

**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD  
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD



**NORMA PARA LA ATENCION  
DEL CANCER EN EL ISSS**

**JULIO 2019**



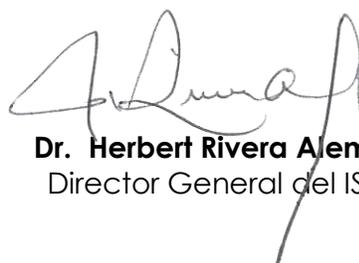
## Presentación



**E**l **Instituto Salvadoreño del Seguro Social** en su Política de “Adoptar el sistema de calidad que garantice la atención en salud y prestaciones económicas integrales a los derechohabientes”, ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la Sección Regulación Técnica en Salud, según acuerdo #2015-0458.ABR. dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos en salud del ISSS.

En este sentido la **“NORMA PARA LA ATENCION DEL CANCER EN EL ISSS”** será el documento normativo que tendrá como objetivo orientar sobre los procesos técnico-operativos-administrativos para la atención de pacientes con sospecha de cáncer o con patología oncológica confirmada, en los diferentes niveles en los que se brinda atención en salud, en coordinación con los diversos servicios de apoyo disponibles; constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los médicos generales, especialistas y sub-especialistas, así como los profesionales de las demás áreas de apoyo que desempeñan sus labores en el Instituto, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

  
**Dr. Herbert Rivera Aleman**  
Director General del ISSS

A circular stamp of the Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) is positioned to the right of the signature. The stamp contains the text "INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL" around the top edge, "DIRECTOR GENERAL" in the center, and "ISSS-72008" at the bottom. In the center of the stamp is a small emblem featuring a sun, a gear, and a scale.

## Equipo regulatorio.

Nombre	Procedencia
<b>Dr. David Jonathan Hernández Somoza</b>	Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud.
<b>Dr. José Guillermo Vaquerano Aguilar.</b>	Jefe Sección Regulación Técnica en Salud.
<b>Dr. Víctor Manuel Campos Madrid.</b>	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud.
<b>Dr. Gustavo Rolando Cuellar Rodriguez.</b>	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud.
<b>Dra. Mery Cardoza de Parada</b>	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud.
<b>Ing. Luis Asdrúbal Ovando M.</b>	Colaborador Técnico en Salud I Sección Regulación Técnica en Salud.

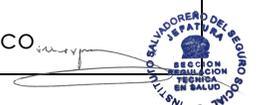
## Equipo de revisión técnica.

Nombre	Procedencia
<b>Dra. Graciela Echegoyen de Hernandez</b>	Jefe Departamento de Oncología Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dr. Dennis A. Canales Fuentes</b>	Jefe Departamento de Consulta Externa Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dra. Griselda Lima Valencia</b>	Jefe Servicio de Hematología Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dra. Maritza Carcache de Manzano</b>	Jefe Servicio de Oncología Clínica Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dr. Benjamin Edwin Ramirez Galdámez</b>	Jefe Servicio Cirugía Oncológica Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dr. José Francisco Hernandez García</b>	Exjefe Servicio Ginecología Oncológica Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dr. Julio Alfredo Calles Gonzalez</b>	Jefe Servicio Radioterapia Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dr. Jenny Lissette Castro de Hernandez</b>	Oncóloga clínica Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico



## Equipo validador.

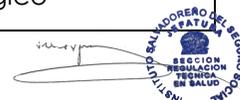
Nombre	Procedencia
<b>Dr. Ernesto A. Molina Barrera</b>	ExDirector Hospital Regional Santa Ana
<b>Dr. Roberto A. Quijada Cartagena</b>	Jefe Departamento de Investigación y Docencia en Salud
<b>Dr. Marlon O. Perez Nolasco</b>	Jefe Departamento de Emergencia Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dra. Graciela Echegoyen de Hernandez</b>	Jefe Departamento de Oncología Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dr. Carlos R. Menjivar Claros</b>	Jefe Departamento de Medicina Interna Hospital General
<b>Dra. Sandra L. de Mejia</b>	Jefe Departamento de Medicina Interna Hospital Regional San Miguel
<b>Dra. Maritza Castillo Funes</b>	Jefe Departamento de Emergencia Hospital 1° de Mayo
<b>Dr. Joseph D. Bayona Arevalo</b>	Jefe Departamento de Emergencia Hospital Amatepec
<b>Dr. Emilio Medrano Hernandez</b>	Jefe Departamento de Patología Hospital General
<b>Dr. Dennis A. Canales Fuentes</b>	Jefe Departamento de Consulta Externa Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dra. Griselda Lima Valencia</b>	Jefe Servicio de Hematología Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dra. Maritza Carcache de Manzano</b>	Jefe Servicio de Oncología Clínica Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dra. Maria E. Ramos de Amaya</b>	Jefe Servicio de Ginecología Oncológica Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dr. Benjamin E. Ramirez Galdámez</b>	Jefe Servicio de Cirugía Oncológica Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dr. Julio A. Calles Gonzalez</b>	Jefe Servicio de Radioterapia Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dra. Claudia Figueroa</b>	Jefe Servicio de Medicina Nuclear Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dr. Mario R. Tevez Rivas</b>	Jefe Servicio de Radiología Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico



<b>Dr. Luis R. Yáñez Ventura</b>	Jefe Servicio de Gastroenterología Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
<b>Dra. Yanira Bonilla de Avilés</b>	Jefe de Servicio Medicina 3 Hospital General
<b>Dra. Silvia D. Córdova de Gutierrez</b>	Jefe de Servicio Medicina 2 Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dra. Lorena A. Gómez Argueta</b>	Jefe de Servicio Medicina Interna Hospital Amatepec
<b>Dra. Hilda G. Morales Chacón</b>	Jefe de Servicio Medicina Interna Hospital Policlínico Zacamil
<b>Dr. José W. Valiente Solís</b>	Médico Director Unidad Médica Quezaltepeque
<b>Dr. Rafael E. Nunez Villalta</b>	Director Unidad Médica La Libertad
<b>Dr. Alfredo A. Hernandez Granadeño</b>	Director Unidad Médica San Vicente
<b>Dr. Raimundo Sosa A.</b>	Director Unidad Médica Chalatenango
<b>Dr. Nora M. Guerra Rivas</b>	Director Unidad Médica Sensuntepeque
<b>Dra. Maria E. Zacapa Benitez</b>	Director Unidad Médica San Francisco Gotera
<b>Dr. Miguel Flores Melendez</b>	Director Unidad Médica La Unión
<b>Dr. Luis E. Muñoz Canizalez</b>	Director Unidad Médica Ahuachapán
<b>Dr. Walter W. Martinez Rivas</b>	Director Unidad Médica Acajutla
<b>Dra. Ligia I. Marroquin de Melendez</b>	Médico Directora Clinica Comunal Lourdes
<b>Dra. Jesus del C. Guevara Menjivar</b>	Directora Clinica Comunal San Miguelito
<b>Dr. Otto Hernandez</b>	en representación de Dra. Ana C. Rodezno de Peña, Directora Clinica Comunal Santa Monica
<b>Dr. Anthony A. Gregg Gomez</b>	Director Clinica Comunal Panamericana
<b>Dra. Julia M. Zeledón de Castillo</b>	Directora Clinica Comunal Santo Domingo



<b>Dr. Hugo R. Garcia Villegas</b>	Director Clinica Comunal Santa Rosa de Lima
<b>Dr. Ricardo G. Figueroa Lara</b>	Ginecólogo Unidad Médica Ilopango
<b>Dr. Christian Augusto Alvarado</b>	Médico Internista Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dr. Carlos A. Reyes Silva</b>	Médico hematólogo y cuidados paliativos Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico y Hospital Divina Providencia
<b>Dr. Marvin Colorado</b>	Médico cuidados paliativos Hospital Divina Providencia
<b>Dr. Edgar Martinez Ortiz</b>	Colaborador Tecnico Departamento de Planificación Estratégica en Salud
<b>Dr. Ricardo E. Diaz Fuentes.</b>	Colaborador Tecnico Medico Departamento de Vigilancia Sanitaria
<b>Dr. Fernando A. Cabrera España</b>	Colaborador Tecnico en Salud II Departamento de Calidad en Salud
<b>Dra. Dolores Alicia Laínez</b>	Médico consultante Clinica Comunal San Antonio Abad
<b>Dra. Jenny E. Cruz</b>	Médico consultante Clinica Comunal Santo Tomas
<b>Dra. Delmy Zelaya</b>	Médico consultante Clinica Comunal Miramonte
<b>Dra. Cecilia Yamilet Quijano</b>	Médico consultante Clinica Comunal San Marcos
<b>Dra María Evelyn Menjivar</b>	Médico Consultante Clinica Comunal Las Victorias
<b>Dra. Marissa Y. Martinez Erazo</b>	Médico empresarial Banco Hipotecario
<b>Dra. Celia M. Mendez de Hernandez</b>	Medico empresarial SYKES
<b>Licda. Julieta Mendoza Noyola</b>	Analista de Desarrollo Institucional Departamento de Actuario y Estadística
<b>Ing. Efrain E. Orantes Martinez.</b>	Jefe de Departamento Gestión de Calidad Institucional
<b>Mg. Cecilia Hernandez de Nerio</b>	Coordinadora Institucional de Enfermería
<b>Lic. Marta A. Arteaga Polanco.</b>	Jefe del Departamento de Enfermería Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico



<b>Lic. Marta E. Orellana de Viaud.</b>	Jefe Sección Laboratorio Hematología Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
<b>Lic. Nelly Maria Flores M.</b>	Educador en Salud Unidad Médica Zacatecoluca
<b>Lic. Marina L. Ortez Chavez</b>	Educador en Salud Clinica Comunal Santo Tomás
<b>Lic. Melvin Pacas</b>	Educador en Salud Clinica Comunal Reparto Morazán
<b>Lic. Rosa Vilma Valiente</b>	Educadora en Salud Clinica Comunal Merliot



## Contenido

A.	LEX ARTIS.....	10
B.	MARCO LEGAL .....	11
C.	INTRODUCCIÓN .....	19
D.	ATENCION ONCOLÓGICA INSTITUCIONAL .....	21
E.	OBJETIVOS.....	23
F.	CAMPO DE APLICACION .....	23
G.	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA POR NIVELES DE COMPLEJIDAD.....	23
H.	PESQUIZA DE CANCER .....	24
I.	EDUCACION Y PREVENCION PRIMARIA.....	25
J.	TAMIZAJE O DETECCIÓN PRECOZ.....	26
K.	DIAGNOSTICO TEMPRANO .....	26
L.	RUTA DEL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA ONCOLOGICA.....	31
M.	EQUIPO COORDINADOR DE ESPECIALIDADES ONCOLOGICAS .....	32
N.	ABORDAJE TERAPEUTICO.....	34
O.	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.....	36
P.	CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON CANCER AVANZADO .....	37
Q.	MAPA DE PROCESO DE ATENCION INSTITUCIONAL DEL PACIENTE CON CANCER ..	38
	OBSERVANCIA DE LA NORMA. ....	39
	INFRACCIONES Y SANCIONES.....	39
	DISPOSICIONES GENERALES. ....	39
	VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS.....	39
	OFICIALIZACIÓN.....	40
	BIBLIOGRAFIA. ....	41
	ANEXOS.....	42



## A. LEX ARTIS

El conocimiento humano es un recurso que se encuentra en cambio permanente pues crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo; en definitiva cambia y configura la lex artis escrita, cuya aplicación robustece el juicio técnico y se materializa en el ejercicio de medios que traen implícito el proceso de prestación de servicios de salud.

Los documentos regulatorios buscan elaborar y presentar un escrito de valor práctico por medio del concurso de los profesionales, directa o indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándar que permita proveer a los derechohabientes una atención de calidad homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales y técnicos que laboran en el ISSS.

El proceso de elaboración y revisión (actualización) de los documentos normativos implica una revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes actualizadas y validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales, teniendo como prioridad la vida y la salud de los derechohabientes.

Las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo en los centros de atención es otro ser humano, cuya vida y salud le confieren una identidad propia, pues no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades, sino personas. Es por eso que bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales.

Siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicará todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de los derechohabientes todos los medios materiales de los que dispone la Institución, así como todos los medios académicos y laborales que disponen los profesionales de la salud que prestan la atención directa, quienes forman parte de la cadena de actores que abonan al producto final que nos inspira: La vida y la salud de los derechohabientes.

Debemos estar conscientes de que no hay escrito regulatorio que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir, y un caso particular –como lo son todos y cada uno- siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros, actuar de forma coherente con nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud de los derechohabientes; entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y responsabilidad de justificar y registrar por todos los medios formales, una conducta que



ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

El paso del tiempo trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología. La regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada y validada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucional, de acuerdo a la evidencia; pero mientras eso ocurre, todos los profesionales de la salud están en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que a criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por la Institución.

## B. MARCO LEGAL

### CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR

Art.1.- El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. ASIMISMO RECONOCE COMO PERSONA HUMANA A TODO SER HUMANO DESDE EL INSTANTE DE LA CONCEPCION.

En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

### LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

**Objeto de la Ley.** Art. 1.- El objeto de la presente Ley es regular y garantizar los derechos y deberes de los pacientes que soliciten o reciban servicios de salud, así como de los prestadores de servicios en el ámbito público, privado y autónomo, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

**Ámbito de Aplicación.** Art. 2.- El ámbito de la presente Ley, es de obligatorio cumplimiento para todos los pacientes y usuarios que utilicen los servicios de salud, y todas las instituciones públicas, privadas o autónomas, incluido el Instituto Salvadoreño del Seguro Social que se dediquen a la prestación de servicios de salud



**Derecho de Atención.** Art. 10.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido de manera oportuna, eficiente y con calidad, por un prestador de servicios de salud cuando lo solicite o requiera, que comprende las acciones destinadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos de acuerdo a las normas existentes.

**Derecho a Trato Igualitario.** Art. 11.- El paciente recibirá en todo momento de su atención un trato digno, con respeto, esmero, cortesía, resguardando su dignidad humana e intimidad y sin ningún tipo de discriminación por razones de raza, sexo, religión, edad, condición económica, social, partidaria, política e ideológica.

**Derecho a una Atención Calificada.** Art. 12.- El paciente tiene derecho a una atención en salud con calidad y calidez, con profesionales y trabajadores de salud debidamente acreditados, certificados y autorizados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones, en el ámbito público y privado.

**Derecho a la Información.** Art. 13.- El paciente o su representante, deberá recibir en forma verbal y escrita, del prestador de servicios de salud, durante su atención, la siguiente información, de manera oportuna, veraz, sencilla y comprensible de acuerdo a su problema:

- a) Nombre completo del profesional de la salud que lo atenderá y su número de registro en la Junta de Vigilancia;
- b) Su diagnóstico, tratamiento, alternativas, riesgo, evolución y pronóstico respectivo;
- c) Recibir la información y explicación de manera oportuna y lo más clara posible de su diagnóstico, de sus exámenes de laboratorio, de su tratamiento, imágenes, biopsias; así como de los efectos secundarios de medicamentos y procedimientos;
- d) Duración estimada de estadía en caso de hospitalización y tratamiento; en los casos que se puedan precisar;
- e) Las posibilidades de éxito, riesgo y las consecuencias de rechazar o interrumpir un tratamiento.

Toda información antes mencionada será proporcionada al representante, cuando el paciente no se encuentre en uso de sus plenas facultades.

**Derecho de Consentimiento Informado.** Art. 15.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante y el prestador de servicios de salud, luego de recibir información adecuada, suficiente y continua; lo que deberá constar por escrito y firmado por el paciente o su representante, en el formulario autorizado para tal fin.

**Derecho a la Privacidad.** Art. 19.- A todo paciente se le garantizará la privacidad e intimidad durante su exploración clínica y estadía hospitalaria. El paciente podrá hacerse acompañar de un familiar si así lo estimare. Para los casos en los que esté involucrado un niño, niña o adolescente o discapacitado, siempre deben estar acompañados de familiar o representante legal.



**Derecho a la Confidencialidad.** Art. 20.- Los pacientes tendrán derecho a que se respete el carácter confidencial de su expediente clínico y toda la información relativa al diagnóstico, tratamiento, estancia, pronósticos y datos de su enfermedad o padecimiento, a menos que por autorización escrita del mismo o porque existan razones legales o médicas imperiosas, se deba divulgar tal información.

**Derecho a Segunda Opinión.** Art. 22.- Los pacientes, familiares o representante, tendrán derecho a solicitar una segunda opinión en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y a las alternativas terapéuticas, ante cualquier tipo de inquietud o duda. En el área privada los costos serán asumidos por el paciente.

**Derecho a Medicamentos y Otros.** Art. 24.- Los pacientes en el ámbito público y los pacientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, tienen derecho a medicamentos del listado oficial de medicamentos, insumos médicos, y exámenes de laboratorio y gabinete, indicados por el facultativo, de acuerdo al nivel de atención, y basados en las normas y protocolos de atención de cada institución.

**Deber de Respetar al Equipo de Salud** Art. 26.- Todo paciente, familiar, acompañante o representante legal, que solicite o reciba un tratamiento ambulatorio u hospitalario, deberá tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos; así como a otros pacientes que se encuentren solicitando o recibiendo servicios de salud; a excepción de aquellos pacientes cuyo estado clínico comprometa su conducta.

**Deberes de los Pacientes.** Art. 27.- Todo paciente o representante legal que solicite o reciba un servicio de salud ambulatorio u hospitalario, para su adecuado diagnóstico y tratamiento, tendrá los siguientes deberes:

- a) Proporcionar información veraz y completa de sus datos personales, de sus antecedentes personales y familiares, y del motivo de su consulta u hospitalización;
- b) Cumplir las indicaciones y prescripciones que les brinde el personal de salud y someterse a las medidas que se le indiquen, cuando su estado pueda constituir perjuicio a la salud pública;
- d) Hacer uso adecuado y racional de las prestaciones farmacéuticas e incapacidad laboral;
- e) Dejar constancia por escrito cuando se rehúse a seguir las prescripciones médicas y los métodos de tratamiento del prestador de servicios de salud, o cuando cause alta voluntaria.

**Deber de Cumplir Prescripciones Médicas.** Art. 28.- Todo paciente, familiares o representante legal deberá asumir y cumplir con las prescripciones generales y específicas emanadas del prestador de servicios de salud, a fin de cumplir su tratamiento y restablecer su estado de salud; esto incluye aceptar el alta médica hospitalaria cuando haya finalizado su proceso asistencial.



**Derecho de los Prestadores de Servicios de Salud a un Trato Respetuoso.** Art. 30.- Recibir de parte de todo paciente, acompañante o familiares, del equipo y personal relacionado con su trabajo, un trato respetuoso, sean éstos profesionales, técnicos o administrativos, así como la colaboración necesaria para el mejor desempeño de sus funciones.

**Derechos de los Profesionales de la Salud.** Art. 31.- Además de los derechos regulados por el Código de Salud en su artículo 34 y otras disposiciones relativas a la materia, los profesionales de la salud gozarán de los siguientes derechos:

- a) El profesional de la salud de acuerdo a su experiencia, capacidad y recursos instalados, decidirá el mejor procedimiento de atención, respetando las normas, protocolos institucionales y los reconocidos internacionalmente;
- b) Obtener del paciente y los familiares, la colaboración necesaria para el mejor desempeño de sus funciones;
- c) Dejar constancia por escrito de su negativa a efectuar actos ajenos a la naturaleza de su profesión, las funciones de su cargo y las condiciones acordadas con el paciente o la institución;
- e) Recibir de la autoridad competente la colaboración necesaria para el mejor desarrollo de sus funciones.

**Deberes de los Prestadores de Servicios de Salud, de dar trato respetuoso a Pacientes y Familiares.** Art. 32.- Todo prestador de servicios de salud en todo el proceso de espera, consulta, u hospitalización, deberá proporcionar al paciente, representante legal o familiar un trato digno y respetuoso.

**Deberes de los Prestadores de Servicios de Salud.** Art. 33.- Todo prestador de servicios de salud, tendrá los deberes siguientes:

- a) Dar cumplimiento y asegurar la difusión de los derechos y deberes que esta Ley consagra, a todas las personas en atención a su salud;
- b) Explicar a los pacientes y usuarios, de forma clara, concisa y detallada sobre la enfermedad o padecimiento que adolezcan, y su diagnóstico, tratamiento, medicación, duración y posibles efectos secundarios;
- c) Garantizar el secreto profesional, tal como se especifica en el artículo 20 de la presente Ley;
- d) Custodiar los expedientes clínicos de los pacientes, adoptando las medidas técnicas y procedimientos adecuados para el resguardo y protección de los datos contenidos en los mismos y evitar su destrucción o pérdida;
- e) Tener una actuación diligente, profesional, ética y moral, y deberá responder cuando por negligencia, impericia, ignorancia, abandono inexcusable, cause daño o la muerte a un paciente;
- f) Colocar en sus instalaciones y establecimientos de manera pública y visible, los derechos y deberes de los pacientes; y,



g) Aplicar el mejor procedimiento de atención, respetando las normas institucionales establecidas, de acuerdo a su experiencia, capacidad y recursos instalados.

**Deber de Informar.** Art. 34.- Todo prestador de servicios de salud, explicará al paciente de manera detallada lo estipulado en el artículo 13 de la presente Ley.

**Responsabilidad por Contratación de Personal.** Art. 35.- Todos los prestadores de servicios de salud sean públicos o privados, incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, serán responsables de las acciones de los trabajadores contratados bajo cualquier modalidad de contratación; por lo tanto, en los términos de licitación y posterior contratación se incluirán cláusulas para dar cumplimiento a la presente Ley.

**De los Pacientes.** Art. 36.- Todo paciente que acude a recibir un servicio de salud, tendrá prohibido lo siguiente:

- a) Ofrecer a prestadores de servicios públicos de salud cualquier tipo de recompensa en carácter de pago directo por un servicio recibido;
- b) Proferir todo tipo de insultos, maltratos físicos, a los prestadores de servicios de salud, sean estos profesionales, técnicos o administrativos, otros pacientes o acompañantes;
- c) Consumir todo tipo de drogas no prescritas o ilegales, bebidas embriagantes y consumo de tabaco al interior de todo tipo de establecimiento de salud;
- d) Consumir alimentación y medicamentos no prescritos por el facultativo en el momento de estar hospitalizado, y que pongan en peligro o retrase su recuperación;
- e) Proporcionar información no veraz, incompleta y falta de datos personales de su salud, al profesional de la salud;
- f) No acatar los tratamientos y las indicaciones médicas que prescribe el profesional de la salud, salvo las excepciones indicadas en el literal e) del artículo 27;
- g) Irrespetar la intimidad de los demás pacientes y realizar actos indecorosos; y,
- h) Atentar contra la dignidad, honor y credibilidad de los prestadores de servicios de salud.

**De los Prestadores de Servicios de Salud** Art. 37.- Se prohíbe a los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, en cualquiera de sus profesiones y especialidades:

- a) Proferir todo tipo de insultos a los pacientes, familiares o responsables estando en el interior de todo establecimiento público o privado de salud;
- b) Permitir el uso de su nombre a persona no facultada por la Junta respectiva, para que ejerza la profesión;
- c) Difamar, calumniar o tratar de perjudicar por cualquier medio a otro profesional en el ejercicio de la profesión;
- d) Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos anticientíficos o dudosos;
- e) Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles;
- f) Anunciar o aplicar fármacos sin efectos terapéuticos, atribuyéndoles alguna acción; excepto aquellos utilizados con efecto placebo, debidamente justificado por el profesional de la salud;



- g) Anunciar características técnicas de sus equipos o instrumental que induzca a error o engaño;
- h) Expedir certificados en los que se exalten o se elogien la calidad o cualidad de los instrumentos o productos elaborados y distribuidos, sin respaldo de estudios validados;
- i) Publicar falsos éxitos profesionales, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño;
- j) Utilizar y publicar en medios de difusión, falsas referencias a técnicas o procedimientos personales, o que no correspondan a su formación profesional y que induzca al engaño;
- k) Publicar cartas de agradecimiento de los pacientes;
- l) Practicar hipnosis con otra finalidad, que no sea del ejercicio mismo de su profesión;
- m) Delegar en su personal técnico o auxiliar, facultades y funciones o atribuciones propias de su profesión;
- n) Expedir certificaciones profesionales por complacencia o dando datos falsos sobre el padecimiento de enfermedades no existentes; y,
- o) Aplicar tratamientos que no sean adecuados, con el objeto de mantener latente la enfermedad o afección, con el propósito de obtener honorarios permanentes del paciente. Lo anterior sin perjuicio de las demás prohibiciones establecidas en las leyes relativas a la salud, y los Reglamentos.

## **CÓDIGO DE SALUD**

Art. 4.- Quedan sujetos a las disposiciones del presente código, la organización y funcionamiento del Consejo Superior de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que vigilaran el ejercicio de las profesiones relacionadas de un modo inmediato con la salud del pueblo; los organismos y servicios de salud pública, los servicios de salud privada e instituciones oficiales autónomas que presten servicios de Salud.

Art. 33.- Son obligaciones de los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes, relacionados con la salud, las siguientes:

- a) Atender en la mejor forma a toda persona que solicitare sus servicios profesionales, ateniéndose siempre a su condición humana, sin distingos de nacionalidad, religión, raza, credo político ni clase social;
- b) Cumplir con las reglas de la ética profesional adoptadas por la Junta respectiva;
- c) Cumplir con las disposiciones del presente Código y los Reglamentos respectivos;
- ch) Colaborar gratuitamente cuando sus servicios fueren requeridos, por las autoridades de salud y demás instituciones y organismos relacionados con la salud, en caso de catástrofe, epidemia u otra calamidad general;
- d) Atender inmediatamente casos de emergencia para los que fueren requeridos;
- e) Cumplir con las disposiciones vigentes, sobre prescripción de estupefacientes psicotrópicos y agregados; y,
- f) Todas las demás obligaciones y responsabilidades que conforme al presente Código y sus reglamentos les correspondan.



Art. 34.- Son derechos de los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes relacionados con la Salud, entre otros los siguientes:

c) Transferir pacientes a otros profesionales cuando en beneficio de una mejor atención lo consideren necesario.

Art. 35.- Se prohíbe a los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes, relacionados con la Salud:

a) Permitir el uso de su nombre a persona no facultada por la Junta respectiva, para que ejerza la profesión;

b) Difamar, calumniar o tratar de perjudicar por cualquier medio a otro profesional en el ejercicio de la profesión;

c) Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos anti-científicos o dudosos;

ch) Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles;

d) Anunciar o aplicar fármacos inocuos, atribuyéndoles acción terapéutica;

e) Anunciar características técnicas de sus equipos o instrumental que induzca a error o engaño;

h) Publicar falsos éxitos profesionales, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño;

i) Publicar referencias a técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados en la respectiva profesión;

l) Delegar en su personal técnico o auxiliar, facultades y funciones o atribuciones propias de su profesión;

ll) Expedir certificaciones profesionales por complacencia o dando datos falsos sobre el padecimiento de enfermedades no existentes; y,

m) Las demás que la Junta respectiva, el presente Código y los Reglamentos respectivos les prohíban.

Art. 37.- El secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión. El interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de la familia y la respetabilidad del profesional exigen el secreto por lo cual deben mantener confidencialmente cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de su profesión.

Art. 38.- El Secreto profesional se recibe bajo dos formas:

a) El secreto explícito formal, textualmente confiado por el paciente al profesional; y,

b) El secreto implícito que resulta de las relaciones del paciente con el profesional.

El secreto profesional es inviolable; salvo el caso de que, mantenerlo, vulnere las leyes vigentes o se tenga que revelar en un peritaje o para notificar enfermedades infecto contagiosas ante las autoridades de salud.

Art. 39.- Los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes relacionados con la salud, son responsables legalmente de sus actos en el ejercicio profesional, cuando por negligencia, impericia, ignorancia, abandono inexcusable, cause daño o la muerte del paciente.



## POLÍTICA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

---

### IV. PRINCIPIOS RECTORES.

- Orientación hacia objetivos.
- Atención centrada en la persona.
- Enfoque preventivo.
- Enfoque integral e integrado.
- Enfoque de género.
- Enfoque de derechos humanos.
- Liderazgo.
- Fortalecimiento de los servicios de salud.
- Intervenciones transversales.
- Sostenibilidad.

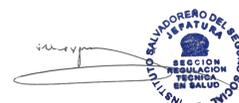
### NORMAS CONTROL INTERNO ESPECIFICOS DEL ISSS.

---

Art 2. El sistema de control interno: Es el conjunto de procesos continuos, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa, operativa y jurisdiccional realizada por los servidores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, diseñados para evitar o minimizar los riesgos internos y externos que afectan las actividades del Instituto, detectando y previniendo las desviaciones que puedan alterar la coherencia entre la acción y objetivos, proporcionando un grado de seguridad razonable en la eficiencia, eficacia, y economía de las operaciones, en la confiabilidad de la información financiera y en el cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Art. 3. El sistema de control interno proporcionará al Instituto seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Objetivos de gestión: Están relacionados con la eficiencia, eficacia y transparencia de los procesos administrativos en el desarrollo de las auditorías y rendición de cuentas.
- Objetivos relacionados con la información: Impactan en la efectividad del reporte de la información suministrada a nivel interno y externo y va más allá de la información financiera.
- Objetivos relacionados con el cumplimiento de leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, y otras regulaciones aplicables: Están relacionados con el cumplimiento de la normativa legal y técnica aplicable a la gestión del Instituto, por parte de sus servidores.



Art. 48. Los Centros de Atención, Unidades y Divisiones del área administrativa del ISSS se regirán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos respectivamente y, además de toda la normativa legal vigente, aplicable al correspondiente Centro de Atención, los cuales deberán ser actualizados periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Art. 49. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas velar por la mejora de los procesos, actualizaciones que deben ser expresadas en Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos y demás normativa legal vigente, a fin de garantizar la eficiencia de los mismos.

Art. 50. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas que conforman el ISSS, la divulgación interna y el cumplimiento de las normas y procedimientos, establecidos en los Manuales de Normas y Procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, cada vez que estos sufran modificaciones o actualizaciones, a fin de que se garantice el óptimo funcionamiento de los mismos.

Art. 51. Será responsabilidad de todas las dependencias informar al Jefe inmediato superior cualquier diferencia, inconsistencia, falla de los sistemas de información u omisión a los procedimientos a fin de actualizar los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, u otra normativa legal vigente, y aplicar acciones correctivas correspondientes.

## C. INTRODUCCIÓN

El cáncer ha sido tradicionalmente reconocido como un padecimiento de mal pronóstico. Afortunadamente, los conocimientos y las prácticas en torno a éste han tenido una profunda transformación, con el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas que han permitido prevenir, controlar y mejorar la supervivencia de los pacientes. En este sentido se ha transformado su evolución, lográndose su clasificación dentro del grupo de enfermedades crónicas.

El cáncer, como grupo, representa la causa más importante de mortalidad en el mundo, con un número de muertes que superan a la enfermedad isquémica del corazón o cualquier otra agrupación de enfermedades específicas. De acuerdo a información reportada en 2017 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer en 2015 provocó 8.8 millones de defunciones, identificando como los cinco tipos de cáncer responsables del mayor número de fallecimientos, a los siguientes: cáncer pulmonar (1,69 millones), cáncer hepático (788,000), cáncer colorectal (774,000), cáncer gástrico (754,000) y de mama (571,000). Se estima que el número anual de casos nuevos de cáncer en el mundo aumentará a casi 22 millones para 2030.



En los países de Centroamérica se estiman unos 176,000 casos nuevos de cáncer al año y aproximadamente 108,000 muertes anuales por esta causa, siendo aquí los tipos más frecuentes los de mama, próstata, cérvix uterino, estómago, colon-recto y pulmón, observándose con ello un patrón de comportamiento similar con lo descrito a nivel mundial. Actualmente nuestro país se encuentra en el proceso de construcción de un registro de cáncer de base poblacional. El ISSS cuenta con un registro de morbilidad de cáncer a través del Registro de Tumores en el Hospital de Oncología, el cual es alimentado por medio de información del Departamento de Patología y enviado al Sistema de Estadísticas en Salud (SES), que es el que brinda los datos estadísticos oficiales. Algunas localizaciones tumorales tienen el carácter de enfermedad de notificación obligatoria (mama, cuello uterino) en el SIVE (Sistema de Vigilancia Epidemiológica). Durante los últimos seis años la incidencia de casos nuevos de neoplasias registrados bajo esta vía ha presentado variaciones, que ameritarían efectuar un análisis detallado.

La atención del cáncer presenta retos importantes, dado que reúne más de 150 patologías con características biológicas diferentes, que requieren condiciones de diagnóstico y tratamiento específico, según su frecuencia y cada una de sus particularidades. De manera adicional, el número creciente de casos y el mayor número de supervivientes hacen que la atención del cáncer se haya constituido en un objeto de vital interés para todos los sistemas de salud, sin excepción. Por tanto, el manejo del paciente oncológico no es exclusivo de los servicios o centros especializados, pues su abordaje debe iniciar en la atención primaria. El médico de atención primaria deberá ser el primer contacto con el paciente oncológico durante el curso de la enfermedad, pues es quien le atiende y resuelve sus problemas básicos de salud, trabajando en conjunto con los especialistas pertinentes de los diferentes niveles de atención cuando sus patologías de base lo requieran. Bajo esta premisa, a nivel institucional se deberán realizar las modificaciones de procesos necesarias, con el objetivo de lograr una integración funcional entre sus centros de atención primaria y los servicios específicos de oncología.

La coordinación a nivel institucional entre la atención primaria y la atención especializada deberá incluir la organización como equipo de un extenso número de profesionales que trabajen en estrecha colaboración con el objetivo primordial de proporcionar a los pacientes oncológicos una atención sanitaria integral y de la mayor calidad posible, que asegure la continuidad de los cuidados así como la detección temprana de los problemas clínicos específicos que puedan presentarse en el curso de la enfermedad.

El tratamiento del cáncer tiene tres pilares fundamentales: Cirugía, radioterapia, y quimioterapia, con la subsecuente rehabilitación o cuidado paliativo, los cuales han tenido un gran desarrollo durante los últimos años y que en la actualidad exige, en aras de lograr una mayor eficacia terapéutica, un enorme trabajo ya no centrado en las prácticas individuales, sino en una labor integrada y desarrollada por equipos multidisciplinarios.



En este sentido la presente “**NORMA PARA LA ATENCION ONCOLÓGICA DEL ISSS**” será el documento normativo que tiene por objetivo orientar sobre los procesos de tipo técnico-operativo-administrativos para la atención de pacientes con patología oncológica, desde el momento de su sospecha inicial en cualquier centro de atención institucional; constituyéndose en una valiosa herramienta de apoyo con que podrán contar todos los profesionales de salud inmersos en la atención de la población derechohabiente.

## D. ATENCION ONCOLÓGICA INSTITUCIONAL

La complejidad del proceso de manejo integral del cáncer (entre otros factores, por la cantidad de personal de salud involucrado) amerita una coordinación eficiente, a fin de asegurar la continuidad en el cuidado de los pacientes. La adecuada participación de intermediarios entre el centro de atención especializada de tercer nivel y los profesionales locales de atención primaria es un factor clave en el éxito de la atención ofertada y brindada.

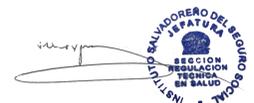
Para garantizar el acceso oportuno, equitativo y de calidad a los servicios de atención al paciente con cáncer (incluyendo los cuidados paliativos) es necesario formular un modelo de atención oncológica que considere el respeto a la autonomía, dignidad e integridad de las personas atendidas y que reconozca su rol activo y el de su familia en la definición e implementación de las acciones pertinentes sobre su enfermedad.

La implementación de la atención oncológica institucional contemplará el cumplimiento de los siguientes principios:

**a. Énfasis en la promoción, prevención y diagnóstico temprano.** La prevención y la búsqueda continuada deberá ser una estrategia activa institucional de disminución o eliminación de la exposición a los factores causales identificados de los diferentes tipos de cáncer, incluyendo esto la reducción de la susceptibilidad individual a los efectos ocasionados por dichas causas.

Para ello, es necesario implementar por parte de todos los centros de atención un conjunto de acciones de manera coordinada e integrada, con énfasis en el empoderamiento a las personas, familias y comunidad sobre el hecho de asumir la responsabilidad de mantenerse sanos, brindándoles en cada oportunidad de contacto del personal de salud con ellos, la información correspondiente de acuerdo al grupo etario.

**b. Aseguramiento al acceso equitativo de diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos.** El Instituto trabajará permanentemente para que los derechohabientes, independientemente de sus características individuales, tengan las mismas oportunidades para acceder a los servicios de salud que le brinden:



- Orientación pertinente en la búsqueda de reducir su riesgo a desarrollar cáncer.
- Acceso a las estrategias de tamizaje institucionales existentes.
- Oportunidad de detección temprana si este se produce.
- Acceso a tratamiento de manera oportuna y de calidad si lo amerita.
- Medidas de rehabilitación o de cuidados paliativos, según sea el caso.

**c. Ruta del paciente.** La atención oncológica en el ISSS contemplará que toda persona con diagnóstico de cáncer deberá contar con un plan individual (o "ruta del paciente") descrito en su expediente clínico, que contenga la información completa sobre el abordaje de su patología que incluya tratamientos específicos, plazos de citas y atenciones, resultados de evaluaciones, entre otros; haciendo énfasis en que el involucramiento del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en cualquier estrategia de atención, siendo fundamental que la información que se le facilite durante el proceso asistencial deba ser clara, precisa y suficiente.

De igual manera, se debe garantizar la participación del paciente en todas aquellas decisiones sobre su tratamiento, asegurando su derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o medida terapéutica vinculada a la atención de su salud.

**d. Atención integral y continuidad en redes integradas.** La red institucional establecida de atención oncológica velará por la continuidad y la atención integral de las personas con cáncer, mediante una organización estructurada en todos sus niveles.

Los centros de atención promoverán la identificación de las personas con factores de riesgo, a fin de brindarles un manejo apropiado en prevención primaria y secundaria.

**e. Calidad de la atención.** El personal de salud deberá brindar una atención oportuna con calidad y calidez en las acciones preventivas, diagnósticas, de tratamiento y cuidados paliativos definida en el presente documento, con el objetivo de minimizar la variabilidad en la atención oncológica y mejorar, con ello, los resultados.

**f. Información e investigación para la toma de decisiones.** Todas las acciones que se implementen para cumplir los objetivos de la atención deben basarse en la utilización de información con la mejor evidencia disponible. Esta debe ser la guía para una toma de decisiones racional, efectiva y eficiente en lo concerniente al manejo de cada caso.



## E. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Regular y estandarizar el proceso de atención del derechohabiente con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer en los diferentes centros de atención del ISSS.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Estandarizar las estrategias de promoción de salud y prevención de los principales factores de riesgo del cáncer.
- Establecer las recomendaciones institucionales y estrategias para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno del cáncer.
- Definir el proceso de atención y la estructura organizativa institucional para los derechohabientes con sospecha o diagnóstico establecido de cáncer.

## F. CAMPO DE APLICACION

La presente normativa es de observancia obligatoria para los profesionales que brindan atención de salud en los diferentes centros de atención del ISSS, de acuerdo a su portafolio de servicios: Médicos generales en todos los ámbitos institucionales a nivel intra y extramural, médicos empresariales, médicos especialistas y personal de salud no médico y de apoyo, con énfasis en el personal del Departamento de Oncología del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.

El personal antes descrito tomará en cuenta los preceptos contenidos en este documento atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en beneficio del usuario.

## G. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA POR NIVELES DE COMPLEJIDAD

La estructura organizativa de la red institucional de servicios en los diferentes niveles de atención del ISSS para la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer, cuya interrelación funcional se describe más adelante, estará conformada por:

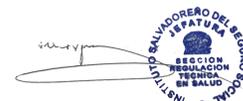
- a. Médicos y personal de enfermería de clínicas empresariales, equipos básicos de salud de clínicas comunales, y médicos generales, personal de enfermería, educadores en salud y trabajadores sociales de la consulta externa de las unidades médicas.



- b. Médicos especialistas (Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Medicina Familiar y otras), así como los médicos sub-especialistas de consulta externa y hospitalización de los diferentes centros de atención.
- c. Médicos generales, especialistas y sub-especialistas que brindan atención en las emergencias institucionales.
- d. Médicos, enfermeras y personal de apoyo de la consulta externa y hospitalización de los servicios oncológicos, así como de la Clínica de Atención Inmediata oncológica del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
- e. Médicos, enfermeras y personal de apoyo que brinda cuidados paliativos.

## H. BUSQUEDA DE CANCER

1. El personal de salud institucional deberá realizar la búsqueda permanente, intencionada y dirigida de signos y síntomas sugestivos de cáncer en el ámbito de sus competencias, descritos en el numeral 9 del presente documento.
2. El personal de salud institucional del ámbito ambulatorio deberá realizar las pruebas de tamizaje disponibles a su población asignada según portafolio de servicios de acuerdo a la Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta vigente, descritas en el numeral 8 del presente documento.
3. El personal médico de la consulta ambulatoria, los servicios de emergencia y hospitalización institucionales deberán referir con premisa de alto riesgo a todo paciente con confirmación de cáncer a través del reporte histopatológico a la consulta externa o la Clínica de Atención Inmediata (CAI) de Oncología para completar su estudio e iniciar su tratamiento.
4. El personal médico de la consulta ambulatoria, los servicios de emergencia y hospitalización institucionales deberán referir a todo paciente con alta sospecha de cáncer a la consulta externa o la Clínica de Atención Inmediata (CAI) de Oncología, con estudios de laboratorio y gabinete que sustenten la aproximación diagnóstica compatible con una condición oncológica.
5. El paciente en el que se necesite descartar la presencia de una patología y que amerite un procedimiento para tal efecto en el ámbito de la atención ambulatoria, deberá ser referido a la consulta externa especializada de la red que disponga de los estudios necesarios para su diagnóstico oportuno.



## I. EDUCACION Y PREVENCION PRIMARIA

6. El personal de salud institucional deberá planificar e implementar acciones locales de manera coordinada e integrada para la prevención y detección temprana del cáncer, las cuales deberán incluir educación sobre la exposición a sus causas, según documento regulatorio específico vigente.
7. Las medidas de educación y prevención primaria a desarrollarse deberán elaborarse y llevarse a cabo en búsqueda intersectorial de los siguientes objetivos, según los documentos regulatorios vigentes:
  - I. **Disminuir el consumo de tabaco y exposición al humo:**
    - Advertir permanentemente de los peligros del tabaco.
    - Promover estrategias para desincentivar el consumo, ofreciendo asistencia al paciente fumador para el abandono del tabaco.
    - Apoyar y promover el desarrollo de servicios de cesación de fumado.
  - II. **Promover la actividad física y prevenir la obesidad y el sedentarismo:**
    - Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada hasta los 2 años de vida.
    - Impulsar el consumo de frutas, verduras y hortalizas variadas.
    - Evitar o disminuir el consumo de alimentos procesados.
    - Educar sobre la disminución en el consumo de azúcar, dulces, bebidas y jugos azucarados.
    - Incentivar la ingesta de por lo menos 8 vasos de agua al día.
    - Promover la actividad física según la condición individual de las personas.
  - III. **Evitar o disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias de uso lesivo.**
  - IV. **Detectar exposiciones medioambientales de riesgo:**
    - Educar sobre los efectos de la exposición prolongada a radiación solar, químicos, material particulado en el aire, entre otros.
  - V. **Promover y educar sobre factores de riesgo directos:**
    - Realizar promoción de estilos de vida saludable así como de educación sobre signos y síntomas de alarma en personas con antecedentes de cáncer, para disminuir el riesgo de aparición de metástasis y recurrencias.
    - Promover y educar acerca del autoexamen de mamas y la citología cervico-uterina, así como el médico de atención primaria debe realizar a sus pacientes el examen físico mamario como mínimo una vez al año.
    - Promover y educar acerca de conductas sexuales de riesgo.



## J. TAMIZAJE O DETECCIÓN PRECOZ

8. El personal de salud institucional promocionará e indicará los estudios de tamizaje para los tipos de cáncer (cáncer cervico-uterino, mama y colo-rectal) en los que a la fecha existen evidencias de que éste es relevante de la siguiente manera:
- **Cáncer cervico-uterino:** Prueba de citología cervico-uterina cada 2 años a todas las mujeres sexualmente activas a partir de los 20 años (quedando a criterio médico iniciarlo en las menores de esta edad que hayan iniciado relaciones sexuales), de acuerdo a la norma institucional vigente de ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER.
  - **Cáncer de mama:** Mamografía cada 2 años a toda mujer entre los 40 y 50 años, y luego cada año hasta los 69 años, de acuerdo a la norma institucional vigente de ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER.
  - **Cáncer de colon:** Sangre oculta en heces anual en pacientes desde los 50 hasta los 80 años.

## K. DIAGNOSTICO TEMPRANO

9. Los médicos de los diferentes niveles de atención institucionales deberán:
- Mantener una actitud permanente de sospecha de cáncer ante los signos y síntomas de alarma, a fin de lograr un diagnóstico temprano.
  - Tener presentes y claras las medidas diagnósticas y terapéuticas a tomar, en caso de identificarlos en los pacientes a su cargo.
  - Cumplir las recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos con respecto a la sospecha y diagnóstico temprano de cáncer, de acuerdo a los documentos regulatorios vigentes.
  - Realizar pesquisa de caso en familiares de pacientes con diagnóstico de cáncer, debido a la carga de riesgo por el linaje familiar oncológico.
10. La información que facilite el personal de salud al paciente y sus familiares durante el proceso asistencial de atención oncológica, deberá ser clara, precisa, comprensible y suficiente.
11. Ante la sospecha de patologías oncológicas, los médicos de los diferentes niveles de atención institucionales deberán cumplir las siguientes indicaciones:



## i. Sospecha de cáncer de estómago.

**Referencia oportuna a consulta especializada de la red** para indicación de endoscopia (sin requerimiento de estudio de rayos x de tubo digestivo superior previo) a pacientes de cualquier edad con:

Dispepsia resistente a tratamiento con antiH2 e inhibidores de bomba de protones + cualquiera de los siguientes síntomas:

- Sangrado gastrointestinal.
- Disfagia.
- Pirosis.
- Epigastralgia.
- Hiporexia.
- Pérdida progresiva e inexplicable de peso.
- Náuseas.
- Vómitos persistentes.
- Anemia.
- Detección de tumoración epigástrica.

## ii. Sospecha de cáncer de pulmón.

**Rayos X postero-anterior de tórax** en:

- Pacientes fumadores activos de 2 o 3 cigarrillos - día o pasivos (actual o que haya cesado dentro de los 10 años previos).
- Pacientes con exposición actual o previa a asbesto, silicio, químicos, fibras de hilo sintético o polvillo de madera.
- Pacientes mayores de 40 años con 2 o más de los siguientes síntomas y signos sin causa evidenciable: Tos persistente, disnea, dolor torácico, pérdida de peso, hiporexia, hemoptisis, linfadenopatía supraclavicular o cervical persistente, trombocitosis.

Referencia a consulta especializada de la red a los pacientes con hallazgos radiológicos sugestivos de patología oncológica, para los estudios complementarios de acuerdo a su riesgo.



### iii. Sospecha de cáncer de hígado, páncreas y vías biliares.

**Referencia oportuna a consulta especializada de la red** con resultados de pruebas de función y colestasis hepática (según criterio médico) a pacientes de 40 años o más que presenten ictericia acompañada o no de pérdida de peso.

### iv. Sospecha de cáncer de mama.

**Referencia oportuna a consulta ginecológica de la red** a pacientes con:

• Tumoración en mama o axila.	• Tumefacción en mama o axila.
• Cambios en la piel de una o ambas mamas.	• Salida de secreción de uno o ambos pezones.
• Retracción en un solo pezón acompañada o no de dolor.	

### v. Sospecha de cáncer colorectal

**Sangre oculta en heces** en pacientes con uno de los siguientes síntomas o hallazgos sin explicación, aun sin sangrado rectal activo:

- Dolor abdominal.
- Pérdida de peso.
- Cambios en su hábito intestinal.
- Anemia.
- Tumoración anal o rectal.
- Prurito anal persistente.

**Referencia oportuna (\*) a consulta especializada** de la red a:

- Pacientes mayores de 40 años con dolor abdominal persistente y pérdida de peso inexplicable.
- Pacientes mayores de 50 años con sangrado rectal inexplicable.



- Pacientes mayores de 60 años con anemia, cambios en su hábito intestinal, o pruebas que muestren sangre oculta en sus heces.
- Pacientes de cualquier edad con hallazgos anormales a la exploración ano-rectal.
- Pacientes con sangrado rectal (activo o demostrado en prueba de sangre oculta en heces positiva) y uno de los siguientes síntomas o hallazgos inexplicables:
  - ✓ Dolor abdominal.
  - ✓ Pérdida de peso.
  - ✓ Cambio en el hábito intestinal.
  - ✓ Anemia.
  - ✓ Tumorción anal o rectal.
  - ✓ Prurito anal persistente.

**(\*) Para la referencia de estos pacientes no se requerirá enema baritado.**

#### vi. Sospecha de cáncer hematológico.

**Hemograma completo (incluyendo plaquetas) y frotis de sangre periférica** a pacientes con cualquiera de los siguientes hallazgos:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia de hematomas, petequias, equimosis, gingivorragia, hematuria, enterorragia, hemorragias uterinas anormales o epistaxis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia de fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso mayor del 10%.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Astenia, adinamia, o fatiga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esplenomegalia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palidez de piel y tegumentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nódulos linfáticos de 1.5 cm. o palpables.</li> </ul>

**Referencia a consulta especializada de la red** a los pacientes que presenten uno de los hallazgos clínicos antes descritos, y con los resultados de estudios de laboratorio anormales.



## vii. Sospecha de cáncer de próstata.

**Examen rectal digital anual a pacientes hombres a partir de los 50 años.**

**Examen rectal digital y prueba de antígeno prostático específico (PSA)** en pacientes hombres mayores de 40 años, con cualquiera de los siguientes síntomas:

- Nicturia
- Retención urinaria.
- Frecuencia urinaria aumentada.
- Hematuria macroscópica asintomática.
- Historia de disfunción eréctil.

**Referencia a Consulta Externa de Urología**, para biopsia prostática a pacientes hombres con valores de PSA encima del rango de referencia expresado por el laboratorio institucional o anomalía prostática al tacto rectal.

**Referencia de Urología a Consulta Externa Oncológica del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico** a paciente con diagnóstico histopatológico confirmado de cáncer, para evaluación y manejo multidisciplinario.

## viii. Sospecha de cáncer de piel.

**Referencia a Consulta Externa de Dermatología** para evaluación y toma de biopsia (Todos los tumores de piel deberán tener resultado de reporte histopatológico) a pacientes con presencia de lesión o lesiones cutáneas pigmentadas sospechosa, con un puntaje ponderado de 7 o más puntos de la siguiente lista de control:

Características principales de las lesiones. (2 puntos a cada una si es positiva):	Características menores de las lesiones. (1 punto a cada una si es positiva):
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cambio de tamaño.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diámetro 7 mm o más.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Forma irregular.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inflamación.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Color irregular.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cambio en la sensación.</li></ul>

**Referencia inmediata sin biopsia a Clínica de Atención Inmediata de Hospital de Oncología** en casos de sospecha clínica de melanoma maligno.



**En todos los literales anteriores, el personal médico deberá referir a todo paciente con alta sospecha o confirmación de cáncer a la consulta externa o la Clínica de Atención Inmediata (CAI) de Oncología para completar su estudio y tratamiento.**

## L. RUTA DEL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA ONCOLOGICA

12. El personal de salud de la Clínica de Atención Inmediata Oncológica (CAI) o la consulta externa de los servicios oncológicos deberá evaluar a los pacientes referidos de los diferentes niveles de atención, con el objetivo de realizar la gestión clínica para su manejo pertinente.
13. El médico tratante deberá dejar constancia en el expediente clínico de la información brindada sobre diagnóstico, tratamiento, objetivo terapéutico, alternativas, riesgo, evolución y pronóstico; así como los efectos secundarios de medicamentos y procedimientos al paciente, su familiar o persona responsable.
14. Por cada procedimiento diagnóstico y terapéutico invasivo; así como cuando exista la indicación de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión secundaria sobre la salud del paciente, deberá existir un consentimiento informado según el formato institucional establecido (Anexo 1) con la información específica sobre el proceso a realizar.
15. El médico tratante deberá dejar constancia en la hoja de consentimiento informado vigente de la información brindada sobre diagnóstico, tratamiento, objetivo terapéutico, alternativas, riesgo, evolución y pronóstico así como los efectos secundarios de medicamentos y procedimientos, informándole de ello al paciente, su familiar o persona responsable. Este último hará constar de enterado con su firma en dicha hoja, en atención al artículo 13 de la LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.
16. El profesional médico de la subespecialidad oncológica correspondiente responsable del caso, establecerá la decisión sobre el manejo terapéutico de cada paciente, acorde al diagnóstico, pronóstico y el riesgo establecido con base a las guías clínicas, protocolos y bibliografía actualizada y pertinente, utilizando el portafolio de servicios institucional.
17. El médico responsable del caso deberá solicitar una revisión conjunta con el equipo de sub-especialistas del área específica, en todo paciente cuyas características individuales, comorbilidades y variabilidad clínica difieran respecto a guías clínicas internacionales y bibliografía vigentes o en aquellos casos con situaciones especiales, en búsqueda de la mejor decisión diagnóstica, terapéutica o pronóstica.



18. A todo paciente que presente una condición que, de acuerdo al diagnóstico y sus características individuales, amerite ser abordado de manera multidisciplinaria por 2 subespecialidades oncológicas, éstas deberán coordinar a la brevedad posible la debida revisión del caso, a fin de decidir el mejor abordaje terapéutico disponible, dejándose constancia en el expediente clínico del análisis y recomendaciones resultantes, y de haberle comunicado dicha información al paciente, su familiar o persona responsable, de lo cual hará constar éste último con su firma.
19. A todo paciente que presente una condición cuyo abordaje, de acuerdo al diagnóstico y pronóstico, amerite una evaluación por más de 2 subespecialidades oncológicas, los servicios clínicos involucrados gestionarán y agendarán de manera oportuna la discusión del caso por parte del Equipo Coordinador de Especialidades Oncológicas para la toma de decisiones en consenso sobre la conducta terapéutica a seguir, lo cual le será informado al paciente, su familiar o persona responsable, dejándose constancia de ello en el expediente clínico.
20. En el caso de que el procedimiento precise algún tipo de anestesia, se actuará de acuerdo a lo descrito en la NORMA DE MANEJO PERIOPERATORIO EN ANESTESIOLOGIA DEL ISSS vigente.

#### **M. EQUIPO COORDINADOR DE ESPECIALIDADES ONCOLOGICAS**

21. El Equipo Coordinador de Especialidades Oncológicas tendrá como objetivo principal garantizar la uniformidad y calidad de la conducta terapéutica, reduciendo la variabilidad clínica en las decisiones; procurando que los pacientes reciban la terapia adecuada, promoviendo además, el intercambio continuo de información entre los profesionales tratantes de los distintos niveles de atención.
22. El Equipo Coordinador de Especialidades Oncológicas estará constituido por un grupo de profesionales de las distintas áreas implicadas en el cuidado del cáncer, que establecerán la conducta terapéutica a seguir en los casos analizados por éste, utilizando guías clínicas internacionales y bibliografía vigente. Dicho equipo estará conformado por miembros permanentes y miembros de apoyo, estos últimos convocados de acuerdo a situaciones clínicas o puntos específicos a revisar.
23. Los miembros titulares del Equipo Coordinador de Especialidades Oncológicas serán:
  - El Jefe de Departamento de Oncología o su delegado, quien ejercerá las funciones de presidente.
  - El Jefe del Servicio de Oncología Clínica, o su delegado, quien ejercerá las funciones de secretario.



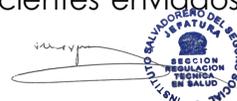
- El Jefe del Servicio de Radioterapia, o su delegado.
- El Jefe del Servicio de Ginecología Oncológica, o su delegado.
- El Jefe del Servicio de Hematología, o su delegado.
- El Jefe del Servicio de Cirugía Oncológica, o su delegado.

24. Los miembros de apoyo al Equipo Coordinador de Especialidades Oncológicas serán:

- El Jefe del Departamento de Consulta Externa de Oncología, o su delegado.
- El Jefe del Servicio de Medicina Nuclear, o su delegado.
- Un médico especialista designado del Servicio de Anatomía Patológica.
- Un médico especialista designado del Servicio de Radiología.
- Un médico especialista del Servicio de Infectología.
- Un médico especialista designado de la Unidad de Cuidados Paliativos y/o de la Unidad del Dolor.
- Un médico epidemiólogo local.
- Un profesional de enfermería local.
- Un profesional designado de la farmacia de Oncología.
- Un representante de Atención Primaria en Salud nombrado por la Subdirección de Salud.
- Otros miembros que a juicio del equipo se consideren oportuno incluir, según aplique.

25. Las funciones del Equipo Coordinador de Especialidades Oncológicas serán:

- a. Facilitar la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas adoptadas de forma óptima a cada situación clínica evaluada, con un enfoque multidisciplinario.
- b. Promover la estandarización del manejo de las diversas situaciones clínicas de una manera actualizada, consensuada y basada en la mejor evidencia científica y de evaluación de tecnología sanitaria disponibles para los siguientes ámbitos: Prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y seguimiento.
- c. Participar activamente en la generación, revisión y actualización de documentos que ayuden a optimizar los recursos disponibles utilizados en la detección temprana en los centros de atención institucionales, cuando le sea requerido.
- d. Coordinar y gestionar los servicios de atención oncológica para agilizar los pasos diagnósticos y terapéuticos (incluido el seguimiento posterior al tratamiento oncológico específico de cada uno de los pacientes).
- e. Proponer estrategias para disminuir los tiempos de espera de los pacientes enviados desde los diferentes niveles a la atención oncológica especializada.

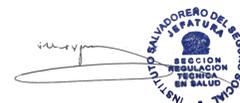


- f. Brindar respaldo colegiado a las decisiones clínicas realizadas.
- g. Promover la educación médica continua de las especialidades oncológicas y la formación del personal de salud necesario, con base a los requerimientos de las áreas en coordinación con el Departamento de Investigación y Docencia en Salud y otras dependencias institucionales según aplique.
26. El Equipo Coordinador de Especialidades Oncológicas efectuará sus reuniones de trabajo según necesidad, a solicitud de su presidente o de uno de los miembros del equipo permanente, debiendo dejar constancia de la asistencia, así como disponer de un procedimiento establecido para la mecánica de convocatoria.
27. Los casos de los pacientes oncológicos evaluados por el Equipo Coordinador de Especialidades Oncológicas serán los descritos en el numeral 19 de la presente norma, así como aquellos que les sean solicitados de manera oficial.
28. Las decisiones y acuerdos del Equipo Coordinador de Especialidades Oncológicas deberán alcanzarse por consenso y ser vinculantes al plan terapéutico ofrecido y brindado dejándose constancia de ellas en la historia clínica del paciente y en un acta, e informadas a la Dirección local a través de los canales correspondientes y al paciente, su familiar o persona responsable.

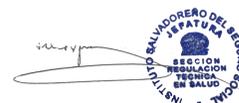
## N. ABORDAJE TERAPEUTICO

Entre las alternativas terapéuticas actuales para el cáncer se encuentran cirugía, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia y hormonoterapia. El tratamiento ofrecido al paciente oncológico será el más eficaz disponible a nivel institucional de acuerdo a su diagnóstico, siguiendo las guías clínicas y protocolos establecidos basados en:

- El diagnóstico histopatológico y los resultados de exámenes complementarios específicos.
  - Las características propias del paciente (Edad, entorno, red social y familiar).
  - El estadio clínico y riesgo.
  - El estado funcional del paciente.
29. El médico o equipo médico tratante realizará la indicación del tratamiento acorde a la adecuación terapéutica de cada caso en particular y tomando en cuenta el portafolio de servicios y lo anteriormente descrito.



30. El médico o equipo médico tratante deberá determinar el objetivo del tratamiento oncológico, distinguiendo entre la curación, prolongación sustancial de la supervivencia o paliación de síntomas con mejoría de calidad de vida del paciente, para lo cual utilizarán la evidencia científica disponible, la legislación vigente así como los principios éticos y deontológicos que sustenten dicha decisión clínica debiendo dejar constancia de esto en el expediente clínico.
31. Los diferentes tipos de tratamiento oncológico ofertados por la institución podrán combinarse, dependiendo del tipo de cáncer y según la valoración clínica de las especialidades oncológicas que intervengan en la decisión terapéutica.
32. El tratamiento del cáncer podrá ser indicado y administrado en el ámbito hospitalario o ambulatorio, en el Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico. El médico o equipo médico tratante será el que decida el ámbito de aplicación terapéutica más adecuado para cada caso individual, acorde a las guías de práctica clínica, características del paciente, su entorno así como su red social y familiar.
33. Los planes terapéuticos y sintomáticos indicados deberán ser ajustados periódicamente, atendiendo la evolución del paciente así como las observaciones de éste. Los cuidados continuos brindados, así como los paliativos, deberán ser tenidos en cuenta desde el momento del diagnóstico.
34. Los cuidados paliativos deberán ser incrementados de manera progresiva en aquellos casos en los que no se logre una evolución satisfactoria o exista un declive progresivo en el estado global del paciente.
35. Las urgencias oncológicas o paliativas, definidas éstas como toda aquella situación que supone un riesgo para la vida o un deterioro evidente del estado de salud del paciente con cáncer relacionado con su enfermedad o con los tratamientos derivados de su proceso oncológico, deberán ser atendidas en las diferentes emergencias institucionales.
36. Los pacientes con síntomas no complicados derivados de su padecimiento o tratamiento oncológico recibido podrán ser atendidos en la Clínica de Atención Inmediata (CAI) de Oncología, en el horario establecido para ésta por la dirección local.
37. A todo paciente con cáncer activo, en fase de remisión o sobreviviente de cáncer le será brindada la continuidad de la atención de sus comorbilidades no oncológicas (Diabetes, hipertensión, dislipidemia, enfermedades agudas, entre otras) en toda la red institucional, según portafolio de servicios.



38. El médico tratante de especialidad oncológica, cuando indique el alta a un paciente sobreviviente de cáncer o en fase de remisión para su seguimiento en primer y segundo nivel de atención, deberá elaborar y remitir un plan de manejo dirigido que contenga:
- a) El diagnóstico y estadio oncológico.
  - b) Las fechas de inicio y finalización del tratamiento.
  - c) Los tipos de tratamiento realizados, indicando los medicamentos específicos, dosis y los niveles de respuesta alcanzados.
  - d) Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos efectuados, con sus resultados.
  - e) El suministro de terapia preventiva o de mantenimiento.
  - f) Las necesidades de estudios de seguimiento específico así como la vigilancia de signos o síntomas de alerta que sugieran recurrencia.
  - g) Las posibles complicaciones tardías debido a los fármacos indicados o tratamiento administrado.
  - h) El manejo de aspectos relacionados al deterioro de la calidad de vida (limitaciones laborales, funcionales, emocionales, salud sexual, entre otros).
  - i) La frecuencia de controles oncológicos o indicación de alta por especialidad.

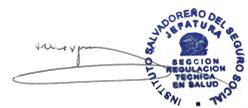
## O. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

39. **Los casos sospechosos de cáncer serán consignados** por el médico en el censo epidemiológico del centro de atención donde sean detectados **con el código Z03.1** de la Clasificación CIE-10 (o clasificación vigente): **Observación por sospecha de tumor maligno.**
40. **El diagnóstico específico de cáncer de primera vez deberá ser consignado** por el médico que realice la intervención o abordaje específico utilizando la Clasificación CIE-10 o la clasificación vigente, **única y exclusivamente con el resultado del diagnóstico histopatológico y resultados de exámenes complementarios específicos para cáncer institucionales, que le brinde la confirmación de dicho diagnóstico, acorde a la capacidad institucional y convenios vigentes.**
41. En los casos que el paciente acuda con un reporte histopatológico previo no institucional, le serán solicitadas las láminas o bloques de muestra para su estudio por el Departamento de Anatomía Patología a efecto de validar dicho reporte.



## P. CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON CANCER AVANZADO

42. El ISSS, como parte de su atención integral al paciente con cáncer, dispone de camas para ingresos en el Hospital Divina Providencia a fin de brindar cuidados paliativos a los pacientes oncológicos que los requieran.
43. El Departamento de Oncología, utilizando todas las áreas de apoyo, deberá elaborar un registro de pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer en etapa avanzada: Refractario a tratamiento, evaluado como fuera de manejo oncológico y con pronóstico de vida limitado (hasta 6 meses), que contenga:
- Nombre completo.
  - Sexo.
  - Edad.
  - Número de afiliación.
  - Número de DUI.
  - Diagnóstico histopatológico.
  - Dirección exacta.
  - Municipio y Departamento.
  - Familiar responsable.
  - Contacto de familiar responsable.
  - Fecha de ingreso al registro.
44. El listado descrito en el numeral anterior le permitirá al ISSS la planificación de todo lo relacionado al uso y disposición de las camas hospitalarias con las que cuenta el ISSS en el Hospital Divina Providencia, cumpliendo lo dispuesto en el **MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA OPERATIVIZACIÓN DEL CONVENIO ISSS-HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA (HDP) PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS** vigente.
45. Todo paciente con diagnóstico confirmado de cáncer en etapa avanzada y con criterios NECPAL (Necesidad de cuidados paliativos) Positivo, así como los que cumplan los criterios para la selección de los pacientes con cáncer avanzado para ingreso bajo Convenio ISSS -Hospital Divina Providencia (HDP), descritos en el **MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA OPERATIVIZACIÓN DEL CONVENIO ISSS-HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA (HDP) PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS** podrán ser referidos para ingreso en las camas de cuidados paliativos del ISSS en el Hospital Divina Providencia para cuidados paliativos.



Q. MAPA DE PROCESO DE ATENCION INSTITUCIONAL DEL PACIENTE CON CANCER

PROCESO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PACIENTE CON CANCER

PACIENTE DE LARGA SUPERVIVENCIA

EQUIPO BASICO DE SALUD / EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION UNIDAD DE ONCOLOGIA

CLINICAS COMUNALES, CLINICAS EMPRESARIALES, ACTIVIDAD EXTRAMURAL, CONSULTA EXTERNA GENERAL, ESPECIALIDAD y SUBESPECIALIDAD

EDUCACION / PREVENCIÓN PRIMARIA TAMIZAJE

DIAGNOSTICO PRECOZ O ALTA SOSPECHA

DIAGNOSTICO PRECOZ

ALTA SOSPECHA

REFERENCIA A RED

CONSULTA EXTERNA O CLINICA DE ATENCION INMEDIATA ONCOLOGIA

ESTUDIOS Y ESTADIAJE (CLASIFICACIÓN Y ESTRATIFICACIÓN DE RIESGOS)

EVALUACION CLINICA ESTUDIOS ESPECIFICOS DE CONFIRMACION DIAGNOSTICA

ESTADIAJE EN CONSULTA ONCOLOGICA

TRATAMIENTO Y PALIACION (PLAN DE ASISTENCIA)

ONCOLOGIA CLINICA

GINECO ONCOLOGIA

HEMATO ONCOLOGIA

CIRUGIA ONCOLOGIA

RADIO ONCOLOGIA

ATENCION PALIATIVA

EQUIPO COORDINADOR DE ESPECIALIDADES ONCOLOGICAS

SEGUIMIENTO

REMISION

REACTIVACION

ALTA O RETORNO 1ER. NIVEL

CUIDADOS PALIATIVOS

MUERTE

DERECHO HABIENTE



## OBSERVANCIA DE LA NORMA.

La vigilancia del cumplimiento de la **“NORMA PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN EL ISSS”** corresponderá a los Directores de los Centros de Atención del ISSS a nivel nacional donde se proporciona este tipo de atención, y a la Subdirección de Salud en el ámbito de sus competencias, a través de las Unidades, Departamentos y Secciones que la conforman.

## INFRACCIONES Y SANCIONES.

Las infracciones y sanciones al incumplimiento a las presentes normas y procedimientos en el ámbito de su competencia, está tipificado en las normativas legales vigentes.

## DISPOSICIONES GENERALES.

Las disposiciones no contempladas en la presente normativa, serán consideradas por Subdirección de Salud, a través de la Sección de Regulación Técnica en Salud.

La revisión de la norma, de oficio se realizará cada 5 años, y a solicitud de los especialistas de los Servicios adscritos al Departamento de Oncología las veces que se considere necesario.

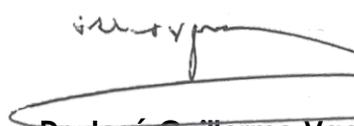
## VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS.

La **“NORMA PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER DEL ISSS”**, será autorizada y entrará en vigencia a partir de su aprobación.

San Salvador, Julio de 2019.



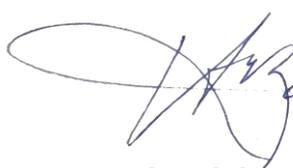
**OFICIALIZACIÓN.**



**Dr. José Guillermo Vaquerano**  
Jefa Sección Regulación Técnica en Salud



**Dr. David Jonathan Hernández Somoza.**  
Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud.



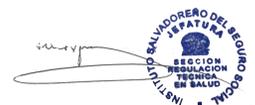
**Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona.**  
Jefe División Políticas y Estratégicas de Salud.



**Dr. Andrés Zimmermann Mejía.**  
Subdirector de Salud.

## BIBLIOGRAFIA.

- Organización Mundial de la Salud, (2007). **Control del cáncer. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces.**
- New Zealand guidelines group (2009). **Suspected cancer in primary care. Guidelines for investigation, referral and reducing ethnic disparities.**
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, Gobierno de España (2013). **Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad.**
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2013). **Estrategia Nacional de Cáncer.**
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015). **Suspected cancer: Recognition and referral**
- Cancer Care Ontario (2015). **Ontario Cancer Plan 2015-2019.**
- Ministerio de Salud, El Salvador (2015). **Diagnóstico situacional del cáncer en El Salvador. Primera Edición.**
- Instituto Nacional de Cancerología Colombia (2015). **Modelo del cuidado del paciente con cáncer.**
- Departament de Salut Generalitat de Catalunya (2015). **Plan contra el cáncer en Cataluña 2015-2020.**
- Organización Panamericana de la Salud (2016). **Control integral del cáncer cervico - uterino. Guía de prácticas esenciales. 2º Edición.**
- World Health Organization. (2017). **Guide to cáncer early diagnosis.**





CONSENTIMIENTO

DENEGATORIA

3) CONSENTIMIENTO:  Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades OTORGO: mi expresa autorización, para que se me realice \_\_\_\_\_, que según mi condición clínica y los conocimientos científicos de los médicos y otros profesionales de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, los cuales constan en el presente documento, son necesarios para el restablecimiento de mi salud, por lo que excepto desde ahora dichos riesgos por haberlos entendido plenamente. Al mismo tiempo (Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_) autorizo al Instituto para que en caso de fallecimiento me (le) practiquen la autopsia correspondiente para la búsqueda de diagnóstico principal con seguridad razonable o contribuir a la explicación de las complicaciones surgidas.

4) DENEGATORIA:  Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para que se me realice \_\_\_\_\_, Y (SOLICITO \_\_\_\_\_ NO SOLICITO \_\_\_\_\_) EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de realizar lo descrito anteriormente, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud del hospital, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonerado de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

5) ALTA EXIGIDA  Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para SER INGRESADO O PERMANECER INGRESADO Y SOLICITO EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de permanecer ingresado, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonerado de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

6) Hago constar que están presentes otras personas como testigos de mi voluntad, quienes también escucharon lo expresado por mi persona y según los artículos TRES Y SESENTA Y CINCO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA, Y VEINTIDOS DEL REGLAMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL. Así me expresé, y leído que se hubo todo lo escrito integralmente en un solo acto, manifesté mi conformidad y dije estar redactado a mi voluntad, ratifico su contenido y todos firmamos.

Nombre según DUI de quien consiente  deniega

Firma y huellas.

Nombre de testigo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Años. Profesión: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ N° DUI: \_\_\_\_\_ Firma Testigo: \_\_\_\_\_

Nombre, Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_  
del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

  
C. SAFISS 130201002

## Anexo 2

### INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO® (Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

#### 1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores

¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?

No  Sí

#### 2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD<sup>1</sup> – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa

**Elección / demanda:** ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado, explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?

Sí  No

**Necesidad:** ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?

Sí  No

#### 3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema

**Marcadores nutricionales**, cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses:

- Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda
- Progresión: pérdida de peso > 10%
- Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente

Sí  No

**Marcadores funcionales**, cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses:

- Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%)
- Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada
- Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente

Sí  No

**Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema**, al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses:

- Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV)
- Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1)
- Síndrome confusional agudo
- Disfagia persistente
- Caídas (> 2)

Sí  No

Presencia de **distress emocional** con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo

Sí  No

**Factores adicionales de uso de recursos**, cualquiera de los siguientes:

- 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año
- Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio

Sí  No

**Comorbilidad:** ≥ 2 patologías concomitantes

Sí  No



**4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS** – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas

<b>ENFERMEDAD ONCOLÓGICA</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.) <input type="checkbox"/> Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%) <input type="checkbox"/> Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico			
<b>ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40% <input type="checkbox"/> En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria o estar actualmente realizando este tratamiento en casa <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca sintomática asociada <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)			
<b>ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable <input type="checkbox"/> Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg) <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min) <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)			
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia > 3 días <input type="checkbox"/> Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antibióticas), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC			
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,</b>			
<b>ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo <input type="checkbox"/> Síntomas complejos y difíciles de controlar <input type="checkbox"/> Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse <input type="checkbox"/> Disfagia progresiva <input type="checkbox"/> Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria			
<b>ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante <input type="checkbox"/> Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)			
<b>ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante			
<b>DEMENCIA</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Criterios de severidad : incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7) <input type="checkbox"/> Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tratar o reactivar a comer en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral			





SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD  
SECCIÓN DE REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD  
JULIO 2019

