

El plan  
**integral**   
de  
**oncología**  
de Andalucía  
**2007-2012**

ANDALUCÍA. Plan Integral de Oncología (2º.  
2007-2012)

II Plan Integral de Oncología de Andalucía :  
2007-2012 / [coord. y aut., José  
Expósito Hernández ... et al.]. -- [Sevilla] :  
Consejería de Salud, [2007]

91 p. ; 27 cm + 1 CDROM

1. Andalucía. Plan Integral de Oncología  
(2º. 2007-2012) 2. Planes estatales de  
salud-Andalucía 3. Neoplasias 4. Andalucía  
I. Expósito Hernández, José II. Andalucía.  
Consejería de Salud III. Título  
WA 541  
QZ 206

## AUTORÍA Y COLABORACIONES

### COORDINACIÓN

José Expósito Hernández  
Carmen Escalera de Andrés  
Cristina Torró García-Morato  
Carmen Domínguez Nogueira

### AUTORES/AS

José Expósito Hernández  
Carmen Escalera de Andrés  
Cristina Torró García-Morato  
Carmen Domínguez Nogueira  
Mercedes Amo Alfonso  
Eloisa Bayo Lozano  
Encarnación Benítez Rodríguez  
Fernando López Verde  
Yolanda Lupiañez Pérez  
Nicolás Olea Serrano  
Javier Salvador Bofíl

### GRUPO ASESOR

Jaime Boceta Osuna  
Antonio Daponte Codina  
José Francisco García Gutiérrez  
Carmen Martínez García  
Miguel Ruiz Ramos  
Mª José Sánchez Pérez

### GRUPO REVISOR

Emilio Alba Conejo  
Enrique Alonso Redondo  
Enrique Aranda Aguilar  
Aurora Barranco Martos  
Eduardo Briones Pérez de la Blanca  
Isabel Escalona Labella  
Javier Gutiérrez Sáez  
Francisca López Camacho  
Soledad Márquez Calderón  
Miguel Melguizo Jiménez  
Mª José Ortiz Gordillo  
Amalia Palacios Eito  
José Ramón del Prado Llerga  
Juan Antonio Virizuela Echabaru

### REVISORES/AS DE LA COMISIÓN ASISTENCIAL DEL PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA DE ANDALUCÍA 2002-2006

(Comisión formada por las personas que ejercen las Secretarías y Presidencias de los Comités de Tumores de los diferentes hospitales): Lilliana Canosa Ruiz, Isabel Castillo Pérez, Juan Ramón Delgado Pérez, Francisco M. González García, Manuel González Suárez, Ismael Herruzo Cabrera, Encarna Jiménez Orozco, Antonio Lorenzo Peñuelas, José Antonio Medina Carmona, Manuel Moguer Mediavilla, Álvaro Montaña Periañez, Emiliano Nuevo Lara, Pedro Sánchez Rovira, Miguel Ruiz López de Tejada, Vicente Villareal Rivas.

---

Edita:

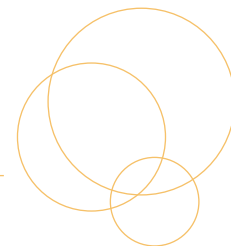
Junta de Andalucía. Consejería de Salud

Diseño y maquetación:

OBEMEDIA S.C.

Imprime: Tecnographic, s.l.

Depósito Legal: SE-3.634-07



# PRESENTACIÓN

El cáncer sigue representando uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados que genera elevados costes, tanto sanitarios como de índole afectiva y social, y requiere de un abordaje multidisciplinar y coordinado. Por ello, me complace presentar el II Plan Integral de Oncología 2007-2012, un instrumento que nace con el afán de seguir ofreciendo una atención sanitaria adecuada a las personas, y a su entorno familiar, que sufren este problema de salud en Andalucía.

Gracias al primer Plan Integral de Oncología andaluz, vigente durante el periodo 2002-2006, la atención a pacientes con cáncer ha experimentado significativas mejoras en nuestra comunidad, tanto en el ámbito preventivo como en el de la asistencia sanitaria, con la dotación y redistribución de recursos diagnósticos y terapéuticos, y la puesta en marcha de nuevos procesos, servicios y derechos, que han garantizado un tratamiento más ágil y eficaz.

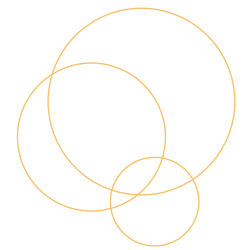
La propia dinámica de toda actividad planificadora permite detectar áreas u oportunidades de mejora que, en este caso, han pasado a constituir los ejes sobre los que la Consejería de Salud ha querido sentar las bases y establecer las prioridades del II Plan Integral de Oncología 2007-2012.

Así, este segundo Plan supone un salto cualitativo respecto al anterior y se centra en la mejora de la comunicación y la información en torno al cáncer, especialmente en lo que respecta a los factores de riesgo para neoplasias evitables, en el marco de una estrategia conjunta con otros planes dirigidos a combatir el tabaquismo o la obesidad, a promover la actividad física y una correcta alimentación. Asimismo, plantea otras medidas como el consejo genético, tiempos máximos de respuesta, adecuación de los recursos tecnológicos, integración de equipos profesionales y unidades asistenciales, el apoyo psicológico clínico o el impulso a la investigación.

Quiero agradecer expresamente la labor y el esfuerzo del equipo de trabajo y de los y las profesionales que han hecho posible la consecución del anterior plan así como la elaboración de este nuevo y valioso instrumento. Sin duda, su puesta en marcha equivale a renovar el compromiso por parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía de que las personas con cáncer dispongan de una atención sanitaria eficaz y accesible, que favorezca su bienestar y, en definitiva, su calidad y expectativa de vida.

**María Jesús Montero Cuadrado**  
Consejera de Salud





# 0 ÍNDICE

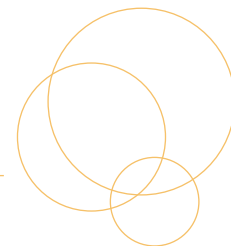
1. Introducción .....	5
2. Análisis de situación .....	11
3. Objetivos generales del Plan .....	43
4. Líneas de acción .....	47
4.1. Comunicación e información .....	49
4.2. Prevención primaria y consejo genético.....	51
4.3. Prevención secundaria. Diagnóstico precoz.....	54
4.4. Sistema de atención a pacientes con cáncer.....	56
4.5. Participación ciudadana: Ciudadanía, pacientes, asociaciones y voluntariado .....	64
4.6. Sistemas de información.....	66
4.7. Formación y desarrollo profesional .....	68
4.8. Investigación.....	69
4.9. Evaluación continuada del Plan: desarrollo e impacto .....	71
5. Evaluación y coordinación.....	73
6. Resumen ejecutivo .....	77
7. Compromisos con las personas a las que atendemos .....	81
8. Bibliografía .....	85
9. Abreviaturas .....	91











# 1 INTRODUCCIÓN

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

La estrategia para el abordaje de ciertos problemas de salud a través de lo que conocemos como Planes Integrales (en adelante PI) ha contribuido a mejorar la atención a estas enfermedades y probablemente también a mejorar los resultados en salud. En concreto, el cáncer ya tiene un precedente inmediato en nuestra Comunidad Autónoma, dado que entre los años 2002 y 2006 la planificación de la atención oncológica ha seguido este procedimiento<sup>1</sup>. La evaluación del anterior PI de Oncología, tanto de su implantación como de la consecución de sus objetivos y los resultados obtenidos en salud, nos permite establecer las bases para un nuevo proyecto, un nuevo PI que nos sirva para mejorar la atención al problema del cáncer en Andalucía durante los próximos años.

## 1.2 DEFINICIÓN DEL PLAN

### Finalidad (utilidades)

El Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012 (en adelante PIOA 2007-2012) tiene como principal finalidad ordenar las prioridades en el campo de la atención al problema del cáncer, desde una perspectiva social y sanitaria y elaborar las estrategias más adecuadas para mejorar la situación del cáncer al final del período estable-

cido. El PIOA 2007-2012 deberá ser un instrumento útil para la coordinación entre las diversas actividades a desarrollar (sanitarias y no sanitarias), mediante el establecimiento de objetivos concretos a alcanzar y de mecanismos que permitan evaluar las actividades y modificarlas si fuera necesario.

### Elementos utilizados para la elaboración del Plan

Para la elaboración de este plan hemos partido de la siguiente información:

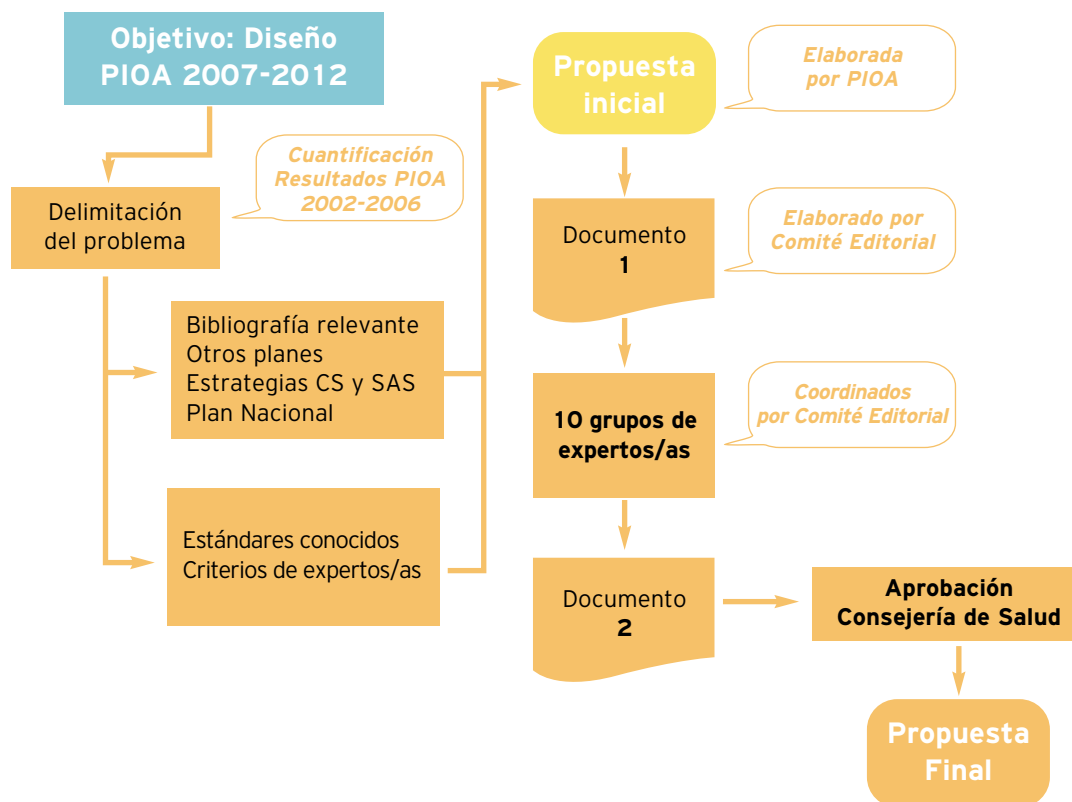
- Evaluación de la implementación y resultados del PIOA 2002-2006.
- Análisis de situación, desde un punto de vista epidemiológico, de organización de la asistencia y de recursos disponibles.
- Expectativas de la población (pacientes, familiares, colectivos profesionales relacionados y ciudadanía en general).
- La revisión de los documentos de planificación en oncología producidos en otras comunidades autónomas y otros países.
- Aportaciones de los diferentes grupos expertos, de distintas áreas relacionadas con el cáncer, que han colaborado en la elaboración de este Plan. El grupo editor se ha responsabilizado de la edición de un primer do-

(1) Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2002.

cumento básico, enmarcado en las líneas generales diseñadas desde la Consejería de Salud, así como de la coordinación de los trabajos de los diferentes grupos.

La organización del trabajo se resume en el esquema correspondiente a la figura 1.

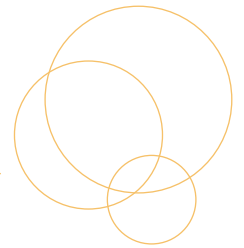
**FIGURA 1.** Esquema de trabajo para la elaboración del PIOA 2007-2012



### Áreas de actuación

El PIOA 2007-2012 plantea una estrategia global para integrar las intervenciones más adecuadas en orden a prevenir, curar o asistir, así como formar e investigar sobre las causas y soluciones de la enfermedad. En base a ello,

dirige sus líneas de trabajo y actividades en torno a aspectos de comunicación, participación ciudadana, prevención (primaria y secundaria), atención sanitaria (para población infantil y adulta, así como pacientes en fase terminal), propuestas de planificación de recursos, investigación y aspectos normativos.



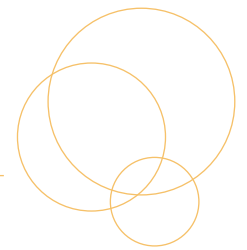
## Principios en que se basa

- Centrado en la persona: Asegurando una atención de elevada calidad humana, científica y técnica, basada en las mejores evidencias disponibles, sin demoras y de carácter integral.
- Desarrollado en cooperación: Fomentando un entorno de relación entre pacientes y equipos asistenciales, basado en la toma de decisiones compartidas. Promoviendo el uso de los Procesos Asistenciales Integrados como instrumentos facilitadores de esta cooperación.
- Equitativo y solidario: Abordando las desigualdades en el acceso tanto al sistema sanitario como al mejor resultado posible.
- Integrado: Fomentando un modelo de atención al problema del cáncer basado en la integración de los conocimientos, las habilidades y la organización de la totalidad de profesionales y dispositivos asistenciales implicados.
- Orientado a los resultados: Dirigido a la evaluación de resultados, que permita conocer el impacto del Plan sobre la enfermedad y la eficacia de las líneas de trabajo planteadas, así como suministrar información relevante y útil para la planificación sanitaria.
- Coherente con las líneas generales impulsadas desde el SSPA: El PI debe servir y ser, a la vez, un elemento impulsor de las diferentes estrategias diseñadas y puestas en práctica en el SSPA para la mejora de la calidad asistencial.
- Coherente con los principios de gestión: En su desarrollo debe buscar la máxima efectividad y eficiencia, favoreciendo la cohesión del SSPA y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.









## 2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El cáncer es una enfermedad heterogénea, que engloba entidades distintas en cuanto a posibles causas, pronóstico y tratamiento. Para planificar la atención de este problema de salud es necesario hacer una valoración global de lo que supone para nuestra sociedad, de las expectativas y necesidades más sensibles para pacientes y sus familias y, también, para los diversos colectivos profesionales implicados.

### 2.1. IMPACTO DEL CÁNCER EN LA COMUNIDAD ANDALUZA

#### Análisis epidemiológico

Es posible evaluar el impacto del cáncer utilizando una serie de indicadores clásicos, como la mortalidad, supervivencia, prevalencia y años potenciales de vida perdidos. Esta información proviene del Registro de Mortalidad de Andalucía (Instituto Andaluz de Estadística, IAE), así como del Registro Poblacional de Cáncer de Granada.

**TABLA 1.** Mortalidad por cáncer en Europa, España y Andalucía. Año 1998.  
(Tasas estandarizadas por población europea)

PAÍS	TOTAL HOMBRES	TOTAL MUJERES
Alemania	245,31	150,66
Austria	235,20	140,96
Bélgica	284,02	152,77
Dinamarca	258,45	197,83
<b>España</b>	<b>253,18</b>	<b>112,38</b>
Finlandia	208,61	126,00
Francia	279,11	127,95
Grecia	211,41	112,56
Holanda	265,62	159,58
Irlanda	245,44	171,34
Italia	254,62	132,54
Luxemburgo	269,17	144,47
Portugal	221,93	117,64
Suecia	189,42	138,36
Reino Unido	240,64	167,93
Unión Europea	250,10	141,23
<b>Andalucía</b>	<b>258,70</b>	<b>110,40</b>

Fuente. MSC (2006) *La situación del cáncer en España.*

Los principales datos son los siguientes.

- Mortalidad<sup>2</sup>:

La mortalidad por cáncer es el indicador más consistente y universal que podemos utilizar. Como información complementaria, resulta de interés analizar la mortalidad ponderada por la edad en la que ésta sobreviene o mortalidad antes de los 70 años (Años Potenciales de Vida Perdidos -APVP-).

En el contexto europeo (MSC, 2006), la mortalidad en Andalucía se sitúa en unos lugares

intermedios en ambos sexos (Tabla 1). No existen diferencias apreciables en tasas de mortalidad de los diferentes tumores, si bien la mortalidad en nuestra Comunidad es mayor que la media de la Unión Europea en cáncer de pulmón ( $75,8 \times 10^5$  frente a  $68,32 \times 10^5$ ) y menor en cáncer de mama ( $21,2 \times 10^5$  frente a  $28,28 \times 10^5$ ). En relación al resto de Comunidades Autónomas, Andalucía se sitúa por encima de la tasa media ajustada en hombres y con valores similares a la media en mujeres (Tabla 2).

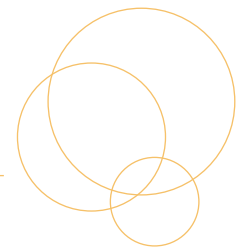
**TABLA 2. Mortalidad por cáncer por Comunidades Autónomas y sexo. 1996-2000.**  
(Tasa ajustadas por población europea)

COM. AUTÓNOMA	HOMBRES	MUJERES
<b>Andalucía</b>	<b>264,08</b>	<b>112,42</b>
Aragón	240,14	111,56
Asturias	298,48	118,35
Baleares	266,43	119,39
Canarias	260,69	121,74
Cantabria	278,99	103,12
Castilla-La Mancha	214,04	104,22
Castilla-León	239,29	109,21
Cataluña	258,93	114,3
Com. Valenciana	266,4	116,54
Extremadura	259,29	106,52
Galicia	264,25	113,89
Madrid	250,97	110,57
Murcia	255,44	113,56
Navarra	248,65	112,38
País Vasco	280,29	115,54
La Rioja	248,17	106,81
Ceuta	243,25	116,19
Melilla	216,18	104,18
<b>España</b>	<b>257,58</b>	<b>112,92</b>

Fuente. MSC (2006) *La situación del cáncer en España*.

(2) Para esta información hemos partido del estudio de M Ruiz et al. (2006).





Globalmente, el cáncer es en Andalucía la causa más frecuente de muerte en hombres y la segunda en mujeres (Tabla 3) y,

entre los rangos de edad comprendido entre los 34 y los 75 años, resulta la primera causa de muerte en ambos sexos.

**TABLA 3. Principales causas de muerte por grandes grupos en Andalucía en 2003 para Mujeres y Hombres por grupos de edad.**

HOMBRES	0 A 34 AÑOS	%	35 A 54 AÑOS	%	55 A 74 AÑOS	%	75+AÑOS	%	TOTAL	%
1ª causa	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	50,00	Tumores [neoplasias]	30,53	Tumores [neoplasias]	39,69	Enfermedades del sistema circulatorio	38,37	Enfermedades del sistema circulatorio	32,27
2ª causa	Tumores [neoplasias]	11,87	Enfermedades del sistema circulatorio	20,09	Enfermedades del sistema circulatorio	30,28	Tumores [neoplasias]	22,26	Tumores [neoplasias]	28,83
3ª causa	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	8,94	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	19,60	Enfermedades del sistema respiratorio	10,04	Enfermedades del sistema respiratorio	16,90	Enfermedades del sistema respiratorio	12,49
4ª causa	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,50	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	9,95	Enfermedades del sistema digestivo	7,41	Enfermedades del sistema digestivo	3,00	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	6,30
5ª causa	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5,32	Enfermedades del sistema digestivo	9,00	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	3,72	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,94	Enfermedades del sistema digestivo	6,06

\* Se expresan como porcentaje de la mortalidad total en el rango de edad y sexo correspondiente.

Fuente: Elaboración propia a partir de Instituto de Estadística de Andalucía. Estadísticas de Mortalidad de Andalucía. Defunciones en Andalucía 2003.

**TABLA 3. Principales causas de muerte por grandes grupos en Andalucía en 2003 para Mujeres y Hombres por grupos de edad.**

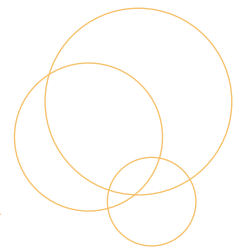
MUJERES	0 A 34 AÑOS	%	35 A 54 AÑOS	%	55 A 74 AÑOS	%	75+AÑOS	%	TOTAL	%
1ª causa	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	26,97	Tumores [neoplasias]	52,88	Tumores [neoplasias]	34,38	Enfermedades del sistema circulatorio	49,39	Enfermedades del sistema circulatorio	44,88
2ª causa	Tumores [neoplasias]	19,60	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	14,68	Enfermedades del sistema circulatorio	32,87	Tumores [neoplasias]	11,88	Tumores [neoplasias]	18,52
3ª causa	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	14,24	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	10,03	Enfermedades del sistema respiratorio	6,14	Enfermedades del sistema respiratorio	9,89	Enfermedades del sistema respiratorio	8,71
4ª causa	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11,22	Enfermedades del sistema digestivo	5,31	Enfermedades del sistema digestivo	5,62	Enfermedades del sistema digestivo	5,07	Enfermedades del sistema digestivo	5,11
5ª causa	Enfermedades del sistema nervioso	6,37	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	4,06	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,94	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,50	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,42

\* Se expresan como porcentaje de la mortalidad total en el rango de edad y sexo correspondiente.

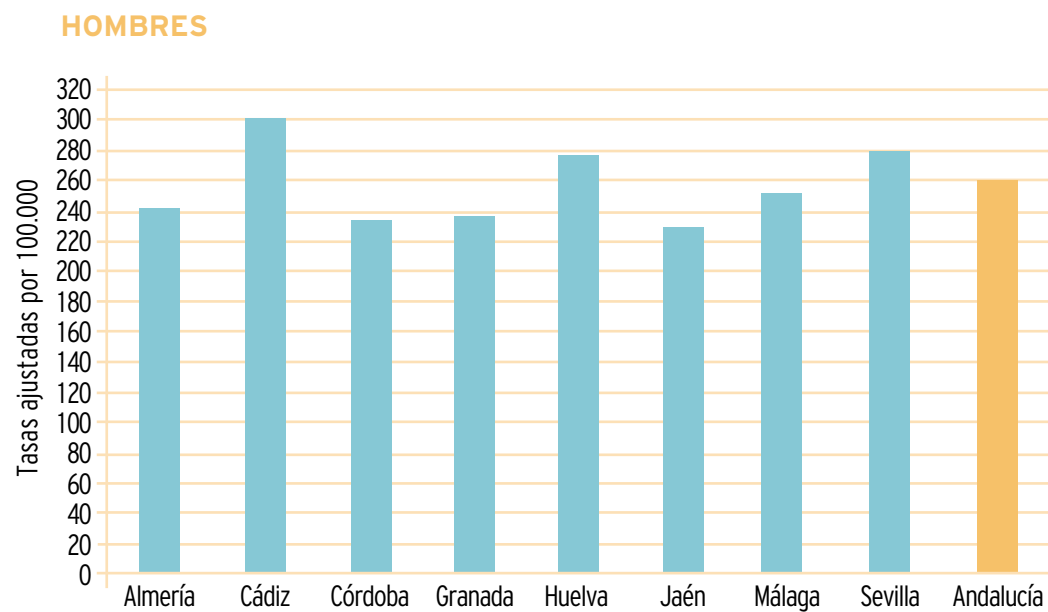
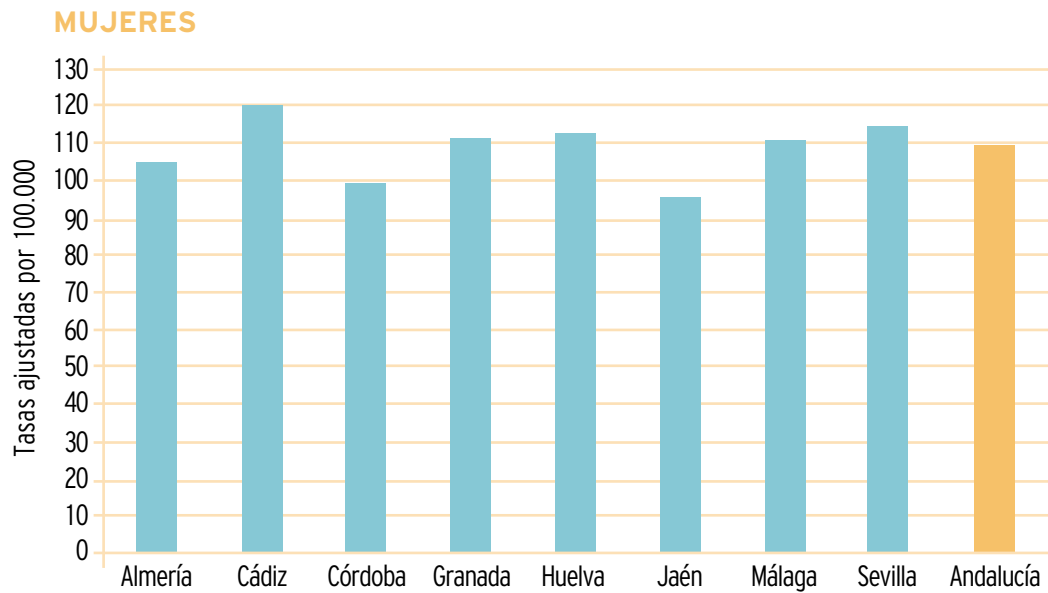
Fuente: Elaboración propia a partir de Instituto de Estadística de Andalucía. Estadísticas de Mortalidad de Andalucía. Defunciones en Andalucía 2003.

En la figura 2 se representa la importancia de la mortalidad por cáncer, en las diferentes provincias y en el conjunto de Andalucía, referida al último quinquenio del que se disponen de datos definitivos (1999-2003). Para ello se han calculado las tasas de mortali-

dad media anual ajustadas por edad y las tasas ajustadas por edad de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). En mujeres la provincia de Cádiz, Sevilla y Huelva tenían mortalidad más alta que la media andaluza y Jaén, Córdoba y Almería más baja.



**FIGURA 2. Mortalidad por cáncer en Andalucía, 1999-2003.**

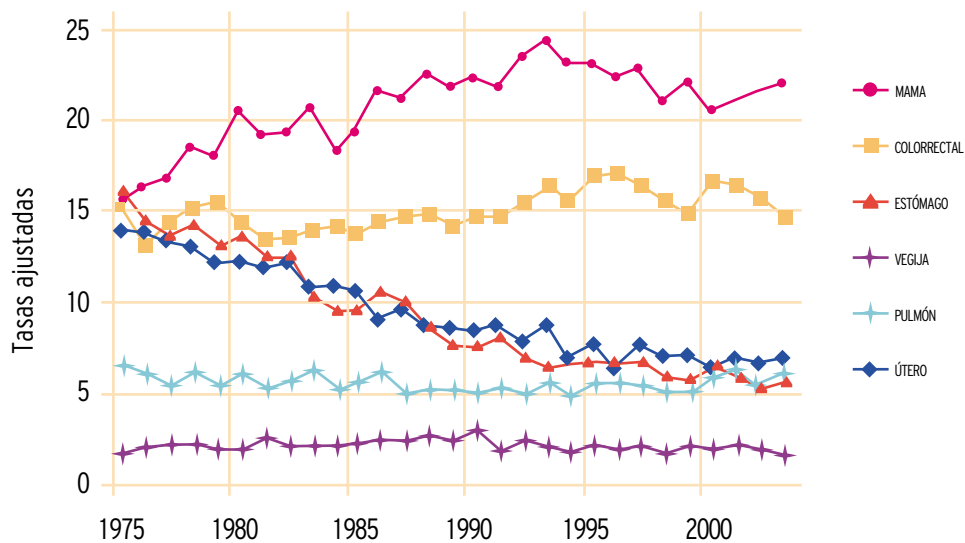


En hombres la distribución provincial de la magnitud de la mortalidad por cáncer es similar a la de mujeres. Las provincias de Cádiz, Huelva y Sevilla se situaban por encima

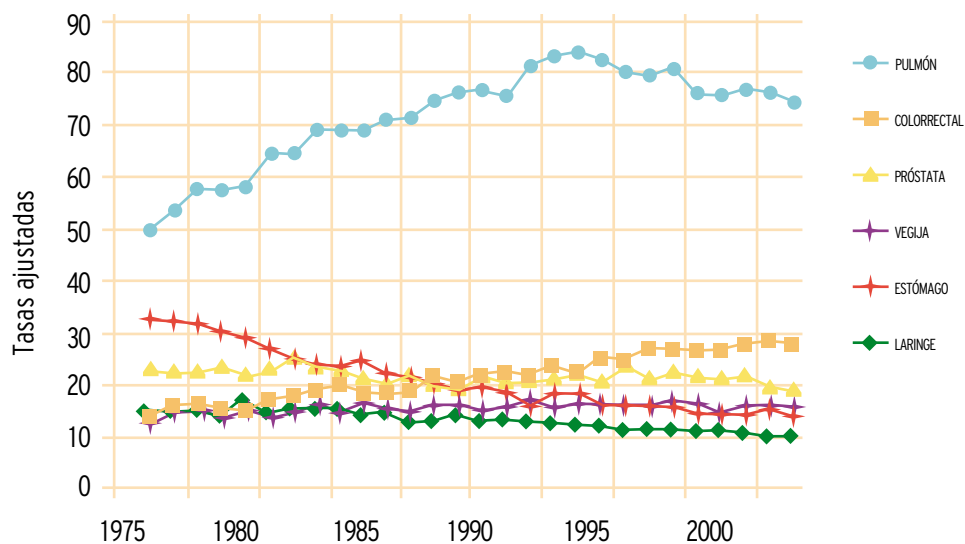
de la media andaluza y las de Jaén, Córdoba y Granada por debajo. La mortalidad en hombres por esta causa supuso el doble que en mujeres.

**FIGURA 3. Evolución de la mortalidad por los principales cánceres en Andalucía de 1975 al 2003.**

**MUJERES**



**HOMBRES**





En la Figura 3 y en la Tabla 4, aparece la evolución de la mortalidad por los principales tipos de cánceres en Andalucía para ambos sexos<sup>3</sup>. Como se puede observar, en las mujeres del conjunto de Andalucía la mortalidad por cáncer y los APVP presentaron un porcentaje de cambio anual (PCA) de

-0,45% y -0,88% estadísticamente significativo entre 1975 y 2003, indicando una disminución de ambos parámetros en los años estudiados. Esta disminución no se aprecia en la mortalidad de los varones y sí en los APVP. Por localizaciones tumorales estas tendencias aparecen reflejadas en la tabla 5.

**TABLA 4.** Tendencia de la mortalidad y en APVP por cáncer en Andalucía, 1975-2003.

Provincia	MUJERES		HOMBRES	
	Mortalidad Global PCA <sup>1</sup>	APVP Global PCA	Mortalidad Global PCA	APVP Global PCA
Almería	-0,16	-0,04	0,77*	0,49
Cádiz	-0,62*	-0,94*	-0,08	-0,60*
Córdoba	-0,39*	-0,64	0,68*	-0,12
Granada	-0,54*	-1,41*	0,54*	-0,45*
Huelva	-0,13	0,64*	0,30*	-0,40*
Jaén	-0,58	-0,79*	1,10*	0,95*
Málaga	-0,55*	-1,05*	-0,08	-0,44*
Sevilla	-0,49*	-1,03*	0,41	-0,22
<b>Andalucía</b>	<b>-0,45*</b>	<b>-0,88*</b>	<b>0,42*</b>	<b>-0,16</b>

\* Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

(1) PCA Porcentaje Anual de Cambio.

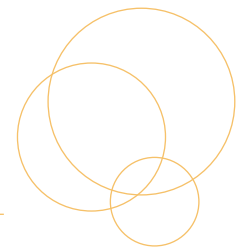
(3) Para estimar los cambios de tendencia observado a lo largo del tiempo se han utilizado modelos segmentados de regresión de Poisson, llamados también "joinpoint regresión análisis". Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation test for joinpoint regression with applications to cancer rates. Statist Med 2000; 19: 335-351.

**TABLA 5. Magnitud y tendencias de las principales localizaciones tumorales en Andalucía, 1975 al 2003.**

MUJERES					HOMBRES				
Cáncer	Tasa	PCA <sup>1</sup>	Año	PCA <sup>2</sup>	Cáncer	Tasa	PCA <sup>1</sup>	Año	PCA <sup>2</sup>
Mama	21,2	0,95*	1993	-1,09*	Pulmón	75,8	1,43*	1994	-1,25*
Colorrectal	15,6	0,55	1996	-1,16	Colorrectal	27,1	2,57*		
Útero	6,6	-2,99*	1996	-0,69	Próstata	20,7	-1,43*	1993	-1,25*
Ovario	6,4	2,34*			Vejiga	16,1	0,67*	1977	0,52*
Estómago	5,9	-3,89*	1993	-2,10*	Estómago	14,2	-3,44*	1992	-1,97*
Pulmón	5,6	-0,24	1992	1,33	Hígado	14,2	-0,87*		
Hígado	5,1	-4,09*			Laringe	9,8	-1,65*	1980	-2,01*
Páncreas	4,8	1,41*			Boca y faringe	8,9	0,95*	1991	-2,01*
Leucemias	4,4	0,98*	1983	-0,67	Páncreas	8,1	2,12*		
SNC	3,8	-0,80	1986	3,00*	Leucemias	7,4	1,74*	1983	-0,09
Linf.NoHodgkin	3,6	4,39*			Esófago	6,2	-1,52*		
Vesícula	3,2	1,12*	1998	-6,43*	SNC	5,4	-1,07*	1986	1,57*
Cérvix	2,5	1,30*			Linf no Hodgkin	5,3	3,85*		
Mieloma	2,3	3,57*	1986	2,29*	Riñón	4,6	2,69*	1998	-3,63
Vejiga	1,9	-0,35	1988	-2,28*	Mieloma	3,2	3,97*	1979	3,45*
Riñón	1,8	0,98*			Vesícula	2,2	2,58*	1983	1,19
Boca y faringe	1,2	0,57			Piel	1,7	-1,55*	1996	8,07
Piel	1,1	-1,23*	1998	9,58	Melanoma	1,6	5,08*	1994	0,77
Melanoma	1,1	5,25*	1996	-2,39	Tej conjuntivo	1,1	3,61*	1992	-0,68
Tej conjuntivo	0,8	4,76*	1997	-10,60*	Huesos	0,7	-5,02*	1984	-6,73*
Esófago	0,8	-4,26*			Hodgkin	0,7	-4,03*		
Huesos	0,5	-5,07*	1988	-1,89	Pleura	0,5	2,60*		
Hodgkin	0,4	-2,80*			Peritoneo	0,5	-2,85*	1983	-5,70*
Peritoneo	0,4	-5,32*	1996	4,61	Intes delgado	0,4	-1,32		
Pleura	0,3	0,86	1988	6,19*	Testículo	0,3	-1,16		
Laringe	0,3	-3,69*	1996	7,06	Fosas nasales	0,2	1,30		
Intes. delgado	0,2	-3,06*							
Fosas nasales	0,01	-4,21*							

PCA<sup>1</sup>. Porcentaje anual de cambio en el periodo de 1975 al 2003.

PCA<sup>2</sup>. Porcentaje anual de cambio desde el año en que se produjo un cambio estadísticamente de tendencia. Tasas ajustadas por edad por 100.000 personas-año.



**TABLA 6.** Estimaciones del número de defunciones y la tasa ajustada por edad por cáncer en **hombres** de Andalucía para el periodo del 2010 al 2014.

LOCALIZACIÓN	DEFUNCIONES	%	TASAS AJUSTADAS 10 <sup>5</sup>
Todos	58.078	100	253,65
Pulmón	17.390	29,9	78,36
Colorrectal	6.393	11,0	26,8
Próstata	4.951	8,5	18,88
Vejiga	3.770	6,5	15,43
Hígado	3.439	5,9	15,03
Estómago	3.299	5,7	14,34
Laringe	1.644	2,8	7,59
Leucemias	1.592	2,7	6,99
Linfoma no Hodgkin	1.279	2,2	5,83
Esófago	1.107	1,9	5,11

En lo referente al cáncer infantil en Andalucía, en el periodo de 1999 al 2003 se produjeron un total de 228 muertes por cáncer en menores de 15 años, de los cuales 103 correspondieron a leucemias, 40 a tumores del sistema nervioso central y 15 a tumores de las glándulas suprarrenales; en el resto de las localizaciones la magnitud fue menor. La tendencia de la mortalidad fue descendente en todas las provincias andaluzas,

tanto para niñas como para niños, con un PCA de -3.08 para niñas y niños.

De acuerdo con estas tendencias en la mortalidad, es posible realizar algunas predicciones para el período 2010 a 2014 (Tablas 6 y 7). El número total de muertes por cáncer estimadas será de 18000 por año, lo que supone un incremento del 24.5% respecto a la década anterior.

**TABLA 7. Estimaciones del número de defunciones y la tasa ajustada por edad por cáncer en mujeres de Andalucía en el periodo del 2010 al 2014.**

LOCALIZACIÓN	DEFUNCIONES	%	TASAS AJUSTADAS 10 <sup>5</sup>
Todas	31.868	100	103,77
Mama	5.792	18,0	21,55
Colorrectal	5.101	16,0	15,22
Útero	1.681	5,3	5,72
Ovario	2.204	6,9	8,09
Pulmón	1.918	6,0	6,71
Estómago	1.524	4,8	4,62
Hígado	1.255	3,9	3,62
Páncreas	1.245	3,9	3,83
Leucemias	1.108	3,5	3,73
SNC	869	2,7	3,47

● Incidencia y prevalencia<sup>4</sup>:

En ausencia de un registro de cáncer de población, se pueden realizar estimaciones de la incidencia y de supervivencia de poblaciones concretas, a partir de los datos de mortalidad de las áreas geográficas en las que hay estadísticas de suficiente calidad, y extrapolarlas a áreas que puedan ser semejantes. La incidencia de cáncer en Andalucía se ha estimado a partir de la mortalidad observada en el período 1981-2002, según datos del Registro de Mortalidad de la Comunidad Autónoma de Andalucía. A partir de los datos del Registro Poblacional de Cáncer de Granada, es posible realizar las estimaciones de los cánceres que en este Registro presentan las tasas de incidencia más elevadas en hombres y mujeres. En su mayor parte, coinciden con el grupo de cánceres para los que la Consejería de Salud ha definido indicadores para su vigilancia.

La información se presenta para el conjunto de cánceres (excepto cáncer de piel no melanoma) en número de casos, tasas brutas y estandarizadas (población estándar europea), según sexo y edad (comprendida entre 0 y 84 años). Esta información se presenta para el conjunto de Andalucía y por provincias. En Andalucía, para el total de cánceres, excluidos los tumores cutáneos no melanomas, las tasas brutas de incidencia estimadas para el año 2002 fueron de 396 por 100.000 hombres y de 291 por 100.000 mujeres. Para el año 2007, las tasas brutas de incidencia se estimaron en 426 por 100.000 hombres y 333 por 100.000 mujeres. Se observa, por tanto, en ambos sexos, un aumento de las tasas brutas de incidencia en el período de 5 años, que se traduce en un aumento del 11,6% en el número de casos. Este incremento es mucho menor si se consideran las tasas estandarizadas, lo que pone de manifiesto

(4) Esta información se ha elaborado a partir del Informe del Registro Poblacional de Cáncer de Granada. C Martínez et al. 2006.





que, en parte, está vinculado al envejecimiento de la población. Las tasas estandarizadas más elevadas para el año 2007, por provin-

cias, son las de Sevilla, Huelva y Cádiz en hombres, y las de Cádiz, Huelva y Almería en mujeres (Tablas 8 y 9).

**TABLA 8.** Estimaciones de la incidencia del total del cáncer (excepto piel no melanoma) en las provincias de Andalucía en el año 2002 y proyecciones a 2007.  
**Hombres** de 0-84 años, según provincias.

	2002			2007		
	INCIDENCIAS			INCIDENCIAS		
	Nº de casos	Tasa bruta	Tasa estand. (pobl. europea)	Nº de casos	Tasa bruta	Tasa estand. (pobl. europea)
<b>Almería</b>	1.024	376	382	1.160	418	399
<b>Cádiz</b>	2.261	412	440	2.483	445	439
<b>Córdoba</b>	1.573	428	364	1.691	460	374
<b>Granada</b>	1.605	406	351	1.734	437	358
<b>Huelva</b>	1.028	455	430	1.131	498	451
<b>Jaén</b>	1.416	449	370	1.635	520	405
<b>Málaga</b>	2.607	406	384	2.951	455	398
<b>Sevilla</b>	3.595	428	435	3.992	470	448
<b>Total</b>	<b>15.095</b>	<b>418</b>	<b>400</b>	<b>16.729</b>	<b>460</b>	<b>412</b>

**TABLA 9.** Estimaciones de la incidencia del total del cáncer (excepto piel no melanoma) en las provincias de Andalucía en el año 2002 y proyecciones a 2007.  
**Mujeres** de 0-84 años, según provincias.

	2002			2007		
	INCIDENCIAS			INCIDENCIAS		
	Nº de casos	Tasa bruta	Tasa estand. (pobl. europea)	Nº de casos	Tasa bruta	Tasa estand. (pobl. europea)
<b>Almería</b>	653	250	218	746	279	229
<b>Cádiz</b>	1.440	259	233	1.613	285	239
<b>Córdoba</b>	978	257	195	1.058	278	201
<b>Granada</b>	1.103	268	209	1.213	293	216
<b>Huelva</b>	633	277	227	689	300	236
<b>Jaén</b>	774	242	182	846	265	188
<b>Málaga</b>	1.741	265	221	1.962	295	229
<b>Sevilla</b>	2.404	277	240	2.659	303	248
<b>Total</b>	<b>10.045</b>	<b>273</b>	<b>234</b>	<b>11.426</b>	<b>307</b>	<b>248</b>

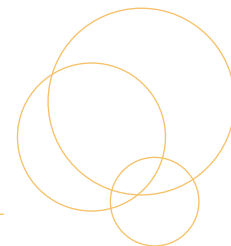
En la Tabla 10 se presentan las estimaciones para los años 2002 y 2007 de la incidencia del total del cáncer (excepto piel no melanoma) y de la incidencia en las localizaciones seleccionadas

en hombres y en mujeres, que constata un descenso en los tumores de pulmón y próstata en el hombre, así como un aumento de los de colon y recto en ambos sexos.

**TABLA 10.** Estimaciones de la incidencia del total del cáncer (excepto piel no melanoma) y de los cánceres más frecuentes en Andalucía para el año 2002 y proyecciones a 2007, según sexo.

Nº de casos, tasas brutas y estandarizadas (población estándar europea) por 100.000 habitantes.

	2002			2007		
	INCIDENCIAS			INCIDENCIAS		
	Nº de casos	Tasa bruta	Tasa estand. (pobl. europea)	Nº de casos	Tasa bruta	Tasa estand. (pobl. europea)
<b>HOMBRES</b>						
<b>Pulmón</b>	3.116	86	83	3.084	85	77
<b>Colon-recto</b>	2.170	60	56	2.893	80	69
<b>Próstata</b>	1.867	52	46	2.385	66	54
<b>Vejiga urinaria</b>	1.511	42	39	1.640	45	38
<b>Estómago</b>	634	18	17	614	17	15
<b>Laringe</b>	591	16	17	510	14	13
<b>Total</b>	<b>15.095</b>	<b>418</b>	<b>400</b>	<b>16.729</b>	<b>460</b>	<b>412</b>
<b>MUJERES</b>						
<b>Mama</b>	3.862	105	98	4.925	132	115
<b>Colon-recto</b>	1.755	48	36	2.270	61	43
<b>Vejiga urinaria</b>	153	4	3	136	4	2
<b>Estómago</b>	324	9	6	300	8	5
<b>Total</b>	<b>10.045</b>	<b>273</b>	<b>234</b>	<b>11.426</b>	<b>307</b>	<b>248</b>



La prevalencia total del cáncer es una aproximación al número de personas vivas en un momento determinado que padecen o han padecido un cáncer a lo largo de su vida, independientemente del momento en el que fueron diagnosticadas. A efectos de planificación sanitaria, la prevalencia suele calcularse a 1, 3 y 5 años<sup>5</sup>. La prevalencia está directamente relacionada con el resto de indicadores de morbilidad y mortalidad,

siendo el resultado del efecto conjunto de los patrones de incidencia, supervivencia y mortalidad a lo largo del tiempo.

En la Tabla 11 se muestra la prevalencia total del cáncer (excepto piel no melanoma), según sexo y grupos de edad (35-64 años, 65-84 años) y en la Tabla 12 la prevalencia parcial a 1, 3 y 5 años. En ambas tablas se presentan datos para Andalucía y por provincias.

**TABLA 11.** Estimaciones de la prevalencia del total del cáncer (excepto piel no melanoma) en Andalucía en el año 2007, según sexo y provincias.  
Nº de casos prevalentes, según grupos de edad.

	HOMBRES			MUJERES		
	Prevalencia total	Prevalencia 35 a 64 años	Prevalencia 65-84 años	Prevalencia total	Prevalencia 35 a 64 años	Prevalencia 65-84 años
<b>Almería</b>	5.926	1.969	3.640	5.824	2.402	2.953
<b>Cádiz</b>	13.420	5.037	7.909	13.264	5.694	6.538
<b>Córdoba</b>	8.924	2.802	5.787	8.748	3.329	4.815
<b>Granada</b>	9.070	2.829	5.959	9.667	3.649	5.375
<b>Huelva</b>	5.779	1.985	3.568	5.748	2.353	2.912
<b>Jaén</b>	7.720	2.522	4.823	6.809	2.426	3.943
<b>Málaga</b>	15.193	5.408	9.143	15.806	6.630	8.054
<b>Sevilla</b>	20.823	7.741	12.199	21.968	9.346	11.491
<b>Andalucía</b>	<b>86.897</b>	<b>30.378</b>	<b>53.395</b>	<b>90.177</b>	<b>38.896</b>	<b>47.244</b>

(5) Método MIAMOD. (De Angelis G, De Angelis R, Frova L, Verdecchia A. MIAMOD: a computer package to estimate chronic disease morbidity using mortality and survival data. Comput Methods Programs Biomed 1994; 44:99-107).

**TABLA 12.** Estimaciones de la prevalencia del total del cáncer (excepto piel no melanoma) en Andalucía en el año 2007, según sexo y provincias.

Nº de casos prevalentes a 1, 3 y 5 años.

	HOMBRES			MUJERES		
	Prevalencia a 1 año	Prevalencia a 3 años	Prevalencia a 5 años	Prevalencia a 1 año	Prevalencia a 3 años	Prevalencia a 5 años
Almería	813	1.930	2.726	573	1.460	2.161
Cádiz	1.775	4.263	6.075	1.251	3.203	4.759
Córdoba	1.198	2.869	4.084	808	2.060	3.061
Granada	1.222	2.919	4.143	923	2.348	3.480
Huelva	808	1.937	2.754	534	1.366	2.031
Jaén	1.137	2.686	3.779	641	1.631	2.419
Málaga	2.098	5.020	7.128	1.512	3.857	5.721
Sevilla	2.845	6.813	9.681	2.084	5.358	7.987
<b>Andalucía</b>	<b>11.859</b>	<b>28.347</b>	<b>40.253</b>	<b>8.854</b>	<b>22.624</b>	<b>33.566</b>

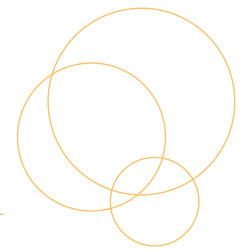
En la Tabla 13 se muestran estimaciones para Andalucía de la prevalencia parcial a 1, 3 y 5 años para el año 2007 de los cánceres seleccionados. La prevalencia a 5 años es

una combinación de la incidencia y la letalidad de ese cáncer, como puede verse en los datos de cáncer de pulmón y cáncer de próstata.

**TABLA 13.** Estimaciones de la prevalencia del total del cáncer (excepto piel no melanoma) en Andalucía en el año 2007, según sexo y provincias.

Nº de casos prevalentes a 1, 3 y 5 años.

	HOMBRES			MUJERES		
	Prevalencia a 1 año	Prevalencia a 3 años	Prevalencia a 5 años	Prevalencia a 1 año	Prevalencia a 3 años	Prevalencia a 5 años
Pulmón	1.583	2.919	3.651	---	---	---
Mama	---	---	---	4.452	11.990	18.056
Colon-Recto	2.151	5.045	7.016	1.727	4.106	5.758
Próstata	1.912	4.654	6.518	---	---	---
Cuerpo de útero	---	---	---	---	---	---
Laringe	437	1.146	1.748	---	---	---
Vejiga urinaria	1.338	3.361	4.896	101	244	354
Estómago	344	723	984	174	379	527
<b>Total cáncer</b>	<b>11.859</b>	<b>28.347</b>	<b>40.253</b>	<b>8.854</b>	<b>22.624</b>	<b>33.566</b>



● Supervivencia:

La supervivencia de cáncer se define como el porcentaje de casos que sobreviven un tiempo determinado desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, bien como supervivencia observada (tiene en cuenta todas las defunciones, independientemente de su causa) o como supervivencia relativa (teniendo en cuenta el riesgo de la población en estudio de morir por otras causas diferentes al cáncer). Los últimos estudios de supervivencia corresponden al proyecto European Cancer Registry-based Study of Survival and Care of Cancer Patients (EUROCARE) y hacen referencia al período 1991-94, por lo que no son en este momento muy significativas. La su-

pervivencia a 5 años presenta importantes variaciones entre los distintos cánceres, situándose en los extremos el cáncer de pulmón en los hombres (10%) y el de mama en las mujeres (74%).

## 2.2 IDENTIFICACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

### Análisis de factores de riesgo.

El informe sobre determinados factores asociados al cáncer en Andalucía, permite conocer la situación actual y, en algunos de ellos, su evolución desde los años 80. A continuación se presentan las principales conclusiones (Tabla 14).

**TABLA 14.** Porcentajes de población en los diferentes factores de riesgo.

	TABAQUISMO		OBESIDAD		PERCEPCIÓN DEF. ESTADO DE SALUD		SEDENTARISMO	
	Hombres* %	Mujeres# %	Hombres* %	Mujeres# %	Hombres* %	Mujeres# %	Hombres* %	Mujeres# %
Almería	43,3	20,6	13,2	17,4	25,1	39,6	43,6	52,8
Cádiz	40,5	26,4	11,0	17,6	17,0	29,5	42,9	54,1
Córdoba	46,8	28,9	13,4	19,1	15,5	23,4	51,4	57,4
Granada	39,3	23,6	16,5	16,1	25,8	31,4	42,8	44,6
Huelva	36,7	27,9	16,1	12,2	27,2	34,5	34,2	43,4
Jaén	52,6	27,0	13,8	16,2	15,3	21,9	51,6	57,9
Málaga	36,2	23,1	16,7	12,9	23,4	31,4		61,4
Sevilla	40,7	24,2	19,5	16,3	21,7	26,2		63,0
<b>Andalucía</b>	<b>41,1</b>	<b>24,9</b>	<b>15,5</b>	<b>16,2</b>	<b>21,4</b>	<b>28,9</b>	<b>55,0</b>	<b>56,2</b>
<b>España</b>	<b>36,8</b>	<b>25,5</b>	<b>13,0</b>	<b>13,5</b>	<b>28,0</b>	<b>35,5</b>	<b>57,7</b>	<b>62,5</b>

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003 y Encuesta Nacional de Salud 2003.

Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública

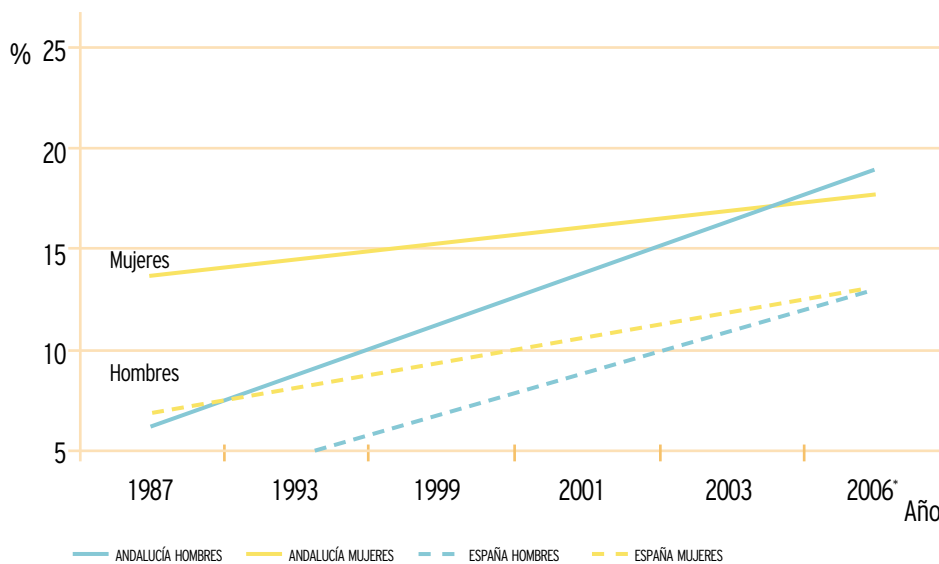
\*Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ );

#Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ).

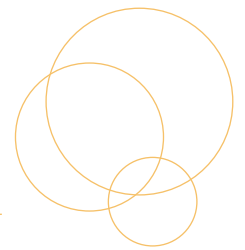
- El porcentaje de personas obesas (15,5% de hombres y 16,2 de mujeres), al igual que ocurre en nuestro entorno, lleva una ten-

dencia ascendente desde mediados los años 80 (Figura 4).

**FIGURA 4.** Porcentaje de personas obesas en Andalucía y España. Años 1987-2006.



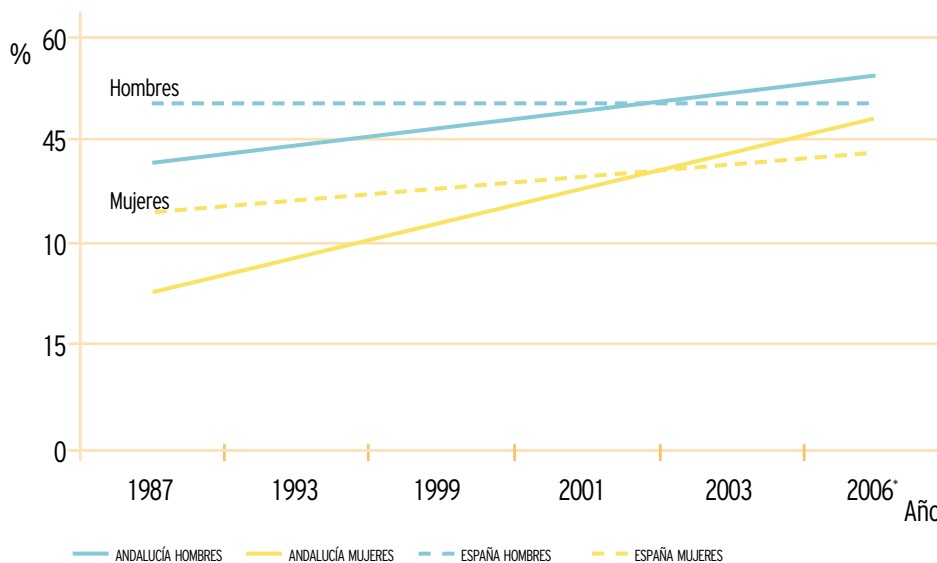
Fuente: Encuestas Nacionales de Salud 1987, 1993, 2001 y Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003. Tendencia\*: Estimada mediante regresión lineal. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.



- Una evolución más positiva ha tenido la realización de ejercicio físico en Andalucía (Figura 5), ya que ha aumentado el porcentaje de personas que realizan algún tipo de actividad física, aumento

que es más significativo entre las mujeres, aunque en 2003, prácticamente la mitad de los andaluces y algo más de la mitad de las andaluzas no realizan ningún tipo de actividad física recreativa.

**FIGURA 5. Porcentaje de personas que realizan ejercicio físico en Andalucía y España. Años 1987-2006.**

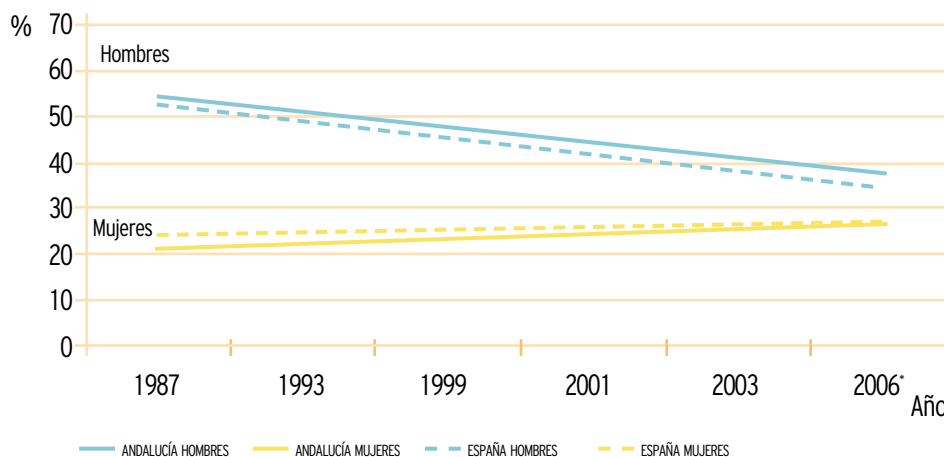


Fuente: Encuestas Nacionales de Salud 1987, 1993, 2001 y Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003. Tendencia\*: Estimada mediante regresión lineal. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- Los datos permiten afirmar que la principal y más difundida recomendación nutricional, el consumo diario de frutas y verduras, necesita de un fuerte impulso en Andalucía. Especialmente significativo es que menos del 50% de los niños y niñas andaluces siguen estas recomendaciones nutricionales.
- Con respecto al tabaco, los resultados que manejamos permiten constatar una

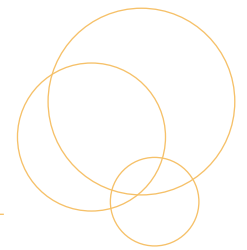
clara disminución, entre los hombres, desde los años 80. Esta evolución es diferente en las mujeres, entre las que el inicio al consumo se mantiene en valores similares a lo largo del período. Es llamativo que, entre los hombres, es en los de menor nivel social o educativo donde mayor es la proporción de los que desean dejar de fumar. Entre las mujeres, se da el patrón inverso (figura 6).

**FIGURA 6.** Porcentaje de personas fumadoras en Andalucía y España. Años 1987-2006.



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud 1987, 1993, 2001 y Encuestas Andaluzas de Salud 1999, 2003. Tendencia\*: Estimada mediante regresión lineal. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.





- El consumo excesivo de alcohol, en valores muy bajos, se ha reducido entre los hombres, y se mantiene estable entre las mujeres, desde los años 80.
- La percepción de salud deficiente tiene una tendencia hacia la disminución durante el período.
- Además, algo más de un 20% de hombres y mujeres consideran que viven en un barrio con una calidad deficiente del medio ambiente.
- En Andalucía, una proporción importante de población refiere encontrarse expuesta a sustancias químicas o radiaciones. Esta proporción presenta importante variabilidad entre las distintas provincias (Tabla 15), siendo por ello muy recomendable organizar un sistema de vigilancia que permita identificar los casos relacionados, con el objetivo de introducir medidas de protección y prevención específicas.

**TABLA 15.** Porcentaje de personas que refieren exposición a riesgos ambientales por provincias en Andalucía. Año 2003.

	Percepción de calidad deficiente del medio ambiente		Percepción de la exposición a contaminación atmosférica de su barrio		Percepción de la exposición a industrias contaminantes en su barrio	
	Hombres* %	Mujeres# %	Hombres* %	Mujeres# %	Hombres* %	Mujeres# %
Almería	26,2	27,7	3,7	2,7	0,0	0,0
Cádiz	27,8	28,7	19,8	20,6	3,8	2,8
Córdoba	6,7	8,6	0,9	2,9	0,0	0,0
Granada	16,2	17,9	11,1	14,0	0,3	1,1
Huelva	35,6	34,0	44,2	40,1	11,5	7,8
Jaén	10,4	10,5	0,4	4,5	0,0	0,0
Málaga	19,3	23,3	17,9	20,2	0,8	0,6
Sevilla	24,7	29,4	15,6	18,7	0,7	0,6
<b>Andalucía</b>	<b>21,1</b>	<b>23,3</b>	<b>14,1</b>	<b>16,1</b>	<b>1,6</b>	<b>1,3</b>

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

\*Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ); #Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ).

- Son de destacar las diferencias existentes en muchos de estos factores de riesgo, en relación al género o a características sociales. Estas diferencias, que no son de carácter biológico, sino social,

son muy significativas en el caso del tabaquismo y la obesidad (tablas 16 y 17). El conocimiento de estas diferencias abre un amplio campo de intervención para intentar reducirlas.

**TABLA 16.** Porcentaje de población fumadora de más de 20 cigarrillos diarios por clase social, nivel educativo y situación laboral en Andalucía. Año 2003.

	Hombres*	Mujeres#
	%	%
<b>CLASE SOCIAL</b>		
Alta	19,8	6,8 **
Media	23,1	7,1
Baja	22,5	7,9
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Hasta estudios primarios	23,7	7,1
Estudios Secundarios	17,9	16,1
Estudios Universitarios	14,3	10,7
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>		
Población trabajadora	23,4	7,8
Personas en Paro	16,7	8,2
Personas no activas	16,0	7,6
Sus labores	-	7,5
Estudiantes	8,3	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>21,7</b>	<b>7,3</b>

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

\*Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ).

#Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ). Salvo los marcados con \*\*.



**TABLA 17. Porcentaje de personas obesas por clase social, nivel educativo y situación laboral en Andalucía. Año 2003.**

	Hombres* ( IMC>30 )	Mujeres# ( IMC>30 )
<b>CLASE SOCIAL</b>		
Alta	15,9**	10,7
Media	15,4	19,4
Baja	15,6	20,1
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Hasta estudios primarios	16,9	18,6
Estudios Secundarios	15,0	8,8
Estudios Universitarios	10,5	3,6
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>		
Población trabajadora	11,2	11,6
Personas en Paro	12,2	17,4
Personas no activas	36,5	23,0
Sus labores	-	18,5
Estudiantes	2,8	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>15,5</b>	<b>16,2</b>

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003. Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.

\*Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ) salvo los casos marcados con \*\*.

#Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ).

### Análisis de las estrategias de prevención secundaria

La implantación del programa de cribado de cáncer de mama se ha completado, a lo largo de este período, con la dotación completa de los mamógrafos necesarios, así como con la elaboración e implantación del subproceso de diagnóstico precoz en cáncer de mama (dentro del PAI de cáncer de mama). Por tanto, contamos con un programa completo de base poblacional, centralizado en la gestión y descentralizado en la

ejecución, que incorpora todas las fases del mismo, desde la citación de las mujeres hasta los controles de calidad (mamógrafos, escalas de lecturas, etc.). Sus resultados más destacados han sido una accesibilidad garantizada al 100% de la población para la franja de edad comprendida entre los 50 y los 65 años, con una tasa de captación del 79.56% y una tasa de casos diagnosticados de 5,561/1000 mujeres sometidas al cribado. Desde enero de 2006 se ha ampliado la edad de cobertura hasta los 69 años.

El cribado de cáncer de cérvix, mediante un programa oportunista de detección desde atención primaria, está implantado en el 46% de los distritos sanitarios, aunque la cobertura poblacional, mediante citología, desde estos dispositivos es aún baja (9,6% de mujeres). Sin embargo, el estudio de citologías cervicales representa el 46 % del total de estudios de los servicios de Anatomía Patológica, lo que indica un probable sobreeso de la citología vaginal, fuera del programa de cribado. Las estimaciones de la cobertura real de diagnóstico precoz mediante citología en Andalucía oscilan entre el 46,3% y el 63,8% de mujeres<sup>6</sup>.

### Gestión de Procesos Asistenciales Integrados

Los PAI del ámbito oncológico son en este momento 11: cáncer de mama y subproceso de diagnóstico precoz, cáncer de cérvix y endometrio, cáncer de próstata (e hipertrofia benigna), disfonía (incorpora el cáncer de cuerda vocal), cáncer de piel, cáncer colorrectal, cáncer de pulmón, cáncer de vejiga (pendiente de finalizar), cuidados paliativos y red de bancos de tumores de Andalucía. Dichos procesos presentan diferente grado de implantación, que van desde la implantación completa (caso de mama, próstata o cérvix-endometrio) a los recién terminados (pulmón).

El trabajo por PAI supone una modificación importante de la organización de la atención sanitaria en Andalucía. Los procesos son procedimientos de trabajo que, correctamente

aplicados, en contextos organizativos favorecedores, permiten acotar la variabilidad y obtener un resultado esperable, mejorando sensiblemente la continuidad asistencial.

### Cuidados paliativos

A partir del PAI de Cuidados Paliativos, en Andalucía se ha trabajado en la línea de dotar a la organización de los Cuidados Paliativos de un nivel provincial de coordinación, mediante la determinación de profesionales clave por provincia. Se identifican tres elementos clave a impulsar: la propia implantación del proceso en todos los distritos sanitarios (implantado en 26/33), la formación básica intermedia y avanzada y la dotación de nuevos equipos de cuidados paliativos. La situación actual de la distribución de estos equipos nos sitúa en una ratio de 1 equipo por cada 167.000 habitantes con amplia distribución geográfica.

La situación de los cuidados paliativos ha mejorado de manera importante respecto a la previa al primer PIOA. Los retos que se plantea el plan integral en este ámbito se centran en la provincialización de los cuidados, la inclusión de la población infantil (pacientes de alta complejidad) y la mejora de la calidad de los servicios en función de la complejidad de las necesidades. La propuesta realizada desde el PIOA de hacer extensiva la atención a los cuidados paliativos a pacientes no afectados de problemas oncológicos, en colaboración con otros planes y estrategias, ha quedado recogida en el nuevo plan de cuidados paliativos que se encuentra en elaboración en la Consejería de Salud.

(6) Sanjosé S y García A M, 2006.



Este Plan de Cuidados Paliativos de Andalucía constituirá la respuesta al reconocimiento explícito que el nuevo Estatuto de Autonomía hace de esta atención como derecho ciudadano (artículo 20). Este plan desarrollará un marco autonómico coherente e integral para los cuidados paliativos, haciéndolos extensivos a toda la población que los precise, independientemente de la etiología de base que provoque la necesidad. La necesidad de cuidados paliativos se constituye en el elemento central del plan, que se apoya, en los aspectos operativos, en los procesos asistenciales disponibles y que contempla mecanismo de coordinación y continuidad con los planes integrales relacionados (PI de Oncología, PI de Salud Mental, PI de atención a las Cardiopáticas, PI de atención a la Accidentalidad, PI de atención a personas con Dependencia -en elaboración-).

### **Red de asistencia oncológica**

El esfuerzo realizado en estos años, tanto en la provisión de recursos como en la planificación y debate de los mismos, ha sido muy intenso y nos permite situarnos en una posición desde la que es posible dirigir esfuerzos hacia la mejora de la organización y la calidad asistencial, objetivos clave de la propuesta para los próximos años. Un instrumento fundamental es la Comisión Asistencial, con representantes de los 15 hospitales que prestan atención oncológica, cuyo trabajo consiste en desarrollar los aspectos horizontales de la atención a pacientes y familiares, verdaderos puntos críticos del proce-

so asistencial (historia clínica única, protocolos, subcomisiones de tumores, seguimientos mínimos, procesos implantados, demoras y comparación intercentros).

Los tratamientos médicos del cáncer se realizan en estos momentos en 15 hospitales de nivel 1 y 2, así como en 10 hospitales comarcales, a los que se añadirán los tres restantes (Pozoblanco, la Axarquía y Linares). Estas unidades obedecen a un marco de planificación (de los contenidos organizativos, funcionales y asistenciales) que asegure una unidad de criterio con relación a las unidades ubicadas en los centros de referencia de los que dependen.

Para el tratamiento con radioterapia disponemos en este momento en Andalucía de 3,7 unidades públicas por millón de habitantes que tratan pacientes (4,2 incluyendo las privadas concertadas). Aunque el programa previsto hará disponer de 4,5 unidades públicas (32 unidades de alta energía instaladas) y 4,9, si se añaden las privadas concertadas, por millón de habitantes. Para el tratamiento con braquiterapia contamos con una ratio de 0,8 unidades por millón. El objetivo planteado es alcanzar entre 4 y 5 unidades de alta energía por millón (entre 28 y 37 unidades de Radioterapia externa) y 1 por millón para braquiterapia (7-8 unidades de braquiterapia), distribuidas con criterios geográficos y poblacionales.

## Cáncer infantil

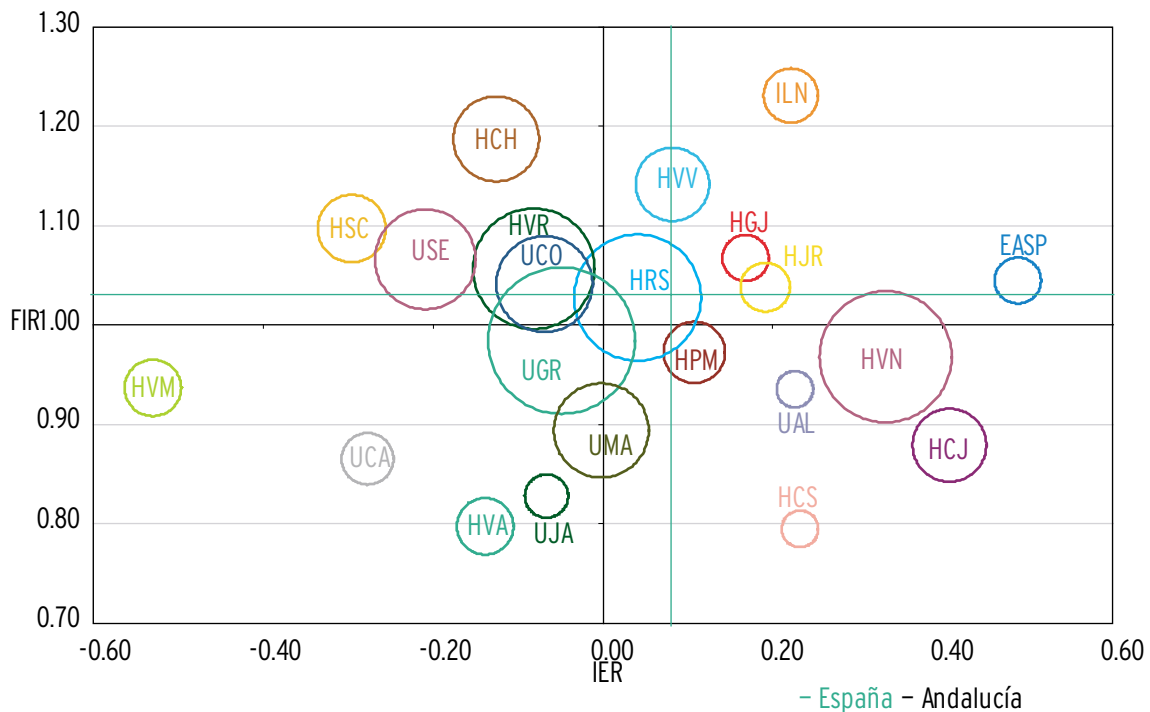
En estos momentos es posible administrar tratamiento oncológico a pacientes menores de 15 años en unidades específicas ubicadas en 8 hospitales de la red pública, tres de ellos (Virgen del Rocío, Carlos Haya y Virgen de las Nieves), de alta complejidad. Esto supone una dispersión de recursos en desacuerdo con las normas internacionales. El II PIOA se propone concluir esta red de tratamiento a la población infantil con cáncer, recomendando centralizar

ciertas patologías y ampliar la cartera de servicios (TMO, RT). También es necesario asegurar los cuidados paliativos a esta población.

## Investigación en cáncer

Una manera comúnmente aceptada para medir la capacidad investigadora es referirla a la producción científica, extraída a través de las publicaciones científicas. Este parámetro se relaciona con el número de profesionales que investigan y con la propia es-

**FIGURA 7. Posición de las Instituciones TOP Andaluzas por Ponencia CTS para la categoría ISI "Oncology".**



Fuente: Producción científica en Andalucía. 2004.

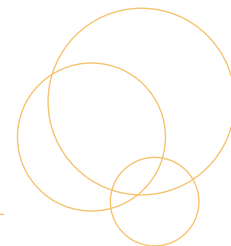
Los ejes de color negro marcan la posición de Andalucía con respecto a la categoría, los verdes la posición de España respecto a Andalucía.

IER: Índice de Esfuerzo Relativo (investigación)

FIR: Factor de Impacto Tipificado (investigación)

ISI: Institute for Scientific Information

CTS: Ciencia, Tecnología y Sociedad



estructura de la investigación. Así, la producción española en Biomedicina y Ciencias de la Salud a lo largo de los últimos veinte años ha crecido a un ritmo medio anual del 12% (dos puntos por debajo de la media mundial) y, aunque está en crecimiento, todavía es bajo para las posibilidades que tenemos e inferior al de otros países de la UE. El 14,3% del gasto en I+D (INE-2001) se dedica a las ciencias médicas, siendo el campo científico que mayor crecimiento porcentual tiene en los últimos años. A su vez, la industria farmacéutica lidera, con el 18% sobre el gasto total en I+D, a los restantes sectores industriales de nuestro país. El 25% de la producción científica que se genera en Andalucía pertenece al área de medicina.

La posición de la investigación oncológica en nuestra Comunidad aparece en la figura 7, en la que se compara el índice de esfuerzo

relativo (IER) y el factor de impacto tipificado medio o relativo (FIR) de las distintas instituciones del SSPA relativas a la producción en cáncer. En Andalucía la producción en oncología tiene un impacto y un esfuerzo promedio por debajo de los respectivos índices en España, aunque destaca la producción de instituciones como el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) y el Hospital Reina Sofía (Córdoba) y la posición de excelencia respecto a España de centros como los hospitales Virgen de la Victoria, Juan Ramón Jiménez, General de Jerez o la Escuela Andaluza de Salud Pública.

La evolución de la producción científica en Oncología aparece reflejada en la tabla 18 mediante los indicadores: número de documentos (Ndoc) y su porcentaje, el factor de impacto tipificado medio normalizado (FITM) y potencial investigador (PInv).

**TABLA 18. Evolución de los indicadores básicos en Oncología para Andalucía. 1995-2004.**

<b>AÑO</b>	<b>Ndoc</b>	<b>%</b>	<b>FITM</b>	<b>PInv</b>
1995	40		0,93	24,30
1996	37	-7,50	1,03	32,00
1997	33	-10,81	1,02	26,41
1998	60	81,82	0,95	36,15
1999	70	16,67	1,03	30,93
2000	39	-44,29	1,05	23,06
2001	42	7,69	0,98	34,24
2002	34	-19,05	0,97	30,08
2003	58	70,59	0,95	50,35
2004	106	82,76	0,96	54,83

Fuente: *Producción científica en Andalucía. 2004.*

Ndoc: número de documentos

FITM: factor de impacto tipificado medio normalizado.

PInv: potencial investigador

De forma complementaria, la investigación puede ser medida conociendo los proyectos de investigación y los grupos de investigación centrados en cáncer. Los datos disponibles se refieren a las convocatorias de ayudas a proyectos de investigación de la Consejería de Salud. Entre los años 2000-2006 se han financiado 67 proyectos (24 por grupos ubicados en Granada y 21 en Sevilla). Pese a que la investigación etiológica y la centrada en resultados ha sido un objetivo priorizado en las convocatorias de estas ayudas de investigación, sólo en 15 % de los proyectos pertenecen a estas áreas temáticas.

En cuanto a grupos, con datos de 2004, de los 301 grupos de la Ponencia Ciencias y Tecnología de la Salud, 20 eran grupos oncológicos (7 de ellos del SSPA). En la ponencia sobre Ciencias de la Vida, de los 104 grupos, 7 eran grupos oncológicos (ninguno del SSPA).

Finalmente, en relación a la investigación clínica con medicamentos (ensayos clínicos), aquellos relacionados con pacientes con cáncer son los más numerosos de los evaluados por el Comité Autonómico de Ensayos Clínicos y suponen entre el 20 y 25% del total de ECC entre 2003 y 2005). Su distribución aparece en la tabla 19. De ellos, 99 proceden de la industria y 52 son académicos.

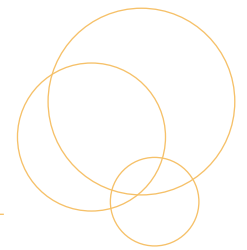
**TABLA 19. Ensayos Clínicos en Oncología 2002-2006.**

<b>2002:</b>	14
<b>2003:</b>	72 (Total 295=24,4%)
<b>2004:</b>	65 (Total 316=20,6%)
<b>2005:</b>	63 (Total 306=20,6%)
<b>Fase I:</b>	0% (1%)
<b>Fase II:</b>	34% (20%)
<b>Fase III:</b>	51,2% (44%)
<b>Fase IV:</b>	14,8% (36%)

*Fuente: Comité Autonómico de Ensayos clínicos de Andalucía.*

Existe un buen número de grupos de investigación clínica nacional cuya actividad principal se centra en la investigación con citostáticos, en los que participan hospitales de nuestra Comunidad. En la tabla 20 aparecen estos grupos así como en número de ensayos por ellos realizados en este período 2002-2006.





**TABLA 20. Grupos cooperativos con participación de hospitales andaluces y su producción en ECC.**

Grupos	Hospitales	NºECC	II	III	IV
TTCC. Grupo Español de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello	6	1	1	0	0
GEIS. Grupo Español de Investigación en Sarcomas	5	5	2	2	1
GERMINAL. Grupo Español de Tratamiento de Tumores de Células Germinales	10	0			
SOGUG: Grupo Español de Tratamiento de Tumores Urológicos	6	0			
GEIGO: Grupo Español de Investigación en Cáncer de Ovario	6	1	0	0	1
PSAMOMA: Grupo Español de Investigación en Cáncer Ginecológico	6	0			
TTD: Grupo de Tratamiento de Tumores Digestivos	16	8	4	3	1
SOLTI: Grupo Español de Estudio de Tratamiento y otras estrategias Experimentales en Tumores Sólidos	2	0			
GEICAM: Grupo Español para la Investigación y Tratamiento del Cáncer de Mama	8	13	3	7	3

Esta revisión nos permite subrayar la necesidad de potenciar la investigación oncológica en salud pública en términos de identificación de causas de enfermedad, programas de prevención o evolución de cuidados, que pueda ser fácilmente evidenciada.

Pese a la necesidad de realizar ensayos clínicos de calidad, lo cierto es que la investigación clínica parece excesivamente centrada en ECC dependientes de la industria. La investigación básica adolece de integración con la práctica clínica o la investigación epidemiológica, de tal manera que la actividad traslacional, tan deseada, aún es escasa.

Es especialmente necesaria la investigación centrada en la identificación de las causas que nos ayude a que haya menos personas enfermas. Igualmente, la que nos proporcione información para mejorar la atención (expectativas de usuarios y usuarias, comunicación con pacientes y familias, evaluación de lo que hacemos y resultados). En resumen, buscar la interdisciplinariedad, así como compartir la información, definir líneas de investigación en los servicios y favorecer el contacto entre grupos investigadores se presentan como tareas más inmediatas a partir de este análisis.

## 2.3. ANÁLISIS DAFO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

### Fortalezas.

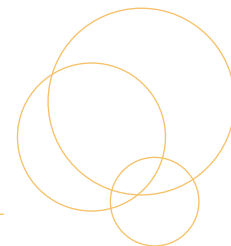
- Planificación de servicios basada en información relevante, conocida y debatida por los colectivos profesionales.
- Mejora global de equipamiento y dispositivos asistenciales.
- Mejora en la equidad territorial de la red.
- Desarrollo de los Cuidados Paliativos.
- Elaboración completa de un mapa de Procesos Asistenciales Integrados Oncológicos.
- Elaboración de un mapa de competencias en Oncología Médica y Oncología Radioterápica.
- Aumento significativo del nivel de información y conocimiento en torno al cáncer y la calidad asistencial (nuevos registros poblacionales).
- Experiencia adquirida en la implantación del plan anterior.
- Confianza y gran participación de profesionales de todos los niveles asistenciales y disciplinas.
- Sentido de investigación en resultados e investigación propia.

### Debilidades.

- Organización asistencial que no refleja adecuadamente las expectativas de pacientes y familiares.
- Insuficiente cultura de revisión y evaluación entre profesionales.
- Escasa participación de pacientes y sociedad civil en la organización y planificación de la atención.
- Dificultad en la coordinación entre grupos expertos para la investigación en cáncer.
- Escasa formación y preparación en áreas de comunicación.

### Oportunidades.

- Mejores condiciones para centrar esfuerzos en aspectos de calidad.
- Existencia de líneas de actuación comunes entre los Planes Integrales.
- Desarrollo de estrategias de gestión: gestión clínica, por competencias.
- Mayor relevancia de aspectos de Salud Pública y participación comunitaria.



- Planes de investigación con líneas prioritarias centradas en cáncer y basadas en excelencia y colaboración.
- Coordinación con el Plan Nacional y otros Planes nacionales e internacionales.
- Existencia del Plan Integral de Tabaquismo.
- Existencia del Plan Integral de Obesidad Infantil.
- En elaboración el Plan de Cuidados Paliativos.

#### **Amenazas.**

- Dispersión geográfica.
- Dispersión de áreas de responsabilidad en aspectos no asistenciales, pero de enorme relevancia (prevención, promoción de la salud, paciente en situación avanzada).
- Control presupuestario estricto y en aumento.
- Ausencia de información relevante en ciertas áreas como exposición a carcinógenos químicos o calidad asistencial.

## **2.4. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y DEMANDAS DE LAS PERSONAS DESTINATARIAS DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

Éste es un aspecto de enorme relevancia, disponiéndose en la actualidad de gran cantidad de información procedente de diversos ámbitos y fuentes, que recogen las necesidades y demandas de pacientes y familiares. Podemos resumir estas necesidades expresadas en:

- Tener la seguridad de acceder al mejor tratamiento técnico disponible, con la rapidez necesaria en cada paso del proceso.
- Recibir esta atención en espacios físicos (salas de espera, consultas, habitaciones de encamación, transporte...) adecuados.
- Mantener una relación con el equipo sanitario que proporciona la asistencia basada en el respecto mutuo y atención personalizada.
- Recibir una información de calidad, que respete sus valores y autonomía, transmitida en un lenguaje inteligible y adaptado a su capacidad de entendimiento y que permita que las decisiones sobre su proceso puedan ser debatidas y compartidas.
- Percibir que la atención y la organización se han pensado para cada paciente y su familia y que se les ofrece un trato integral desde dos puntos de vista: como personas (aspectos físicos, emocionales, sociales) y como pacientes (continuidad asistencial, referente profesional único, citas únicas...).

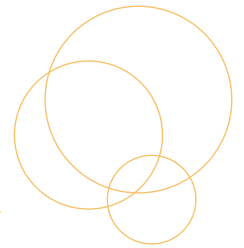
## 2.5. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES, DEMANDAS Y EXPECTATIVAS DE PROFESIONALES QUE PRESTAN SERVICIOS SANITARIOS

Otro aspecto relevante son las expectativas de los colectivos profesionales que trabajan con pacientes con cáncer, que vienen recogidas en los diferentes Procesos Asistenciales Oncológicos existentes actualmente en la Comunidad Autónoma de Andalucía y que pueden resumirse en:

- Que la decisión terapéutica se haga a través de un equipo multidisciplinar y que cuente con los procedimientos clínicos necesarios (protocolos, etc.).
- Disponer de un circuito de comunicación fluido con el resto de profesionales, que garantice una adecuada comunicación interniveles.
- Disponer de un sistema de información que permita compartir la historia clínica, coordinar las pruebas diagnósticas, los tratamientos y los cuidados de enfermería.
- Que se monitoricen periódicamente la actividad asistencial, la calidad asistencial y los resultados, a través de indicadores claros, debatidos y conocidos por la totalidad de agentes involucrados.
- Acceso a la formación adecuada, tanto en aspectos científico-técnicos como en habilidades de comunicación.
- Que exista una buena adecuación y distribución de los recursos, tanto técnicos como humanos.







## 3 OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN

Los objetivos que se plantea conseguir el PIOA 2007-2012 son:

- 1 Mejorar la información sobre el cáncer entre la población general, especialmente acerca de los factores de riesgo con los que se asocia y sobre las medidas de prevención.
- 2 Diseñar las estrategias más eficaces para que el cáncer afecte al menor número de personas posible.
- 3 Garantizar que aquellas personas que lo desarrollan tengan un diagnóstico rápido y fiable y que el tratamiento, las medidas de soporte y los cuidados postratamiento que reciban sean los más adecuados.
- 4 Propiciar que pacientes y familiares tengan la mejor calidad de vida posible, garantizando una atención humanizada.
- 5 Promover la investigación cooperativa y traslacional sobre el cáncer.
- 6 Conseguir unos sistemas de información que permitan un conocimiento de la situación más exacto y posibiliten el análisis y evaluación de los resultados.

Para alcanzar estos objetivos planteamos las siguientes líneas de actuación:

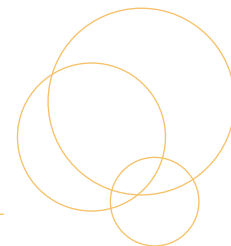
- Objetivo 1: Líneas 1,2 y 3
- Objetivo 2: Líneas 2 y 3
- Objetivo 3: Líneas 3, 4 y 7
- Objetivo 4: Líneas 4, 5 y 7
- Objetivo 5: Líneas 7, 8 y 9
- Objetivo 6: Líneas 6 y 9











## 4 LÍNEAS DE ACCIÓN

### LÍNEA 1. COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

#### Línea 1.1: Información a la población

##### Enunciado

Existe una relación entre ciertos estilos de vida y la exposición a factores de riesgo con la aparición del cáncer, por tanto la información dirigida a la población es un elemento crucial en la lucha contra esta enfermedad.

##### Barreras

- La desconfianza en la capacidad de actuar eficazmente contra la enfermedad de forma individual y social.
- El exceso de información, a veces no contrastada y contradictoria.
- La información dirigida de forma interesada a aumentar la medicalización de las personas.

##### Objetivos prioritarios

1. Que la población general conozca el carácter evitable de muchas neoplasias.
2. Que existan canales de comunicación abiertos y de debate en torno a los estilos de vida y la posibilidad de desarrollar ciertos tumores.
3. Que esta información llegue de forma especial a las personas con mayor riesgo.

4. Que esta información contribuya a desdramatizar una enfermedad que se encuentra socialmente estigmatizada.

##### Acciones

1. Impulsar la difusión de una estrategia de promoción de la salud y prevención primaria (Código Andaluz para la Salud) dirigida a los estilos de vida que son determinantes comunes en todos los Planes Integrales (Diabetes, Oncología, Cardiopatías, Salud Mental, Obesidad Infantil), centrada en el tabaquismo, la alimentación equilibrada y la actividad física.
2. Difundir en los centros sanitarios material relacionado con el Código Europeo contra el Cáncer en distintos soportes. Este material debe estar especialmente diseñado para la población general.
3. Implicar a la totalidad de profesionales que tienen relación con el desarrollo del PIOA en la implantación y difusión de estas medidas de promoción de la salud y prevención primaria en sus espacios de atención a la población.
4. Colaborar específicamente con el PITA (Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía) en la diseminación de medidas de prevención y atención al tabaquismo en el ámbito asistencial del PIOA.

5. Articular los canales de relación con los medios de comunicación que posibiliten la transmisión de una información rigurosa, contrastada y eficaz sobre el cáncer.

#### Evaluación

- Acciones concretas de difusión de la estrategia del Código Andaluz para la Salud implementadas.
- Incorporación de objetivos de intervención mínima y avanzada en tabaquismo en los Acuerdos del 100% de Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria y Especializada relacionadas con el PIOA.
- Desarrollo de la Intervención adecuada en, al menos, el 50% de pacientes nuevos atendidos en estas unidades.
- Incorporación de objetivos de difusión de Código Europeo contra el Cáncer en los Acuerdos de, al menos, el 50% de las Unidades de Gestión de Atención Primaria y Especializada relacionadas con el PIOA.
- Información sobre los aspectos contenidos en este Código en, al menos, el 50% de pacientes nuevos atendidos en estas unidades.

### **Línea 1.2: Información a pacientes y familiares**

#### Enunciado

La comunicación entre la población y el equipo asistencial contribuye de manera determinante en la calidad de la asistencia. Cada paciente debe tener acceso a la información que necesite o desee acerca de su pro-

ceso, así como establecer su grado de participación en las decisiones que le afectan.

#### Barreras

- No siempre la calidad en la información es suficientemente valorada como necesaria.
- La escasa adaptación de la misma a las personas a las que va dirigida.
- Escasa formación de todos los grupos profesionales en habilidades de comunicación, información y consejo.

#### Objetivos

1. Asegurar la capacitación de los colectivos profesionales que atienden a pacientes con cáncer (de todos los estamentos) en técnicas y habilidades de comunicación e información.
2. Asegurar que los servicios asistenciales dediquen los esfuerzos necesarios a mejorar la comunicación y la consideren un área de mejora continua.
3. Que la totalidad de pacientes tengan acceso a una información adecuada a sus expectativas y útil para su proceso terapéutico.

#### Acciones

1. Garantizar una oferta de actividades formativas en el área de la comunicación e información, suficiente y de calidad, para profesionales que atienden a pacientes con cáncer. Deberá garantizarse un nivel de formación básico en profesionales de todos los estamentos asistenciales, evaluado mediante estándares adecuados.



2. Los servicios asistenciales adoptarán el Código de Buenas Prácticas en Comunicación como instrumento guía en materia de información y comunicación con el paciente y su familia.
3. Los servicios asistenciales desarrollarán un Plan de Comunicación propio, dentro de la estrategia global de mejora de la calidad de la atención, que incluya aspectos como los espacios y el tiempo de dedicación.
4. El PIOA garantizará que los servicios asistenciales dispongan de material informativo de apoyo a la información verbal, de calidad contrastada.
5. Estas acciones estarán recogidas en los acuerdos de gestión de las unidades clínicas relacionadas con pacientes.

#### Evaluación

- 50% de profesionales con acreditación en formación básica en comunicación
- 100% de servicios que han adoptado el Código de Buenas Prácticas en comunicación y el Plan de Comunicación.
- 100% de acuerdos de gestión que acogen estos parámetros.
- Resultados de la encuesta de satisfacción de personas usuarias a desarrollar por el PIOA, con carácter bianual (ver línea 5).

## **LÍNEA 2. PREVENCIÓN PRIMARIA Y CONSEJO GENÉTICO**

### **Línea 2.1. Prevención Primaria**

#### Enunciado

Se estima que entre 5 y 7 casos de cáncer de cada 10 podrían evitarse si modificamos ciertos estilos de vida. De ahí que la prevención primaria, entendida como la disminución del número de casos de cáncer mediante la eliminación o disminución de la exposición a factores que lo provocan, sea la actuación más útil para disminuir los efectos de esta enfermedad.

#### Barreras

- Muchas de las medidas relacionadas con la mejora de los hábitos de vida, adolecen de una buena coordinación, persistencia en el tiempo y evaluación, lo que condiciona acciones fraccionadas y poco efectivas.
- La escasa concienciación de la ciudadanía sobre la relación existente entre ciertos hábitos y estilos de vida y el desarrollo de cánceres.
- Muchas de las medidas más necesarias y eficaces son impopulares y costosas (económica y socialmente).
- Los factores de riesgo se muestran asociados a menores niveles socioeconómicos, en los que también se detectan mayores dificultades de acceso a los mensajes generales de carácter preventivo.

### Objetivos

1. Contribuir de forma eficaz al desarrollo de estrategias coordinadas con otros Planes Integrales dirigidas a mejorar los estilos de vida.
2. Establecer un programa de actuación para exposiciones ambientales nocivas e irradiación solar.

### Acciones

1. Participar en el desarrollo de la estrategia del Código Andaluz para la Salud e implantación de la misma.
2. Utilización de la plataforma multicanal "Informarse.es salud" para promover la información sobre el cáncer y sus factores de riesgo entre la población general.
3. Establecer, desde el PIOA, un programa específico sobre los colectivos más susceptibles de intervención. Este programa contendrá:
  - a. Material informativo general de carácter positivo en relación a los estilos de vida y la prevención del cáncer.
  - b. Instrucciones de la red de atención y de recursos existentes en torno a los 4 factores básicos: tabaco, alimentación sana, obesidad y ejercicio físico.
  - c. Utilizar otros espacios asistenciales como son:
    - Dispositivos de diagnóstico precoz de cáncer de mama y cervix.
    - Gabinetes sanitarios de universidades, etc.
4. Promover y coordinar una acción informativa sobre la exposición solar y su protección, especialmente en la infancia.
5. Promover la vigilancia de la exposición medioambiental a sustancias cancerígenas, en colaboración con la Consejería de Medio Ambiente.

### Evaluación

- 100% de acciones de la estrategia del Código Andaluz para la Salud implantadas.
- 100% de unidades asistenciales que incorporan un paquete básico de prevención en sus objetivos y acuerdos de gestión.
- Nivel de implantación de este paquete básico de prevención.
- Desarrollo de sistema de vigilancia e información sobre riesgos medioambientales.
- Evolución de los hábitos de riesgo establecidos en la población andaluza y estimación de la proporción de cánceres evitados.



## Línea 2.2. Consejo Genético

### Enunciado

Se denomina Consejo Genético al conjunto de actividades que permiten alcanzar predicciones y plantear acciones para evitar la aparición de algunos tipos de cáncer, que se presentan siguiendo un patrón de asociación familiar.

Se trata de actividades complejas que inciden sobre personas presuntamente sanas, en las que cualquier actividad asistencial que conlleve molestias y riesgos para la salud debe ir acompañada de una información rigurosa que permita una decisión informada.

### Barreras

- El estudio de los cánceres hereditarios presenta ciertos problemas metodológicos ligados a la incertidumbre, debido al conocimiento parcial de la información genética.
- Se trata además de estudios complejos que requieren un entramado multidisciplinario muy riguroso y eficaz, tanto para la administración de los tratamientos o las medidas que se planteen como para el seguimiento de las mismas.
- En general se trata de actividades asistenciales en personas jóvenes o de mediana edad, que deberán perdurar en el tiempo.
- Los componentes éticos de este tipo de actividades resultan determinantes.

### Objetivos

1. Garantizar el acceso equitativo y riguroso (siguiendo los protocolos emanados de las mejores evidencias) de la totalidad de pacientes y ciudadanía susceptibles de recibir Consejo Genético a todas las actividades que conlleva.
2. Garantizar que quienes lo reciban obtengan un nivel de consejo (información y propuestas de acción) que permita una decisión informada de cada paciente, desde el respeto a su autonomía y la buena práctica.

### Acciones

1. De acuerdo con lo establecido en el Plan de Genética, facilitar desde el PIOA la diseminación entre Atención Primaria y Especializada, de los criterios de riesgo utilizados y de los protocolos de detección de casos.
2. Establecer el circuito asistencial (flujo de pacientes y respuesta terapéutica) ante la sospecha de casos de cáncer hereditario.
3. Asegurar la formación en genética y cáncer hereditario entre profesionales ligados al PIOA.
4. Colaborar con el Plan de Genética en el asesoramiento y evaluación de las situaciones clínicas, los test diagnósticos y los programas específicos para cada uno de los tumores en los que se establezca.
5. Colaborar con el Plan Andaluz de Genética en el desarrollo y la implantación, en el ámbito de la oncología, de las medidas que se prioricen.

### Evaluación

- Durante período 2007-2012 se crearán las tres unidades de Consejo Genético acreditadas siguiendo las directrices de Plan de Genética.
- Nº de pacientes y familias atendidas por sospecha de cáncer de mama y colon en las unidades de Consejo Genético.
- Medidas priorizadas implantadas.
- Evaluación de indicadores de calidad de las mismas.

### **LÍNEA 3. PREVENCIÓN SECUNDARIA. DIAGNÓSTICO PRECOZ**

#### Enunciado

El diagnóstico precoz de algunos cánceres ha permitido que gran número de pacientes se beneficien de un tratamiento más temprano, por lo tanto menos agresivo y más conservador, contribuyendo además a una disminución efectiva de la mortalidad por cáncer.

#### Barreras

- No tenemos un conocimiento exacto de la historia natural de los tumores.
- Existen dificultades metodológicas, ligadas a la propia definición del cribado en cáncer, relacionadas con las pruebas diagnósticas y su valor predictivo que condiciona todo su desarrollo.

- La existencia de controversias sobre la evaluación de los resultados finales.
- La información habitualmente usada para la presentación e invitación a participar da menos peso a los riesgos (y molestias) que a los beneficios, lo que condiciona la adherencia a los mismos y por tanto su efectividad.
- Supone introducir a personas sanas en una dinámica sanitaria que les ocasiona molestias y efectos indeseables.

#### Objetivos

1. Que el SSPA incorpore con prontitud las estrategias de diagnóstico precoz en cáncer de eficacia probada
2. Garantizar el acceso equitativo de toda la ciudadanía al diagnóstico precoz.
3. Que el método de cribado sea, en todo momento, el más adecuado. Es decir, basado en las mejores pruebas diagnósticas (las más eficaces y las más efectivas).
4. Evaluar de forma sistemática y rigurosa todo programa de cribado. Incorporar estos resultados reales a la información distribuida a la ciudadanía para garantizar una adhesión informada
5. Que aquellos casos detectados desde cualquiera de los programas de cribado se incorporen de manera fácil y rápida a la cadena asistencial.





## Acciones

1. La dirección General de Salud Pública coordinará, en colaboración con el PIOA una comisión de evaluación y planificación de los cribados en cáncer que tendrá como objetivo:
  - a. Dotar al SSPA de un instrumento para la toma de decisiones que sea participativo (profesionales, administración y ciudadanía), científico y ágil, para evaluar la necesidad de introducir nuevos cribados en cáncer o modificaciones de los existentes.
  - b. Asegurar que todos los cribados de cáncer que se planteen establezcan un sistema de evaluación (de proceso y de resultados).
  - c. Asegurar que el desarrollo del cribado la información que se suministra sobre el mismo, sean respetuosos con la autonomía de la ciudadanía.
2. Las actuaciones en los diferentes tumores serán:
  - a. En cáncer de mama:
    - Evaluar los resultados finales en términos de indicadores de proceso y mortalidad.
    - Evaluar de forma periódica la conveniencia o no de modificar las franjas de edad.
    - Corregir las inequidades de acceso y resultados.
  - b. En cáncer de cérvix:
    - Extender el cribado de carácter oportunista a toda la Comunidad Autónoma.
    - Asegurar una especial cobertura a las poblaciones de alto riesgo que se definan.
    - Asegurar la introducción de los test diagnósticos adecuados (determinación del virus del papiloma).
    - Evaluar los resultados finales en términos de indicadores de proceso y mortalidad.
    - Analizar y corregir las inequidades de acceso y resultados.
  - c. En cáncer colorrectal:
    - Diseñar el cribado piloto de cáncer de colon y recto en población de bajo riesgo.
    - Garantizar un circuito asistencial apropiado para pacientes de riesgo medio y alto.

## Evaluación

- Resultados periódicos de proceso en cribado de cáncer de mama y cérvix.
- Resultados finales de cribado de cáncer de mama y cérvix actualizados cada 3 años.
- Informes periódicos presentados de situación de las evidencias en torno a los modelos de cribado.

#### LÍNEA 4. SISTEMA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON CÁNCER

##### Enunciado

Los servicios relacionados con oncología tienen en estos momentos un buen nivel de coordinación, aunque su estructura resulta compleja y de difícil tránsito para gran número de pacientes (múltiples especialistas, consultas distintas, días...). De ahí la necesidad de avanzar, en estos momentos, hacia la integración de los dispositivos asistenciales con el fin de traducir la calidad asistencial a un nivel más visible para las personas enfermas y garantizar además, no sólo la equidad en el acceso si no también en los resultados.

##### Barreras

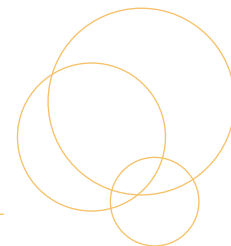
- Dificultad para el trabajo en equipo entre las diferentes unidades implicadas en la atención.
- Aumento significativo en la complejidad de los tratamientos oncológicos.
- La organización formal (distritos, hospitales, servicios) se adapta con dificultad al curso evolutivo de la enfermedad.
- Dificultad en introducir cambios en aspectos clínicos organizativos básicos (historia clínica única y compartida, coordinación interniveles...)
- Insuficiente cultura de evaluación de resultados en salud.

##### Objetivos

1. Alcanzar una organización asistencial centrada en cada paciente y sus expectativas.
2. Asegurar una distribución de recursos (materiales y humanos) que garantice una correcta secuencia de atención (diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación, apoyo psicológico y paliación).
3. Garantizar una Red Asistencial Integrada para la totalidad de pacientes con cáncer (tumores sólidos, oncohematología, tumores pediátricos, situación paliativa).

##### Acciones

1. Definir e implantar la Red Asistencial Integrada de atención a pacientes con cáncer.
2. Potenciar los instrumentos clínicos y organizativos necesarios.
3. Definir un Plan de Recursos de futuro y eficiente.
4. Establecer acciones específicas para colectivos especiales: pacientes en edad pediátrica, paciente terminal, diferencias de género, colectivos socialmente vulnerables.



## Línea 4.1. Red Asistencial Oncológica Integrada: definición e implantación

### Enunciado

La integración de la red asistencial requiere una decisión estratégica que sea, además, asumida por los diferentes perfiles profesionales y que incida en aquellas áreas que muestran posibilidades de mejora en la organización de la asistencia. Debemos por tanto incidir en que la organización asistencial permita que tanto pacientes como familiares perciban que nuestro objetivo es aportarles la mejor atención posible.

### Barreras

- Todavía, para un porcentaje de profesionales asistenciales, la calidad de la atención depende en exclusiva de sus conocimientos y de la calidad de su propia intervención, pero no de la manera de organizar la atención a sus pacientes.
- Por otro lado, entre quienes ejercen labores de gestión, se tiene a veces una visión contraria.
- Integración y acreditación despiertan aún reticencias en determinados profesionales.

### Objetivos

1. Garantizar que los diferentes dispositivos asistenciales constituyan una única Red Asistencial Integrada.
2. Esta Red mantendrá la conexión a través de los instrumentos clínicos: procesos asisten-

ciales integrados, protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, comisiones de tumores y equipos multidisciplinares.

3. Esta red tendrá como objetivo asegurar la equidad en el acceso a los tratamientos más eficaces, que se realicen sin demoras y que sean de carácter integral.

### Acciones

1. Establecer una línea de trabajo permanente que permita definir los criterios de calidad a alcanzar en cada servicio o unidad de la Red para todo el proceso asistencial (en relación con la Agencia de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía).
2. Promover la acreditación de las unidades y servicios pertenecientes a esta Red.
3. El PIOA asegurará el diseño de una organización funcional pensada y centrada en la atención a la persona en tanto que paciente (citas, esperas, agilidad, atención personalizada, organización de la demanda), particularmente en los hospitales de día Médicos, en los hospitales de día Oncohematológicos y en los Servicios de Radioterapia.

### Evaluación

- A lo largo del período 2007-2012, el 100% de las unidades pertenecerán a la Red.
- A lo largo del período 2007-2012, el 100% de las unidades de la Red se habrán acreditado.

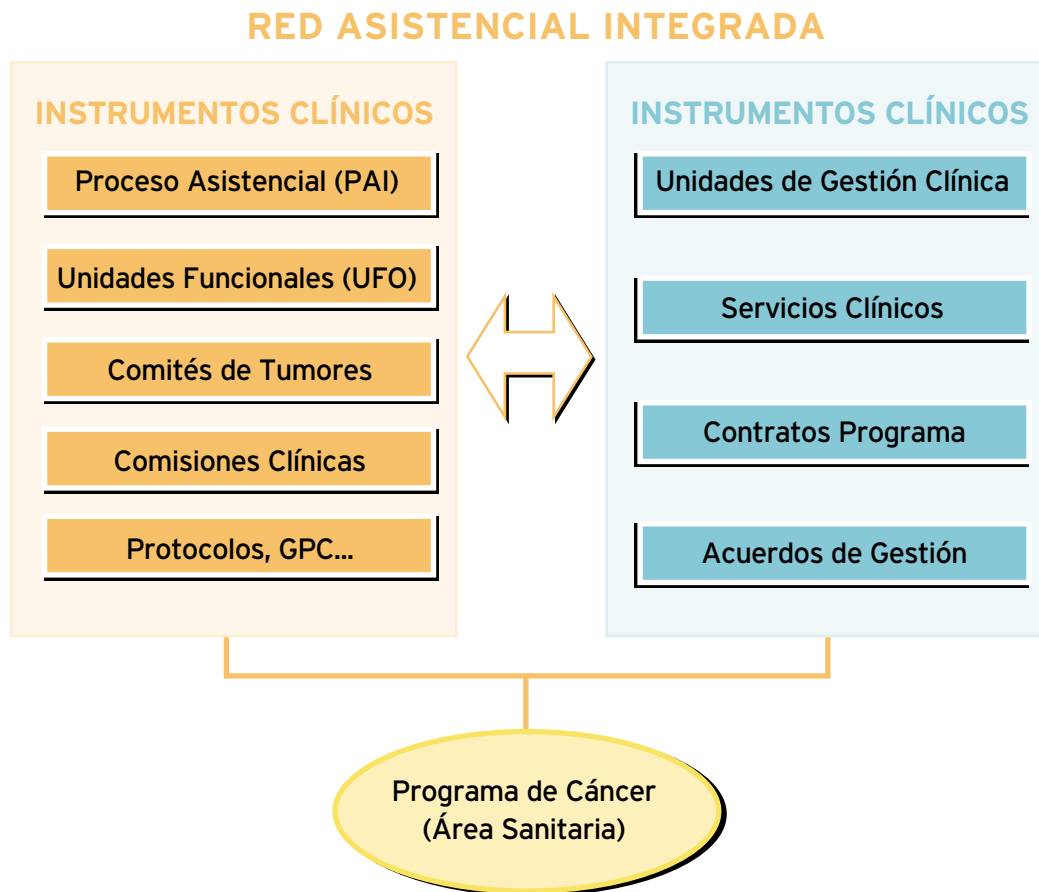
**Línea 4.2. Instrumentos clínicos y organizativos: definición e implantación**

Enunciado

Para el desarrollo de este modelo asistencial, basado en una Red de calidad, es necesario readaptar nuestra organización, especialmente en el uso sistemático de instrumentos clínicos. Debemos distinguir entre instrumentos de la práctica clínica

(procesos, protocolos, guías de práctica, Unidades Funcionales Oncológicas -UFO-, etc.) e instrumentos de gestión (Unidades de Gestión Clínica -UGC-). Ambos instrumentos se interrelacionan y sirven para conseguir los mismos objetivos: mejorar la comunicación e integración de cada paciente en la toma de decisiones, la continuidad asistencial, la investigación, la docencia y formación (figura 8).

**FIGURA 8.** Instrumentos clínicos y de gestión de la Red Asistencial Integrada.





### Barreras

- La escasa cultura de comunicación entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales dificulta, tanto la información a pacientes como la implantación de estrategias de acto único diagnóstico.
- Desigual valoración, entre profesionales, de la utilidad de los diferentes instrumentos clínicos y de gestión, como los Procesos Asistenciales Integrados y otros.
- Dificultades relacionadas con las competencias entre servicios y entre los diferentes colectivos expertos a la hora de implantar instrumentos de gestión.

### Objetivos

1. Implantar de forma eficaz todos los instrumentos (clínicos y de gestión) que han mostrado utilidad para mejorar la atención sanitaria en Andalucía.
2. Incluir todos los elementos de evaluación de la calidad en los contratos programa.

### Acciones

1. Asegurar que todos los hospitales tiene desarrollados los instrumentos básicos de coordinación: historia clínica única y compartida, comité central de tumores, subcomisiones clínicas, protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, así como el análisis de los 'puntos críticos' de la atención (demoras en diagnóstico y tratamientos).
2. Implantación y seguimiento de los Procesos

Asistenciales Integrados Oncológicos, lo que implica las siguientes acciones específicas:

- a. Asegurar la difusión de los procesos asistenciales integrados relacionados con la oncología.
  - b. Potenciar el papel de Atención Primaria en el manejo clínico y evolutivo de pacientes con procesos oncológicos.
  - c. Verificar la existencia de un conjunto de indicadores de cada proceso común para Atención Primaria y Especializada (indicadores de proceso, de calidad y de resultados).
  - d. Evaluar la implantación de los mismos mediante control de demoras, flujo de pacientes y protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
  - e. Asegurar la incorporación de las modificaciones necesarias del proceso a través de los grupos de mejora.
  - f. Elaborar toda la información de apoyo que se considere necesaria.
3. Promover la organización asistencial en Unidades Funcionales Integradas (UFO) al menos para las patologías más frecuentes (cánceres de mama, pulmón, colon y recto, próstata, cabeza y cuello), de acuerdo con la configuración y funcionamiento de las mismas elaborada por el PIOA. Estas deben contemplar tanto los procedimientos de diagnóstico, como de tratamiento quirúrgico.

4. Extender el modelo de Unidades de Gestión Clínica (UGC) a todos los servicios relacionados con pacientes de oncología, particularmente a los servicios de Oncología Médica, Radioterápica y Cuidados Paliativos, lo que implica las siguientes acciones específicas:

- a. Revisar y adaptar el modelo de acreditación de UGC a los requerimientos del ámbito oncológico.
- b. Incluir en los objetivos de los Contrato Programa de hospitales y distritos la creación de estas unidades. Especialmente entre los servicios de Oncología Médica y Radioterápica.

5. Implantación del Programa de Cáncer (PC) al menos en los centros de tercer nivel de complejidad y, en su caso, en las Áreas Sanitarias que se creen, siguiendo el modelo elaborado por el PIOA, lo que implica las siguientes acciones específicas:

- a. Elaboración del Programa de Cáncer específico del hospital o área, de acuerdo con las directrices del PIOA.
- b. Coordinación de los trabajos de acreditación de la Unidades y Servicios y de implantación de los PAI.
- c. Asegurar la incorporación de estrategias de prevención y promoción de la salud en el ámbito asistencial de que dependa.

#### Evaluación

- El 100% de hospitales tendrán desarrollados los instrumentos básicos de coordinación: historia clínica única, protocolos consensuados, seguimiento mínimo, subcomisiones clínicas y Comités de Tumores.
- Cumplimiento de los indicadores de calidad de los PAI oncológicos.
- El 100% de los hospitales tendrán desarrolladas Unidades Funcionales acreditadas para el tratamiento de los cánceres de mama, colorrectales, pulmón y próstata.
- El 100% de los hospitales habrán implantado y acreditado UGC de ámbito oncológico.
- El 100% de las áreas asistenciales y/o los 5 hospitales de mayor complejidad tendrán implantados Programas de Cáncer.
- Demoras: En el 100% de pacientes:
  - Inicio del procedimiento diagnóstico menor a dos semanas.
  - Quimioterapia: menor a 2 semanas tras la decisión.
  - Cirugía y radioterapia (cuando son el primer tratamiento): menores 4 semanas tras la decisión.



### Línea 4.3. Situaciones de especial atención

#### Línea 4.3.1 Edad pediátrica

##### Enunciado

La atención oncológica a pacientes en edad pediátrica afecta a una población que aunque no es muy numerosa (150 casos nuevos por año en nuestra Comunidad Autónoma) despierta una especial sensibilidad. Por otra parte, los avances obtenidos en las últimas décadas nos permiten plantearnos los resultados a más largo plazo, es decir, pensar además de en su curación y en la calidad de vida en la futura edad adulta.

##### Barreras

- Quizá las principales barreras para la correcta atención de este tipo de pacientes en nuestro medio sean la atomización de muchas de las unidades existentes.

##### Objetivos

1. Conseguir una red de atención a menores con cáncer que reúna los criterios de calidad aceptados internacionalmente.
2. Atender de forma satisfactoria los aspectos emocionales, educativos y de desarrollo de esta población.

##### Acciones

1. Completar la implantación del Registro de Tumores Infantiles de Andalucía (en adelante RETINA).
2. Completar la implantación de una red, basada en 3 unidades centralizadas de atención

de alto nivel de complejidad, que reúna los requisitos reconocidos internacionalmente.

3. Acreditación externa de estas unidades y establecimiento de conexiones funcionales con unidades satélites.
4. Diseñar una estrategia de centralización de tratamientos, quirúrgicos y radioterápicos, adecuada a la complejidad de los procesos y al número de casos.

##### Evaluación

- 100% Unidades acreditadas.
- 100% Cobertura del RETINA y análisis de supervivencia a 5 años.
- Resultado encuesta de satisfacción a madres y padres.

#### Línea 4.3.2 Pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos

##### Enunciado

Las personas con enfermedad avanzada susceptible sólo de tratamiento paliativo merecen una especial atención por parte del SSPA. Tanto por el nivel de sufrimiento al que hacen frente (paciente y familia), como por tratarse de una situación clínica en la que el beneficio es enorme si la atención es adecuada. El PIOA 2002-2006 llevó a cabo una estrategia amplia de Cuidados Paliativos que deberá completar su desarrollo, en esta nueva etapa, en el marco del Plan de Cuidados Paliativos de Andalucía.

#### Barreras

- Existencia de una red de dispositivos socio-sanitarios de implantación irregular en la actualidad.

#### Objetivos

1. Completar el desarrollo de la estrategia de Cuidados Paliativos, en el marco del Plan de Cuidados Paliativos y otros Planes relacionados, de manera que se garantice una atención integral a toda la población que precise este tipo de cuidados, con criterios de equidad y calidad.

#### Acciones

1. Definir los pasos necesarios a impulsar desde el PIOA, en el marco del nuevo Plan de Cuidados Paliativos.
2. Establecer la necesaria relación con la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social para mejorar la atención sociosanitaria a esta población<sup>7</sup>.
3. Completar la oferta asistencial iniciada en el I PIOA para este grupo de pacientes y a sus familias (apoyo psicológico, rehabilitación...)
4. Dotar a la organización de estos cuidados de una autonomía funcional adecuada, definiendo la relación organizativa en el marco del nuevo Plan de Cuidados Paliativos.

#### Evaluación

- Cumplimiento de los indicadores de calidad establecidos en el PAI de Cuidados Paliativos.

- Cumplimiento de los objetivos que establezca el Plan de Cuidados Paliativos en el ámbito del PIOA.

- 100% de ratios planteados en oferta asistencial.

#### **Línea 4.4. Plan de Recursos**

##### Enunciado

La atención a la persona con cáncer se caracteriza por ser una de las áreas de la atención sanitaria más sometida a cambios y avances tecnológicos de todo tipo. Un Plan como el que proponemos requiere una constante evaluación, recambio e incorporación de recursos. Los recursos tecnológicos deberán tener en cuenta el desarrollo futuro previsible y los recursos humanos deberán ser coherentes con los modelos de competencia y reunir los requisitos específicos de formación necesarios.

##### Barreras

- Fuerte presión de la industria que tiene como principal objetivo la lucha por espacios de mercado.
- Falta de evaluaciones de muchas tecnologías, pese a que no toda la tecnología tiene la misma efectividad probada ni el mismo coste efectividad.
- Atomización y usos no funcionales de los recursos existentes
- Profusión de información en múltiples soportes sobre los beneficios (no contrasta-

(7) La planificación final de esta atención se verá sujeta a lo que establezca el Plan de Cuidados Paliativos para este ámbito de actuación.





dos) de gran cantidad de intervenciones diagnósticas y terapéuticas

unidad en cada provincia y /o una ratio de 1/10<sup>6</sup> habitantes.

### Objetivos

1. Alcanzar un nivel de recursos adecuado (acorde con las ratios aceptadas para los países de nuestro entorno cuando los hubiere), para administrar con calidad los tratamientos más convenientes.
2. Distribución de los recursos con criterios de equidad, sostenibilidad y coherencia con el SSPA.

### Acciones

1. Establecimiento de los procedimientos y los espacios de discusión (Línea 9) apropiados, para la evaluación sistemática y explícita de las evidencias, que permitan una toma de decisiones basadas en pruebas. Estos procedimientos contarán con la participación de profesionales de la gestión, asistenciales y personal experto en evaluación.
2. Equipamiento en Radioterapia. Se destinarán los recursos económicos necesarios para la adquisición de tecnología en Radioterapia al objeto de:
  - a. Completar el equipamiento de unidades públicas de alta energía que permita alcanzar un índice de 4,5-5 unidades por 10<sup>6</sup> habitantes con distribución geográfica homogénea. Esto supone un total de 33 a 37 unidades.
  - b. Completar el equipamiento en braquiterapia hasta alcanzar al menos una

### 3. Oncología Médica.

- a. Completar la red de unidades de tratamiento en hospitales comarcales con las tres previstas, de acuerdo con las características funcionales y técnicas asumidas desde el SSPA. Evaluar nuevas unidades en razón de distribución geográfica y accesibilidad.
- b. Asegurar que la incorporación de las novedades en los tratamientos oncológicos se haga de forma rápida, basada en las evidencias y valorando la efectividad.

### 4. Cuidados paliativos<sup>8</sup>.

- a. Completar la creación de los equipos de soporte de cuidados paliativos (ESCP) previstos, hasta alcanzar una ratio de 1 por cada 125-150.000 habitantes (entre 52 y 62).
- b. Completar la dotación de camas específicas para pacientes de alta complejidad hasta alcanzar una proporción de 7,5 camas por 10<sup>5</sup> habitantes.

### 5. Cirugía Oncológica.

- a. Analizar las necesidades reales para el tratamiento quirúrgico adecuado de los tumores de especial complejidad, que precisan organizaciones asistenciales definidas y especialización de equipos de profesionales.

(8) La planificación y dotación final de estos recursos se verá sujeta a lo que establezca el Plan de Cuidados Paliativos para este ámbito de actuación.

## 6. Unidades de Apoyo.

- a. Durante el período de vigencia de este Plan se completará la dotación necesaria para desarrollar el programa de Apoyo Psicológico a los pacientes con cáncer y sus familiares. Para el desarrollo de esta labor de apoyo específico y especializado, se incorporarán profesionales de la psicología clínica, que realizarán sus funciones en el contexto de la red de Salud Mental, desarrollando programas específicos de intervención conjunta y con el apoyo desde los dispositivos comunitarios de Salud Mental.
  
- b. Creación de las unidades de Consejo Genético necesarias para la población andaluza, de acuerdo con el Plan de Genética.

### Evaluación

- Nº de Informes de evaluación elaborados previo a la incorporación de nueva tecnología.
- Consecución de los ratios planteados en equipamiento de radioterapia.
- Consecución de los ratios planteados en dispositivos de cuidados paliativos.
- Consecución del mapa de unidades de hospitales comarcales.

## LÍNEA 5. PARTICIPACIÓN CIUDADANA: CIUDADANÍA, PACIENTES, ASOCIACIONES Y VOLUNTARIADO

### Enunciado

Parte de las necesidades de las personas con problemas oncológicos, sólo van a ser atendidas desde espacios donde se sientan iguales y compartan una misma trayectoria (grupos autoayuda, asociaciones de pacientes). De ahí la importancia de una acción voluntaria abierta al mayor número de personas y ámbitos. Esto contribuirá, por un lado a hacer más visible esta enfermedad, creando redes sociales que fomenten una actitud más positiva y, por otro, a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Asegurar la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones respecto a su salud garantiza el cumplimiento de sus derechos, al tiempo que eleva su nivel de satisfacción con los servicios sanitarios, a los que además aporta excelencia.

### Barreras

- Participación desigual y en general sin un carácter estructurado y sistemático.
- Existe también la percepción de que las asociaciones de pacientes se centran en un papel reivindicativo con poco desarrollo de las funciones de complementariedad y acompañamiento.
- Falta de formación homogénea y específica en el voluntariado que colabora con los servicios sanitarios.



### Objetivos

1. Facilitar la interacción positiva entre la ciudadanía y la administración sanitaria en torno al cáncer.
2. Facilitar que esta interacción se produzca también en el ámbito asistencial, propiciando así la relación entre profesionales asistenciales y pacientes, familiares y sus asociaciones.
3. Contribuir a que esta participación se constituya en instrumento que beneficie al conjunto de la sociedad y propicie el debate en torno a la gestión sanitaria (entendida ésta de una manera amplia).
4. Definir las líneas de actuación del voluntariado en torno al problema del cáncer, para que sean coherentes con los objetivos y fines del SSPA y respondan a las expectativas de pacientes y familiares.
3. Definir unos criterios básicos y consensuados con los agentes implicados para formar al voluntariado (en materia de habilidades de comunicación, actitudes positivas, manejo de la información, acciones a desarrollar, etc.)
4. Participar de forma activa en la formación y asesoramiento del voluntariado que trabaja en el SSPA a través de sus organizaciones.
5. Propiciar la creación de espacios de información y debate entre pacientes y dispositivos asistenciales. La creación de estos espacios estará incluida en los objetivos de las UGC y los Contratos Programa y serán gestionados desde las respectivas Direcciones.
6. Dotar a ONConocimiento de un foro de participación abierto a ciudadanía y pacientes, gestionado desde la dirección del PIOA.

### Acciones

1. Crear el Consejo de Representación de las Asociaciones de Pacientes con el fin de informar y debatir sobre el desarrollo del PIOA. Definir sus funciones y estructura de trabajo.
2. Realización, desde el PIOA, de un estudio de necesidades y expectativas de pacientes y familiares en cuanto a las acciones a realizar (qué acciones y en qué momento podrían ser beneficiosas para dichos colectivos) por parte del voluntariado.

### Evaluación

- Dos reuniones por año del Consejo de Representación de las Asociaciones de Pacientes.
- Nº de acciones formativas referentes al voluntariado.
- 50% de personas voluntarias con formación acreditada.
- 100% de centros sanitarios con puesta en marcha de espacios de información y debate.
- Nº de consultas realizadas al foro de pacientes de ONConocimiento.

## LÍNEA 6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

### Enunciado

Los sistemas de información son elementos indispensables en la implantación y desarrollo de cualquier proyecto de trabajo, siempre que registren la información adecuada y se doten de sistemas que hagan fácil su uso. En el caso del cáncer se requiere información que permita evaluar su magnitud y su probable evolución en el tiempo.

Deben, además, proporcionar una base para la investigación sobre las causas del cáncer y su prevención, así como sobre las tendencias de los factores de riesgo. Finalmente, deben servir para realizar el seguimiento y conocer los efectos que producen las intervenciones de prevención, de detección precoz, tratamiento y cuidados paliativos (resultados).

La gestión de toda esta información posibilitará la planificación y evaluación de la atención oncológica.

### Barreras

- Los sistemas de información resultan complejos en su implantación y dependen de un soporte tecnológico adecuado y de múltiples informantes (personas y fuentes de información).
- El avance tecnológico exige que estos sistemas se encuentren en continuo cambio.

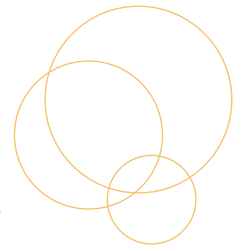
- La existencia de diversos colectivos usuarios de la información dificulta la definición de indicadores, la selección de los contenidos más relevantes y los procedimientos para obtenerlos.
- Dificultad de acceso a cierto tipo de información que, sin embargo, está disponible.

### Objetivos

1. Participar en la estrategia de dotar al SSPA de un sistema de información útil e integrado para la vigilancia del cáncer (asistencia, gestión, evaluación de resultados, generación de hipótesis y nuevas preguntas).
2. Propiciar un sistema que se nutra de fuentes de información de tipo general, validadas y analizadas.
3. Garantizar que los registros específicos de cáncer estén integrados en el resto de los sistemas de información del SSPA.
4. El PIOA generará de forma autónoma la información no recogida por los demás procedimientos y que se considere de interés.

### Acciones

1. Registros de cáncer de base poblacional. Participar en el desarrollo, mantenimiento y utilización de una red de registros de cáncer de base poblacional que incluya al menos el 50% de la población andaluza, las principales áreas de interés epidemiológico, así como los tumores infantiles.



2. Sistema de información específico de cáncer. Coordinar el desarrollo, mantenimiento y utilización de un sistema de información específico de cáncer que proporcione datos globales y por centros /áreas sanitarias sobre:

- Actividad asistencial de interés.
- Procesos Asistenciales Integrados.
- Variabilidad y uso apropiado de tecnología.
- Supervivencia.
- Calidad asistencial.

3. Estudios específicos. Desde el PIOA (línea 9) se realizarán estudios de diseño y objetivos específicos para completar la información generada por los sistemas de información disponibles.

4. Participar en el desarrollo, mantenimiento y utilización de un sistema de información sobre indicadores específicos para la vigilancia en salud pública sobre el cáncer, que nos permitan detectar desigualdades y realizar comparaciones a nivel nacional y a nivel europeo.

5. Desarrollar la vigilancia del cáncer en Andalucía, que incluya la evaluación de resultados en Salud Pública, de acuerdo con los criterios establecidos por la Consejería de Salud<sup>9</sup>.

6. El PIOA elaborará con carácter trianual un Documento Informativo Resumen de los resultados obtenidos en el conjunto de los sistemas de información relativos a cáncer.

#### Evaluación

- Durante el período 2007-2012 alcanzar un 50 % de población cubierta por registro poblacional de cáncer.
- Dos documentos Informativos Resumen Trianual generados por el PIOA durante el período 2007-2012.
- Evaluación de los indicadores específicos propuestos para la vigilancia del cáncer.
- Dos estudios específicos llevados a cabo desde el PIOA sobre resultados durante el período 2007-2012.

(9) Consejería de Salud. Vigilancia del cáncer en Andalucía: evaluación de resultados en salud pública. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006.

## LÍNEA 7. FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

### Enunciado

La formación es un ingrediente clave en esta estrategia de cáncer. Alrededor de esta enfermedad los conocimientos aumentan y cambian muy rápidamente y la repercusión de estos cambios en las habilidades y actitudes de cada profesional son determinantes. Por tanto el PIOA debe tener abierta una línea de trabajo que esté atenta a estos cambios e incida en la formación de los colectivos profesionales del SSPA, desde los estudios de grado hasta la formación continuada, favoreciendo el acceso al postgrado, títulos master y doctorado, de las áreas de conocimiento relacionadas con el cáncer de todos sus profesionales.

### Barreras

- No todas las acciones tienen la misma validez, desde el punto de vista de cambio de habilidades y conocimientos.
- Se percibe, además, una oferta muy amplia con acciones que acaban compitiendo entre sí.

### Objetivos

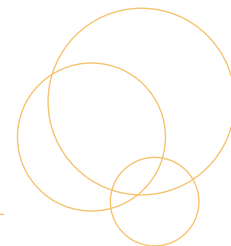
Dotar al SSPA de un sistema de priorización de necesidades formativas para los perfiles profesionales relacionados con el paciente oncológico.

1. Hacer que las lagunas de formación se cubran mediante acciones de calidad y rentabilidad probadas.

2. Influir en los programas de formación de grado y postgrado en las áreas que se consideren de especial importancia para la mejora de la atención a pacientes con enfermedades oncológicas.

### Acciones

1. Estudios de grado: Potenciar los espacios curriculares dedicados a la enseñanza en oncología, propiciando una formación teórica y práctica integrada.
2. Estudios de postgrado: Colaborar en el diseño de la formación de este nivel de todas las categorías profesionales.
3. Definir y establecer el seguimiento de áreas concretas de formación de interés (promoción de estilos de vida saludables, paliación, comunicación e información...) para la mejora de la atención a pacientes con cáncer en todas las categorías profesionales (medicina, enfermería, psicología, auxiliares, celadores...)
4. Participar en la formación modular de residentes en los espacios de comunicación, metodología, evaluación de uso apropiado y cuidados paliativos.
5. Impulsar la acreditación de profesionales en las áreas de oncología (de medicina y de enfermería) en el Sistema de Acreditación de Profesionales.



### Evaluación

- Durante el período de vigencia de este Plan conseguir que el 100% de profesionales del SSPA tengan formación básica acreditada en estrategias de prevención primaria, información y comunicación.
- Durante el período de vigencia este Plan conseguir un 50% de profesionales sometidos a procesos de acreditación.
- Programa de difusión del Plan en todas las Facultades de Medicina y Enfermería de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Programas de formación de grado y de especialización que contribuyan a una formación integral en oncología.

## **LÍNEA 8. INVESTIGACIÓN**

### Enunciado

La investigación entendida en su sentido más amplio (tener preguntas relevantes, que es necesario contestar y para las que establecemos las mejores estrategias que permitan resolverlas) no puede separarse del resto de las estrategias de mejora de la atención sanitaria, especialmente en el área de cáncer. Para alcanzar una mejora en los resultados de salud o en la satisfacción de pacientes es necesaria una investigación estructurada e inmersa en los propios dispositivos asistenciales, es decir en sus dinámicas de trabajo.

La investigación en oncología es muy variada y afecta a todas las parcelas de la enfermedad (desde la etiológica hasta la investigación en servicios sanitarios, pasando por la investigación básica y traslacional). Por tanto, desde el punto de vista de un Plan Integral de cáncer, integrado en el sistema sanitario público, no se debe olvidar la investigación en prevención e identificación de factores de riesgo, así como la investigación en áreas que permitan mejorar la atención al paciente, no solo desde la perspectiva clínica.

### Barreras

- Excesiva atomización de la investigación oncológica en Andalucía. Falta todavía generar mayor cantidad de grupos mixtos de trabajo bien coordinados.

- Insuficiente investigación sobre algunos temas. Por ejemplo, la investigación etiológica es particularmente escasa, lo que dificulta la prevención primaria.
- La investigación clínica se entiende en exceso vinculada al ensayo clínico controlado, dependiente, en la mayor parte de los casos, de la industria farmacéutica.
- Insuficiente relación entre equipos clínicos, de investigación básica o epidemiológica, con lo cual la investigación traslacional todavía es escasa.

#### Objetivos

1. Establecer las áreas prioritarias en investigación oncológica en Andalucía para el SSPA.
  2. Contribuir a crear una red de profesionales que investiguen en cáncer y de centros de investigación que apliquen criterios de excelencia investigadora, cooperativa, interdisciplinaria y traslacional.
  3. Promover y coordinar estudios de investigación propios centrados en: a) resultados en salud, sistemas de atención y calidad de la atención, b) evaluación del uso apropiado, c) práctica clínica y d) investigación cualitativa.
2. Promover y coordinar la creación de Institutos Mixtos de Investigación en Cáncer centrados en la investigación de excelencia, cooperativa, interdisciplinaria y traslacional.
  3. Se promoverán líneas de investigación traslacional en el seno de las Unidades Funcionales de Oncología y de las Unidades de Gestión Clínica.
  4. Establecer una línea de trabajo propia desde la dirección del PIOA que coordine y ejecute los estudios específicos que resulten de interés (línea 9), así como investigación epidemiológica a partir de la información de los registros de cáncer.
  5. Promover que se lleven a cabo en Andalucía ensayos clínicos controlados de calidad metodológica y del mayor interés asistencial.
  6. Incorporar a ONConocimiento una red de información entre centros de investigación que identifique las líneas de trabajo llevadas a cabo y sirva de foro multidisciplinar para el debate y el intercambio.
  7. Difundir de forma periódica a la opinión pública los esfuerzos, recursos empleados y los resultados alcanzados en las líneas de trabajo existentes.

#### Acciones

1. Promover y coordinar una Comisión de Investigación en Cáncer de Andalucía dependiente de la Consejería de Salud, que defina y promueva las líneas de investigación prioritarias en el SSPA.

#### Evaluación

- Durante el período de desarrollo de este Plan alcanzar un 50% de proyectos de evaluación financiados por agencias externas, de acuerdo a la priorización que se establezca por la Comisión.





- El 50% de las UFO y las UGC tendrán proyectos de investigación coordinados dentro de grupos mixtos (básicos-clínicos-epidemiológicos).
- Incremento de un 50% de la producción científica relacionada con las líneas prioritarias respecto al inicio del periodo.
- Incremento de un 50% en ECC fase II.

## **LÍNEA 9. EVALUACIÓN CONTINUADA DEL PLAN: DESARROLLO E IMPACTO**

### Enunciado

Cualquier instrumento de planificación sanitaria necesita de respuestas específicas y propias en determinados momentos, que debe ser capaz de obtener o generar. Los Planes Integrales incorporan la evaluación continuada como una de sus estrategias básicas de trabajo y, de hecho, todas las líneas definidas en este PIOA 2007-2012, necesitan de la puesta en marcha de medidas de evaluación de carácter periódico, estructuradas y coordinadas, así como de investigación propia. Este plan oncológico debe participar de la necesidad de avanzar en el conocimiento que el cáncer, como problema de salud, plantea y necesita.

### Barreras

- Fuentes de información que pueden resultar claves, permanecen aisladas y opacas por la propia dinámica del trabajo clínico y de gestión.
- El trabajo del día a día dificulta que incorporemos en las dinámicas de trabajo (clínico y de gestión) un criterio de evaluación y mejora continua.

### Objetivos

1. Dotar al PIOA de unos instrumentos que aseguren la generación de información necesaria, que haga de la planificación oncológica un proceso vivo y rico en debates científicos.

2. Asegurar la utilización de una metodología de trabajo participativa y con rigor metodológico.
3. Completar los cocimientos necesarios en determinadas parcelas límites entre diferentes instituciones o dispositivos.

#### Acciones

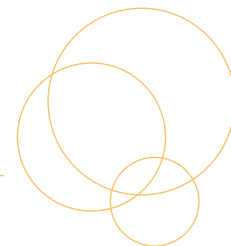
1. La dirección del PIOA coordinará la creación y el funcionamiento de una unidad de apoyo de evaluación, en colaboración con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), que se encargará de los siguientes cometidos.
  - a. Promover y coordinar estudios de evaluación propios centrados en:
    - Resultados, servicio de salud y calidad de la atención.
    - Práctica clínica: variabilidad y puntos críticos de buenas prácticas.
    - Investigación Cualitativa. Satisfacción de pacientes.
    - Evaluación de resultados en Salud Pública.
    - Desigualdades, por razones sociales o de género, en oncología.
  - b. Incorporación y evaluación de uso apropiado de tecnología relacionada con la persona enferma, incluyendo medicamentos.
  - c. Promover, llevar a cabo y/o coordinar los ensayos con medicamentos que se estimen de interés (fases III, IV o EPA).
2. Elaboración trianual de un Documento Informativo Resumen de los resultados obtenidos en el conjunto de los sistemas de información relativos a cáncer.
3. Establecer la cooperación necesaria con el resto de CCAA, así como con países de nuestro entorno (Portugal, Norte de África y resto de países europeos), centrada en la constitución de una red de Planes de cáncer.
4. Llevar a cabo, de forma autónoma, auditorias externas y evaluaciones de servicios oncológicos.
5. Mantener y extender el uso de la plataforma ONConocimiento al servicio de equipos profesionales, pacientes y familiares.

#### Evaluación

- Durante el período de vigencia de este Plan obtener dos proyectos propios con financiación externa.
- Durante el período de vigencia de este Plan llevar a cabo dos ensayos postautorización de medicamentos.
- Durante el período de vigencia de este Plan producir dos Documentos Informativos Resumen.
- Durante el período de vigencia de este Plan evaluar los 15 servicios de OM y OR.







## 5 EVALUACIÓN Y COORDINACIÓN

### 1. Evaluación de las diferentes líneas: Indicadores

Las líneas de trabajo presentadas para el PIOA 2007-2012 se acompañan de una propuesta de procedimientos para la evaluación de su implantación.

### 2. Provincialización

Las diferentes estrategias planteadas, deben tener una traducción a nivel de cada provincia, que debe garantizar el seguimiento y la evaluación de las mismas. Dicha provincialización del PIOA deberá tener un carácter operativo y formar parte de la memoria funcional del PIOA, recogiendo la traducción de cada línea de trabajo en el contexto de cada provincia y de los planes provincializados de salud.

### 3. Contrato-Programa

Los Contratos-programa que se formalicen en los distintos niveles deben recoger de manera explícita objetivos y estrategias relacionadas con el PIOA en el ámbito de que se trate. Estos objetivos se establecerán desde el PIOA, con la aprobación de la DGAS y la DGSP, con carácter periódico y la revisión de su cumplimiento será una parte de la evaluación del propio PIOA.

### 4. Comisión de seguimiento de los Planes

El cuarto nivel de evaluación del PIOA viene dado por la presentación periódica de resultados a la Comisión de Seguimiento de los PI. En dicha comisión se presentarán:

- Los resultados de la implantación de cada línea de trabajo.
- Análisis de dificultades y barreras.
- Seguimiento económico.

### 5. Consejo de Representación de las Asociaciones de Pacientes

Este Consejo tiene, así mismo, un carácter evaluador y consultivo.

### 6. Estructura funcional de coordinación prevista

Para desarrollar las actividades previstas el Plan deberá dotarse de una estructura de coordinación propia. Esta estructura de coordinación podrá estar integrada por las siguientes comisiones y grupos de trabajo:

1. Comisión de Estrategia "Código Andaluz para la Salud", formada por representantes de los Planes Implicados y coordinada por la DGSP.
2. Comisión Asistencial, formada por profesionales del ámbito hospitalario (comisiones de tumores de los centros). Se centrará en la Red Asistencial Integrada y en los instrumentos clínicos y

de gestión necesarios. Coordinada por la dirección del PIOA.

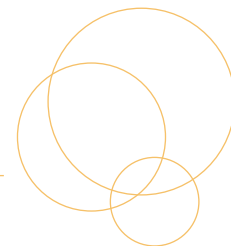
3. Comisión de Investigación en Cáncer de Andalucía. Coordinada por la dirección del PIOA.
4. Grupo de trabajo sobre sistema de información específico de cáncer, formada por profesionales del SAS y de la Consejería de Salud que tengan relación con los sistemas de información.
5. Grupo de trabajo sobre Cuidados Paliativos<sup>10</sup>, formado por profesionales de este ámbito, representantes de Planes y programas relacionados, así como de las Consejerías implicadas.
6. Grupo de trabajo sobre evaluación y planificación de los cribados, formado por profesionales con experiencia reconocida en este ámbito y por responsables en la toma de decisiones en esta área.

(10) La composición y funciones de este grupo de trabajo podrá reformularse en función del nuevo Plan de Cuidados Paliativos.









## 6 RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012 se organiza en torno a 9 líneas de trabajo que contienen un total de 46 objetivos específicos y 77 acciones, que se orientan hacia la consecución de los 6 objetivos generales.

Las acciones presentadas pretenden conseguir una atención sanitaria centrada en la persona enferma, de forma que ésta perciba que se le ofrece un trato integral (que incluye aspectos físicos, emocionales y sociales). Se plantea para ello, que los dispositivos sanitarios hagan un esfuerzo en conseguir una mayor integración en la organización de sus actividades, mediante la cooperación y el trabajo compartido. Se pretende, a su vez, proporcionar una atención que sea equitativa en cuanto al acceso de toda la ciudadanía a las mejores opciones de tratamiento (efectivos y de evidencia probada) pero, también equitativa en cuanto a los resultados que se les puedan proporcionar para su mejoría o curación. Por ello, calidad asistencial y evaluación de resultados son dos aspectos muy presentes en todas las líneas planteadas. De forma resumida, las principales estrategias propuestas son las siguientes:

1. Se plantea el Código Andaluz para la Salud como línea motriz para actuar sobre los estilos de vida y los factores de riesgo que más se asocian con el cáncer (tabaco, alimentación equilibrada y ejercicio físico), mediante la coordinación entre los diferentes Planes Integrales y sus estrategias específicas de difusión.
2. Se plantea promover el desarrollo de la vigilancia del cáncer en Andalucía, incluyendo la evaluación de resultados en Salud Pública (de acuerdo con los criterios establecidos por la Consejería de Salud).
3. Los servicios asistenciales adoptarán un compromiso de Buenas Prácticas en Comunicación como instrumento guía en materia de información y comunicación con pacientes y familiares. Este instrumento servirá para que desarrollen un Plan de Comunicación propio.
4. Los cribados en cáncer (nuevos o modificaciones de los existentes) tienen una gran repercusión social. Las decisiones en torno a ellos deberán tomarse mediante un procedimiento que sea participativo (profesionales, administración y ciudadanía), científico y ágil. De esta forma, el SSPA dará la respuesta óptima a estas cuestiones y evaluará los resultados de los cribados ya establecidos.
5. Todos los dispositivos asistenciales relacionados con el ámbito de la oncología se organizarán a través de una Red Asistencial Integrada. Esta red

asegurará una acreditación de calidad de todas las unidades y servicios y un buen uso de los instrumentos clínicos y de gestión de que disponemos (Procesos Asistenciales, Unidades Funcionales y Unidades de Gestión Clínica).

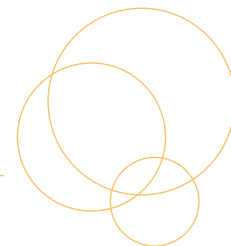
6. Dentro de esta Red se incluyen estrategias para pacientes en edad pediátrica, pacientes con leucemias y linfomas y personas en situación de enfermedad avanzada y susceptible sólo de cuidados paliativos. Para estas últimas, se establece la convergencia con el Plan de Cuidados Paliativos de Andalucía, que ampliará la estrategia a pacientes con enfermedades no oncológicas e incorporará la necesaria perspectiva sociosanitaria, integradora de todos los recursos.
7. Desde el PIOA existe el compromiso claro de trabajar eficazmente con el voluntariado y las asociaciones ciudadanas. De manera particular hemos de dar cabida a espacios de información y debate entre pacientes y dispositivos asistenciales a nivel de centro sanitario. También se dotará la plataforma ONConocimiento de un foro de participación abierto.
8. Al final de este período alcanzaremos una red de registros de cáncer de base poblacional que incluya al menos el 50% de la población andaluza (incluida la totalidad de la población infantil). Esta información se completa-

rá con un Sistema de Información específico de cáncer, que proporcione datos globales y por centros /áreas sanitarias, sobre actividad asistencial de interés, variabilidad y uso apropiado de tecnología, supervivencia y calidad asistencial, que puedan ser presentados de forma periódica (trianual).

9. Una Comisión de Investigación en Cáncer de Andalucía, dependiente de la Consejería de Salud, definirá las líneas de investigación prioritarias en el SSPA y la creación de Institutos Mixtos de Investigación en Cáncer centrados en la investigación de excelencia, cooperativa, interdisciplinaria y traslacional.
10. Finalmente, la dirección del PIOA establecerá líneas de coordinación con las diferentes unidades del SSPA para promover estudios de investigación (sobre resultados, calidad de la práctica clínica, satisfacción de pacientes y desigualdades en salud), evaluar el uso apropiado de tecnología y asesorar en los ensayos con medicamentos que se estimen de interés.
11. Para la consecución de estos objetivos será necesario alcanzar unos recursos adecuados (acorde con las ratios aceptados para los países de nuestro entorno cuando los hubiere), distribuidos con criterios de equidad y coherencia con el SSPA.







## 7 COMPROMISOS CON LAS PERSONAS A LAS QUE ATENDEMOS

Dado que los objetivos de este Plan son muy extensos, nos planteamos subrayar aquí algunos compromisos claros con la sociedad, las personas y las familias a las que atendemos, de forma que éstas puedan percibir un avance real en la solución de algunas de sus necesidades y expectativas.

- **Nos comprometemos a mejorar la calidad de los tratamientos.**

- Todas las personas con diagnóstico de cáncer recibirán una propuesta de tratamiento tomada por un equipo de profesionales multidisciplinar.

- **Nos comprometemos a mejorar la gestión de los tiempos de espera.**

- Toda persona con sospecha de cáncer comenzará las pruebas diagnósticas confirmatorias en un plazo máximo de dos semanas.
- Los tratamientos con cirugía y radioterapia no se demorarán más de 4 semanas desde que la decisión se haya tomado.
- Los tiempos de espera para la administración de quimioterapia ambulatoria serán los menores posibles según la complejidad del tratamiento.
- El tiempo de espera para los resultados de las pruebas diagnósticas será el mínimo que la técnica permita.

- **Nos comprometemos a mejorar los espacios de atención.**

- Las salas de espera, espacios de consulta y encamación serán cómodos, bien equipados y diseñados para respetar la intimidad de las personas enfermas.
- Se facilitará que las personas con cáncer que requieran ser hospitalizadas durante su enfermedad puedan permanecer ingresadas en una habitación individual.

● **Nos comprometemos a estar siempre cerca.**

- Cada paciente tendrá un profesional de referencia que centralice las consultas y sus dudas sobre el proceso. Así, cada paciente conocerá el nombre, número de teléfono directo y horario de atención de su referente profesional.

● **Nos comprometemos a informarle adaptándonos a sus necesidades.**

- Cada paciente recibirá una información adecuada y adaptada a su capacidad y necesidad de información.
- Esta información será verbal y se completará con otros materiales sobre el diagnóstico, tratamientos, riesgos y beneficios.
- La información escrita será de fácil comprensión y en lenguaje accesible

● **Nos comprometemos a que el equipo de profesionales que rodea a cada paciente tenga la coordinación adecuada.**

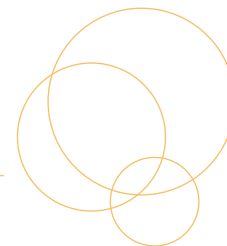
- Cada profesional de referencia contactará con el equipo de Atención Primaria y le informará del proceso de diagnóstico y tratamiento, así como de los cambios durante el curso de la enfermedad.
- Pacientes o familiares no serán correos de la información que deban intercambiar los equipos profesionales.

● **Nos comprometemos a mejorar los conocimientos sobre esta enfermedad y sus formas de prevención.**





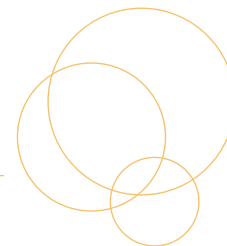




## BIBLIOGRAFÍA

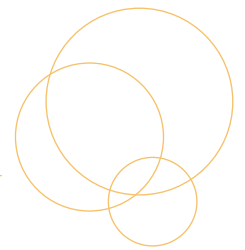
1. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Programa de Acreditación de Centros. Manual de Estándares. Sevilla: Consejería de Salud, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2002.
2. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica. Manual de estándares. Sevilla: Consejería de Salud, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2004.
3. Angelis G, Angelis R, Frova L, Verdecchia A. MIAMOD: a computer package to estimate chronic disease morbidity using mortality and survival data. *Comput Methods Programs Biomed* 1994; 44:99-107
4. Artells JJ, Jovell AJ, Navarro MD and Cirera M. Necesidad y demanda del paciente oncológico. Barcelona: Fundación Salud Innovación y Sociedad; 2003.
5. Boyle P, Autier P, Baselga J, et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Annals of Oncology*. 2003; 14:973-1005.
6. Cancer Care Ontario. Ontario Cancer Plan :2005 Progres Report. Toronto: Cancer Care Ontario; 2005.
7. Consejería de Salud. Plan estratégico de investigación, desarrollo e innovación en Salud 2006-210. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006.
8. Consejería de Salud. Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005.
9. Consejería de Salud. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006.
10. Consejería de Salud. Plan Integral de Oncología 2002-2006. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2002.
11. Consejería de Salud. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005.
12. Consejería de Salud. Vigilancia del cáncer en Andalucía: evaluación de resultados en salud pública. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006
13. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Estrategia Regional contra el cáncer en Castilla y León. Junta de Castilla y León; 2003.

14. Consellería de Sanidad. Plan Oncológico de Galicia. 2002-2005. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad; 2002.
15. Consellería de Sanitat. Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat; 2002.
16. Departament of Health del Reino Unido. El Plan de Cáncer del NHS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
17. Esco R, Palacios A, Pardo J, Biete A, Carceller JA, Veiras C, Vazquez G. Infrastructure of radiotherapy in Spain: a minimal standard of radiotherapy resources. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.* 2003; 56:319-327.
18. Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK?. *Lancet.* 2006; 7:935-943.
19. Franks P J, Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Kite S, Naysmith A and Higginson IJ. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliative Medicine.* 2000; 14(2):93-104.
20. Fundació Biblioteca Josep Laporte. Webpacientes [Página web]. 2005 (Actualizada 4 de junio de 2007; acceso 4 de junio de 2007). Disponible en: <http://www.webpacientes.org>
21. Garcia-Sempere A and Artells JJ. Organización, funcionamiento y expectativas de las organizaciones representativas de pacientes. Encuesta a informadores clave. *Gac Sanit.* 2005; 19(2):120-126.
22. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Plan Director de Oncología en Catalunya: 2001-2004. Institut Catalá de Oncologia; 2001.
23. Gysels M, Higginson IJ, editores. Service configuration guidance on supportive and palliative care for those affected by cancer. Research evidence. London: National Institute for Clinical Excellence; 2003.
24. Holmberg O, McClean B. A Method of Predicting Workload and Staffing Level for Radiotherapy Treatment Planning as Plan Complexity Change. *Clinical Oncology* . 2003; 15:359-363.
25. Houssamia N, Sainsbury R. Breast cancer: Multidisciplinary care and clinical outcomes. *European Journal Of Cancer* . 2006; 42:2480-2491.
26. Jongejan BAJ, Hummel H, Roeland HJ, Lugtenberg G, Hoekstra GA. National Cancer Control Programme. NPK Steering Group; 2004.



- 27.** Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation test for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statist Med* 2000; 19: 335-351.
- 28.** Llano Señaris J, Hidalgo Vega A, Pérez Camarero S. ¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?. Madrid: ERGON; 2006.
- 29.** Martínez C, Sánchez MJ. El cáncer en la provincia de Granada. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2004.
- 30.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- 31.** Ministerio de Sanidad y Consumo. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- 32.** Moya Anegón F, Carretero Guerra R, Sánchez Malo F, Solís Cabrera FM. Indicadores científicos de la producción andaluza en biomedicina y ciencias de la salud. (ISI web of Science 2003-2004). Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006.
- 33.** National Board of Health. National Cancer Plan II. Denmark. Copenhagen: National Board of Health; 2005.
- 34.** Ruiz-Ramos M, Expósito Hernández J. Tendencia de la mortalidad por cáncer en Andalucía entre 1975 y 2003. *Medicina Clínica*. 2007; 128(12):448-452
- 35.** Sanjosé S, García A M, editoras. Virus del Papiloma Humano y Cáncer: Epidemiología y Prevención. Sociedad Española de Epidemiología; 2006.
- 36.** Segura-Benedicto A. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. *Gac. Sanit*. 2006; 20(Supl.1):88-95.
- 37.** Servicio de Salud del Principado de Asturias. Programa de atención al cáncer. 2005-2007. Gerencia del Servicio de Salud; 2005.
- 38.** The European Cancer Patient Coalition. Cancerworld.org [Página web]. 2005 (Consultada 4 de junio de 2007). Disponible en: <http://www.cancerworld.org>.
- 39.** Wilkins N, Jonson B. A pan-European comparison regarding patients access to cancer drugs. Stockholm: Karolinska Institutet in collaboration with Stockholm School of Economics; 2005.
- 40.** Yarbro JW, Mastrangelo M J, editores. Seguimiento postoperatorio en cánceres potencialmente curables. *Seminars in Oncology (Edición Española)*. 2004; 3:185-245.





## ABREVIATURAS

<b>AETSA</b>	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
<b>APVP</b>	Años Potenciales de Vida Perdidos
<b>CCAA</b>	Comunidades Autónomas
<b>CTS</b>	Ciencia, Tecnología y Sociedad
<b>DGAS</b>	Dirección General Asistencia Sanitaria (SAS)
<b>DGSP</b>	Dirección General de Salud Pública (Consejería de Salud)
<b>ECC</b>	Ensayos Clínicos Controlados
<b>EPA</b>	Ensayos Clínicos Postautorización
<b>ESCP</b>	Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos
<b>FIR</b>	Factor de Impacto Tipificado Medio o Relativo (investigación)
<b>FITM</b>	Factor de Impacto Tipificado Medio Normalizado (investigación)
<b>IAE</b>	Instituto Andaluz de Estadística
<b>IER</b>	Índice de Esfuerzo Relativo (investigación)
<b>ISI</b>	Institute for Scientific Information
<b>MSC</b>	Ministerio de Sanidad y Consumo
<b>Ndoc</b>	Número de Documentos
<b>OM</b>	Oncología Médica
<b>OR</b>	Oncología Radioterápica
<b>PAI</b>	Proceso Asistencial Integrado
<b>PC</b>	Programa de Cáncer
<b>PCA</b>	Porcentaje de Cambio Anual
<b>PI</b>	Planes Integrales
<b>Plnv</b>	Potencial Investigador
<b>PIOA</b>	Plan Integral de Oncología de Andalucía
<b>PITA</b>	Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía
<b>RETINA</b>	Registro de Tumores Infantiles de Andalucía
<b>RT</b>	Radioterapia
<b>SAS</b>	Servicio Andaluz de Salud
<b>SNC</b>	Sistema Nervioso Central
<b>SSPA</b>	Sistema Sanitario Público de Andalucía
<b>TMO</b>	Trasplante de Médula Ósea
<b>UE</b>	Unión Europea
<b>UFO</b>	Unidades Funcionales Oncológicas
<b>UGC</b>	Unidades de Gestión Clínica



