes de los bultos mamarios son de origen benigno. Y, de ser maligno, entre más pronto se detecte y se trate mayor será la posibilidad de curación total de este cáncer.

Además de acudir al médico tan pronto se detecten datos indicativos de cáncer de mama, toda mujer debe someterse a un examen mamario médico una vez al año, e incluso más frecuentemente en caso de que se haya tenido un tumor o de que haya habido cáncer de mama en la familia cercana.

La Sociedad Americana contra el Cáncer recomienda que toda mujer entre 40 y 50 años se haga una mamografía cada dos años, y que aumente la frecuencia cada año si es mayor de 50 años.

TRATAMIENTO

El médico hará una revisión completa de las mamas y le preguntará sobre su historia clínica y otros antecedentes familiares, Probablemente pida una mamografía, sobre todo ante cualquier hallazgo sospechoso.

El diagnóstico se confirma mediante una biopsia; ésta puede hacerse directamente en el consultorio, donde se extraerá con una aguja una muestra de líquido-tejido de la parte afectada.

Para biopsias más grandes se requiere cirugía y por lo general se llevan a cabo en una clínica o un hospital.

Una vez confirmado el diagnóstico se procederá a la extirpación de la masa tumoral que podrá conllevar a la eliminación completa de la mama. Tanto en su extirpación completa como parcial, los cirujanos plásticos y reconstructores podrán intentar la reconstrucción de dicha mama.

CUIDADOS

* Toda mujer debe practicarse un auto examen mamario una vez al mes, idealmente una semana después de menstruar o, en mujeres menopáusicas, el mismo día de cada mes.

* Todo bulto sospechoso debe ser examinado por el médico lo más pronto posible.

* Toda mujer debe someterse a un examen mamario médico una vez al año, e incluso más frecuentemente en caso de que se haya tenido un tumor o de que haya habido cáncer de mama en la familia cercana. La Sociedad Americana contra el Cáncer recomienda que toda mujer entre 40 y 50 años se haga una mamografía cada dos años, y que aumente la frecuencia cada año si es mayor de 50 años.

ESQUEMAS TERAPÉUTICOS-PROTOCOLOS CANCER DE MAMA

Quimioprevención

Terapia adyuvante

Enfermedad lo correccionalmente avanzada

Enfermedad metastasica

QUIMIOPREVENCIÓN

Tamoxifeno 20 mg diarios por 5 años y reevaluar

Indicación: en pacientes con riesgo elevado de desarrollar cáncer de mama

Típicamente, las situaciones asociadas con riesgo aumentado (riesgo relativo 1.7 o mayor) incluyen:

- ◆ madre con cáncer de mama diagnosticado antes de los 60 años
- ◆ dos parientes de primer grado (madre, hermana) afectadas
- ◆ mujer nulípara
- ◆ hiperplasia atípica en una biopsia mamaria
- ◆ uso de terapia de reemplazo hormonal luego de los 60 años de edad.

La combinación de factores incrementa marcadamente el riesgo.

Comentarios:

Se recomienda presentar a la paciente un análisis detallado de los beneficios y riesgos involucrados, así como las opciones.

En caso de seleccionar la opción farmacológica (quimioprevención) se indicará tamoxifeno.

El tamoxifeno es un agente hormonal aprobado por FDA para esta indicación (1). La mencionada aprobación se fundamentó en los resultados del ensayo clínico P-1 del grupo cooperativo NSABP (Proyecto Nacional Adyuvante Quirúrgico de Mama y Colon), en el

Que se obtuvo una reducción de 49% en la incidencia de cáncer de mama, sobre más de 13.000 mujeres en alto riesgo de desarrollar esta enfermedad (2).

Contraindicación de quimioprevención con tamoxifeno:

- ◆ Pacientes en riesgo elevado de evento tromboembólico o
- ◆ antecedentes personales de este tipo de eventos.
- ◆ Se recomienda la interrupción temporaria de tamoxifeno durante períodos de inmovilización o en el período peri operatoria.

Terapia Adyuvante Sistémica (post-operatoria)

Se han publicado documentos de consenso sobre el tratamiento adyuvante del cáncer de mama: el primero, en noviembre de 2000, convocado por los Institutos Nacionales de la Salud de los EEUU (NIH), y el segundo, en febrero de 2001 - Reunión Anual Europea de Tratamiento Adyuvante del Cáncer de Mama, St. Gallen, Suiza.

Crterios de selección de terapia adyuvante

Para pacientes con ganglios “negativos”

Riesgo mínimo (Tumor < 1 cm., RE positivo, Grado 1, edad ≥ 35 años – todos los factores presente): Sin terapia adyuvante sistémica

Riesgo intermedio (Tumor 1-2 cm., RE positivo, Grado 1-2, cualquier edad – todos los factores presentes):

Tamoxifeno ± quimioterapia

Alto riesgo: (al menos uno de los siguientes factores presentes: Tumor > 2 cm., RE negativo, Grado 3, edad < 35 años):

Premenopáusica, RE positivo: Quimioterapia ± tamoxifeno

Quimioterapia puede ser reemplazada por ablación ovárica*

Posmenopáusica, RE positivo Tamoxifeno ± quimioterapia

Pre/Posmenopáusica, RE negativo

Quimioterapia Pacientes mayores de 70 años - Como indicados para el correspondiente subgrupo de pacientes -postmenopáusicas- si no hay comorbilidad seria

Selección de terapia adyuvante – pacientes con ganglios positivos

1 a 3 ganglios positivos Como en “alto riesgo – ganglios negativos”

4 o más ganglios positivos Quimioterapia

Pacientes mayores de 70 años Como “alto riesgo – ganglios negativos – posmenopáusica”

Valorar presencia de comorbilidad

Hormonoterapia adyuvante de elección - estadios precoces y carcinoma in situ:

Tamoxifeno 20 mg diarios x 5 años

Indicaciones de tamoxifeno:

Pacientes cuyos tumores (invasores o *in situ*) presenten receptores estrogénicos (o progestínicos) positivos (por inmunomarcación) o desconocidos
Que reciban quimioterapia o no
Pre o posmenopáusicas

Contraindicaciones del tamoxifeno:

En pacientes cuyos tumores no expresan receptores estrogénicos ni progestínicos por Inmunomarcación (“receptores negativos”)
En pacientes con antecedentes de eventos tromboembólicos
Hiperplasia atípica endometrial (mayor riesgo de carcinoma de endometrio)

Alternativas en hormonoterapia adyuvante

En posmenopáusicas:

Esquema: Anastrozol 1 mg diario por hasta 5 años

Indicaciones:

Pacientes con tumores RE positivos que presenten una **contraindicación formal** (eventos tromboembólicos documentados) para el uso de tamoxifeno.

La Asociación Americana de Oncología Clínica recomendó que por el momento **no** se considerara al anastrozol como una opción estándar para pacientes elegibles para terapia adyuvante con tamoxifeno (6).

Sin embargo, las pacientes con tumores cuyos receptores hormonales son positivos, y que presentan contraindicaciones formales para el uso de tamoxifeno podrían beneficiarse con anastrozol.

En premenopáusicas:

Ablación ovárica / Supresión farmacológica con análogo LH-RH

Esquema: Goserelina 3.6 mg mensuales subcutáneo, **por hasta 3 años.**

Asociado con Tamoxifeno, 20 mg diarios - por 5 años.

Indicaciones:

Pacientes premenopáusicas con Tumor RE positivo y:

A- Axila negativa y T2

B- Axila positiva hasta 3 ganglios comprometidos

A iniciar dentro de los 45 días post-cirugía.

Nota: se requiere consentimiento informado notificándole a la paciente los riesgos de depresión de la libido, osteoporosis e infertilidad.

Aprobación regulatoria para esta indicación (terapia adyuvante, en premenopáusicas, con tumores RE positivos): diversos países europeos; entre ellos, Gran Bretaña.

No aprobada por la FDA para esta indicación.

No se han aprobado otros análogos de LH-RH para esta indicación.

Sin ensayos comparativos versus quimioterapia adyuvante con antraciclinas – sólo versus CMF. En otras palabras, en pacientes en que la indicación fuese quimioterapia con antraciclinas (como sucede en las recomendaciones europeas - ESMO -), no corresponde plantear la alternativa de goserelina/tamoxifeno, ya que no se ha establecido la efectividad de esta manipulación hormonal como alternativa a quimioterapia adyuvante con antraciclinas.

Quimioterapia adyuvante

Tabla 1.

Esquemas de quimioterapia adyuvante (Ref. 10)

Esquemas

CMF

Se considera un esquema CMF apropiado para la terapia adyuvante:

CMF original - que incluye ciclofosfamida oral por 14 días (11), y que ha demostrado Resultados favorables a lo largo de más de 20 años de seguimiento.

Por seis (6) ciclos.

Ciclofosfamida	100 mg/m ² diarios, oral, días 1-14
Metotrexato	40 mg/m ² i.v., días 1 y 8
Fluorouracilo	600 mg/m ² i.v., días 1 y 8

CMF cada 28 días - intravenoso (IV). días 1 y 8, x 6 ciclos (12)

Ciclofosfamida	600 mg/m ² i.v., día 1
Metotrexato	40 mg/m ² i.v., días 1 y 8
Fluorouracilo	600 mg/m ² iv., días 1 y 8

Esquema considerado como una opción aceptable al CMF clásico, con todas las drogas administradas por vía intravenosa, particularmente útil si desea evitar un potencial problema de cumplimiento de la terapia oral con ciclofosfamida (dificultad reconocida del esquema CMF clásico).

CMF intravenoso, única vez cada 21 días, por 6 ciclos (13), entrega solamente las dosis del día 1 en el esquema citado arriba.

Actualmente diversos expertos plantean que este esquema podría no ser tan eficaz como el original.

Se recomienda el uso de CMF en forma preferente, en vez de esquemas con antraciclinas en pacientes de más de 65 años de edad, ya que suelen presentarse

factores de riesgo cardiovascular y co-morbilidades significativas en este subgrupo de pacientes.

AC x 4 ciclos (17)

Adriamicina	60 mg/m ²	IV día 1, cada 21 días
Ciclofosfamida	600 mg/m ²	

FAC x 4-6 ciclos

Fluorouracilo	500-600 mg/m ²	IV días 1 y 8, cada 21-28 días
Adriamicina	50-60 mg/m ²	día 1
Ciclofosfamida	500-600 mg/m ²	día 1

Secuencial: Adriamicina – CMF (18)

Adriamicina	75 mg/m ² iv	IV día 1, cada 21 días, x ciclos 1-4
Seguido de:		
Ciclofosfamida	600 mg/m ² iv	IV día 1, cada 21 días, x ciclos 5-10
Metotrexato	40 mg/m ² iv	
Fluorouracilo	600 mg/m ² iv	

FEC x 6 ciclos (equiefectivo FAC x 6 ciclos)

Las Recomendaciones Clínicas Mínimas de la ESMO aconsejan que la dosis de E (epirrubicina) no sea inferior a 90 mg/m² en el esquema FEC adyuvante. (19; ver Apéndice 1). Tres ciclos de FEC generan resultados inferiores a los obtenidos con 6 ciclos de FEC (19 bis).

La epirrubicina es de 3.7 a 4.5 veces más costosa que la doxorubicina (\$1.276 vs. \$281-\$346; para SC: 1.7 m² y promedio de valores Manual de precios noviembre 02)

Momento de inicio, y duración óptima de la quimioterapia adyuvante:

Se considera que 4 semanas es el tiempo máximo de retraso para administrar quimioterapia post-operatoria.

Quimio y hormonoterapia combinadas

Hay clara evidencia científica que las mujeres jóvenes tratadas con el esquema CMF de terapia adyuvante presentan más alto riesgo de recaída que las pacientes post-menopáusicas (20). Estas pacientes deberían considerar hormonoterapia con tamoxifeno si sus tumores expresan receptores estrogénicos.

Los datos disponibles demuestran que la quimioterapia y el tamoxifeno son aditivos en el impacto sobre la sobrevida, cuando se los emplea en el tratamiento adyuvante del cáncer de mama. Por lo tanto, la mayoría de los pacientes con tumores receptor-positivos que reciben quimioterapia deberían recibir tamoxifeno.

En base a un ensayo controlado reciente se recomienda el uso secuencial de quimioterapia tamoxifeno, es decir iniciar el tamoxifeno una vez completada la quimioterapia adyuvante

Indicaciones quimioterapia adyuvante

Mujeres con cánceres de mama > 1 cm. de diámetro, independientemente del compromiso ganglionar.

La decisión de tratar mujeres por encima de la edad de 70 años con quimioterapia adyuvante deberá tomarse considerando la toxicidad asociada con los regímenes citotóxicos en esta población., las condiciones médicas (co-morbilidad) y la mortalidad por causas no-neoplásicas.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD AVANZADA LOCAL REGIONAL QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN ESTADIO III

- FAC

Nota: a diferencia de la situación planteada para quimioterapia adyuvante, hay extensa experiencia con niveles de dosis de FAC de 500/50/500 mg/m², respectivamente.

- AC como en terapia adyuvante.

- FEC los resultados son equiefectivos a los obtenidos con FAC.

La epirrubicina es de 3.7 a 4.5 veces más costosa que la doxorubicina (\$1.276 vs. \$281-\$346; para SC: 1.7 m² y promedio de valores sugeridos al público en manuales de precios noviembre 02)

Duración de quimioterapia neoadyuvante con esquema FAC o AC:

Por hasta 6 ciclos y reevaluar. Evaluación mandatoria de respuesta a los 2 o 3 ciclos.

Precaución: Puede resultar inconveniente o contraindicado administrar estos esquemas a pacientes previamente tratadas con antraciclinas. Si se decide iniciar esta terapia, monitorear la función cardíaca sistólica apropiadamente.

ENFERMEDAD AVANZADA O METASTASICA

Hormonoterapia:

La terapia hormonal permite un manejo con baja toxicidad y una calidad de vida muy superior a la asociada con quimioterapia. En pacientes posmenopáusicas con enfermedad

avanzada o metastásica hormono-sensible, muchos expertos recomiendan obtener el máximo beneficio posible de la hormonoterapia, difiriendo el uso de quimioterapia.

Esto es particularmente razonable en los llamados "sitios metastáticos favorables" (hueso, tejidos blandos).

Primera línea:

Terapia recomendada: Tamoxifeno 20 mg diarios

Duración de la terapia: hasta progresión o toxicidad limitante.

Alternativas:

En pacientes **post-menopáusicas** (exclusivamente), con intolerancia a tamoxifeno, o con contraindicaciones para el empleo del mismo:

Anastrozol 1 mg diario

Letrozol 2.5mg día (equiefectivo con el anastrozol)

Nota: se considera que los inhibidores de aromatasa no son efectivos para bloquear la actividad estrogénica en pacientes con función ovárica intacta. Por este motivo, se desaconseja su empleo en pacientes premenopáusicas.

Alternativas en mujeres **pre-menopáusicas con enfermedad metastásica:**

- Goserelina 3.6 mg cada 28-30 días + tamoxifeno 20 mg diarios, o bien:

- Buserelina (cada 2 meses) + tamoxifeno 20 mg diarios (22)

En pacientes con enfermedad que expresa receptores estrogénicos o progestínicos, con Patrón metastático probablemente sensible a hormonoterapia (piel, tejidos blandos, hueso, pleura).

Nota: estos esquemas no han sido comparados con quimioterapia en ensayos aleatorizados en enfermedad metastasica

Evaluación mandataria de respuesta a los 2 meses de tratamiento.

Duración del tratamiento: hasta progresión o toxicidad limitante.

Segunda Línea:

En pacientes **que experimentaron una respuesta previa con una manipulación hormonal** existen diversas opciones:

Anastrozole 1 mg diario vía oral (VO) (en pacientes posmenopáusicas inicialmente tratadas con tamoxifeno) o bien

Letrozol 2.5mg diario VO (en pacientes posmenopáusicas inicialmente tratadas con tamoxifeno).

Las siguientes opciones son aceptables en segunda línea, luego de los anteriores:

Megestrol acetato 160 mg diarios VO o bien

Medroxiprogesterona acetato 1000 mg diarios VO o bien

Aminoglutetimida 250-1000 mg diarios + hidrocortisona 10-30 mg diarios VO o bien

Tercera Línea:

En pacientes que experimentaron una respuesta previa con una manipulación hormonal existen diversas opciones:
 Megestrol acetato 160 mg diarios VO o bien
 Medroxiprogesterona acetato 1000 mg diarios VO o bien
 Aminoglutetimida 250-1000 mg diarios + hidrocortisona 10-30 mg diarios VO o bien
 Exemestano 25 mg diarios (VO) (solo para posmenopáusicas)
 Duración de la terapia hormonal de segunda o más líneas:
 Hasta progresión o toxicidad limitante.
 Evaluación mandatoria de respuesta a los 2 meses de tratamiento.

Quimioterapia en enfermedad avanzada/metastásica:

En todos los casos,
 - Ver criterios generales para indicación de quimioterapia, monitoreo de respuesta y toxicidad, criterios de duración de tratamiento, y criterios de salida del tratamiento.
 - Ver suplemento sobre antiemesis
 - Ver comentario sobre tratamiento de metástasis óseas

Opciones:

- CMF

Clásico: ciclofosfamida oral x 14 días, cada 21-28 días.

Intravenoso, todo en 1 día, cada 21 días

Ciclofosfamida 600 mg/m²

Metotrexato 40 mg/m²

Fluorouracilo 600 mg/m²

Por hasta 6 ciclos y reevaluar. Evaluación mandatoria de respuesta a los 2 o 3 ciclos.

- AC

Cada 21-28 días

Adriamicina 60 mg/m² IV día 1, cada 21-28 días

Ciclofosfamida 600 mg/m² IV día 1, cada 21-28 días

Por hasta 6 ciclos y reevaluar. Evaluación mandatoria de respuesta a los 2 o 3 ciclos.

- FAC

Clásico: fluorouracilo días 1 y 8 - cada 28 días

Única dosis de FAC. Cada 21-28 días

Fluorouracilo 500-600 mg/m²

Adriamicina 50-60 mg/m²

Ciclofosfamida 500-600 mg/m²

Por hasta 6 ciclos y reevaluar. Evaluación mandatoria de respuesta a los 2 ciclos.

- **FEC** (equiefectivo con FAC)

La epirrubicina es de 3.7 a 4.5 veces más costosa que la doxorubicina (\$1.276 vs. \$281-\$346; para SC: 1.7 m2 y promedio de valores sugeridos al público en manuales de precios noviembre 02)

- Docetaxel 60-100 mg/m2 cada 21 días.

Pacientes en buen estado general.

En pacientes tratadas con antraciclina durante la terapia adyuvante.

No recomendado en pacientes arias (considerar el estado clínico de la paciente)

Evaluación mandatoria de respuesta a los 2 o 3 ciclos.

Duración de tratamiento: habitualmente hasta 6 ciclos o toxicidad limitante.

(Toxicidad limitante: neutropenia dosis-dependiente. Edemas - toxicidad acumulativa)

Nota: en pacientes con metástasis hepáticas: docetaxel (monodroga) presenta una elevada tasa de respuestas

Es de 3.3 a 5.3 veces más costoso que el esquema con vinorelbina (\$3077-\$4922 vs. \$934; para SC: 1.7 m2 y promedio de valores sugeridos al público en manuales de precios noviembre 02).

- Paclitaxel 135-175 mg/m2, infundido en 3 horas, cada 21 días.

En pacientes tratadas con antraciclina durante la terapia adyuvante.

Evaluación mandatoria de respuesta a los 2 o 3 ciclos.

Duración de tratamiento: típicamente 6 ciclos

Toxicidad limitante: neuropatía periférica (acumulativa)

Es de 3.9 a 5.1 veces más costoso que el esquema con vinorelbina (\$3647-\$4771 vs. \$934; para SC: 1.7 m2 y promedio de valores sugeridos al público en manuales de precios noviembre 02)

Nota: los esquemas de tratamiento semanal con docetaxel y paclitaxel aún no han reunido evidencia suficiente de actividad y seguridad en ensayos controlados, y tal esquema posológico (semanal) no ha sido aprobado para su uso estándar.

- Vinorelbina 30mg/m2 días 1 y 8 cada 21 días

Algoritmo de tratamiento sugerido (a título orientativo) para pacientes con enfermedad avanzada/metastásica:

1. Si recibió quimioterapia adyuvante con CMF:

En enfermedad avanzada/metastásica:

Primera línea - Esquema con antraciclina (ej. FAC o AC)

Segunda línea - Vinorelbina o Taxano (monodroga)

2. Si recibió quimioterapia adyuvante con antraciclina:

En enfermedad avanzada/metastásica:

Primera línea - Vinorelbina (monodroga) - bien tolerado en pacientes postmenopáusicas

Segunda línea - Taxano (monodroga)

Nota: el Docetaxel es activo en presencia de metástasis hepáticas, pero no es bien tolerado en pacientes postmenopáusicas.

Alternativa:

Primera línea: Taxano (monodroga) - probablemente, paclitaxel sea preferible en postmenopáusicas, en tanto que docetaxel es mejor tolerado en pacientes jóvenes.

Segunda línea: Vinorelbina (monodroga)

Nota: el docetaxel fue aprobado particularmente en base a ensayos clínicos aleatorizados en pacientes recaídas luego de un intervalo "breve" post-quimioterapia adyuvante con antraciclinas. Apropiado especialmente en premenopáusicas.

Atención: el docetaxel no es bien tolerado en pacientes postmenopáusicas

3. Si no recibió quimioterapia adyuvante, y/o si se presenta con enfermedad metastásica:

En postmenopáusicas:

Primera línea: CMF

Segunda línea- Opción: Vinorelbina

Opción: Paclitaxel

Nota: considerar inicialmente la opción de hormonoterapia, particularmente en sitios metastáticos "favorables".

En premenopáusicas:

a. esquema con antraciclinas (ej. AC o FAC).

b. en pacientes con metástasis hepáticas: Docetaxel (monodroga) presenta una elevada tasa de respuestas.

Nota: considerar inicialmente la opción de hormonoterapia, particularmente en sitios metastáticos "favorables".

Otras alternativas:

Vinorelbina monodroga

Paclitaxel monodroga

Terapia farmacológica de las metástasis óseas:

En pacientes pre o posmenopáusicas con metástasis óseas sintomáticas, debe considerarse el uso de pamidronato intravenoso, mensual.

Pamidronato intravenoso, 90 mg en 250 ml de fluido intravenoso, en 1-2 horas, cada 3-4 semanas (habitualmente, en conjunto con la quimioterapia) para el tratamiento de lesiones osteolíticas de cáncer de mama (23). Estudios recientes han mostrado la tolerabilidad y seguridad de la infusión intravenosa de pamidronato en una hora (24).

Esquema:

Pamidronato 90 mg (dosis total) IV en 250 ml dextrosa 5% en 1-2 horas
Cada 21-28 días Asociado con quimioterapia (inmediatamente posterior a infusión de quimioterapia).

Criterios para indicación y cobertura de pamidronato intravenoso (25):

- Osteolisis en radiografías simples, en pacientes que reciben terapia sistémica por cáncer de mama.
- Centellograma anormal, con radiología normal, pero con evidencia de destrucción ósea en tomografía computada o resonancia magnética nuclear.

Duración del tratamiento:

En principio, los ensayos clínicos sustentan el empleo de bisfosfonatos en conjunto con quimioterapia antineoplásica para enfermedad metastásica. El panel de ASCO consideró razonable continuar la terapia con pamidronato "hasta evidencia de deterioro sustancial en el estado general de funcionamiento de la paciente" (25).

Opciones posteriores:

La quimioterapia de tercera o más líneas (oral o intravenosa) sólo debe ofrecerse o utilizarse en pacientes con buen estado general e historia de respuesta a alguno de los esquemas de tratamiento previos.

Empleo de un taxano luego de falta de respuesta a otro taxano: Por el momento, en ausencia de datos de fase III, tal enfoque no puede ser convalidado.

Opciones diferentes de la quimioterapia:

En pacientes debilitadas, con mal estado general, o con enfermedad documentadamente refractaria a la terapia: tratamiento sintomático, incluyendo corticoides, a cargo del oncólogo.



“PROGRAMA MUJER SANA”



El programa “MUJER SANA” surgió una alternativa Institucional específica, dentro de la Obra social de los empleados de la administración pública provincial, el Instituto de Previsión Social Misiones (IPS) dirigida a la búsqueda activa, detección precoz e ingreso inmediato al tratamiento para cáncer de mama y de cuello de útero, dirigido a sus afiliadas.

Definiendo características de factores de riesgos, que involucró a un total de 15.000 beneficiarias de la población femenina, de la masa total de afiliados que al 2005 era de 146.569 afiliados, en el grupo etáreo comprendido entre 40 y 60 años, establecida por

resolución Nro 1359/05 y 1799/05 del Directorio de dicho Instituto y luego por Ley Provincial N° 4222/05.

Las normativas establecieron esta oferta prestacional integral y gratuita (sin pago de coseguro alguno) de papanicolau, colposcopia y mamografía (chequera única), una vez al año con turnos programados y organizados por la coordinación del programa, en todo el ámbito provincial, destinada a la población bajo programa y entregada en forma personalizada a cada beneficiaria, organizando entregas institucionales (Ej. todas las mujeres pertenecientes a la policía provincial) que incluía la correspondiente concientización-capacitación en el mismo momento del uso de la misma. Incluyendo también padrón de prestadores, algo ritmo diagnostico, y inclusión en tratamiento específico con 100% de cobertura

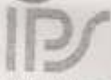
Con un costo total individual inicial por afiliada fue de 158\$, incluyendo desde la consulta con medico de cabecera, interconsulta con especialista, estudios de tamizaje (con inclusión de mamógrafo móvil destinado a las beneficiaria radicadas en municipios donde no hubiera institución prestadora), informes, sin tratamiento. Por lo que el costo estimado inicial fue de \$ 2.370.000.

A la fecha de la toma de desición el Instituto de Previsión Social contaba con una situación de equilibrio financiero mínimo, con una fuerte desición política de revertir el diseño prestacional, dirigiéndolo a la atención primaria de la salud, en acciones concretas de promoción y prevención. (ref. 47)





NORMATIVA VIGENTE PROGRAMA “MUJER SANA”


INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES

POSADAS, 13 JUL 2005

RESOLUCIÓN N°: 1359

DANTE O. MENESSINI
DIRECTOR GENERAL DE PREVISIÓN SOCIAL
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
Provincia de Misiones

VISTO: El Expediente N°

3510/05: Caratulado: "Subgerente de prestaciones Médico Asistenciales SiAprobación del PROGRAMA MUJER SANA - Prevención y Detección del Cáncer de Mama y de Útero"; y

DR. JOSÉ ALBERTO GÓMEZ
Subgerente de Prestaciones Médico Asistenciales
Instituto de Previsión Social

CONSIDERANDO:

DR. ORLANDO O. KOZŁOWSKI
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

DR. JOSÉ GUSTAVO D'ALONSO
DIRECTOR DE ASUNTOS JURÍDICOS
Instituto de Previsión Social
MAT. PROF. 930 CAM - 859 873

DR. JOSÉ DANIEL FRANCO

QUE la política implementada por el Instituto de Previsión Social de Misiones, se enmarca dentro de los criterios de equidad, Eficacia, eficiencia y efectividad fortaleciendo a la solidaridad como razón de ser del subsector de la seguridad social;

QUE a los fines citados, toda planificación del aumento de la oferta prestacional se realiza bajo criterios epidemiológicos.

QUE la atención de la salud de los afiliados del Instituto debe focalizarse progresivamente en aquellas patologías cuyo peso estadístico así lo justifica,

QUE dicha focalización mejora la efectividad de la atención y optimiza la ejecución de recursos financieros;

QUE las patologías ginecológicas, cáncer de mama y de útero se constituyen en enfermedades que han experimentado un incremento en incidencia;

QUE los costos que demanda el tratamiento de las mismas justifican la estrategia de prevención como principio de **LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD;**

QUE la red de efectores prestadores del Instituto ha aumentado a partir de la ejecución de otros programas de atención de la salud en los cuales se constata la sinergia de los subsectores público y de la seguridad social,

QUE la articulación de dicha red permite que el Instituto se constituya en el ámbito de **PREVENCIÓN Y DETECCIÓN** de enfermedades como ejecutor de actividades de atención primaria de la salud;

QUE dicha articulación se fortalece en actividades estructuradas en programas específicos, de conformidad a lo establecido en los Artículos 2° Inc b), 6° y 21° de la Ley 568,

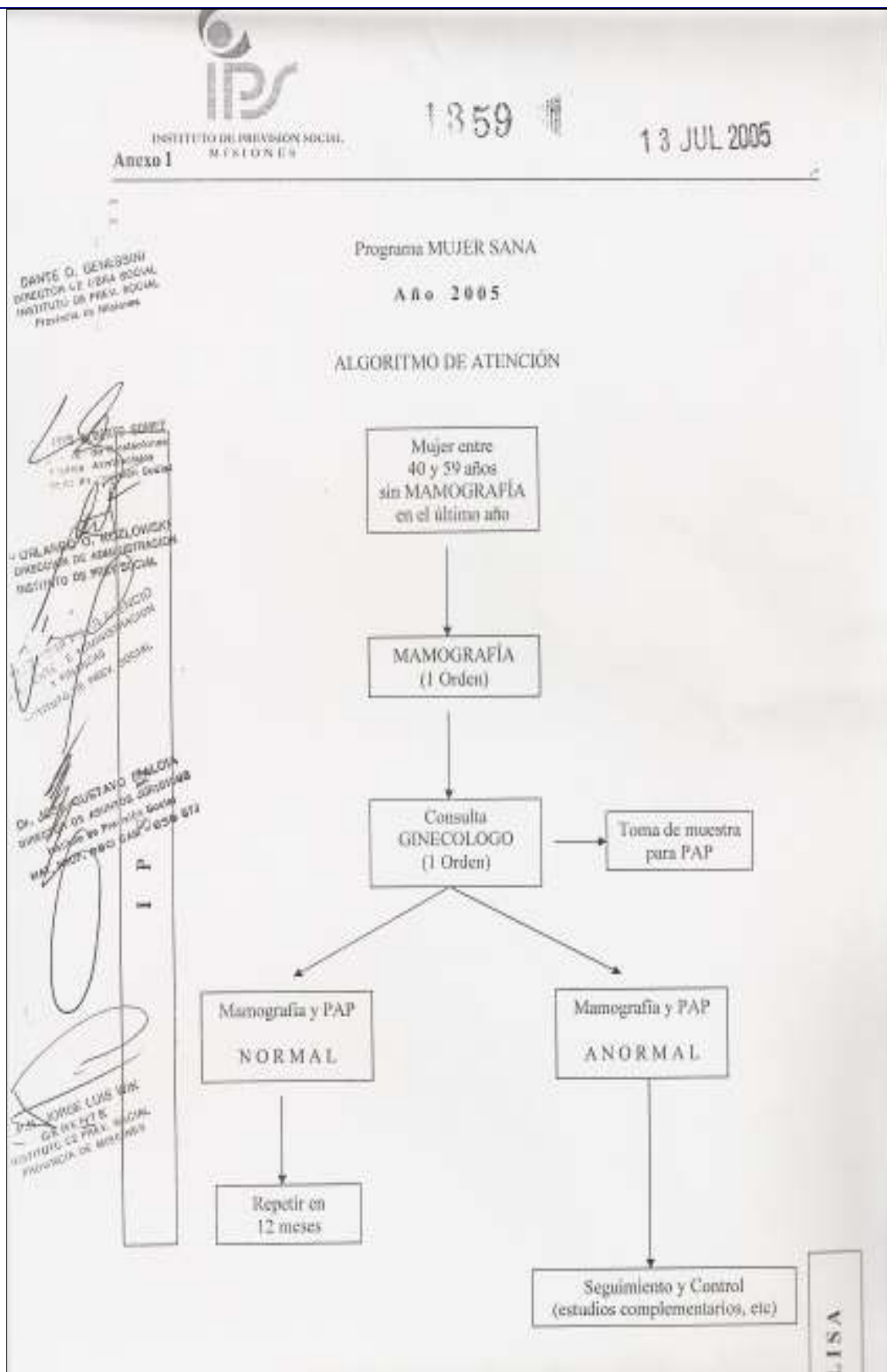
POR ELLO:


EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL MISIONES

RESUELVE

ARTÍCULO 1°: CRÉASE el Programa MUJER SANA - Prevención y Detección del Cáncer de Mama y Útero, en el ámbito de la Subgerencia de Prestaciones







INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES

1359

13 JUL 2005

Programa MUJER SANA
Prevención del Cáncer de Mama y Útero

Anexo II
Listado de Prestadores

POSADAS

MAMOGRAFÍA

1. Instituto San Lucas	Dr. Fabio Mestas Noñez
2. Centro de Estudios Mamaricos - CEMA	Dr. Carlos Arce
3. SIM (IOT)	Dra. Alejandra Mendez
4. Hospital "Dr. Ramón Madanaga"	Dr. Claudio Arrachea
5. Hospital "Dr. René Favalloro"	Dr. Ricardo Halac

GINECOLOGÍA

1. Dr. Juan Carlos ALVAREZ	Sanatorio Boratti
2. Dr. Carlos Omar ARCE	CEMa
3. Dr. Hugo Raúl BARREYRO	Sanatorio Boratti
4. Dr. Roberto Andrés BORATTI	Sanatorio Boratti
5. Dr. Juan José CARMONA	Sanatorio Boratti
6. Dr. Magno Iluminado IBÁÑEZ	Sanatorio Boratti
7. Dr. Roberto Aurelio LUQUE	Sanatorio Boratti
8. Dr. Jorge Fausto PLANESI	Sanatorio Boratti
9. Dr. Miguel Osvaldo RUIZ	Sanatorio Boratti
10. Dra. Graciela SAN MARTÍN	Sanatorio Boratti
11. Dr. Luis Alberto MARGALOT	Sanatorio Buenos Aires
12. Dr. Juan Carlos AMARILLA	Sanatorio Nosiglia
13. Dr. Hugo Alejandro OCAMPO	Sanatorio Nosiglia
14. Dr. Abraham SAIDMAN	Sanatorio Nosiglia

ANATOMÍA PATOLÓGICA

1. Dr. Daniel Lorenzo FEKETTE	IOT
2. Dra. Verónica Andrea CERDERA	IOT
3. Dr. Juan Antonio GALUPPO	Sanatorio Boratti
4. Dra. María Angélica LORENZATTI	Sanatorio Boratti
5. Dra. Marcela Alejandra MATTOS	Sanatorio Buenos Aires
6. Dr. Alberto Leonardo OLIVERA	Sanatorio Buenos Aires
7. Dr. Renzo Raúl COMOLLI	Sanatorio Nosiglia
8. Dr. Pablo Lucio ACOSTA	Buenos Aires 489

LEANDRO N ALEM

MAMOGRAFÍA

1. Servicios Integrales de Salud	Dr. Luis PASANANTE
----------------------------------	--------------------

GINECOLOGÍA

DANTE O. GANESONI
DIRECTOR DE SERVICIOS SOCIALES
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES

DR. LUIS PASANANTE
DIRECTOR DE SERVICIOS SOCIALES
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES


DR. GILBERTO O. ROZENDI
AG. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

DR. JOSÉ ANTONIO GALUPPO
DIRECTOR DE SERVICIOS SOCIALES
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES

DR. JUAN PASANANTE
DIRECTOR DE SERVICIOS SOCIALES
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES

DR. JOSÉ ESTEBAN D'ALDIA
DIRECTOR DE SERVICIOS SOCIALES
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES

DR. JOSÉ LUIS PASANANTE
DIRECTOR DE SERVICIOS SOCIALES
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES



INSTITUTO DE PROMOCIÓN SOCIAL
MISIONES

1359

13 JUL 2005

PUERTO RICO

MAMOGRAFIA

1. Clínica Vecchia S.R.L. Dr. Ricardo IRRAZABAL

GINECOLOGIA

1. Dra. Ofelia del Carmen SANABRIA Clínica Vecchia S.R.L.
2. Dra. Claudia Alejandra MEDERA I.M.S.A.

ELDORADO

MAMOGRAFIA

1. Instituto Materno Infantil Dr. Rodrigo DURAN

GINECOLOGIA

1. Dr. Amando Ruben PORTILLO Instituto Materno Infantil
2. Dr. Elsa Leonor MORD Instituto Materno Infantil
3. Dr. Ricardo Anibal PORTAS Instituto Materno Infantil
4. Dr. José Luis RIVERO Instituto Materno Infantil
5. Dr. César Alcides ROLON Instituto Materno Infantil
6. Dr. Orlando Alberto SÁNCHEZ Montecarlo Salud
7. Dr. Fabián Victor Hugo ALARCÓN Sanatorio Budenberg
8. Dra. Angélica Marina SCHICK Sanatorio Budenberg

MAMOGRAFIA

1. Clínica Integral Materno Infantil Dr. Miguel JUDAIS

GINECOLOGIA

1. Dra. Patricia Graciela ESPINOZA
2. Dr. Guillermo MONSU
3. Dr. Rodolfo Enrique VILLALÓN
4. Dr. Eldor GROSS Clínica Integral Materno Infantil
5. Dr. Luis Virgilio MARIN Sanatorio DERNA

ANATOMIA PATOLÓGICA

1. Dr. Celso Pedro CENCI Sanatorio Privado S.R.L.

RESTO DE LA PROVINCIA

MAMOGRAFIA

1. Movié Sanitario MATERNO INFANTIL – Ministerio de Salud Pública

[Handwritten signature]
DANTE O. GONZALEZ
DIRECCION DE OBRAS SOCIALES
INSTITUTO DE PROMOCION SOCIAL
DE LA PROVINCIA DE MISIONES


[Handwritten signature]
DR. LUIS VIRGILIO MARIN
DIRECCION DE OBRAS SOCIALES
INSTITUTO DE PROMOCION SOCIAL
DE LA PROVINCIA DE MISIONES

[Handwritten signature]
CON ORDENAMIENTO DE REGISTROS
NO DIFERENCIACION DE ADMINISTRACION
MINISTERIO DE PROMOCION SOCIAL

[Handwritten signature]
DR. JOSE LUIS RIVERO
DIRECCION DE OBRAS SOCIALES
INSTITUTO DE PROMOCION SOCIAL
DE LA PROVINCIA DE MISIONES

[Handwritten signature]
DR. JOSE GUSTAVO D'ALCIDA
DIRECCION DE ASUNTOS JURIDICOS
INSTITUTO DE PROMOCION SOCIAL
DE LA PROVINCIA DE MISIONES
MAT. PROMOCION SOCIAL - 056 672

[Handwritten signature]
DR. CELSO PEDRO CENCI
DIRECCION DE OBRAS SOCIALES
INSTITUTO DE PROMOCION SOCIAL
DE LA PROVINCIA DE MISIONES



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
MISIONES

1359

13 JUL 2005

Anexo III

Móvil Sanitario Materno Infantil

Cronograma de Acciones en Terreno

	MES	DÍA	LOCALIDAD	
1	AGOSTO	VIERNES	8	SAN VICENTE
2			12	ANDRESITO
3			15	B. IRIGOYEN
4			26	SAN PEDRO
5	SEPTIEMBRE	VIERNES	2	APOSTOLES
6			9	SAN JAVIER
7			16	25 DE MAYO
8			23	ITAEMBE MINI
9			30	IGUAZU
10	OCTUBRE	VIERNES	7	A del VALLE
11			14	CERRO AZUL
12			21	GARUPA
13			28	EL SOBERBIO
14	NOVIEMBRE	VIERNES	4	2 DE MAYO
15			11	25 DE MAYO
16			18	CERRO CORA / O. V. ANDRADE
17			25	ALBA POSSE
18	DICIEMBRE	VIERNES	2	Ctra. AURORA
19			9	PANAMBI
20			16	S. IGNACIO / S. ANA / LORETO

[Signature]
DANTE D. GENESENI
DIRECTOR DE AREA SOCIAL
INSTITUTO DE PREV. SOCIAL
PROVINCIA DE MISIONES


[Signature]
CARLOS ALBERTO GOMEZ
CATEDRATICO DE PREVISION SOCIAL
INSTITUTO DE PREV. SOCIAL

[Signature]
IGNACIO O. KOZLOWSKI
SECCION DE ADMINISTRACION
INSTITUTO DE PREV. SOCIAL

[Signature]
DRA. MARIA A. ATENCIO
CATEDRATICA DE ADMINISTRACION
E INGENIERIA SOCIAL
INSTITUTO DE PREV. SOCIAL

[Signature]
DR. JOSE GUSTAVO D'ALCIA
DIRECTOR DE ASUNTOS JURIDICOS
INSTITUTO DE PREV. SOCIAL
MAT. PROF. DR. JOSE G. D'ALCIA - 858 072

[Signature]
DRA. ROSA LUISA PEREZ
DE SALUD E
PREV. SOCIAL
INSTITUTO DE PREV. SOCIAL
PROVINCIA DE MISIONES


 INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
 MISIONES


13 JUL 2005

1859

Anexo IV

Chequera de Atención

DANTE O. GENESSINI
 DIRECTOR LA OMA SOCIAL
 INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
 Provincia de Misiones

Checar más...

 INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
 MISIONES

Programa
Mujer
Sana

Prevención y Detección
del Cáncer de Mama y de Utero


Orden de Mamografía
Orden 34001 a 2 y 34002 a 2
El presente vale en el mes de agosto, para el beneficio de este Programa
 Válido para el Mes: **A G O S T O** de 2005

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Número N°: _____
 Fecha: _____

Firma Abogado: _____
 Firma Profesional: _____

Orden de Papanicolaui
Orden 10104
El presente vale en el mes de agosto, para el beneficio de este Programa
 Válido para el Mes: **A G O S T O** de 2005

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Número N°: _____



Orden de Consulta Ginecológica

Programa de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mamma y Utero
Válido para Médicos de Cabecera Ginecólogos y Obstetras en Consultorio. Resolución N° 26.275

Válido para el Mes **A G O S T O** de 2005


Apellido: _____

Nombre: _____

Afiliado N°: _____

Fecha: _____

Firma Afiliado: _____
Firma Profesional: _____



INFORMACIÓN

NADA SE ENCOMENDARÁ SIN SU CONSENTIMIENTO

El presente es un programa de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y útero, que requiere de la participación activa de la paciente y de su familia. El éxito del mismo depende de la continuidad de la asistencia y de la adherencia a los tratamientos recomendados. El paciente debe confirmar el inicio de la asistencia que lo compromete.

En todo momento se brindará información y apoyo psicológico.

Atención gratuita. Se debe presentar el carnet de afiliado (B.M.) o documento de afiliación MEDICAMENTO para el acceso al programa.

A fin de cualquier duda, acercarse a su Delegación o llamar al teléfono 2020 - 365 5477

LISTA DE PUNTO DE ATENCIÓN

Posadas	Ohera	Eldorado	Alem
<p>Posadas</p> <p>Matronografía</p> <p>INSTITUTO GSWA Calle 107 2020 - 349 044</p> <p>INSTITUTO SALLERAS Calle 9 de Julio 2020 - 320 908</p> <p>INSTITUTO SAN JUAN Calle 290 2020 - 345 540 141 504</p> <p>DELEGACIÓN MADRUGADA Calle 1 de Mayo 157 2020 - 447775</p> <p>HOSPITAL SAN FRANCISCO Calle 1 de Mayo 2020 - 365 014</p>	<p>Ohera</p> <p>Matronografía</p> <p>Clinica Zucchi Calle 1 de Mayo 2020 - 3755 421 070</p>	<p>Eldorado</p> <p>Matronografía</p> <p>HOSPITAL GENERAL Calle 1 de Mayo 2020 - 3724 422 022</p>	<p>Alem</p> <p>Matronografía</p> <p>HOSPITAL GENERAL Calle 1 de Mayo 2020 - 347 420 040</p>
			<p>Pto. Rico</p> <p>Matronografía</p> <p>Clinica Nueva Calle 1 de Mayo 2020 - 367 500</p>

* Si está lejos de la oficina de su región MADRUGADA, acercarse a la Dra. Gabriela Mayora al teléfono 2020 - 365 5477.
En la Delegación de su ciudad se brindará el servicio de atención al paciente.

Escriba en su Delegación la Nombre de Médico de Cabecera Ginecólogo o de Especialista en Ginecología



Instructivo Médico

Sr. Profesional:

La Práctica Clínica es el instructivo de atención del Programa MUJER SANA (Prevención - Diagnóstico del Cáncer de Mamma y Utero).

La ORDEN DE CONSULTA GINECOLÓGICA está validada para recibir pacientes ginecólogos y obstetras en consultorio de cabecera ginecólogos.

Por el presente se le informa que el programa de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y útero (B.M.) se encuentra en fase de puesta en marcha.

Atenciosamente,
Dra. Sandra Daniela Giménez

ARTÍCULO 1.- Créase el “Programa Gratuito para la Prevención de Enfermedades Genitomamarias”, en el ámbito del Instituto de Previsión Social de la Provincia de Misiones destinado a las afiliadas del mismo.

ARTÍCULO 2.- El presente programa brinda, en forma gratuita las siguientes prestaciones:

- a) papanicolau y colposcopia, como mínimo, una vez al año a mujeres en edad fértil y/o a partir del inicio de una vida sexualmente activa;
- b) mamografía, un cada tres años antes de los 49 años y una vez por año a partir de esa edad.

Las prestaciones pueden tener mayor frecuencia en casos prescriptos por médico competente.

ARTICULO 3.- La gratuidad de las prestaciones que establece la presente ley se implementará para la primera vez que la afiliada se realice los estudios.

Para la continuidad del beneficio de gratuidad la afiliada debe presentar, como condición imprescindible, los resultados de los estudios anteriores.

ARTÍCULO 4.- El Poder Ejecutivo, a través del Instituto de Previsión Social de la Provincia de Misiones, procederá a reglamentar la presente en el término de sesenta (60) días a partir del de su publicación.

ARTIUCLO 5.- Facúltese al Poder Ejecutivo a realizar las adecuaciones presupuestarias Necesarias para el cumplimiento de la presente.

ARTICULO 6.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Posadas, a los ocho días del mes de septiembre de dos mil cinco

Dr. RENÉ GERMÁN CASALS
SECRETARIO LEGISLATIVO
A/C ÁREA PARLAMENTARIA
Cámara de Representantes
Provincia de Misiones

Ing. LUIS ALBERTO VIANA
PRESIDENTE
Cámara de Representantes
Provincia de Misiones

LEY N^o **4222** (ref. 49)



REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

(1)- Ferlay, Bray F, Pisan Petal, GLOBOCAN 2000. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Version 1.0. IARC Cáncer Base N° 5, Lyon: IARC Press (2001).

(2)- Scientist, International Agency for Research on cancer, 150 cours Albert Thomas, 69372 Lyon Cedex 08, Francia)

(3)- Boletín de la Organización Mundial de la Salud, recopilación de Artículos N° 6, 2002) En argentina la tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero del 7,69%

(4)- Ministerio de Salud de Chile, Unidad del Cáncer

(5)-<http://encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia18103-recomendaciones.htm> Recomendaciones actuales para el tamizaje del cáncer de seno de acuerdo a la evidencia médica

(6)- Ministerio de Salud Pcia de BS AS, Programa de Prevención cáncer de Mama

(7)- Journal of the National Cancer Institute 98 (11)

(8)- <http://www.saludhoy.com/htm/mujer/articulo/canseno1.html>

(9) - http://www.path.org/files/RH_pap_smears_sp.pdf

(10)- Brest Practice & Research Clinical Obstetrics

(11)- Lalcec Misiones 2005

(12)- Base de Datos del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

(13)- Informe Departamento onco –hematológico del IPS. Farmacéutica Romina Smolarczuk designada agosto 2005

(14)-.Página de Internet de la FDA: www.fda.gov/cder/cancer/druglistframe.htm

(15)- .Fisher B *et al.* *J. Natl. Cáncer Inst.* 90: 1371-88; 1998. ATAC randomised trial. *Lancet* 359 (9324):2131-9, 2002

(16)-. Winer EP, et al. American Society of Clinical Oncology technology assessment on the use of aromatase inhibitors as adjuvant therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer: status report 2002. *J Clin Oncol* 20: 3317-27, 2002.

(17)-. Winer EP, Morrow M, Kent Osborne C, Harris JR. Malignant tumors of the breast. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (editores). *Cancer. Principles and Practice of Clinical Oncology*. 6th Edition. Lippincott Williams Wilkins, Filadelfia, p. 1695; 2001.

-
- (18)- Bonadonna G, et al. *N. Engl. J. Med.* 294: 405-410; 1976.
- (19)- Bonadonna G, et al. *Breast Cancer Res Treat.* 5: 95-115; 1985.
- (20)- Moliterni A et al. *J Clin Oncol* 9: 1124-1130; 1991.
- (21)- Fisher B et al. *J Clin Oncol* 7: 572-582.
- (22)- Aebi S *et al.* Is chemotherapy alone adequate for young women with o estrogen-receptor- positive breast cancer? *Lancet* 355: 1869-74, 2000.
- (23)- Klijn JGM *et al.* *J. Natl. Cancer Inst.*; 92: 903-911; 2000.
- (24)- .Hortobagyi GN *et al.* *N. Engl. J. Med.* 335: 1785-91; 1996.
- (25)- Vilimovskij A *et al.* Renal safety and tolerability of 90 mg of Aredia (Pamidronate) administered as an intravenous 1 hour infusion: preliminary results. *Proc ASCO* 18: 576 a, (abstr 2223), 1999.
- (26)- Hillner BE, *et al.* American Society of Clinical Oncology guideline on the role of bisphosphonates in breast cancer. *J. Clin Oncol* 18: 1378-1391, 2000.
- (27)- Tesis Dr. Soria Vieta “Financiamiento, Estado y Equidad en Salud en la Provincia de Misiones. Año 2005
- (28)- Informe de Afiliaciones de Obra Social IPS al 30/0606, J.C.Antunez, jefe a/c.
- (29)- Las Leyes 4056/04, 4103/04, 4175/05 son de autoría de la tesista.
- (30)- Dirección de Prensa y Difusión del IPS, Jovita del Valle, 2006
- (31)- Médico. Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Argentina.
- (32)- Smith TJ Hillner BE Desch CE “Efficacy and Cost Effectiveness of cancer treatment: Rational Allocation of resources based on decision analysis”. *Journal the National Cancer Institute* 85(18): 1460-1474
- (33)- Levin, Henry M (1983) Cost-Effectiveness: A primer. In: *New perspectives in evaluation.* Vol4 Beverly-hills: Sage Publications.
- (34)- Mandelblatt, Fahs M (1988) “Cost-Effectiveness of cervical caner screening for low income elderly women” *JAMA* 259:2409-13
- (35)- Smith, 1993; McGuire, 1988
- (36)- Roberto Tafani, “Reforma del Sector Público de Salud en Argentina”. 1997.
- (37)- Alleyne Cohen, 2003

(38)- Rockhill B, Spiegelman D, Byrne C et al. Validation of the Gail et al. Model of breast cancer risk prediction and implications for chemoprevention. J Natl Cancer Inst 93: 358-366; 2001.

(39)- Erlichman C, Loprinzi CL. Hormonal Therapies. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (editores). Cancer. Principles and Practice of Clinical Oncology. 6th Edition. Lippincott Williams Wilkins, Filadelfia, pp 478; 2001.

(40)- Atlas de Mortalidad de Cáncer de Argentina 1997- 2001, **Instituto Roffo**.

(41)- Ministerio de Salud de la Nación, Secretaria de Ciencia y Tecnología, informe **del INER-“Dr. Emilio Coni”**

(42) – Base de datos del Sistema de Administración de Personal de la Provincia de Misiones **SIAP**.

(43)- Informe OPS p/ América Latina y el Caribe- ISBN 92-75 32384

(44)- Informe Banco Mundial, 1993 sobre Cáncer de Cuello de Útero.

(45)- Rengaswamy Sankaranarayanan, Atul Madhukor Busuk y Rojamanickm raj Kimor.2002 Programa eficaces de cuidado del Cáncer Cervico Uterino en países en desarrollo de ingresos bajos o medios. Boletín OMS. Recopi. Artic. Nº 6 2002

(46) -Nociones Básicas de Epidemiología General, Urquijo-Ustaran-Milic, 1987

(47)-Coordinación General Programa “Mujer Sana” Instituto de Previsión Social, Misiones, Argentina.

(48)-Fuente UBA Salud, Prevención y Promoción de la Salud, CANCER, mama y cuello de útero.

(49)- Diario de Sesiones, Septiembre 2005, Cámara de Representantes de la Provincia de Misiones.

(50)Base de datos de prestaciones realizadas y pagadas por Federación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Misiones, año 2004-2005

(51)Nomenclador Nacional de Hospitales de Autogestión, Súper Intendencia de Seguros de Salud, 2007