



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*

El Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires sancionan con fuerza de

LEY

**PREVENCIÓN SECUNDARIA DINAMICA DOMICILIARIA CASA POR CASA  
PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CANCER COLORRECTAL**

Artículo 1º: Establécese la prevención secundaria dinámica domiciliaria casa por casa, para la detección temprana del cáncer colorrectal, como política preventiva en materia sanitaria en el territorio de la Provincia de Buenos Aires, en el marco de la ley 11.158 y modificatorias.

Artículo 2º: Para la detección de sangre oculta en materia fecal se utilizará el test inmunológico con reacción a la hemoglobina humana u otros reactivos de igual o mejor sensibilidad que se disponga en el futuro.

Artículo 3º: En el procedimiento de detección se utilizará la técnica de screening o cribado y se realizará en personas de ambos sexos a partir de los 50 años de edad. No existirá límite de edad cuando se trate de personas con antecedentes familiares de cáncer colorrectal.

Artículo 4º: Antes y durante la recolección de muestras de materia fecal se promoverán estrategias de información y educación para la población en general.

Artículo 5º: Las personas cuyo test establece un resultado positivo, se les indicará estudios complementarios, decisión tomada con el paciente. Los resultados son de carácter reservado y la autoridad de aplicación, establecimientos sanitarios y profesional médico interviniente mantendrán confidencialidad sobre la información generada.



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*

Artículo 6º: Cuando realizado los estudios complementarios, se detectare la presencia de patologías cancerígenas, la misma será denunciada, a los fines estadísticos, al Registro Provincial del Cáncer.

Artículo 7º: Inclúyase la detección de sangre oculta en materia fecal como estudio obligatorio en los exámenes médicos de aptitud psico-física, previstos en el inc. 4 del Art. 10 -Anexo II- del Decreto 532/09 reglamentario de la Ley 13.927, a partir de los 50 años de edad.

Artículo 8º: Los gastos que demande la implementación de la presente ley serán solventados con recursos provenientes del Fondo Provincial de Lucha contra el Cáncer, creado por Ley 11.494.

Artículo 9º: Invítase a los municipios de hasta 50.000 habitantes a adherir a la presente.

Artículo 10º: A los efectos de esta Ley, se entiende por:

- a) Screening: Identificación masiva y presuntiva de sujetos afectados por una enfermedad o anomalía hasta entonces desconocida, con ayuda de test diagnósticos, exámenes u otras técnicas de aplicación rápida.
- b) Prevención Secundaria Dinámica: Gesto sanitario domiciliario, casa por casa, que despliega acciones sanitarias universales en una población aparentemente sana en busca de mínimos signos o síntomas de enfermedad actuando en el período pre patogénico, con el fin de detectar lesiones pre-malignas o cáncer temprano, consolidando el binomio médico - persona sana (acción dinámica) en contraposición al binomio médico - persona enferma (acción estática).
- c) Mortalidad Evitable: Casos de muerte por enfermedades o causas externas que disponen de tratamiento o medidas de prevención, evitables si el sistema sanitario actúa preventivamente.

Dr. JOSE ANTONIO BUCCA  
Diputado  
Bloque FPV - PJ  
H.C. de Diputados Prov. Bs. As.



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*



### FUNDAMENTOS

En el presente proyecto tiene como fin brindar un aporte más a las estrategias y herramientas de distintos tipos, que se llevan a cabo en la prevención del cáncer colorrectal.

Consideramos fundamental lo que llamamos prevención secundaria dinámica, es decir, la acción de ir a buscar a las personas asintomáticas.

El trabajo o acción dinámica con la población aparentemente sana, favorece el trabajo directo, la confianza, la familiaridad, elementos humanos fundamentales que permiten eludir la barrera de acercamiento humanitario e interacción comunitaria; rompiendo el concepto ESTÁTICO, paciente que concurre al consultorio después de percibir un signo o síntoma de enfermedad, siendo receptor de la acción de salud cuya función parece ser esperar pacientemente que le indiquen estudios de una enfermedad, quizás ya, incurable.

En la Provincia de Buenos Aires cada año se diagnostican, aproximadamente 5.350 casos de cáncer colorrectal. De los cuales, el 65 al 70 % son detectados en forma tardía o con la enfermedad ya avanzada.

#### **a) Anatomía y función colon-recto**

El colon se inicia en la válvula ileocecal, terminación del intestino delgado, en el ciego y termina en el ano.

Según la región del colon, este se divide en: ciego, colon ascendente, transversal, descendente, colon sigmoideo y recto, con una longitud aproximada de 1.50 metros.

La materia alimentaria luego del proceso de masticación y salivación en la boca, a través del esófago, llega al estómago, donde los alimentos son reducidos a una masa de consistencia uniforme, como una papilla llamada quimo, pasando al intestino delgado, a nivel del cual se absorbe la mayoría de los nutrientes, el colon o intestino grueso recibe el material, absorbiéndose agua y minerales, almacenando los desperdicios. Los materiales de desecho llegan a la ampolla rectal y se eliminan a través del ano.



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*

**b) Cáncer Colorrectal:**

El cáncer colorrectal es una enfermedad que se inicia en mas del 90 % de los casos sobre lesiones benignas de la mucosa del colon o recto (pólipos) dando origen a través del tiempo (5 a 12 años) una enfermedad con un crecimiento celular anómalo y descontrolado (cáncer) potencialmente letal.

El Cáncer colorrectal es un problema socio sanitario de primer orden, tanto su incidencia (un 5 a 6 % de la población desarrolla un cáncer colorrectal) como su mortalidad aumenta en términos absolutos a pesar de los grandes progresos en tecnología de diagnóstico y tratamiento.

Es la segunda causa de muerte por cáncer. Esto se debe a que el diagnóstico habitual del C.C.R (Cáncer Colorrectal) se presenta como enfermedad avanzada localmente o a distancia (metástasis) en el 70 % de los casos, muchos de ellos con la enfermedad ya complicada como perforación, obstrucción o hemorragia. El 25 % de los pacientes con diagnóstico tardío padecen de desnutrición, que agrava notablemente su recuperación durante el tratamiento.

Cuando el diagnóstico se realiza en etapas tempranas la probabilidad de curación llega hasta un 95 % de los casos.

Estudios genéticos y epidemiológicos han determinado que en el C.C.R. concurren la interacción entre la susceptibilidad genética, como así también factores alimentarios, biológicos y ambientales.

**c) Estadios o etapas del cáncer colorrectal:**

- o ESTADIO I (In Situ): El cáncer se encuentra solo en la célula en donde empezó, sin comprometer tejido cercano.
- o ESTADIO II: El tumor ha crecido dentro de la pared interior del colon o recto, pero no ha atravesado la pared intestinal.



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*

- o **ESTADIO III:** El tumor se extiende con más profundidad dentro o a través de la pared del colon o recto. Es posible que haya invadido tejido cercano, pero las células cancerosas no se han diseminado a los linfáticos.
- o **ESTADIO IV:** El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos, pero no a otras partes del cuerpo.
- o **ESTADIO V:** El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo, como hígado o pulmones (metástasis o distancia).

La supervivencia a cinco años tiene relación directa con los estadios de la enfermedad:

Estadio I (In situ): 95 al 100 %

Estadio II: 75 al 85 %

Estadio III: 50 al 60 %

Estadio IV: 20 %

Estadio V: 0%

**d) Biología Cáncer Colorrectal**

Existe una historia natural del cáncer colorrectal, mostrando que más del 90% de los cánceres se inician a partir de una lesión benigna (pólipo), entonces es posible que una prueba específica en esta etapa podría eliminar la futura enfermedad, extirpando él o los pólipos por vía endoscópica, interrumpiendo la secuencia carcinógeno-pólipo-cáncer.

Las secuencias adenoma (benigno)-carcinoma (maligno) para pólipos de menos de 1 cm, se calcula de 5 a 12 años, tiempo mas que suficiente para detectar tumores en etapa temprana.

No hay dudas que los pólipos benignos adenomatosos son precursores del cáncer colorrectal, siendo los argumentos que apoyan la transición los siguientes:



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*

- I. En pequeños cánceres se observa frecuentemente tejido adenomatoso residual.
- II. Los pacientes que están libres de pólipos permanecen libres de cáncer.
- III. Pequeños focos de cáncer intramucoso se observan a menudo en pólipos, pero son extremadamente raros en mucosa normal.
- IV. Algunos pólipos adenomatosos aparentemente benignos, presentan el desarrollo de un cáncer en su interior.
- V. Existe un aumento en la incidencia del cáncer en pólipos según aumentan de tamaño.
- VI. Existe un aumento en la incidencia del cáncer al aumentar el número de pólipos.
- VII. No existen criterios mediante los cuales los pólipos adenomatosos puedan ser clasificados como una entidad biológica diferente de los adenomas vellosos, lesión con potencial maligno definido.
- VIII. La transición pólipo adenomatoso-cáncer ha sido observada en poliposis familiar.
- IX. La transición pólipo adenomatoso-cáncer, ha sido observada en animales de experimentación.
- X. Una presumible transición de un estado precanceroso a neoplasia invasiva, se ha observado en numerosos otros tejidos epiteliales.
- XI. El tiempo en el cual los pólipos son diagnosticados precede en 5 a 12 años del cáncer.
- XII. Hay una distribución similar de los pólipos y el cáncer en el colonrecto.<sup>1</sup>

El conocimiento de la historia natural del cáncer colorrectal ha evolucionado considerablemente en estos últimos tiempos, de tal modo que se puede formular una estrategia para su control.

- 1) Identificación de carcinógenos del intestino grueso y su eliminación.
- 2) Controles de la población general por encima de los 50 años.

<sup>1</sup> SAMUEL HEELMAM - STEVEN A. ROSENBERG, "Cáncer", *Vicen de Vita*, Tomo I, Pag. 602



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*

- 3) Identificación grupos de alto riesgo para seguimiento cuidadoso.
- 4) Tratamientos quirúrgicos primarios adecuados.
- 5) Seguimiento cuidadoso, tras resección quirúrgica con terapéuticas agresivas para las recidivas localizadas.

En los tres primeros puntos está claramente identificada la acción preventiva primaria y secundaria, lo mas barato y de mejor resultado. En los puntos 4 y 5 podrá utilizarse la mejor técnica quirúrgica, los antibióticos de última generación, agregado a un tratamiento adyuvante de quimio o radioterapia, pero todas estas acciones de alto nivel no hace mas que poner sobre la investigación y la ciencia, el fracaso de la prevención en una enfermedad que da todas las chances de un diagnóstico temprano.

El 40 % de los canceres colorrectal que son tratados mediante cirugías, supuestamente curativas, desarrollan recidiva a la enfermedad. Las localizaciones mas frecuentes de las recidivas en una serie de 353 pacientes, con cáncer colorrectal fueron: hígado 33 %, pulmones 22 %, locorregional 21 %, intraabdominal 18 %, retroperidional 10 %. El 90 % de estos pacientes fallecen en los primeros 5 años y la morbilidad es del 100 %.

De los nuevos casos que aparecen anualmente, el 65 al 70 % se detecta en estado avanzado, cuando las posibilidades de curación, lamentablemente, es mínima. Es por ello que la estrategia para el diagnóstico temprano del cáncer colorrectal, es una de las acciones preventivas mas oportunas, contundentes, eficaz y barata, precisamente por que los eslabones de la cadena de la futura enfermedad, lleva un tiempo muy prolongado (de 5 a 12 años).

**e) Grupo de Riesgo de Cáncer Colorrectal**

- *Edad*

Más de 50 años



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*

- *Enfermedades asociadas*
  - Colitis
  - Colitis granulomatosa
  
- *Antecedentes personales*
  - Adenomas colorrectales
  - Cáncer colorrectal
  - Cáncer genital femenino
  - Cáncer de mama
  
- *Antecedentes Familiares*
  - Poliposis familiar
  - Síndrome de Gardner
  - Síndrome de Tur (Tumores del S. N. E)
  - Síndrome de Oefield (Quistes sebaleos)
  - Poliposis gastrointestinal generalizada
  - Enfermedad de Crohn
  - Síndrome de Lynch o cáncer colorrectal hereditario
  
- *Hábitos de fumar:*
  - En la mujer aumenta riesgo 40 %
  - En el hombre aumenta riesgo 30 %
  
- *Dieta rica en carnes rojas y grasas*

La biología del cáncer colorrectal lo hace muy propicio para su diagnóstico temprano, ya que los mismos tienen una muy baja probabilidad de metástasis en sus primeras fases. Es frustrante ver pacientes con cáncer colorrectal metastático que nunca fueron examinados.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> ROBBINS - COFRAN - KUMER "Patología Estructural y Funcional", Pag. 297



Provincia de Buenos Aires  
Honorable Cámara de Diputados



**f) Diseminación del Cáncer Colorrectal**

- I. *Directa*: por continuidad a la pared intestinal y a través de ella a los órganos vecinos, ejemplo hígado, riñón.
- II. *Linfática*: es el tipo de diseminación más importante, por que desde la táctica quirúrgica el cirujano debe tener en cuenta los grupos ganglionares.
- III. *Hemática*: fundamentalmente en hígado a través de la vena mesenterica y la porta.
- IV. *Siembra peritoneal*: carcinomatosis peritoneal, indica que el cáncer es irreseccable, con pésimo pronóstico, en lo inmediato.
- V. *Intraluminal*: por implantación en otros puntos del intestino.

**g) Complicaciones:**

Del 65 al 70 % de los diagnósticos tardíos, el 40 % de los pacientes se atiende por primera vez con síntomas agudos, que indican claramente la complicación en sus distintas formas de una enfermedad en su etapa final de varios años de evolución, con mínima chance de sobrevivida a cinco años.

A ello se agrega que, los primeros signos o síntomas de enfermedad de cáncer de colon, depende directamente de una enfermedad metastásica como carcinomatosis peritoneal, metástasis hepática, pulmonar, entre otras.

Las principales complicaciones agudas del cáncer colorrectal son: obstrucción subaguda o aguda, perforación y hemorragia masiva, todas de muy mal pronósticos.

**h) Prevención de la Enfermedad**

PREVENCIÓN:



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*

Acción de carácter anticipatorio que incluye aspectos médicos y participación comunitaria que tienen la finalidad de impedir la aparición de enfermedad (prevención primaria) curarla en etapa temprana (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria). Es anticiparse a una dificultad, prevenir un daño logrando que un perjuicio eventual no se concrete.

**PREVENCION PRIMARIA:**

Conjunto de acciones encaminadas y sostenidas en el tiempo, con el fin de modificar ciertos hábitos que pueden influir en la salud individual y de la población en forma positiva, antes que aparezcan signos o síntomas de enfermedad, y comprende:

A) La promoción de la salud, defensa de la salud mediante vigorosas acciones tratando de lograr modificar los hábitos que perjudican la salud de la población, como por ejemplo normas y campañas antitabaco y dietas pobres en carnes rojas y grasas.

B) Protección de la salud, tratando de evitar que los factores de riesgo impacten en la salud de la población, como por ejemplo con programas de vacunación, cuidado del medio ambiente e higiene alimentaria.

**PREVENCION SECUNDARIA:**

Gesto sanitario que despliega acciones universales en una población asintomática, actuando en el período pre-patogénico de la enfermedad.

**PREVENCION SECUNDARIA DINAMICA (casa por casa):**

Gesto sanitario DOMICILIARIO que despliega acciones sanitarias universales, en una población aparentemente sana en busca de mínimos signos o síntomas de enfermedad, actuando en el período pre patogénico, consolidando el binomio MEDICO-PERSONA SANA (acción dinámica) en contraposición MEDICO-PERSONA ENFERMA (acción estática).

**PREVENCION TERCIARIA:**



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*



Conjunto de acciones para evitar mayores secuelas mediante el seguimiento, la rehabilitación y recuperación de capacidades perdidas.

**i) Técnica de Screening**

Se propone a la acción dinámica sanitaria con agentes sanitarios, enfermería, asistentes sociales, médicos, en forma directa y casa por casa, en un trabajo colectivo con la comunidad para su propio autocuidado.

Estudios realizados han determinado que al pedido o solicitud efectuada para la ejecución de screening, sólo responde espontáneamente el 35 al 40 % del grupo etareo, desde los 50 años, en un período de 5 años. Lo que arroja o marca un 6 a 8% anual. Confirmando un muy bajo índice de participación de la población con la modalidad estática.

Existe una profusa evidencia científica en la que se certifica que la prevención primaria y secundaria (a través de programas de pesquisa) son las armas más efectivas para disminuir notablemente la incidencia y la morbimortalidad de esta cruel enfermedad.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevención secundaria (pesquisa) de una enfermedad se justifica cuando:

1. La enfermedad es frecuente y con una elevada morbimortalidad.
2. Los test de pesquisa<sup>3</sup> son sensibles para detectar lesiones tempranas aceptados por los pacientes y factibles de realizar en la practica diaria.
3. El tratamiento luego de la detención por pesquisa mejora el pronóstico con respecto al obtenido con diagnostico habitual.
4. El beneficio potencial es superior a los riesgos y a los costos de la pesquisa.
5. Es un cáncer frecuente.
6. Su desarrollo toma un tiempo de 5 a 12 años a partir de su precursor, el adenoma.



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*

7. Los resultados del tratamiento son mejores en los estadios más tempranos.
8. El diagnóstico temprano provoca una disminución notable de la morbimortalidad.
9. Aceptable relación costo-beneficio.

Si se quiere disminuir significativamente la mortalidad por cáncer colorrectal, deben incluirse en el rastreo, integrantes de la población en general, sabiendo que la mayoría de los casos son esporádicos y no provienen de la población de alto riesgo en la edad de mayor incidencia, es decir a partir de los 50 años, duplicándose el riesgo en cada década.

Hay dos categorías de métodos de pesquisas: los estudios en materia fecal y los estudios estructurales del colon. Existen diferencias en cuanto a evidencias, efectos sobre la incidencia y mortalidad, costo-efectividad y aceptación entre los distintos procedimientos, pero cualquiera de ellos aplicado en el contexto de un programa sistemático y regular, puede reducir significativamente la mortalidad por cáncer colorrectal.<sup>3</sup>

Para establecer estrategias de prevención y detección temprana, es necesario identificar dos tipos específicos de pesquisa: la pesquisa ocasional o individual (cuando un paciente concurre al consultorio público o privado) y la dirigida o poblacional (cuando se ejecuta en forma masiva), debiendo en esta última, asegurarse la accesibilidad de toda la población.

Se debe aclarar que el screening, no es determinante en un diagnóstico etiológico, sino una probabilidad que necesita un estudio complementario.

Los test inmunológicos tienen una alta especificidad (96 a 98 %) dado que sólo reaccionan con hemoglobina humana y alta sensibilidad (91 a 95 %). Debemos

---

<sup>3</sup> Programa Nacional de Consensos Intersociedades y Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas, 2010.



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*

destacar que no reacciona con hemoglobina digerida, esto quiere decir que cuando se utilice este método en pacientes que presentan sangrado en el tracto digestivo superior (esófago o estómago) o en el intestino delgado, no se obtendrán resultados positivos, ya que los test han sido ideados específicamente para el estudio del sangrado oculto de origen rectocolónico. Con los test inmunológicos, no es necesaria una dieta especial.

Con el procedimiento por screening la reducción de muerte por C.C.R. se estima entre 25 y 30 %, y lo avalan estudios internacionales sobre investigación sangre oculta en materia fecal.

Se identificaron cuatro ensayos clínicos controlados aleatorios y dos revisiones sistemáticas con meta-análisis.<sup>4</sup>

Los ensayos incluyeron 330.000 participantes aproximadamente, procedentes de Estados Unidos, Suecia, Gran Bretaña y Dinamarca.

Todos fueron cribados para cáncer colorrectal, mediante test de sangre oculta en materia fecal, ya sea anual o bienal, excluyendo a individuos con factores de riesgo para el C.C.R.

Los ensayos clínicos de EE.UU fueron realizados en Minisota por Andel y Cols, con una participación de 46.551 individuos. Los participantes fueron aleatorizados, distribuyéndose en tres grupos de estudios, grupo cribado anual con 15.570 participantes, grupo cribado bienal con 15.587 y grupo de control con 15.394.

En Suecia el ensayo se llevó adelante en Gothenburg por Kewenter y Cols. Se incluyeron 68.308 participantes, aleatorizándose la mitad al grupo cribado y la otra mitad al grupo control.

---

<sup>4</sup> URSULA T. GIFFER, HORACIO M. FRISSONE, MATÍAS M. PANIAGUA Y MIGUEL H. RAMOS, Universidad Nacional del Nordeste, con búsqueda bibliográfica en Medline PUB- MED.



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*

En Gran Bretaña el estudio fue ejecutado en Nottingham por Hardcastle y Cols, participaron 150.251 personas.

En Dinamarca, el ensayo fue efectuado en Funen por Kronborg, se incluyeron 61.933 participantes.

Los estudios determinaron que las muertes atribuibles a C.C.R., fueron más bajo en el grupo cribado que en el grupo control. Los revisores estiman que el test de sangre oculta en heces, realizado en forma anual o bienal, evita 1.6 cada 6 muertes por C.C.R.

Se debe tener en cuenta que fueron excluidas las personas con factores de riesgo.

**j) Esquemas de detección presintomática en la población general.**

En el momento actual, resulta mandatario seguir las pautas propuestas conjuntamente por todas las sociedades clínicas y quirúrgicas de Estados Unidos, interesadas en ésta patología.

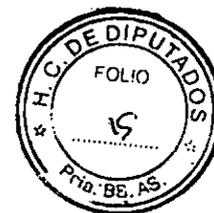
No favorecen un único sistema, sino que dejan librado al criterio de los interesados en su implementación, la elección de uno de los cuatro que considera efectivo.

**SE DEBE COMENZAR A LOS 50 AÑOS:**

- 1- Búsqueda de sangre oculta en materia fecal: ANUALMENTE
- 2- Fibrosigmoideoscopia: CADA 5 AÑOS, SI SE ENCUENTRAN PÓLIPOS, COMPLETAR CON COLONOSCOPIA TOTAL
- 3- Búsqueda de sangre oculta combinado con fibrosigmoideoscopia
- 4- Colonoscopia: CADA 10 AÑOS



Provincia de Buenos Aires  
Honorable Cámara de Diputados



**k) APORTE DEL DISTRITO BOLIVAR (BUENOS AIRES)**

Las principales cinco causas de muertes en los últimos 20 años, año por año, con promedio de dos décadas.

En esta estadística con tasa cruda no se puede eludir el subregistro, debido a la práctica de indicar en los certificados de defunción "paro cardiorrespiratorio no traumático" con frecuencia, sin mayor información adicional sobre patología causante del deceso.

**Fallecidos Por Cáncer En La Década Del '90.**

**Distrito de San Carlos De Bolívar**

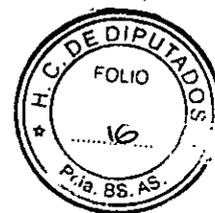
	Fallecidos Década '90	Porcentaje
Por Cáncer	760	22,48
Otras Causas	2621	77,52
Total	3381	100,00

	Fallecidos Década '90	Porcentaje
Femenino	1398	41
Masculino	1983	59
Total	3381	100

	Fallecidos Por Cáncer	Porcentaje
Femeninos	427	56
Masculinos	333	44
Total	760	100



Provincia de Buenos Aires  
Honorable Cámara de Diputados



Tipo De Cáncer	Cantidad	Porcentaje
1- Colon	112	14.74
2- Pulmón	112	14.74
3- Mama	53	6.97
4- Próstata	52	6.84
5- Páncreas	50	6.57
Esófago	43	6
Útero	40	5
Estómago	20	3

**Fallecidos Por Cáncer en la década del '00.**

**Distrito de San Carlos De Bolívar**

	Fallecidos Década '00	Porcentaje
Por Cáncer	804	24,00
Otras Causas	2560	76,00
Total	3364	100,00

	Fallecidos Década '00	Porcentaje
Femenino	1563	46
Masculino	1801	54
Total	3364	100

	Fallecidos Por Cáncer	Porcentaje
Femeninos	355	44
Masculinos	449	56
Total	804	100



Provincia de Buenos Aires  
Honorable Cámara de Diputados



Tipo De Cáncer	Cantidad	Porcentaje
<b>1- Colon</b>	163	20.27
<b>2- Pulmón</b>	95	11.81
<b>3- Próstata</b>	59	7.33
<b>4- Páncreas</b>	56	6.96
<b>5- Mama</b>	53	6,59
Útero	49	6
Estómago	39	5
Esófago	38	5

Los datos fueron obtenidos a través de los certificados de defunción del Registro Civil de la localidad de Bolívar.

Como dato relevante, se observa en la década del 90 la misma cantidad de muerte por cáncer del colon y pulmón 112 (14,74%), en la década del 000 disminución por cáncer del pulmón 95 (11.81 %), con notable aumento del cáncer colorrectal 163 (20, 27 %).

**1) Consideraciones de los costos en el tratamiento del cáncer colorrectal avanzados de diagnostico tardío.**

**COSTOS DIRECTOS:**

Se refiere a los servicios sanitarios, desde los gastos para el diagnóstico hasta el tratamiento y seguimiento por el resto de la vida, el cual debe incluir reintervenciones por recidiva local con o sin metástasis en un porcentaje del 30 % y morbilidad transitoria o permanente en un 90 %.

**COSTOS INDIRECTOS:**



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*

Pérdida productiva con gran repercusión psicosocial en el entorno familiar, los que se denomina pacientes de "segundo grado".

**COSTO DEL ALMA:** Del 65 al 70 % diagnóstico tardío en el siglo XXI.

Este costo no tiene expresión numérica, el cáncer colorrectal avanzado o de diagnóstico tardío, es una de las situaciones más frustrante de la vida, poniendo en crisis la personalidad y la propia existencia. Se rompe no sólo el equilibrio somático, sino también el psicológico, viviendo con angustia y tensión lo que para el paciente es ese momento, un verdadero conflicto.

Las enfermedades, aunque se deba a una fatalidad, aparece en el consciente de los pacientes como una injusticia. En el cáncer colorrectal avanzado o de diagnóstico tardío, puedo decir sin temor a equivocarme que es una verdadera injusticia en el siglo que vivimos, por que esta encuadrada dentro de las enfermedades de "mortalidad evitable", si se actuara preventivamente.

Podemos decir que no hay dos enfermos iguales. No hay dos mujeres, ni hombres que vivan de la misma manera un episodio de enfermedad, pero si podemos decir que en el cáncer colorrectal avanzado o de diagnóstico tardío, existe un enorme tiempo (5 a 12 años), por la evolución muy lenta de la enfermedad y un mismo procedimiento, para evitar esa circunstancia de enfermedad en general en su etapa Terminal.

El trauma psíquico sufrido al comienzo de la enfermedad es agravado por la percepción de un componente nuevo: "de esta no me salvo", "para que tantos remedios", "cada vez me siento más débil", "me veo pálido", "el bulto que tengo en el costado cada vez es mas grande", "los calmantes no me hacen efecto", "no tengo ganas de vivir", "PORQUE ME PASA esto a mi", "no le siento gusto a la comida", "no tengo apetito", etc.

El cáncer colorrectal avanzado o de diagnóstico tardío, es un camino muy largo que debe recorrer el paciente durante el resto de su vida, con múltiples



*Provincia de Buenos Aires*  
*Honorable Cámara de Diputados*



inconvenientes y complicaciones, que repercute notablemente en su confort de vida.

Toda acción para el diagnóstico temprano de una enfermedad que cumple con la definición de "mortalidad evitable", merece el esfuerzo no solo del estado, sino también la concientización y educación permanente de la población y su autocuidado, apostando al futuro para lograr con el tiempo una disminución drástica de los diagnósticos tardíos del cáncer colorrectal, cuyo desenlace es fatal, cualquiera sea la edad del paciente.

La guía de recomendaciones para la prevención y detección temprana de cáncer colorrectal- septiembre 2010- insta a las autoridades sanitarias y las instituciones prestadoras de servicios de salud en Argentina que prioricen los programas de detección temprana sistemática de pólipos y cáncer colorrectal

Esta bien y apoyamos la semana o el mes del cáncer colorrectal, pero es mejor bregar por un diagnóstico temprano, todos los días, los 365 días del año, y para ello estamos convencidos que la prevención secundaria dinámica (casa por casa) es una herramienta que nos permitirá a futuro, el cambio de binomio Acción Sanitaria- Persona Enferma (acción estática en consultorio u hospital, a la espera de la enfermedad) por el binomio Acción Sanitaria- Persona Sana (acción dinámica, domiciliaria, en busca de la enfermedad).

Por lo expuesto, solicito a los señores y señoras Legisladores me acompañen con su voto.

Dr. JOSE ANTONIO BUCCA  
Diputado  
Bloque FPV - PJ  
H.C. de Diputados Prov. B.B. AS.