

Marcos regulatorios para el control del cáncer

Al igual que las tasas de muerte a nivel mundial, el cáncer es la segunda causa de muerte país, concentrando 1 de cada 4 defunciones, en el año 2013.

Según la OMS el tabaquismo es el factor de riesgo evitable que por sí solo provoca más muertes por cáncer en todo el mundo; de aquí que por un largo tiempo el tabaco ha sido el foco dominante de las políticas de salud pública para la prevención y control del cáncer. Una expresión de este predominio es la rápida suscripción que desde el año 2003 ha tenido el "Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco" (CMCT); Pacto internacional, legalmente vinculante, que actualmente cuenta con 180 Estados Partes.

En tiempos más recientes, la mirada se ha puesto en un rango más amplio de factores de riesgo vinculados con los estilos de vida y el medio ambiente, donde la lucha contra el cáncer, se une al de otras enfermedades crónicas no transmisibles (ENT, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y otras) con las cuales tienen factores de riesgo comunes (tabaco, alcohol, dieta y sedentarismo). Diversos estudios coinciden en estimar que alrededor de un tercio de todos los casos de cáncer podrían prevenirse evitando estos factores de riesgo.

En cuanto a las intervenciones que puedan tener una dimensión legal, es posible diferenciar dos grandes enfoques sobre el uso de la ley: las regulaciones orientadas a modificar los entornos, para hacerlos más saludables, y las regulaciones orientadas a modificar las conductas individuales, apuntando a la responsabilidad personal en la gestión de los riesgos en salud.

Algunas revisiones sistemáticas de la literatura científica a este respecto, han señalado que la opción de apelar

a la responsabilidad individual ha mostrado una escasa evidencia en cuanto a su efectividad para la prevención a nivel de la población general, siendo preferible modificar los entornos (donde existen experiencias exitosas con la regulación de tabaco, alcohol y las comidas procesadas, entre otras).

A nivel de la Unión Europea (UE), y otras regiones, la lucha contra estos factores de riesgo, se ha establecido como una prioridad a largo plazo, entendiendo que estos forman parte de los determinantes modificables de la salud, que atañe tanto al Cáncer como otras ENT.

Diferentes países, en distintas épocas, han constituido agencias estatales especializadas en el cáncer, con atribuciones que han variado en el tiempo, y entre cuyas funciones, se cuenta comúnmente el promover la investigación, y liderar o monitorear el diseño e implementación de los planes nacionales de lucha contra el cáncer (INC en Francia, NCI en EEUU, Cáncer Australia, y otras).

Otras intervenciones para el control del cáncer, ampliamente extendidas dentro de la UE, son la aplicación de las directrices sobre garantía de la calidad en la detección del cáncer. En esta línea diferentes países le han dado un estatuto legal a los programas de tamizaje, con especial énfasis a la detección temprana del cáncer de mama y cáncer cervicouterino, entre otros.

Por otro lado, cabe notar que además de las convenciones internacionales de carácter vinculante, muchas otras regulaciones con impacto sobre el cáncer, se encuentran subsumidas en normas más generales, como son las contenidas dentro del Derecho comercial, Derecho laboral, Derecho al consentimiento, Derecho Financiero, Derecho a la no discriminación y otras.

Está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley, contribuyendo a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.

Contacto

E-mail: atencionparlamentarios@bcn.cl
Tel.: (56)32-226 3168 (Valpo.)

El presente documento responde a una solicitud parlamentaria del Congreso Nacional, conforme a sus orientaciones y particulares requerimientos. Por consiguiente, tanto la temática abordada como sus contenidos están determinados por los parámetros de análisis acordados y por el plazo de entrega convenido. Su objeto fundamental no es el debate académico, si bien su elaboración observó los criterios de validez, confiabilidad, neutralidad y oportunidad en la entrega.

Eduardo Goldstein B.

Es Sociólogo de la Universidad de Chile, 1985 y Diplomado en Gerencia Pública de la Universidad de Chile, 2007
Sus temas de especialidad son Salud Poblacional y Políticas Sociales
E-mail: egoldstein@bcn.cl
Tel.: (56) 32 226 3906

Tabla de Contenido

Introducción	2
I. El tabaco y la modificación de los estilos de vida para la prevención del Cáncer	3
II. La necesidad de una respuesta comprehensiva contra el cáncer	4
III. Función de la Ley en la lucha contra el cáncer	4
IV. Las Regulaciones de la Comunidad Económica Europea	5
1. Lecciones para la prevención	5
2. Bases legales para el Tamizaje y diagnóstico temprano	6
3. La protección de los trabajadores contra los agentes carcinógenos	7
4. La vigilancia del cáncer en el plan nacional de Alemania	7
5. La agencia nacional de lucha contra el cáncer y “derecho al olvido” en Francia	7
a.) Instituto Nacional del Cáncer (INC)	8
b.) “Derecho al olvido” para personas recuperadas de Cáncer	8
V. Evolución de la ley nacional del cáncer en EEUU	8
VI. Cáncer Australia	9
1. Aspectos críticos del consentimiento informado	9
2. Acceso a seguros y oportunidades de trabajo bajo ley de no discriminación	10
3. Regulación de terapias complementarias y alternativas	10
Referencias	12
Referencias Legales	13

Introducción

El presente informe se propone explorar la contribución de la ley para la prevención y control de cáncer, a través de la experiencia de otros países.

Para estos efectos se consideraron las políticas de algunos países seleccionados, identificando aquellas medidas referidas explícitamente a la lucha contra el cáncer, que cuentan con una base jurídica, atendiendo a los cuatro componentes básicos del control del cáncer: prevención; detección temprana; diagnóstico y tratamiento; y cuidados paliativos (ver figura 1, en capítulo 3).

Al examinar las normativas conocidas como “leyes del cáncer” en diferentes países, se observa que estas son de muy diferente data, con contenidos específicos muy distintos, según el contexto histórico y epidemiológico en que han sido propuestas.

Sin embargo, cabe notar que actualmente muchas de estas regulaciones están subsumidas en otras normas más generales de distinta dimensión, como es dentro del Derecho comercial, Derecho laboral, Derecho de los pacientes; Derecho Financiero; Derecho a la no discriminación, y otros.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial; y alrededor del 75% de todas las muertes por cáncer se produce en países con ingresos

económicos bajos y medios, donde el número de casos de cáncer está aumentando con mayor rapidez (WHO; Cancer. 2017).

En Chile, igualmente, **el cáncer es la segunda causa de muerte** para ambos sexos con 24.592 defunciones el año 2003, lo que representa un 24,6% de todas las causas de muertes de ese año¹. En los últimos años, para ambos sexos se observa una tendencia creciente en la mortalidad por cáncer de colorrectal y de pulmón (MINSAL; 2017).

Cabe advertir que para muchos tipos de cáncer, se observan grandes diferencias en las tasas de supervivencia entre los países, lo que refleja disparidades más amplias en la disponibilidad de recursos, y en el acceso y funcionamiento del sistema de salud. En este sentido, es sabido que la oportunidad del diagnóstico y la calidad de la atención son, junto a

¹ El mismo año, desagregada la mortalidad de cáncer según sexo, se encuentra que, en orden decreciente, que las principales causas en el hombre son el cáncer de próstata, estómago y pulmón, y en la mujer, el cáncer de mama, vesícula y vías biliares, estómago y pulmón, cervicouterino.

otros factores, determinantes de la sobrevida de las personas afectadas².

Aún cuando las tasas de incidencia global de cáncer en países menos desarrollados son la mitad de las encontradas en países más desarrollados, para ambos sexos, las tasas de mortalidad son similares. La sobrevida en cáncer es peor en países menos desarrollados, producto de la combinación de diagnósticos en etapas de enfermedad más avanzada y acceso limitado a tratamientos efectivos, en los tiempos adecuados.

En Chile, a estas disparidades, se añaden otras, como es la configuración del perfil epidemiológico de geolocalizaciones de los cánceres, elaborado en base al sistema de registro nacional (RPC³), el cual, a pesar de sus insuficiencias, muestra que existen importantes diferencias en las incidencias de Cáncer por región. El estudio de Itriago et al., explica que esto se debe principalmente a la exposición diferencial a factores de riesgo de cáncer dentro del territorio nacional, donde por ejemplo:

...en el norte de Chile, la mayor incidencia de cánceres están asociados a factores de riesgo ambientales como la exposición a arsénico y a R.U.V. y, por el contrario, en el sur, son los cánceres de los órganos digestivos los de mayor riesgo, los cuales se asocian más a hábitos y a prácticas alimentarias (Itriago; L et al; 2013).

I. El tabaco y la modificación de los estilos de vida para la prevención del Cáncer

Un gran porcentaje de la carga por cáncer puede ser prevenida aplicando los conocimientos actuales para el control de cáncer, estableciendo programas de cese de tabaco, vacunación, detección precoz y tratamientos oportunos.

El Programa de Cáncer de la OMS, reconoce al tabaquismo como el factor de riesgo evitable, que por sí

solo provoca más muertes por cáncer en todo el mundo⁴ (OMS/OPS; 2017 Programa de Cáncer).

La prevalencia de este factor de riesgo no es menor en Chile, si consideramos que los estudios comparados, para el año 2013, muestran que el consumo de tabaco en Chile es uno de los más altos del planeta, y la población chilena mayor de 15 años lidera el ranking de tabaquismo en las Américas, con 40,6 por ciento⁵ (OMS/OPS; 2016).

Por lo anterior, durante un largo tiempo, el tabaco ha sido el foco dominante de los estudios y políticas de salud pública orientados hacia a la prevención y control del cáncer⁶.

De aquí, que para referirse a los desafíos legislativos en materia de prevención y control del cáncer, es ineludible la mención al "Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco" (CMCT)⁷.

Este tratado internacional, legalmente vinculante, se convirtió en ley en el 2005 al ser ratificado por 40 países, luego que la 56a Asamblea Mundial de Salud lo adoptara por unanimidad el año 2003⁸. Actualmente, este cuenta con 180 Estados Partes incluidos 30 de los 35 países de la Región de las Américas⁹. La trascendencia de este tratado se explica por ser uno de los pactos internacionales de más rápida aceptación en la historia de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), convertido luego en un modelo de recurso legal para la prevención, replicable en otros ámbitos de la salud.

En tiempos más recientes, sin embargo se ha venido ampliando la mirada para poner igual atención hacia la

² Disponible <http://www.mccabecentre.org/focus-areas/treatment-and-support>

³ El Registro Poblacional de Cáncer (RPC) es un sistema que recoge información de todos los casos nuevos de cáncer que se producen en una población determinada. Las directrices para este sistema de vigilancia, están definidas en Norma Técnica N° 72, sobre el Registros Poblacionales de Cáncer del 07.12.2004, del Ministerio de Salud de Chile.

⁴ Se estima que este provoca aproximadamente el 22% de las muertes anuales por esa causa.

⁵ Proporción de encuestados que fumó algún producto de tabaco en los 30 días previos a la encuesta, según datos estandarizados por la edad para el año 2013, para países de la región con información disponible.

⁶ El humo de tabaco provoca muchos tipos de cáncer distintos, como los de pulmón, esófago, laringe (cuerdas vocales), boca, garganta, riñón, vejiga, páncreas, estómago y cuello del útero. Alrededor del 70% de la carga de cáncer de pulmón puede achacarse al tabaquismo como única causa.

⁷ Directrices y opciones y recomendaciones de política para la aplicación del CMCT de la OMS. Disponible en http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/es/ (Julio; 2017)

⁸ Disponible en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa568r1.pdf (Julio; 2017)

⁹ Este fue ratificado igualmente, por Chile, donde rige desde el 11 septiembre del año 2005,

importancia de otros factores de riesgo, vinculados con los estilos de vida¹⁰ y el medio ambiente¹¹.

Un hito de la lucha contra de estos factores, es el llamado de OMS a frenar el avance de las ENT a nivel mundial, plasmado en “2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases”, publicado el año 2009, y donde se plantea la urgencia de prevenir y controlar el cáncer, junto con las otras tres principales ENT, como son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. Esta estrategia es recogida posteriormente a nivel regional, con el Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 (OPS/OMS; 2014).

II. La necesidad de una respuesta comprensiva contra el cáncer

Diversos estudios coinciden en estimar que alrededor de un tercio de todos los casos de cáncer podrían prevenirse evitando factores de riesgo clave como el tabaco, el consumo abusivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física¹²(OMS/OPS, 2017). Con este enfoque, cabe recordar que ya el año 2004, la OMS había adoptado la "Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud" (OMS; 2004).

Así, la lucha contra el cáncer se incorpora a un abordaje que, atendiendo al principio de costo efectividad, pone el énfasis en la gestión de riesgos con una mirada más comprensiva de la política pública, como indica la siguiente recomendación de OPS para la implementación de los programas nacionales:

“Cuando se integra la prevención de enfermedades crónicas y otros problemas relacionados (Salud Reproductiva; VIH; salud Laboral y medioambiental), ofrece el mayor potencial de salud pública y el método más costo eficaz a largo plazo para el control del cáncer” (OPS/OMS; 2017)

Así, para la gestión de un programa integral de lucha contra el cáncer, las recomendaciones de OMS consideran diferentes medidas, partiendo por la

prevención, donde se incluyen factores de riesgo que son compartidos con otras ENT (ver figura 1). Estas medidas requieren complementarse con programas de tamizaje y vacunación, considerando que estas patologías tienen una probabilidad de curación elevada si se detectan temprano y se tratan adecuadamente. (OMS/OP; 2017)

Figura 1: Principales componentes para un programa integral del Cáncer



Fuente: OMS/OPS Programa de Cáncer ¹³

III. Función de la Ley en la lucha contra el cáncer

Cualquier análisis de la contribución que pueden hacer los marcos regulatorios para el control del cáncer en diferentes países, requiere partir de la base de que éstas variarán dependiendo de la estructura constitucional de cada país, la amplitud de leyes en salud pública, así como de diversos factores políticos y culturales.

Para evaluar estas oportunidades, es necesario considerar luego cuales son, en cada contexto, los determinantes modificables susceptibles de tener una dimensión legal.

Al respecto, importa advertir que la identificación de estos determinantes variará de forma considerable según el enfoque adoptado. Esto es, dependiendo de si se privilegian las intervenciones regulatorias que modifican los entornos (físicos, económicos y culturales), o bien se focalizan en modificar las conductas individuales (apuntando a la responsabilidad personal en la gestión de los riesgos).

¹⁰ Incluyendo factores como son la obesidad y el uso nocivo del alcohol

¹¹ Incluyendo la exposición a factores como asbesto, radiación y otros

¹² Existe un nexo entre el sobrepeso y la obesidad, por un lado, y muchos tipos de cáncer, como el de esófago, colon y recto, mama, endometrio y riñón, por el otro

¹³ OMS/OPS (2017) Programas de Cáncer Integral. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292&Itemid=3904&lang=es (Julio, 2017)

En el uso de la ley cabe considerar igualmente las que se establecen en diferentes niveles y ámbitos de aplicación. En este sentido, importa diferenciar las regulaciones según correspondan al ámbito de intervención internacional, nacional o sub nacional. Así, por ejemplo, en el marco más general cabe considerar los problemas que generan las barreras de acceso a medicamentos esenciales, que determinan los acuerdos de comercio y de respeto a la propiedad intelectual, como efecto de la suscripción de convenios multi o bilaterales.

Por otro lado, el estudio desarrollado por la escuela de leyes de la Universidad de Sidney, sobre el uso de la ley como instrumento de prevención del cáncer destaca como principal función de esta su capacidad de influir la conducta de grandes masas de población. Aquí el gran desafío consiste en propiciar la modificación de los estilos de vida compatibilizándola con las libertades individuales y los valores nacionales (Magnusson, 2011).

Teniendo a la vista la experiencia de Australia y otros países desarrollados, donde se ha dado especial énfasis a las políticas de prevención, los resultados de dicha investigación ponen de relieve que los valores de la responsabilidad personal por la propia salud y la libertad comercial, están a la base de la discusión sobre el uso de ley. Esto es, discusiones donde han tenido especial énfasis, aspectos como los siguientes:

- la ley como instrumento para crear ambientes saludables;
- el respeto a los derechos civiles;
- la regulación de tabaco, el alcohol y las comidas procesadas son centrales dado que estas industrias tienen considerables beneficios económicos con el sobre consumo existente en la actualidad. (Magnusson, 2011).

Por otro lado, si consideramos que la industria es quien promueve y modula los patrones de consumo masivo en las sociedades modernas, la generación de entornos saludables adquiere mayor importancia que la modulación de las conductas individuales, en lo que atañe a la prevención. En esta línea, en el estudio de la Universidad de Sidney, se advierte que a la luz de la literatura científica, la delegación de responsabilidades individuales para una prevención efectiva tiene escasa evidencia a nivel de la población general (Magnusson, 2011). Es por esto que resulta más recomendable la modificación de los entornos, donde existen experiencias de regulaciones exitosas.

IV. Las Regulaciones de la Comunidad Económica Europea

1. Lecciones para la prevención

En la lucha contra el Cáncer, la Comunidad Europea ha recomendado adoptar la prevención primaria como la estrategia más rentable. De aquí que el combate contra ciertos determinantes de la salud, como son el tabaquismo, la mala alimentación y la inactividad física, se han establecido como una prioridad de largo plazo para reducir la carga de enfermedad en la región (Comisión Europea; 2017).

Así, la Comisión Europea ha destacado recientemente las siguientes medidas, en concordancia con los marcos normativos establecidos de la región:

- a) Ejemplo de medidas susceptibles de usar la ley, inspiradas en el marco de la Convención de OMS para el Control del tabaco en la Región de Europa¹⁴:
 - Establecer una prohibición completa de toda publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
 - Asegurarse de que los paquetes de cigarrillos y el envasado de los productos de tabaco contengan advertencias pictóricas legibles, claras y visibles.
 - Considere la posibilidad de restringir o prohibir el uso de logotipos, colores, imágenes de marca o información promocional en los envases de tabaco.
- b) Ejemplo de medidas susceptibles de usar la ley, inspiradas en el Plan de Acción Europeo 2015 - 2020 sobre Alimentos y Nutrición.
 - Desarrollar e implementar políticas nacionales para prohibir (o eliminar virtualmente) las grasas trans en la provisión de alimentos.
 - Establecer fuertes medidas para reducir el impacto global de todas las formas de publicidad de alimentos ricos en energía, grasas saturadas, grasas trans, azúcar o sal, que estén dirigidas a menores de edad.
 - Establecer rótulos o etiquetados de alimentos que sean fáciles de entender para ayudar a los consumidores a identificar opciones más saludables.

¹⁴ WHO Regional Committee for Europe. *Roadmap of actions to strengthen implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the European Region 2015–2025* Disponible en http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/282962/65wd10e_Tobacco_150475.pdf?ua=1

- c) Ejemplo de medidas susceptibles del uso de la ley, inspiradas en el Plan de acción Europeo para reducir el daño del uso de Alcohol 2012–2020¹⁵.
- Reducir la densidad del comercio y de los horarios de apertura para de venta de alcohol mediante la concesión de patentes.
 - Regular el patrocinio de actividades promovidas por bebidas alcohólicas.
 - Establecer un precio mínimo al litro de alcohol puro.

Una mirada más amplia sobre el uso de la Ley para regular los estilos de vida en las últimas décadas dentro de la Unión Europea¹⁶, muestra que las estrategias adoptadas presentan distintos modelos:

- Por un lado, la política europea para el control del tabaco se caracteriza por un abordaje fuertemente legislativo, con un férreo control, estableciendo normas jurídicamente vinculantes para influir en la demanda de productos del tabaco.
- Por otro lado la acción de la Unión Europea para reducir el consumo de alcohol, ha estado basada principalmente en el intercambio de buenas prácticas entre actores relevantes y en la adopción de normas de autorregulación por parte de la industria para la contención de daños (más que la prevención del consumo).
- La prevención de la obesidad, en cambio, en la Unión Europea se ha adoptado desde un enfoque intermedio, con la adopción de normas vinculantes para productos alimenticios y llamados a la industria para que adopte estándares de buenas prácticas mediante normas de auto-regulación (Alemanno, 2016; WHO 2017).

Como resultado del aprendizaje que ha dejado la implementación de estas estrategias, Alemanno recomienda prestar especial atención 3 reglas principales, como son:

- a. El respeto por el principio de subsidiariedad y proporcionalidad.

- b. El cumplimiento de las reglas internacionales del comercio, especialmente de las obligaciones contraídas con la Organización Mundial del Comercio (OMC).
- c. Respetar los derechos fundamentales en el marco de la UE y la convención europea de derechos humanos (Alemanno, A ; 2016)

En este marco, de acuerdo a Alemanno, la gran dificultad para poner en práctica estas estrategias en los países miembros es el requerimiento de dibujar una delgada línea que permita aquí separar entre intervenciones legítimas e ilegítimas (Alemanno, A., 2016).

2. Bases legales para el Tamizaje y diagnóstico temprano

El término cribado o tamizaje, es utilizado para indicar una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos asintomáticos (sin signos de esa enfermedad).

En el caso del cáncer, el tamizaje tiene por objetivo reducir la mortalidad por esta enfermedad. En este sentido, cuando se detectan las lesiones precancerosas y se consiguen tratar oportunamente, la incidencia de la enfermedad también se reduce.

Para ciertos cánceres de mayor prevalencia en la región, la UE ha elaborado algunas directrices sobre garantía de la calidad en la detección y confirmación diagnóstica del cáncer. Por orden cronológico estas directrices se refieren al diagnóstico del cáncer de mama (2006, suplementos 2013), cervicouterino (2008, segunda edición 2014) y colorrectal (2010).

De acuerdo con el informe sobre Detección de Cáncer en la Unión Europea (IARC, 2017)¹⁷, los países pioneros en establecer programas para la detección del **cáncer de mama**, fueron Suecia, Finlandia, Reino Unido y Holanda (1986, 1987, 1988 y 1989, respectivamente), observándose que casi todos los países de la región han adoptado la mamografía digital, como método de detección.

De los países pioneros, sólo Holanda cuenta con una base legal para estos diagnósticos. Sin embargo, dentro del conjunto de países miembros de la comunidad

¹⁵ WHO Regional Committee for Europe. (2012) European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Disponible http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

¹⁶ World Health Organization (2017). Key considerations for the use of law to prevent noncommunicable diseases, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/333954/Moscow-report.pdf?ua=1

¹⁷ International Agency for Research on Cancer (IARC). (2017). *Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening.*

Europea, el informe referido identificó más de 10 países de la región que contaban con leyes para este tamizaje específico, según la actualización realizada hasta el año 2016 (Alemania, Bélgica, Dinamarca, España e Italia, entre otros, eran parte de ellos). Cabe señalar, que los demás países, igualmente cuentan con recomendaciones oficiales para estos programas, sin una base legal o jurídica específica, siendo el rango de 50 a 69 años, las edades más frecuentes de su población objetivo (IARC, 2017)¹⁸. Los programas más amplios apuntan el tamizaje a una población de 40 años de edad y más.

En cuanto al **cáncer cervicouterino**, si bien la mayoría de los países de la UE tienen algún programa con base poblacional para su detección temprana¹⁹, donde los de Suecia y Finlandia son los más antiguos, en sólo 7 de ellos estos programas tienen una base legal (IARC, 2017)²⁰. Mayoritariamente estos programas están dirigidos a mujeres de 25 a 64 años de edad, siendo el más amplio el de República Checa dirigido a mujeres mayores de 15 años de edad.

3. La protección de los trabajadores contra los agentes carcinógenos

A escala de la UE, las normas mínimas de protección de los trabajadores contra la exposición a sustancias en el trabajo están establecidas en la Directiva 2004/37/CE (exposición a agentes carcinógenos o mutágenos), la Directiva 98/24/CE (**agentes químicos**) y la Directiva 2009/148/CE (exposición al amianto). Estas Directiva complementan el Reglamento (CE) N° 907/2006, relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y mezclas químicas (REACH) y demás elementos de la normativa sobre productos químicos, centrándose en situaciones específicas en el lugar de trabajo.

A la base de estas directivas está el reconocimiento de que las medidas nacionales en este ámbito varían considerablemente, lo que conduce a distintos niveles de protección de los trabajadores en la UE (Comisión Europea; 2016, 2017). De aquí que estas normativas, se enmarcan dentro del propósito de establecer valores límite de exposición a sustancias, que fomenten la protección a escala de la UE y avanzar así hacia la igualdad de condiciones entre las empresas.

4. La vigilancia del cáncer en el plan nacional de Alemania

En el caso de Alemania, la Ley de Detección y Registro del Cáncer²¹, se propone mejorar el acceso, la eficacia y la calidad de los programas existentes de detección del cáncer. Para ello, esta ley que entró en vigor el año 2013, crea un marco legal para convertir los anteriores programas de detección del cáncer cervical y colorrectal, en programas organizados de tamizaje, en adelante sobre con una base poblacional. (Helou, A; 2014).

De esta manera, en Alemania se adecuó a legislación nacional a las directrices europeas sobre garantía de la calidad en la detección y confirmación diagnóstica del cáncer, esto a la par de otorgar un fundamento jurídico a las recomendaciones centrales contenidas en Plan Nacional Alemán del Cáncer²².

La estrategia adoptada en este plan es que todas las personas elegibles de la población meta reciba una carta de invitación personal, para así incrementar la tasa de participación en el programa de cribado. La ley también establece que los datos del registro de cáncer deben ser utilizados para fines de aseguramiento de la calidad y de monitoreo de los programas de detección.

Para ello, se delegó en un Comité Federal Mixto²³, la responsabilidad de implementar la Ley, definiendo más explícitamente los detalles de los programas de tamizaje.

La misma Ley, a su vez regula la vinculación de los datos entre los distintos programas de tamizaje y los registros de cáncer en el país (incluyendo aquí, tanto los datos epidemiológicos como clínicos).

5. La agencia nacional de lucha contra el cáncer y “derecho al olvido” en Francia

Dentro de las diversas normas generales sobre la protección de la salud que regulan el derecho a la prevención, información y tratamiento del cáncer en el Código sanitario francés, así como otras enmarcadas en la protección del trabajador incorporadas al Código del

¹⁸ *Ibid.* p. 81 Table 3.1.1. Breast cancer screening programmes in the EU member states:

¹⁹ Al menos 22 de 28 países, según recuento del año 2016

²⁰ *Ibid.* p. 83 Table 3.2. Cervical cancer screening programmes in the EU member states.

²¹ "Law on the Further Development of the Early Detection of Cancer and Quality Assurance Through Clinical Cancer Registries" por su correspondiente denominación en idioma inglés.

²² Working Document on National Cancer Plan German (2012). Disponible en idioma alemán en http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Germany_Working_Document_on_NCP_German_4.1.2012.pdf (Julio, 2017)

²³ Este lo integran representantes de los médicos, dentistas, hospitales y aseguradoras de salud.

trabajo referentes a ciertos agentes carcinógenos, cabe destacar la ley que establece la creación de una agencia especializada para la lucha contra esta enfermedad.

a.) Instituto Nacional del Cáncer (INC)

Así, en el año 2004 se publicó en el diario oficial de Francia la Ley N°2004-806²⁴ sobre la Política de Salud Pública, donde se dispone la creación del Instituto Nacional del Cáncer (INC)²⁵. De acuerdo a la ley este Instituto se crea como una agencia estatal experta en salud pública y cancerología, encargada de coordinar acciones de lucha contra el cáncer, que opera bajo la supervisión conjunta del Ministerio de Asuntos Sociales, Salud y Derechos de la Mujer, y del Ministerio de Educación Superior e Investigación. El INC está constituido bajo la figura de un Grupo de Interés Público (GIP) donde converge el Estado, las grandes asociaciones de lucha contra el Cáncer, las aseguradoras de salud, los organismos de investigación y federaciones de hospitales.

Entre sus facultades, está el observar y evaluar el plan nacional de lucha contra el cáncer, apoyándose especialmente en los profesionales, la industria y la asistencia sanitaria, así como en los representantes de los usuarios del sistema. Es parte de su misión también el desarrollar y hacer seguimiento a las acciones comunes entre operadores públicos y privados en cancerología, en los ámbitos de la prevención, la epidemiología, el diagnóstico, la investigación, la enseñanza, la atención y la evaluación (acápites 1° y 6° de la misión del INC, según el artículo 33 de la Ley N°2004-806).

b.) “Derecho al olvido” para personas recuperadas de Cáncer

En vistas a mejorar la calidad de vida de los ex pacientes tratados de Cáncer, una nueva ley conocida como “Derecho al olvido”²⁶, entró recientemente en vigencia en Francia. Esta ley, publicada a inicios del presente año, permite a las personas que se han recuperado de algún cáncer²⁷, mejorar sus condiciones de acceso a los préstamos y seguros, esto es, sin que

sean afectados por mayores recargos o tasas de interés más elevadas. De esta manera, la ley es un avance hacia lo no discriminación, en la línea de la convención AERAS²⁸ (asegurarse y ser prestatario de crédito con un riesgo agravado de salud)²⁹.

De acuerdo a dicha ley los ex enfermos de cáncer no deberán declarar su anterior patología cuando ya han pasado 10 años desde un tratamiento, sin recaídas. Este plazo se reduce a 5 años después de finalizado el protocolo terapéutico, para los cánceres diagnosticados antes de los 15 años de edad.

La misma ley consagra la adopción de una "matriz de referencia" que establece, patología por patología, el tiempo después del cual los ex pacientes pueden adquirir una póliza de seguro sin primas adicionales o exclusión de garantía, en iguales condiciones que las quienes no han sido afectados por una de estas enfermedades (Le Monde; 2017). Estos plazos varían entre 48 semanas y 10 años, para ciertos tipos de cáncer.

V. Evolución de la ley nacional del cáncer en EEUU

La Ley Nacional del Cáncer se instala en 1937 en EEUU, siendo esta la primera vez que el Congreso de este país asigna fondos a una enfermedad no infecciosa.

Mediante esta ley se constituyó el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), el cual sigue siendo la principal agencia federal dedicada a abordar las necesidades de investigación³⁰ y capacitación para la causa, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer.

Mediante la Ley del Servicio de Salud Pública de 1944, el NCI pasó a formar parte de los Institutos Nacionales de Salud (NIH)³¹. Por último, fue *La National Cancer Act*

²⁴ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique*. Disponible en <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000787078&dateTexte=> (Julio, 2017)

²⁵ Institut National du Cancer. Disponible en <http://www.e-cancer.fr/> (Julio, 2017)

²⁶ *Droit – Finance, 2017*

²⁷ Aplica igualmente a personas que estuvieron afectadas por el virus de hepatitis C

²⁸ AERAS, por su denominación en francés « *s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé* ».

²⁹ La convención AERAS permite en Francia que las personas con problemas de salud puedan obtener más fácilmente un crédito hipotecario o de consumo, en determinadas condiciones, en las cuales un seguro otorga garantías a sus empréstitos.

³⁰ El legislador encomendó al NCI que ayudara y promoviera la investigación del cáncer en otras instituciones públicas y privadas, propósito que sigue impulsando la misión del NCI en la actualidad

³¹ Enmiendas posteriores a la dictación de esta ley, fueron sumando responsabilidades al NCI, incluyendo en estas el establecimiento de la Junta Nacional de Control del Cáncer, los programas de control del cáncer, la difusión de información, la creación de centros de cáncer, la constitución del Panel Presidencial del Cáncer.

de 1971³², la ley que estableció al NCI con la institucionalidad que lo rige en la actualidad. Esta ley le otorga amplias facultades al Director del NCI para planificar y desarrollar un Programa Nacional del Cáncer que incluyera el NCI, otros centros de investigación y otros programas federales o no. Esta ley estableció también un procedimiento especial de financiamiento, donde el presupuesto es presentado directamente por el directorio del NCI al Presidente y el Congreso (conocido como “*bypass budget*”). Junto con la ampliación de atribuciones al director del NCI, la ley dispone la creación Consejo Nacional Asesor para el Cáncer (NCAB, por su denominación de *National Cancer Advisory Board*, en inglés) compuesto por 18 miembros de designación presidencial. Además establece el Panel Presidencial para el Cáncer (PCP, por su denominación de *President’s Cancer Panel*, en inglés), encargado de elaborar un reporte anual para el presidente y sostener audiencias públicas.

Entre otras enmiendas, la Ley de 1971 proporcionó fondos adicionales al NCI para establecer 15 nuevos centros de investigación en cáncer, programas locales de control, y un banco internacional de datos sobre investigación en cáncer.

VI. Cáncer Australia

Cancer Australia, una entidad constituida legalmente por la “*Cancer Australia Act 2006*”, es la encargada de fortalecer y asesorar al gobierno australiano en el desarrollo de un enfoque estratégico para el control y tratamiento del cáncer en esa nación³³. Esta entidad es liderada por un Director General, el cual reporta directamente al Ministro de Salud, y que para llevar a cabo su misión cuenta con un Consejo Asesor nombrado por el Ministro.

Además del liderazgo nacional en el control del cáncer, entre otras atribuciones, a *Cancer Australia* le corresponde las siguientes funciones:

- guiar los perfeccionamientos científicos para la prevención, tratamiento y cuidados del cáncer;

- coordinar y vincular la amplia gama de grupos y proveedores de prestaciones de salud interesados en el cáncer;
- supervisar el presupuesto destinado a la investigación sobre el cáncer (*Parte 2, sección 7, Cancer Australia Act 2006*)

The McCabe Centre for Law and Cancer es una iniciativa conjunta del Cancer Council Victoria y la UICC³⁴, que se ha propuesto como principal misión contribuir a la utilización efectiva de la ley para la prevención, el tratamiento, apoyo terapéutico y la investigación del cáncer. En esta línea, en 2012 iniciaron un estudio para identificar la manera en que los pacientes de cáncer, sus familias y los profesionales de la salud se ven afectados por la ley en dicho país, relevando los siguientes aspectos principales, donde existe un eventual impacto de la normativa al respecto.

- Capacidad para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento (tanto durante como antes del tratamiento) y para que estas decisiones sean respetadas.
- Suministro de información pertinente y accesible sobre los costos de las opciones de tratamiento.
- El regreso al trabajo y la asistencia al trabajo durante el tratamiento, después del tratamiento y durante la gestión de los efectos secundarios del tratamiento (por ejemplo, la aplicación de la legislación sobre discriminación).
- Acceso a prestaciones de seguridad social, seguros (por ejemplo, viajes y salud) y apoyo para viajes de tratamiento³⁵.
- Acceso de los miembros de la familia a los resultados de las pruebas genéticas.
- La regulación de las prácticas de tratamiento erróneas o poco éticas y las afirmaciones falsas o engañosas sobre el tratamiento (McCabe Centre for Law and Cancer; 2017b).

1. Aspectos críticos del consentimiento informado

Respecto al consentimiento informado el estudio McCabe destaca en este ítem la importancia del acceso a la información financiera. Dada la creciente complejidad de los cuidados, y el incremento de

³² Esta ley es una enmienda a la Ley del Servicio de Salud Pública de 1944, donde se consolidan las atribuciones del NCI. La ley fue firmada por el presidente Nixon, en el marco de lo que denominaba “la guerra contra el cáncer”, que en los años 1970 representaba la segunda principal causa de muerte en el país.

³³ Esta se define como una entidad de la Comunidad de Naciones (*Commonwealth*) que se rige bajo el sistema de gobernanza y auditoría establecida en el *Public Governance, Performance and Accountability Act 2013*,

³⁴UICC, por su denominación en inglés “Union for International Cancer Control” se propone unir la comunidad del cáncer para reducir la carga global del cáncer, promover una mayor equidad e integrar el control del cáncer en la agenda mundial de salud y desarrollo.

³⁵ La falencia de acceso a tratamientos con especialistas impacta fuertemente en los resultados de salud, especialmente para personas de zonas apartadas.

costosas terapias innovadoras, el consentimiento informado, incluido el **consentimiento financiero**, se han vuelto un aspecto crítico desde el punto de vista de los derechos del paciente. Al respecto se citan estudios que sugieren, tanto en Australia como otros países, las prácticas en este ámbito son muchas veces inadecuadas.

Igualmente complejo parecen las decisiones al final de la vida, y la planificación anticipada de consentimiento a los cuidados paliativos, normas que en Australia varía notablemente dependiendo del Estado y los territorios. Así, en algunos Estados rige una ley más general que permite el rechazo y consentimiento anticipado de tratamientos para una condición de salud determinada, cuando esta es una condición vigente³⁶, mientras en otras jurisdicciones, se permite establecer directrices sobre condiciones futuras y no sólo para una condición actual.

El estudio da cuenta de que existen una serie de barreras que impiden la obtención de un consentimiento informado (entre otros, el shock del paciente frente al diagnóstico), advirtiendo sobre el desafío que estas representan para el equipo de salud. De aquí que para perfeccionar la ley en el país, la recomendación del McCabe Centre es considerar la particularidad del paciente respecto a que información entregar y de qué forma proporcionarla.

2. Acceso a seguros y oportunidades de trabajo bajo ley de no discriminación

En Australia opera un seguro público de salud universal, a través de Medicare Australia, administrado por el Departamento de Servicios Humanos³⁷, el que se complementa con los proveedores seguros privados. Esto últimos, a su vez operan bajo la modalidad de “community rated”, donde el riesgo individual es compartido de forma igualitaria con el pool de riesgo del mismo seguro. Por tanto, en este sentido, opera como un sistema solidario, donde todos tienen la misma cobertura, con igual costo. A las compañías aseguradoras no se les permite negarle el aseguramiento a una persona por su condición de salud o las probabilidades que se le atribuyan (McCabe, 2016).

Por otro lado la Ley de Discriminación de la Discapacidad 1992 (*Commonwealth Disability Discrimination Act 1992*) prohíbe la discriminación de personas por el cáncer, sea que lo tengan, lo hayan tenido o puedan tener esta patología en el futuro (por predisposición genética o antecedentes familiares). De aquí que una persona afectada por el cáncer debe tener acceso a los mismos bienes y servicios que una persona que nunca ha tenido cáncer, al mismo precio que los demás (McCabe, 2016).

Sin embargo, una excepción a esta ley opera para el caso de otros tipos de seguro³⁸ (diferentes a los seguros de salud), que les permite rechazar el aseguramiento de una persona o modificar los términos de una póliza a quienes están afectados por un cáncer³⁹. En general estos seguros, a diferencia de los “community rated” que caracteriza a los seguros de salud, operan bajo la modalidad de “risk-rated”, de acuerdo con la cual, la póliza del seguro considera el riesgo individual del asegurado. Esta última modalidad es la que aplica igualmente a los seguros de vida y seguros de viaje, lo que ha sido objeto de denuncia y preocupación creciente por parte de pacientes de cáncer, así como de personas con predisposición genética, o con historias familiares de cáncer.

La Ley de Discriminación de la Discapacidad, protege igualmente a los pacientes de cáncer y ex pacientes, en el ámbito del trabajo. La protección, incluye los finiquitos injustos, los contratos de trabajo, las ofertas de empleo, las promociones, y otros beneficios⁴⁰. Esta protección se amplía a los cuidadores. Al igual que con los seguros, la legislación considera excepciones limitadas en casos donde no se pueden cumplir los requerimientos del cargo con ajustes razonables a las condiciones de desempeño (McCabe, 2017).

3. Regulación de terapias complementarias y alternativas

Las terapias complementarias y alternativas en salud se agrupan bajo la categoría de las CAM⁴¹. Si bien se reconoce que algunas CAM son seguras y pueden tener beneficios, también pueden haber en el uso de algunas CAM el riesgo de interacciones adversas con las terapias convencionales de cáncer.

³⁶ Como por ejemplo, la sección 5 y 5ª, del *Medical Treatment Act 1988 de Victoria Australia*.

³⁷ *Department of Human Services*: Ministerio encargado del desarrollo de las políticas sociales, los subsidios y los servicios de salud, entre otros. Disponible <https://www.humanservices.gov.au/corporate> (Julio, 2017)

³⁸ Sección 46, *Disability Discrimination Act 1992*.

³⁹ Se exige para ello que haya algún fundamento en datos estadísticos o alguna evidencia razonable

⁴⁰ Esta protección es refrendada en el *Fair Work Act 2009*, así como por diferentes legislaciones estatales y territoriales.

⁴¹ Por su denominación de *complementary and alternative medicine*, en idioma inglés

Por otra parte, es conocido que prestadores inescrupulosos promueven algunas terapias que no cuentan con ninguna evidencia sobre su efectividad, las que incluso pueden llegar a ser dañinas. El mayor riesgo en estas situaciones, es que el paciente de cáncer reemplace la terapia convencional por alguna de estas, reduciendo las oportunidades de su remisión o cura.

El marco regulatorio para estas prácticas en Australia, lo proporciona los sistemas de registro y acreditación (NRAS⁴²). Cada profesión de la salud que es parte de este NRAS está representada en un Consejo Nacional. Este Consejo dispone de amplios poderes para regular a sus miembros y proteger la salud de los consumidores (es responsable del registro, no sólo de los profesionales, sino que también de los estudiantes de la profesión).

Estos consejos están sostenidos por una Agencia especializada, denominada Australian Health Practitioner Regulation Agency (AHPRA), que se rige por la Ley Nacional de Regulación de Profesionales de la Salud (*Health Practitioner Regulation National Law Act 2009*) que entró en vigor el 1 de julio de 2010, y que establece por primera vez en Australia un sistema de regulación nacional para el registro y la acreditación profesional en el área de la salud.

Entre las profesiones actualmente acreditadas bajo el NRAS, se encuentra además de los facultativos tradicionales, otros como medicinas de pueblos aborígenes⁴³ y medicinas chinas⁴⁴.

Otros profesionales de la salud, que no están regidos por este sistema de acreditación y super vigilancia, se rigen por marcos regulatorios más generales⁴⁵. Sin embargo, entre las leyes generales, se considera de particular relevancia en estas materias la Ley Australiana del Consumidor (McCabe. Centre, 2016).

⁴² NRAS Por su denominación de *National Registration and Accreditation Scheme*, en idioma inglés

⁴³ *Aboriginal and Torres Strait Islander health practice*

⁴⁴ A este listado se añaden también: Quiropráctica; técnico dental; medicina; Radiología medica; enfermería y obstetricia; terapia ocupacional; optometría; osteopatía; farmacia; fisioterapia; Podología; y psicología.

⁴⁵ Las asociaciones voluntarias de profesionales, por otro lado, proveen igualmente distintos niveles de auto-regulación para sus miembros.

Referencias

Asociación Internacional de Control del Cáncer (ICCP). Disponible en www.iccp-portal.org

Asociación Europea de Acción contra el Cáncer (AEAC).

Alemanno A, Garde A. Regulating lifestyles in Europe. How to prevent and control non-communicable diseases associated with tobacco, alcohol and unhealthy diets? Stockholm: Swedish Institute of European Policy Studies; 2013 (<http://www.sieps.se/en/publications/reports/regulating-lifestyles-in-europe-how-to-prevent-and-control-noncommunicable>). Abstract Disponible en http://www.sieps.se/sites/default/files/2013_7_%20SUM%20WEBB.pdf (Julio, 2017)

Australia Government. Department of Health, Industry & Commerce > Complementary medicines > Complementary medicine regulation basics. An overview of the regulation of complementary medicines in Australia. Disponible en <https://www.tga.gov.au/overview-regulation-complementary-medicines-australia> (Julio, 2017).

Cáncer en las Américas (2013) http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1866&Itemid=3904&lang=en (Julio, 2017)

CANCON Cancon (officially European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control. Disponible en: <https://cancercontrol.eu/archived/> (Julio, 2017)

Cancer Australia, 2014. Cancer Australia Strategic Plan 2014–2019, Cancer Australia, Surry Hills, NSW. Disponible en www.canceraustralia.gov.au (Julio, 2017)

Helou, A. . (2014) Early detection of cancer in the German National Cancer Plan: health policy and legal regulations [Resumen de artículo en alemán: Krebsfrüherkennung im Nationalen Krebspl (2014), [10.1007/s00103-013-1902-3](https://doi.org/10.1007/s00103-013-1902-3)]. Resumen disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24562702> (Julio, 2017)

International Agency for Research on Cancer (IARC) Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Reprint May 2017 Prepared by International Agency for Research on Cancer. Lyon, France . Disponible en https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreportimplementation_en.pdf (Julio, 2017).

Institut National du Cancer. (2017) (Francia) Disponible en <http://www.e-cancer.fr/> (Julio, 2017).

Lawson, Deborah. (2016) Making the law work better for people affected by cancer 2015 Report. McCabe Centre for Law and Cancer . Cancer Council Victoria. Disponible en http://www.mccabecentre.org/downloads/Making_the_law_work_better_for_people_affected_by_cancer_2015_report.pdf (Mayo, 2017).

La Ligue contre le cancer (2015) La Ligue contre le cancer salue le vote de la loi de santé. Disponible en https://www.ligue-cancer.net/article/35245_la-ligue-contre-le-cancer-salue-le-vote-de-la-loi-de-sante (Julio, 2017).

Le Monde (14.02.2017). Prets : le « droit a l' oubli » entre en vigueur pour les anciens malades du cancer. Disponible en http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/02/14/prets-le-droit-a-l-oubli-entre-en-vigueur-pour-les-anciens-malades-du-cancer_5079556_1651302.html#Gpg3uY37HcgZgyiu.99 (Julio, 2017).

McCabe Centre for Law and Cancer (2017a). Disponible <http://www.mccabecentre.org/about> (Julio, 2017)

McCabe Centre for Law and Cancer. (2017b) Treatment and Support. Making the law work better for people affected by cancer. Disponible en <http://www.mccabecentre.org/focus-areas/treatment-and-support> (Julio, 2017).

Itriago; L et al Cáncer en Chile y el Mundo: Una Mirada Epidemiológica, Presente y Futuro. Disponible en https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/1_Dra.-Laura-Itriago-G.pdf (Julio, 2017)

MINSAL. 9a Semana de Lucha contra el Cáncer: Realidad Nacional. Disponible en <http://web.minsal.cl/9a-semana-de-lucha-contr-el-cancer-realidad-nacional/> (Julio; 2017)

Magnusson, Roger and Gostin, Lawrence O. and Studdert, David M., Can Law Improve Prevention and Treatment of Cancer? (November 4, 2011). Public Health, Forthcoming; Sydney Law School Research Paper No. 11/88; Georgetown Law

and Economics Research Paper No. 11-29; Georgetown Public Law Research Paper No. 11-137. Disponible en <https://ssrn.com/abstract=1954470> (Julio, 2017)

National Institutes of Health (NIH). Legislative History. <https://www.cancer.gov/about-nci/legislative/history> (Julio, 2017)

Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.(2004). Disponible en http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf (Julio, 2017)

OMS. (2007).Cancer control: Early detection WHO guide for effective programmes. http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_detection/en/ (Julio, 2017)

OMS. (2007) *Control del Cáncer*. Guía de Metod eficaces. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44023/1/9789243547336_spa.pdf (Julio, 2017)

OMS. (2013) 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Disponible em <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/#> (Julio, 2017).

OMS. (2017a). Cancer. Disponible en <http://www.who.int/cancer/media/news/cancer-prevention-resolution/en/#> (Julio, 2017).

OMS/OPS (2014) Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC: OPS, 2014. Disponible en <file:///C:/Users/egoldstein/Downloads/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf> (Julio, 2017).

OMS/OPS (2016) Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Washington, DC: OPS, 2016. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Julio, 2017)

OMS/OPS (2017) Programas de Cáncer Integral. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292&Itemid=3904&lang=es (Julio, 2017).

OMS. WHO Regional Committee for Europe. (2012) European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Disponible http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf (Julio, 2017).

OMS. WHO Regional Committee for Europe.(2014) *Roadmap of actions to strengthen implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the European Region 2015–2025* Disponible en http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/282962/65wd10e_Tobacco_150475.pdf?ua=1

OMS. WHO - World Health Organization - (2017b). Key considerations for the use of law to prevent noncommunicable diseases, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/333954/Moscow-report.pdf?ua=1 (Julio, 2017)

Referencias Legales

Article L1415-2 du Code de la santé publique. (Francia). Primera parte, libro IV, Instituciones. Creado por el Article 33 de la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (Francia). Disponible en <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=> (Julio, 2017)

Article L1141-5, du Code de la santé publique. (Francia) En Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé. Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires. Chapitre Ier : Accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès. Section 2 : Risques aggravés. Disponible <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031923621&dateTexte=&categorieLien=cid> (Julio, 2017)

Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión (10/01/2017). Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Trabajo más seguro y saludable para todos □ Modernización de la legislación y las políticas de la UE de salud y seguridad en el trabajo [COM/2017/012 final]. (UE). Disponible en: <http://eurlex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017DC0012&qid=1495644313503&from=ES> (Julio, 2017)

Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión (13/05/2016). Propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo que modifica la Directiva 2004/37/CE, relativa a la protección de los trabajadores contra

los riesgos relacionados con la exposición a agentes carcinógenos o mutágenos durante el trabajo [COM/2016/0248 final □ 2016/0130 (COD)]. (UE). Disponible en: <http://eurlex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016PC0248&rid=1> (Julio, 2017)

Cancer Australia Act 2006 . Federal legislation. (Australia). Disponible en <https://www.legislation.gov.au/Details/C2006A00035> (Julio, 2017)

Commonwealth Disability Discrimination Act 1992(Australia). Disponible en <https://www.legislation.gov.au/Series/C2004A04426/Compilations> (Julio, 2017)

Droit-Finance (2017). Convention AERAS (Francia): s'assurer avec un risque de santé. Disponible en <http://droit-finances.commentcamarche.net/contents/1127-convention-aeras-s-assurer-avec-un-risque-de-sante#definition-de-la-convention-aeras> (Julio, 2017)

Disability Discrimination and Other Human Rights Legislation Amendment Act 2009. (Australia) Disponible en <https://www.legislation.gov.au/Details/C2011C00175> (Julio, 2017)

Public Governance, Performance and Accountability Act 2013. (Australia). Disponible en <https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C00414> (Julio, 2017)

Health Practitioner Regulation National Law Act 2009.(Australia). Disponible en <http://www.ahpra.gov.au/About-AHPRA/What-We-Do/Legislation.aspx> (Julio, 2017)

La Ligue contre le cancer. (Francia) Mes droits. (2015). Le droit à l'oubli, un pas vers l'égalité. https://www.ligue-cancer.net/article/32108_le-droit-loubli-un-pas-vers-legalite (Julio, 2017)

Ministerio de Salud de Chile. Registros Poblacionales de Cáncer, Norma Técnica N° 72, 07.12.2004.

National Cancer Control Policy (Australia). Position statement - Complementary and alternative therapies. Disponible en http://wiki.cancer.org.au/policy/Position_statement_-_Complementary_and_alternative_therapies#Regulation (Julio, 2017)

National Institutes of Health (NIH) .Legislative History Timeline. Disponible en <https://www.cancer.gov/about-nci/legislative/history/legislative-timeline> (Julio, 2017)

OMS. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) Disponible en <http://www.who.int/fctc/cop/about/es/> (Julio, 2017)