

Evaluación Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud

COMITÉ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Coordinador Científico:

Eduardo Díaz-Rubio

Comité Institucional de CC.AA.:

Andalucía: José Expósito Hernández
Aragón: Alejandro Tres Sánchez
Asturias (Principado de): Isabel Palacio Vázquez
Baleares (Islas): María Ramos Monserrat
Canarias: Juana María Reyes Melián
Cantabria: José Manuel López Vega
Castilla-La Mancha: Javier Gil Madre
Castilla y León: Manuel Villacorta González y M. Luisa Cuadrado Domínguez
Cataluña: Josep M. Borrás Andrés
Comunidad de Valencia: Dolores Salas Trejo
Extremadura: Eva M. Molinero San Antonio
Galicia: Rafael López López
Madrid (Comunidad de): Andrés González Navarro
Murcia (Región de): Agustín Navarrete Montoya y Fco. Pérez Riquelme
Navarra (Comunidad Foral): Aurelio Barricarte Gurrea
País Vasco: M. Luisa Arteagoitia González y Josu Xabier Llano Hernaiz
Rioja (La): Adolfo Cestafe Martínez
Ingesa (Ceuta-Melilla): M. Antonia Blanco Galán

Comité Técnico:

Emilio Alba Conejo
(Sociedad Española de Oncología Médica)
Nieves Ascunce Elizaga
(Experta nombrada por el MSC)
Carmen Cabezas Peña
(Experta nombrada por el MSC)
Montserrat Casamitjana
(Sociedad Española de Epidemiología)
Ramón Colomer Bosch
(Sociedad Española de Oncología Médica)
Carmen Corral Romero
(Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria)
Nicolás Díaz Chico
(Asociación Española de Investigación contra el Cáncer)
Ana Fernández Marcos (Asociación Española Contra el Cáncer)
Adelaida Fisas Armengol
(Federación Española de padres de Niños con Cáncer)
Paz Gatell Maza
(Asociación Española de Enfermería Oncológica)
Antonia Gimón Revuelta
(Federación Española de Cáncer de Mama)
Vicente Guillen Porta
(Experto nombrado por el MSC))
Ismael Herruzo Cabrera
(Sociedad Española de Oncología Radioterápica)
Blanca López-Ibor
(Experta nombrada por el MSC))
Merce Marzo Castillejo
(Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)
Héctor Ortiz Hurtado
(Asociación Española de Cirujanos)
Antonio Pascual López
(Experto nombrado por el MSC)
Lorenzo Pascual López
(Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)
Dulce Ramírez Puerta
(Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)

Miguel Ángel Ripoll Lozano
(Sociedad Española de Medicina General)
Eugenio Santos de Dios
(Experto nombrado por el MSC)

Ministerio de Sanidad y Consumo:

Enrique Terol García - Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad
M^a Santos Ichaso Hernández-Rubio – Subdirectora Adjunta del Instituto de Información Sanitaria
Carmen Pérez Mateos – Consejera Técnica de la Dirección General de Cohesión.
Ángel Abad Bassols – Jefe de Servicio de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.
José Rodríguez Escobar – Jefe de Servicio de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad
Rosalia Bueno Salinero – Jefe de Sección Observatorio del SNS

Apoyo Técnico y Metodológico:

Silvia Vázquez Fernández del Pozo
Beatriz Gómez González
Susana Torres García

Apoyo Administrativo y Logístico:

Amparo Mayor de Frutos
Isabel Esteban Sánchez

Equipo redactor del informe:

Enrique Terol García
Ángel Abad Bassols
Silvia Vázquez Fernández del Pozo
Beatriz Gómez González

INSTITUCIONES COLABORADORAS

Universidad Rey Juan Carlos
Instituto de Salud Carlos III
Universidad Carlos III

INFORME EVALUACIÓN ESTRATEGIA EN CÁNCER DEL SNS

INDICE

	Páginas
1. INTRODUCCIÓN	5
2. CUADRO	7
3. METODOLOGIA	11
4. RESULTADOS EVALUACIÓN POR LÍNEAS ESTRATÉGICAS	17
- Promoción y protección de la Salud	19
- Detección precoz	39
- Asistencia a adultos	59
- Asistencia a niños y adolescentes	71
- Cuidados paliativos	77
- Calidad de vida	83
- Investigación	85
- Indicadores globales	89
5. ACTUACIONES DE APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA	101
6. RESUMEN RESULTADOS Y CONCLUSIONES	105
7. ANEXOS	119

1. INTRODUCCIÓN

La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue aprobada por unanimidad por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en marzo de 2006. Fue el resultado de un fructífero trabajo de coordinación y consenso entre las instituciones, los profesionales y los pacientes. El CISNS a propuesta del Ministerio de Sanidad estableció que la Estrategia debía ser evaluada a los dos años de su aprobación y presentado el correspondiente informe de resultados al Consejo en junio de 2008, cumpliendo así con el mandato del CISNS.

En septiembre de 2007 se constituyó el Comité de Seguimiento y Evaluación (CSE) de la Estrategia en Cáncer del SNS, formado por el Comité Institucional (CI) y por el Comité Técnico (CT), es decir por quienes participaron en la elaboración de la Estrategia, y cuyo coordinador científico fue el Dr. Díaz Rubio.

El objetivo encomendado al CSE fue establecer el sistema de seguimiento y evaluación de la Estrategia en Cáncer del SNS. Una vez acordado el plan de trabajo se creó la Secretaría Técnica dependiente de la Agencia de Calidad del SNS, que dio soporte al CSE en el proceso de evaluación de la Estrategia.

A partir de los indicadores contenidos en la Estrategia, se precisaron o completaron los mismos y se consensó el método operativo de recogida de información y las fuentes a emplear en cada caso. Se diseñó un modelo de recogida de la información, y en función de las fuentes de datos establecidas las CC.AA. y la Agencia de Calidad del MSC iniciaron el proceso de recolección de la misma.

Uno de los primeros resultados de la evaluación de la Estrategia ha sido precisamente la mejora del conocimiento sobre las características de la información disponible a nivel del SNS en relación al cáncer, insuficiente o incompleta en algunos casos. Por lo que se considera necesario avanzar en la optimización y normalización de parte de esta información, fundamentalmente relacionada con los indicadores de proceso, de manera que la misma sea accesible de forma estandarizada y forme parte de los indicadores claves del SNS. Esta situación ha sido resuelta en gran parte gracias al esfuerzo de todos los miembros del CSE que ha permitido disponer, al menos, de estimaciones que facilitan el seguimiento inicial de la Estrategia.

El corte para la recogida de información de esta primera evaluación tuvo lugar el 29 de marzo de 2008, fecha en que se cumplían dos años de la aprobación de la Estrategia por el Consejo Interterritorial del SNS.

Una vez finalizados los trabajos de recogida de información y análisis de los datos aportados tanto por el Instituto de Información Sanitaria, como por las propias Comunidades Autónomas, la Secretaría Técnica ha elaborado este informe de evaluación, cuyos resultados por líneas estratégicas se presentan en este documento, para su valoración por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Es preciso resaltar que estos dos años de trabajo conjunto entre sociedades científicas, asociaciones de pacientes, Comunidades Autónomas y Ministerio de Sanidad y Consumo orientados a hacer efectiva la implantación de la Estrategia en Cáncer del SNS, han conseguido aunar los esfuerzos dirigidos a la mejora continua de la atención en cáncer, y con ello mejorar la calidad de los servicios prestados en todo el territorio nacional.

**2. CUADRO RESUMEN EVALUACIÓN INDICADORES ESTRATEGIA EN CÁNCER
EVALUACIÓN DE INDICADORES ESPECÍFICOS (1)**

LÍNEA ESTRATÉGICA	Indicador	Grado de consecución
1. Promoción y Protección de la Salud	Prevalencia de ex fumadores (global y por sexos)	
	Tasa de abandono del hábito de fumar (global y por sexos)	
	Tasa de fumadores en mayores de 15 años	
	Tasa de fumadores en jóvenes (16-24 años)	
	Existencia de normativa sobre el consumo de tabaco en lugares públicos y centros libres de humo	
	Prevalencia de obesidad en adultos	
	Prevalencia de obesidad en población de 2 a 17 años	
2. Detección precoz	Cobertura de los programas de cribado de cáncer de mama (Implantación)	
	Características de los programas de cribado	
	Porcentaje de mujeres con mamografía realizada	
	Atención organizada a pacientes con riesgo de cáncer. Programas de:	
	- Cáncer de mama	
	- Cáncer de colon	
	- Cáncer de cérvix	
Mapa de unidades especializadas de carácter multidisciplinar de referencia		
3. Asistencia a adultos	Demora diagnóstica en cáncer de mama	
	Demora terapéutica en cáncer de mama	
	Porcentaje de tratamiento conservador	
	Existencia de Guías de Práctica Clínica autonómicas implantadas o en fase de elaboración	
	Porcentaje de centros con Comités de Tumores existentes en cada CC.AA.	
4. Asistencia a niños y adolescentes	Mapa de unidades de referencia de oncología y/o hematología pediátrica	
5. Cuidados Paliativos	Cumplimiento de criterios de los programas de cuidados paliativos	
	Utilización de morfina	Pendiente
6. Calidad de Vida	Porcentaje de hospitales con profesionales o unidades funcionales que prestan apoyo psicológico	
7. Investigación	Número de redes de grupos y número de redes de centros acreditados	
	Número de grupos dentro de hospitales o centros sanitarios, que previa evaluación, están integrados en redes cooperativas acreditadas	

INDICADORES GLOBALES (2)

Tasa de mortalidad ajustada por edad	
Tasa de incidencia	
Tasa de mortalidad prematura	
Supervivencia a 1, 3 y 5 años	

LEYENDAS

(1) LEYENDA: Indicadores específicos	
Indicador alcanzado (alcanzado por un 75%-100% de las CC.AA.)	
Indicador parcialmente alcanzado (alcanzado por un 50-75% de las CC.AA.)	
Indicador no alcanzado (alcanzado por menos del 50%.)	
Indicador sobre el cual no hay datos o son datos de baja calidad	

(2) LEYENDA: Indicadores globales	
Tendencia favorable	
Tendencia sin cambios	
Tendencia desfavorable	

3. METODOLOGÍA

La evaluación de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS), consiste en la valoración del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos, mediante la recogida de los resultados de los indicadores de evaluación y la propuesta de actualización del contenido de la Estrategia, así como las posibles acciones de mejora. En la figura se muestra el cronograma de seguimiento y evaluación de la Estrategia, desde la aprobación de la misma en el año 2006.

CRONOGRAMA PROCESO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO ESTRATEGIA EN CÁNCER DEL SNS

Proceso de seguimiento y evaluación de la Estrategia



Año 2007

- **29 Septiembre 2007**: Reunión presencial para la Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación (CSE) de la Estrategia en Cáncer. Creación de la Secretaría Técnica de apoyo.
- **Octubre-noviembre**: Diseño del formulario para la recogida por las CC.AA. de la información necesaria para la evaluación.
- **Noviembre-diciembre**: Envío a las CC.AA. de la propuesta de formulario de recogida de información para envío de aportaciones. Envío al CT de la ficha para la revisión de objetivos y envío de aportaciones.
- **Diciembre**: Recogida de las aportaciones recibidas por las CC.AA. y CT.

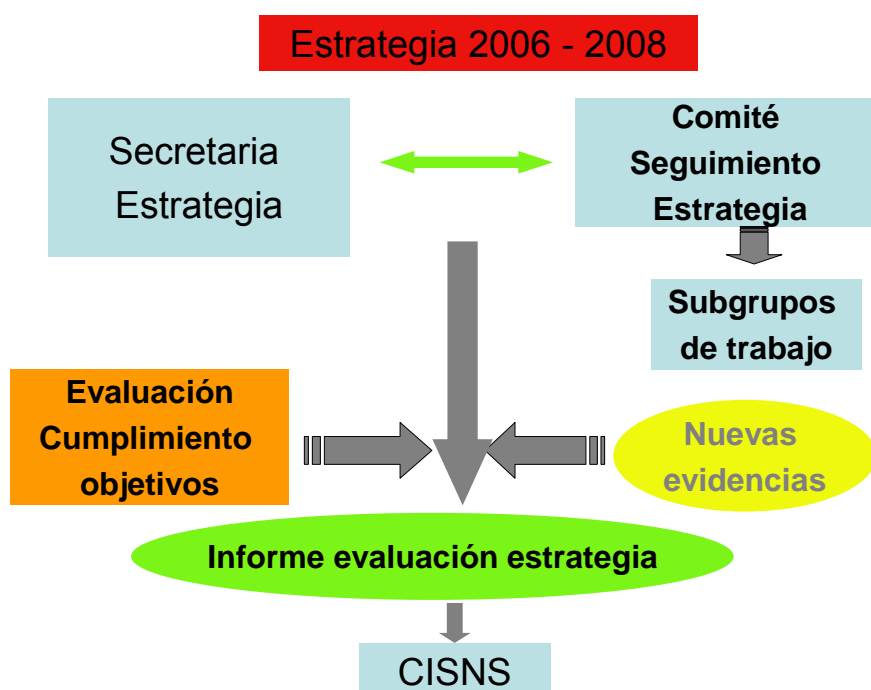
Año 2008

- **Enero:** Envío del informe hecho con las aportaciones realizadas a las CC.AA. y Comité Técnico.
- **22 Enero** Reunión presencial del CSE para la aprobación del formulario de recogida de información definitivo y el informe de revisión de objetivos de la Estrategia.
- **29 Marzo:** Fecha inicio recogida de información por CC.AA.
- **Abril-Mayo:** Recepción de los formularios de recogida de información para la evaluación enviados por las CC.AA.
- **Mayo:** Elaboración del borrador del informe de evaluación de la Estrategia.
- **27 Mayo** Reunión presencial del CSE para la aprobación del Informe de Evaluación de la Estrategia en Cáncer del SNS.
- **Junio 2008:** Presentación del informe para su aprobación definitiva al Consejo Interterritorial del SNS.

En el proceso de Evaluación se distinguen las siguientes etapas:

- 3.1. Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación
- 3.2. Creación de la Secretaria Técnica de la Estrategia
- 3.3. Recogida de información para la evaluación
- 3.4. Elaboración del Informe de evaluación
- 3.5. Presentación del Informe de Evaluación al Consejo Interterritorial del SNS

PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA



3.1. Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación

El 29 de septiembre de 2007 se constituyó el Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia (CSE), con el objetivo de establecer el sistema de seguimiento y evaluación de la misma. Dicho Comité está formado tanto por el Comité Institucional, como por el Comité Técnico, es decir, por quienes participaron en la elaboración de la Estrategia, junto con otros representantes de sociedades científicas y/o asociaciones de pacientes del ámbito de la Estrategia, que por distintas circunstancias no pudieron participar en el proceso de elaboración.

Se mantuvieron como subgrupos de trabajo el Comité Institucional y el Comité Técnico, con las siguientes funciones:

- **Comité Institucional**, encargado de establecer el sistema para la recogida de la información necesaria, cuya fuente de información son las CC.AA. Debiendo, por tanto, ser proporcionada directamente por cada una de las Comunidades Autónomas según sus propios sistemas de recogida de información.
- **Comité Técnico**, encargado de elaborar tanto la propuesta de actualización de objetivos, como las consiguientes recomendaciones de actuación para alcanzarlos, así como de proponer mejoras o cambios en base a evidencia científica reciente.

3.2 Constitución de la Secretaría Técnica

La Agencia de Calidad del SNS, a través de su Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, crea la Secretaría Técnica encargada de dar el apoyo técnico, logístico y administrativo necesario para que se cumplan y desarrollen correctamente las funciones del Comité de Seguimiento y Evaluación. Coordinando, además, la recogida de información necesaria para la evaluación de los indicadores y la elaboración del informe de evaluación de la Estrategia para su aprobación previa por el CSE y presentación posterior al Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) para su aprobación definitiva.

3.3 Recogida de información

La información necesaria para la evaluación de los objetivos de la Estrategia se obtuvo básicamente de dos fuentes. Una que depende específicamente de las Comunidades Autónomas, y otra que aporta directamente el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto de Información Sanitaria dependiente de la Agencia de Calidad del SNS.

Para la recogida de información cuya fuente son las Comunidades Autónomas, se creó específicamente una base de datos consensuada por el subgrupo de trabajo formado por el Comité Institucional, donde estaban representadas todas las CC.AA. Para ello previamente se diseñó un formulario (**Anexo I**) destinado a la recogida de los datos necesarios para la construcción de los indicadores de la Estrategia, cuya fuente de información eran las propias CC.AA. Dicho cuestionario se presentó y debatió por los representantes de las CC.AA., y posteriormente se remitió a través de formato web al representante de cada Comunidad Autónoma para su respuesta.

Las Comunidades Autónomas realizaron la recogida y remisión de información en el momento de corte previsto (29 de marzo de 2008). Una vez cumplimentado el

cuestionario se remitió a la Secretaría Técnica de la Estrategia, para iniciar la elaboración del primer borrador del informe de evaluación junto con el resto de información recogida a través de las restantes fuentes de información.

Por otro lado el subgrupo de trabajo formado por el Comité Técnico procedió a la revisión de los objetivos y recomendaciones de la Estrategia en función de la evidencia disponible, enviando sus aportaciones a la Secretaría Técnica de la Estrategia para proceder a preparar el informe correspondiente.

En el **Anexo II**, se describen los objetivos de la Estrategia en Cáncer según las líneas estratégicas de la misma y los indicadores de evaluación de la Estrategia en Cáncer y el organismo o institución responsable de la recogida de la información correspondiente.

3.4 Elaboración del Informe de Evaluación y revisión de objetivos

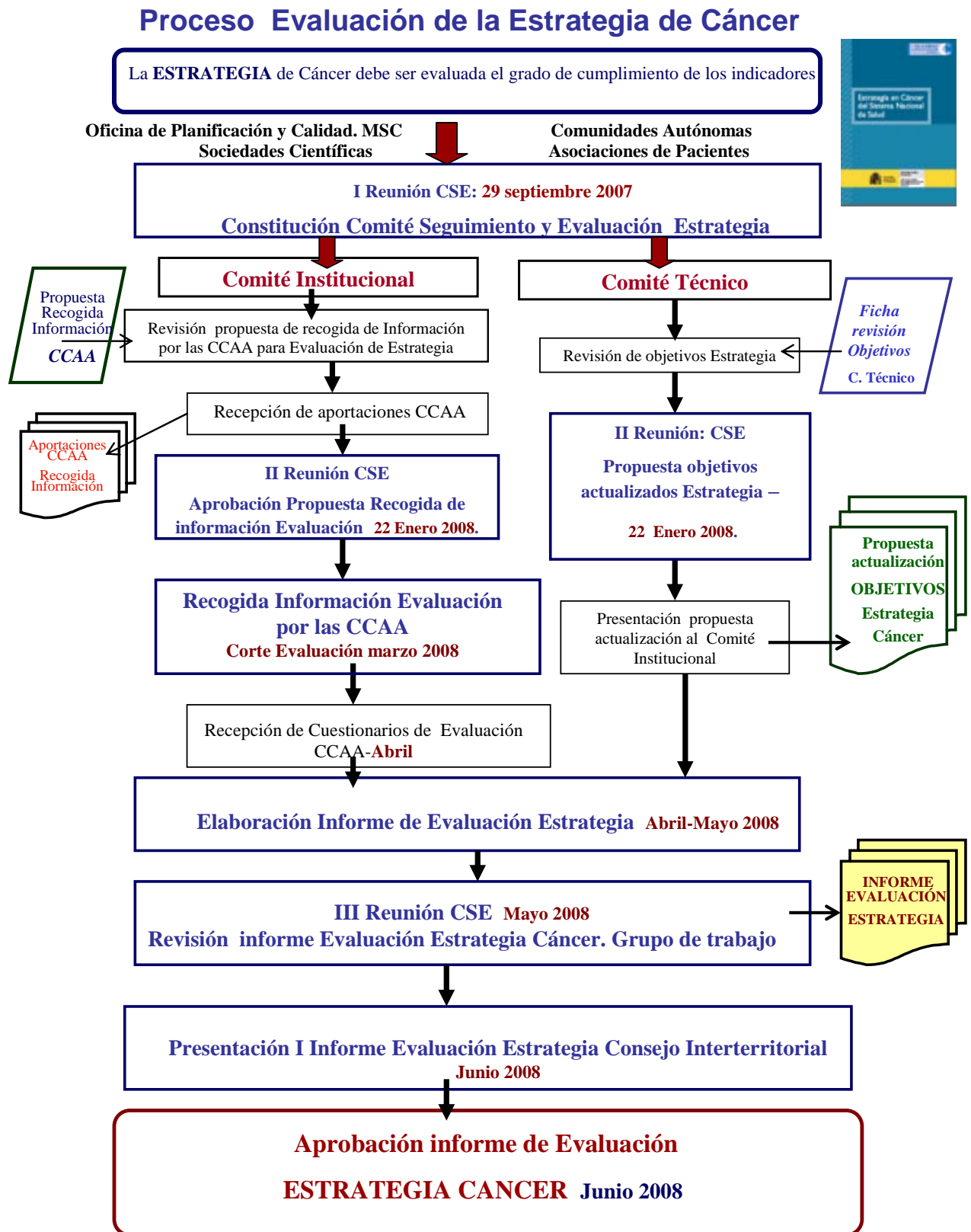
El Informe se realizó por la Secretaría Técnica de la Estrategia en Cáncer del SNS, ubicada en la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Para ello se contó por una parte con la información enviada por las Comunidades Autónomas, además de la recogida por el Instituto de Información Sanitaria y la propia Oficina de Planificación y Calidad, y por otra parte con las aportaciones de revisión de objetivos.

Se realizaron dos informes, uno en el que constan los resultados de la evaluación de los indicadores y un segundo informe en el que se incluye la revisión de objetivos y recomendaciones en función de la evidencia disponible.

Una vez elaborado el borrador del informe, éste se presentó y debatió por los miembros de Comité de Seguimiento y Evaluación, para su aprobación antes de ser presentado al CISNS.

En junio de 2008 se presenta este Informe de evaluación de la Estrategia en Cáncer al Consejo Interterritorial del SNS.

DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA.



**RESULTADOS DE LOS
INDICADORES DE EVALUACIÓN
ESTRATEGIA EN CÁNCER DEL SNS**

4. RESULTADOS EVALUACIÓN ESTRATEGIA EN CÁNCER SEGÚN LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Objetivos:

Objetivo 1: La Estrategia establece que la prevalencia de ex fumadores en España (o cualquier Comunidad Autónoma) deberá situarse por encima del 23%.

Objetivo 2: La prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (>15 años) en España (o cualquier Comunidad Autónoma) se habrá reducido hasta el 28% (hombres 35%, mujeres 25%).

Objetivo 3: La prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes (16-24 años) en España (o cualquier Comunidad Autónoma) será inferior al 36%.

Objetivo 4: Las CC.AA. desarrollarán las normativas que regulen el consumo de tabaco en el ámbito público y privado, implementando las medidas contempladas en la Ley de Prevención del Tabaquismo.

Objetivo 5: En las CC.AA. se habrán puesto en marcha las intervenciones de carácter poblacional, o en colectivos de riesgo, conducentes a mejorar los estilos de vida y hábitos alimenticios relacionados con el cáncer. Una prioridad será invertir la tendencia de obesidad en mujeres y hombres.

Indicadores

- Prevalencia de exfumadores
- Tasa de abandono de hábito de fumar
- Tasa de fumadores en mayores de 15 años
- Tasa de fumadores en jóvenes (16-24 años)
- Normativa sobre consumo de tabaco en lugares públicos y sobre centros libres de humo
- Prevalencia de obesidad en población adulta
- Prevalencia de obesidad en población entre 2 y 17 años en España y por Comunidades Autónomas

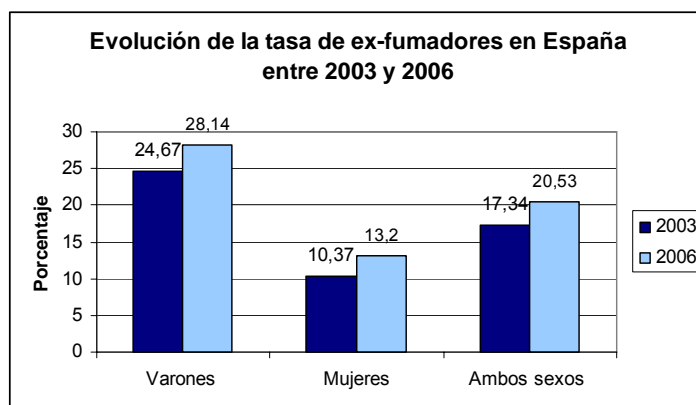
Indicadores:

PREVALENCIA DE EX FUMADORES

(Independientemente del tiempo transcurrido desde el abandono)

En el año 2003 la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) indica una prevalencia de ex fumadores de 16 y más años del 17,34%, pasando a ser del 20,53% en el año 2006.

En varones la prevalencia de ex fumadores pasó a ser de 24,67% a 28,14%, y en las mujeres se pasó del 10,37% al 13,20% respectivamente.



En la tabla siguiente se muestran los datos de la prevalencia de exfumadores por Comunidades Autónomas desde el año 2003 al 2006. En todas las Comunidades Autónomas se observa que dicha prevalencia es mayor en varones que en mujeres.

Prevalencia de exfumadores* en España y por Comunidades Autónomas						
	2003			2006		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Andalucía	14,89	22,51	7,61	17,62	25,43	10,06
Aragón	15,47	23,48	7,68	21,04	29,46	12,75
Asturias	18,63	27,48	10,61	19,70	27,33	12,80
Baleares	17,49	24,04	11,04	18,03	22,20	13,88
Canarias	12,41	19,65	5,27	17,40	21,15	13,67
Cantabria	15,34	20,76	10,26	19,13	27,04	11,66
Castilla y León	18,70	26,70	10,95	19,81	29,35	10,53
Castilla-La Mancha	21,21	28,55	13,97	20,18	28,06	12,28
Cataluña	18,19	25,38	11,35	22,03	30,51	13,81
C. Valenciana	16,99	25,30	8,98	21,86	29,16	14,72
Extremadura	21,24	33,59	9,22	24,35	35,93	13,04
Galicia	16,84	25,92	8,58	19,44	29,26	10,46
Madrid	19,07	24,81	13,81	22,54	28,66	16,88
Murcia	14,33	19,96	8,78	19,82	26,95	12,57
Navarra	17,72	21,82	13,68	24,08	30,18	18,06
País Vasco	20,05	24,89	15,47	22,90	29,97	16,22
Rioja (La)	18,56	28,17	9,01	18,24	24,86	11,55
Ceuta y Melilla	9,97	14,52	5,54	14,31	22,60	6,32
ESPAÑA	17,34	24,67	10,37	20,53	28,14	13,20

Fuente: ENSE
* Población que declara ser ex fumador en el momento de realizar la encuesta en su domicilio independientemente del tiempo transcurrido desde que ha dejado de fumar.

Interpretación:



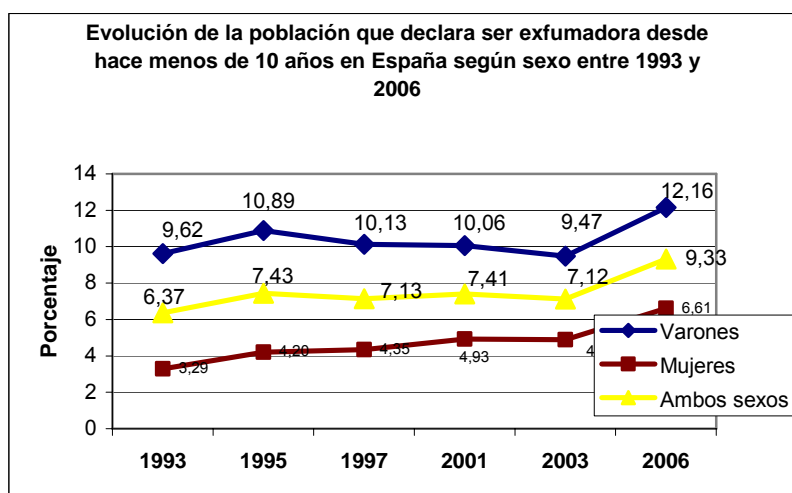
Se ha alcanzado una prevalencia de exfumadores del 20,53% evidenciándose además una tendencia creciente en la tasa de exfumadores. Sin embargo no se llega a alcanzar el objetivo establecido de una prevalencia por encima del 23%, excepto en Navarra y Extremadura.

Puede considerarse por lo tanto que este objetivo esta parcialmente cumplido dada la tendencia positiva del indicador.

PREVALENCIA DE EX FUMADORES

(Que han dejado de fumar en los últimos 10 años)

La proporción de población que declara ser ex fumadora en los últimos 10 años, es del 7,1% en total. En varones es del 12,16% y en mujeres del 6,6%. En ambos sexos se observa un incremento de la prevalencia entre 2003 y 2006. En varones se incrementó del 9,4% al 12,1% y en mujeres del 7,12% al 9,33%.

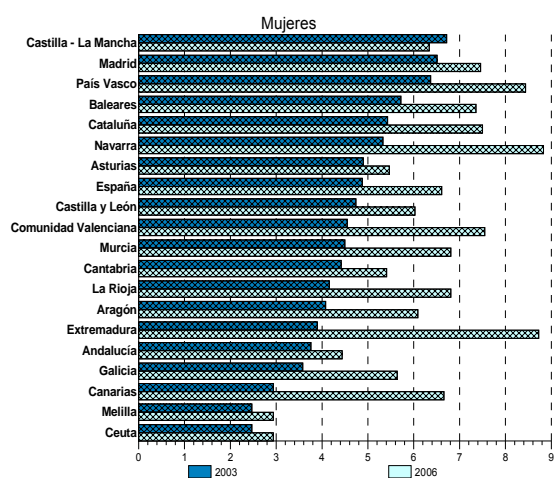
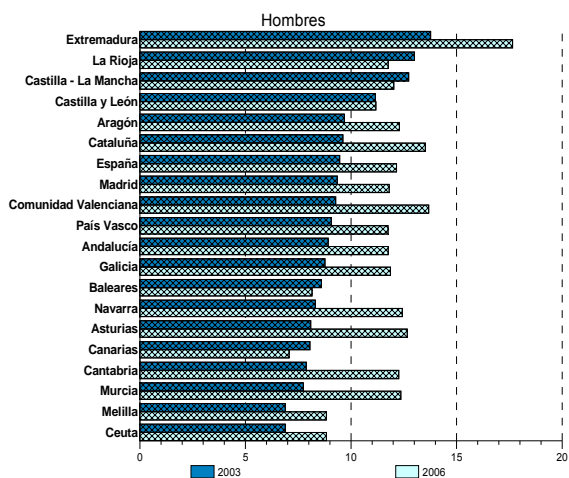
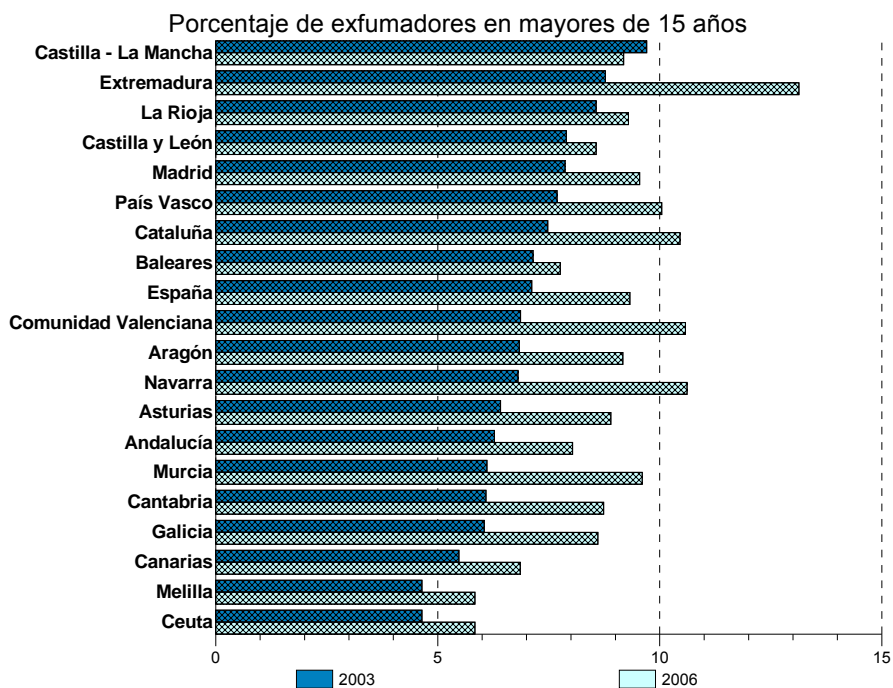


Por Comunidades Autónomas, el rango de población que declara ser ex fumadora en los últimos 10 años oscila entre 6,86% en Canarias y el 13,14% en Extremadura. Las mayores prevalencias se alcanzan en Extremadura, Comunidad Valenciana y Navarra, en ambos sexos. Entre las mujeres el mayor incremento se ha producido en Navarra, Extremadura y País Vasco, y en los varones en Extremadura.

Prevalencia de población ex-fumadora**, según sexo y Comunidad Autónoma (2003 y 2006)						
	Total		Varones		Mujeres	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006
Andalucía	6,28	8,04	8,92	11,77	3,76	4,44
Aragón	6,84	9,17	9,69	12,30	4,08	6,09
Asturias	6,42	8,90	8,10	12,67	4,90	5,47
Baleares	7,15	7,76	8,61	8,16	5,72	7,36
Canarias	5,48	6,86	8,06	7,07	2,94	6,66
Cantabria	6,09	8,74	7,88	12,27	4,42	5,41
Castilla y León	7,90	8,57	11,16	11,18	4,74	6,03
Castilla-La Mancha	9,71	9,19	12,74	12,03	6,72	6,34
Cataluña	7,48	10,46	9,62	13,53	5,43	7,50
C. Valenciana	6,87	10,58	9,28	13,68	4,55	7,55
Extremadura	8,78	13,14	13,78	17,66	3,90	8,73
Galicia	6,05	8,61	8,77	11,87	3,58	5,64
Madrid	7,87	9,55	9,36	11,81	6,51	7,46
Murcia	6,11	9,61	7,75	12,37	4,50	6,81
Navarra	6,81	10,62	8,32	12,44	5,33	8,83
País Vasco	7,69	10,05	9,08	11,76	6,37	8,44
La Rioja	8,57	9,30	13,01	11,77	4,16	6,81
Ceuta y Melilla	4,65	5,84	6,89	8,84	2,47	2,94
ESPAÑA	7,12	9,33	9,47	12,16	4,88	6,61

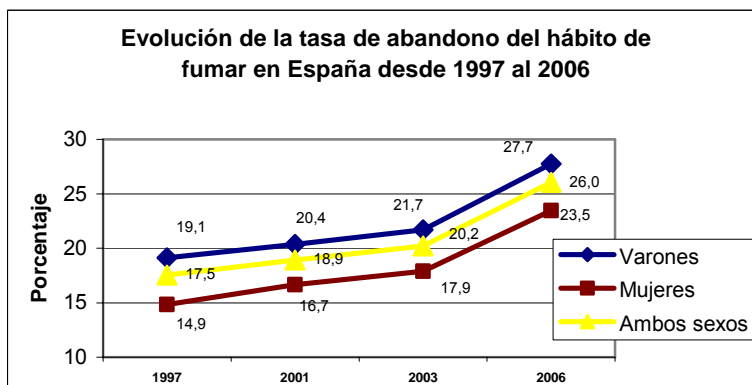
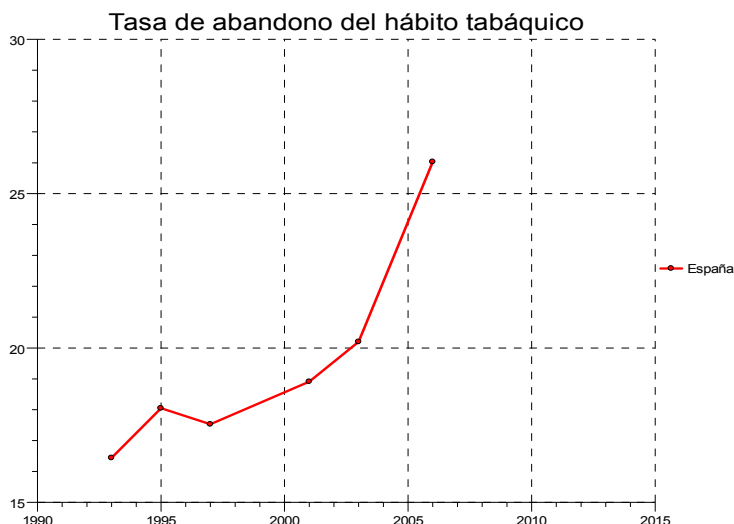
Fuente: ENSE ** Definición de población exfumadora: Población que declara haber dejado de fumar en los últimos 10 años (no es la que se declara como exfumadora independientemente del tiempo que haya transcurrido)

En los gráficos siguientes se detalla por CC.AA. y sexo el porcentaje de exfumadores que han dejado de fumar en los últimos 10 años:



TASA DE ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR

En España, la tasa de abandono del hábito de fumar (calculada a partir los que habiendo sido fumadores abandonaron el hábito tabáquico) se ha incrementado significativamente desde 1997 a 2006 (del 16,4% al 26% de la población). Es mayor la proporción de población adulta masculina que ha dejado de fumar que la femenina. En el año 2006 la tasa de abandono en varones fue del 27,7%, mientras que en las mujeres fue del 23,5%.



Desde 1997 al 2006, según la Encuesta Nacional de Salud las tasas de abandono son superiores en varones respecto a mujeres. Existe un incremento de la tasa de abandono en varones del 19,1% al 27,7%, y en las mujeres del 14,9% al 23,3%.

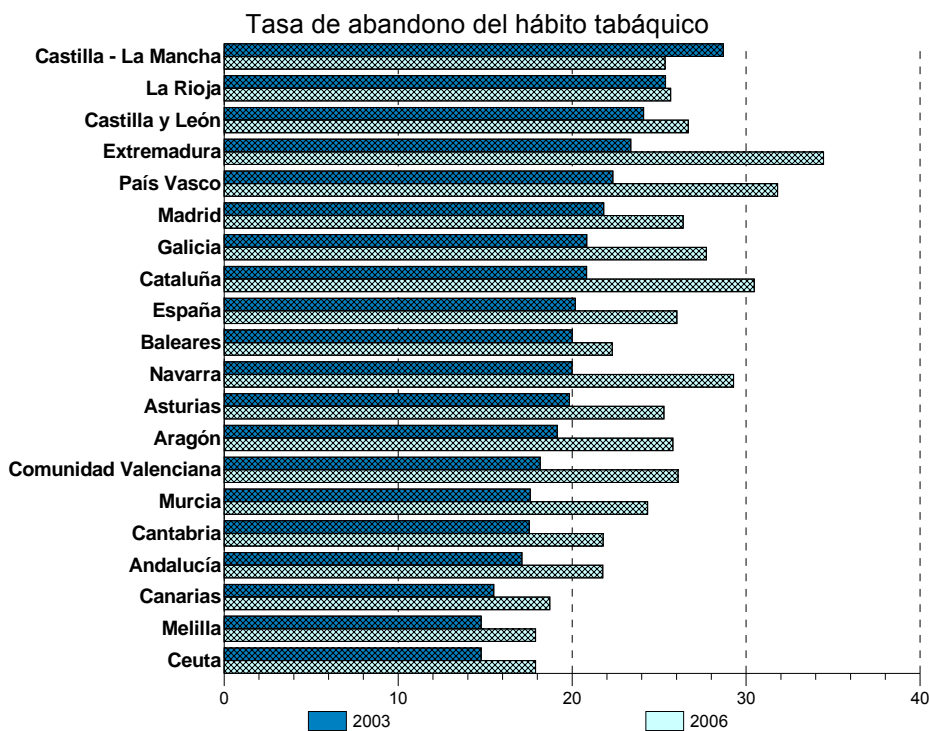
En la tabla se muestran los resultados de la tasa de abandono por Comunidades Autónomas desde el año 1993 al 2006. Solo se observa una tasa superior de abandono en mujeres que en hombres en Baleares, Canarias, Castilla y León, Navarra y País Vasco.

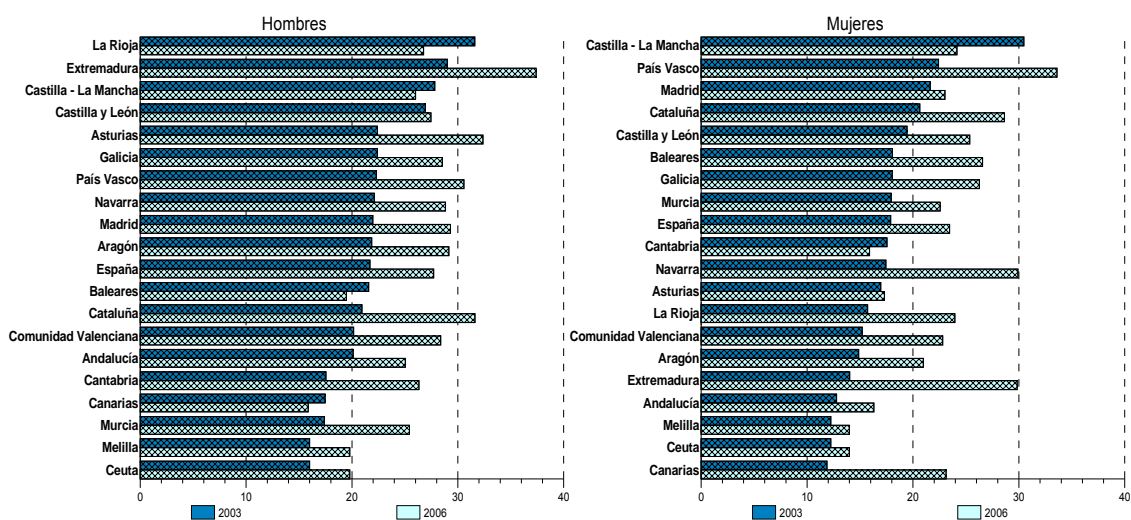
La mayor tasa de abandono es del 34,46 % en Extremadura, seguida de País Vasco, Cataluña y Navarra en las cuales se alcanzan tasas del 31,82%, 30,4% y 26% respectivamente en el año 2006.

Tasa de abandono del hábito de fumar en España y por Comunidades Autónomas desde 1993 al 2006				
	1993	2001	2003	2006
Andalucía	15,39	17,95	17,12	21,77
Aragón	18,26	21,24	19,16	25,8
Asturias	15,97	20,44	19,86	25,29
Baleares	22,4	19,16	20,02	22,32
Canarias	15,6	16,91	15,51	18,73
Cantabria	18,72	16,39	17,55	21,79
Castilla y León	18,19	18,92	24,12	26,69
Castilla-La Mancha	15,71	21,31	28,7	25,35
Cataluña	15,14	20,17	20,84	30,48
C. Valenciana	18,89	16,41	18,17	26,1
Extremadura	15,61	20,4	23,38	34,46
Galicia	15,67	18,09	20,85	27,73
Madrid	16,57	19,12	21,83	26,39
Murcia	10,55	15,82	17,6	24,35
Navarra	16,18	19,59	20	29,29
País Vasco	14,02	23,28	22,35	31,82
La Rioja	16,39	11,24	25,38	25,67
Ceuta	21,68	18,39	14,78	17,91
Melilla	21,68	18,39	14,78	17,91
ESPAÑA	16,44	18,91	20,2	26,03

Fuente: ENSE

En los siguientes gráficos se detallan las tasas de abandono del hábito por Comunidad Autónoma, año y sexo:





Interpretación:

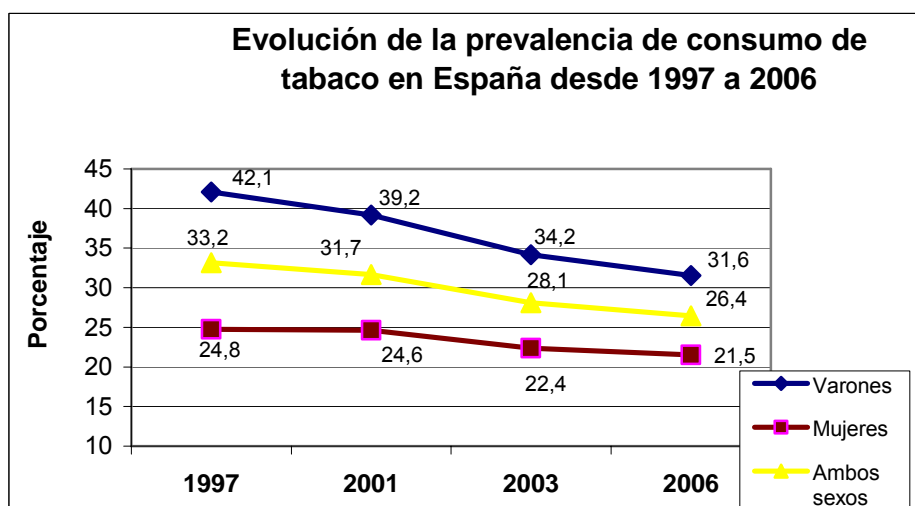
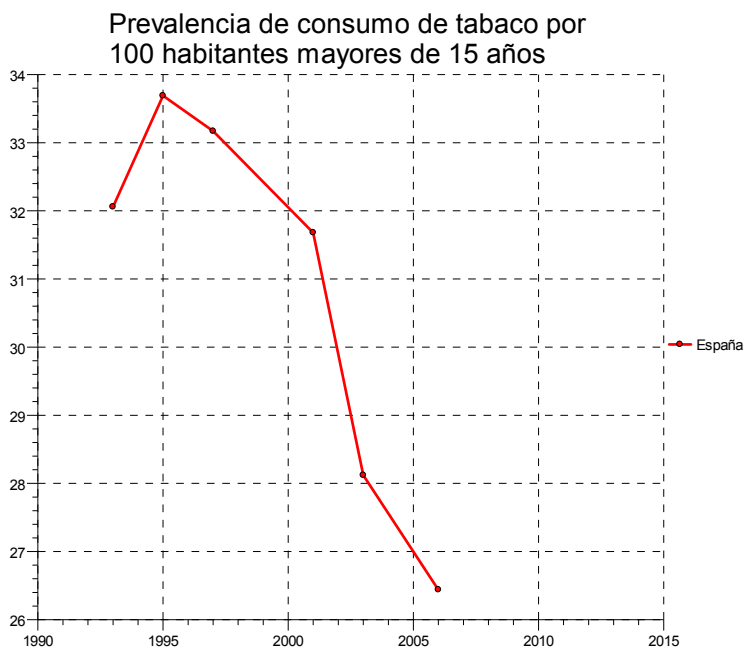


Se observa una tendencia creciente de la tasa de abandono del hábito de fumar de un 6% en los últimos 3 años (2003 a 2006), siendo superior esta tasa entre los varones con respecto a las mujeres. Este resultado está en consonancia con el indicador anterior, es decir, con el incremento de la prevalencia de exfumadores.

TASA DE FUMADORES EN MAYORES DE 15 AÑOS

La prevalencia de fumadores en población adulta en España desde 1997 al 2006 se ha reducido significativamente. Según datos de la ENSE del año 2003, el porcentaje de fumadores era del 28,12% (34,15% en varones y 22,39% en mujeres), disminuyendo en 2006 al 26,4% (31,6% en varones y 21,5% en mujeres).

En el gráfico siguiente se representa esta evolución:



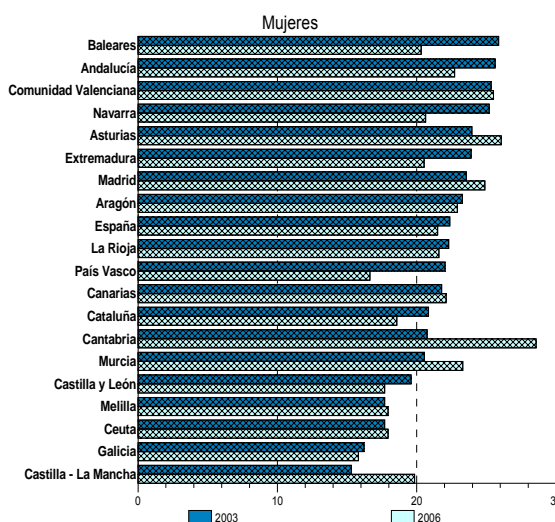
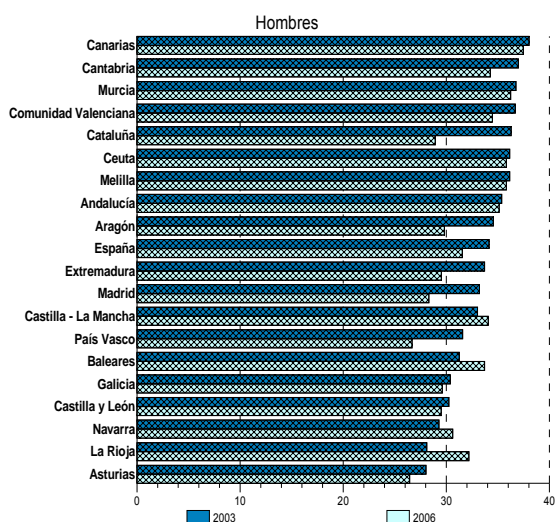
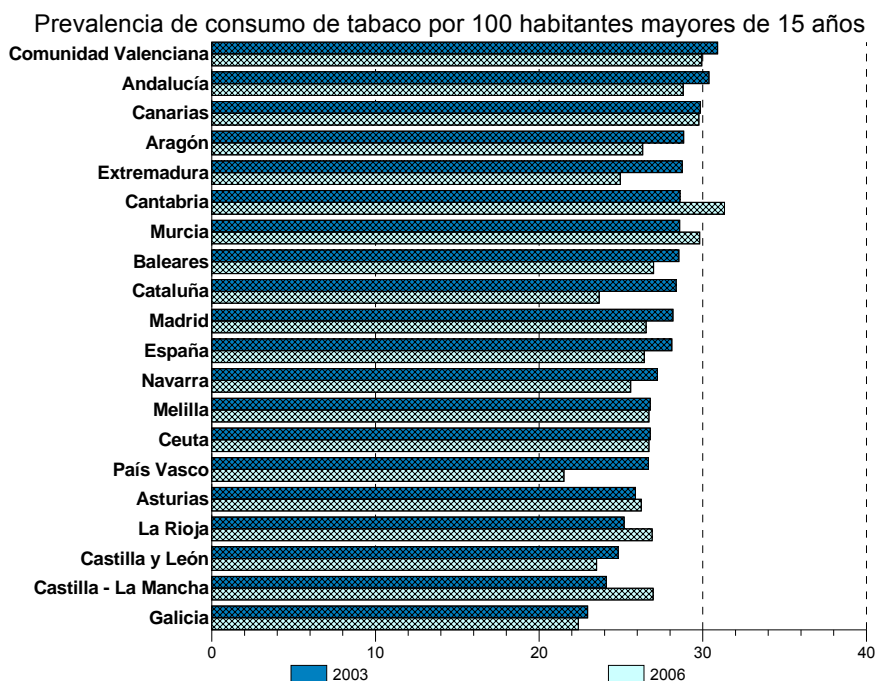
Tal y como aparece en la tabla que se presenta a continuación, las CC.AA. con menor proporción de población fumadora en 2006 son: País Vasco (21,5%), Galicia (22,4%), Castilla y León (23,5%) y Cataluña (23,7%). Las Comunidades Autónomas con mayor reducción de la prevalencia de consumo de tabaco desde el año 2003 son: Extremadura, País Vasco y Cataluña. Ocurre lo contrario en Cantabria, Castilla-La Mancha y La Rioja.

En los varones la prevalencia se reduce en todas las CC.AA. excepto en Castilla-La Mancha, Baleares, Navarra y La Rioja. En las mujeres se incrementa la población fumadora fundamentalmente en las CC.AA. de Cantabria, Murcia, Asturias y Castilla-La Mancha.

Prevalencia de consumo de tabaco en población adulta (>15 años) en España y por Comunidades Autónomas en los años 2003 y 2006						
	Total		Hombres		Mujeres	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006
Andalucía	30,4	28,8	35,4	35,1	25,6	22,7
Aragón	28,9	26,3	34,6	29,8	23,3	22,9
Asturias	25,9	26,3	28,0	26,5	24,0	26,1
Baleares	28,6	27,0	31,3	33,7	25,9	20,3
Canarias	29,9	29,8	38,0	37,5	21,8	22,1
Cantabria	28,6	31,3	37,0	34,3	20,8	28,6
Castilla y León	24,8	23,5	30,3	29,5	19,6	17,7
Castilla-La Mancha	24,1	27,0	33,0	34,1	15,3	19,9
Cataluña	28,4	23,7	36,3	28,9	20,9	18,6
C. Valenciana	30,9	30,0	36,7	34,5	25,4	25,5
Extremadura	28,8	25,0	33,7	29,5	23,9	20,5
Galicia	23,0	22,4	30,4	29,6	16,2	15,8
Madrid	28,2	26,5	33,2	28,3	23,6	24,9
Murcia	28,6	29,8	36,8	36,3	20,6	23,3
Navarra	27,2	25,6	29,3	30,6	25,2	20,7
País Vasco	26,7	21,5	31,6	26,7	22,0	16,7
La Rioja	25,2	26,9	28,1	32,2	22,3	21,6
Ceuta	26,8	26,7	36,2	35,8	17,7	17,9
Melilla	26,8	26,7	36,2	35,8	17,7	17,9
ESPAÑA	28,1	26,4	34,2	31,6	22,4	21,5

Fuente: ENSE

En los gráficos siguientes se detalla por CC.AA. y sexo la prevalencia de consumo de tabaco por 100 habitantes (mayores de 15 años):



Interpretación:



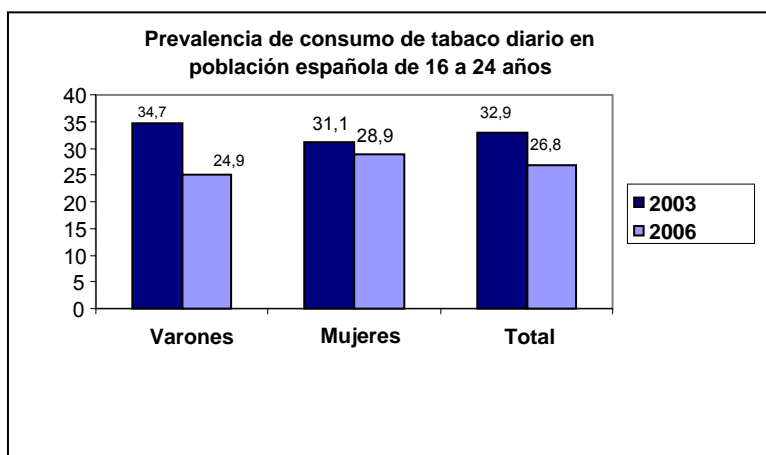
En España se ha reducido la prevalencia de población adulta fumadora un 6,8% desde el año 1997, siendo en los varones la reducción del 10,5% y en las mujeres del 3,3%. En el año 2006, la prevalencia de población mayor de 15 años fumadora en España es del 26,4%, siendo superior la proporción de fumadores entre los varones (31,5%) a la observada en las mujeres (21,51%). Se puede concluir por lo tanto que este objetivo ha sido cumplido satisfactoriamente aunque se evidencia un estancamiento de esta tendencia positiva en las mujeres.

PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN JÓVENES ENTRE 16 Y 24 AÑOS

En la Estrategia se marca como objetivo que la prevalencia del consumo de tabaco en el grupo de jóvenes entre 16 y 24 años, sea inferior al 36% en cualquier Comunidad Autónoma.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud en el año 2003, muestran que el porcentaje de fumadores en la población española entre 16 y 24 años era de 32,99%, reduciéndose en 2006 a un 26,89%.

Según los datos de la ENSE de 2003 el porcentaje de hombres que fumaba diariamente en ese grupo de edad era del 34,79%, y del 31,10% en mujeres, disminuyendo en ambos grupos en el año 2006 al 24,96% y 28,93% respectivamente.



Interpretación:



Se ha producido una disminución en el hábito tabáquico importante, alcanzándose con holgura el objetivo planteado de una tasa inferior al 36%.

NORMATIVA SOBRE CONSUMO DE TABACO EN LUGARES PÚBLICOS Y SOBRE CENTROS LIBRES DE HUMO

El objetivo 5 de la Estrategia en Cáncer establece que las Comunidades Autónomas desarrollarían las normativas que regulasen el consumo de tabaco en el ámbito público y privado, implementando las medidas contempladas en la Ley de Prevención del Tabaquismo. En el **Anexo III** se detalla y describe brevemente la normativa de ámbito estatal y ámbito autonómico existente sobre el consumo de tabaco en lugares públicos y sobre centros libres de humo.

Interpretación:



Se considera alcanzado el objetivo ya que la mayoría de las Comunidades Autónomas han desarrollado normativa sobre consumo de tabaco en lugares públicos y centros libres de humo tras la entrada en vigor de la Ley de Prevención del Tabaquismo.

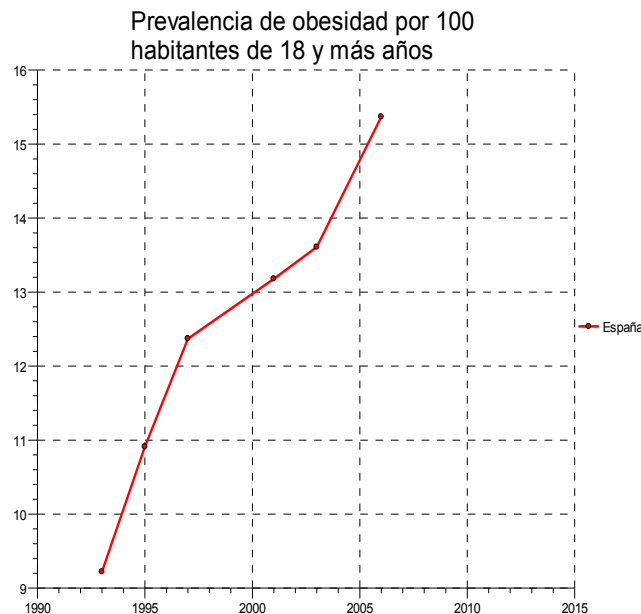
PREVALENCIA DE OBESIDAD EN POBLACIÓN ADULTA

En la Estrategia se establece que las Comunidades Autónomas habrán puesto en marcha intervenciones de carácter poblacional o en población de riesgo con la finalidad de mejorar los estilos de vida y hábitos alimenticios relacionados con el cáncer con el objetivo último de invertir la tendencia de obesidad en la población.

La prevalencia de obesidad en la población adulta en España aumenta del 13,33% en el año 2003 al 15,55% en el año 2006, según los datos de la ENSE.

Los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud sitúan la prevalencia de obesidad en España en el año 2006 (en habitantes de 18 y más años) en el 15,37%, siendo del 15,5% en los varones y del 15,1% en las mujeres, observándose que ha aumentado en ambos sexos desde el año 2003.

En el gráfico siguiente se representa la tendencia de la población mayor de 18 años con obesidad en España desde 1997 a 2006:



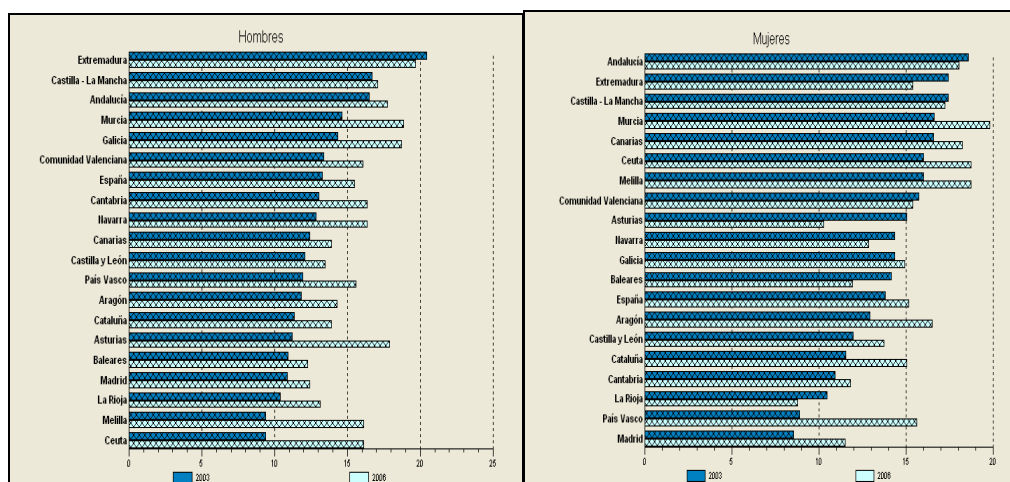
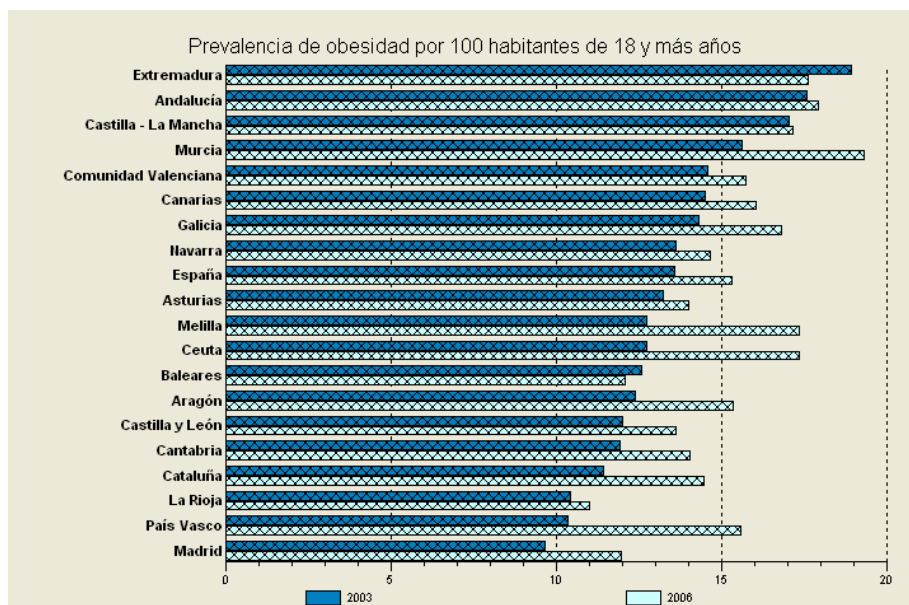
En la tabla que aparece a continuación se presentan los resultados de la prevalencia de obesidad en población adulta desagregada por Comunidades Autónomas y en función del sexo en los años 2003 y 2006:

Prevalencia de obesidad en población adulta de 18 y más años en España y por Comunidades Autónomas en 2003 y 2006						
	2003			2006		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	16,54	18,62	17,62	17,82	18,1	17,96
Aragón	11,88	12,98	12,44	14,33	16,54	15,41
Asturias	11,27	15,1	13,28	17,94	10,31	14,05
Baleares	10,98	14,19	12,62	12,32	11,96	12,14
Canarias	12,45	16,61	14,56	13,93	18,26	16,1
Cantabria	13,07	10,98	11,97	16,39	11,84	14,09
Castilla y León	12,1	11,99	12,04	13,53	13,79	13,66
Castilla-La Mancha	16,73	17,46	17,1	17,11	17,28	17,19
Cataluña	11,39	11,57	11,48	13,95	15,08	14,5
C. Valenciana	13,42	15,78	14,63	16,13	15,44	15,79
Extremadura	20,49	17,47	18,97	19,72	15,45	17,68
Galicia	14,36	14,38	14,37	18,75	14,97	16,87
Madrid	10,94	8,58	9,7	12,47	11,54	12
Murcia	14,66	16,67	15,67	18,9	19,87	19,35
Navarra	12,89	14,4	13,65	16,38	12,89	14,68
País Vasco	11,98	8,92	10,41	15,63	15,65	15,64
La Rioja	10,44	10,5	10,47	13,18	8,83	11,03
Ceuta	9,41	16,03	12,76	16,14	18,76	17,4
Melilla	9,41	16,03	12,76	16,14	18,76	17,4
ESPAÑA	13,33	13,87	13,61	15,55	15,19	15,37

Fuente: ENSE

En todas las Comunidades Autónomas se observa un aumento de la prevalencia de obesidad durante el periodo entre 2003 y 2006, excepto en Extremadura y Baleares. No obstante hay que considerar la situación de partida existente en las Comunidades Autónomas, ya que Extremadura presentaba en 2003 la mayor proporción de población obesa. Las Comunidades Autónomas en las que se observa un mayor incremento de la prevalencia de obesidad son; Murcia, Madrid, Ceuta, Melilla y País Vasco.

En los siguientes gráficos puede observarse la prevalencia de obesidad por 100 habitantes de 18 y más años en España por Comunidades Autónomas y por sexos:



Interpretación:



Se observa una tendencia creciente de la presencia de obesidad entre la población adulta española, no se consigue invertir las tendencias de la presencia de población obesa, por lo que parece prioritario intensificar las intervenciones para conseguir modificar los estilos de vida en la población relacionados con la dieta y fomentar la realización de ejercicio físico.

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN POBLACIÓN ENTRE 2 Y 17 AÑOS

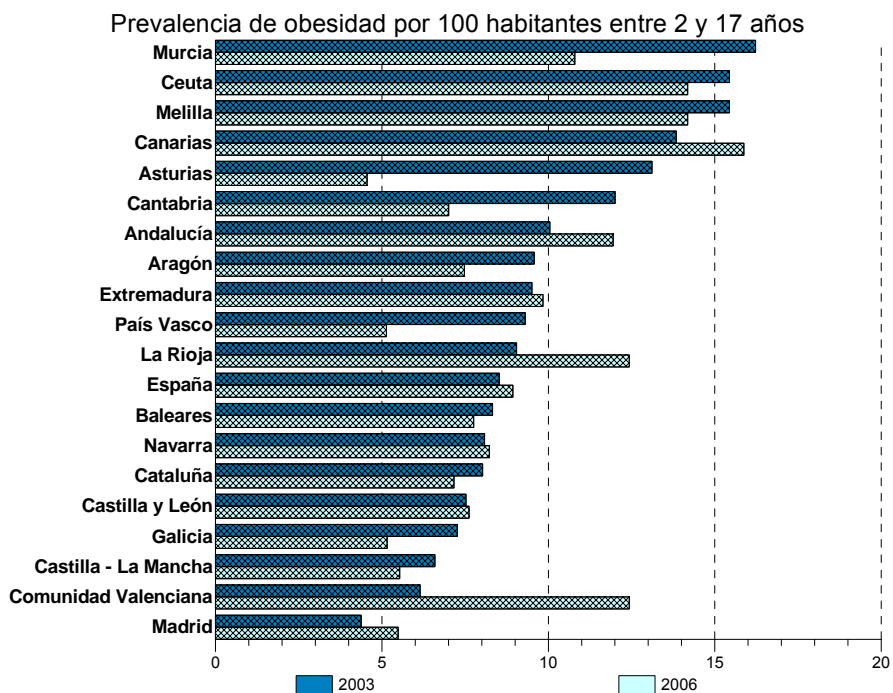
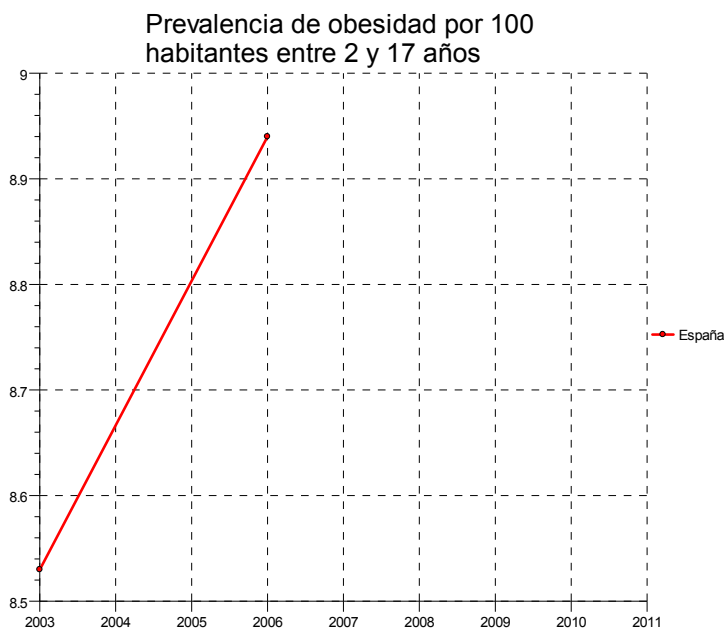
La prevalencia de obesidad estimada en la población entre 2 y 17 años para ambos sexos en el año 2006 es del 8,9%, según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud.

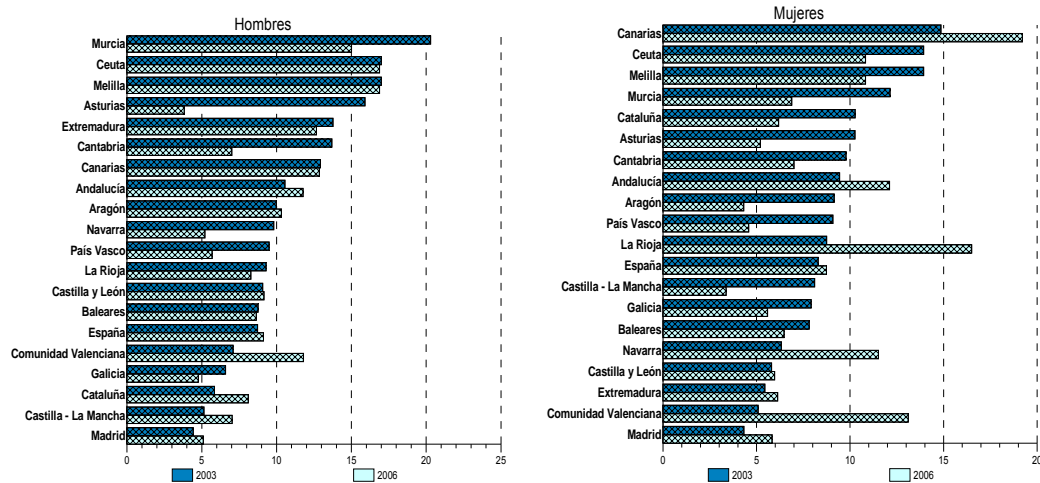
En el periodo de 2003 a 2006 se observan importantes diferencias entre Comunidades Autónomas, disminuyendo la prevalencia en Murcia, Ceuta, Melilla, Cantabria y País Vasco, e incrementándose en Comunidad Valenciana, Canarias y La Rioja, tal y como puede observarse en la siguiente tabla:

Prevalencia de obesidad en población entre 2 y 17 años en España y por Comunidades Autónomas						
	2003			2006		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	10,57	9,45	10,05	11,77	12,12	11,95
Aragón	9,99	9,16	9,58	10,33	4,32	7,48
Asturias	15,91	10,27	13,12	3,84	5,21	4,56
Baleares	8,77	7,82	8,33	8,65	6,47	7,76
Canarias	12,94	14,86	13,85	12,87	19,22	15,88
Cantabria	13,7	9,79	12,01	7,01	7,01	7,01
Castilla y León	9,08	5,81	7,53	9,16	5,97	7,62
Castilla-La Mancha	5,15	8,11	6,6	7,04	3,38	5,54
Cataluña	5,86	10,28	8,03	8,12	6,18	7,17
C. Valenciana	7,1	5,09	6,15	11,81	13,12	12,44
Extremadura	13,78	5,45	9,51	12,67	6,13	9,84
Galicia	6,6	7,92	7,27	4,78	5,59	5,16
Madrid	4,43	4,33	4,38	5,11	5,83	5,49
Murcia	20,3	12,14	16,23	15,02	6,89	10,8
Navarra	9,81	6,33	8,09	5,22	11,52	8,23
País Vasco	9,51	9,09	9,31	5,7	4,58	5,14
La Rioja	9,3	8,75	9,05	8,29	16,51	12,44
Ceuta	17	13,94	15,45	16,89	10,83	14,19
Melilla	17	13,94	15,45	16,89	10,83	14,19
ESPAÑA	8,74	8,3	8,53	9,13	8,74	8,94

Fuente: ENSE

En los siguientes gráficos se muestra el incremento de la prevalencia en España entre los años 2003 y 2006, los resultados por Comunidades Autónomas de la prevalencia de obesidad global en población de 2 a 17 años de edad, comparando los años 2003 y 2006 y los datos desagregados en función del sexo para los mismos años:





Interpretación:



La situación observada entre la población infantil y adolescente muestra que el 8,96% de la población de 2 a 17 años tiene obesidad en el año 2006 y que ésta se ha incrementado desde 2003.

Las CC.AA. en las que se observa una mayor prevalencia son; Comunidad Valenciana, La Rioja, Canarias y Andalucía. En los varones las cifras más elevadas se alcanzan en la Comunidad Valenciana, Cataluña y Castilla-La Mancha, y en mujeres en La Rioja, Comunidad Valenciana y Canarias.

No se consigue invertir por tanto la tendencia de la presencia de obesidad entre la población más joven, e incluso se observa un incremento, por lo que se debe tratar de intensificar las intervenciones en este grupo de edad.

4. RESULTADOS EVALUACIÓN ESTRATEGIA EN CÁNCER SEGÚN LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: DETECCIÓN PRECOZ

Objetivos:

Objetivo 6: Implantar programas de cribado de cáncer de mama organizados con carácter poblacional cuyas bases se establecen de la siguiente forma:

- Población objetivo: 50-69 años de edad.
- Tendrán acceso las mujeres con edades comprendidas entre 50 y 65 años y se iniciará la ampliación de la cobertura hasta los 69 años.
- Prueba de cribado: mamografía.
- Intervalo entre exploraciones: 2 años.

Objetivo 7: Se desarrollarán programas de seguimiento organizado de aquellas personas con riesgo elevado de padecer cáncer de mama, cáncer colorrectal y cáncer de cérvix.

Objetivo 8: Se promoverá la evaluación del riesgo individual y familiar de cáncer de mama y cáncer de colon, incluyendo la indicación de realización de estudio y consejo genético, de aquellas personas con riesgo elevado familiar o hereditario de padecer el tumor.

Indicadores:

- Cobertura de los programas de cribado de cáncer de mama
- Características de los programas de cribado
- Porcentaje de mujeres con mamografía realizada
- Atención organizada a pacientes con riesgo de cáncer
- Mapa de unidades especializadas de carácter multidisciplinar de referencia

COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

Actualmente todas las Comunidades Autónomas disponen de programa de cribado de cáncer de mama poblacional establecido. Los resultados obtenidos sobre cobertura efectiva, extensión del programa, cobertura de la oferta y tasa de respuesta de los programas de detección precoz del cáncer de mama, según los datos aportados por las Comunidades y desagregados por grupos de edad, no pueden ser valorados adecuadamente para establecer conclusiones, por su falta de homogeneidad y comparabilidad en cuanto al periodo de evaluación y los criterios para definir su población elegible en las distintas Comunidades Autónomas en el año 2007.

Informe DESCRIC¹:

Con objeto de completar la información disponible se ha consultado el estudio DESCRIC, financiado a través del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo que incluye datos de los programas de cribado de todas las Comunidades Autónomas en 2005. Este estudio presenta limitaciones similares a las que hemos encontrado en el proceso de evaluación de la Estrategia en Cáncer, como que:

“La participación global media, calculada sobre 7.594.577 invitaciones (una misma mujer puede tener varias invitaciones en distintas vueltas), sería de 65,02% aunque dado las importantes diferencias entre unas comunidades y otras este valor está muy influenciado por el volumen con el que contribuyen cada una de ellas (3.382 a 1.323.777 invitaciones).”

A efectos de comparación hay que señalar que la participación global se genera a partir de las participaciones de cada uno de los subgrupos de mujeres invitadas, iniciales en primera invitación, iniciales en invitaciones posteriores, sucesivas regulares y sucesivas irregulares.

Como se ha señalado varias comunidades envían solo datos de algunas vueltas, las últimas, con lo que el subgrupo de mujeres nuevas iniciales, las que se incorporan al programa, está subrepresentado ya que no se incluye la primera vuelta donde se produce el mayor número de inclusiones (Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Ceuta y Extremadura). Este hecho todavía es más influyente en las CC.AA. que no envían los datos de primera vuelta y además inician el programa a los 45 años. En este caso (Castilla-La Mancha) prácticamente no hay mujeres de nueva incorporación.

Al margen de estas consideraciones, 8 Comunidades Autónomas (Andalucía, Asturias, Galicia, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja y C. Valenciana) superan el 70% de participación, valor de referencia establecido como límite mínimo para poder producir un impacto poblacional. Aragón, Baleares y Castilla y León alcanzan valores muy próximos a esta referencia.”

¹ Descripción del Cribado del Cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Tabla 14. Participación global			
Comunidad	Nº de Invitaciones	Nº de exploraciones	Participación Global (%)
Andalucía	558.105	402.528	72,12
Aragón	206.233	137.913	66,87
Asturias	200.940	149.082	74,19
Baleares	86.622	60.458	69,80
Canarias	283.039	163.260	57,68
Cantabria	47.787	27.180	56,88
Castilla-La Mancha	139.005	83.600	60,14
Castilla y León	639.063	439.036	68,70
Cataluña	573.756	360.719	62,87
Ceuta	3.382	841	24,87
Extremadura	116.423	67.056	57,60
Galicia	861.038	629.801	73,14
Madrid	1.323.777	449.003	33,92
R.de Murcia	283.531	202.603	71,46
Navarra	299.844	263.987	88,04
País Vasco	697.086	561.784	80,59
La Rioja	151.875	118.810	78,23
C. Valenciana	1.123.071	820.271	73,04
TOTAL	7.594.577	4.937.932	65,02

Fuente: Informe DESCRIC

La tasa utilizada en el informe es la de participación que equivaldría al concepto de tasa de respuesta a la oferta considerado en este informe de evaluación, es decir la tasa de mujeres que cumpliendo criterios de inclusión en cribado (población elegible) ha sido invitada a participar y ha realizado la prueba. Este dato es positivo ya que tal y como se detalla en la tabla adjunta las coberturas alcanzadas son del 65% como media global. Las Comunidades Autónomas con mayor tasa de participación son Navarra (88%) y País vasco (80,5%).

También señala el informe DESCRIC que la tasa de cobertura alcanzada es cercana al 100% si consideramos como criterio de cobertura que el programa de screening haya tenido en cuenta de alguna forma al grupo de población diana en el periodo evaluado.

Tabla 6. Población diana y cobertura del programa por Comunidad autónoma			
Comunidad autónoma	Mujeres del grupo de edad diana	Número	%
Ceuta	6.767	3.382	50
La Rioja	31.584	31.584	100
Cantabria	49.850	49.850	100
Baleares*	70.453	69.351	98,4
Extremadura	74.908	74.908	100
Navarra	84.263	84.263	100
Aragón	111.742	107.719	96,4
Murcia	121.300	121.300	100
Asturias	134.279	134.279	100
Canarias	173.808	149.127	85,8
País Vasco	205.293	205.293	100
Castilla-La Mancha	230.098	230.098	100
Galicia	288.986	288.986	100
Castilla y León	366.127	366.127	100
Madrid	531.143	531.143	100
Cataluña	562.955	562.955	100
Comunidad Valenciana	581.047	581.047	100
Andalucía	689.000	689.000	100
TOTAL	4.313.603	4.280.412	99,39

*Mallorca e Ibiza

Fuente: Informe DESCRIC

Interpretación:



Todas las CC.AA. han desarrollado programas de cribado de cáncer de mama, algunos de los cuales cuentan con una amplia experiencia y gran impacto, como es el caso de Navarra. La información suministrada por las CC.AA. coincide con la de otras fuentes, como el estudio DESCRIC, y apunta a una alta tasa de cobertura de los programas, aunque debería asegurarse la cobertura efectiva a todas las mujeres entre 50 y 69 años, de manera que sea superior al 80%.

No se pueden extraer conclusiones definitivas ni sobre la tasa de cobertura poblacional ni sobre la población elegible, al no estar normalizados los criterios ni los sistemas de información existentes en la actualidad.

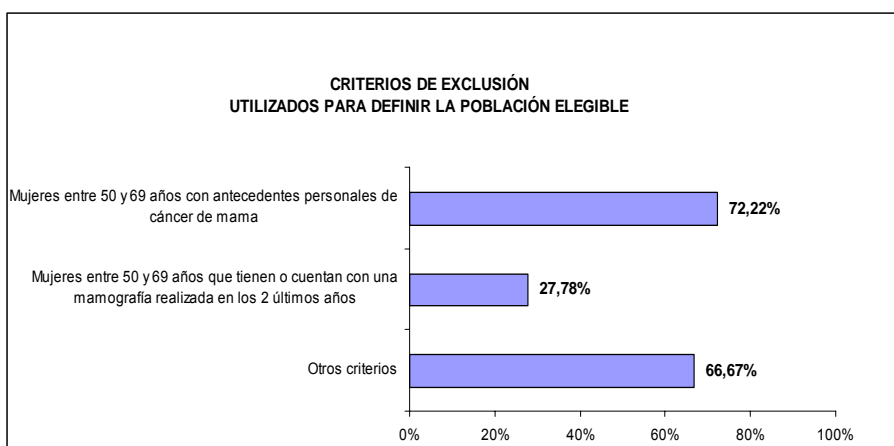
A pesar de que en la mayoría de las CC.AA. se dispone de sistemas de evaluación de los programas, es necesario establecer mecanismos de coordinación para obtener información del conjunto del estado, con objeto de dar homogeneidad a los periodos de estudio considerados y a los criterios de definición de población objetivo y elegible.

Sería preciso asegurar la cobertura efectiva a todas las mujeres entre 50 y 69 años en todo el estado y desarrollar sistemas de información estandarizados que permitan la comparabilidad y validez de los datos de los programas en marcha.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE CRIBADO

En el 72,2 % de las Comunidades Autónomas el criterio de exclusión utilizado para definir la población elegible son las mujeres entre los 50 y 69 años con antecedentes de cáncer de mama. En el 27,7% de las CC.AA .el criterio de exclusión es que se les haya realizado una mamografía en los 2 últimos años (Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Extremadura y Madrid).

En la tabla aparecen los criterios considerados en los programas de Cribado de Cáncer de mama por las Comunidades Autónomas para definir su población elegible y se detallan en el **Anexo IV**:



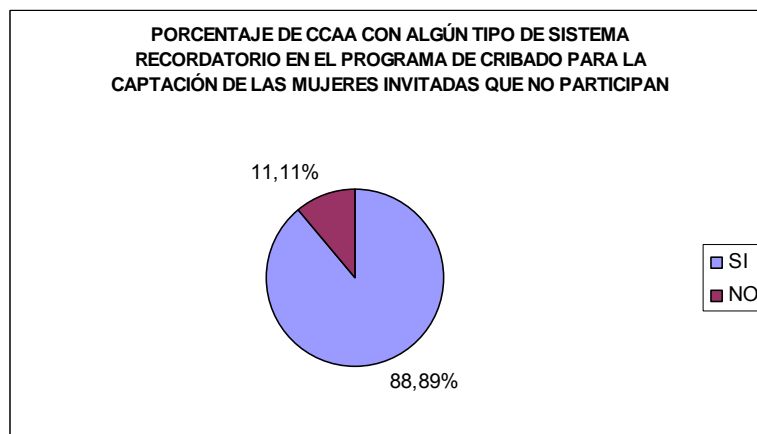
Los criterios de exclusión considerados para definir la población elegibles son:		
Mujeres entre los 50 y 69 años con antecedentes de cáncer de mama	72,22%	Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla - La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, La Rioja, Comunidad Valenciana e Ingesa.
Mujeres entre 50 y 69 años que tienen o cuentan con una mamografía realizada en los 2 últimos años	27,78%	Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Extremadura y Madrid.
Otros criterios	66,67%	Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia, País Vasco, La Rioja e Ingesa.

En el 77,7% de los programas de cribado de cáncer de mama en España, en la invitación a participar se incluye la cita para realizarse la prueba de cribado, excepto en Baleares y Castilla y León, donde la citación se hace en el centro de atención habitual. En Aragón, Asturias, Canarias o Comunidad Valenciana se incluye el teléfono de contacto para aclarar la dudas o cambio de cita o material informativo.

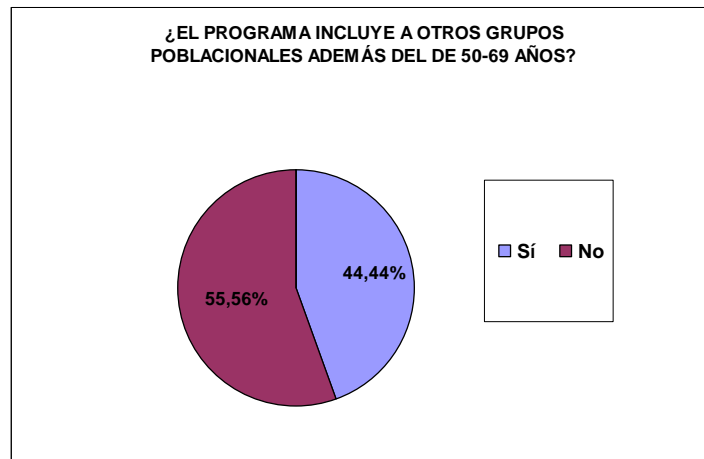
La invitación a las mujeres para participar en el programa de cribado incluye:		
La cita para realizarse la prueba de cribado	77,7%	Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja e Ingesa.
Se le propone que debe ir a citarse para la realización de la prueba	11,1%	Baleares y Castilla y León .
Otros	16,56%	Aragón: se incluye también el teléfono de la Unidad de Cribado correspondiente, para cambios de cita. Asturias: material informativo. Canarias y C. Valenciana: se oferta teléfono de contacto para aclarar dudas o cambio de cita.



El 88,89% de los programas de cribado en España tienen establecidos sistemas recordatorios para la captación de las mujeres invitadas que no participan:



A pesar de la falta de evidencia de la reducción de mortalidad en otros grupos de edad por la realización de prueba de cribado, algunas CC.AA. tienen incluidos en sus programas de cribado otros grupos poblacionales. Concretamente: Andalucía, Cantabria, Comunidad Valenciana, Castilla y León, Extremadura, Navarra, La Rioja e INGESA, que en conjunto representan el 44,4% de las Comunidades Autónomas.



Interpretación



Hay heterogeneidad entre las Comunidades Autónomas en los criterios establecidos para definir la población elegible. El criterio considerado en casi todos los programas es la presencia de antecedentes de cáncer de mama, mientras que sólo en 3 CC.AA. se considera criterio de exclusión para definir su población elegible tener una mamografía realizada en los últimos dos años.

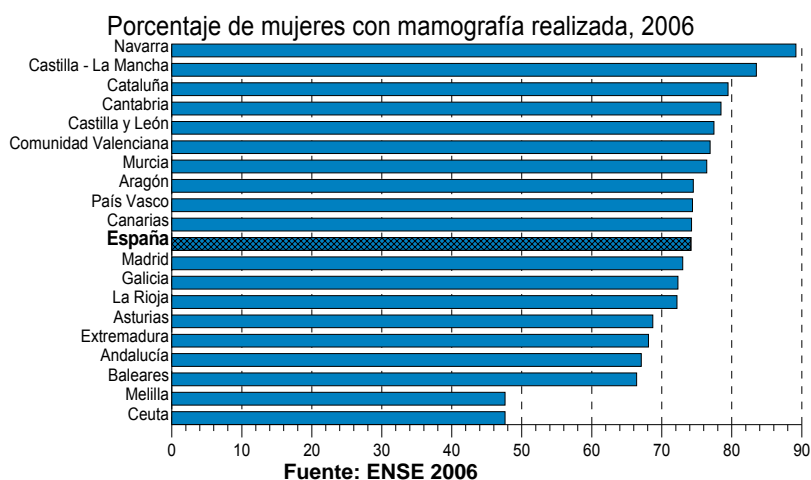
La mayoría de los programas de detección precoz cuentan con un sistema recordatorio para la captación de las mujeres invitadas que no participan, además de incluir en la invitación la cita para la prueba.

En 7 Comunidades Autónomas el programa incluye al grupo de mujeres de edad entre los 45 y 49 años, a pesar de la falta de evidencia de reducción de la mortalidad debido a la realización del cribado.

PORCENTAJE DE MUJERES CON MAMOGRAFÍA REALIZADA

La información recogida en la Encuesta Nacional de Salud en el apartado de actividades preventivas sobre la realización de una mamografía en los dos últimos años se complementa con la información que se tiene de los programas de Detección Precoz de las Comunidades Autónomas. Según los resultados obtenidos en el año 2006, en España el 74,18% de las mujeres de 50 a 69 años refieren haberse realizado una mamografía en los dos años previos.

Los resultados obtenidos previamente para el año 2003 fueron del 48%, sin embargo es necesario tener en cuenta que la metodología de recogida de información aplicada en las encuestas de estos años no es similar. El porcentaje de población femenina que declara haberse realizado una mamografía en los dos últimos años en cada Comunidad Autónoma se muestra en la siguiente figura:



Porcentaje de mujeres en que declara haberse realizado una mamografía en el año 2006 en España y por Comunidades Autónomas	
Andalucía	67,09
Aragón	74,52
Asturias	68,74
Baleares	66,43
Canarias	74,27
Cantabria	78,49
Castilla y León	77,47
Castilla - La Mancha	83,54
Cataluña	79,48
C. Valenciana	76,94
Extremadura	68,11
Galicia	72,33
Madrid	73,02
Murcia	76,44
Navarra	89,18
País Vasco	74,41
La Rioja	72,19
Ceuta	47,62
Melilla	47,62
ESPAÑA	74,19
Fuente: ENSE 2006	

Las Comunidades Autónomas que cuentan con una mayor proporción de mujeres que declara haberse realizado una mamografía en los dos últimos años son; Navarra, Cataluña, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Murcia.

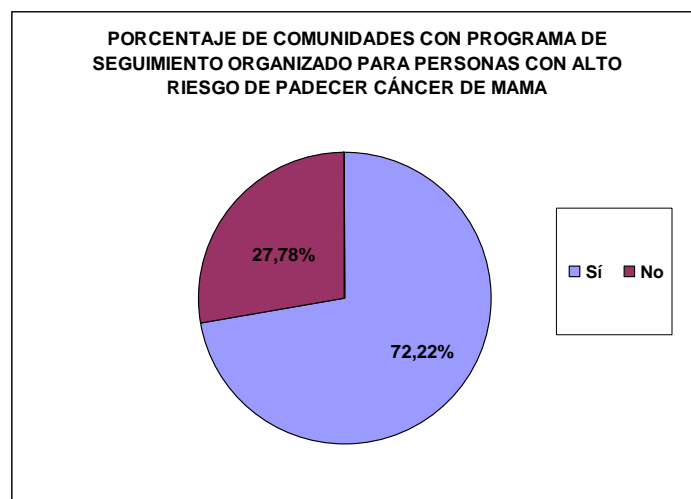
Interpretación:



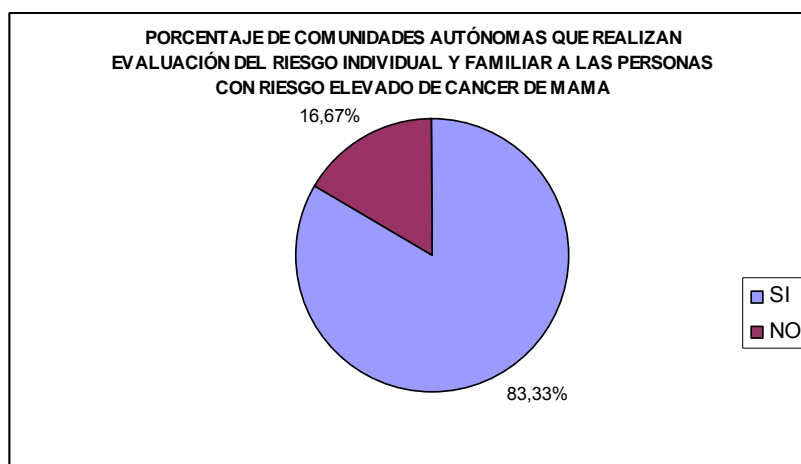
El 74,19% de las mujeres españolas declara haberse realizado una mamografía en los dos últimos años según los datos de la ENSE del año 2006. En relación con los datos obtenidos destaca la elevada cobertura alcanzada en comparación con los datos observados en las coberturas proporcionadas por las Comunidades Autónomas (de los programas de detección precoz del cáncer de mama). Entre otras posibles causas habría que considerar la existencia de otros circuitos para la realización de la mamografía.

ATENCIÓN ORGANIZADA AL PACIENTE CON RIESGO DE CÁNCER- PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA

Se dispone de un programa de seguimiento organizado para las personas con alto riesgo de padecer cáncer de mama en; Andalucía, Cantabria, Castilla y León, La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, e Ingesa, lo que representa el 72,2% de las CC.AA.



Todas las Comunidades realizan valoración individual y familiar de las personas con riesgo elevado familiar o hereditario de cáncer de mama excepto Cantabria, País Vasco y La Rioja.



Para ello la mayoría de Comunidades (66,67%) dispone de unidades especializadas que posibilitan el tratamiento integral de las mujeres proporcionando información, atención y seguimiento en cáncer de mama.

En España existen un total de 34 de estas unidades. En el **Anexo V** se detalla el número y ubicación de las mismas así como los circuitos de derivación y seguimiento.

En la mayoría de las Comunidades Autónomas (83,3%) se garantiza el seguimiento mediante los recursos habituales de atención, utilizándose además recursos específicos con profesionales que se dedican a esta actividad en 7 Comunidades Autónomas (Baleares, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Murcia, Comunidad Valenciana y País Vasco).

Para el seguimiento de estas personas a través de los circuitos desarrollados se recoge la información aportada por las CC.AA. que puede consultarse en el **Anexo V**.

Interpretación

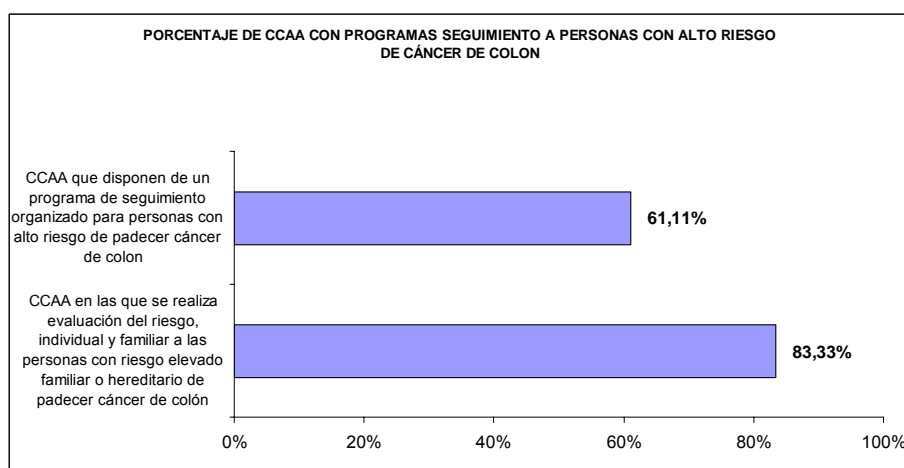


En España los programas de atención organizada a los pacientes con riesgo elevado de padecer cáncer de mama, están establecidos aproximadamente en la mitad de las Comunidades Autónomas, mediante el empleo de recursos habituales y específicos sólo en 6 CC.AA.

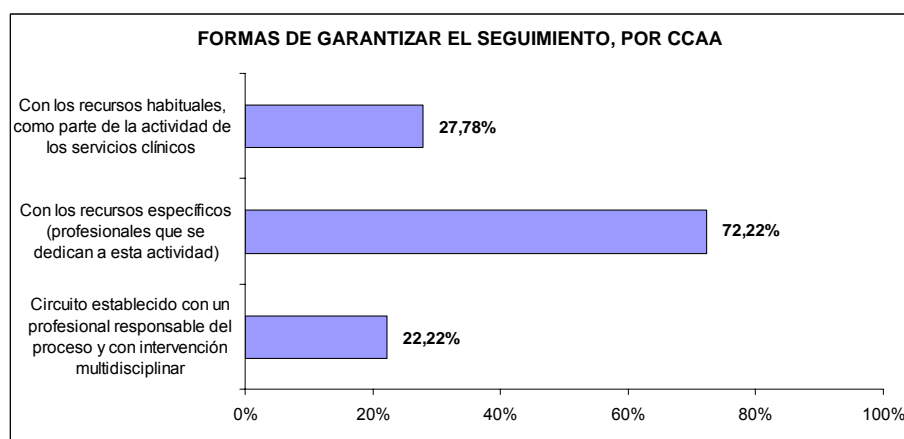
PROGRAMA DE CÁNCER DE COLON

En relación con el grado de implementación y desarrollo de programas específicos de atención organizada para pacientes con riesgo elevado de cáncer de colon cuentan con programa organizado de seguimiento las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Murcia, Navarra y País Vasco.

No obstante, se realiza evaluación del riesgo individual y familiar a las personas con riesgo elevado familiar o hereditario además de las que disponen del programa las Comunidades de Canarias, La Rioja e Ingesa.



El seguimiento de estas personas se realiza en general con recursos específicos. Los circuitos organizativos establecidos para el seguimiento de estas personas difieren entre Comunidades Autónomas, en algunas se realiza la captación en los servicios de aparato digestivo, o bien se derivan desde Atención Primaria o Especializada a las consultas de Consejo Genético.



Según el estudio DESCRIC en la actualidad existen tres Comunidades Autónomas que están desarrollando programas piloto de cribado poblacional de cáncer de colon y recto: Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia. Otras nueve Comunidades tienen previsto iniciar programas de este tipo a corto plazo: Andalucía (2007), Asturias, Baleares, Canarias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Extremadura y Madrid (2008). La situación actual se describe en la siguiente tabla:

Tabla 2. Programas poblacionales, programas de riesgo alto (seguimiento de adenomas, alto riesgo y consejo genético) por Comunidades autónomas

Comunidad autónoma	Programa poblacional	Previsto	Riesgo alto		Duración proyecto	Observaciones
			Seguimiento alto riesgo	Programa consejo genético		
Andalucía	no	si				Iniciar piloto 2007
Aragón	no	no	si	no	indefinido	proceso de analisis
Asturias	no	si	si	no		
Baleares	no	si				
Canarias	no	si				Objetivo del II plan salud
Cantabria	no	no				
Cataluña	si		si	si	indefinido	
Castilla- La Mancha	no					
Castilla- León	no	si	si	si (dos unidades)	indefinida	
Comunidad Valenciana	si		si	si (cuatro unidades)	indefinido	
Galicia	no	si				
Extremadura	no	si				
Madrid	no	si	si	si (dos unidades)	indefinido	2008, inmunológico
Murcia	si		no	no	indefinido	esta en proceso un programa de alto riesgo y de consejo genético
Navarra	no		si			Se hizo un piloto en el 2002
Rioja	no	no				
País Vasco	no	si				Se ha creado grupo de expertos

Los resultados que se describen en este capítulo se han obtenido de los cuestionarios cumplimentados por los responsables de este tipo de programas en las comunidades autónomas. No se dispone de información sobre Ceuta y Melilla.

Fuente: Informe DESCRIC

Así mismo, algunas de las Comunidades que están desarrollando programas poblacionales (Cataluña y Comunidad Valenciana), disponen de programas o protocolos específicos para el cribado de individuos y familias de alto riesgo.

Las Comunidades de Aragón, Asturias, Castilla y León, Madrid y Navarra tienen programas para las personas identificadas de alto riesgo, tal y como se describe en la tabla siguiente:

Tabla 3. Comunidades autónomas con programas para población de riesgo alto

Comunidad autónoma	Seguimiento alto riesgo	Especificar (alto riesgo)	Programa consejo genético
Aragón	si	familiares de pacientes con cáncer o síndromes hereditarios. Sector I, II, III	no
Asturias	si	guía cancer colon	no
Castilla-León	si		si (dos unidades)
Cataluña	si	oncoguía	si
Comunidad Valenciana	si	oncoguía	si (cuatro unidades)
Madrid	si	criterios alarma(15 días)	si (dos unidades)
Murcia	no		No, en proceso elaboración
Navarra	si		

Fuente: Informe DESCRIC

Interpretación:



Las personas en las que se detecta un riesgo incrementado por factores individuales o familiares generalmente están incluidas en protocolos de seguimiento (83% de las CC.AA.).

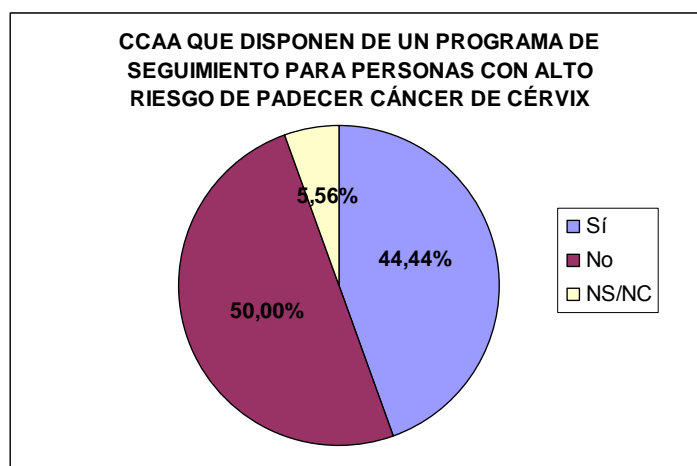
Algunas de las conclusiones del Informe DESCRIC sobre la situación de los programas de detección precoz del cáncer colorrectal son las siguientes:

El cribado poblacional de cáncer de colon y recto, es una actividad que se está iniciando en las Comunidades Autónomas. En este momento solo 3 Comunidades están desarrollando programas en fase piloto, con la intención de mantener estos proyectos y ampliarlos.

Los programas iniciados, tienen características similares y sistemas de información que permiten comparar los indicadores de proceso y resultados. La participación obtenida en los programas piloto desarrollados en España está por debajo de lo deseable, la información a la población sobre la importancia de este problema de salud y sobre las posibilidades de prevención y diagnóstico precoz es clave para mejorar la efectividad de estas acciones.

PROGRAMA DE CÁNCER DE CÉRVIX

El 44,4% de las Comunidades Autónomas refieren disponer de programas de seguimiento organizado para las personas con alto riesgo de padecer cáncer de cérvix.



Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, el 68,9% de mujeres españolas de 20 años y más se han realizado una citología vaginal alguna vez. Este porcentaje es del 71,6% entre mujeres de 25 a 34 años y del 84,7% para el grupo de edad entre los 35 y 44 años. Estas cifras son superiores a las observadas en la Encuesta del año 2003, año en que el porcentaje de mujeres de 20 años o más que se habían realizado una citología era del 63,3%. En parte, estas diferencias pueden ser debidas a la diferente metodología empleada en la realización de las encuestas.

Mujeres que declaran realización de citología vaginal		
Distribución porcentual según Comunidad Autónoma		
<i>Mujeres de 20 y más años</i>		
	SÍ	NO
Andalucía	60,98	39,02
Aragón	69,95	30,05
Asturias	67,66	32,34
Baleares	76,76	23,24
Canarias	80,56	19,44
Cantabria	61,83	38,17
Castilla y León	65,70	34,30
Castilla-La Mancha	61,81	38,19
Cataluña	73,98	26,02
C. Valenciana	68,52	31,48
Extremadura	56,22	43,78
Galicia	65,01	34,99
Madrid	75,59	24,41
Murcia	65,47	34,53
Navarra	75,33	24,67
País vasco	75,79	24,21
Rioja (La)	59,71	40,29
Ceuta y melilla	55,31	44,69
ESPAÑA	68,96	31,04
Fuente: ENSE 2006		

Distribución porcentual según grupo de edad del porcentaje de mujeres que declaran realización de una citología	
De 20 a 24 años	47,66
De 25 a 34 años	71,66
De 35 a 44 años	84,75
De 45 a 54 años	86,31
De 55 a 64 años	79,27
De 65 a 74 años	52,06
De 75 y mas años	27,79
TOTAL	68,96
Fuente: ENSE 2006	

Según el informe DESCRIC “En España predominan los programas de cribado de cáncer de cérvix de tipo oportunista. Existen diferencias entre CC.AA. en cuanto a las recomendaciones de edad de inicio y periodicidad de la citología. Predominan los protocolos que incluyen a mujeres de entre 25 y 65 años con una periodicidad de entre 3 y 5 años. Sin embargo, la información disponible parece indicar que la periodicidad real entre las mujeres que se hacen citologías es mayor²”.

² Descripción del Cribado del Cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

En cuanto a información sobre la participación del cribado de cáncer de cérvix mediante la citología, los datos disponibles permiten concluir que esta es desigual entre CC.AA., oscilando entre el 30 y el 70%.

Interpretación:



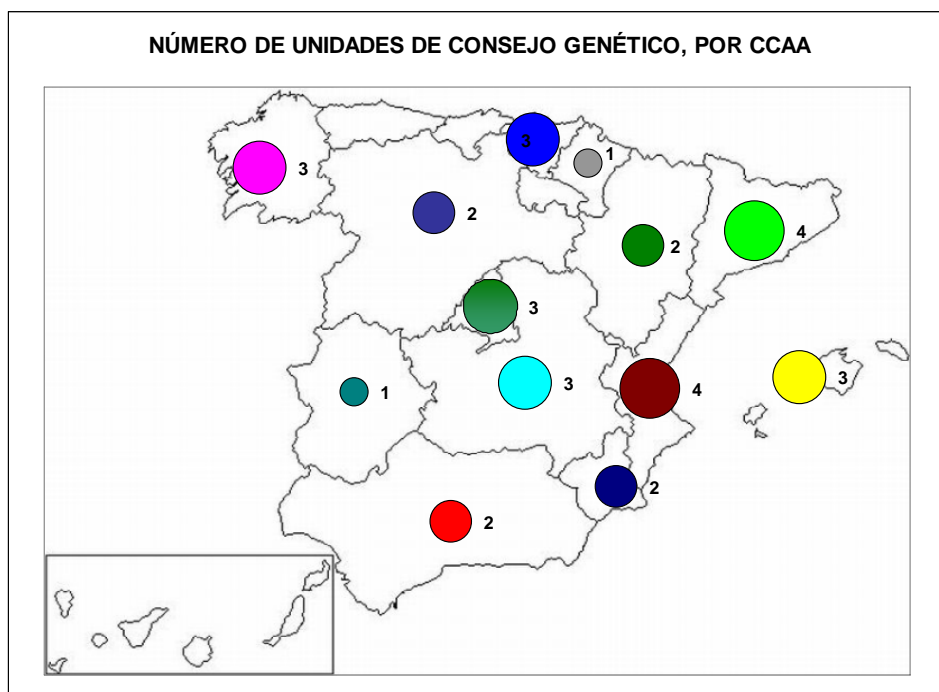
Existe disparidad de criterios en las Comunidades Autónomas en relación a las características que definen los programas de seguimiento de las mujeres con alto riesgo de cáncer de cérvix lo que hace que estos resultados deban ser interpretados con cautela.

“La información disponible mediante estudios transversales y encuestas de salud sugiere que la cobertura del cribado debería ser mejorada entre las mujeres más mayores, de zonas rurales y de niveles sociales menos privilegiados”.(DESCRIC)

La inclusión en el calendario vacunal de la vacuna frente al virus papilomavirus (VPH) no debería interferir con las estrategias de cribado en población de alto riesgo. En el futuro será necesario reevaluar las estrategias de cribado en cuanto a la edad de inicio, la prueba de cribado y su periodicidad.

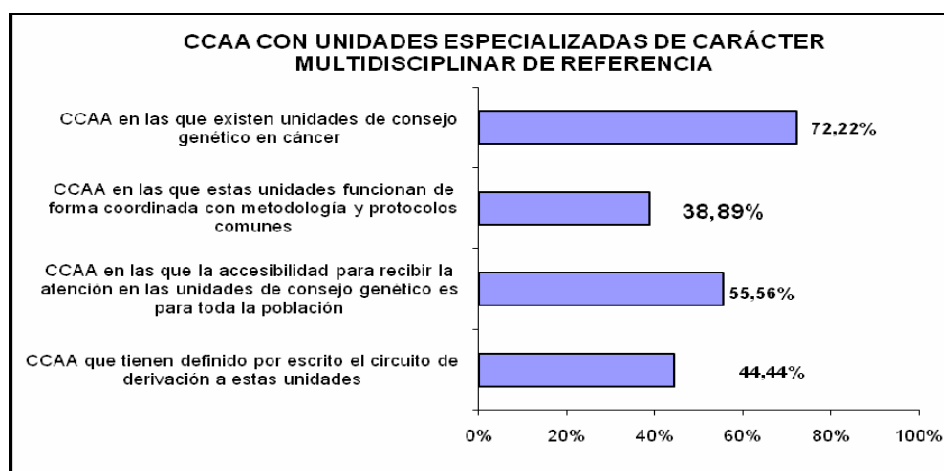
MAPA DE UNIDADES ESPECIALIZADAS DE CARÁCTER MULTIDISCIPLINAR DE REFERENCIA

Existen Unidades de Consejo Genético para el cáncer en la mayoría de las Comunidades Autónomas (excepto Asturias, Canarias, Cantabria, La Rioja e Ingesa). El total de Unidades de Consejo Genético existentes en España es de 30:



La descripción de la situación de las Unidades de Consejo Genético existentes en España por Comunidades Autónomas se detalla en el **Anexo VI**.

Estas unidades funcionan de forma coordinada y con metodología y protocolos comunes en 7 CC.AA. (Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid y Navarra), y las Comunidades que tienen definido por escrito el circuito de derivación a estas unidades son las 7 anteriores y Andalucía.



Interpretación:



La mayor parte de la población tiene acceso a Unidades de Consejo Genético, bien en su propia Comunidad o bien a través de mecanismos de derivación a otras Comunidades que cuentan con dicha unidad.

4. RESULTADOS EVALUACIÓN ESTRATEGIA EN CÁNCER SEGÚN LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: ASISTENCIA A ADULTOS

Objetivos:

Objetivo 9: En los pacientes con sospecha clínica fundada de cáncer de mama se iniciará el proceso de confirmación diagnóstica en los 15 días siguientes al establecimiento de la sospecha *

* Se considera que se inicia el proceso de confirmación diagnóstica cuando, ante una sospecha fundada de cáncer, el médico solicita por primera vez una prueba o realiza una derivación para llegar a confirmar el diagnóstico.

Se desarrollarán proyectos pilotos cuyo objetivo principal sea conseguir la misma demora para los cánceres de pulmón y colon (15 días desde la sospecha fundada de cáncer hasta el inicio del proceso diagnóstico).

Objetivo 10: Los pacientes diagnosticados de cáncer serán tratados en el marco de un equipo multidisciplinario e integrado y con un profesional que actúe como referente para el paciente a lo largo del proceso de atención hospitalaria. La decisión terapéutica debe estar basada en las guías de práctica clínica y protocolos de cada centro hospitalario, para cada tipo de tumor. El proceso terapéutico debe finalizar con un informe global que será entregado al paciente.

Objetivo 11: El tiempo transcurrido desde la decisión terapéutica hasta el inicio efectivo del tratamiento se ajustará progresivamente a las siguientes recomendaciones:

- Tratamiento quirúrgico : recomendable 2 semanas
- Quimioterapia: recomendable 1 semana
- Radioterapia: recomendable 4 semanas (incluyendo el proceso de planificación).

Objetivo 12: Los centros hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pondrán en marcha comités de tumores que planteen la decisión terapéutica previa al tratamiento y establezcan un plan terapéutico global, en el que participen los profesionales implicados en el proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer (según el volumen de casos, los comités de tumores serán específicos por localización tumoral).

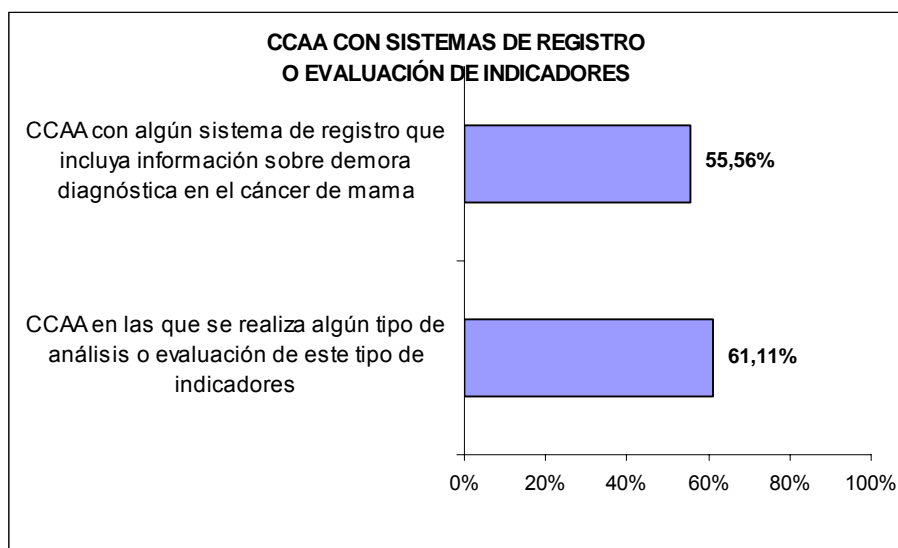
Objetivo 13: Los centros hospitalarios que traten pacientes con cáncer, establecerán una metodología de evaluación de resultados clínicos de los pacientes tratados total o parcialmente en dicho centro que permita evaluar: supervivencia según estadio en el diagnóstico, el porcentaje de recidivas y la mortalidad quirúrgica a los 30 días o dentro del mismo ingreso hospitalario.

Indicadores:

- Demora diagnóstica en cáncer de mama
- Demora terapéutica en cáncer de mama
- Porcentaje de tratamientos conservadores
- Existencia de guías de práctica clínica implantados o en fase de elaboración
- Porcentaje de centros con Comités de Tumores existentes en cada CC.AA.

DEMORA DIAGNÓSTICA EN CÁNCER DE MAMA

La mitad de las CC.AA. cuentan con algún sistema de registro que incluye información sobre la demora diagnóstica en el cáncer de mama mientras que 11 realizan algún tipo de análisis o evaluaciones de la demora diagnóstica específicamente para el cáncer de mama.



A partir de los datos remitidos por las Comunidades Autónomas el tiempo medio de demora diagnóstica ante la sospecha de cáncer de mama oscila entre 14 y 20 días, las fuentes de información y el criterio de definición no ha sido homogéneo.

En el **Anexo VII** se especifican las medidas para mejorar los tiempos en la confirmación diagnóstica de cáncer de mama, colon y pulmón en las diferentes CC.AA.

Interpretación:

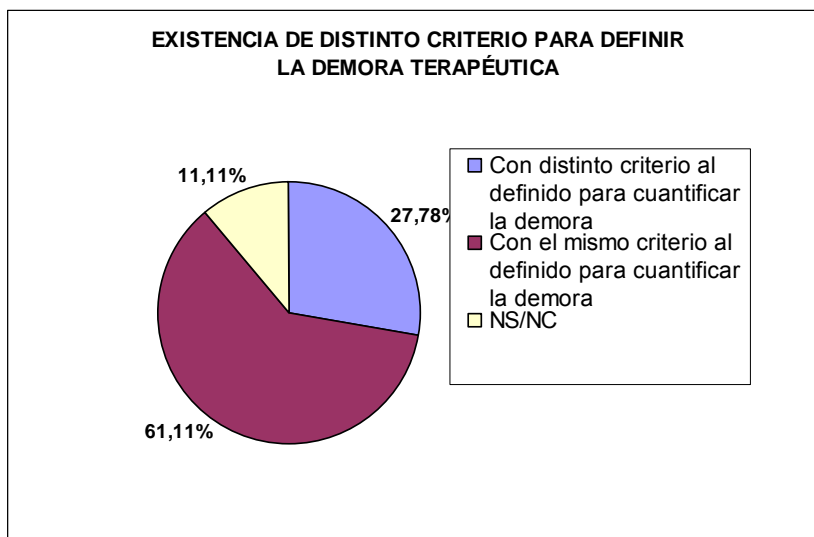


No se puede alcanzar una conclusión adecuada a partir de los datos aportados, ya que las fuentes de información no son homogéneas y la tasa de respuesta es baja. En cualquier caso entre las CC.AA. que aportan información la demora diagnóstica se sitúa entre 14 y 20 días en el cáncer de mama.

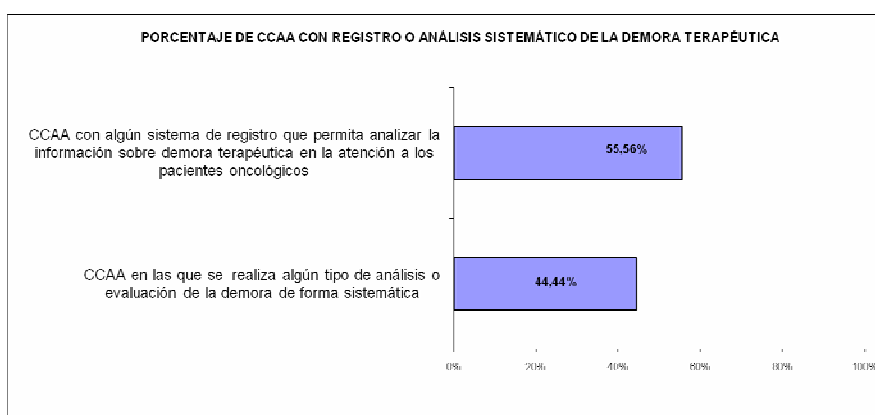
Como un objetivo clave en la atención de la patología oncológica es reducir los tiempos de demora debe impulsarse el desarrollo y la mejora de los sistemas de información y de registros para que sea posible la evaluación y la monitorización de los tiempos. También es necesario que los criterios de definición y las fuentes de información aplicados por las CC.AA. sean homogéneos para garantizar la comparabilidad.

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL DIAGNÓSTICO DE CASO DE CÁNCER HASTA RECIBIR TRATAMIENTO

El 61,1% de las Comunidades Autónomas refieren considerar como criterio para definir la demora terapéutica el intervalo de tiempo transcurrido entre las fechas del primer informe anatomopatológico positivo (diagnóstico) y la realización del primer tratamiento (quirúrgico, quimioterápico o radioterápico). Algunas Comunidades utilizan otro tipo de criterios para definirlo (Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco).



El 55,56% dispone de algún sistema de registro que permite analizar la información sobre la demora terapéutica en la atención a los pacientes oncológicos y el 44,44% realizan algún tipo de análisis o evaluación de la demora de forma sistemática.



Interpretación:



No pueden obtenerse conclusiones a partir de los datos aportados, ya que las fuentes de información no son homogéneas y la tasa de respuesta es baja. En cualquier caso entre las CC.AA. que aportan información la demora terapéutica por cáncer se sitúa en 30 días en el cáncer de mama, cuya fuente de información procede de los Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama.

El 55,6% de las Comunidades Autónomas cuentan con algún sistema de registro que permite analizar los tiempos de demora terapéutica en la atención de la atención oncológica, pero sólo el 44,6% realiza evaluaciones de la demora de forma sistemática. Un objetivo clave en la atención de la patología oncológica es reducir los tiempos de demora, por lo que debe impulsarse el desarrollo y la mejora de los sistemas de información y de registros para que sea posible la evaluación y monitorización de los tiempos. También es necesario que los criterios de definición y las fuentes de información aplicados por las CC.AA. sean homogéneos para garantizar la comparabilidad.

PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS CONSERVADORES EN EL CÁNCER DE MAMA

En 2006 el porcentaje de tratamientos conservadores de carácter quirúrgico en el cáncer de mama es del 53,29% del total de procedimientos incluyendo los realizados de manera ambulatoria (CMA). Este porcentaje se ha incrementado con respecto a la situación del año 2004, en el que los tratamientos quirúrgicos conservadores realizados en el cáncer de mama fueron el 51,25% del total de la actividad quirúrgica.

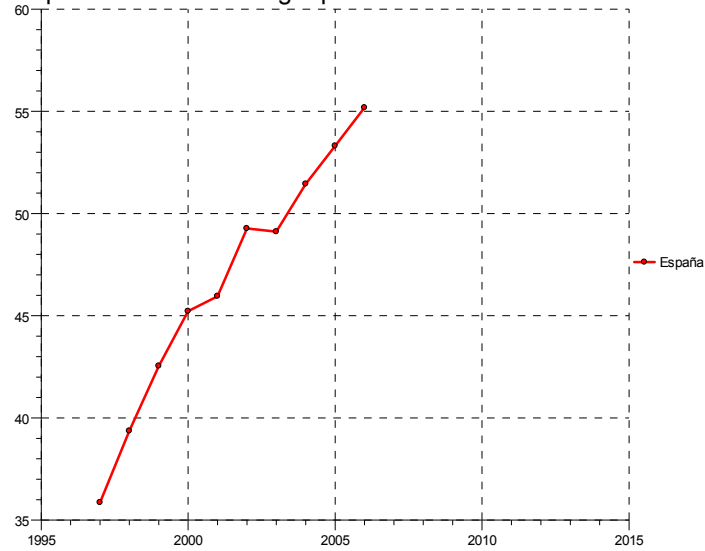
Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama respecto al total de cirugía por cáncer de mama										
CC.AA.	1997	1998	1999	2000	2002	2003	2004*	2005*	2006*	
Andalucía	30,52	34,1	38,07	41,22	44,19	45,29	49,04	31,09	33,37	
Aragón	42,46	48,16	45,58	49,42	55,75	54,16	55,07	48,36	53,63	
Asturias	27,69	36,41	39,66	43,89	42,6	43,79	47,64	48,28	54,05	
Baleares	47,89	45,89	51,64	55,26	52,83	48,43	49,34	50	50,29	
Canarias	34,14	30,4	34,42	45,25	57,75	60,37	62,03	64,74	67,07	
Cantabria	22,91	41,13	40,33	34,43	47,61	42,85	46,37	57,4	59,72	
Castilla y León	25,8	30,55	32,94	36,37	39,4	39,66	41,41	36,28	37,64	
Castilla-La Mancha	16,79	22,92	28,94	29,21	38,89	38,4	40,50	44,62	36,75	
Cataluña	44,43	47,61	54,12	54,52	58,72	60,85	60,55	70,87	73,54	
C. Valenciana	27,4	32,23	33,81	38,16	49,76	46,86	51,80	46,30	54,59	
Extremadura	26,83	24,49	33,53	31,71	40,17	37,65	41,48	34,51	40,47	
Galicia	21,87	24,86	30,17	25	39,45	44	41,6	46,15	51,09	
Madrid	37,75	44,35	45,35	48,76	48,85	45,49	53,13	60,38	60,78	
Murcia	24,81	25,14	24,74	29,05	34,54	30,34	30,69	29,23	37,55	
Navarra	59,68	53,06	53,35	64,58	70,42	64,17	60,92	74,62	71,73	
País Vasco	54,48	57,15	55,56	59,67	56,25	56,28	55,96	55,61	61,01	
La Rioja	42,3	42,52	39,06	48,93	58,51	55,71	62,42	53,53	52,03	
Ceuta	14,28	43,75	37,5	37,5	15,38	21,42	22,58	25	22,73	
Melilla	75	50	50	40	42,85	50	50	22,22	41,18	
ESPAÑA	35,87	39,37	42,54	45,23	49,27	49,12	51,25	49,96	53,29	

Fuente: CMBD

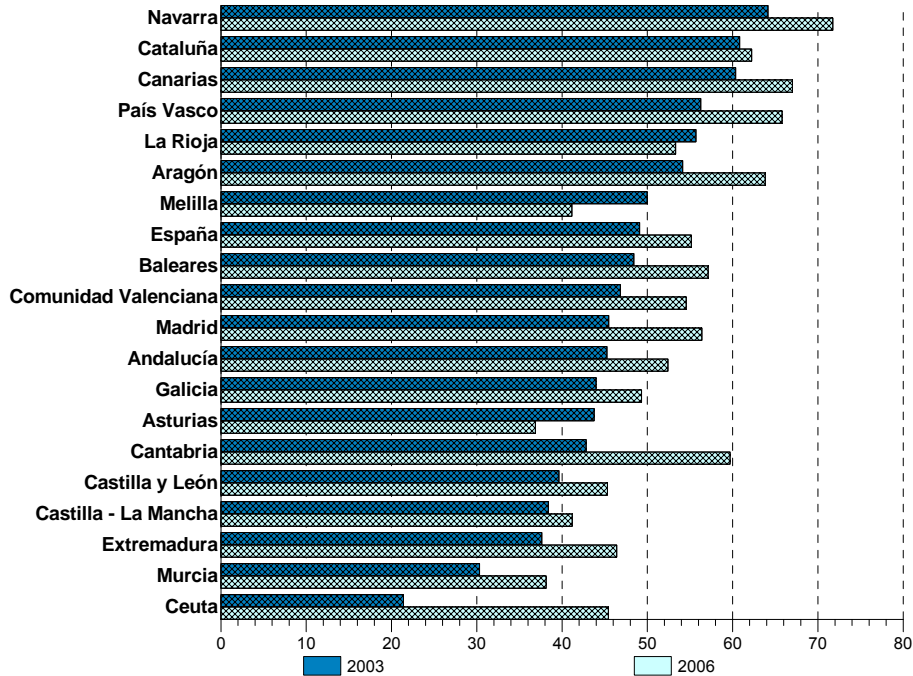
*Los datos correspondientes a los años 2004, 2005 y 2006 incluyen además de los casos de cirugía conservadora con ingreso los casos de cirugía mayor ambulatoria.

En los gráficos siguientes se representa el porcentaje de cirugía conservadora de cáncer de mama por CC.AA. con ingreso hospitalario (excluyéndose por tanto los casos de cirugía mayor ambulatoria):

Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama respecto al total de cirugía por cáncer de mama



Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama respecto al total de cirugía por cáncer de mama



Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama respecto al total de cirugía por cáncer de mama		
	2003*	2006*
Andalucía	45,29	52,43
Aragón	54,16	63,84
Asturias	43,79	36,89
Baleares	48,43	57,14
Canarias	60,37	67,03
Cantabria	42,85	59,72
Castilla y León	39,66	45,34
Castilla-La Mancha	38,4	41,21
Cataluña	60,85	62,24
C. Valenciana	46,86	54,58
Extremadura	37,65	46,42
Galicia	44	49,34
Madrid	45,49	56,41
Murcia	30,34	38,14
Navarra	64,17	71,77
País Vasco	56,28	65,81
La Rioja	55,71	53,33
Ceuta	21,42	45,45
Melilla	50	41,17
ESPAÑA	49,12	55,18
Fuente: CMBD		
* Sólo incluidos casos de cirugía con ingreso		

Interpretación:



Entre 2004 y 2006 en el SNS se ha incrementado en 2 puntos el porcentaje de tratamientos conservadores (incluyendo los procedimientos realizados por cirugía mayor ambulatoria) sobre el total de los procedimientos practicados en cirugía de mama.

Esta tendencia ha sido generalizada en la mayoría de las CC.AA. aunque persiste todavía una amplia variabilidad (rango de 33,37 a 73,54) entre territorios.

MORTALIDAD HOSPITALARIA POSTQUIRÚRGICA

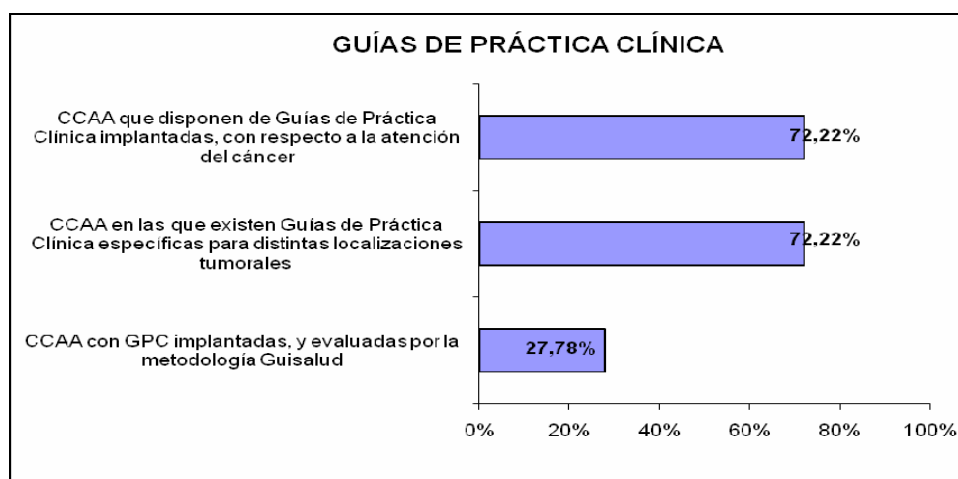
En España en 2006, la mortalidad hospitalaria tras cirugía de cáncer de pulmón, páncreas y cáncer de esófago por cada 100 pacientes intervenidos de dicho proceso fue del 4,36%, 9,43% y 16,36 % respectivamente.

Dado que dichos datos corresponden únicamente a un año y que en algunos de estos procesos el número de casos es bajo cuando se desagrega por Comunidad Autónoma, es necesario esperar a contar con datos más amplios antes de efectuar la desagregación mencionada. Se sugiere también efectuar de manera previa un análisis más específico de algunas variables que puedan influir en su comportamiento y mejoren la interpretación de sus resultados.

EXISTENCIA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA IMPLANTADAS O EN FASE DE ELABORACIÓN

De las Comunidades Autónomas que aportan datos, el 72,22% tienen o disponen de Guías de Práctica Clínica implantadas de carácter autonómico con respecto a la atención de cáncer, siendo estas guías específicas para distintas localizaciones tumorales.

La mayoría de las Comunidades Autónomas han impulsado la implantación de GPC de ámbito autonómico, lo que no significa que no tengan GPC implantadas en un ámbito de actuación menor (como son las utilizadas en los distintos centros hospitalarios).



En el 27,78% de las Comunidades Autónomas, las Guías de Práctica Clínica implantadas han sido evaluadas mediante metodología GuíaSalud.

La descripción de las GPC que han sido evaluadas por metodología GuíaSalud se detalla el **Anexo VIII**.

Interpretación:



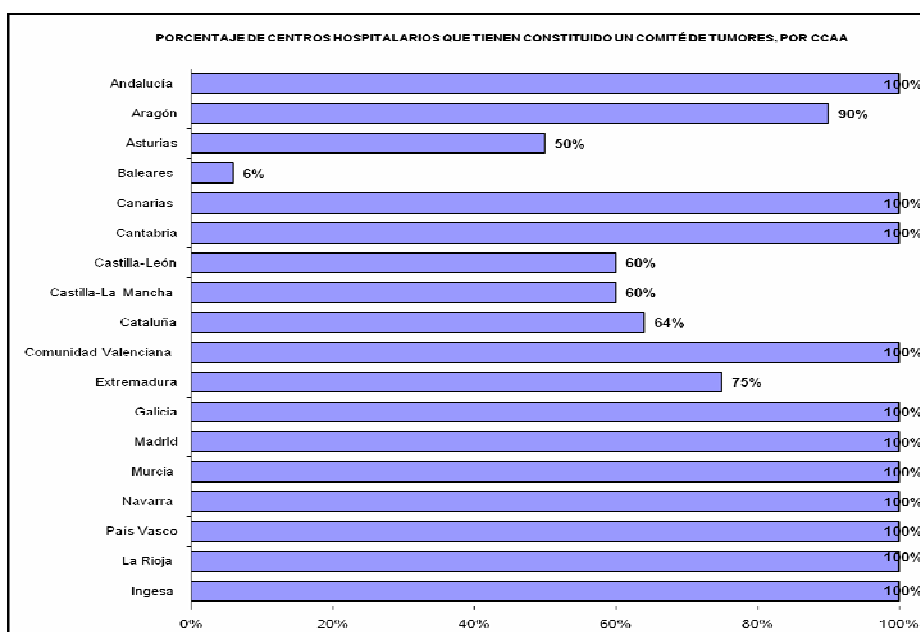
La implantación de Guías de Práctica Clínica evaluadas con metodología GuíaSalud es escasa.

PORCENTAJE DE CENTROS CON COMITÉS DE TUMORES EXISTENTES EN CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA

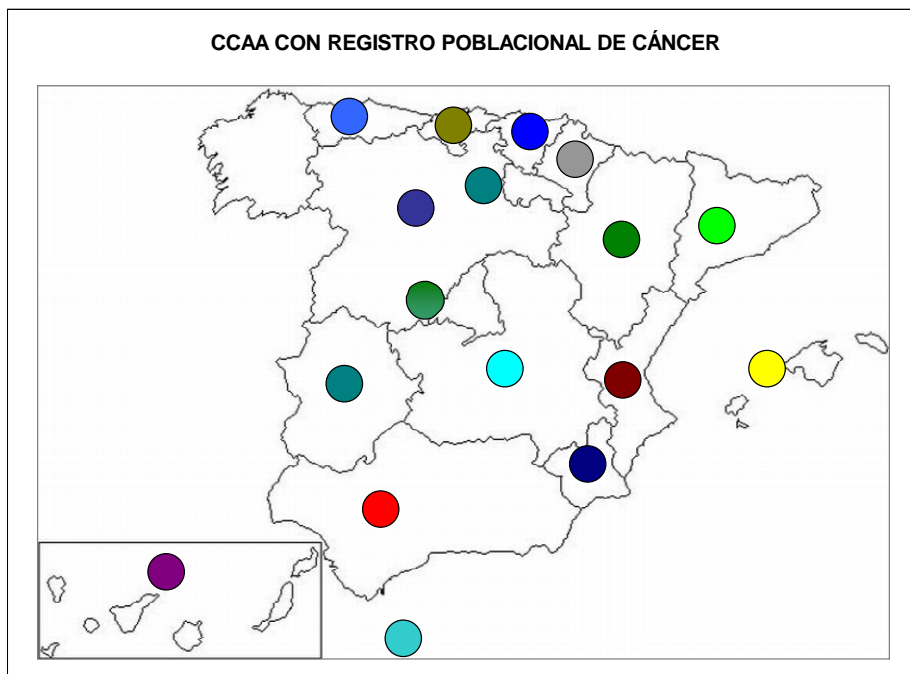
En España, el número de centros que realizan tratamiento integral del cáncer es variable entre Comunidades Autónomas, tal y como puede observarse en la siguiente tabla:

Descripción del número de centros que realizan tratamiento integral del cáncer por CC.AA.	
Andalucía	NS/NC
Aragón	2
Asturias	2
Baleares	6
Canarias	4
Cantabria	1
Castilla y León	5
Castilla-La Mancha	7
Cataluña	24
C. Valencia	21
Extremadura	4
Galicia	9
Madrid	11
Murcia	3
Navarra	2
País Vasco	6
La Rioja	NS/NC
Ingesa	0

En 12 CC.AA., la totalidad de los centros hospitalarios tienen constituido un Comité de Tumores. En el resto de CC.AA., excepto en Baleares, el porcentaje de centros con Comité de Tumores constituido supera el 60%.



Todas las Comunidades Autónomas tienen implantados registros poblacionales de cáncer con distinto grado de desarrollo. En 9 Comunidades Autónomas el ámbito territorial del registro es autonómico (Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja) y en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla).



En el **Anexo IX** se describe la situación en las Comunidades Autónomas que disponen de registro poblacional de cáncer.

Interpretación:



La constitución de Comités de Tumores en los centros hospitalarios en España está ampliamente instaurada, así como el grado de implantación y desarrollo de los Registros Poblacionales de Tumores.

4. RESULTADOS EVALUACIÓN ESTRATEGIA EN CÁNCER SEGÚN LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LINEA ESTRATÉGICA 4: ASISTENCIA A NIÑOS Y ADOLESCENTES

Objetivos

Objetivo 14: La atención a los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer se realizará preferentemente en unidades multidisciplinarias de oncología y/o hematología pediátrica que favorezcan la atención psicosocial y educativa desde el momento del diagnóstico y que les permita continuar su desarrollo madurativo y su educación.

Indicadores:

- Mapa de unidades de referencia de oncología y/o Hematología Pediátrica

MAPA DE UNIDADES DE REFERENCIA DE ONCOLOGÍA Y/O HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

En la Estrategia en Cáncer se desarrolla una línea específica sobre la atención y asistencia en niños y adolescentes, que tiene por objetivo el que la atención a los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer se realice en unidades multidisciplinarias de oncología y/o hematología pediátrica que favorezcan la atención psicosocial y educativa desde el momento del diagnóstico y que les permita continuar con su desarrollo madurativo y educación.

El 83,3% de las CC.AA. disponen de Unidades de Hematooncología Pediátrica, y en el 61,1% de ellas los niños son derivados a Unidades de Hematooncología Pediátrica de referencia.

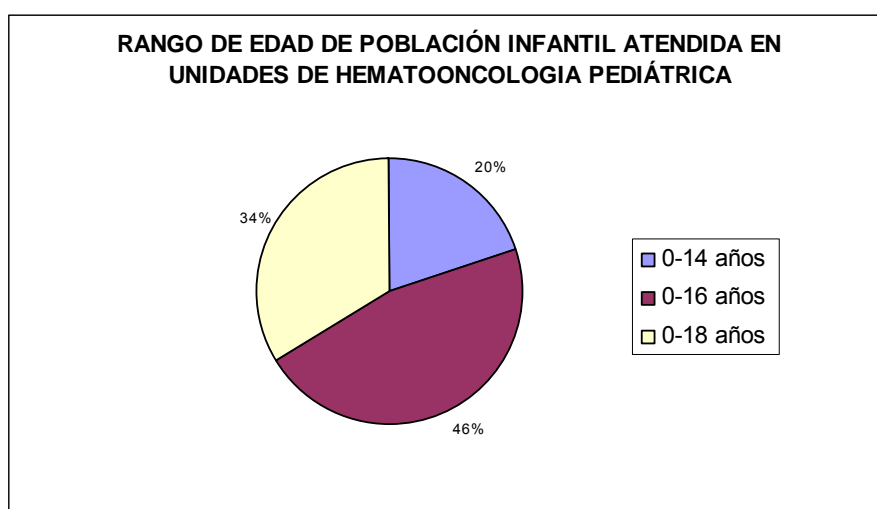
En la siguiente tabla se describe el número total de Unidades de Hematooncología Pediátrica existentes en cada Comunidad Autónoma, la localización de las unidades, el rango de edad de la población atendida y el ámbito de actuación (comarcal, regional, provincial) de cada unidad:

Mapa de Unidades de Hematooncología Pediátrica por CC.AA.				
COMUNIDAD AUTÓNOMA	NOMBRE DE UNIDAD HEMATOONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD	RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN
Andalucía	H Carlos Haya	Málaga	0-15 años	Comunidad Autónoma
	Hospital Virgen del Rocío	Sevilla	0-15 años	Comunidad Autónoma
	H. Virgen de las Nieves	Granada	0-15 años	Comunidad Autónoma
Aragón	Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Universitario Miguel Servet	Zaragoza	0-16 años	Aragón, siendo además de referencia para La Rioja y Soria
Asturias	Unidad de Oncohematología Pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Asturias	Asturias	0-16 años (límite superior puede variar en función del tipo de tumor y del niño)	Asturias
Baleares	Hospital Son Dureta	Palma	0-15 años	Islas Baleares
Canarias	Hospital Materno Infantil de Gran Canaria	Las Palmas	0-14 para los casos nuevos y hasta los 18 para los ya diagnosticados.	Provincial
	Hospital Nuestra Sra de la Candelaria	S/C de Tenerife	0-14 años	Área de residencia
	Hospital Universitario de Canarias	La Laguna	0-14 años	CC.AA.
Cantabria	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Santander	0-15 años	Cantabria

Castilla y León	Complejo Asistencial de Salamanca	Salamanca	0-18 años	CC.AA.
	Hospital Clínico de Valladolid	Valladolid	0-18 años	CC.AA.
	Complejo Asistencial de León	León	0-18 años	CC.AA.
Castilla-La Mancha	Unidad del hospital Virgen de la Salud Toledo		0-15 años	Área de referencia de la provincia (Toledo) y casos derivados de provincias vecinas
	Unidad del Hospital General Universitario de Albacete		0-14 años	Área de referencia provincial y casos derivados de provincias vecinas (Cuenca)
Cataluña	H Vall d'Hebron (Barcelona)	Barcelona	0-18 años	Cataluña
	H Sant Pau (Barcelona)		0-18 años	Cataluña
	H Germans Trias i Pujol (Badalona);	Badalona	0-18 años	Cataluña
	H Sant Joan de Deu (Esplugues)		0-18 años	Cataluña
	CS Parc Taulí (Sabadell)		0-18 años	Cataluña
Comunidad Valenciana	H La Fe,	Valencia	0-14 años	Departamentos 1,2,3,6,7,8,9,10,11,14,15
	H. Clínico	Valencia	0-14 años	4,5,12,13
	H. General Alicante	Alicante	0-14 años	16,17,18,19,20,21,22
Extremadura	Unidad Multidisciplinar de Oncohematología Pediátrica	Hospital Materno Infantil de Badajoz	0-18 años	Comunidad Autónoma
Galicia				
Madrid	Hospital Niño Jesús	Madrid	0-18 años	Madrid y CC.AA.
	Hospital La Paz	Madrid	0-18 años	Madrid y CC.AA.
	Hospital 12 de Octubre	Madrid	0-18 años	Madrid y CC.AA.
	Hospital Gregorio Marañón	Madrid	0-18 años	Madrid y CC.AA.
	Hospital Clínico San Carlos.	Madrid	0-18 años	Madrid y CC.AA.

Murcia	Unidad de hematooncología pediátrica. Servicio de Pediatría	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca	0-14 años	
Navarra	Unidad de Hematología Pediátrica del Hospital Virgen del Camino	Pamplona	0-18 años	0
País Vasco	Hospital de Cruces	Hospital de Cruces	0-16 años	Supracomunitario, atiende niños de la CAPV y provincias limítrofes (Aprox. el 25% de pacientes proceden de provincias limítrofes)
La Rioja	No hay en la comunidad unidad de de hematooncología pediátrica			Los niños son derivados a las unidades de referencia de otras comunidades
Ingesa				
ESPAÑA	31			

La distribución de las Unidades de Hematooncología en función del rango de edad de la población atendida se muestra en el siguiente gráfico:



Interpretación:



En España existen un total de 31 Unidades de Hematooncología Pediátrica, distribuidas por todas las Comunidades Autónomas, excepto en Galicia, La Rioja e Ingesa, que derivan a otras Comunidades Autónomas para la atención de los niños con cáncer. En ningún caso los niños son atendidos de forma exclusiva en unidades de adultos.

4. RESULTADOS EVALUACIÓN ESTRATEGIA EN CÁNCER SEGÚN LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: CUIDADOS PALIATIVOS

Objetivos

Objetivo 15: En el caso de los cuidados paliativos, la respuesta consensuada y coordinada entre los distintos niveles asistenciales de cada área sanitaria, incluyendo equipos de soporte de cuidados paliativos en los centros hospitalarios y en atención primaria.

Objetivo 16: En los pacientes en situación avanzada y terminal de cáncer se realizará una valoración de las necesidades del paciente y su familia, estableciéndose un plan interdisciplinar de cuidados paliativos en cualquier nivel asistencial.

Indicadores:

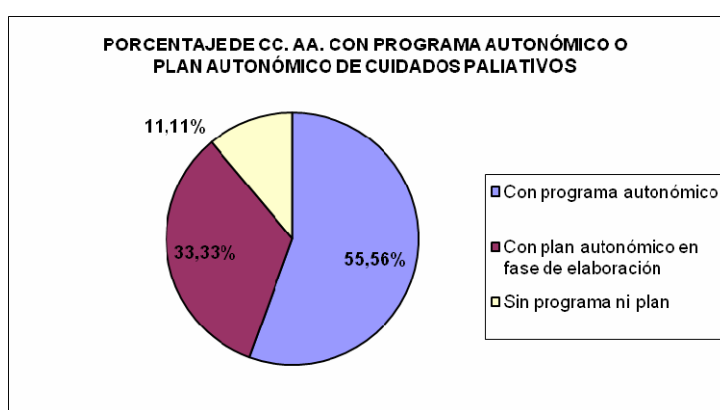
- Cumplimiento de criterios de los Programas de Cuidados Paliativos
- Utilización de morfina

CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE LOS PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

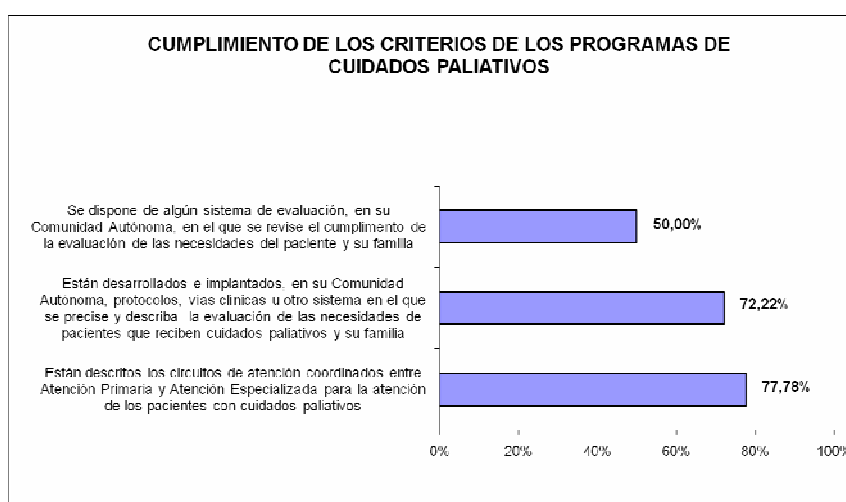
De todas las Comunidades Autónomas son 10 las que cuentan con un Plan de Cuidados Paliativos autonómico implantado, 6 están en fase de elaboración siendo las que no disponen de un Plan de Cuidados Paliativos las CC.AA. de Canarias y La Rioja.

Las Comunidades Autónomas que cuentan con un programa autonómico de cuidados paliativos implantado son; Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco e Ingesa, representando un 55,56% del total.

Las CC.AA. cuyo Plan de Cuidados Paliativos en fase de elaboración son 6: Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León y Castilla-La Mancha.



Las CC.AA. que disponen de Plan, independientemente de su grado de desarrollo, son: Baleares, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco e Ingesa (77,78% de las CC.AA.).



Además, en el 72,2% de las Comunidades Autónomas están desarrollados e implantados, protocolos, vías clínicas u otros sistemas, en los que se precisa y describe la evaluación de las necesidades de pacientes que reciben cuidados paliativos y su familia, 9 de los cuales realizan evaluación periódica del grado de cumplimiento de la evaluación de las necesidades del paciente y su familia.

Se describe en la tabla siguiente el grado de cumplimiento por las Comunidades Autónomas de estos aspectos:

Descripción del cumplimiento de criterios en los programas de Cuidados Paliativos en España y por Comunidades Autónomas		
	Porcentaje de CC.AA. (%)	DESCRIPCIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS QUE TIENEN
Plan de cuidados paliativos autonómico implantado	55,56%	Andalucía Cataluña Comunidad Valenciana Extremadura Galicia Madrid Murcia Navarra País Vasco Ingesa
Plan de cuidados paliativos autonómico fase elaboración	33,33%	Aragón Asturias Balears Cantabria Castilla y León Castilla-La Mancha
Tiene descritos los circuitos de atención coordinada Atención Primaria y Especializada	77,8%	Andalucía Balears Cantabria Castilla y León Castilla-La Mancha Cataluña Comunidad Valenciana Extremadura Galicia Madrid Murcia Navarra País Vasco Ingesa
Tiene descritos la evaluación de las necesidades de los pacientes y familiares	72,2%	Andalucía Balears Castilla y León Cantabria Cataluña Comunidad Valenciana Extremadura Galicia Madrid Murcia Navarra País Vasco Ingesa
Realiza evaluaciones periódicas o revisiones sobre el cumplimiento de la evaluación	50%	Andalucía Cantabria Cataluña Extremadura Galicia Madrid Murcia País Vasco Ingesa

Las CC.AA. que disponen de sistemas de evaluación son: Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco e Ingesa.

Todas las Comunidades Autónomas que tienen el Plan de Cuidados Paliativos implantado realizan evaluaciones periódicas o revisiones sobre el cumplimiento de la valoración de las necesidades del paciente y de su familia, mediante distintos sistemas de evaluación, como pueden ser estudios específicos para ello, o bien lo tienen incluido en la evaluación de la Cartera de Servicios de su Comunidad Autónoma.

La metodología aplicada por las Comunidades Autónomas para la evaluación del cumplimiento de la valoración de las necesidades del paciente y su familia se describe en la siguiente tabla:

Descripción de la metodología aplicada por las Comunidades Autónomas Sistema de evaluación del cumplimiento de la evaluación de las necesidades del paciente y su familia	
Andalucía	Mediante el seguimiento de los Procesos Asistenciales Integrados que disponen de indicadores específicos de calidad y de proceso
Aragón	Está en la fase final de elaboración e inmediata implantación el Plan Autonómico de Cuidados Paliativos
Cataluña	Estudios específicos periódicos
Cantabria	Incluido en la Cartera de Servicios del Servicio Cántabro de Salud
Extremadura	El cuaderno de mandos específico del programa de cuidados paliativos, la evaluación anual del contrato de gestión con las áreas de salud, y en general todas las actividades desarrolladas por el observatorio regional de cuidados paliativos.
Galicia	Mediante la revisión de los comités de paliativos y por parte de los referentes de paliativos de primaria
Madrid	El sistema de evaluación se orientará hacia los aspectos que a continuación se indican, conforme a los indicadores que, en cada caso se señalan: 1. La mejora de la calidad de vida y confort de los pacientes y de sus familias. 2. La adecuación de los recursos asignados y las mejoras organizativas. 3. La mejora de la calidad en la atención paliativa
Murcia	A través de Cartera de Servicios
País Vasco	Mediante indicadores de evaluación incluidos en el anexo de calidad de los contratos programa de atención Primaria, hospitales de agudos y media-larga estancia, hospitalización a domicilio
Ingesa	La Unidad de Cuidados Paliativos envía semanalmente listado de pacientes ,incluidos en dicha unidad ,a la persona responsable de este programa en A.P., al médico coordinador del 061 , y al Servicio de Urgencias de AP .Desde AP, dicho responsable , incluye al paciente en las agendas de los DUEs y Médicos de AP, y estos los incluyen en el Protocolo de Atención a Pacientes Terminales (incluido en Cartera de servicios) y realiza seguimiento de los mismos según dicho protocolo

Interpretación:



El grado de desarrollo e implantación de los Planes de Cuidados Paliativos es importante. En España las únicas CC.AA. que no cuentan con un Plan son 2: Canarias y La Rioja.

En casi todos los planes están descritos tanto los circuitos de atención coordinada entre Atención Primaria y Especializada, como las evaluaciones de las necesidades de los pacientes y de su familia.

Se obtendrá información más detallada de la situación de los Cuidados Paliativos en la evaluación de Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS prevista en marzo de 2009.

UTILIZACIÓN DE MORFINA

Actualmente no valorable, pendiente de disponibilidad de los datos.

4. RESULTADOS EVALUACIÓN ESTRATEGIA EN CÁNCER SEGÚN LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LINEA ESTRATÉGICA 6: CALIDAD DE VIDA

Objetivos

La línea estratégica 6 se corresponde con todos los aspectos relacionados con la calidad de vida. El objetivo en esta línea estratégica es:

Objetivo 17: Proporcionar atención psicológica al paciente y sus familiares.

Destacando entre las acciones propuestas el promover el acceso a la atención psicooncológica de los pacientes y familiares que lo precisen con el objetivo de mejorar la información y formación en estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad y en la organización de los cuidados.

Indicadores:

- Porcentaje de hospitales con profesionales o unidades funcionales que prestan apoyo psicológico

NÚMERO DE HOSPITALES CON PROFESIONALES O UNIDADES FUNCIONALES QUE PRESTAN APOYO PSICOLÓGICO

En la tabla siguiente se describe el número de centros hospitalarios que realizan tratamiento integral de las personas con cáncer y que cuentan con unidades funcionales y profesionales que prestan apoyo psicológico, por Comunidades Autónomas:

Porcentaje de hospitales con profesionales o unidades funcionales que prestan apoyo psicológico		
	Número de hospitales que disponen de unidades funcionales que prestan apoyo psicológico a estos pacientes	Número de centros sanitarios que realizan tratamiento integral del cáncer
	9/ 15 Unidades específicas de apoyo psicológico 5/15	
Andalucía		
Aragón	6	2
Asturias	2	2
Baleares	6	6
Canarias	3	4
Cantabria	NC	NC
Castilla y León	5 (más 2 unidades concertadas)	5
Castilla-La Mancha	5	7
Cataluña	24	11
C. Valenciana	14	21
Extremadura	6	4
Galicia	9	9
Madrid	7	11
Murcia	1	3
Navarra	2	2
País Vasco	6	6
La Rioja	NC	NC
Ingesa	2	0

Interpretación:



Toda la población tiene acceso en la actualidad a los servicios de salud mental públicos, aunque la información disponible no permite evaluar las características del apoyo psicológico, de la intensidad del mismo o del perfil de los profesionales que lo prestan.

4. RESULTADOS EVALUACIÓN ESTRATEGIA EN CÁNCER SEGÚN LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LINEA ESTRATÉGICA 7: INVESTIGACIÓN

Los objetivos relacionados con la investigación en cáncer son los siguientes:

Objetivo 18: Potenciación de redes de centros y/o grupos de excelencia en investigación del cáncer que estén interconectados de una manera coordinada y cooperativa.

Objetivos 19: Favorecer la creación y consolidación de grupos de investigación estables, sólidos e integrados en redes acreditadas, potenciando la asignación de espacios y recursos específicos para desarrollar su labor.

Indicadores:

- Número de redes de grupos y números de redes de centros acreditados
- Número de grupos dentro de hospitales o centros sanitarios que previa evaluación están integrados en redes cooperativas acreditadas

NÚMERO DE REDES DE GRUPOS Y NÚMERO DE REDES DE CENTROS ACREDITADOS

Existe una red (modalidad RETIC) de ámbito nacional que abarca los grupos de las distintas Autonomías dedicados a investigación del cáncer: RED TEMATICA DE INVESTIGACION COOPERATIVA EN CANCER (RTICC), patrocinada por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad y Consumo).

La evolución de composición de grupos dentro de esta Red en los últimos dos años ha sido como sigue:

<u>Tipo de grupo</u>	<u>año 2006</u>	<u>año 2007</u>	<u>total hoy</u>
Regular	67	14	81
Clínico asistencial	12	11	23

Total grupos: 104

Hay además dos CIBER (CIBER de enfermedades respiratorias y CIBER de enfermedades hepáticas y digestivas), en los cuales hay algún grupo dedicado preferentemente a la investigación del cáncer.

Interpretación:



Aunque no existe un estándar establecido sobre este aspecto cabe destacar el importante incremento de la actividad, los recursos y las redes existentes en investigación.

NÚMERO DE GRUPOS DENTRO DE HOSPITALES O CENTROS SANITARIOS QUE, PREVIA EVALUACIÓN ESTÁN INTEGRADOS EN REDES COOPERATIVAS ACREDITADAS

Número de grupos dentro de hospitales o centros sanitarios que previa evaluación están integrados en redes cooperativas acreditadas en España relacionados con la investigación en Cáncer			
	2006	2007	Total
Nº de grupos RTICC (del total de regulares o clínicos asistenciales) que están localizados en centros hospitalarios	48	10	58
Fuente: RETICC			

Durante los años 2006 y 2007 el número de proyectos financiados a través de convocatorias ETES y FIS relacionados específicamente con la Estrategia en Cáncer han sido los siguientes:

Número de Proyectos de de Investigación: Convocatorias FIS Y ETS relacionados con la Estrategia de Cáncer		
	2006	2007
FIS*	110	74
ETS**	18	13

*FIS: Fondo de Investigaciones Sanitarias

**ETS: Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud

Interpretación:



Aunque no existe un estándar establecido sobre este aspecto cabe destacar el importante incremento de la actividad, los recursos y las redes existentes en investigación.

4. RESULTADOS EVALUACIÓN ESTRATEGIA EN CÁNCER SEGÚN LÍNEAS ESTRATÉGICAS

INDICADORES GLOBALES

El objetivo global de la Estrategia en Cáncer es tanto reducir la carga de enfermedad por cáncer, como reducir la mortalidad y morbilidad asociadas con la patología oncológica.

Entre los indicadores incluidos en la Estrategia se seleccionaron algunos que permiten analizar y monitorizar la evolución de la situación epidemiológica del cáncer:

Indicadores:

- Tasa de mortalidad por cáncer
- Tasas de incidencia de cáncer
- Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad
- Razón de supervivencia poblacional, observada y relativa a 1,3 y 5 años

Tasa de mortalidad ajustada por edad por Cáncer

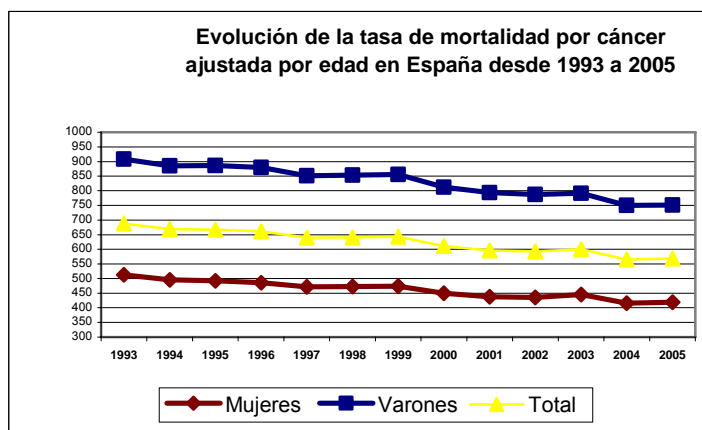
La tasa de mortalidad por cáncer en España, sigue una tendencia decreciente desde el año 1990, en el que la tasa de mortalidad era de 726,26 defunciones por cada 100.000 habitantes. La tasa estimada de mortalidad por esta causa en el año 2005 fue de 568,6 fallecimientos por cada 100.000 habitantes. Las tasas de mortalidad por cáncer en los años 2003, 2004 y 2005 globales fueron respectivamente de 600,1, 565,2 y 568,5 defunciones por cada 100.000 habitantes. Las tasas de mortalidad son superiores entre los hombres con respecto a las mujeres.



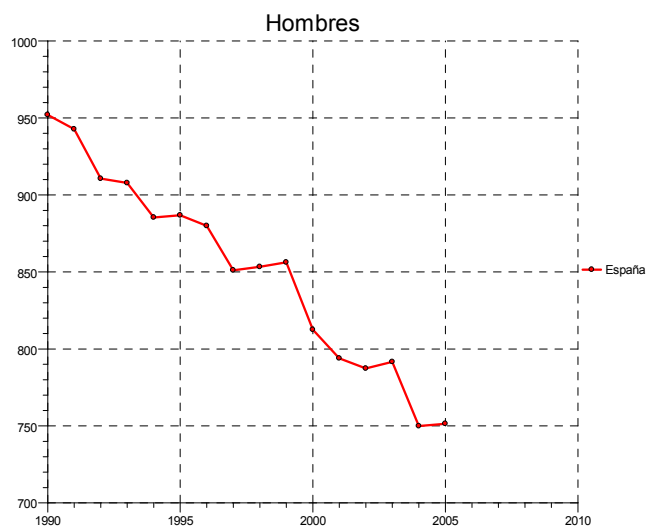
Evolución de las tasa de mortalidad ajustada por edad en España en mujeres y varones desde 2000 a 2005						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Varones	450,15	437,14	435,91	445,35	415,76	419,52
Mujeres	812,54	793,95	787,36	791,66	749,96	751,47
Total	611,45	595,77	592,73	600,06	565,23	568,46

Fuente: INE y Elaboración propia MSC

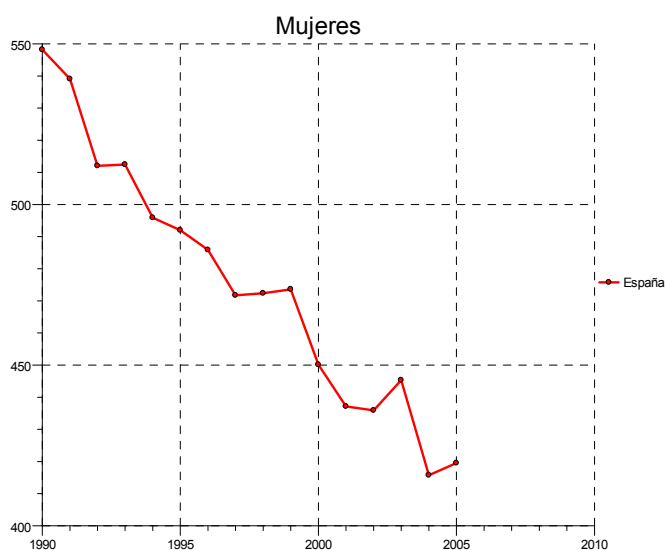
Las tasas de mortalidad por cáncer ajustadas por edad desde 1990 hasta 2005 son superiores en los varones con respecto a las mujeres. En el año 2005 la tasa de defunciones atribuidas al cáncer por cada 100.000 habitantes fueron en los varones de 419,5, mientras que en las mujeres fueron de 751,4.



Evolución de la tasa de mortalidad ajustada por edad entre los varones por cada 100.000 habitantes en España desde 1990-2005



Evolución de la tasa de mortalidad ajustada por edad entre las mujeres por cada 100.000 habitantes en España desde 1990-2005



Tasas de incidencia de cáncer

En Europa en el año 2006 se ha estimado que se producen 3.191.600 casos nuevos de cáncer diagnosticados (excluyendo a los melanomas). Cada año se estima que se producen 3,2 millones de nuevos casos (53% afectan a los varones y el 47% a las mujeres).

Incidencia por cáncer en Europa y España

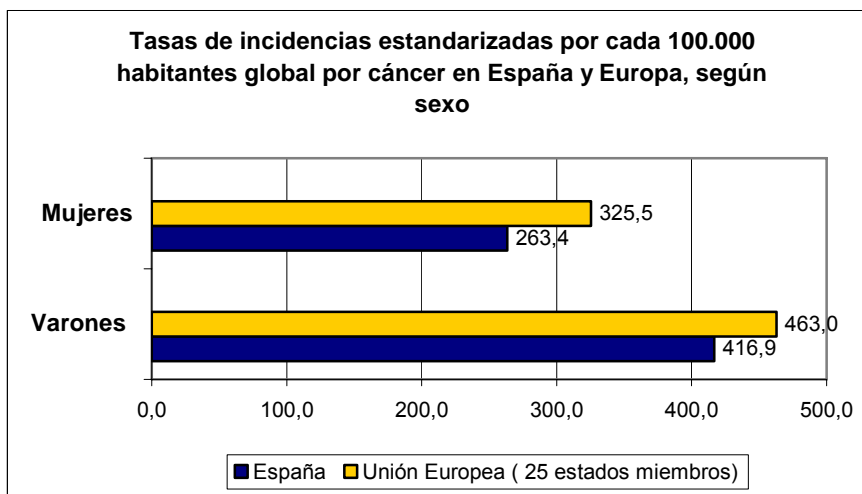
La tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes globalmente para el cáncer fue de 416,6 casos nuevos entre los varones y 263 casos nuevos de cáncer entre las mujeres por cada 100.000 habitantes. Comparando la situación de España con respecto a otros países europeos, la incidencia de cáncer se aproxima a la tasa de incidencia existente en Europa para el total de la patología oncológica y en el cáncer colorrectal. Siendo la tasa de incidencia en España menor a la media europea para los tumores de próstata o mama. Las estimaciones de la incidencia han sido calculadas a partir de diversas fuentes de información, pero sólo representan el 28% del total de la población europea.

En la siguiente tabla se muestran las estimaciones de las tasas de incidencia estandarizadas por cada 100.000 habitantes en España y en la Unión Europea de cáncer y de las localizaciones tumorales siguientes: pulmón, colorrectal, próstata y mama.

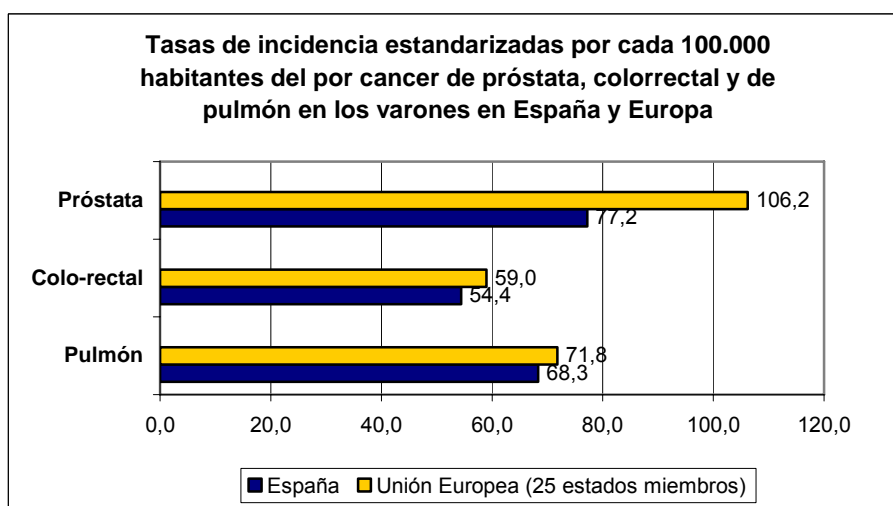
Tasas de incidencia estandarizadas por cada 100.000 habitantes del cáncer de colon y recto, próstata, pulmón y cáncer de mama en España, 2006				
Localización tumoral	España		Unión Europea (25 estados miembros)	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Pulmón	68.3	13.8	71.8	21.7
Colo-rectal	54,4	25,4	59.0	35.6
Próstata	77.2	----	106.2	----
Mama	----	93.6	----	110.3
Total tumores	416,9	263,4	463.0	325.5

Fuente: Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe. Annals of Oncology 2007

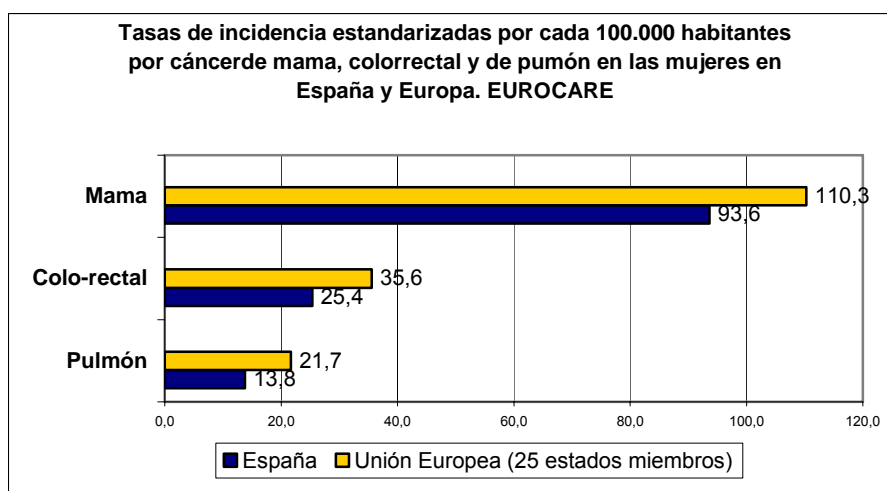
En los gráficos que aparecen a continuación se representan las tasas de incidencia estandarizadas globales por cáncer, en España y Europa según sexo y según distintas localizaciones tumorales:



Fuente: EUROCARE



Fuente: EUROCARE

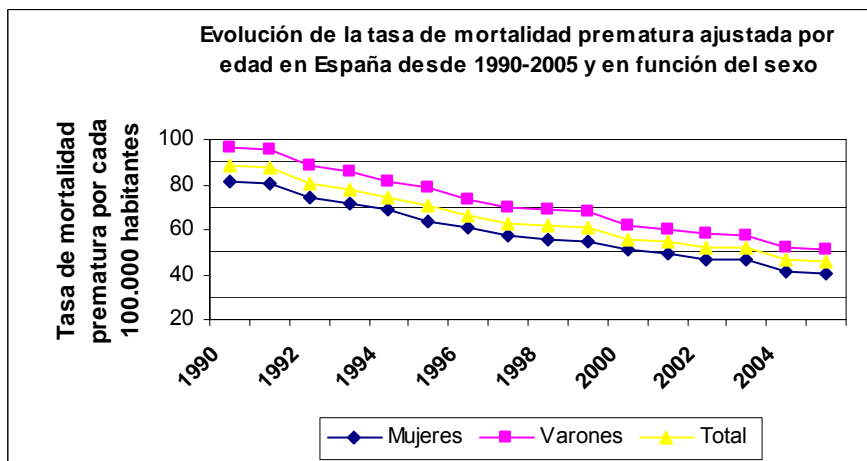
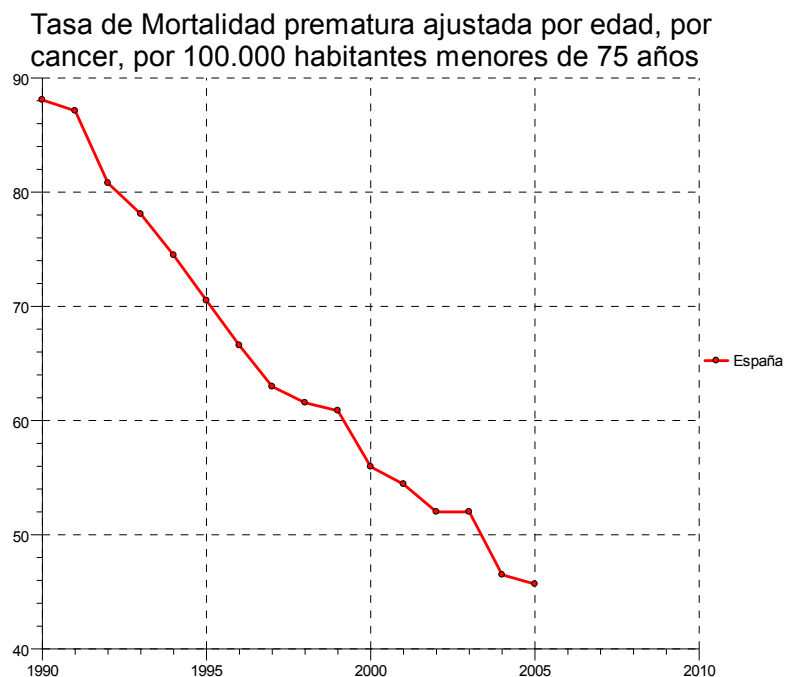


Fuente: EUROCARE

TASA DE MORTALIDAD PREMATURA AJUSTADA POR EDAD

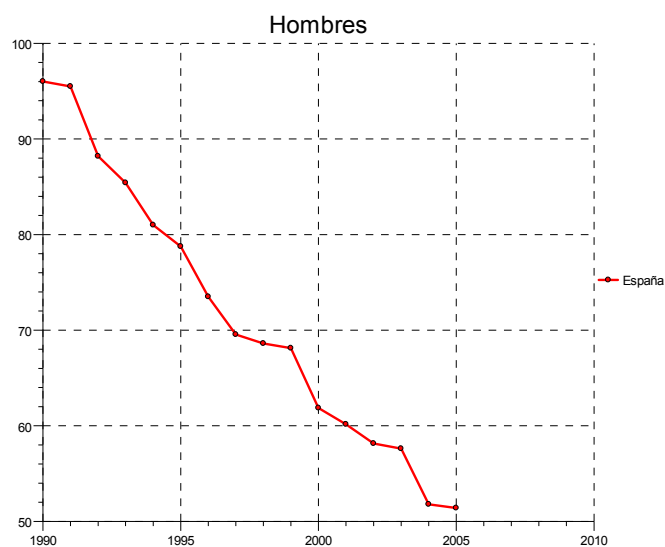
La tasa de mortalidad prematura ajustada por edad atribuida al cáncer disminuye desde 1990, siendo para el año 2005 del 46 (51,4 y 40 para varones y mujeres respectivamente).

La tasa se ha reducido significativamente desde 1990, ya que en ese año era del 88,9 en ambos sexos (96 y 81,6 en varones y mujeres respectivamente).

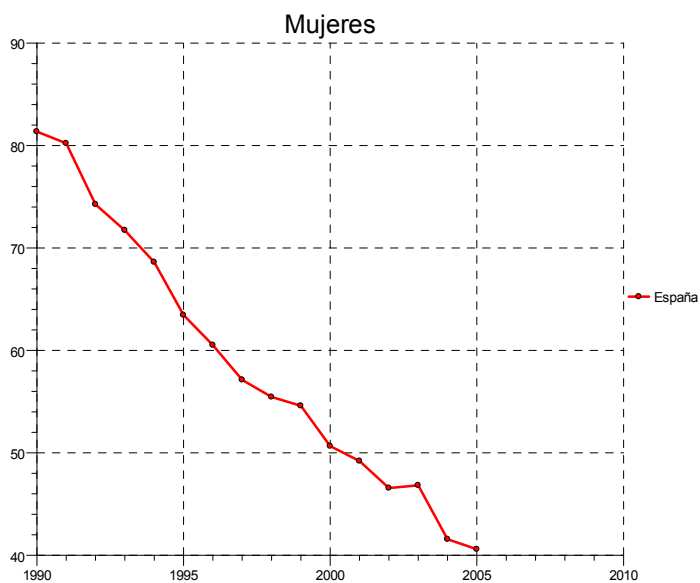


FUENTE: Elaboración propia MSC

Evolución de la tasa de mortalidad prematura ajustada por edad en los varones por cada 100.000 habitantes en España desde 1990 al 2005



Evolución de la tasa de mortalidad prematura ajustada por edad en las mujeres por cada 100.000 habitantes en España desde 1990 al 2005



FUENTE: INE y elaboración propia MSC

RAZÓN DE SUPERVIVENCIA POBLACIONAL, OBSERVADA Y RELATIVA A 1, 3 Y 5 AÑOS

La supervivencia de los pacientes con cáncer, medida en un periodo predefinido (1, 3 ó 5 años), es el indicador más importante de la eficacia de la asistencia sanitaria en la lucha contra el cáncer. Este indicador refleja en qué medida los casos se diagnostican en un estadio potencialmente curable y el grado de eficacia de los procedimientos terapéuticos.

Los 3 proyectos EUROCORE aportan información sobre la supervivencia global de los pacientes con cáncer en Europa. El Estudio EUROCORE incluyó a 1.815.584 pacientes adultos y 23.500 niños con cáncer de los registros participantes que fueron diagnosticados en los años 1990-1994. Las estimaciones españolas proceden de los registros del cáncer del País Vasco, Granada, Mallorca, Murcia, Navarra y Tarragona. Se puede esperar que los registros de tumores con mayor antigüedad sean más precisos.

Comparando los datos de España para el periodo 1985-1999 con el periodo 1990-1994, puede observarse un aumento significativo de la supervivencia global a los 5 años del 40 al 44% en hombres y del 52 al 57% en mujeres (para la mayoría de las localizaciones tumorales). Existen muchos factores que contribuyen al aumento de supervivencia de los pacientes con cáncer, tales como el diagnóstico precoz con programas de cribado generalizados o como los tratamientos con mayor eficacia.

En el EUROCORE IV el total de población estudiada ha sido de 2.699.086 casos de cáncer, que proceden de 23 países de Europa y fueron diagnosticados de cáncer entre 1995 y 1999, con un seguimiento de los casos hasta el 2003. Se analizan además los cambios observados en la tasa de supervivencia comparada con los casos de cáncer para la misma localización diagnosticados entre 1990-1994.

En Europa la tasa de supervivencia global por cáncer a los 5 años fue del 51,9% y en la mayoría de las localizaciones se aproxima a esta cifra. La tasa media de supervivencia a los 5 años ajustada por edad para el cáncer colorrectal es del 53,8% (IC95%: 53-54,1); en el cáncer de pulmón 12,3%(IC95%: 12,1-12,5), cáncer de mama del 78,9% (IC95%: 78,6-79.2); cáncer de próstata (75,7% IC95%:75,2-76,2) y cáncer de ovario (36,3% IC95%: 35,7-37).

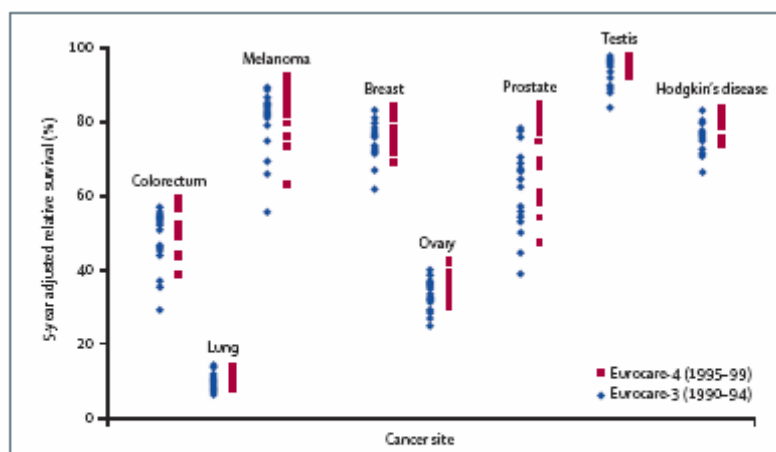


Figure 5: Changes in 5-year age-adjusted relative survival from EUROCARE-3 (1990-94) to EUROCARE-4 (1995-99)

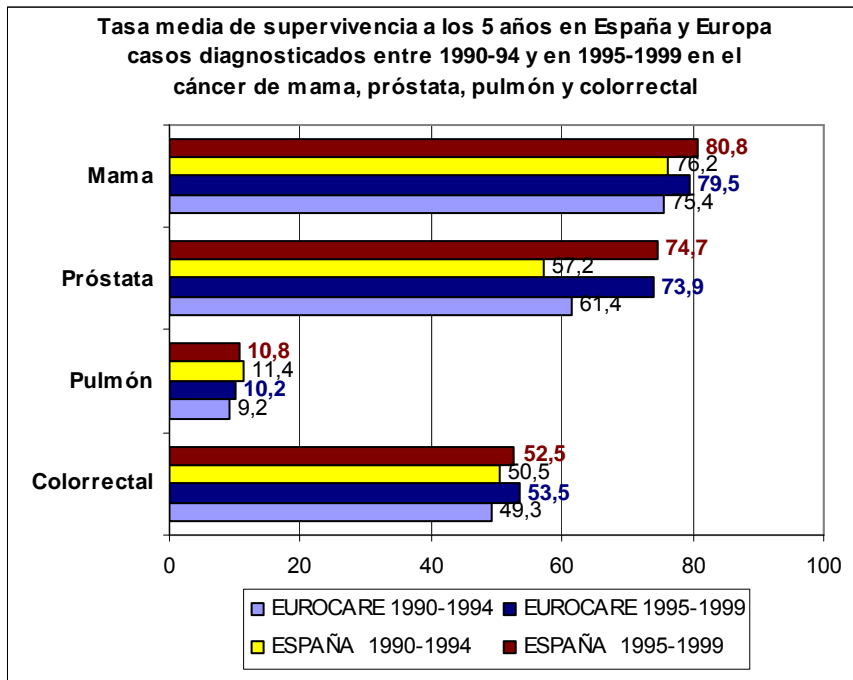
Each point (rhombus or square) represents a country. Analysis for cancer of the testis was done on patients aged 15-64 years at diagnosis. Iceland and Malta were excluded from all analyses, and Germany was excluded from the analysis of Hodgkin's disease because the few cases in one or more age class made age standardisation unstable.

En España el incremento porcentual de la tasa de supervivencia, entre las personas diagnosticadas en 1990-94 y las diagnosticadas en 1994-99 de cáncer de mama, ha sido del 4,6%. En el cáncer colorrectal la tasa de supervivencia se ha incrementado desde el 50,5%(SD1,4) al 52,5%.

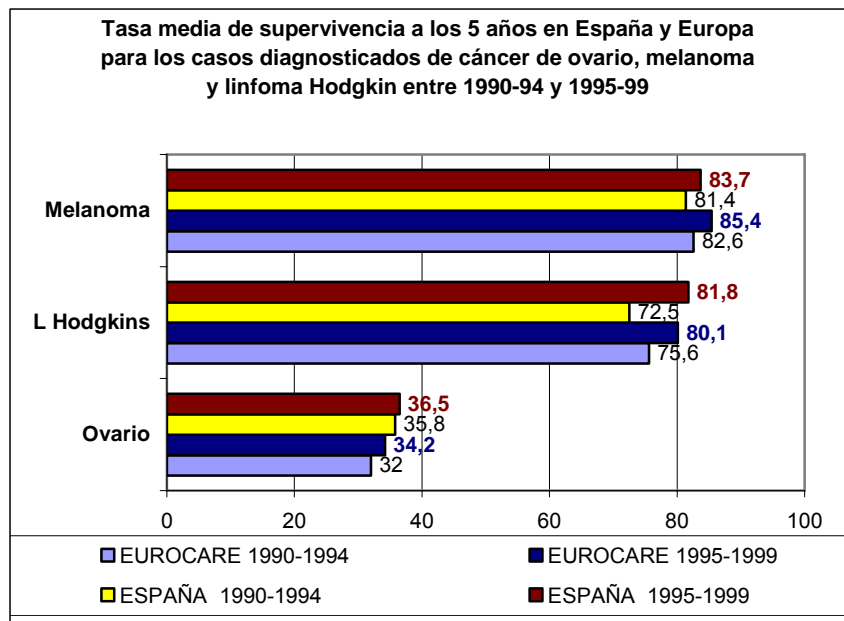
En la tabla siguiente se muestran las estimaciones de la tasa media de supervivencia en España en las localizaciones tumorales más prevalentes:

Tasa media supervivencia a los 5 años para los 8 tipos de tumores más frecuentes. Estimaciones del EUROCARE IV para España					
EUROCARE IV		LOCALIZACIÓN TUMORAL	España		
1990-1994 Supervivencia relativa	1995-1999 Supervivencia relativa		1990-1994 Supervivencia relativa	1995-1999 Supervivencia relativa	Diferencia Porcentual
49,3	53,5	Colorrectal	50,5	52,5	2
9,2	10,2	Pulmón	11,4	10,8	- 0,6
82,6	85,4	Melanoma	81,4	83,7	2,3
75,4	79,5	Mama	76,2	80,8	4,6
32	34,2	Ovario	35,8	36,5	0,6
61,4	73,9	Próstata	57,2	74,7	17,5
75,6	80,1	L Hodgkins	72,5	81,8	9,3

Fuente: Berrino F, de Angelis R, Sant M, Rosso S, Lasota M, Coebergh J, Santaquilani M and EUROCARE Working group. Survival for eight major cancer and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EUROCARE-4 study



Fuente: EUROCARE



Fuente: EUROCARE

Comparando los datos de España, para el periodo 1985-1999 con el periodo 1990-1994, se observa que ha aumentado significativamente la supervivencia global a los 5 años, del 40 al 44% en hombres y del 52 al 57% en mujeres (en la mayoría de las localizaciones tumorales). La supervivencia media a los 5 años para el cáncer de mama es del 80,8%, para el cáncer colorrectal es del 52,5% y del 74,7% para el cáncer de próstata. La localización tumoral en la que se observa el mayor incremento de la supervivencia, entre los casos diagnosticados entre 1990-94 con respecto a los diagnosticados entre 1995-1999, es el cáncer de próstata (17,2%).

5. ACTUACIONES DE APOYO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN CÁNCER

Dentro de las medidas establecidas para fomentar la implementación de la Estrategia con objeto de apoyar su desarrollo y difusión en las Comunidades Autónomas, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia de Calidad del SNS, ha realizado distintas actuaciones, entre las que cabe destacar:

a) Actuaciones para la difusión y comunicación de la Estrategia:

En el último trimestre de 2006, se procedió a la edición, publicación y difusión de la Estrategia en Cáncer aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 29 de marzo de 2006, entre las Comunidades Autónomas.

Al año de su aprobación la Agencia de Calidad organizó la I Jornada Técnica de Seguimiento de la Estrategia en Cáncer, que se tuvo lugar los días 25 y 26 de junio de 2007 en el Ministerio de Sanidad y Consumo, y que estaba dirigida a los profesionales del ámbito de la gestión, planificación y asistencia clínica, así como a las asociaciones de pacientes y familiares.

Los objetivos de la Jornada fueron facilitar la difusión, colaboración, coordinación y actualización de las experiencias, en el ámbito de la Estrategia, desarrolladas en las Comunidades Autónomas, y conseguir un mayor conocimiento y participación en la misma de los profesionales, asociaciones de pacientes y otros agentes sociales implicados.

Durante las Jornadas, también se realizaron unos talleres en los que se abordaron aspectos relevantes del diagnóstico precoz del cáncer de mama, colon, cérvix y próstata, en los que participaron miembros de los Comités Técnico e Institucional y expertos de los grupos de trabajo que elaboraron la Estrategia, sociedades científicas, Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y otras instituciones sanitarias y del ámbito de la investigación.

b) Proyectos desarrollados por las Comunidades Autónomas financiados mediante fondos de Políticas de Cohesión por el MSC:

Desde la aprobación de la Estrategia en Cáncer y a través de los fondos de Políticas de Cohesión territorial, se han financiado y llevado a cabo proyectos relacionados con los objetivos de la misma en las distintas Comunidades Autónomas.

Entre los proyectos financiados destacan los relacionados con: creación, ampliación y mejora de los registros poblacionales existentes; campañas de comunicación a la población general sobre factores de riesgo en cáncer o de sensibilización para facilitar información sobre dieta en la prevención de cáncer; elaboración de material divulgativo e implantación de guías de práctica clínica; diseño y análisis del proceso de implementación de un procedimiento para la construcción de una prueba poblacional que pueda evaluar la detección precoz de los cánceres de colon y recto, o la elaboración del programa de consejo genético en cáncer de mama, ovario y colorrectal.

En el **Anexo X** se detallan los proyectos desarrollados por las Comunidades Autónomas que han sido financiados por las Políticas de Cohesión en 2006 y 2007.

En 2006 y 2007 se transfirieron fondos a las Comunidades Autónomas para financiar 36 y 21 proyectos respectivamente, relacionados con la implementación de la Estrategia de Cáncer.

c) Proyectos desarrollados por entidades sin fines de lucro financiados por el MSC:

Por Orden SCO/954/2007 de 21 de marzo se convocó la concesión de ayudas económicas a entidades sin fines de lucro de ámbito estatal para la realización de programas específicos orientados al desarrollo de las Estrategias de Salud, entre ellas la de Cáncer. En 2007 se financiaron tres proyectos relacionados con el desarrollo e implantación de la Estrategia en Cáncer.

d) Actuaciones de apoyo a la investigación y elaboración de Guías de Práctica Clínica:

En las convocatorias de Fondos de Investigación Sanitaria (FIS) en 2006 el total de proyectos financiados relacionados con Cáncer fue de 110, y en 2007 de 74. En las convocatorias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) en 2006 el total de proyectos financiado relacionados con Cáncer fue de 18, y en 2007 fueron 13.

Se firmó un convenio con la Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques de Catalunya (AATRM) para: Adaptación de la GPC incluida en el Catálogo de GPC del Proyecto GuíaSalud sobre Oncoguía de colon y recto, mama y pulmón.

También se ha firmado un convenio con Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) para elaborar la GPC sobre Cáncer de Próstata y con la Agencia de Evaluación de Nuevas Tecnologías del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (OSTEBA) para elaborar la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos.

**RESUMEN DE RESULTADOS
Y
CONCLUSIONES**

**EVALUACIÓN ESTRATEGIA EN
CÁNCER DEL SNS**

6. RESUMEN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RESUMEN RESULTADOS:

Se han evaluado las 7 áreas estratégicas y los 19 objetivos de la Estrategia a través de 25 indicadores específicos y 4 indicadores globales.

Los siguientes indicadores: demora diagnóstica, demora terapéutica y utilización de morfina, no han podido ser evaluados por ausencia de datos o falta de validez y fiabilidad de los mismos.

La información se ha obtenido de tres fuentes de datos principales:

- Sistema de información del SNS (10 indicadores).
- Sistemas de información o búsquedas ad hoc de las CC.AA. (11 indicadores)
- Otras fuentes de datos o estudios específicos (7 indicadores DESCRIC, EUROCCARE).

A continuación se resume el resultado comentado de cada uno de los indicadores evaluados.

1. PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

• Prevalencia de exfumadores (global y por sexos)

Se ha alcanzado una prevalencia de exfumadores del 20,53%, evidenciándose además una tendencia creciente en la tasa de exfumadores. Sin embargo no se llega a alcanzar el objetivo establecido de una prevalencia por encima del 23%.

Puede considerarse por lo tanto que este objetivo está parcialmente cumplido dada la tendencia positiva del indicador.

• Tasa de abandono del hábito de fumar (global y por sexos)

Se observa una tendencia creciente de la tasa de abandono del hábito de fumar de un 6% entre 2003 y 2006, siendo superior esta tasa entre los varones con respecto a las mujeres. Este resultado está en consonancia con el indicador anterior, es decir, con el incremento de la prevalencia de ex fumadores.

• Tasa de fumadores en mayores de 15 años

En España se ha reducido la prevalencia de población adulta fumadora en un 6,8% desde el año 1997, siendo en los varones la reducción del 10,5% y en las mujeres del 3,3%. En el año 2006, la prevalencia de población mayor de 15 años fumadora en España es del 26,4%, siendo superior la proporción de fumadores observada entre los varones (31,5%) a la de las mujeres (21,51%).

Se puede concluir por tanto que este objetivo ha sido cumplido satisfactoriamente, aunque se evidencia un estancamiento de esta tendencia positiva en las mujeres.

- **Tasa de fumadores en jóvenes (16-24 años)**

Se ha producido una disminución importante en el hábito tabáquico, alcanzándose con holgura el objetivo planteado de una tasa inferior al 36%.

- **Existencia de normativa sobre el consumo de tabaco en lugares públicos y centros libres de humo**

Puede considerarse alcanzado el objetivo, ya que la mayoría de las Comunidades Autónomas han desarrollado normativa sobre consumo de tabaco en lugares públicos y centros libres de humo, tras la entrada en vigor de la Ley de Prevención del Tabaquismo. Sin embargo, cabe señalar que la normativa de cuatro comunidades autónomas está siendo revisada desde el punto de vista judicial, tras recurso del gobierno de la nación ante los tribunales.

- **Prevalencia de obesidad en adultos**

Se observa una tendencia creciente de obesidad entre la población adulta española. No se consigue invertir dicha tendencia por lo que parece prioritario intensificar las intervenciones para conseguir modificar los estilos de vida en la población relacionados con la dieta y fomentar la realización de ejercicio físico.

- **Prevalencia de obesidad en población de 2 a 17 años**

La situación observada entre la población infantil y adolescente muestra que el 8,96% de la población de 2 a 17 años tiene obesidad en el año 2006, y que ésta se ha incrementado desde 2003.

Las CC.AA. en las que se observa una mayor prevalencia son; Comunidad Valenciana, La Rioja, Canarias y Andalucía. En los varones las cifras más elevadas se alcanzan en la Comunidad Valenciana, Cataluña y Castilla-La Mancha, y en mujeres en La Rioja, Comunidad Valenciana y Canarias.

No se consigue invertir por tanto la tendencia al alza de obesidad entre la población más joven, e incluso se observa un incremento, por lo que se debe tratar de intensificar las intervenciones en este grupo de edad.

2. DETECCIÓN PRECOZ

- **Cobertura de los programas de cribado de cáncer de mama (Implantación)**

Todas las CC.AA. han desarrollado programas de cribado de cáncer de mama, algunos de los cuales cuentan con una amplia experiencia y gran impacto, como es el caso de Navarra. La información suministrada por las CC.AA. coincide con la de otras fuentes, como el estudio DESCRIC, y apunta a una alta tasa de cobertura de los programas, aunque debería asegurarse la cobertura efectiva a todas las mujeres entre 50 y 69 años, de manera que sea superior al 80%.

No se pueden extraer conclusiones definitivas ni sobre la tasa de cobertura poblacional ni sobre la población elegible, al no estar normalizados los criterios ni los sistemas de información existentes en la actualidad.

A pesar de que en la mayoría de las CC.AA. se dispone de sistemas de evaluación de los programas, es necesario establecer mecanismos de coordinación para obtener información del conjunto del estado, con objeto de dar homogeneidad a los periodos de estudio considerados y a los criterios de definición de población objetivo y elegible.

Sería preciso asegurar la cobertura efectiva a todas las mujeres entre 50 y 69 años en España y desarrollar sistemas de información estandarizados que permitan la comparabilidad y validez de los datos de los programas en marcha.

- **Características de los programas de cribado**

Hay heterogeneidad entre las Comunidades Autónomas en los criterios establecidos para definir la población elegible. El criterio considerado en casi todos los programas es la presencia de antecedentes de cáncer de mama, mientras que sólo en 3 CC.AA. se considera criterio de exclusión para definir su población elegible tener una mamografía realizada en los últimos dos años.

La mayoría de los programas de detección precoz cuentan con un sistema recordatorio para la captación de las mujeres invitadas que no participan. También suele incluirse en la invitación la cita para la prueba.

En 7 Comunidades Autónomas el programa incluye al grupo de mujeres de edad entre los 45 y 49 años, a pesar de la falta de evidencia de reducción de mortalidad en este grupo etario.

- **Porcentaje de mujeres con mamografía realizada**

El 74,19% de las mujeres españolas declara haberse realizado una mamografía en los dos últimos años según los datos de la ENSE del año 2006, cifra superior en algunos casos a las obtenidas a partir de los programas de cribado. Entre otras posibles causas habría que considerar la existencia de circuitos diferentes a los de los programas de cribado para la realización de mamografías preventivas.

- **Atención organizada a pacientes con riesgo de cáncer:**

Programas de:

- **Cáncer de mama**

En España los programas de atención organizada a pacientes con riesgo elevado de padecer cáncer de mama están establecidos aproximadamente en la mitad de las Comunidades Autónomas, mediante el empleo de recursos habituales. En 6 Comunidades se han establecido recursos específicos para este fin.

- **Cáncer de colon**

Las personas en las que se detecta un riesgo elevado por factores individuales o familiares, generalmente están incluidas en protocolos de seguimiento.

Algunas de las conclusiones del Informe DESCRIC sobre la situación de los programas de detección precoz del cáncer colorrectal son las siguientes:

El cribado poblacional de cáncer de colon y recto es una actividad que se está iniciando en las Comunidades Autónomas. En este momento tres Comunidades están desarrollando programas en fase piloto, con la intención de mantener estos proyectos y ampliarlos.

Los programas iniciados tienen características similares y sistemas de información que permiten comparar los indicadores de proceso y resultados. La participación obtenida en los programas piloto desarrollados en España está por debajo de lo deseable. La información a la población sobre la importancia de este problema de salud y sobre las posibilidades de prevención y diagnóstico precoz es clave para mejorar la efectividad de estas acciones.

- **Cáncer de cérvix**

Existe disparidad de criterios en las Comunidades Autónomas en relación a las características que definen los programas de seguimiento de las mujeres con alto riesgo de cáncer de cérvix, lo que hace que estos resultados deban ser interpretados con cautela.

La información disponible mediante estudios transversales y encuestas de salud sugiere que la cobertura del cribado debería ser mejorada entre las mujeres de riesgo.

La inclusión en el calendario vacunal de la vacuna frente al virus papilomavirus (VPH) no debería interferir con las estrategias de cribado en población de alto riesgo. En el futuro será necesario reevaluar las estrategias de cribado en cuanto a la edad de inicio, la prueba de cribado y su periodicidad.

• **Mapa de unidades especializadas de carácter multidisciplinar de referencia**

La mayor parte de la población tiene acceso a Unidades de Consejo Genético, bien en su propia Comunidad, bien a través de mecanismos de derivación a otras Comunidades que cuenten con dicha unidad.

3. ASISTENCIA A ADULTOS

• **Demora diagnóstica en cáncer de mama**

No se puede alcanzar una conclusión adecuada a partir de los datos aportados, ya que las fuentes de información no son homogéneas y la tasa de respuesta es baja. En cualquier caso entre las CC.AA. que aportan información, la demora diagnóstica se sitúa entre 14 y 20 días en el cáncer de mama.

Un objetivo clave en la atención de la patología oncológica es reducir los tiempos de demora, para lo cual debe impulsarse el desarrollo y la mejora de los sistemas de información y de registro o la realización de auditorías, de forma que sea posible la evaluación y monitorización de los tiempos. También es necesario que los criterios de definición y las fuentes de información aplicados por las CC.AA. sean homogéneos para garantizar la comparabilidad.

- **Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de caso de cáncer hasta recibir tratamiento**

No pueden obtenerse conclusiones a partir de los datos aportados, ya que las fuentes de información no son homogéneas y la tasa de respuesta es baja. En cualquier caso entre las CC.AA. que aportan información la demora terapéutica por cáncer se sitúa en 30 días en el caso del cáncer de mama, siendo la fuente de información los Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama

Más de la mitad de las Comunidades Autónomas cuentan con algún sistema de registro, que permite analizar los tiempos de demora terapéutica en la atención de la atención oncológica, pero menos de la mitad realiza evaluaciones de la demora de forma sistemática. Dado que un objetivo clave en la atención de la patología oncológica es reducir los tiempos de demora, debe impulsarse el desarrollo y la mejora de los sistemas de información y de registro o la realización de auditorías, para que sea posible la evaluación y la monitorización de los tiempos. También es necesario que los criterios de definición y las fuentes de información aplicados por las CC.AA. sean homogéneos para garantizar la comparabilidad.

- **Porcentaje de tratamiento conservador**

Entre 2004 y 2006 en el SNS se ha incrementado en 2 puntos el porcentaje de tratamientos conservadores (incluyendo los procedimientos realizados por cirugía mayor ambulatoria) sobre el total de los procedimientos practicados en cirugía de mama.

Esta tendencia ha sido generalizada en la mayoría de las CC.AA. aunque persiste todavía una amplia variabilidad (rango de 33,37 a 73,54) entre territorios.

- **Existencia de Guías de Prácticas Clínicas implantadas o en elaboración**

La implantación de Guías de Práctica Clínica evaluadas con metodología GuiaSalud es todavía baja.

- **Porcentaje de centros con Comités de Tumores en cada CC.AA.**

La constitución y funcionamiento de Comités de Tumores en los centros hospitalarios en España está ampliamente instaurada.

Existe un importante desarrollo de los Registros Poblacionales de Tumores aunque su cobertura no alcanza todo el territorio del SNS. Es preciso, también en este caso, llegar a un consenso que permita establecer un sistema de información que recopile la información procedente de los registros poblacionales existentes, que actualmente suministran a organismos internacionales.

4. ASISTENCIA A NIÑOS Y ADOLESCENTES

- **Mapa de Unidades de referencia de oncología y/o hematología pediátrica**

En España existen un total de 31 Unidades de Hematooncología Pediátrica, distribuidas en la mayoría de las Comunidades Autónomas., Galicia, La Rioja e Ingesa tienen establecidos mecanismos de derivación a otras Comunidades Autónomas para la atención de los niños con cáncer. En ningún caso los niños son atendidos en unidades de adultos de manera exclusiva.

5. CUIDADOS PALIATIVOS

- **Cumplimiento de criterios de los programas de Cuidados Paliativos**

El grado de desarrollo e implantación de los Planes de Cuidados Paliativos es importante. En España las únicas CC.AA. que no cuentan con un Plan son 2: Canarias y La Rioja. En casi todos los casos están descritos los circuitos de atención coordinada entre Atención Primaria y Especializada y las evaluaciones de las necesidades de los pacientes y de su familia.

Se obtendrá información más detallada de la situación de los Cuidados Paliativos en la evaluación de Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS prevista en marzo de 2009.

- **Utilización de morfina**

Actualmente no valorable, pendiente disponibilidad de los datos.

6. CALIDAD DE VIDA

- **Porcentaje de hospitales con profesionales o unidades funcionales que prestan apoyo psicológico**

Toda la población tiene acceso en la actualidad a los servicios de salud mental públicos, aunque la información disponible no permite evaluar las características del apoyo psicológico, de la intensidad del mismo o del perfil de los profesionales que lo prestan.

7. INVESTIGACIÓN

- **Número de redes de grupos y número de redes de centros acreditados**
- **Número de grupos dentro de hospitales o centros sanitarios, que previa evaluación, están integrados en redes cooperativas acreditadas**

Aunque no existe un estándar establecido sobre estos aspectos, destaca el importante incremento de la actividad, los recursos y las redes existentes en investigación.

CONCLUSIONES

El proceso de evaluación de la Estrategia en Cáncer cumple con el acuerdo alcanzado en el Consejo Interterritorial del SNS, que estableció hacer una primera evaluación de sus objetivos a los dos años de ser aprobada. Ello supone un hito en la gestión de la calidad en nuestro Sistema Nacional de Salud. Hecho muy positivo, si consideramos el alto consenso alcanzado y la activa colaboración de todos los actores que previamente han participado en su elaboración, a través de los representantes institucionales de las Comunidades y Ciudades Autónomas, los representantes de las Sociedades Científicas y los representantes de las Asociaciones de Pacientes que han participado en la Estrategia.

El proceso de evaluación ha permitido que se identifiquen áreas de mejora y necesidades de información comunes. Esto ha permitido reflexionar conjuntamente, sobre la implantación de la Estrategia en Cáncer y sobre cuáles son los aspectos de la misma que cuesta más desarrollar o que aún no se han llevado a cabo.

Esta primera evaluación ha puesto de manifiesto, la necesidad de avanzar y ser más riguroso en el desarrollo de un sistema de información común del Sistema Nacional de Salud, unificando definiciones y estableciendo estándares de calidad que permitan monitorizar la evaluación de la Estrategia.

Es preciso destacar la relevancia que tiene el enfoque de género en la Estrategia en Cáncer por el efecto de las características biológicas y socioculturales que la diferencia de sexo puede tener en algunos aspectos relacionados con el cáncer, por ejemplo el hábito tabáquico o los hábitos alimenticios. Estos aspectos serán tenidos en cuenta en la actualización de la Estrategia.

La evaluación ha puesto también de manifiesto, la predisposición a colaborar de todos los actores y que por encima de la posible tentación de establecer algún tipo de clasificación entre los Sistemas de Salud Autonómicos prevalece el objetivo común de compartir e intercambiar experiencias e información que permitan avanzar en la mejora del abordaje del cáncer en cada una de sus dimensiones (promoción y prevención, detección precoz, asistencia, cuidados paliativos, calidad de vida e investigación).

La evaluación ha permitido identificar y describir, en los Servicios de Salud, los aspectos más avanzados de cada uno de ellos de manera que pueden servir de referencia para el resto.

Línea Estratégica 1: Promoción y protección de la salud

La situación de la prevalencia de hábito tabáquico en España ha mejorado significativamente en los últimos 3 años, alcanzándose prácticamente la totalidad de los objetivos planteados en la Estrategia. Para mantener esta situación favorable, no obstante, hay que seguir trabajando para que la situación se mantenga en el tiempo velando por el cumplimiento de la Ley.

Es conveniente plantearse en la nueva edición de la Estrategia nuevos objetivos con estándares aún más ambiciosos, viables y factibles, para conseguir reducir porcentualmente la prevalencia de fumadores en España.

Por el contrario, el aumento de la prevalencia de obesidad tanto en la población adulta como en la infantil en España, hace que sea imprescindible impulsar e intensificar las intervenciones de sensibilización y de educación sanitaria con la finalidad de modificar los hábitos y estilos de vida, con especial énfasis en las primeras etapas de la vida.

Línea Estratégica 2: Detección precoz

Los programas de cribado de carácter poblacional para el cáncer de mama están implantados en todo el territorio nacional, aunque es preciso mejorar y unificar los criterios de organización, características y población (diana, elegible y criterios de exclusión), de forma que los indicadores incluyan datos homogéneos y comparables. En relación con el cribado de cáncer de cérvix en población de alto riesgo es imprescindible establecer criterios homogéneos y aumentar la cobertura de los mismos, sin que interfiera en ello la reciente inclusión de la vacuna frente VPH en el calendario vacunal.

Existe clara evidencia para la inclusión del cribado poblacional de cáncer de colon por técnica de guayaco en heces, por lo que se recomienda la inclusión de este cribado como un nuevo objetivo en la actualización de la Estrategia en Cáncer.

El grado de desarrollo de programas de seguimiento de las personas con riesgo elevado de padecer cáncer de mama, colorrectal y de cérvix es variable, siendo generalizada la implantación en el caso del cáncer de mama. En muchas CC.AA. se han desarrollado recursos específicos para las personas con riesgo elevado, y de manera más significativa, en el caso de cáncer de colon. Aún así es preciso la homogeneidad de los criterios y los circuitos de derivación de estos pacientes.

Por último destacar que la accesibilidad a las Unidades de Consejo Genético por parte de la población es generalizada, ya que en el caso de las CC.AA. que no disponen de las mismas, derivan sus pacientes a otras CC.AA. con estos recursos.

Línea Estratégica 3: Asistencia a adultos

En relación con la línea estratégica de asistencia en adultos existen limitaciones importantes en cuanto a la normalización y la disponibilidad de los datos en varios indicadores de proceso. Esto es especialmente relevante en el caso de la demora diagnóstica y terapéutica, para las cuales no existen, en general registros normalizados en las Comunidades Autónomas. La complejidad en su definición, registro y obtención dificulta enormemente la interpretación de los datos existentes.

Por lo tanto no pueden obtenerse conclusiones sobre la situación real existente en España, en cuanto a los tiempos de demora diagnóstica y terapéutica, a partir de los datos aportados.

Algunos indicadores de estructura y organización precisan también de mejoras en su definición y normalización. En este sentido cabe destacar por sus problemas de interpretación o por la ausencia de datos en diferentes Comunidades Autónomas, los relativos a la disponibilidad de documentación (protocolos, guías, mapas de recursos, etc.).

Es clave impulsar el diseño e implantación de sistemas que permitan la evaluación para poder monitorizar y adoptar las medidas pertinentes de mejora en la demora diagnóstica y terapéutica.

Línea Estratégica 4: Asistencia a niños y adolescentes

En España, la atención a los niños con patología oncológica, se realiza en unidades especializadas en su propia Comunidad de residencia en la mayoría de las CC.AA. En ningún caso se realiza su seguimiento de manera exclusiva en unidades de adultos, cumpliéndose satisfactoriamente con el objetivo establecido en la Estrategia. Parece conveniente describir en la actualización de la Estrategia los criterios que deben cumplir estas unidades, en cuanto al rango de edad de la población atendida.

Línea Estratégica 5: Cuidados Paliativos

El grado de implantación de los Planes de Cuidados Paliativos es importante. Tras el desarrollo de la Estrategia Nacional de Salud de Cuidados Paliativos y su evaluación prevista en marzo del 2009, se dispondrá de información detallada de la situación de los Cuidados Paliativos en España.

Línea Estratégica 6: Calidad de vida

Toda la población tiene acceso en la actualidad a los servicios de salud mental públicos, aunque la información disponible no permite evaluar las características del apoyo psicológico, de la intensidad del mismo o del perfil de los profesionales que lo prestan.

Línea Estratégica 7: Investigación

Las actuaciones desarrolladas para promover la investigación en cáncer se han incrementado significativamente, ampliándose los recursos invertidos y aumentando la actividad en cuanto al número de proyectos desarrollados.

Línea Estratégica 8: Indicadores globales

La situación epidemiológica en España con respecto al cáncer ha mejorado sustancialmente, observándose una reducción significativa de las tasas de mortalidad y una mejora de la supervivencia tanto global como para muchas localizaciones específicas.

RECOMENDACIONES FINALES: PLAN DE TRABAJO

En base a la experiencia desarrollada durante la elaboración y evaluación de la Estrategia y siguiendo las recomendaciones del Comité de Seguimiento y del coordinador científico de la misma se plantea el siguiente plan de trabajo:

1.- Presentación para su aprobación al CISNS en el segundo semestre de 2008 de la revisión y propuesta de actualización de los contenidos de la Estrategia en Cáncer.

2.- Modificación del proceso de actualización, seguimiento y evaluación de la Estrategia:

- La Estrategia se planteara con un horizonte temporal de 4 años. Por lo tanto será actualizada en 2008 y estaría en vigor hasta el año 2012.
- Realizar en el marco del seguimiento continuo de la Estrategia una evaluación parcial a los dos años (2010) y una evaluación global a los cuatro años (2012).
- Continuar con la actividad del Comité de Seguimiento manteniendo al menos dos reuniones anuales, y consensuando en el seno del mismo, los objetivos e indicadores a incluir en la evaluación parcial así como cualquier otro aspecto que se considere pertinente en relación con la Estrategia o cualquier actividad de apoyo a la misma.

7. ANEXOS

ANEXO I:

FORMULARIO RECOGIDA INFORMACIÓN DE LAS CC.AA.
INDICADORES Y DATOS DE EVALUACIÓN RECOGIDA DE INFORMACIÓN
POR PARTE DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ANEXO II:

OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA POR LÍNEAS ESTRATÉGICAS
INDICADORES POR LÍNEA ESTRATÉGICA Y FUENTE DE INFORMACIÓN

ANEXO III:

NORMATIVA SOBRE CONSUMO DE TABACO EN LUGARES PÚBLICOS Y
CENTROS LIBRES DE HUMO

ANEXO IV:

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER DE
MAMA

ANEXO V:

ATENCIÓN ORGANIZADA A LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO DE PADECER
CÁNCER DE MAMA, PULMÓN Y COLORRECTAL

ANEXO VI:

UNIDADES DE CONSEJO GENÉTICO

ANEXO VII:

MEDIDAS PARA MEJORAR DEMORA DIAGNÓSTICA EN CÁNCER
ADOPTADAS POR CC.AA.

ANEXO VIII:

DESCRIPCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EVALUADAS CON
METODOLOGÍA GUIASALUD POR CC.AA.

ANEXO IX:

REGISTROS POBLACIONALES DE TUMORES POR CC.AA.

ANEXO X:

PROYECTOS RELACIONADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA
ESTRATEGIA EN CÁNCER DESARROLLADOS POR LAS CC.AA. Y
FINANCIADOS POR LAS POLÍTICAS DE COHESIÓN (2006-2007)

ANEXO I

FORMULARIO RECOGIDA INFORMACIÓN DE LAS CC.AA. INDICADORES Y DATOS EVALUACIÓN RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

1. PROGRAMAS DE CRIBADO DE CANCER DE MAMA

COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE CRIBADO DE CANCER DE MAMA

Periodo de Evaluación considerado: **Año 2007**

Población objetivo: Población diana del programa de cribado

Población elegible: Población objetivo o diana menos las exclusiones que establezca el programa de cribado

Mujeres invitadas: Se entiende cuando han sido invitadas a participar en el programa de cribado independientemente de que se realice o no la exploración, durante el periodo de evaluación

Mujeres exploradas: Número de mujeres entre las invitadas a las que se les realiza la mamografía.

TABLA				
Grupos edad	Población objetivo	Población elegible	Mujeres invitadas	Mujeres exploradas
50-64 años				
65-69 años				

CARACTERISTICAS DEL PROGRAMA DE CRIBADO

1.2.1 En su Comunidad Autónoma ¿El programa incluye a otros grupos poblacionales además del de 50-69 años? **SI** † **NO** †

1.2.2 En su Comunidad Autónoma, ¿Cuáles son los criterios de exclusión utilizados para definir la población elegible?

- Mujeres entre 50 y 69 años que tienen o cuentan con una mamografía realizada en los 2 últimos años **SI** † **NO** †
- Mujeres entre los 50 y 69 años con antecedentes de cáncer de mama **SI** † **NO** †
- Otros criterios **SI** † **NO** †

En caso afirmativo indique ¿Cuáles?

1.2.3 ¿Qué se incluye en la invitación a las mujeres, para participar en el programa de cribado?

- La cita para realizarse la prueba de cribado **SI**† **NO**†
- Se le propone que debe ir a citarse para la realización de la prueba **SI**†
NO†
- Otros **SI**† **NO**†

En caso afirmativo, indique cuáles son estos criterios

1.2.4 ¿Dispone o tiene establecido en el programa de cribado, algún tipo de sistema recordatorio para la captación de las mujeres invitadas que no participan?

SI† **NO**†

2. ATENCIÓN ORGANIZADA AL PACIENTE CON RIESGO DE CÁNCER PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA

2.1 ¿Dispone de un programa de seguimiento organizado para personas con alto riesgo de padecer cáncer de mama? **SI**† **NO**†

2.2 En caso de disponer de un programa organizado de alto riesgo de cáncer de mama, ¿es propio de su Comunidad Autónoma? **SI**† **NO**†

- Indique la localidad dónde se ubica la unidad de referencia
- En el caso de estar concertado, indique con qué entidad
- Describir los circuitos organizativos desarrollados en su Comunidad Autónoma para el seguimiento de estas personas

2.3 ¿Se realiza evaluación del riesgo, individual y familiar en su Comunidad Autónoma, a las personas con riesgo elevado familiar o hereditario de padecer cáncer de mama? **SI**† **NO**†

2.4 ¿Existen en su Comunidad Autónoma, unidades especializadas que posibiliten el tratamiento integral de las mujeres de riesgo elevado (información, estudio y seguimiento) en cáncer de mama?

SI† **NO**†

En caso afirmativo cuantificarlas y describir localización y actividad desarrollada (población atendida)

2.5 ¿Cómo se garantiza el seguimiento?

- Con los recursos habituales, como parte de la actividad de los servicios clínicos **SI**† **NO**†
- Con los recursos específicos (profesionales que se dedican a esta actividad)
SI† **NO**†
- Circuito establecido con un profesional responsable del proceso y con intervención multidisciplinar **SI**† **NO**†

PROGRAMA DE CÁNCER DE COLON

2.6 ¿Dispone de un programa de seguimiento organizado para personas con alto riesgo de padecer cáncer de colon? **SI/NO**

En caso afirmativo, describir los circuitos organizativos desarrollados en su Comunidad Autónoma para el seguimiento de estas personas

2.7 ¿Se realiza evaluación del riesgo, individual y familiar en su Comunidad Autónoma, a las personas con riesgo elevado familiar o hereditario de padecer cáncer de colon?

SI † **NO** †

2.8 ¿Cómo se garantiza el seguimiento?

- Con los recursos habituales, como parte de la actividad de los servicios clínicos **SI** † **NO** †
- Con los recursos específicos (profesionales que se dedican a esta actividad) **SI** † **NO** †
- Circuito establecido con un profesional responsable del proceso y con intervención multidisciplinar **SI** † **NO** †

PROGRAMA DE CÁNCER DE CÉRVIX

2.9 ¿Dispone de un programa de seguimiento para personas con alto riesgo de padecer cáncer de cérvix? **SI** † **NO** †

En caso afirmativo, describir los circuitos organizativos desarrollados en su Comunidad Autónoma para el seguimiento de estas personas

3. MAPA DE UNIDADES ESPECIALIZADAS DE CARÁCTER MULTIDISCIPLINAR DE REFERENCIA

- 3.1 ¿Existen unidades de consejo genético en cáncer? **SI** † **NO** †
- 3.2 ¿Estas unidades funcionan de forma coordinada con metodología y protocolos comunes? **SI** † **NO** †
- 3.3 ¿En su Comunidad Autónoma, la accesibilidad para recibir la atención en las unidades de consejo genético es para toda la población? **SI** † **NO** †
- 3.4 ¿Su Comunidad Autónoma, tiene definido por escrito el circuito de derivación a estas unidades? **SI** † **NO** †

Cumplimentar la siguiente tabla con descripción de las unidades de consejo genético y el centro dónde se ubica

Nombre del centro Unidades de consejo genético	Localidad	Ámbito de actuación

4. DEMORA DIAGNÓSTICA EN CÁNCER DE MAMA

Aclaración de la definición del intervalo para medir la demora diagnóstica en cáncer de mama

Inicio: Solicitud de la mamografía
Fin intervalo demora: Fecha del primer informe anatomopatológico con confirmación diagnóstica (positivo)

- 4.1 ¿Existe en su Comunidad Autónoma, algún sistema de registro que incluya información sobre demora diagnóstica en el cáncer de mama? **SI** † **NO** †
- 4.2 ¿Se realiza algún tipo de análisis o evaluación de este tipo de indicadores de forma sistemática? **SI** † **NO** †
- 4.3 ¿En su Comunidad Autónoma, se ha desarrollado algún tipo de medidas para mejorar los tiempos en la confirmación diagnóstica de cáncer de mama, pulmón y colon?

En el cáncer de mama SI † **NO** †

Especifique de qué tipo:

- Proyectos piloto **SI** † **NO** †
- Incentivos económicos **SI** † **NO** †
- Normativas **SI** † **NO** †
- Otros (especificar) **SI** † **NO** †

En el cáncer de pulmón SI† NO†

Especifique de qué tipo:

- Proyectos piloto. **SI† NO†**
- Incentivos económicos. **SI† NO†**
- Normativas. **SI† NO†**
- Otros (especificar) **SI† NO†**

En el cáncer de colon SI† NO†

Especifique de qué tipo:

- Proyectos piloto **SI† NO†**
- Incentivos económicos **SI† NO†**
- Normativas **SI† NO†**
- Otros (especificar) **SI† NO†**

4.4 ¿Se ha considerado cómo objetivo alcanzar una demora diagnóstica inferior a 15 días, en estos casos? **SI† NO†**

- Ante la sospecha de cáncer de pulmón: **SI† NO†**
- Ante la sospecha de cáncer de colon: **SI† NO†**

Indicar el tiempo medio diagnóstico ante sospecha de cáncer de mama en días

Tiempo medio diagnóstico ante sospecha de cáncer de MAMA (en días)	
---	--

5. EXISTENCIA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA IMPLANTADOS O EN FASE DE ELABORACIÓN

5.1 ¿Dispone de Guías de Práctica Clínica implantadas en su Comunidad Autónoma, con respecto a la atención del cáncer? **SI† NO†**

5.2 ¿Existen Guías de Práctica Clínica específicas para distintas localizaciones tumorales? **SI† NO†**

- Describa las GPC que tienen implantadas en su Comunidad Autónoma
- Indique las GPC que están en fase de elaboración

5.3 De las GPC implantadas ¿Han sido evaluadas por la metodología Guisalud? **SI† NO†**

En caso afirmativo, indicar cuáles.

7. PORCENTAJE DE CENTROS CON COMITÉS DE TUMORES EXISTENTES EN CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA

7.1 ¿Cuál es el número de centros sanitarios que hacen tratamiento integral del cáncer?

7.2 ¿Porcentaje de centros hospitalarios que tienen constituido un Comité de tumores?

7.3 En su Comunidad Autónoma ¿Existe registro poblacional de cáncer?

SI † **NO** †

7.4 En el caso de ser una Comunidad Autónoma que dispone de registro poblacional de cáncer, indique que ámbito territorial abarca, señalando las provincias / áreas que están incluidas.

8. MAPA DE UNIDADES DE REFERENCIA DE ONCOLOGÍA Y/O HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

8.2 ¿En su Comunidad Autónoma, la atención a los niños y adolescentes se realiza en unidades de hematooncología pediátrica? **SI** † **NO** †

8.3 En caso de disponer de estas unidades en su Comunidad Autónoma, ¿los niños son derivados a unidades hematooncología pediátrica de referencia?

SI † **NO** †

En caso afirmativo indique localidad de la unidad de referencia

8.4 En el supuesto de que las respuestas a las preguntas 1 y 2 no sean afirmativas, ¿los niños son atendidos en unidades de adultos? **SI** † **NO** †

Cumplimentar la siguiente tabla, con los datos disponibles, sobre el número total de unidades de hematooncología pediátrica existentes en su Comunidad Autónoma, localización de las unidades, población atendida anualmente y rango de edad de la población atendida y ámbito de actuación (comarcal, regional, provincial).

- Total de Unidades de Hematooncología Pediátrica

NOMBRE DE UNIDAD HEMATOONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD	POBLACIÓN ATENDIDA (niños atendidos/año)	RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN

9. CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE LOS PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

9.1 Su Comunidad Autónoma, ¿tiene un programa autonómico de cuidados paliativos? **SI** † **NO** †

9.2 En caso negativo, ¿está en fase de elaboración? **SI** † **NO** †

9.3 En su Comunidad Autónoma, ¿Están descritos los circuitos de atención coordinados entre Atención Primaria y Atención Especializada para la atención de los pacientes con cuidados paliativos? **SI** † **NO** †

9.4 ¿Están desarrollados e implantados, en su Comunidad Autónoma, protocolos, vías clínicas u otro sistema en el que se precise y describa la evaluación de las necesidades de pacientes que reciben cuidados paliativos y su familia?

SI † **NO** †

9.5 ¿Se dispone de algún sistema de evaluación, en su Comunidad Autónoma, en el que se revise el cumplimiento de la evaluación de las necesidades del paciente y su familia? **SI** † **NO** †

En caso afirmativo especifique cómo se realiza

10. PORCENTAJE DE HOSPITALES CON PROFESIONALES O UNIDADES FUNCIONALES QUE PRESTAN APOYO PSICOLÓGICO

Aclaración: El porcentaje se calculará mediante la respuesta de la pregunta 7.1 y la respuesta de la pregunta 10.1
--

10.1 Número de hospitales que disponen de unidades funcionales que prestan apoyo psicológico a estos pacientes:

ANEXO II:

OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA POR LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Líneas estratégicas y objetivos de la Estrategia en Cáncer del SNS	
LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVOS
1. Promoción y Protección de la Salud	Objetivo 1 La prevalencia de ex fumadores en España (o cualquier Comunidad Autónoma) debería situarse por encima del 23%.
	Objetivo 2 La prevalencia de consumo de tabaco en la población adulta (>15 años) en España (o cualquier Comunidad Autónoma) se habrá reducido hasta el 28% (hombres 35%, mujeres 25%).
	Objetivo 3 La prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes (16-24 años) en España (o cualquier Comunidad Autónoma) será inferior al 36%.
	Objetivo 4 Las CC.AA. desarrollarán las normativas que regulen el consumo de tabaco en el ámbito público y privado, implementando las medidas contempladas en la Ley de Prevención del Tabaquismo.
	Objetivo 5 En las CC.AA. se habrán puesto en marcha las intervenciones de carácter poblacional, o en colectivos de riesgo, conducentes a mejorar los estilos de vida y hábitos alimenticios relacionados con el cáncer. Una prioridad será invertir la tendencia de obesidad en mujeres y hombres.
2. Detección precoz	Objetivo 6 Implantar programas de cribado de cáncer de mama organizados con carácter poblacional cuyas bases se establecen de la siguiente forma: <ul style="list-style-type: none"> — Población objetivo: 50-69 años de edad. — Tendrán acceso las mujeres con edades comprendidas entre 50 y 65 años y se iniciará la ampliación de la cobertura hasta los 69 años. — Prueba de cribado: mamografía. — Intervalo entre exploraciones: 2 años.
	Objetivo 7 Se desarrollarán programas de seguimiento organizado de aquellas personas con riesgo elevado de padecer cáncer de mama, cáncer colorrectal y cáncer de cérvix.
	Objetivo 8 Se promoverá la evaluación del riesgo individual y familiar de cáncer de mama y cáncer de colon, incluyendo la indicación de realización de estudio y consejo genético, de aquellas personas con riesgo elevado familiar o hereditario de padecer el tumor.
3. Asistencia a adultos	Objetivo 9 En los pacientes con sospecha clínica fundada de cáncer de mama se iniciará el proceso de confirmación diagnóstica en los 15 días siguientes al establecimiento de la sospecha * Se considera que se inicia el proceso de confirmación diagnóstica cuando, ante una sospecha fundada de cáncer, el médico solicita por primera vez una prueba o realiza una derivación para llegar a confirmar el diagnóstico. Se desarrollarán proyectos pilotos cuyo objetivo principal sea conseguir la misma demora para los cánceres de pulmón y colon (15 días desde la sospecha fundada de cáncer hasta el inicio del proceso diagnóstico).

	<p>Objetivo 10 Los pacientes diagnosticados de cáncer serán tratados en el marco de un equipo multidisciplinario e integrado y con un profesional que actúe como referente para el paciente a lo largo del proceso de atención hospitalaria. La decisión terapéutica debe estar basada en las guías de práctica clínica y protocolos de cada centro hospitalario, para cada tipo de tumor. El proceso terapéutico debe finalizar con un informe global que será entregado al paciente.</p> <p>Objetivo 11 El tiempo transcurrido desde la decisión terapéutica hasta el inicio efectivo del tratamiento se ajustará progresivamente a las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento quirúrgico : recomendable 2 semanas • Quimioterapia: recomendable 1 semana • Radioterapia: recomendable 4 semanas (incluyendo el proceso de planificación). <p>Objetivo 12 Los centros hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pondrán en marcha comités de tumores que planteen la decisión terapéutica previa al tratamiento y establezca un plan terapéutico global, en el que participen los profesionales implicados en el proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer (según el volumen de casos, los comités de tumores serán específicos por localización tumoral).</p> <p>Objetivo 13 Los centros hospitalarios que traten pacientes con cáncer, establecerán una metodología de evaluación de resultados clínicos de los pacientes tratados total o parcialmente en dicho centro y que permita evaluar: supervivencia según estadio en el diagnóstico, el porcentaje de recidivas y la mortalidad quirúrgica a los 30 días o dentro del mismo ingreso hospitalario.</p>
<p>4. Asistencia a población infantil</p>	<p>Objetivo 14 La atención a los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer se realizará preferentemente en unidades multidisciplinarias de oncología y/o hematología pediátrica que favorezcan la atención psicosocial y educativa desde el momento del diagnóstico y que les permita continuar su desarrollo madurativo y su educación.</p>
<p>5. Cuidados paliativos</p>	<p>Objetivo 15 En el caso de los cuidados paliativos, la respuesta consensuada y coordinada entre los distintos niveles asistenciales de cada área sanitaria, incluyendo equipos de soporte de cuidados paliativos en los centros hospitalarios y en atención primaria.</p> <p>Objetivo 16 En los pacientes en situación avanzada y terminal de cáncer se realizará una valoración de las necesidades del paciente y su familia, estableciéndose un plan interdisciplinar de cuidados paliativos en cualquier nivel asistencial.</p>
<p>6. Calidad de vida</p>	<p>Objetivo 17 Proporcionar atención psicológica al paciente y sus familiares</p>
<p>7. Investigación</p>	<p>Objetivo 18 Potenciación de redes de centros y/o grupos de excelencia en investigación del cáncer que estén interconectados de una manera coordinada y cooperativa.</p> <p>Objetivo 19 Favorecer la creación y consolidación de grupos de investigación estables, sólidos e integrados en redes acreditadas, potenciando la asignación de espacios y recursos específicos para desarrollar su labor.</p>

INDICADORES POR LÍNEA ESTRATÉGICA Y FUENTE DE INFORMACIÓN

Indicadores de Evaluación de la Estrategia en Cáncer y organismos o instituciones responsables de la recogida de información de los indicadores		
LÍNEA ESTRATÉGICA	Indicador	Responsable de aportar la información
1. Promoción y Protección de la Salud	- Prevalencia de exfumadores - Tasa de abandono del hábito de fumar - Tasa de fumadores en mayores de 15 años - Prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes entre 16 y 24 años - Prevalencia de obesidad en adultos. - Prevalencia de obesidad en población entre 2 y 17 años	INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA (IIS)
	-Existencia de normativa sobre el consumo de tabaco en lugares públicos y sobre centros libre de humo	OFICINA DE PLANIFICACIÓN SANITARIA Y CALIDAD
2. Detección precoz	- Cobertura de los programas de cribado de cáncer de mama (cobertura efectiva, cobertura de la oferta, tasa de respuesta de la oferta y extensión de los programas) - Características de los programas de detección precoz de cáncer de mama	COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CC.AA.) INFORME DESCRIC
	- Porcentaje de mujeres con mamografía realizada	IIS
	- Atención organizada a pacientes con riesgo de cáncer: Programas de cáncer de mama, cáncer de colon, cérvix y protocolos)	CC.AA. INFORME DESCRIC
	-Mapa de unidades especializadas de carácter multidisciplinar de referencia	CC.AA.
3. Asistencia a adultos	- Demora diagnóstica en cáncer de mama	CC.AA.
	- Demora terapéutica	CC.AA.
	- Porcentaje de tratamiento conservador en cáncer de mama	IIS
	- Existencia de Guías de Práctica Clínica implantadas o en fase de elaboración	CC.AA.
	- Porcentaje de centros con Comité de Tumores existentes en cada CC.AA.	CC.AA.
4. Asistencia a niños y adolescentes	- Mapa de unidades de referencia de oncología y/o hematología pediátrica	CC.AA.
5. Cuidados Paliativos	Cumplimiento de criterios de los programas de cuidados paliativos	CC.AA.
	Utilización de morfina	Información no disponible
6. Calidad de Vida	Porcentaje de hospitales con profesionales o unidades funcionales que prestan apoyo psicológico	CC.AA.
7. Investigación	- Número de redes de grupos y número de redes de centros acreditados -Número de grupos dentro de hospitales o centros sanitarios, que previa evaluación, están integrados en redes cooperativas acreditadas	ISCI OPSC
8. Indicadores globales	- Tasa de mortalidad por cáncer	IIS
	- Tasa de Mortalidad prematura ajustada por edad por cáncer por cada 100.000 habitantes.	IIS
	- Tasa de incidencia de cáncer	ESTUDIO EUROCCARE
	- Razón de Supervivencia poblacional observada y relativa a 1, 3 y 5 años	

ANEXO III:

NORMATIVA SOBRE CONSUMO DE TABACO EN LUGARES PÚBLICOS Y CENTROS LIBRES DE HUMO

1. NORMAS DE ÁMBITO ESTATAL:

- **Ley 28/2005 de 26 de diciembre** de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- **Resolución 2005/2560** de la Secretaría General de Administración Pública (BOE 29 diciembre 2005). Dicta instrucciones en relación con la aplicación, **en los centros de trabajo de la Administración General** del Estado y de los Organismos Públicos dependientes o vinculados, de la Ley 28/2005, de 26-12-2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- **Real Decreto ley 1/2007**, de 12 de enero por el que **se deroga la Disposición transitoria quinta de la ley 28/2005**. Aplicación del procedimiento de infracción de la Directiva 2003/33/CE.
- Resolución de 20 de septiembre de 2006 de la Presidencia del Comisionado para el Mercado de tabacos. Mecanismos técnicos adecuados para garantizar que las **máquinas expendedoras de tabaco** en el mercado impidan el acceso a menores, tal como establece el **artículo 4 de la Ley 28/2005**, de 26 de diciembre de 2005 , de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

2. NORMATIVA AUTONÓMICA.

Andalucía:

- **Resolución de 30 de diciembre de 2005**, de la Consejería de justicia y administración Pública. BO. Junta de Andalucía 17 enero 2006. Dicta instrucciones en relación con la **aplicación, en los centros de trabajo** de la Administración General de la Junta de Andalucía y de los Organismos Públicos dependientes o vinculados, de la **Ley 28/2005**, de 26-12-2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco
- **Decreto 150/2006, de 25 de julio** por el que se **desarrolla la Ley 28/2005**, de 26-12-2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco en materia de señalización y zonas habilitadas para fumar.
- Decreto del Presidente **7/2006, de 11 octubre** .Atribuye competencias en desarrollo de la Ley 28/2005, de 26-12-2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco
- **Decreto 285/2007, de 4 diciembre** por el que se regula el ejercicio de las **competencias inspectoras y sancionadoras** en materia de consumo, venta, suministro y publicidad de los productos del tabaco.

Aragón:

- **Decreto 182/2006** de 5 septiembre por el que se regulan las características de la señalización donde figuran las **prohibiciones y limitaciones** a la venta y consumo de tabaco.

Asturias:

- **Resolución de 4 enero 2006** de la Consejería de salud y Servicios sanitarios, por la que se aprueba la instrucción sobre **información y señalización** en la venta y consumo de tabaco.

Baleares:

- **Ley 17/2006**, de 13 de noviembre Ley integral de la **atención y de los derechos de la infancia y la adolescencia** de las Illes Balears. Artículo 51.
- **Ley 25/2006 de 27 diciembre**. Medidas tributarias y administrativas. Artículo 14. Modificación de determinados preceptos de la Ley 11/2001, de 15 de junio de Ordenación de la Actividad Comercial en las Illes Balears³.

1. Suspendido de vigencia y aplicación desde la fecha de interposición del recurso -1 de octubre de 2007-, para las partes del proceso, y desde la publicación del correspondiente edicto en el Boletín Oficial del Estado para los terceros por TC (Pleno) de 6 noviembre 2007.

Canarias:

- **Orden de 4 octubre 2005** de la CONSEJERÍA SANIDAD. Modifica parcialmente la Orden de 4-7-1997, que regula el reconocimiento de interés sanitario para actos de carácter científico. **ANEXO II-Requisitos para la declaración de un evento libre de humo de tabaco.**
- **Resolución de 12 enero 2006** de la CONSEJERÍA PRESIDENCIA Y JUSTICIA. Hace público el Acuerdo en relación con la **aplicación en los centros de trabajo** de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, así como en los Organismos Autónomos y Entidades de Derecho Público dependientes de la misma, **de la Ley 28/2005**, de 26-12-2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Cantabria:

- **Orden SAN/6/2007, de 15 enero** de la **CONSEJERÍA SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES**. Establece las características y condiciones de los **carteles informativos** en relación con la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Castilla-La Mancha:

- **Instrucción de 29 diciembre 2005** DIRECCIÓN GENERAL FUNCIÓN PÚBLICA Aplicación, **en los centros de trabajo** de la Administración Autónoma de Castilla-La Mancha y de los Organismos Públicos dependientes o vinculados, **de la Ley 28/2005**, de 26-12-2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco

Castilla y León:

- **Resolución de 10 marzo 2005** de la CONSEJERÍA PRESIDENCIA Y ADMINISTRACIÓN TERRITORIAL. Desarrolla mecanismos de coordinación en la aplicación del Plan de Acción para la implantación de los **lugares de trabajo libres del humo del tabaco** en la Administración de la Comunidad de Castilla y León.
- **Decreto 54/2006**, de 24 agosto. **Desarrolla** en la Comunidad de Castilla y León la **Ley 28/2005**, de 26-12-2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Cataluña⁴:

- Decreto 469/1983 por el que se establecen medidas preventivas en relación con el tabaquismo.
- Orden de 20 de septiembre de **1990** de creación del consejo asesor sobre tabaquismo en Cataluña.

⁴ Normativa vigente en esta Comunidad, anterior a la publicación de la Ley 28/2005. No se ha localizado nada posterior, de aplicación específica de esta ley estatal.

Extremadura:

- **Orden de 29 diciembre 2005** CONSEJERÍA SANIDAD Y CONSUMO Establece las características y condiciones de los **carteles informativos** en relación con el consumo de tabaco
- **Decreto 54/2007**, de 20 marzo CONSEJERÍA SANIDAD Y CONSUMO. Determina los **órganos competentes** para el ejercicio de las funciones de **control e inspección**, así como la potestad sancionadora por infracciones cometidas en materia de prevención del tabaquismo.

Galicia:⁵

- Orden de 26 abril 1990. Medidas de prevención de tabaquismo y alcoholismo en centros docentes públicos.
- Decreto 75/2001, de 22 marzo. Control sanitario de la publicidad, promoción, suministro, venta y consumo de productos del tabaco.

Madrid:

- **Decreto 93/2006**, de 2 noviembre, de **desarrollo y ejecución de la Ley 28/2005**, de 26-12-2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco en la Comunidad de Madrid.

Murcia:

- Orden **de 27 julio 2005** de la Consejería de Sanidad. Crea el Comité de Coordinación de la Red de **Hospitales Libres de Tabaco** de la Región de Murcia.
- **Resolución de 20 de noviembre de 2006** de la DIRECCIÓN GENERAL de la FUNCIÓN PÚBLICA. Dicta instrucciones en relación con la aplicación, en los **centros de trabajo** de la Administración Pública de la Región de Murcia y de los Organismos Públicos dependientes o vinculados, **de la Ley 28/2005**, de 26-12-2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Navarra:

- **Ley 6/2003 de 14 febrero**. Ley Foral de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco.
- **Orden Foral 131/2005, de 30 diciembre**. Funciones de los órganos de dirección y coordinación del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco establecidos en el Decreto Foral 127/2001, de 28-5-2001.
- **Acuerdo de 30 enero 2006** del GOBIERNO DE NAVARRA Aprueba Instrucciones sobre la **aplicación en Navarra de la Ley 28/2005**, de 26-12-2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- **Orden Foral 31/2007, de 2 marzo** Crea la **Comisión Asesora Técnica** de Prevención y Control del Tabaquismo.

⁵ Normativa vigente en esta Comunidad, anterior a la publicación de la Ley 28/2005. No se ha localizado nada posterior, de aplicación específica de esta ley estatal.

- **Decreto Foral 30/2007, de 2 abril. Modifica el Decreto Foral 127/2001**, de 28-5-2001, que establece los órganos de dirección y coordinación del Plan Foral de Acción sobre el Tabaco.

Rioja:

- **Decreto 54/2006, de 15 septiembre.** Establece las **medidas preventivas** del tabaquismo y se regula la señalización referida a la venta y suministro de productos del tabaco, prohibición o no de fumar y sobre los perjuicios para la salud que se pueden derivar de su uso.

C. Valenciana:

- **Decreto 53/2006, de 21 abril. Desarrolla**, en el ámbito de la Comunitat Valenciana, **la Ley 28/2005**, de 26-12-2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

País Vasco⁶:

- **Ley 3/2005 de protección de la infancia y adolescencia** del País Vasco, menciona la prohibición de publicidad y venta de tabaco a menores.
- **Ley 18/1998, de 25 de junio**, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de **drogodependencias**, en la que se incluye un capítulo específico sobre el tabaco.

⁶ No se ha localizado ninguna norma, ni anterior ni posterior a la ley estatal 28/2005. Las dos que se incluyen no son específicas del tabaco, ya que como puede observarse éstas regulan dos temas diferentes; protección de la infancia y adolescencia y drogodependencias.

ANEXO IV:

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE
CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA**

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE CRIBADO EN ESPAÑA Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS		
	Porcentaje de los programas de cribado que cuentan (SI%)	Descripción de las CC.AA.
Programas de cribado que incluye a otros grupos poblacionales además del de 50-69 años	44,4%	Andalucía (45-49 años) Cantabria Castilla y León: Mujeres entre 45 y 69 años; Extremadura: Mujeres de 40-49 años con antecedentes de primer grado de cáncer de mama; Comunidad Valenciana 45 a 69 años, Navarra La Rioja Ingesa : 45-70
Los criterios de exclusión considerados para definir la población elegibles son		
Mujeres entre 50 y 69 años que tienen o cuentan con una mamografía realizada en los 2 últimos años	27,78%	Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Extremadura y Madrid.
Mujeres entre los 50 y 69 años con antecedentes de cáncer de mama	72,22%	Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, Ingesa, Cantabria, La Rioja y Andalucía.
Otros criterios	66,6%	Andalucía: Teléfono de contacto para aclarar las dudas o cambiar la cita. Aragón: Direcciones incorrectas. Baleares: Carta devuelta por dirección desconocida. Canarias: Criterio administrativos, como cambios de domicilio fuera de la CC.AA., errores censales (edad, sexo, o duplicaciones), exitus, no localización en el domicilio censado después de tres vueltas y con notificación por carta y teléfono. Aspectos clínicos como enfermedad terminal o invalidez grave. Castilla y León: Mujeres con antecedentes de cáncer de mama, mujeres sintomáticas y mujeres que tengan realizada una mastectomía bilateral; Cataluña: En la población diana, tal y como la define la Guía Europea NO, en la población elegible (según definición de la Guía) se excluyen: antecedentes personales de cáncer de mama, baja voluntaria definitiva del programa y mujeres con alto riesgo de cáncer de mama por cáncer hereditario. Comunidad Valenciana: Mujeres con cáncer de mama anterior, error de padrón y éxitus. Extremadura: Mastectomía bilateral, Enfermedad Terminal o que no le interesa participar. Galicia: Se excluyen las situaciones de la mujer que hacen imposible la cita (incapacitadas o con dirección desconocida) y haber realizado una mamografía en los 6 últimos meses. Murcia: Mujeres con imposibilidad física o psíquica para realizares la mamografía, mujeres mastectomizadas y mujeres desconocidas en el domicilio disponible en la base de datos (se define

		<p>como desconocida cuando la invitación postal ha sido devuelta y no se consigue localizar, a pesar de la búsqueda activa por los organizadores del programa).</p> <p>País Vasco: El único motivo médico de exclusión del programa es el diagnóstico de Cáncer de Mama (detectado por el PDPCM, de intervalo o diagnosticado fuera del PDPCM. El resto (otras patologías) se siguen invitando y constan como invitadas. También se dan de baja del programa las mujeres fallecidas y los errores censales.</p> <p>Ingesa: menores de 45 y mayores de 70 y mujeres con patología mamaria que están siendo visitadas por ginecología o cirugía.</p> <p>Cantabria: Mastectomía bilateral, fallecidas, domicilio desconocido, etc.</p> <p>La Rioja: Cáncer de mama previo, traslado domicilio, domicilio desconocido, fallecidas, etc.</p>
La invitación a las mujeres, para participar en el programa de cribado incluye:		
La cita para realizarse la prueba de cribado	77,7%	Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, Ingesa, Cantabria y La Rioja.
Se le propone que debe ir a citarse para la realización de la prueba	11,1%	Baleares y Castilla y León.
Otros	5,56%	Asturias, Aragón y Canarias
	Descripción	Aragón: se incluye también el teléfono de la Unidad de Cribado correspondiente, para cambios de cita. Asturias: material informativo. Canarias: se oferta teléfono de contacto para aclarar dudas o cambio de cita.
Tiene establecido en el programa de cribado, algún tipo de sistema recordatorio para la captación de las mujeres invitadas que no participan	88,89%	Andalucía, la Rioja y Cantabria disponen de sistema de recordatorio.

CRITERIOS DE EXCLUSION DE LOS PROGRAMA DE CRIBADO PARA EL CÁNCER DE MAMA EN LOS PROGRAMAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	
Andalucía	Teléfono de contacto para aclarar las dudas o cambiar la cita.
Aragón	Direcciones incorrectas.
Baleares	Carta devuelta por dirección desconocida.
Canarias	Criterios administrativos, como cambios de domicilio fuera de la CC.AA., errores censales (edad, sexo, o duplicaciones), éxitus, no localización en el domicilio censado después de tres vueltas y con notificación por carta y teléfono. Aspectos clínicos como enfermedad terminal o invalidez grave.
Cantabria	Mastectomía bilateral, fallecidas, domicilio desconocido.
Castilla y León	Mujeres con antecedentes de cáncer de mama, mujeres sintomáticas y mujeres que tengan realizada una mastectomía bilateral.
Cataluña	En la población diana, tal y como la define la Guía Europea NO, en la población elegible (según definición de la Guía) se excluyen: antecedentes personales de cáncer de mama, baja voluntaria definitiva del programa y mujeres con alto riesgo de cáncer de mama por cáncer hereditario.
C.Valenciana	Mujeres con cáncer de mama anterior, error de padrón, éxitus...
Extremadura	Mastectomía bilateral, Enfermedad Terminal, No le interesa participar.
Galicia	Se excluyen las situaciones de la mujer que hacen imposible la cita (incapacitadas o con dirección desconocida) y haber realizado una mamografía en los 6 últimos meses.
Madrid	Mujeres con mamografías en los dos últimos años. Mujeres con antecedentes personales de cáncer de mama.
Murcia	Mujeres con imposibilidad física o psíquica para realizares la mamografía, mujeres mastectomizadas y mujeres desconocidas en el domicilio disponible en la base de datos (se define como desconocida cuando la invitación postal ha sido devuelta y no se consigue localizar, a pesar de una búsqueda activa por los organizadores del programa).
País Vasco	El único motivo médico de exclusión del programa es el diagnóstico de Cáncer de Mama (detectado por el PDPCM), de intervalo o diagnosticado fuera del PDPCM. El resto (otras patologías) se siguen invitando y constan como invitadas. También se dan de baja del programa las mujeres fallecidas y los errores censales.
La Rioja	Cáncer de mama previo, traslado domicilio, domicilio desconocido, fallecidas...
Ingesa	Menores de 45 y mayores de 70. Mujeres con patología mamaria que están siendo visitadas por ginecología o cirugía.
Fuente: Comunidades Autónomas 2007	

ANEXO V:

**ATENCIÓN ORGANIZADA A LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO DE
PADECER CÁNCER DE MAMA, PULMÓN Y COLORRECTAL**

Descripción de las unidades especializadas en atención a las mujeres con riesgo elevado de padecer cáncer de Mama existentes en España. Año 2007		
Comunidad Autónoma	Nº de unidades especializadas	Localidad
Andalucía	SI DISPONE pero no cuantifica	NS/NC
Aragón	1	Zaragoza
Asturias	-	-
Baleares	1	Palma de Mallorca
Canarias	2	La Laguna Las Palmas
Cantabria	No dispone de unidades	NS/NC
Castilla y León	6	Burgos Salamanca Soria León Valladolid Zamora
Castilla-La Mancha	5	Toledo Alcázar de San Juan Ciudad Real Albacete Guadalajara
Cataluña	4	Barcelona, Reus (Tarragona), Girona
C. Valenciana	4	Valencia, Castellón, Elche
Extremadura	1	Cáceres
Galicia	NS/NC	NS/NC
Madrid	3	Madrid
Murcia	1	Murcia
Navarra	1	Pamplona
País Vasco	5	Baracaldo Bilbao Galdakao San Sebastián Vitoria
La Rioja	No dispone	NS/NC
Ceuta*	0	-
Melilla*	0	--

* En el caso de Ceuta y Melilla derivan los casos a las unidades de Andalucía

Programas organizados de alto riesgo de cáncer de mama. Circuitos organizativos para el seguimiento					
	Tiene programa	Nº Unidades Especializadas	Localidad unidad de referencia	Circuitos organizativos para el seguimiento	Está concertado
Andalucía	SI	EXISTEN unidades especializada para el abordaje integral de estas personas radican en las unidades asistenciales de mama	NS/NC	El circuito organizativo se describe en el Proceso Asistencial integrado de cáncer de mama y en lo referente a consejo genético en el Plan de Genética de Andalucía. Básicamente, las personas de riesgo se detectan en los servicios asistenciales a los que acceden vía cribado de cáncer a través de Atención primaria y sobretodo desde los servicios oncológicos	NS/NC
Aragón	NO	1	Zaragoza	No hay un circuito como tal todavía. Estamos en fase de ordenación de todo el proceso de consejo genético.	-
Asturias	-	-	-		-
Baleares	NO	1	Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca	Solicitud por parte de Ginecología, oncología, Cirugía, radioterapia o Atención Primaria al Programa de Detección precoz de cáncer de mama que valore criterios de inclusión. Si se cumplen, derivación a Consejo genético donde se realiza estudio y se deriva	NO
Canarias	NO	-	-		-
Cantabria	SI	NO dispone	NS/NC	NS/NC	NS/NC
Castilla y León	SI	2	Burgos y Salamanca (Servicios Oncología Médica de los Complejos Hospitalarios)	Desde Atención Especializada o Atención Primaria se derivan los casos que cumplen criterios de riesgo de padecer un cáncer hereditario a la Unidad de Consejo Genético de Cáncer que corresponda, según Áreas de Salud. En la Unidad primero se hace estudio del caso después se hace estudio familiar y, una vez informado y con la decisión del paciente se realiza estudio genético según consideren. La muestra se remite a los laboratorios del Instituto de Biología y Genética Molecular en Valladolid y del Centro de Investigación del Cáncer	-

				en Salamanca. En base al resultado del test genético y los posibles factores de riesgo asociados, se plantean las medidas de seguimiento y prevención recomendados. Estas pautas siempre se darán en la consulta de la Unidad de Consejo Genético a la vez que se informará al médico referente.	
Castilla-La Mancha	SI	5	Unidades de mama: Toledo, Alcazar , Ciudad Real, Albacete, Guadalajara	Con los recursos ordinarios de las unidades de mama	No concertado
Cataluña	NO	-	-		-
Comunidad Valenciana	SI	4	Hay 4 unidades 2 en Valencia / 1 Castellón y en Elche	Se realiza en el marco del Programa del Consejo genético en cáncer los profesionales sanitarios que detectan sospecha de agrupación familiar que cumple criterios de posible cáncer familiar pueden remitir a esas personas a las Unidades de Consejo Genético	-
Extremadura	SI	1	Cáceres	Protocolo de diagnóstico y seguimiento de cáncer hereditario consensuado con las unidades y servicios implicados en las diferentes áreas, coordinado por la Unidad de Consejo Genético en cáncer hereditario del Servicio Extremeño de Salud.	-
Galicia	SI	-	-		-
Madrid	SI	3	Madrid	Existe un Programa Integral de Detección y asesoramiento en Cáncer Familiar, con personal específicamente contratado y circuitos de derivación definidos, para los casos de sospecha, La realización de los estudios genéticos, esta centralizada y parcialmente asumida con medios propios	-
Murcia	SI	1	Murcia		-
Navarra	SI	1	Pamplona	Cuando son detectadas mujeres de alto riesgo por los servicios clínicos del Servicio Navarra de Salud se derivan al Servicio de Genética donde se les realiza un estudio genético a los casos y a sus	-

				familiares. En función del estudio genético se planifica el seguimiento de los casos por parte de las unidades especializadas.	
País Vasco	NO	5	Unidades de mama en hospitales Cruces, Basurto, Galdakao, Donosti, Txagorritxu	Son referidas por su Médico de Atención Primaria a las unidades de Mama de los Hospitales de referencia, donde se realiza nueva evaluación y seguimiento oportuno.	-
La Rioja	NO	NS/NC	NS/NC	NS/NC	NS/NC
Ceuta	SI	0	-		
Melilla	SI	0	--	Captación: desde AP (en cartera de servicios , por TSI)o por búsqueda activa poblacional a través de la Consejería Mamografía : en ambos casos se realiza por clínica concertada: informe Radiólogo remitido a AP donde se registra y valora por responsable del programa .Si Mamografía normal : informe a la mujer por AP y recuerdo de nuevo control en 2 años .Si sospechosa de cáncer :cita antes de 48 horas en A. Especializada para Biopsia , y simultáneamente en la consulta de mama antes de 15 días ,si se precisa cirugía se realizará antes de 30 días . :	entre INGESA , Consejería de sanidad de la ciudad de Ceuta y Policlínica Virgen

ANEXO VI:

UNIDADES DE CONSEJO GENÉTICO

Descripción de las Unidades de Consejo genético existentes en España, por Comunidades Autónomas				
Comunidad Autónoma	Número de unidades	Nombre del centro Unidades de consejo genético	Localidad	Ámbito de actuación
Andalucía	2	H. Virgen de Rocío	Sevilla	
		H Virgen de las Nieves	Granada	
Aragón	2	Hospital Universitario Miguel Servet	Zaragoza	Población de su sector, siendo de referencia para Sector I, Huesca y Alcañiz
		Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	Zaragoza	Población de su sector, siendo también de referencia para Sector Calatayud
Asturias				
Baleares	3	Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca	Palma de Mallorca	AREA
		Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca	Palma de Mallorca	AREA
		Hospital Can Misses. Ibiza	IBIZA	AREA
Canarias	2	H Universitario Clínico H Materno Infantil	La Laguna Las Palmas	Provincial
Cantabria		NO dispone		
Castilla y León	2	U.C.G. Hospital de Burgos	Burgos	BURGOS, PALENCIA, VALLADOLID, SORIA y SEGOVIA
		U.C.G. Hospital Clínico de Salamanca	Salamanca	LEÓN, SALAMANCA, ZAMORA y AVILA
Castilla-La Mancha	3	Hospital Virgen de la Salud. Toledo	Toledo	Área y puede recibir resto comunidad
		Hospital Mancha Centro	Alcázar de San Juan	Área y puede recibir resto comunidad
		Hospital Mancha Centro. Alcanzar de San Juan	Alcázar de San Juan	Área y puede recibir del resto de la Comunidad
Cataluña	4	Barcelona 2 unidades (Barcelona y área metropolitana de Barcelona)	Barcelona	Barcelona
		Girona	Girona	Girona
		Reus	Tarragona	Tarragona
Comunidad Valenciana	4	UCGC Hospital La Fe	Valencia	Departamento 6,7,8,9,10,11,14 y 15
		UCGC Hospital Clínico	Valencia	Departamento 4,5,12 y 13
		UCGC Hospital Elche; UCGC	Elche;	Elche(Departamento: 16,17,18,19,20,21,22)
		Hospital Castellón	Castellón	; Castellón (Departamento: 1,2,3)
Extremadura	1	Unidad de Consejo Genético en Cáncer Hereditario	Cáceres	Autonómico (Regional)
Galicia	3	CH JUAN CANALEJO	A CORUÑA	POBLACION ASIGNADA AREA SANITARIA Y DE REFERENCIA

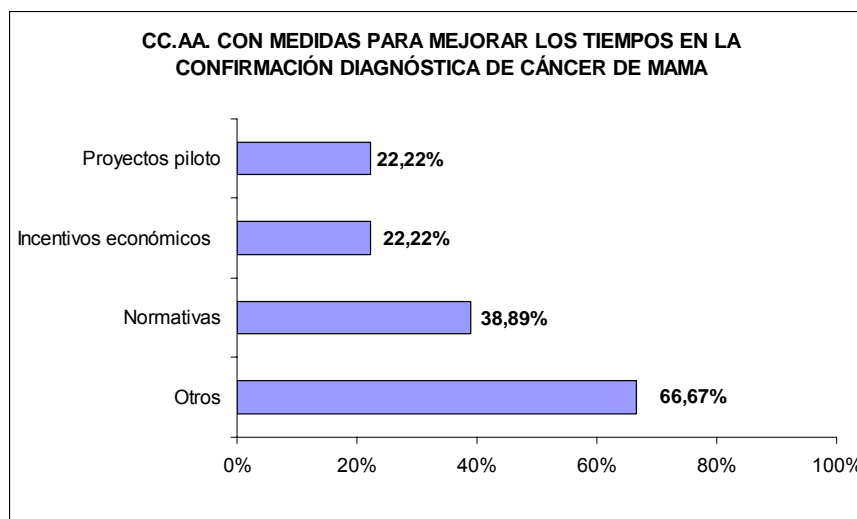
		CHU SANTIAGO	SANTIAGO DE COMPOSTELA	POBLACION ASIGNADA AREA SANITARIA Y DE REFERENCIA
		C.H. PONTEVEDRA	PONTEVEDRA	POBLACION ASIGNADA AREA SANITARIA Y DE REFERENCIA
Madrid	3	H Clínico San Carlos	Madrid	POBLACION ASIGNADA Y DE REFERENCIA DE ACUERDO CON EL MAPA DE DERIVACIONES DEL RESTO DE HOSPITALES
		H 12 de Octubre		
		H La Paz.		
Murcia	2	Hospital Morales Meseguer	Murcia	Un área de salud y parte de otra
		Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca	Murcia	Tres áreas de salud y parte de otra
Navarra	1	Servicio de Genética Hospital Virgen del Camino.	Pamplona	Navarra
País Vasco	3	H. Cruces	Barakaldo	Bizkaia, Araba
		H. Basurto,	Bilbao	Bizkaia
		H. Donostia	Donostia-San Sebastián	Gipuzkoa
La Rioja		No dispone		
Ingesa	0			
ESPAÑA	29			

ANEXO VII:

**MEDIDAS PARA MEJORAR DEMORA DIAGNÓSTICA EN CÁNCER
ADOPTADAS POR CC.AA.**

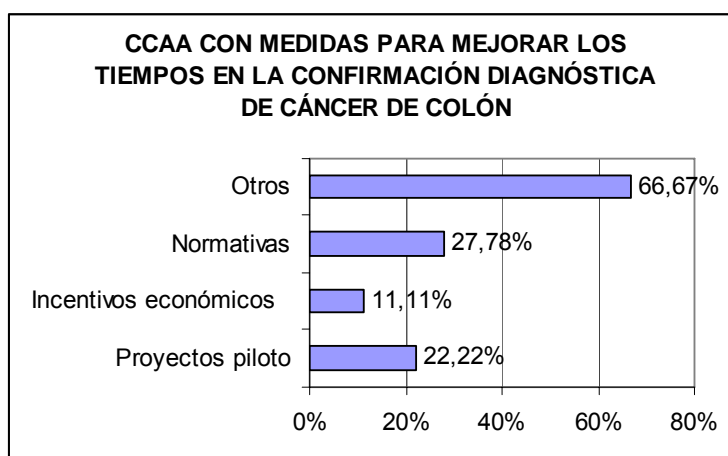
Demora diagnóstica (Cáncer de mama)		
Medidas adoptadas para mejorar los tiempos en la confirmación diagnóstica de cáncer de mama	Porcentaje de las CC.AA. que adoptan este tipo de medidas (%)	Comunidades Autónomas
Incentivos	22,2%	Cataluña, Extremadura, Comunidad Valenciana y Cantabria.
Normativa	38,8%	Asturias, Cataluña, Extremadura, Madrid, Navarra, Ingesa y Comunidad Valenciana
Proyectos pilotos	22,22%	Asturias, Castilla-La Mancha, Cataluña y Comunidad Valenciana.
Otros	66,67%	Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Murcia, Navarra y País Vasco.

En el gráfico siguiente se muestran el porcentaje de las CC.AA. y las medidas adoptadas para mejorar los tiempos en la confirmación diagnóstica de cáncer de mama:



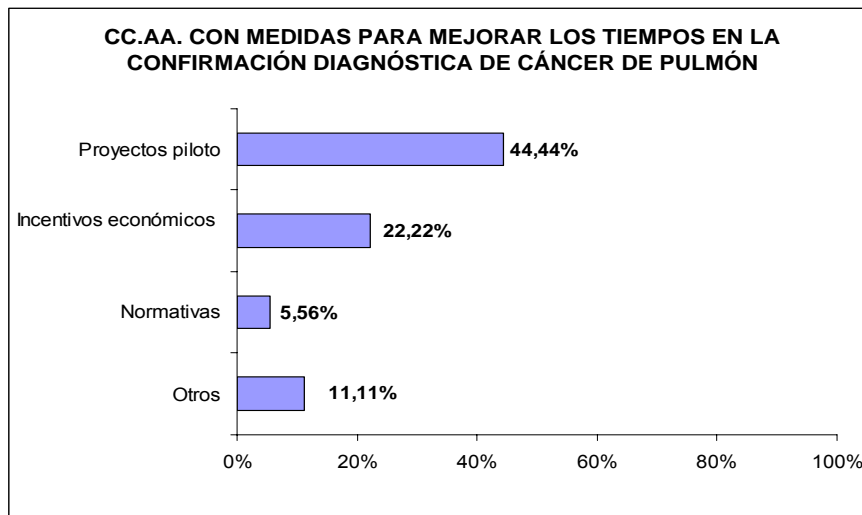
Ante la sospecha de cáncer de colorrectal las medidas adoptadas para mejorar los tiempos de confirmación diagnóstica desarrolladas por un mayor número de Comunidades Autónomas son los proyectos pilotos:

Demora diagnóstica (Cáncer de colon)		
Medidas adoptadas para mejorar los tiempos en la confirmación diagnóstica de cáncer de colon	Porcentaje de las CC.AA. que adoptan este tipo de medidas (%)	Comunidades Autónomas
Incentivos	11,1%	Cataluña y Comunidad Valenciana.
Normativa	27,78%	Cataluña, Extremadura, Navarra, Ingesa y Comunidad Valenciana.
Proyectos pilotos	22,2%	Castilla-La Mancha, Cataluña y Baleares.
Otros	66,67%	Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Navarra, País Vasco, Baleares, C. Valenciana y Madrid.

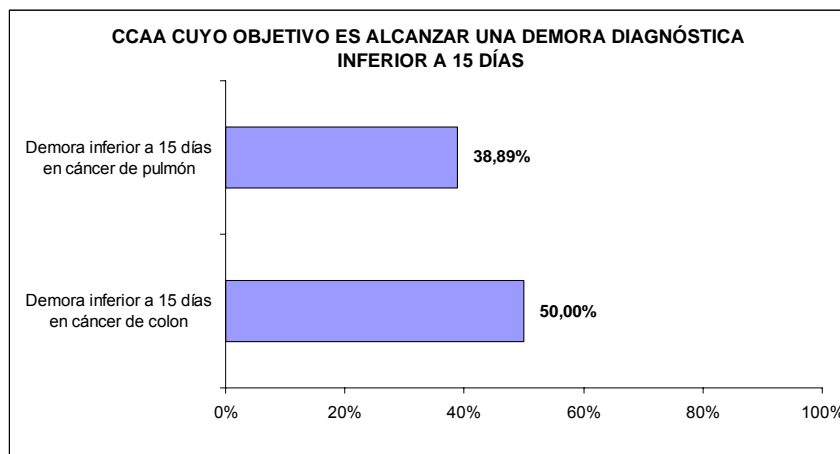


Ante la sospecha de cáncer de pulmón las medidas adoptadas para mejorar los tiempos de confirmación diagnóstica para el cáncer de pulmón y las Comunidades Autónomas que las desarrollan se describen en el cuadro siguiente

Demora diagnóstica (Cáncer de pulmón)		
Medidas adoptadas para mejorar los tiempos en la confirmación diagnóstica de cáncer de pulmón	Porcentaje de las CC.AA. que adoptan este tipo de medidas (%)	Comunidades Autónomas
Incentivos	22,22%	Cataluña.
Normativa	5,56%	Cataluña, Extremadura, Navarra e Ingesa.
Proyectos pilotos	44,44%	Castilla-La Mancha y Cataluña.
Otros	11,1%	Asturias, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Navarra y País Vasco.



En ambos casos, tanto ante la sospecha de cáncer de pulmón se ha considerado cómo objetivo alcanzar una demora diagnóstica inferior a 15 días, en el 38,3% de las Comunidades Autónomas y específicamente ante la sospecha de cáncer de colorrectal en el 50% de las Comunidades Autónomas que aportan datos.



ANEXO VIII:

**DESCRIPCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EVALUADAS CON
METODOLOGÍA GUIASALUD POR CC.AA.**

Descripción de las GPC implantadas y evaluadas por la metodología Guiasalud	
Aragón	La elaboración de la GPC de CA de próstata que tiene lugar en estos momentos en nuestra comunidad se está llevando a cabo en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, siguiendo la metodología adecuada para ser incluida en el catálogo de GuiaSalud.
Asturias	Los PCAIs.
Cantabria	Cáncer de mama
Cataluña	Cáncer de mama, cáncer colorrectal, de pulmón, Linfoma B difuso de células grandes, cáncer de orofaringe, Linfoma de Hodgkin, c. próstata, cáncer de ovario, Tumores pediátricos del sistema nervioso central, Oncoguía de consejo y asesoramiento genético en el cáncer hereditario.
Comunidad Valenciana	Mama, colon y melanoma.
País Vasco	GPC de Cuidados Paliativos.
Fuente: Comunidades Autónomas	

ANEXO IX:

REGISTROS POBLACIONALES DE TUMORES POR CC.AA.

Descripción del ámbito territorial de los registros poblacionales de cáncer existentes en España por Comunidades Autónomas	
Andalucía	NC
Aragón	Zaragoza, Huesca y Teruel
Asturias	Provincia de Asturias en todo su ámbito, comunidad uniprovincial
Baleares	Registro poblacional de cáncer: Mallorca
Canarias	Incluye las áreas de salud de Tenerife y Gran Canaria.
Cantabria	Toda la Comunidad Autónoma
Castilla y León	León, Salamanca, Soria y Valladolid
Castilla-La Mancha	El registro poblacional de Cáncer depende de la Consejería de sanidad y por tanto de ámbito autonómico
Cataluña	Registro poblacional cáncer de Tarragona : Tarragona registro poblacional cáncer Girona : Girona
Comunidad Valenciana	Provincia de Castellón
Extremadura	El Sistema de Información de Base Poblacional sobre Cáncer (SICaP) tiene un ámbito territorial regional, abarca toda la Comunidad Autónoma de Extremadura, que incluye las provincias de Badajoz y Cáceres, en total 8 áreas de salud.
Madrid	Existe una Red de Registros de Tumores Hospitalarios Institucional, con Registros Monográficos de Cáncer Infantil y Cáncer de Mama.
Murcia	Toda la comunidad autónoma
Navarra	Toda la Comunidad Autónoma
País Vasco	Toda la Comunidad Autónoma: Araba, Bizkaia y Gipuzkoa
La Rioja	Toda la provincia y autonomía
Ingesa	INGESA tiene Registro de Tumores en el ámbito de sus Áreas únicas de Salud, que abarca toda la población con TSI de Ceuta y Melilla, que es incluso más que la censada porque incluye pacientes con derecho a asistencia sanitaria en base a la ley 4/2000 (extranjeros) y "transfronterizos" que prestan servicios laborales en cualquiera de las 2 ciudades autónomas.

ANEXO X:

PROYECTOS RELACIONADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN CÁNCER DESARROLLADOS POR LAS CC.AA. Y FINANCIADOS POR LAS POLÍTICAS DE COHESIÓN DURANTE LOS AÑOS 2006 Y 2007

AÑO 2006

ANDALUCÍA
Ampliación de la cobertura del Registro de Cáncer de población de Andalucía con nuevos registros en las provincias de Huelva y Sevilla.
Desarrollo de una aplicación informática que de soporte al Registro de Cáncer de población de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
Revisar los procesos y sus recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Definir prioridades en la ejecución de Guías de Práctica y puntos críticos de Buenas prácticas. Realizar las guías que se acuerden e implantarlas.
Creación del Registro de Tumores Infantiles de Andalucía (RETINA).
Diseño, elaboración y difusión de un código andaluz para la salud que impulse las líneas comunes en promoción de salud recogidas en los planes integrales de Cáncer y Cardiopatía Isquémica.
BALEARES
Creación del Registro Poblacional del Cáncer de Illes Balears.
Campañas de comunicación a la población general, sobre factores de riesgo en cáncer.
CANARIAS
Prevención y control del tabaquismo: <ul style="list-style-type: none">- Prevención del inicio de consumo de tabaco.- Ayuda a la deshabituación tabáquica.- Protección de la población no fumadora del aire contaminado por humo del tabaco.
CANTABRIA
Revisión de GPC disponibles y evaluación de su calidad aplicando el Instrumento AGREE.
Diseño de la estrategia de implementación mediante el desarrollo de un taller de formación al grupo de trabajo que les proporcione los puntos clave de un plan de difusión e implementación de una GPC en nuestro contexto local.
Elaboración de protocolo de actuación conjunta con servicios de oncología, cirugía y digestivo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Curso formación en gestión de procesos. Norma ISO 9001.
CASTILLA-LA MANCHA
Se estudian y valoran la necesidad de creación o implementación de un sistema de registro de tumores en los centros sanitarios. Para ello se realizará una primera fase análisis de la situación actual, de los cinco centros del proyecto.
Se valorará la necesidad de creación de un sistema específico informático, y el planteamiento que tendría que tener este sistema, antes de plantear su compra o creación, en una fase ulterior, o bien utilizar las funcionalidades del nuevo Sistema de Información Hospitalario,

previo registro en el actual, con posterior migración.
CASTILLA y LEÓN
Estudio de supervivencia de cáncer de mama.
Difusión en medios de comunicación regionales sobre sensibilización de participar en la realización de mamografías.
Elaboración de material de información (folletos) sobre la detección precoz de cáncer de mama y de cuello de útero.
Elaboración del programa de consejo genético en cáncer.
Elaboración de la guía del programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero.
Formación en metodología del programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero y formación en metodología del programa de consejo genético en cáncer.
CATALUÑA
Homogeneización del uso de SNOMED-CT en Catalunya: Se ha iniciado un estudio piloto con 9 hospitales catalanes.
Diseño e implementación del software específico para validar, contrastar y homogeneizar, según las recomendaciones de la IARC, las bases de datos recibidas de los centros sanitarios.
Indicadores de cáncer de las provincias de Tarragona y Gerona.
Campañas sensibilización: facilitar información sobre dieta en la prevención de cáncer.
Página web de cáncer de Cataluña.
EXTREMADURA
Mejorar la información de la población sobre factores de riesgo en cáncer y contenidos de la Estrategia.
MADRID
Elaborar un documento que contenga una serie de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones, por el hecho de ser portador de una predisposición genética a desarrollar un cáncer de mama.
Extender las Unidades de Información Específica (UIE) del Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer (SIDC), a la totalidad de los centros públicos de la Comunidad de Madrid y a todos los centros privados que concierten con el Servicio Madrileño de Salud actividades asistenciales oncológicas.
MURCIA
Elaborar, utilizando la metodología mixta de adaptación-elaboración-actualización, desarrollada en la Comunidad Autónoma del País Vasco, las GPC de cáncer colorrectal.
VALENCIA
Incorporar al Registro de Tumores de Castellón las localizaciones tumorales de colon y recto de todos los casos incidentes residentes en la provincia de Castellón durante el año 2004.
Diseño de herramienta de evaluación del Plan Oncológico.
Diseño y elaboración de un díptico informativo cuyo contenido verse sobre el código europeo de lucha contra el cáncer, un folleto para el enfermo de cáncer y sus familiares del proceso de la enfermedad del cáncer y su tratamiento. Diseño y elaboración de un libro sobre la información que deben conocer los familiares del niño con cáncer y la asistencia en oncología pediátrica.

Análisis del impacto de la “Oncoguía de Mama”, a través de procedimientos de subvención o contratación de asistencia técnica.

Elaboración de Guía Clínica en cáncer colorrectal.

Equipar adecuadamente a los servicios de Anatomía Patológica de los hospitales públicos para la criopreservación de tejido neoplásico.

Diseñar un sistema de información para el uso compartido de la información sobre los tumores criopreservados, garantizando todas las normas de seguridad y confidencialidad de la información.

AÑO 2007

ANDALUCÍA
Campaña de difusión de cribado de cáncer de cérvix: Diseño de una nueva estrategia de cribado de cáncer de cérvix, asegurando su difusión en los distritos de Atención Primaria y de Hospital, y diseñar una estrategia de difusión para la población diana, con especial atención a la población de mayor riesgo.
ASTURIAS
Programas clave de atención interdisciplinar: Realizar una guía organizativa que dé soporte a las recomendaciones clínicas realizadas bajo la estructura de Procesos Clave de Atención Interdisciplinar; Conseguir que aquellos aspectos clave detectados en las recomendaciones clínicas tengan una implantación eficaz y efectiva dentro de las estructuras asistenciales del Principado de Asturias; Evaluar la implantación de los PCAIs y su efecto sobre indicadores de salud de la población.
BALEARES
Implementación de líneas de actuación en Estrategia en salud de cáncer y cardiopatía isquémica: Implantación de indicadores de la de Cáncer. Evaluación de actividad sanitaria según distribución geográfica y monitorización de indicadores. Desarrollo de Registros Hospitalarios de Tumores para implementación de las estrategias. Formación y difusión en técnicas de registro e identificación de incidencia de cáncer.
Hábitos de vida saludables: Conseguir que la población adquiriera hábitos de vida saludables respecto a la alimentación y ejercicio; Conseguir que la población conozca los factores de riesgo que favorecen la aparición de cáncer.
CANARIAS
Puesta en marcha de programas de cribado: Reducir la mortalidad por cáncer colorrectal entre la población mediante diseño, pilotaje y aplicación de un programa de diagnóstico precoz específico.
CASTILLA y LEÓN
Campañas de comunicación a la población sobre factores de riesgo y contenidos de la Estrategia: Difusión en medios de comunicación regionales sobre sensibilización de participar en la realización de mamografías. Elaboración de material de información (folletos) sobre la detección precoz de cáncer de mama.
Elaboración e implantación de guías de práctica clínica: Elaboración del programa de consejo genético en cáncer para profesionales sanitarios.
CATALUÑA
Extensión del programa piloto de detección precoz de cáncer colorrectal de ámbito poblacional en Cataluña: Extender el programa piloto de detección precoz de cáncer colorrectal; Estudiar los determinantes (motivos declarados) de la participación y de la no participación en un programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal, para definir estrategias dirigidas a mejorar la participación y la adhesión a un programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal.
Prevención del cáncer mediante el desarrollo del plan para la promoción de la salud mediante actividad física y alimentación saludable (PAAS) en concordancia con la estrategia NAOS, realizando acciones en los ámbitos de salud y comunitario: De aquí al año 2010 se debe incrementar el consumo poblacional de verduras y hortalizas por encima de 300 gramos al día, de fruta por encima de los 400 gramos al día y de fibra en un 25%; De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de personas entre 18 y 74 años absolutamente sedentarias por debajo del

16%; De aquí al año 2010 se debe incrementar en un 15% el grado de conocimiento de la población sobre las principales causas del cáncer y su prevención, específicamente en relación a la exposición solar, la alimentación, y la práctica de actividad física moderada.
EXTREMADURA
Mejorar la información de la población sobre factores de riesgo en cáncer: Información sanitaria dirigida a la promoción de hábitos saludables y de lucha frente a factores de riesgo en cáncer; reedición y difusión de un libretto sobre cáncer y sus factores de riesgo.
INGESA (Ceuta)
Estrategias en salud en Cáncer de Mama: Disminuir la mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres de Ceuta que constituyen la población diana del programa; Ofertar la participación en el programa de Prevención de Cáncer de Mama, a todas las mujeres de 45 a 70 años residentes en la Ciudad Autónoma de Ceuta; conseguir la participación en el cribado de al menos el 60% de las mujeres invitadas; Mejorar el pronóstico de las lesiones detectadas y reducir la aplicación de tratamientos agresivos mediante la detección precoz. Garantizar el circuito de comunicación de código 2, consiguiendo que la comunicación de estos casos se haga de forma rápida y ágil, y en 24 horas pueda tener la usuaria concertada cita con el cirujano; Establecer procedimientos de evaluación y actualización del Programa de Prevención del Cáncer de Mama, en los diferentes niveles asistenciales.
LA RIOJA
Desarrollo de un programa terapéutico integral multidisciplinario, con apoyo de gestión informática para los pacientes con cáncer colorrectal y cáncer de pulmón, en el Hospital de San Pedro: Asegurar el establecimiento de un plan terapéutico multidisciplinario, integral y consensuado en todos los pacientes con cáncer colorrectal y cáncer de pulmón referidos al Hospital de San Pedro; Evaluación del plan terapéutico establecido en todos los pacientes con cáncer colorrectal y cáncer de pulmón; Medida de tiempos del diagnóstico y tratamiento quirúrgico y si existen o no retrasos en el inicio del tratamiento con quimioterapia o radioterapia en base al protocolo establecido y consensuado.
MADRID
Implantación de radioterapia para tumores digestivos avanzados y de mama en estadio precoz: Objetivo 1: Instaurar la Radioterapia intraoperatoria como tratamiento en pacientes seleccionados diagnosticados de neoplasias malignas de localización pélvica y/o abdominal localmente avanzados ; Objetivo 2: Instaurar la Radioterapia Intraoperatoria como tratamiento en pacientes seleccionadas diagnosticadas de cáncer de mama en estadio precoz y tratadas con cirugía conservadora Objetivo 3: Diseñar un protocolo de tratamiento para ambas patologías.
Implantación de la irradiación parcial de la mama en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en estadio precoz tratadas con cirugía conservadora: Instaurar la irradiación parcial de la mama como técnica standard en pacientes seleccionadas, diagnosticadas en estadios iniciales y tratadas con cirugía conservadora. Diseñar y estandarizar un protocolo de actuación terapéutica; Realizar tratamiento radioterápico en un plazo de tiempo más corto sin comprometer la eficacia del mismo y con una menor toxicidad; Realizar un análisis coste beneficio de la implantación de la técnica.
Unidad de patología mamaria – Hospital Universitario Ramón y Cajal: Ante la sospecha clínica fundada de cáncer de mama se realizará la confirmación diagnóstica en 1 o 2 semanas; Inicio efectivo del tratamiento desde la decisión terapéutica: Quimioterapia: 1 semana/Quirúrgico: 2 a 3 semanas/ Radioterapia: 4 semanas.
Detección del ganglio centinela axilar como patrón predictivo para el tratamiento del cáncer de mama inicial: Evitar la Linfadenectomía Axilar en el tratamiento del cáncer de mama inicial con axila libre de colonización metastásica, lo que supone más del 50% del total de los casos; Evitar las complicaciones relacionadas con la exéresis de los ganglios linfáticos axilares cuando éstos están sanos; Reducir la estancia media intrahospitalaria de las pacientes. Se pretende diseñar en concordancia la detección del ganglio centinela axilar que es el primer escalón de posible afectación ganglionar de la axila mediante el estudio isotópico del mismo

<p>previa inyección de la sustancia marcadora en el tumor primario mamario. La finalidad es evitar la linfadenectomía axilar de las pacientes una vez validada la técnica.</p>
<p>Proyecto de atención integral al paciente oncológico: actuaciones en aspectos de autonomía, de valoración médica, de cuidados y aspectos psicosociales a lo largo de todo el proceso: Conseguir una mayor satisfacción de los pacientes con cáncer colorrectal desde el diagnóstico hasta el alta médica o su fallecimiento gracias a una atención integral y continua multidisciplinar.</p>
<p>MURCIA</p>
<p>Cribado de cáncer colorrectal en la región de Murcia: Desarrollo de un estudio multicéntrico, un estudio abierto, un estudio cualitativo y una caracterización histológica del cáncer de colon con el fin de reducir la mortalidad e incidencia del CCR.</p>
<p>VALENCIA</p>
<p>Acciones del plan oncológico de la Comunitat Valenciana 2007-2010 y su aplicación en el marco de la Estrategia en Cáncer del SNS: Establecer recomendaciones y elaborar e implantar oncoguías en los servicios sanitarios para mejorar la atención oncológica; elaborar materiales de información a la población y al paciente oncológico y familiares sobre la Estrategia del cáncer; facilitar la comunicación del paciente y el profesional sanitario mediante la realización de actividades formativas. Objetivos: 1.- Establecer recomendaciones y elaborar e implantar oncoguías en los servicios sanitarios de la Comunitat Valenciana para mejorar la atención oncológica. 2.- Elaborar materiales de información a la población y al paciente oncológico y familiares sobre la Estrategia de cáncer. 3.- Facilitar la comunicación del paciente y el profesional sanitario mediante la realización de actividades formativas.</p>
<p>Red de bancos de tumores de la comunidad valenciana: Equipar adecuadamente a los servicios de anatomía patológica de los hospitales públicos para la criopreservación del tejido neoplásico.</p>

