



PLAN ONCOLÓGICO DE
CASTILLA-LA MANCHA 2007-2010
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL CÁNCER



Castilla-La Mancha

■ **EDITA:**

CONSEJERÍA DE SANIDAD
JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA

■ **DIRECTOR DEL PLAN:**

Joaquín Chacón Fuentes
Director Gerente del SESCAM

■ **COORDINADOR CIENTÍFICO:**

Miguel Ángel Cruz Mora
Jefe de Servicio de Oncología del C.H. de Toledo

■ **COMITÉ DE ELABORACIÓN DEL PLAN:**

Juan Antonio Blas Quíles
Director General de Asistencia Sanitaria del SESCAM
Javier Gil Madre
Jefe de Área de Atención Especializada del SESCAM
Manuel González Rubio
Asesor de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SESCAM
Fernando Jiménez Torres
Asesor de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SESCAM
Blanca Parra Vázquez
Directora de FISCAM
Olga Solas Gaspar
Jefa del Observatorio de Salud de FISCAM

■ **ASESORES DEL PLAN:**

Amaya Olaverri Hernández
Antonio Fernández Aramburo
Gonzalo Gutiérrez Ávila
Inmaculada Moreno Alía
Javier Cassinello Espinosa
Javier Espinosa Arranz
Juan Carlos Gómez García
Luis Felipe Casado
Luis Pérez Romasanta
Manuel Andrés Aguayo Marcos
María Mar Muñoz Sánchez
Marta Sedano Valdivieso.
Mauro Javier Oruezabal Moreno
Miguel Ángel García Sánchez
Rosa Velasco Bernardo

■ **SECRETARÍA TÉCNICA:**

Eva Torres Besora
FISCAM

Diseño y maquetación e impresión: Rail Comunicación
Impresión y encuadernación: Rail Comunicación
Depósito Legal: TO-1104-2007



PRESENTACIÓN

PLAN ONCOLÓGICO

de Castilla-La Mancha 2007–2010

Es una gran satisfacción para mí presentarles el Plan Oncológico de Castilla-La Mancha 2007-2010 elaborado por la Consejería de Sanidad con el asesoramiento y compromiso de un importante grupo de expertos y profesionales sanitarios implicados en la atención a las enfermedades oncológicas, de las sociedades científico-profesionales y asociaciones de pacientes de la región.

En las sociedades desarrolladas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, los accidentes de tráfico, las adicciones y la salud mental son los principales problemas de salud, relacionados con las enfermedades crónicas más visibles en la edad adulta, que generan una gran carga social y sanitaria. Todos estos problemas de salud se asocian a riesgos relacionados con el medioambiente y con las conductas y estilos de vida personales, en gran medida modificables.

Por eso, este plan asume un enfoque de Salud Pública y establece como primera línea de acción reforzar y cooperar con las estrategias de promoción de salud y prevención de los factores de riesgo asociados al cáncer y otras enfermedades crónicas, que también han sido objeto de elaboración de planes específicos, como el Plan contra el Tabaquismo, el Plan Integral de Diabetes Mellitus o el Plan de Salud Mental 2006-2010.

La complejidad del abordaje integral del cáncer como problema de salud también exige una adecuada y eficaz coordinación de los recursos disponibles y de los profesionales implicados en el proceso de atención al paciente oncológico. Además se debe tener en cuenta que la enfermedad oncológica conlleva alteraciones emocionales y psicosociales



que transforman la vida del paciente y la de su familia. Especial sensibilidad requieren nuestras actuaciones, por tanto, cuando esta enfermedad afecta a niños y niñas, que si bien es poco frecuente en nuestro medio, comporta especiales cuidados, por ello se propone facilitar el apoyo psicológico al paciente y a la familia y mantener el apoyo socio-educativo de los niños hospitalizados.

La actitud positiva ante la enfermedad, la información que reciben los pacientes para poder participar en el proceso de atención y rehabilitación, la comunicación con el profesional responsable y la continuidad de cuidados son los factores más positivos para la recuperación de los pacientes. Asimismo, se prevén actuaciones dirigidas a pacientes oncológicos con un pronóstico vital limitado poniendo el acento en los cuidados paliativos y los principios éticos que avalan el derecho a vivir en las mejores condiciones posibles hasta el final de la vida.

Todas estas consideraciones hacen que este Plan tenga un carácter eminentemente estratégico, donde todos los esfuerzos se orientan a impulsar una atención oncológica integral y de excelencia, mejorando aún más la accesibilidad de los castellano-manchegos al diagnóstico precoz en cáncer de eficacia probada, a la tecnología más avanzada y tratamientos más eficaces, y potenciando una atención más humanizada, centrada en el paciente y su entorno familiar, lo que sin duda, redundará en la mejora de los resultados clínicos y de la calidad y expectativas de vida de los pacientes que conviven con esta enfermedad. Asimismo, se plantean otras medidas como el consejo genético, tiempos máximos de respuesta, adecuación de los recursos tecnológicos, creación e integración de equipos profesionales y unidades asistenciales, el apoyo psicológico-clínico o el impulso de la formación y la investigación como palancas de cambio.

Hoy se puede afirmar que el cáncer es una enfermedad prevenible y evitable, en una proporción que aumenta día a día, y que combatir

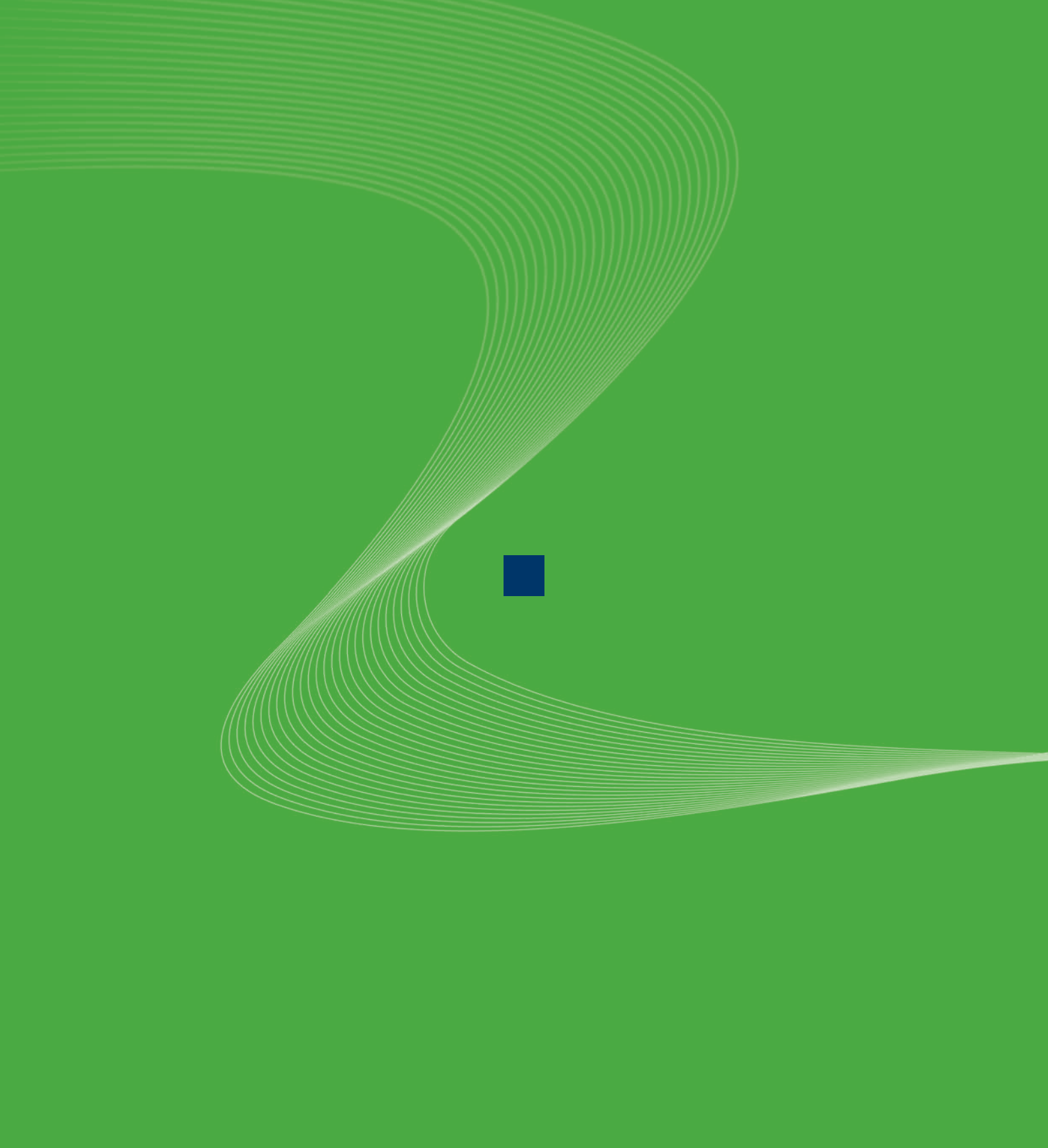


esta enfermedad no solo depende de las autoridades sanitarias; del buen hacer de los profesionales sanitarios; del esfuerzo investigador y la transferencia de resultados al conocimiento aplicado a las mejores practicas asistenciales, sino que es y debe ser un esfuerzo compartido, un compromiso conjunto del Gobierno de Castilla-La Mancha y de toda la sociedad castellano-manchega.

Roberto Sabrido Bermúdez.
Consejero de Sanidad

1_ Aspectos generales	09
1.1 Justificación.....	10
1.2 Principios y valores.....	16
2_ Metodología de elaboración del Plan y estructura del documento	19
3_ Análisis de situación del cáncer en Castilla-La Mancha	23
3.1 La estructura demográfica. Escenario actual y tendencias	25
3.2 Análisis epidemiológico del cáncer	30
3.3 Análisis de mortalidad por tipo de tumor	45
3.3.1 Cáncer de mama	45
3.3.2 Cáncer de colon y recto	47
3.3.3 Cáncer de próstata	50
3.3.4 Cáncer de útero	53
3.3.5 Cáncer de ovario	55
3.4 La atención oncológica. Marco normativo	56
3.5 La Red de Recursos Sanitarios y sus tendencias de cambio	66
4_ Desarrollo de las líneas de acción, objetivos y recomendaciones	85
4.1 Fomento de estilos de vida saludables y prevención primaria del cáncer	87
4.1.1 Tabaco	90
4.1.2 Alcohol	96
4.1.3 Alimentación saludable y fomento de la actividad física	99
4.1.4 Radicaciones ionizantes y ultravioletas. Exposición solar	101
4.2 Prevención secundaria: diagnóstico precoz del cáncer	106
4.2.1 Cáncer de mama	109

4.2.2	Cáncer de cuello de útero	113
4.2.3	Cáncer de colon-recto	118
4.2.4	Cáncer de próstata	124
4.2.5	Cáncer hereditario. Consejo genético	128
4.3	Impulsar una asistencia sanitaria oncológica integral y de excelencia	131
4.3.1	Orientación e integración de los recursos asistenciales	132
4.3.2	Mejorar la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente	136
4.3.3	Atención oncológica en la infancia	141
4.3.4	Cuidados paliativos en la enfermedad oncológica	146
4.4	Formación y docencia	155
4.4.1	Formación de pregrado	155
4.4.2	Formación de especialistas	156
4.4.3	Formación continuada y desarrollo profesional	157
4.5	Sistemas de información	158
4.6	Investigación	161
5_	Cuadro resumen de Objetivos	165
6_	Evaluación y coordinación del Plan	177
ANEXOS	181
Anexo 1.	Grupo de expertos	182
Anexo 2.	Listado de asociaciones	184
Anexo 3.	Índice de tablas, figuras y gráficos	188
Anexo 4.	Glosario de abreviaturas	192



CAPÍTULO UNO



ASPECTOS GENERALES





1_ASPECTOS GENERALES

1.1 JUSTIFICACIÓN

El propósito del Plan Oncológico de Castilla-La Mancha 2007–2010 es potenciar la prevención y el diagnóstico precoz, reducir la incidencia y mortalidad debida a las patologías oncológicas, mejorar los resultados clínicos, la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.

La salud de las poblaciones está determinada por factores socioeconómicos, biológicos, ambientales y de estilos de vida. Tanto en los países más desarrollados (países de la OCDE) como en los países en desarrollo se observa un aumento alarmante de las llamadas “enfermedades de los estilos de vida”, asociadas con riesgos relacionados, con el medioambiente y con las conductas y estilos de vida personales; el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la alimentación y dieta, el sedentarismo, el estrés vital y laboral. La investigación epidemiológica ha ido reconociendo estos aspectos relacionados con la vida cotidiana de las personas y su impacto como determinantes de salud. Todos ellos se consideran factores de riesgo prevenibles y evitables. (*Informe SESPAS, 2006*).

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus, los accidentes de tráfico, son las enfermedades crónicas de las sociedades actuales, que originan las principales causas de morbi-mortalidad en las sociedades desarrolladas, en consecuencia en España y en Castilla-La Mancha. Estas

Informe SESPAS, 2006. Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado. L. Palomo, V.Ortún, FG. Benavides, A. Márquez–Calderón. Doyma. SESPAS.



enfermedades crónicas están consideradas *nuevas epidemias vinculadas a los hábitos y estilos de vida*, e implican la necesidad de identificar a los grupos más vulnerables, en función de sus condiciones sociales y de salud, sus principales determinantes de salud e insta a los gobiernos y a la sociedad en su conjunto a organizar una respuesta adecuada desde el punto de vista de la protección de la salud, la atención sanitaria y la mejora de la calidad de vida.

Las enfermedades oncológicas por su incidencia y prevalencia en la población y por su elevada tasa de mortalidad son una prioridad en salud pública. En los últimos años se han producido avances importantes en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, por lo que se puede decir que en la actualidad casi el 50% de los pacientes diagnosticados de cáncer pueden ser curados, en algunos tipos de cáncer, como el de mama ya se ha alcanzado el 70% de curación. El cáncer es ya una enfermedad prevenible, evitable y está considerada como enfermedad crónica, por su progresivo descenso en la mortalidad. Sin embargo, junto con las enfermedades cardiovasculares genera una gran carga social y sanitaria, por tanto, aun reconociendo sus aspectos diferenciales, en la actualidad el cáncer como cualquier otra enfermedad se puede prevenir y tratar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que la enfermedad y sus tratamientos conllevan.

Dos aspectos relevantes a considerar en el diseño y evaluación de intervenciones sanitarias para paliar el impacto de las enfermedades oncológicas son: en primer lugar, los cambios demográficos determinados por el envejecimiento de la población, que han planteado a los sistemas sanitarios el reto de intervenir en la prevención y el control de los principales problemas de salud, relacionados con las enfermedades crónicas más visibles en la edad adulta. El otro aspecto a destacar es que la mayoría de los factores de riesgo reconocidos en la investigación epidemiológica y clínica constituyen el denominador común de las enfermedades crónicas: el tabaco, la obesidad, la dieta el sedentarismo, el estrés vital, entre otros y por tanto los sistemas de salud pública deben ejercer su función de vigilancia y seguimiento a través de los registros y sistemas de información existentes (encuestas de salud, registros de mortalidad, registros y evaluación de programas de cribado poblacional). Estas conductas de riesgo son potencialmente modificables si los ciudadanos y ciudadanas se comprometen a adoptar formas de vida más sanas que pueden conducir, no sólo a prevenir las principales enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer, y reducir su mortalidad, sino también a mejorar su salud.

El cáncer en España es la segunda causa de mortalidad en hombres y mujeres. Los tumores de pulmón, colon y recto, próstata, vejiga, estómago y laringe en hombres y los de mama, colon y recto, útero, estómago y ovario son los más frecuentes en las mujeres. Este impacto negativo incide sobre todos los grupos sociales, aunque es más acusado en grupos de menor nivel socioeconómico y de estudios.



A partir de los años 90 algunos tumores muestran un claro descenso en mortalidad: cáncer de estómago, de intestino delgado, cáncer de mama, cáncer de laringe, cáncer de huesos, tumores malignos de piel no melanomas, cáncer de testículo y linfoma de Hodgkin. En concreto la mortalidad por cáncer de pulmón en hombres muestra signos de estabilización en nuestro país en los últimos años.

Por otra parte, diversas localizaciones tumorales comparten factores de riesgo lo que permite establecer estrategias de prevención primaria y secundaria comunes. Sin embargo, las posibilidades de intervención terapéutica de cada tumor son específicas, y cada localización requiere un análisis específico del coste–efectividad de las estrategias de detección precoz; de la aplicabilidad clínica de la evidencia disponible sobre el manejo clínico del paciente; así como de la inversión óptima y eficiente en recursos sanitarios (humanos, tecnológicos y de coste) necesaria para adecuar la calidad de la atención sanitaria a las necesidades y demandas de los pacientes.

El mayor impacto en términos de prevalencia corresponde a los tumores de vejiga, próstata, cáncer colorrectal, cáncer de cavidad bucal y faringe y cáncer de pulmón en hombres. En mujeres, la mayor proporción de casos prevalentes corresponde a tumores de mama (un 36% del total), seguidos del cáncer colorrectal y de cuerpo uterino.

El cáncer de pulmón en hombres y el cáncer de mama en mujeres presentan las tasas de ingresos más elevadas, como corresponde a sus cifras de incidencia. Sin embargo, llama la atención la elevada tasa de ingresos debidos al cáncer de vejiga en hombres, por encima del cáncer colorrectal y del cáncer de próstata, a pesar de que ambos tienen una incidencia superior.

Las políticas de salud deben estar fundamentalmente basadas en estrategias que ayuden a prevenir el desarrollo de los cánceres o aumentar la probabilidad de que un cáncer se cure. Al mismo tiempo deben aportar a las personas y a la sociedad en su conjunto instrumentos eficaces de promoción de hábitos saludables basados en la información, la comunicación, el consejo profesional y la participación en la toma de decisiones sobre su salud.

Desde hace dos décadas diferentes estrategias de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han marcado objetivos de disminución de la mortalidad por cáncer en la región, y de incremento de la calidad de vida de los pacientes. (*Estrategia Salud para Todos en el Año 2000. Estrategia Salud 21. El Programa Europa Contra el Cáncer; La Carta de París*, firmada el 4 de febrero de 2000 con motivo de la Cumbre Mundial contra el Cáncer y el Plan de Acción 1996–2000).



El *Código Europeo Contra el Cáncer*, recientemente revisado (Boyle et al., 2003), contiene las recomendaciones para los gobiernos, las políticas y los ciudadanos.

Si adopta un estilo de vida sano, puede prevenir ciertos tipos de cáncer y mejorar su salud general:

- Evitar el consumo de tabaco.
- Evitar la obesidad.
- Es conveniente que realice alguna actividad física de intensidad moderada diariamente.
- Es necesario consumir diariamente frutas, verduras y hortalizas variadas y limitar el consumo de alimentos que contienen grasas de origen animal.
- Moderar el consumo de alcohol, reduciendo la ingesta a dos bebidas al día, si es hombre, y a una bebida si es mujer.
- Evite la exposición al sol, con especial cuidado en la infancia y la adolescencia.
- Las mujeres a partir de los 45 años pueden beneficiarse de los programas de cribado de cáncer de mama.
- Exigir que se apliquen y se sigan las regulaciones internacionales y nacionales para prevenir la exposición a sustancias cancerígenas conocidas.
- Protegerse a la exposición de radiaciones ionizantes y no-ionizantes.

Desde el Sistema Nacional de Salud se han dado también pasos importantes en los últimos años, como han sido la creación del Centro Nacional de Investigación Oncológica (CNIO), en el seno del Instituto de Salud "Carlos III", que ha realizado diferentes estudios y publicaciones sobre la incidencia del cáncer en España.

Recientemente, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la "*La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.*", que recoge una serie de objetivos y propuestas para avanzar en una acción coordinada en la reducción de la morbilidad y mortalidad producida por el cáncer y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y familiares.

Boyle P, Annals of Oncology 2003;14: 973–1005.



En nuestro país, la Federación de Sociedades Españolas de Oncología (FESEO)¹, que integra cinco sociedades científicas relacionadas con la atención al cáncer, desarrolla una importante labor de análisis, difusión y propuesta de actuaciones, a través de la elaboración del “Libro Blanco de la Oncología en España”, que ya va por su tercera edición.

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) viene desarrollando, igualmente, una amplia labor, tanto de difusión de iniciativas institucionales, como de prevención primaria, y de prestación de servicios. En relación con esta última cabe destacar su estrecha colaboración con el sistema sanitario de Castilla-La Mancha. Recientemente se ha constituido la Sociedad Científico–Médica Oncológica Castellano–Manchega (SOCAM).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) viene, también, realizando una importante labor en la difusión de la atención paliativa, con propuestas concretas en relación con las necesidades de cuidados de los pacientes con enfermedad oncológica terminal y sobre la organización de este tipo de atención.

El Plan de Salud de Castilla-La Mancha, 2001–2010, es el marco de referencia e instrumento director de las acciones en salud pública y en los servicios de salud de la Consejería de Sanidad y del Gobierno de Castilla-La Mancha. El Plan Oncológico de Castilla-La Mancha 2007–2010, se enmarca en las actuaciones previstas en este Plan.

En relación con la prevención y atención a las enfermedades oncológicas ya el Plan de Salud 2001–2010, enunció un conjunto de actuaciones de prevención primaria y secundaria orientadas a la disminución de la morbilidad y mortalidad por cáncer. A lo largo del documento en sus respectivos apartados se citan los objetivos previstos en relación con el fomento de los estilos de vida saludables, (dieta sana y control del exceso de peso, fomento de la actividad física, reducción del hábito tabáquico y del abuso de alcohol); así como otras actuaciones de prevención secundaria, basadas en los programas de cribados poblacionales, diagnóstico precoz y atención temprana y mejora de la calidad de la atención sanitaria.

Sin duda, avanzar en el progreso de la atención de los procesos neoplásicos es prioritario el impulso y desarrollo de la investigación oncológica, desde la básica a la aplicada. Siguiendo el lema de la OMS “*la investigación de hoy es la medicina de mañana*”, los avances en el campo de la genómica y la proteómica

¹ La FESEO integra a las siguientes sociedades: AERO (Asociación Española de Radioterapia y Oncología) que recientemente ha cambiado su denominación por la de SEOR (Sociedad Española de Oncología Radioterápica); SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica); SECO (Sociedad Española de Cirugía Oncológica); SEOP (Sociedad Española de Oncología Pediátrica) y ASEICA (Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer).

Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. 2006.



están empezando a facilitar nuevos enfoques en el diagnóstico precoz de los procesos neoplásicos, en la medida que cada día se están identificando nuevas alteraciones genéticas que van a permitir una medicina personalizada y el consejo genético en el cáncer hereditario. Se está avanzando a gran velocidad pero hay que esperar a los resultados que aporte el gran estudio internacional del Atlas del Genoma del Cáncer, que aportará, sin duda, relevantes resultados en los próximos años.

Es también una necesidad reconocida por los expertos potenciar la evaluación de las intervenciones y programas de detección precoz de algunos tipos de cáncer, evaluar las tecnologías sanitarias y su uso adecuado, para poder optimizar esfuerzos y recursos, así como evaluar la calidad de la atención, en relación a los tratamientos más eficaces y efectivos y el impacto en los resultados en salud y calidad de vida de los pacientes. Para ello, es necesario facilitar la infraestructura necesaria para formar investigadores, promover grupos de investigación en los centros sanitarios de la región e impulsar su trabajo en un entorno de alianzas de cooperación e intercambio en el entorno del Sistema Nacional de Salud, y en la Comunidad Autónoma.

El Plan Oncológico de Castilla-La Mancha 2007–2010 asume el enfoque de salud pública como eje transversal de todas las actuaciones previstas. Por ello, propone, un conjunto de objetivos y medidas dirigidas a la prevención de la enfermedad y la promoción de estilos de vida saludables, la incorporación progresiva de las innovaciones en tecnologías sanitarias orientadas a mejorar la calidad de los diagnósticos y tratamientos en las enfermedades neoplásicas, y la seguridad de las prácticas clínicas, basados en criterios de buena práctica, con especial atención a la seguridad del paciente y prevención de los efectos adversos y la protección de los derechos de los pacientes y la Ley de Garantías en Atención Especializada. Además de considerar como factores críticos la inversión en investigación y la formación de los profesionales como estrategia de mejora continua de la calidad de la atención.

Las acciones previstas en el Plan Oncológico de Castilla-La Mancha, 2007–2010 se dirigen a la población general y diferentes grupos de atención preferente (población diana):

- Las líneas de Acción de Promoción de Salud, Prevención Primaria y Diagnóstico Precoz se dirigen a la población general, poniendo mayor énfasis en los grupos más vulnerables.
- Los objetivos y recomendaciones correspondientes a las Líneas de Acción de Prevención Secundaria y Terciaria se orientan a las personas y grupos en riesgo.
- Las Líneas de Acción de Asistencia Sanitaria se dirigen, específicamente, a los pacientes con sospecha clínica o diagnóstico de patología tumoral, con independencia del órgano o tejido afectado y de su estadiaje. Dentro de esta línea de acción se establecen objetivos y recomendaciones sobre la atención a los



cuidados paliativos de pacientes con una enfermedad terminal de origen oncológico, con un pronóstico de vida limitado y a su entorno familiar.

El periodo de vigencia del Plan Oncológico de Castilla-La Mancha 2007–2010, coincide, con el cierre del Plan de Salud de Castilla-La Mancha en el año 2010, lo que le aporta también coherencia estratégica y posibilidad de evaluación de los objetivos transversales entre ambos planes.

El propósito de este plan es difundir entre los profesionales sanitarios, los investigadores y la sociedad las recomendaciones actuales, sobre prevención, detección precoz y prácticas clínicas avaladas por estudios científicos, y para ello se toman como punto de partida la información difundida por los organismos internacionales y recomendaciones de los expertos.

1.2 PRINCIPIOS Y VALORES

En 1977, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la iniciativa “*Salud para todos en el año 2000*”. En 1984, los gobiernos nacionales de la región europea habían adoptado los 38 objetivos de salud propuestos. Esos objetivos eran fruto de una interacción entre la evidencia empírica disponible, los valores sociales y la voluntad política. En 1996, la Oficina Europea de la OMS, tras analizar las reformas de los sistemas de salud, publicó la *Carta de Ljubljana* en donde se establece que “*los sistemas sanitarios deben estar basados en valores y que las estrategias de salud y las reformas deben regirse por los principios de dignidad humana, equidad, solidaridad y ética profesional*”.

En definitiva, la responsabilidad de garantizar el ejercicio del derecho a la salud como una dimensión ética de la justicia social y garantizar una atención sanitaria de calidad, seguridad y voluntad de servicio, tanto en los centros públicos como en los privados llevan siempre implícitos principios y valores, algunos de ellos, para asegurarlos, llegan a ser elevados al rango de legislación o normativa.

Hay que considerar la emergencia de nuevos principios y valores relacionados con demandas sociales ampliamente reconocidas. Entre ellas se incluyen la seguridad del paciente; la mejora del acceso de los ciudadanos a la información, mayor transparencia y la participación de los pacientes en las decisiones clínicas y de gestión.

El Plan Oncológico de Castilla-La Mancha, 2007–2010, en coherencia con este enfoque en materia de política sanitaria propone una serie de principios y valores que dan sentido a las líneas de acción y objetivos



orientadas a asegurar, en todos los niveles del sistema sanitario público de Castilla-La Mancha una atención a las enfermedades oncológicas integral, eficiente, continuada y de calidad, basada en prácticas seguras y contrastadas, que responda a las necesidades y expectativas del paciente y su familia, que constituyen el eje de todas las actuaciones, de acuerdo a los siguientes principios:

- *Universalidad*

Asegurar una promoción de la salud activa, una prevención eficaz que priorice los grupos de riesgo, y una atención global frente a la enfermedad oncológica que alcance a todas las personas.

- *Equidad*

Garantizar el acceso a las prestaciones y servicios a toda la población de la comunidad autónoma, en condiciones de igualdad efectiva, en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha.

- *Eficiencia*

El Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha tiene una doble responsabilidad: proteger y mejorar la salud, y al mismo tiempo garantizar un uso óptimo de los recursos sanitarios. La eficiencia está asociada a la efectividad de las intervenciones, a la prioridad que se les asigna y a su implementación.

- *Calidad*

Proporcionar una atención sanitaria que responda a los más exigentes estándares de calidad, que garantice su efectividad, eficiencia y seguridad a los pacientes.

- *Atención centrada en el paciente*

Las ciudadanas y ciudadanos son cada vez más conscientes de sus derechos individuales como pacientes y exigen una mayor participación en las decisiones sanitarias que les afectan, (elección de centro, médico de cabecera y especialista y participar en las decisiones sobre las alternativas de tratamientos).

Se debe proporcionar una atención centrada en el paciente, acorde con las necesidades y situación específica de cada persona, en relación con los aspectos físicos, psicológicos, sociales, fomentando la implicación en la toma de decisiones clínicas, mediante la transmisión de una información de calidad; el apoyo y consejo de los profesionales, la segunda opinión y su capacidad efectiva de elegir.



- *Autonomía del paciente*

Garantizar el derecho y la protección de la dignidad personal del paciente y su autonomía y el respeto a sus principios y valores.

- *Continuidad asistencial*

Garantizar una atención integral, coordinada e interdisciplinar asegurando la continuidad de cuidados a lo largo de todas las fases del proceso de atención a la enfermedad oncológica.

- *Coordinación transversal*

Reforzar la coordinación y colaboración del conjunto del Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha, profesionales de salud, ámbitos de atención, unidades de gestión de servicios centrales y de área sanitaria, y del conjunto de los agentes sociales.

- *Enfoque de género*

Los factores determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para las mujeres y los hombres. El género se define como "aquellas características de las mujeres y de los hombres basados en la función social y roles que se desempeñan en el ámbito público y privado", que no se explican solo por el sexo (por diferencias biológicas) sino por la influencia de patrones sociales y culturales. El enfoque de género, es un valor social en alza y un principio inexcusable en la formulación, desarrollo y evaluación de las políticas sanitarias.


- *Perspectiva de futuro*

Invertir en el futuro de la atención oncológica, impulsando la formación de los profesionales sanitarios, apoyando la investigación básica y clínica, y preparando a los profesionales y a todo el dispositivo asistencial para la revolución de la genómica y la proteómica, que están dando paso a la denominada "medicina personalizada".

CAPÍTULOS



METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN Y ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

A decorative graphic consisting of several thin, parallel, wavy lines in a light green color, sweeping across the bottom left and bottom center of the page.



2_ METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN Y ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

Para la elaboración del Plan Oncológico de Castilla-La Mancha 2007-2010 se ha contado con un grupo de expertos formado por profesionales de oncología y otras especialidades médicas afines y complementarias a la patología oncológica.

Se ha elaborado un análisis de situación, partiendo de la descripción demográfica y socioeconómica de la región. La población de referencia es la población residente en Castilla-La Mancha a 1 de enero de 2006, según las estimaciones del Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha. Los datos de población establecen el denominador para el cálculo de tasas y el ajuste o estandarización de las mismas.

En el siguiente apartado se dibuja el escenario epidemiológico del cáncer en la región. Se han seleccionado para su cálculo y descripción los indicadores más relevantes y comúnmente utilizados en la planificación sanitaria: mortalidad, incidencia y supervivencia actual por sexo, tipo de tumor y provincia de residencia.

El periodo de estudio para la estimación de los indicadores de mortalidad comprende 25 años desde el año 1980 al 2002, y un subperiodo que nos aproxima a la realidad actual, calculando las estimaciones para el último quinquenio del periodo de estudio (2000–2004).



De acuerdo a este enfoque metodológico y de forma complementaria, se obtiene una visión retrospectiva – de los últimos 25 años del cáncer –y una visión transversal– de los últimos cinco años 2000–2004 (el año 2004 es el último año en el que existía disponibilidad de información en la mayoría de las fuentes utilizadas).

La información sobre la incidencia por tumores malignos y las tendencias observadas reposa en la información facilitada por la Red de Unidades de Registros de Cáncer Poblacional (Orden de 22–11–2002, de la Consejería de Sanidad, del Registro de Cáncer de Castilla-La Mancha). El periodo de estudio considerado ha sido de 1991 a 2002, y ha venido determinado por la calidad de los datos acumulados y disponibilidad de los mismos.

A continuación se describe el Mapa Sanitario y Red Asistencial del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), la disponibilidad de recursos asistenciales –públicos y privados– recursos humanos, infraestructuras, equipamientos y tecnología. La demanda asistencial y carga sanitaria que representa la atención oncológica en el sistema sanitario público para lo que se han utilizado diversas fuentes de información el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Memorias del SESCAM y de Consejería de Sanidad, entre otras, como periodo de estudio de los principales indicadores de salud, de recursos y de actividad asistencial y sus tendencias el primer quinquenio del periodo (2001–2005)².

A partir de las dos Encuestas de Salud, 2002 y 2006 de ámbito autonómico se describen las frecuencias y tendencias de hábitos y estilos de vida de los principales factores de riesgo asociados a las enfermedades oncológicas, en la población adulta (más de 16 años) y en la población infantil (de 0 a 15 años).

Sin duda, la información sobre la magnitud del problema que nos ocupa y la valoración del impacto sanitario y social han cumplido una función de soporte en las decisiones a adoptar en materia de establecimiento de prioridades y proyección de necesidades de recursos para adecuar las intervenciones a las necesidades y demandas de la población de Castilla-La Mancha, y en particular, de las personas y familias que actualmente sufren un proceso oncológico.

En la formulación del Plan Oncológico de Castilla-La Mancha, 2007–2010 se han considerado las recomendaciones en materia de políticas de salud y políticas sanitarias de la Organización Mundial de la Salud para la región de Europa; la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, aprobada en el año 2006; el Informe sobre situación del Cáncer en España, realizado por el Instituto de Salud Carlos III; el Tercer Libro Blanco

² Este análisis epidemiológico ha sido elaborado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Sanidad.



de la Oncología en España publicado por la Federación de Sociedades Españolas de Oncología (FESEO), así como diferentes artículos científicos, Guías de Práctica Clínica y recomendaciones de sociedades científicas relacionados con el abordaje multidisciplinar de la patología oncológica.

Por último señalar que el Plan que a continuación se formula se ha elaborado con una actitud abierta y flexible hacia la incorporación progresiva de los avances científico-técnicos e innovaciones en la práctica clínica que sobre la atención oncológica la mejor evidencia empírica y la experiencia aplicada avale y recomiende.

Así, se propone una Dirección del Plan Oncológico de Castilla-La Mancha, 2007–2010, y la constitución de una Comisión Científico-Técnica como órgano de participación y consulta para la implantación, seguimiento y evaluación de las medidas propuestas, que contará con una amplia participación de los profesionales y de las sociedades profesionales y de pacientes más representativas en la patología del cáncer, en la Comunidad Autónoma.

Además se han identificado un panel de indicadores de proceso y resultados y las fuentes de información disponibles al objeto de monitorizar y evaluar los objetivos propuestos en cada línea de acción e introducir, en su caso, las medidas correctoras necesarias para su adecuada aplicación, a lo largo del periodo de ejecución del Plan.

CAPÍTULO TRES



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL CÁNCER EN CASTILLA-LA MANCHA



3 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL CÁNCER EN CASTILLA-LA MANCHA

En este apartado se presenta un análisis de situación del cáncer en Castilla-La Mancha, se describen las principales tendencias demográficas, se estudia la carga que supone el conjunto de las enfermedades oncológicas para la sociedad castellano-manchega y el sistema sanitario público, en términos de mortalidad, morbilidad y consumo de recursos sanitarios. A continuación se describen los recursos asistenciales –públicos y privados– el equipamiento y tecnologías sanitarias adscritas a la Red Asistencial del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y la demanda asistencial que representa la atención oncológica en los hospitales.³

³ Para el estudio de la demanda asistencial se ha utilizado como fuente de información el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Los indicadores han sido elaborados y facilitados por el Servicio de Información y Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Evaluación e Inspección de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, de acuerdo a los datos publicados en el Catálogo de Hospitales y de Alta Tecnología de Castilla-La Mancha que edita anualmente la Dirección General de Evaluación e Inspección de la Consejería de Sanidad.



3.1 LA ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA. ESCENARIO ACTUAL Y TENDENCIAS

La descripción de las características demográficas y socioeconómicas de la población de Castilla-La Mancha a través de los indicadores más relevantes y comúnmente utilizados en planificación sanitaria permite conocer sus necesidades y problemas de salud y diseñar las intervenciones sanitarias y sociales más eficaces y eficientes a medio y largo plazo.

Castilla-La Mancha tiene una gran extensión territorial de 79.463 km² y una población de 1.994.200 habitantes, por lo que mantiene la densidad de población más baja de España 25,09 hab./km².

La distribución territorial de Castilla-La Mancha ha sido y seguirá siendo un factor de especial relevancia en la configuración del mapa de recursos sanitarios y sociales, el 82,8% de la población se concentra en los municipios de más de 2.000 hab., un 54% son núcleos pequeños, caracterizados por su dispersión geográfica, una baja densidad de población y un índice envejecimiento de los más elevados de España por encima del 25%.

Las dimensiones y densidades de población de los municipios de Castilla-La Mancha son muy diferentes entre sí, siendo el caso más extremo la provincia de Guadalajara en donde el 89% de los municipios son menores de 500 habitantes. Albacete, Ciudad Real y Toledo cuentan con una extensión mayor y están más poblados.

De acuerdo a las estimaciones del Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha (IES) a 1 de enero de 2006, la población residente en la región asciende a un total 1.994.200 habitantes, de ellos 966.110 son hombres (50,2%) y 958.090 son mujeres (49,8%). En los próximos cinco años se alcanzarán los dos millones de habitantes⁴.

Su población ha crecido a ritmo sostenido en la última década, es la tercera comunidad autónoma de España en cuanto a crecimiento relativo de la población con un incremento del 1,5 % anual. Entre los años 1996 a 2004 se produjo un incremento de población del 10,6% en el conjunto de la región. Las provincias que más han aumentado en número de habitantes son Guadalajara (29,56%) y Toledo (15,9%).

⁴ La estimación para el año 2017 es de 2.125.012 habitantes, según las proyecciones de población elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (base censo del 1991).



Tal y como se presenta en la Tabla 1 la distribución provincial de la población muestra que la provincia de Toledo es la más poblada 611.962 habitantes, seguida de Ciudad Real con 505.282 habitantes, Albacete con 386.519 habitantes, Guadalajara con 212.896 habitantes; y la de menor tamaño de población Cuenca con 207.541 habitantes. La razón entre sexos, como cabía esperar, se aproxima a la relación 1/1 y es homogénea en el conjunto de las cinco provincias castellano–manchegas.

Tabla 1. Número de habitantes según sexo. España y Castilla-La Mancha (1 enero 2006).

PROVINCIA	SEXO		TOTAL
	Varones	Mujeres	
AB	193.628 50.09	192.891 49.90	386.519
CR	250.650 49.60	254.632 50.39	505.282
CU	104.438 50.32	103.103 49.68	207.541
GU	108.702 51.06	104.194 48.94	212.896
TO	308.692 50.44	303.270 49.56	611.962
CLM	966.110	958.090	1.924.200

Según la pirámide de población elaborada (Gráfico 1) la estructura de población por edad y sexo muestra una población en proceso de envejecimiento, con un peso por debajo del 10% en población infantil (de 0 a 14 años). La población potencialmente activa (de 16 a 65 años) cuenta con un 34,08% hombres y un 31,89% mujeres. Se aprecia una ligera pérdida de efectivos a partir de los 50 años, más acusada en el grupo de hombres (muertes prematuras).



Gráfico 1. Pirámide de población a 1 de enero de 2006
Castilla-La Mancha.



Sin duda, la acentuación del envejecimiento es el dato más consistente y con mayor impacto social y sanitario en los próximos años.

El envejecimiento de la población tiene importantes consecuencias en todas las dimensiones la vida de las personas y de las sociedades. En los aspectos económicos afecta al desarrollo, a la inversión, a las tendencias de los mercados de trabajo, las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales. En lo sanitario y lo social incide en la estructura y composición de las familias, las condiciones de vida, la organización y provisión de los cuidados de salud formales e informales.

El principal objetivo de la provisión de cuidados de salud en una sociedad avanzada es el de comprimir la morbilidad y carga de enfermedad –social y sanitaria– en la etapa final de la vida, atacando las causas más importantes a lo largo del ciclo vital (desde la infancia hasta la vejez), evitando la exposición a los factores de riesgo, la mortalidad prematura, la discapacidad evitable y el sufrimiento innecesario, procurando mantener o recuperar el máximo potencial de productividad del individuo y el capital social de las sociedades.



El aumento de la población mayor de 65 años, y en particular la que supera los 75 años, plantea nuevos retos al sistema de protección social y a los sistemas sanitarios. Como en el conjunto de los países de la Unión Europea, para el año 2010 se espera que la población española de 65 y más años supere los siete millones de personas, y que el grupo de población entre 70 y 80 años constituya el 50% del Índice de Envejecimiento (porcentaje de población de 65 años y más) y que al mismo tiempo los mayores de 80 años sean un 25% del total. En España la esperanza de vida alcanzará los 79,7 años en 2010, 80,6 años en 2020 y 82,6 años en 2050.

En base a estos argumentos se han elaborado los indicadores de envejecimiento para el conjunto de la comunidad autónoma y para sus cinco provincias, ya que el factor demográfico expresado en el envejecimiento de la población es uno de los factores que explican y seguirán explicando una parte significativa del aumento de la mortalidad y de la incidencia del cáncer en Castilla-La Mancha.

Índices de Envejecimiento en Castilla-La Mancha

Castilla-La Mancha, actualmente, tiene una población, de mujeres y hombres, de más de 65 años que asciende a 363.046 lo que representa en el momento actual el 18,9% del total, dos puntos por encima de España.

Se ha calculado el Índice de Envejecimiento propuesto por la Organización de Naciones Unidas que estima el peso de la población de más de 65 años, respecto a la población total, y que está considerado como un indicador socioeconómico, dado que el corte de edad coincide con la edad de jubilación en la mayoría de las sociedades desarrolladas, estima un 19,8% de población, de ambos sexos mayor de 65 años en Castilla-La Mancha.

Si consideramos el Índice de Envejecimiento de Rosset, que considera el porcentaje de población de 60 y más años, respecto a la población total, Castilla-La Mancha cuenta ya desde el 1 de enero de 2006 con un 23% de personas en ese grupo de edad, y en Cuenca, un tercio de la población tiene ya más de 60 años. Este indicador se está usando actualmente, en planificación sanitaria y social, pues permite predecir las futuras necesidades sociales y de salud de la población. Es a partir de este grupo de edad en donde nos encontramos con las mayores prevalencias de las principales enfermedades crónicas, entre ellas, el cáncer, lo que produce una mayor carga de enfermedad y consumo de recursos sanitarios, tanto en atención primaria, como en atención especializada. Las provincias que destacan por su mayor tasa de mayores de 65 años son, Cuenca y Ciudad Real que comparten junto con otras provincias españolas (Teruel, Soria, Lugo...) los mayores índices de envejecimiento de España. (Tabla 2).



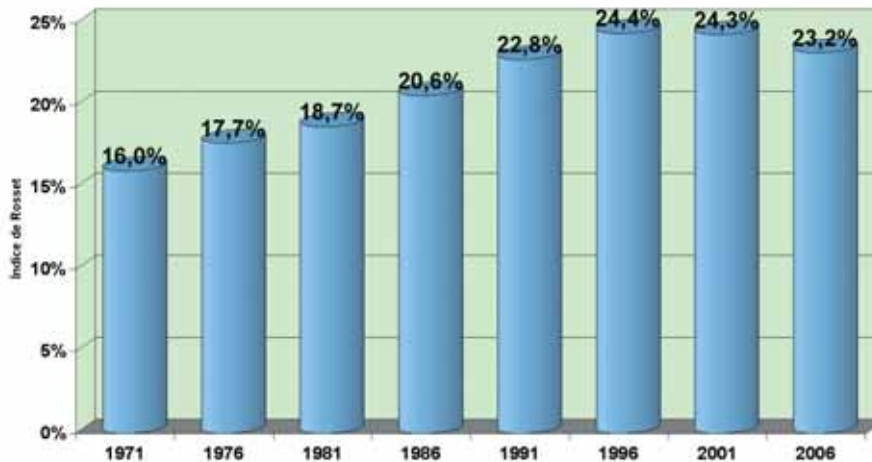
Tabla 2. Indicadores de envejecimiento. España y Castilla-La Mancha (1 enero 2006).

PROVINCIA	ÍNDICE DE LA ONU (65+)			ÍNDICE DE ROSSET (de 60+)		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
AB	30.784 8,0 %	38.696 10,0 %	69.480 18,0 %	38.945 10,1 %	47.340 12,2 %	86.285 22,3 %
CR	41.665 8,2 %	55.559 11,0 %	97.224 19,2 %	52.116 10,3 %	67.068 13,3 %	119.184 23,6 %
CU	22.764 11,0 %	27.964 13,5 %	50.728 24,4 %	27.510 13,3 %	33.108 16,0 %	60.618 29,2 %
GU	16.600 7,8 %	20.100 9,4 %	36.700 17,2 %	20.902 9,8 %	24.044 11,3 %	44.946 21,1 %
TO	48.292 7,9 %	60.622 9,9 %	108.914 17,8 %	61.083 10,0 %	73.996 12,1 %	135.049 22,1 %
CLM	160.105 8,3 %	202.941 10,5 %	363.046 18,9 %	200.556 10,4 %	245.526 12,8 %	446.082 23,2 %
ESPAÑA	3.161.999 7,1 %	4.315.762 9,7 %	7.477.761 16,8 %	4.219.290 9,5 %	5.439.864 12,3 %	9.659.154 21,8 %

La evolución del envejecimiento en la región se ha incrementado en un 7,7% en 25 años (de 1971 a 2006) –según el índice ONU– y del 12,2% –según la estimación del Índice de Rosset– como puede apreciarse en el siguiente gráfico. No obstante al ser mayor la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres, a partir de los 60 años siempre nos encontramos con un mayor número de mujeres.



Gráfico 2. Evolución del índice de Rosset Castilla-La Mancha 1971–2006.



3.2 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER

Para el análisis epidemiológico se han utilizado los indicadores clásicos de mortalidad e incidencia, supervivencia, evolución y tendencias, comparando Castilla-La Mancha con el patrón epidemiológico del cáncer en España, para lo que se han utilizado diversas fuentes de información sanitarias y no sanitarias.

Como ya se citó en el capítulo 2: Metodología de elaboración del Plan y estructura del documento, el análisis y el cálculo de los indicadores se ha realizado de acuerdo a los siguientes periodos:

- Análisis global entre los años 1980 y 2004.
- Último quinquenio (2000–2004).



La información base para el análisis de la incidencia ha sido facilitada por las Unidades de Registro de Mortalidad existentes en la comunidad autónoma, lo que nos ha permitido conocer la magnitud y distribución del cáncer, de forma global, y por localizaciones anatómicas con distintos niveles de agregación, tanto geográfico como por las características de la población como son la edad, el sexo y provincia de residencia. El periodo de estudio considerado –de acuerdo a la disponibilidad de la información– ha sido de 1991 a 2002.

Las localizaciones tumorales que se informan se han seleccionado de acuerdo a los criterios de magnitud y relevancia social y sanitaria: el cáncer de mama, de cervix uterino, de colon-recto, próstata, y cáncer infantil.

Existe un grupo de tumores sobre los que no se aporta un análisis monográfico aunque requieren atención, debido a la dinámica en la mortalidad. Desde los años 90, se producen incrementos próximos al 2% anual, en el melanoma cutáneo, en hombres y en mujeres, siendo todavía infrecuente en el conjunto del país. El mieloma múltiple (2,9% en ambos sexos), tumores malignos de sistema nervioso central (2,3% en hombres y 2,8% en mujeres) y linfoma no Hodgkin (1,9% en hombres y 3,3% en mujeres). A éstos habría que añadir el cáncer de ovario, con un 2,4%.

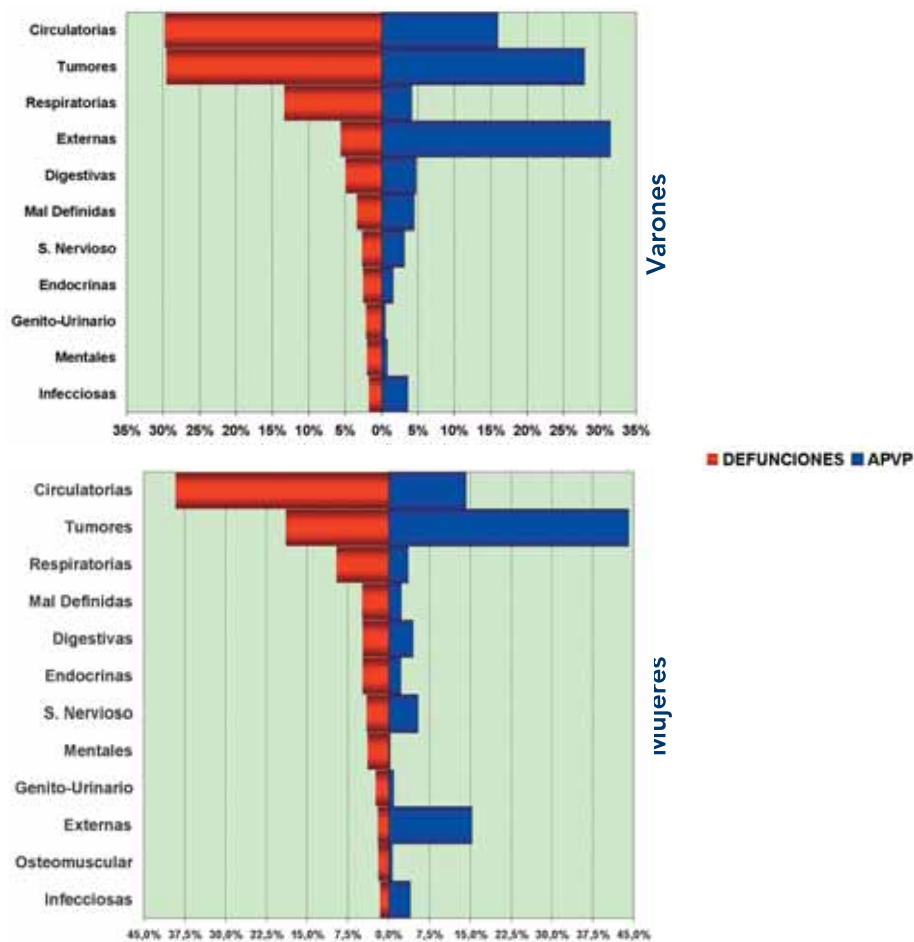
25 años de mortalidad por cáncer. España y Castilla-La Mancha, 1980–2004

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad constituyendo un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales. En España la mortalidad por cáncer es la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y la primera causa de Años Potenciales de Vida Perdidos, en ambos sexos.

En España en el año 2004, los tumores, en ambos sexos, representaron la segunda causa de muerte (27%) después de las enfermedades cardiovasculares y la primera causa de años potenciales de vida perdidos (APVP) con el 34,4%. En hombres, el cáncer es la primera causa de muerte desde el año 2000, tanto por número de defunciones (32,3% en 2004) como por número de APVP (30,5%). En mujeres es la segunda causa por número de defunciones (21,2%) y la primera por número de APVP (44,1%).



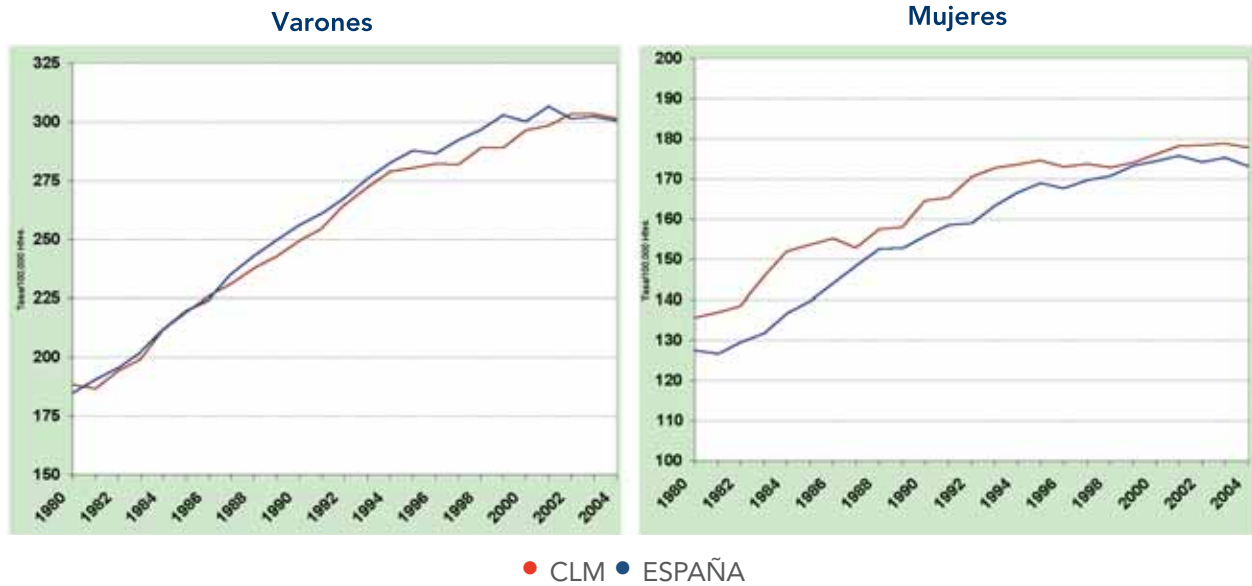
Gráficos 3 y 4. Porcentaje de defunciones y de APVP por grandes grupos de causas. Castilla-La Mancha 2000–2004.



- En los 25 años estudiados, la tasa bruta media anual de mortalidad por tumores, en hombres, fue del 260,18 por 100.000 habitantes en España, con incremento durante el periodo del 60,4% lo que supone un Incremento Medio Anual (IMA) del 2,52%. En mujeres la tasa bruta media anual de mortalidad fue de 157,12 por 100.000, siendo el incremento acumulado en el periodo del 37,1 (1,5% de media anual).



Gráficos 5 y 6. Tasa bruta de mortalidad por tumores. España y Castilla-La Mancha 1980–2004.



- En Castilla-La Mancha la tasa bruta media anual de mortalidad por tumores, en hombres, fue de 256,21 / 100.000 hab., observándose en el conjunto del periodo un incremento de la tasa bruta de mortalidad del 60%, lo que supone un IMA del 2,5%. En mujeres la tasa bruta media anual de mortalidad fue de 163,97 por 100.000 hab., y se observa un incremento de la tasa bruta de mortalidad a lo largo del periodo del 31,3% (1,3% de media anual).
- La tasa ajustada de mortalidad por tumores en hombres es mucho más baja en Castilla-La Mancha que en España a lo largo del periodo, aunque la diferencia ha disminuido en los últimos años. La tasa ajustada de mortalidad por tumores en mujeres es también menor en Castilla-La Mancha que en España a lo largo de todo el periodo. (Gráficos 7 y 8).



Gráfico 7. Tasa ajustada anual de mortalidad por tumores. España y Castilla-La Mancha 1980–2004. (Varones).

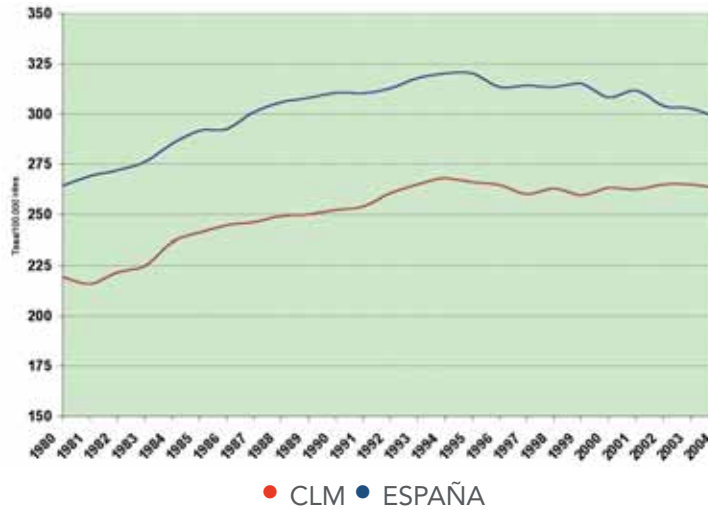
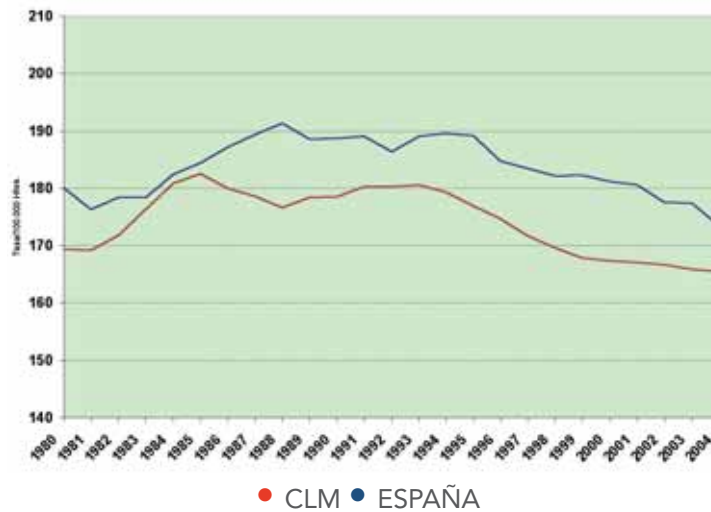


Gráfico 8. Tasa ajustada anual de mortalidad por tumores. España y Castilla-La Mancha 1980–2004. (Mujeres).





- El cáncer de pulmón en hombres y el de mama en mujeres, siguen siendo los dos tumores que mayor porcentaje de defunciones y APVP causan tanto en España como en Castilla-La Mancha, tanto si consideramos todo el periodo de estudio o sólo el último quinquenio. Sin embargo en los últimos años el cáncer de colon y recto ocasiona un número similar de defunciones en mujeres. En España, los tumores responsables de un mayor número de Años Potenciales de Vida Perdidos en hombres, son: el cáncer de pulmón (25,57%); el de estómago (6,9%), el cáncer de colon y recto (6,38%) y leucemias (5,8%). En mujeres, después del cáncer de mama (24,97%), el cáncer de colon y recto (8,08%), el cáncer de útero (6,75%) y las leucemias (6,54%), son los que obtienen un mayor porcentaje de APVP.
- En Castilla-La Mancha en este mismo periodo, en hombres, el cáncer de pulmón (24,1%), y el de estómago (10%) son los que causan una mayor pérdida de APVP, seguidos por las leucemias (6,5%) y los tumores de encéfalo (6,1%). En mujeres, el cáncer de mama (24,5%), las leucemias (7,6%), el cáncer de colon y recto (7,3%) y el cáncer de estómago (6,7%) son los que en los veinticinco años de estudio han producido un mayores perdidas de ADVP.

Gráfico 9. Tasas específicas de mortalidad por tumores. Castilla-La Mancha 1980–2004. (Varones).

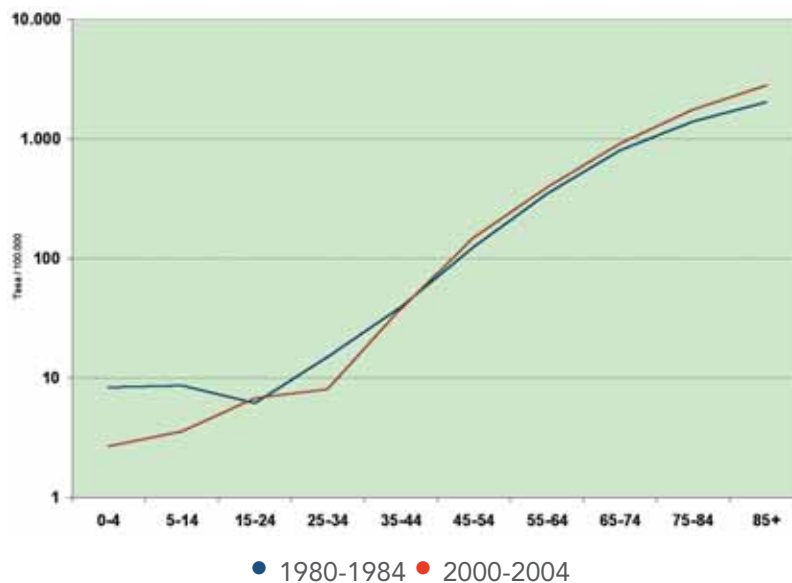
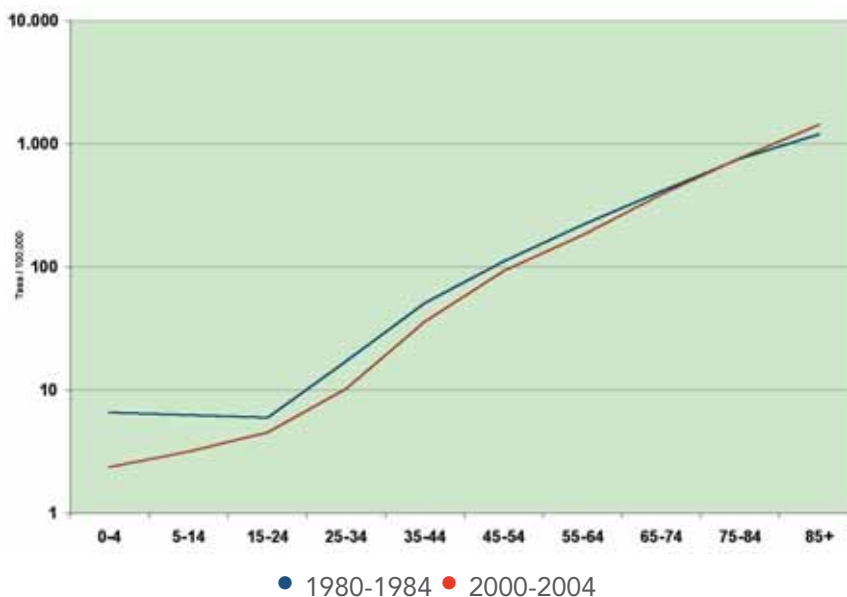




Gráfico 10. Tasas específicas de mortalidad por tumores. Castilla-La Mancha 1980–2004. (Mujeres).



- Entre 1980 y 2004 la mortalidad bruta por tumores en hombres es inferior en Castilla-La Mancha en relación a España, aunque en los últimos años tiende a igualarse. En hombres, la mortalidad por tumores en Castilla-La Mancha es un 16,6% inferior a España ($p < 0,05$) y en mujeres es un 5,7% inferior ($p < 0,05$). Aunque en los últimos cinco años se observa una clara tendencia a igualarse.
- La tasa bruta de mortalidad por tumores en mujeres es más elevada en Castilla-La Mancha que en España, prácticamente en los veinticinco años de estudio. No obstante se debe tener en cuenta que la tasa ajustada de mortalidad por tumores en mujeres es menor que en España, pues el efecto de la estructura de edad de la población de mujeres corrige el efecto.
- En general, y tomando como referencia el último quinquenio, Castilla-La Mancha presenta tasas ajustadas de mortalidad inferiores a España para todas las localizaciones estudiadas excepto, para el cáncer de estómago y la enfermedad de Hodgkin, tanto en hombres como en mujeres, y el cáncer de encéfalo en hombres y el de vejiga y ovario en mujeres, estos últimos con diferencias insignificantes.

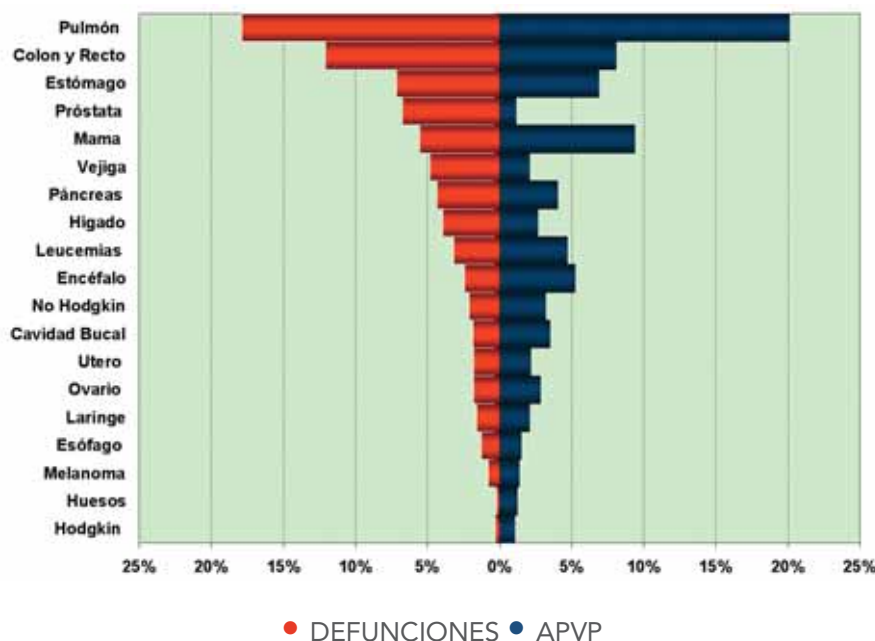


Principales Indicadores sobre la mortalidad por cáncer en España y Castilla-La Mancha (2000–2004)

La mortalidad prematura⁵ por tumores muestra que el cáncer de pulmón en hombres y el de mama en mujeres, siguen siendo los dos tumores que mayor porcentaje de Años Potenciales de Vida Perdidos causan tanto en España como en Castilla-La Mancha, en este periodo.

Los APVP de los tres tumores que más impacto tienen en la mujeres son: por cáncer de mama suponen un 23,8%, por cáncer de colon-recto (9,2%), y cáncer de pulmón (8,7%). En los hombres, el primero es el de pulmón (28,4%), el de colon-recto (7,9%), el de labio, boca, faringe y estómago con un (5,5%).

Gráfico 11. Porcentaje del nº de defunciones y de APVP por tumores. Castilla-La Mancha 2000–2004. (ambos sexos).



⁵ Para la estimación de la mortalidad prematura se han elaborado los siguientes indicadores: a) Tasa Acumulada de Morir entre las edades de 1 y 69 años. b) Riesgo de Morir entre 1 y 69 años de edad (expresado en porcentaje). c) Número y Porcentaje de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), tomando como edades extremas las de 1 y 70 años. d) Tasa de APVP por 10.000 habitantes.



En la siguiente tabla se exponen –a modo de síntesis– los datos de mayor relevancia epidemiológica, comparando Castilla-La Mancha con el patrón epidemiológico del cáncer del conjunto del país, en el periodo 2000–2004, lo que nos permite una aproximación actual de la situación del cáncer en la región.

EN ESPAÑA, 2000–2004	EN CASTILLA-LA MANCHA, 2000–2004
<p>En España, en 2004 se produjeron 100.485 defunciones por tumores (62.937 en hombres y 37.548 en mujeres), lo que supuso el 27% de todas las defunciones en ambos sexos.</p>	<p>Desde el año 2002, en cáncer es la primera causa de muerte en hombres, por número de defunciones (30,8% en 2004) y la segunda por número de APVP (29,1%) después de las causas externas.</p> <p>En el año 2004 se produjeron 4.430 defunciones por tumores (2.794 en hombres y 1.636 en mujeres) lo que supuso en términos absolutos el 25,4% de la mortalidad entre los hombres.</p>
<p>En mujeres el cáncer es la segunda causa por número de defunciones (21,2%) y la primera por número de APVP (44,1%).</p>	<p>En mujeres el cáncer es la segunda causa por número de defunciones (19,5%) y la primera por número de APVP (44%).</p>
<p>La tasa bruta de mortalidad por tumores en 2004, en ambos sexos, fue de 235,66 por 100.000 habitantes, siendo en hombres de 300,36/100.000 hab. y en mujeres fue de 173,14 por 100.000.</p>	<p>La tasa bruta de mortalidad por tumores en el año 2004 fue de 241,10 por 100.000 habitantes (304,61 por 100.000 en hombres y 177,80 por 100.000 en mujeres).</p>
<p>Los tumores responsables de un mayor número de defunciones y de APVP, en hombres, han sido: cáncer de pulmón (26,4%), el cáncer de colon–recto (11,3%), el cáncer de próstata (9,2%), cáncer de estómago (5,9%), el de vejiga (5,7%), cáncer primario de hígado (4,7%) y cáncer de páncreas (3,7%).</p>	<p>En hombres, los tumores que causaron más mortalidad fueron el cáncer de pulmón (25,9%); el de próstata (10,8%), colon–recto (10,5%), el cáncer de estómago (7,2%), de vejiga (6,4%), el cáncer primario de hígado (4%), y cáncer de páncreas (3,7%).</p>
<p>En mujeres; los tumores que causaron mayor impacto en la mortalidad fueron el cáncer de mama (15,8%), cáncer de pulmón (5,8%), colon–recto (14,5%), cáncer de estómago (6,2%), cáncer de útero (4,9%), cáncer de ovario (4,6%), cáncer de páncreas (5,45%).</p>	<p>En mujeres, nos encontramos con el cáncer de mama (14,8%), colon–recto (14,7%), de estómago (7,1%), cáncer de páncreas (5,4%), cáncer de útero (4,9%) cáncer de ovario (4,8%) y cáncer de pulmón (4,5%).</p>
<p>El riesgo individual de morir por algún tipo de cáncer entre las edades de 0 y 64 años es de 7,26% en hombres y 3,66% en mujeres.</p>	<p>El riesgo de morir por cáncer desde el nacimiento a los 64 años es de 5,94% en hombres y 3,28% en mujeres.</p>
<p>El Riesgo Relativo (RR) Crudo de Mortalidad Varón/Mujer es de 1,73 (IC: 1,72–1,74) y el RR Ajustado de Mortalidad Varón/Mujer es de 2,29 (2,28–2,30).</p>	<p>Riesgo Relativo V/M es similar al de España, aunque algo más bajo: el RR crudo es de 1,68 (1,64–1,73) y el RR ajustado es de 2,15 (2,03–2,27).</p>
<p>Los hombres tienen mayor riesgo de morir por cáncer que las mujeres.</p>	<p>Las mujeres están aumentando el riesgo de morir por cáncer de pulmón, respecto a décadas pasadas.</p>

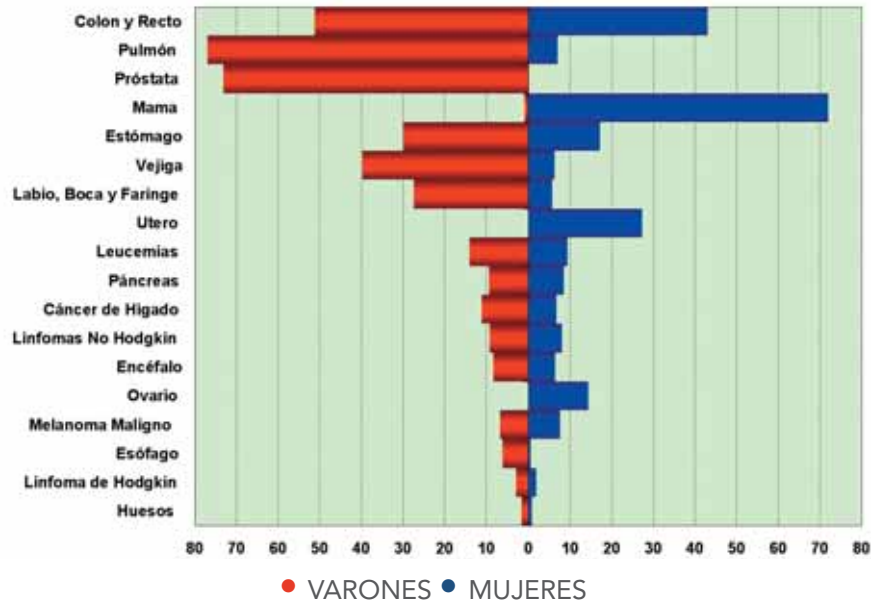


La incidencia del cáncer en Castilla-La Mancha

En este apartado se describe el comportamiento de la incidencia por tumores malignos y las tendencias observadas en el periodo estudiado (1991–2002) en Castilla-La Mancha y España. Se ha estimado la importancia absoluta y relativa de la incidencia de tumores malignos según la edad, el sexo y el tipo de tumor (magnitud del problema).^{6,7}

Se han considerado casos validos un total de 35.871 tumores malignos, de los cuales 21.222 corresponden a hombres (59,2%) y 14.649 a mujeres (40,8%).

Gráfico 12. Tasas brutas por 100.000 htes. de incidencia de tumores. Castilla-La Mancha 1991–2002.



⁶ El análisis epidemiológico ha sido elaborado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

⁷ Se han utilizado como fuentes de información los datos de población según edad y sexo y lugar de residencia según las estimaciones intercensales a 1 de julio del año respectivo del Instituto Nacional de Estadística, los años 1991 a 2001. Para la población del año 2002, se han utilizado las Proyecciones de Población 2002–2017 a 1 de julio, Escenario 1 (Instituto Nacional de Estadística, mayo de 2006).



Según la localización, los tumores más frecuentes, en ambos sexos, son: colon–recto 4.426 casos (12,3%); pulmón: 3.927 casos (10,9%); mama: 3.437 casos (9,6%); próstata: 3.413 casos (9,5%); estómago: 2.209 casos (6,2%); vejiga: 2.158 casos (6%); y labio, boca y faringe, con 1.553 casos (4,3%).

La tasa truncada (35 – 64 años) bruta media anual ha sido de 347,30 casos por 100.000 personas*año en ambos sexos, 368,63 casos por 100.000 personas*año en hombres y 325,68 casos por 100.000 personas*año en mujeres.

La incidencia según la localización del tumor, muestra las siguientes estimaciones:

El cáncer de mama (58,39 casos por 100.000 /mujeres/año); el cáncer de pulmón (38,21 casos por 100.000 personas*año); el cáncer de colon y recto (33,56 casos por 100.000 personas*año) son los tumores con mayor tasa truncada en ambos sexos.

El cáncer de pulmón (69,74 casos por 100.000 personas*año), el cáncer de labio, boca y faringe (36,50 casos por 100.000 personas*año) y el cáncer de colon y recto (36,25 casos por 100.000 personas*año) son los tumores con mayor tasa truncada en hombres.

El cáncer de mama (116,82 casos por 100.000 personas*año), el cáncer de útero (39,11 casos por 100.000 personas*año) y el cáncer de colon y recto (30,83 casos por 100.000 personas*año) son los tumores con mayor tasa truncada en mujeres.

El Riesgo Relativo Varón / Mujer de padecer un tumor maligno, ajustado por edad y periodo, es de 1,72 (IC 1,55–1,90) en el periodo 1991–2002.

El Riesgo Acumulado de padecer algún tipo de tumor en hombres aumenta con la edad. Entre las edades de 0 a 64 años la probabilidad de tener un cáncer es del 11,99%. Este riesgo se incrementa al 17,41% si el límite superior del intervalo de edad se sitúa en 69 años y si se sitúa en 79 años el riesgo es del 40,70%. En mujeres esos riesgos son del 10,53%, 13,34% y 25,19% a las edades de 0–64, 0–69 y 0–79 años respectivamente.



Gráfico 13. Tasas específicas de incidencias de tumores malignos según sexo. Castilla-La Mancha 1997–2001.



En general los hombres tienen tasas específicas de incidencia superiores a las de las mujeres en las edades respectivas, sin embargo, las tasas específicas de las mujeres de 25 a 49 años son superiores a las de los hombres en esas mismas edades, quizá como consecuencia de la incidencia del cáncer de mama que alcanza tasas elevadas en edades relativamente tempranas.

En hombres, desde los 20–24 años de edad las tasas se mantienen prácticamente estables hasta la edad de 35–39 años en la que comienza un ascenso sostenido pero no muy acusado hasta la edad de 45–49 años considerada como referencia para el cálculo del RR.

En mujeres el comportamiento es diferente, ya que desde la edad de 20–24 años las tasas específicas experimentan un aumento acusado hasta la edad de 45–49 años considerada también como referencia.

A partir de los 45–49 años, en ambos sexos, las tasas específicas aumentan hasta el umbral de 85 y más años, de forma más acusada en hombres que en mujeres. En hombres la tasa media anual del grupo de 85 y más años de edad es de 2.667,94 casos por 100.000 personas*año y en mujeres es de 1.318,25 personas*año.



Estimación del número de casos de tumores malignos en el año 2004

Según las estimaciones derivadas se habían registrado en el año 2004 un total de 7.241 tumores malignos de los cuales 4.269 (59%) corresponden a hombres y 2.972 (41%) a mujeres.

Gráfico 14. Tumores más frecuentes en ambos sexos.

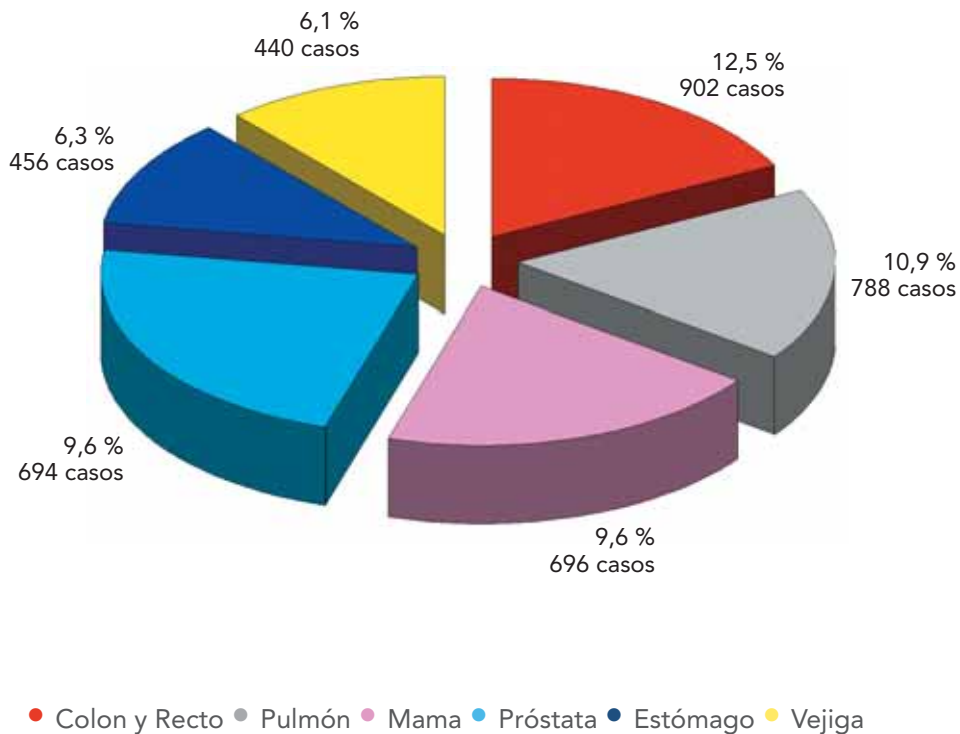




Gráfico 15. Tumores más frecuentes en hombres.

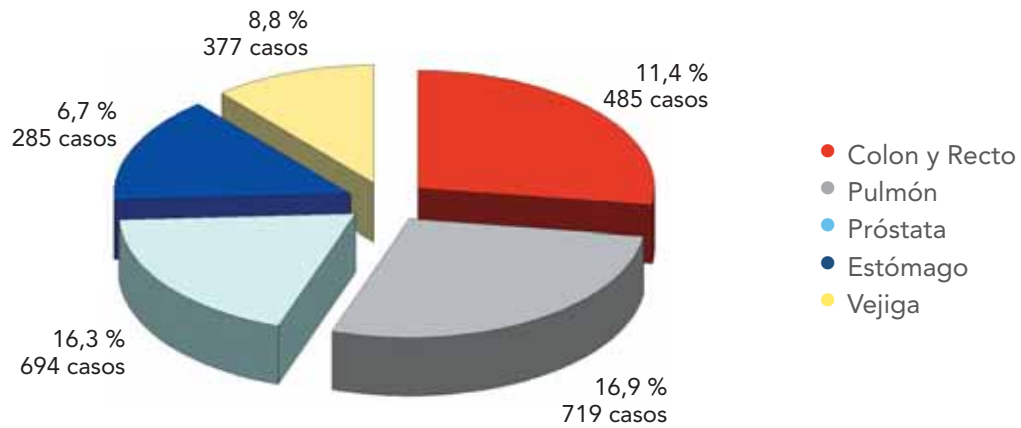
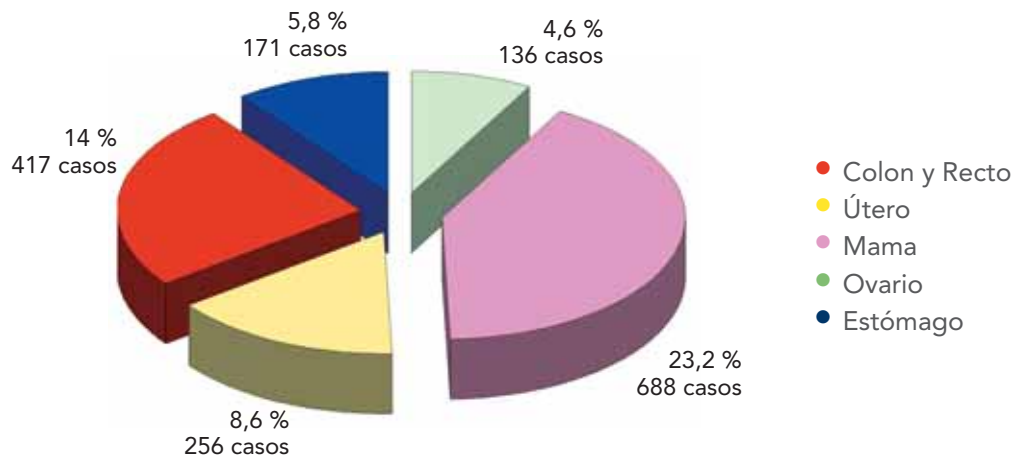


Gráfico 16. Tumores más frecuentes en mujeres.





Incidencia de tumores infantiles

A nivel internacional la mejor fuente de información sobre tumores infantiles es la proporcionada por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer. El primer informe se publicó en 1988 “Incidence of Childhood Cancer”, el segundo ha sido publicado recientemente (*Parkin, 1998*).

En España se crea en 1980 el Registro Nacional de Tumores Infantiles, a partir de la declaración voluntaria de los servicios de pediatría de los hospitales, siendo uno de sus objetivos principales el estudio de la supervivencia de estos pacientes (*Peris–Bonet, 2003*).

En Castilla-La Mancha existe una baja frecuencia de tumores infantiles, no obstante, a efectos de aportar datos de incidencia se han acumulando los casos registrados por los registros poblacionales de cáncer, entre los años 1991–2002.

Los menores de 4 años la incidencia media anual oscila entre 19,65 casos por 100.000/año en niños y 21,10 casos por 100.000/año en niñas. A partir de esta edad las tasas descienden y alcanzan el mínimo valor en la edad de 10–14 en niños y de 5–9 en niñas.

Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. Cáncer incidence in five continents. Volume VII (IARC Scientific Publications nº 143). Lyon: International Agency for Research on Cancer 1997.

Peris–Bonet R, Guiral Rodrigo S, Melchor Alós I, García Medina A, Álvarez Silván AM, Castel Sánchez V et al. Registro Nacional de Tumores Infantiles. Estadísticas Básicas 3 (1980–1990). Supervivencia 1980–1989. Valencia, Generalitat Valenciana, 1992.

Peris–Bonet R, Muñoz Villa A, Melchor Alós I, Álvarez Silván AM, Pérez Hoyos S, González Martín et al. Supervivencia del cáncer infantil en España. Casos diagnosticados en el período 1980–1988. Datos del Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI). *Oncología* 1997; 20: 211–6.



3.3 ANÁLISIS DE MORTALIDAD POR TIPO DE TUMOR

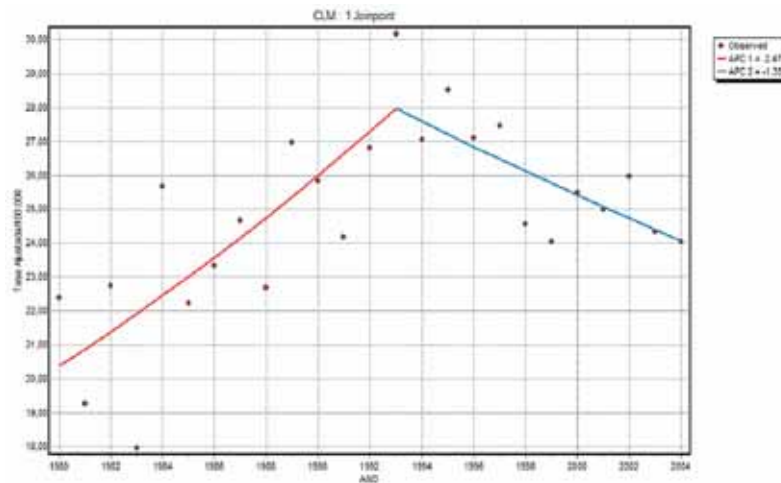
3.3.1 Cáncer de mama

La dinámica de la mortalidad del cáncer de mama en España y Castilla-La Mancha en los últimos 25 años (1980–2004).

En España, el cáncer de mama es el tumor que produce mayor número de defunciones entre las mujeres. En el periodo estudiado la tasa bruta de mortalidad por cáncer de mama en España y en Castilla-La Mancha se ha incrementado un 43,9% (IMA de 1,83%). Analizando la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama en España ha experimentado un incremento del 11,8% (IMA de 0,49%), siendo algo superior el incremento en Castilla-La Mancha, un 16,2% (IMA de 0,67%).

En España y en Castilla-La Mancha el tumor de mama produce el mayor número de Años Potenciales de Vida Perdidos entre las mujeres. En el conjunto del país la tendencia de la tasa de APVP muestra un descenso del 15,35% (descenso medio anual del 0,21%). En Castilla-La Mancha la evolución es similar con un descenso del 14,28% (descenso medio anual del 0,57%).

Gráfico 17. Tendencia de la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama. Castilla-La Mancha 1980–2004 (mujeres).



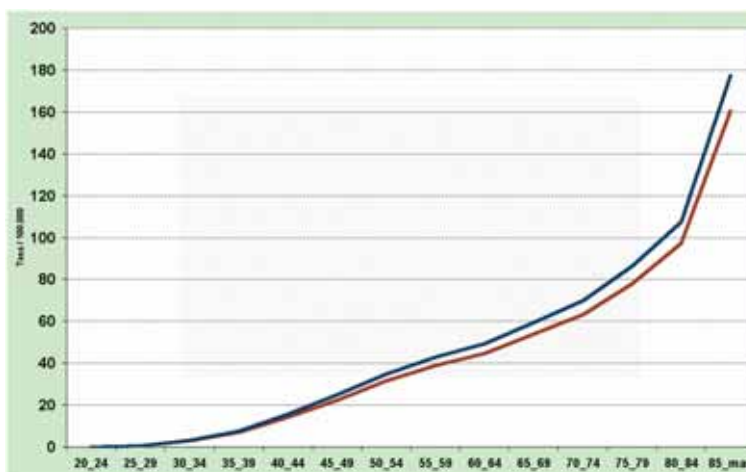


Principales indicadores epidemiológicos del cáncer de mama en España y Castilla-La Mancha, 2000–2004

CÁNCER DE MAMA EN ESPAÑA, 2000–2004	CÁNCER DE MAMA EN CASTILLA-LA MANCHA, 2000–2004
En el año 2004 se produjeron en España 5.833 defunciones por cáncer de mama, lo que supone el 15,5% de las muertes por cáncer en mujeres y el 5,8% del total de defunciones por cáncer.	En el año 2004, se produjeron 237 defunciones por cáncer de mama, lo que supone el 14,5% de las muertes por cáncer en mujeres y el 5,3% del total de defunciones por cáncer.
La tasa bruta de mortalidad por cáncer de mama de 26,9 por 100.000 mujeres.	La tasa bruta de mortalidad por cáncer de mama de 25,76 por 100.000 mujeres.
El riesgo acumulado de morir por cáncer de mama entre el nacimiento y los 65 años de edad es de 0,89% en mujeres.	El riesgo acumulado de morir por cáncer de mama entre el nacimiento y los 65 años de edad es de 0,85% en mujeres.
La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama en España en el quinquenio 2000–2004 fue de 27,43 por 100.000 mujeres.	La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama en (2000–2004) fue de 24,96 por 100.000 mujeres, la diferencia respecto a España es de 2,47 /por 100.000 mujeres.

En Castilla-La Mancha a partir de los 25–34 años se observa un aumento acusado y sostenido hasta alcanzar su umbral máximo a partir de los 85 años (161,80/100.000).

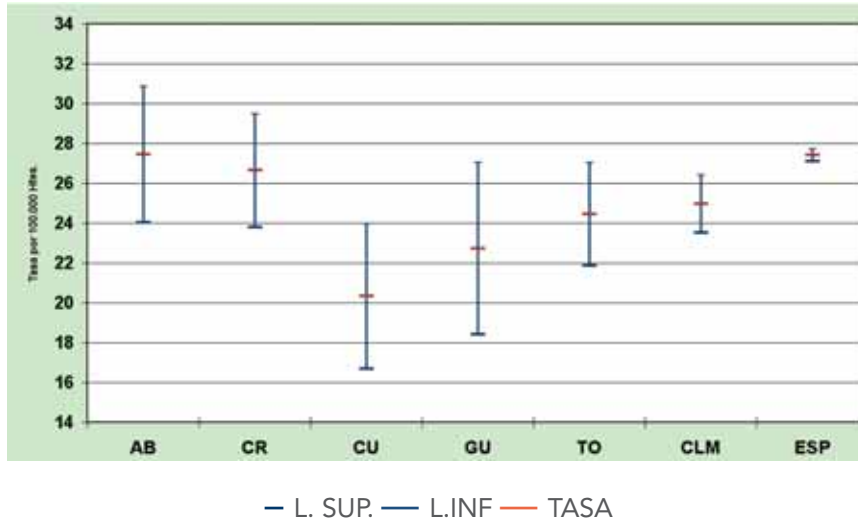
Gráfico 18. Tasa de mortalidad por cáncer de mama. Castilla-La Mancha y España 2000–2004 (mujeres).



● CLM ● España



Gráfico 19. Tasa ajustadas de mortalidad por cáncer de mama. Castilla-La Mancha y España 2000–2004 (mujeres).



3.3.2 Cáncer de colon y recto

El cáncer de colon y recto, en España, es el segundo tumor maligno más frecuente en cuanto a mortalidad, después del cáncer de pulmón en el varón y del cáncer de mama en la mujer.

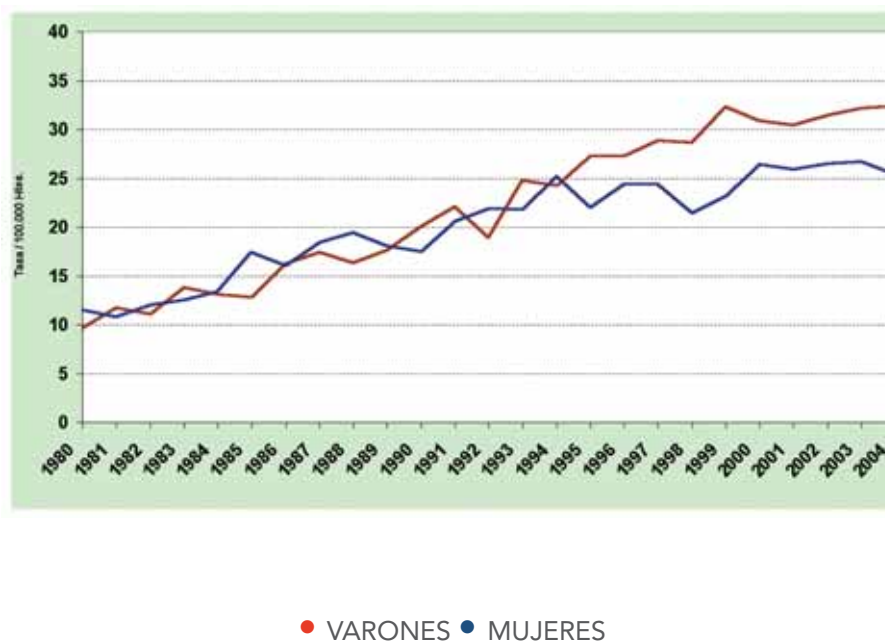
La dinámica de la mortalidad por cáncer de colon y recto en España y Castilla-La Mancha, en el periodo 1980–2004.

Entre 1980 y 2004, la tasa bruta de mortalidad por cáncer de colon y recto en España ha experimentado un incremento del 180% en hombres (IMA de 7,5%) y del 111,9% en mujeres (IMA de 4,7%).

En Castilla-La Mancha, también se observa un importante incremento de la tasa bruta de mortalidad por cáncer de colon y recto. En hombres, el incremento en el conjunto del periodo ha sido de 201,9% (IMA de 8,4%) y del 134% en mujeres (IMA de 5,6%). En las mujeres el incremento fue bastante acusado en la década de los ochenta. Al final del periodo estudiado sigue siendo positivo pero con menor intensidad: IMA del 2,16%.



Gráfico 20. Tasa bruta anual de mortalidad por cáncer de colon y recto. Castilla-La Mancha 1980–2004.



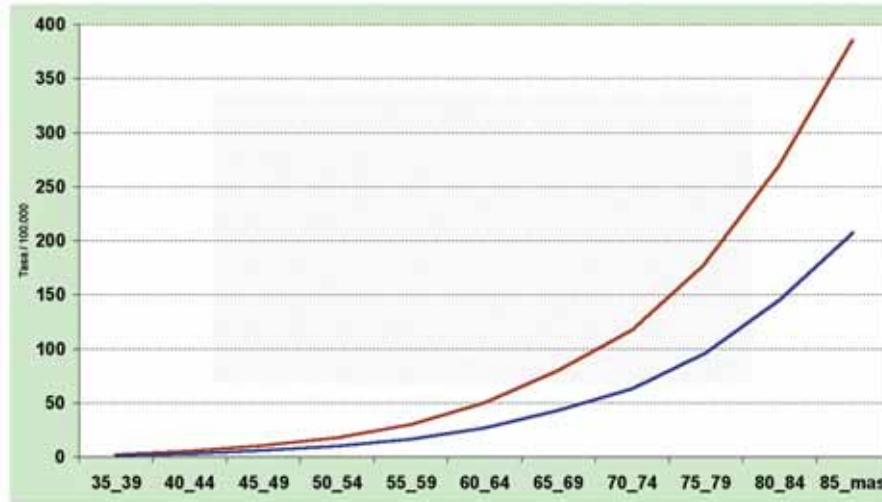
Si analizamos las tasas ajustadas, muestran un incremento del 86,4% en hombres (IMA de 3,6%) y del 42,9% en mujeres (IMA de 1,8%) para el conjunto del país, y un incremento del 116,4% en hombres (IMA de 4,9%) y del 64,7% en mujeres (IMA de 2,7%) en Castilla-La Mancha.

Tanto en España como en Castilla-La Mancha, el cáncer de colon y recto es, después del cáncer de pulmón en hombres y del cáncer de mama en mujeres, el tumor responsable del mayor número de APVP.

Tal y como se perfila en el gráfico siguiente a partir de los 35 años las tasas específicas de mortalidad por cáncer colorectal, en ambos sexos experimentan un aumento acusado y sostenido hasta alcanzar el máximo en la edad de 85 y más años de edad tanto en hombres (307,87/100.000) como en mujeres (267,77/100.000).



Gráfico 21. Tasa de mortalidad por cáncer de colon y recto. Castilla-La Mancha 2000–2004.



● VARONES ● MUJERES

En la siguiente tabla se exponen –a modo de síntesis– los datos de mayor relevancia epidemiológica, comparando Castilla-La Mancha con el patrón epidemiológico del cáncer de colon–recto en España, en el periodo 2000–2004.



Principales indicadores epidemiológicos del cáncer de colon–recto en España y Castilla-La Mancha, 2000–2004.

CÁNCER DE COLON – RECTO EN ESPAÑA, 2000–2004	CÁNCER DE COLON – RECTO EN CASTILLA-LA MANCHA, 2000–2004
En el 2004, se produjeron en España 12.971 defunciones por cáncer de colon y recto (7.412 en hombres y 5.559 en mujeres).	En el año 2004, se produjeron 531 defunciones por cáncer de colon y recto (297 en hombres y 234 en mujeres).
En ese mismo año, el 11,8% de todas las muertes por cáncer en hombres fueron debidas al cáncer de colon y recto. La tasa bruta de mortalidad cáncer colorectal fue de 35,4 por 100.000 habitantes	El 10,6% de las muertes por cáncer en hombres se produjeron por cáncer de colon y recto, con una tasa bruta de mortalidad que se ha estimado en 32,38 por 100.000 habitantes.
En mujeres, este tumor representó el 14,8% de todas las defunciones por cáncer, con una tasa bruta de 25,63 por 100.000	En mujeres, la mortalidad representó el 14,3% de todas las defunciones por cáncer y una tasa bruta de 25,43 por 100.000 habitantes
La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de colon y recto en hombres fue de 33,9 por 100.000 habitantes (34,25 – 33,54). En mujeres fue de de 25,03 por 100.000 habitantes (25,34–24,73).	La tasa ajustada de mortalidad en hombres fue de 26,56 por 100.000 habitantes (27,97–25,16). Esta misma tasa y en el mismo periodo fue de 23,32 por 100.000 habitantes (24,66–21,98).
El Riego relativo de mortalidad (RR varón/mujer) era de 1,87 (1,84–1,90).	El Riesgo relativo de mortalidad (RR Varón/Mujer) fue de 1,58 (1,40–1,79).
El riesgo acumulado de morir por cáncer de colon y recto entre el nacimiento y los 65 años de edad es de 0,65% en hombres y de 0,4% en mujeres.	El riesgo acumulado de morir por cáncer de colon y recto entre el nacimiento y los 65 años de edad es de 0,49% en hombres y de 0,33% en mujeres.

3.3.3 Cáncer de próstata

El cáncer de próstata, en España, es la tercera causa de muerte por tumores en hombres después del cáncer de pulmón y el cáncer de colon y recto. En Castilla-La Mancha ocupa la segunda posición después del de pulmón.



La dinámica de la mortalidad por cáncer de próstata en España y Castilla-La Mancha, en el periodo 1980–2004.

La dinámica de la mortalidad por cáncer de próstata en España muestra un incremento del 57,5% (IMA de 2,4%), aunque en los últimos cinco años desciende un 1,5% anual. En Castilla-La Mancha, se ha seguido la misma tónica la mortalidad se ha incrementado en un 50,9% con incremento medio anual de 2,1%.

Cuando se analizan las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de próstata en España para el periodo en estudio se consolida el descenso del -8,5% (IMA de -0,4%). Como cabía esperar, en Castilla-La Mancha, la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de próstata desciende un 5,6% (IMA de -0,2%).

El cáncer de próstata es uno de los tumores que menor número de APVP provoca. A lo largo de 1980-2004, se observa un descenso medio anual en la tasa de APVP tanto en España (0,16%) como en Castilla-La Mancha (0,78%).

En la siguiente tabla se expone –a modo de síntesis– los datos de mayor relevancia epidemiológica, comparando Castilla-La Mancha con el patrón epidemiológico del cáncer de próstata en España, en el periodo 2000–2004.

Principales indicadores epidemiológicos del cáncer de próstata en España y Castilla-La Mancha, 2000–2004.

MORTALIDAD POR CÁNCER DE PRÓSTATA EN ESPAÑA 2000–2004	MORTALIDAD POR CÁNCER DE PRÓSTATA EN CASTILLA-LA MANCHA, 2000–2004
En el año 2004 se produjeron en España 5.694 defunciones por cáncer de próstata lo que supone el 9% de las muertes por todos los cánceres en hombres.	En Castilla-La Mancha, en el año 2004, se produjeron 311 defunciones por cáncer de próstata lo que supone el 11,1% de las muertes por todos los cánceres en hombres.
La tasa bruta de mortalidad fue de 27,17 por 100.000 hombres.	La tasa bruta de 33,91 por 100.000 habitantes.
La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de próstata en España (2000-2004) fue de 27,26 por 100.000 hab. (27,58-26,94). De 1980 a 2004 esta tasa ha experimentado un descenso del -8,5% (IMA de -0,4%)	La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de próstata fue de 25,54 por 100.000 hab. (26,87-24,21). De 1980 a 2004 esta tasa ha experimentado un descenso del -5,6% (IMA de -0,2%).
El riesgo acumulado de morir por cáncer de próstata entre el nacimiento y los 65 años de edad es de 0,16%.	El riesgo acumulado de morir por cáncer de próstata entre el nacimiento y los 65 años es de 0,13%.
El 94,5% de las defunciones se produjeron con más de 64 años de edad.	Es un tumor que afecta a hombres con edad avanzada El 96% de las defunciones ocurren superados los 65 años.



Las tasas específicas por edad, en el periodo 2000–2004, tanto en España como en Castilla-La Mancha, demuestran que a partir de los 65 años se va incrementando la mortalidad por este tumor. A partir de los 75 años se dispara hasta alcanzar el máximo en el grupo de edad de 85 y más años de edad (tasa específica por edad: 695,04/100.000 hombres), siendo el tumor con mayor tasa de mortalidad en este grupo de edad.

Gráfico 22. Tasas específicas de mortalidad por cáncer de próstata. Castilla-La Mancha y España 2000–2004.



● CLM ● ESPAÑA



3.3.4 Cáncer de útero

Aunque el cáncer de cuello de útero y el cáncer del cuerpo de útero son dos tumores diferentes en cuanto a sus características histológicas, a su etiopatogenia y a su pronóstico, en los estudios de mortalidad se suelen estudiar agrupados ya que las fuentes de información utilizadas no siempre pueden discriminar entre un tipo y otro.

El cáncer de cuerpo de útero es un cáncer de la mujer en el periodo posterior a la menopausia; el 91% de los cánceres de cuerpo de útero ocurren en las mujeres con 50 o más años de edad. La supervivencia es bastante buena y oscila entre el 86% en Estados Unidos y el 78% en Europa.

En España, el cáncer de útero ocupa la sexta posición de causas de muerte por cáncer en las mujeres y la quinta por el número de APVP por cáncer en la mujer. En Castilla-La Mancha ocupa la quinta posición de causas de muerte por cáncer en las mujeres y la sexta por el número de APVP por cáncer en la mujer.

La dinámica del cáncer de útero en España y Castilla-La Mancha, durante el periodo 1980–2004.

La mortalidad por cáncer de útero en España ha disminuido un 16,5% con (IMA de -0,69%). En Castilla-La Mancha, la mortalidad por este tipo de tumor también ha descendido el 6,8% (IMA de -0,28%).

La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de útero en España ha experimentado un descenso del 37,5% (IMA de -1,56%). En Castilla-La Mancha, se observa un descenso algo menor de la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de útero entre 1980 y 2004.

El cáncer de útero es el sexto tumor por el número de APVP por cáncer en la mujer. En la evolución de la tasa de APVP se observa en España y en Castilla-La Mancha un acusado descenso en la tasa de APVP por este tipo de cáncer entre los 1980 y 2004 (34,3% en España y 45,6% en Castilla-La Mancha).

En la siguiente tabla se exponen –a modo de síntesis– los datos de mayor relevancia epidemiológica, comparando Castilla-La Mancha con el patrón epidemiológico del cáncer de útero en España, en el periodo 2000–2004.



Principales indicadores de cáncer de útero en España y Castilla-La Mancha para el periodo 2000–2004

CÁNCER DE ÚTERO EN ESPAÑA, 2000–2004	CÁNCER DE ÚTERO EN CASTILLA-LA MANCHA, 2000–2004
En 2004 se produjeron en España 1.742 defunciones por cáncer de útero, lo que supone el 4,6% de las muertes por cáncer en mujeres y el 1,7% del total de defunciones por cáncer.	En 2004, se produjeron 79 defunciones por cáncer de útero, lo que supone el 4,8% de las muertes por cáncer en mujeres y el 1,8% del total de defunciones por cáncer.
La tasa bruta de mortalidad por cáncer de útero de 8,03 por 100.000 mujeres.	La tasa bruta de mortalidad por cáncer de útero de 8,59 por 100.000 mujeres.
El riesgo acumulado de morir por cáncer de útero entre el nacimiento y los 65 años de edad es de 0,23%.	El riesgo acumulado de morir por cáncer de útero entre el nacimiento y los 65 años de edad es de 0,19% en mujeres.
La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de útero 2000–2004 fue de 8,45 por 100.000 mujeres (8,62–8,27).	Tasa ajustada por cáncer de útero 2000–2004 fue de 7,96 por 100.000 mujeres (8,75–7,16).

A partir del grupo de edad de 25–34 años las tasas específicas experimentan un aumento acusado y sostenido hasta alcanzar el máximo en la edad de 85 y más años (52,58 / 100.000).

Gráfico 23. Tasas de mortalidad por cáncer de útero y ovario. Castilla-La Mancha 2000–2004.





3.3.5 Cáncer de ovario

De 1980 a 2004 se han producido en España un total de 31.375 defunciones por cáncer de ovario (promedio de 1.255 defunciones anuales). Un 4% de todas las defunciones por cáncer en la mujer se debió a este tumor. En los últimos 25 años, la tasa bruta de mortalidad por cáncer de ovario ha seguido una tendencia creciente tanto en España como en Castilla-La Mancha.

En el conjunto del país la tasa bruta media anual del periodo fue de 6,24 defunciones por 100.000 habitantes. La tendencia de la tasa bruta de mortalidad observada a lo largo del periodo es ascendente, con un incremento medio anual de 5,72 (significativo) entre 1980 y 1995 y de 0,46 (no significativo) entre 1995 y 2004.

En el último año, 2004, se produjeron 1.713 defunciones por cáncer de ovario (el 4,6% del total de las muertes por tumores), lo que supuso una tasa bruta de mortalidad de 7,82 por 100.000 mujeres.

De 1980 a 2004 se han producido en Castilla-La Mancha un total de 1.323 defunciones por cáncer de ovario (un promedio de 53 defunciones anuales). Este número de defunciones supone un 3,8% sobre el total de muertes por tumores en la mujer, con un incremento medio anual de 10,10 desde el inicio del periodo y hasta 1992. A partir de ese año y hasta el final del periodo el incremento es menos acentuado.

En Castilla-La Mancha, en 2004, se produjeron 78 defunciones por cáncer de ovario (tasa bruta de mortalidad de 8,45/100.000). La tasa bruta media anual fue de 6,19 defunciones por 100.000 mujeres.

En el cáncer de ovario los factores de riesgo, están relacionados con la baja paridad, esterilidad, antecedentes de cánceres familiares de ovario y/o mama. Por el contrario hemos de recordar que existen una serie de factores protectores entre los que tenemos el uso previo de anovulatorios, embarazos a término o lactancia.

En España, la tasa ajustada de mortalidad tiene una tendencia creciente muy marcada desde el inicio del periodo y hasta mediados de los años noventa (crecimiento medio anual de 4,77 estadísticamente significativo), en que se invierte observándose un descenso poco acusado (descenso medio anual de 0,48 no significativo) hasta el final del periodo. En Castilla-La Mancha, la tendencia es creciente a lo largo de todo el periodo de estudio: crecimiento medio anual de 9,57 (significativo) de 1980 a 1992 y mucho menos marcado y no estadísticamente significativo de 1992 a 2004 (crecimiento medio anual de 0,57). Las tasas



ajustadas de mortalidad por cáncer de ovario de Castilla-La Mancha son inferiores a las de España durante todo el periodo.

Si comparamos las tasas específicas de mortalidad por cáncer de ovario del primer y último quinquenio del periodo, se observa un descenso de la mortalidad en los grupos de edad más jóvenes (hasta los 60–64 años) y un aumento en los grupos de edad más avanzada.

En España, de 1980 a 2004, se han producido 231.878 años potenciales de vida perdidos (APVP) por cáncer de ovario. Si se analiza el periodo por quinquenios, se observa que este incremento se produce fundamentalmente hasta el quinquenio 1995–1999. En la tasa de APVP se observa a lo largo del periodo un incremento medio anual del 1,58%.

El riesgo de morir entre 1 y 69 años por cáncer de ovario fue en 1980 de 0,23% y en 2004 de 0,34% (incremento medio anual de 1,91%).

En Castilla-La Mancha, se han producido a lo largo del periodo 9.208 APVP por cáncer de ovario. En la tasa de APVP se aprecia un incremento medio anual de 9,75%.

El riesgo de morir entre 1 y 69 años por cáncer de ovario fue en 1980 de 0,10% y en 2004 de 0,39% (incremento medio anual de 11,6%).

La mortalidad de Castilla-La Mancha se comparó con la de España tomando la ley de mortalidad de esta última como referencia para el cálculo de la REM. La REM de Castilla-La Mancha respecto a España es de 91,5% (98,2% – 84,8%).

3.4 LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA. MARCO NORMATIVO

En este apartado se describe el marco legislativo y normativo de la atención a las enfermedades oncológicas que regulan los derechos y deberes tanto de las personas que conviven con este problema de salud, como de los proveedores que prestan y gestionan los servicios sanitarios y sociales (públicos y privados). Éste marco delimita las garantías y márgenes de las prestaciones y servicios que se llevan a cabo, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y de forma singular en el Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha.



Ámbito Estatal

La *Constitución Española*, en el Capítulo III del Título I, enmarca los derechos fundamentales y establece los principios rectores de la política social y económica. En su artículo 43.1 reconoce el derecho a la protección de la salud y establece la obligación a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El estado español considera la salud como un bien tutelar. Asumiendo así el principio de universalidad que le obliga a garantizar, entre otros derechos, el derecho a la no discriminación por razón de edad, sexo, religión y condición social.

El proceso de descentralización de las competencias en materia de asistencia sanitaria se produce a distintas velocidades, comenzando en 1981 con las transferencias a Cataluña, seguido de Andalucía y País Vasco. En el año 2002 Castilla-La Mancha, entre otras autonomías, recibe sus transferencias de atención sanitaria, completándose así el mapa del Sistema Nacional de Salud configurado en 17 Servicios regionales e INGESA que gestiona las comunidades de Ceuta y Melilla.

En 1986 se aprueba la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, que desarrolla el derecho constitucional de protección de la salud y recoge la normativa necesaria para la creación del sistema sanitario público en España.

El Sistema Nacional de Salud es definido como: “el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados”, bajo los principios de universalidad, financiación pública, descentralización, equidad en el acceso (superando desequilibrios territoriales y sociales) e integración del Sistema.

De forma más concreta su artículo 3.2, establece que “*el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva*”. Y en el artículo 18 se recoge que “*las diferentes actuaciones sanitarias que desarrollarán las administraciones públicas, serán responsabilidad y competencia de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso*”.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal

Esta ley realiza la transposición a la legislación nacional de la normativa europea, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.



En ella se consideran los datos de salud dentro de los especialmente protegidos y se establece un régimen riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión reforzando de esta forma la confidencialidad de los mismos.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Esta ley, que tiene la condición de básica de conformidad con lo establecido en el artículo 149.1.1.a y 16.a de la Constitución, viene justificada por la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico–asistenciales.

En ella se establece un marco legislativo para el principio de autonomía del paciente como base de la atención sanitaria, reconociendo, su derecho a no ser informado o el derecho a ser informado, de un modo adecuado a las posibilidades de comprensión de los pacientes.

Entre los principios básicos recoge que:

“El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”.

Y entiende por libre elección:

“la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso”.

Además, en ella se desarrolla el derecho de acceso a los datos de salud, que ya estaba contemplado en la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El marco de las prestaciones sanitarias y sociales

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, define los derechos de los usuarios y usuarias del sistema sanitario a la protección de la salud al regular, de forma genérica, las prestaciones facilitadas por el sistema sanitario público.



El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, tiene por objeto establecer la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Prestaciones sanitarias de salud pública, de atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Ley 16/ 2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La Ley en su artículo 7.1, establece que el catalogo de prestaciones del SNS, tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Que se consideren prestaciones de atención sanitaria del SNS, los servicios o conjunto de servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigida a toda la ciudadanía. En su artículo 11 establece que las Comunidades Autónomas, podrán fijar una cartera de servicios complementarios pero precisando que la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, debe garantizarse a todos los usuarios y las usuarias del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

En el artículo 2 señala el contenido de dicha cartera de servicios y establece que:

“La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.”

Así en su artículo 3 fija las características de la cartera de servicios comunes al señalar que:

“... La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independientemente del nivel asistencial en el que se les atienda en cada momento.”

En el artículo 5, se regulan los criterios y requisitos de dicha cartera:

“Para la definición, detalle y actualización de la cartera de servicios comunes se tendrá en cuenta la seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad y utilidad terapéuticas de las técnicas, tecnologías y procedimientos, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo, basándose en los criterios y requisitos establecidos (...).”



En este contexto, la Ley de Cohesión y Calidad contempla la atención a los enfermos de cáncer, entre otras, entre las prestaciones de salud pública, de atención primaria y especializada.

Así en su artículo 11, establece que:

“1. La prestación de salud pública es el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales.

2. Las prestaciones en este ámbito comprenderán las siguientes actuaciones:

- a) La información y vigilancia epidemiológica.
- b) La protección de la salud.
- c) La promoción de la salud.
- d) La prevención de las enfermedades y de las deficiencias.
- e) La promoción y protección de la sanidad ambiental.
- f) La promoción y protección de la salud laboral.”

En su artículo 12, la Ley dispone que:

“1. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

2. La atención primaria comprenderá:

- a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- d) Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- e) La rehabilitación básica.
- f) Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- g) La atención paliativa a enfermos terminales.”



Y en su artículo 13, señala que:

- “1. La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.*
- 2. La atención sanitaria especializada comprenderá:*
 - a) La asistencia especializada en consultas.*
 - b) La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.*
 - c) La hospitalización en régimen de internamiento.*
 - d) El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.*
 - e) La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.*
 - f) La atención paliativa a enfermos terminales.*
 - g) La atención a la salud mental.*
 - h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.*
- 3. La atención especializada se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.”*

Además la Ley en su artículo 25, establece la exigencia de fijar garantías de tiempo para el acceso a las prestaciones sanitarias en base a criterios que se acordarán en el seno del Consejo Interterritorial y que se aprobarán mediante Real Decreto. Asimismo, insta a las Comunidades Autónomas a que definan tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco.

Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco

Esta ley incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de mayo de 2003, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del tabaco.

En el capítulo I. Disposiciones Generales se establece que ante la evidencia científica de que el tabaquismo es la primera causa aislada de mortalidad evitable, y el elevado coste social y sanitario que representan las enfermedades cuyo factor de riesgo determinante es el consumo de tabaco, se hace necesaria la adopción



de un conjunto de medidas: aquellas que inciden sobre las limitaciones de su consumo y venta, con el aumento de los espacios sin humo, la limitación, la disponibilidad y accesibilidad y publicidad en cualquier medio de los productos del tabaco, especialmente en los más jóvenes y la garantía de derecho de la población no fumadora a respirar aire no contaminado por el humo del tabaco.

Le ley se articula en cinco capítulos, dedicados respectivamente a la regulación de las disposiciones generales, las limitaciones a la venta, patrocinio, medidas de prevención del tabaquismo de promoción de la salud y de facilitación de la deshabituación tabáquica, así como el régimen de infracciones y sanciones.

Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Inspirándose en los siguientes principios: el carácter universal y público de las prestaciones, el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y la participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias. Esta ley reconoce un nuevo derecho universal y subjetivo de la ciudadanía que garantiza la atención y cuidados a las persona dependientes, es decir, *"el de las personas que no se pueden valer por sí mismas, a ser atendidas por el Estado y garantiza una serie de prestaciones"* la prestación de servicios (ayuda a domicilio, centros de día y de noche, teleasistencia, ayudas técnicas, plazas residenciales), además de las prestaciones económicas. Esta ley protege a todas aquellas personas que durante su proceso oncológico, o debido a las secuelas físicas, psíquicas y sensoriales del mismo necesitan cuidados complementarios, se pone especial énfasis en los pacientes terminales.

Ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha

Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto, de Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha.

El Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, en su artículo 32.3 establece que es competencia de la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud.

Orden 12 de agosto de 1996, por la que se determina el Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha.

La Ley General de Sanidad establece en su artículo 56.1 que las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Área de Salud. La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha delimitó sus áreas de salud mediante el Decreto 13/1994, de 8 de febrero, de Ordenación



Territorial de la Sanidad en Castilla-La Mancha. Al mismo tiempo esta norma establece que el mapa sanitario de Castilla-La Mancha se determinara por Orden de la Consejería de Sanidad, a lo largo de estos último años se han ido delimitando la mayoría de las Zonas Básicas de Salud de Castilla-La Mancha, mediante las correspondientes Órdenes publicadas en el Diario Oficial, a partir de la fecha de publicación de esta orden.

Ley 8/2000, de 15 de septiembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Castilla-La Mancha.

Esta Ley configura el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, definido como el conjunto de funciones, actuaciones, centros y servicios sanitarios dependientes de los poderes públicos a ellos vinculados, teniendo como objetivo último la mejora del nivel de salud y del que son elementos esenciales la cobertura universal, la financiación pública, el aseguramiento único y público, la gestión pública, la concepción integral de la atención sanitaria y la provisión mayoritariamente pública.

Los principios más relevantes que informan la ordenación y actuación sanitaria en la Comunidad son los de universalidad de los servicios sanitarios, equidad, superación de las desigualdades territoriales, igualdad efectiva, participación comunitaria, calidad de los servicios, concepción integral e integrada del sistema sanitario, rentabilidad social, descentralización, desconcentración, coordinación, eficacia, eficiencia y responsabilidad y participación del colectivo de profesionales.

En definitiva esta Ley viene a consolidar un sistema sanitario público, integrado, de cobertura universal, solidario, equitativo, que reconoce la importancia de los ciudadanos tanto en la vertebración del propio sistema como en su condición de usuario del mismo, para lo que se establecen unas estructuras que han de responder con agilidad, eficacia, cercanía y calidad a sus demandas.

Decreto 80/2003, de 13 de mayo de 2003 de creación del Área de Salud de Puertollano.

Partiendo del Decreto 13/1994, de 8 de febrero, de Ordenación Territorial de la Sanidad en Castilla-La Mancha, y de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha se decide crear el Área de Salud de Puertollano, y en consecuencia se modifica el Área de Salud de Ciudad Real.

Decreto 180/2005, de 2 de noviembre, del derecho a la segunda opinión médica.

Este decreto regula el ejercicio del derecho de los usuarios y de las usuarias a la segunda opinión médica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha. Se entiende por segunda opinión médica el



informe facultativo emitido como consecuencia de la solicitud realizada por un usuario o usuaria, con el fin de contrastar un primer diagnóstico completo o indicación terapéutica para facilitar al paciente una mayor información sobre la inicialmente recibida y prestar una mejor asistencia sanitaria.

La norma establece que si en Castilla-La Mancha no se dispusiera de un único centro con disponibilidad de esa especialidad o concurra otro motivo justificado que lo haga necesario, se facilitará la obtención de una segunda opinión médica en centro concertado o se tramitará la solicitud a centro público de otra Comunidad Autónoma. En este supuesto si la persona que solicita la segunda opinión tuviera que incurrir en gastos de traslado, manutención y alojamiento el servicio o centro que emitió el primer diagnóstico procederá al abono de estos gastos.

Asimismo, esta norma establece una serie de procesos con garantía de segunda opinión: a) enfermedades neoplásicas malignas, excepto cánceres de piel que no sean el melanoma; b) enfermedades neurológicas inflamatorias y degenerativas invalidantes; c) enfermedades graves con causa hereditaria claramente definida; d) confirmación de diagnóstico de enfermedad rara.

El Decreto establece 15 días de plazo contados a partir del día siguiente al de recepción de la citada resolución.

Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Especializada.

La Ley de Garantías en Atención Sanitaria Especializada y los Decretos 9/2003 y 8/2005 aseguran a los castellano–manchegos una espera máxima, en caso de superar los plazos indicados, el usuario podrá acudir a cualquier centro de su elección debidamente autorizado y el Gobierno Regional asumirá el coste.

El objetivo de la Ley es establecer garantías de respuesta en la atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente.

En el artículo 3, establece que anualmente el Consejo de Gobierno, mediante Decreto fijará los plazos máximos de espera para los procedimientos y técnicas de las diferentes especialidades en las modalidades de cirugía, consultas externas de especialistas y pruebas diagnósticas especializadas.

El artículo 5 del Decreto establece un sistema de Garantías:

“1. En el caso de que se superen los tiempos establecidos en el Decreto anual de plazos máximos de respuesta tanto en el centro elegido por el paciente como en el centro que el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha le haya, en su caso, designado, el paciente podrá requerir atención sanitaria especializada en un centro sanitario de su elección.”



2. (...), el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha estará obligado al pago de los gastos derivados de dicha atención sanitaria al centro elegido (...)."

El artículo 7, fija como tiene que ser la información sobre listas de espera que debe recibir el usuario:

"Se facilitará información mensual a la que podrán tener acceso los ciudadanos, sobre el número de pacientes que figuran en lista de espera de todas las especialidades en centros propios y centros concertados por el servicio de salud."

El artículo 8, establece la creación de un Registro de pacientes en lista de espera, en el que se inscribirán todos los pacientes que soliciten una atención sanitaria especializada de carácter programado no urgente.

Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud.

El objeto de esta Ley de Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud, no es otro que dar un trato especial al derecho de autonomía que asiste a los pacientes mediante un instrumento que se conoce como instrucciones previas o voluntades anticipadas.

El Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha, regula la declaración de voluntades del usuario en la que contiene las instrucciones expresas sobre su cuidado y tratamiento en situaciones en las que la persona está privada de su capacidad de decidir, su decisión expresa respecto a la donación de órganos en caso de fallecimiento, así como los cuidados y tratamientos sanitarios que desee o no recibir.

La Orden de 31 de agosto de 2006, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea el fichero automatizado de datos del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla-La Mancha.

Según datos emitidos por el Registro de Voluntades Anticipadas (RDVA) de la Consejería de Sanidad, a 1 de enero de 2007, 83 personas habían procedido a registrar sus voluntades anticipadas.

Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

En este decreto se establecen las definiciones de los servicios o unidades asistenciales que conforman la oferta asistencial en Castilla-La Mancha.



Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001 – 2010.

El Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001–2010, actualmente vigente, es el marco de referencia para el conjunto de actuaciones en materia de política sanitaria objetivos e intervenciones en salud con una orientación y un contenido fundamentalmente operativos. Aborda un concepto de salud amplio, acorde con la realidad de las necesidades y expectativas de los ciudadanos y ciudadanas en el siglo XXI y contempla actuaciones en el ámbito de la salud pública, la asistencia sanitaria definiendo obligaciones de las distintas instituciones con responsabilidad en el ámbito de la salud.

3.5 LA RED DE RECURSOS SANITARIOS Y SUS TENDENCIAS DE CAMBIO

El escenario de los recursos sanitarios se ha modificado de forma extraordinaria, desde que a finales del 2002 Castilla-La Mancha asumió las competencias en materia de asistencia sanitaria. Los nuevos equipamientos, las nuevas instalaciones hospitalarias, la ampliación y construcción de centros sanitarios –nuevos hospitales, CEDT y centros de salud– nuevos derechos de los pacientes configuran la Red de Atención Sanitaria del SESCOAM.

Se ha trabajado con esfuerzo para construir un sistema sanitario público más accesible y más seguro y centrado en las personas (profesionales y pacientes). Se ha ampliado considerablemente la cobertura y accesibilidad de la población a los centros de salud y hospitales, y nuevas prestaciones y servicios, especialmente de alta complejidad, además de evitarles un gran número de desplazamientos y los costes asociados a los mismos.

La inversión en tecnología, la gestión de los tiempos de espera y el incremento de profesionales cualificados, hacen que el Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha se haya situado en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, entre los mejores y así lo consideran las ciudadanas y ciudadanos de esta región –según los datos del Barómetro Sanitario de Castilla-La Mancha de noviembre de marzo de 2007–, el 40% considera que es igual que en otras Comunidades Autónomas y un 18,4% considera que la asistencia sanitaria es mejor. El nivel de satisfacción global alcanza una valoración de notable (7,2 %).⁸

⁸ En estos dos últimos años se han puesto en marcha cinco nuevos hospitales, el Hospital General de Ciudad Real, seguido de la remodelación del Hospital de Talavera de la Reina. Ya en 2007 se han puesto en funcionamiento los Hospitales de Almansa, Villarobledo y Tomelloso. A lo largo de este año se desarrollarán los proyectos de reforma y ampliación de los Hospitales de Cuenca, Guadalajara y Albacete.



Algunos datos de interés:

El presupuesto sanitario ha aumentado un 63,7 por ciento desde enero de 2002, lo que supone casi un 30% del presupuesto de la Junta de Comunidades. El gasto sanitario por habitante es de 1.267 euros, por encima de la media nacional.

La incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en la gestión administrativa y clínica de los centros gestionados por SESCAM, ha sido elemento fundamental en el objetivo de mejorar día a día la accesibilidad y calidad de las prestaciones y servicios a la ciudadanía. El despliegue de infraestructura informática ha permitido el desarrollo del proyecto Ykonos de imagen médica digital (2003), implantado actualmente en diez hospitales del SESCAM.⁹

En Atención Primaria el programa Turriano, la *historia clínica única informatizada* de Atención Primaria, contiene módulos específicos cuyo objetivo es registrar información sobre la monitorización individual de factores de riesgos asociados a la enfermedades crónicas, de mayor prevalencia y carga social y sanitaria (hipertensión, exceso de peso y obesidad, diabetes, colesterol). Al mismo tiempo el profesional puede solicitar pruebas al laboratorio de referencia; interconsultas al especialista; gestionar órdenes de transporte sanitario en red, aumentando la eficiencia y capacidad de respuesta en la atención urgente y emergente. La digitalización de la imagen médica permite que viaje la información "on line" y evita que viaje el paciente y que sea el mensaje y referente de la continuidad asistencial.

Otro proyecto basado en la aplicación de la e-salud es el proyecto Mambrino, que se puso en marcha en el hospital de Ciudad Real, como sistema integrado de información clínica y administrativa. Este proyecto una vez evaluado pretende ser en un futuro el sistema de Información Hospitalario del SESCAM, basado en la base de datos de pacientes.

El desarrollo de los derechos de los pacientes es un hecho constatado con la entrada en vigor de la Ley de Garantías; el Decreto de la Segunda Opinión Médica; el Decreto de las voluntades anticipadas, habiéndose registrado 83 personas, un año después de la puesta en marcha del Registro de Voluntades Anticipadas.

⁹ Según datos de la memoria del SESCAM, el presupuesto regional para el área de informática se ha incrementado el 40% desde 2002 a 2005. En el último trimestre de 2006, el 95% de los centros de Atención Primaria y prácticamente la mitad de los consultorios locales están informatizados, y más de 3700 profesionales sanitarios disponen de ordenador personal en sus consultas.



Tabla 3. Registro de voluntades anticipadas (RDVA). N° de declaraciones registradas por punto de registro según sexo.

PUNTO DE REGISTRO	SEXO		
	Hombre	Mujer	Total
Delegación de Sanidad de Albacete	14	23	37
Delegación de Sanidad de Ciudad Real	3	10	13
Delegación de Sanidad de Cuenca	6	5	11
Delegación de Sanidad de Guadalajara	4	5	9
Delegación de Sanidad de Toledo	6	7	13
Total	33	50	83

Fuente: RDVA. Consejería de Sanidad. Fecha y hora de la consulta: 01/01/2007 13:38

La situación actual: El Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha

Según el Decreto 13/1994, de 8 de febrero; Orden de agosto de 1996; decreto 80/2003 de 13 de mayo, el Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha establece una estructura conformada por nueve áreas de salud, integrada cada una de ellas por distintas zonas básicas.

El Sistema Sanitario público de Castilla-La Mancha cuenta con un total de 31 hospitales públicos y privados y 5.166 camas, de las que el 78% son gestionadas por SESCOAM. El número de camas por 100.000 habitantes es de 2,73.



Figura 1. Mapa Sanitario por Áreas de Salud.

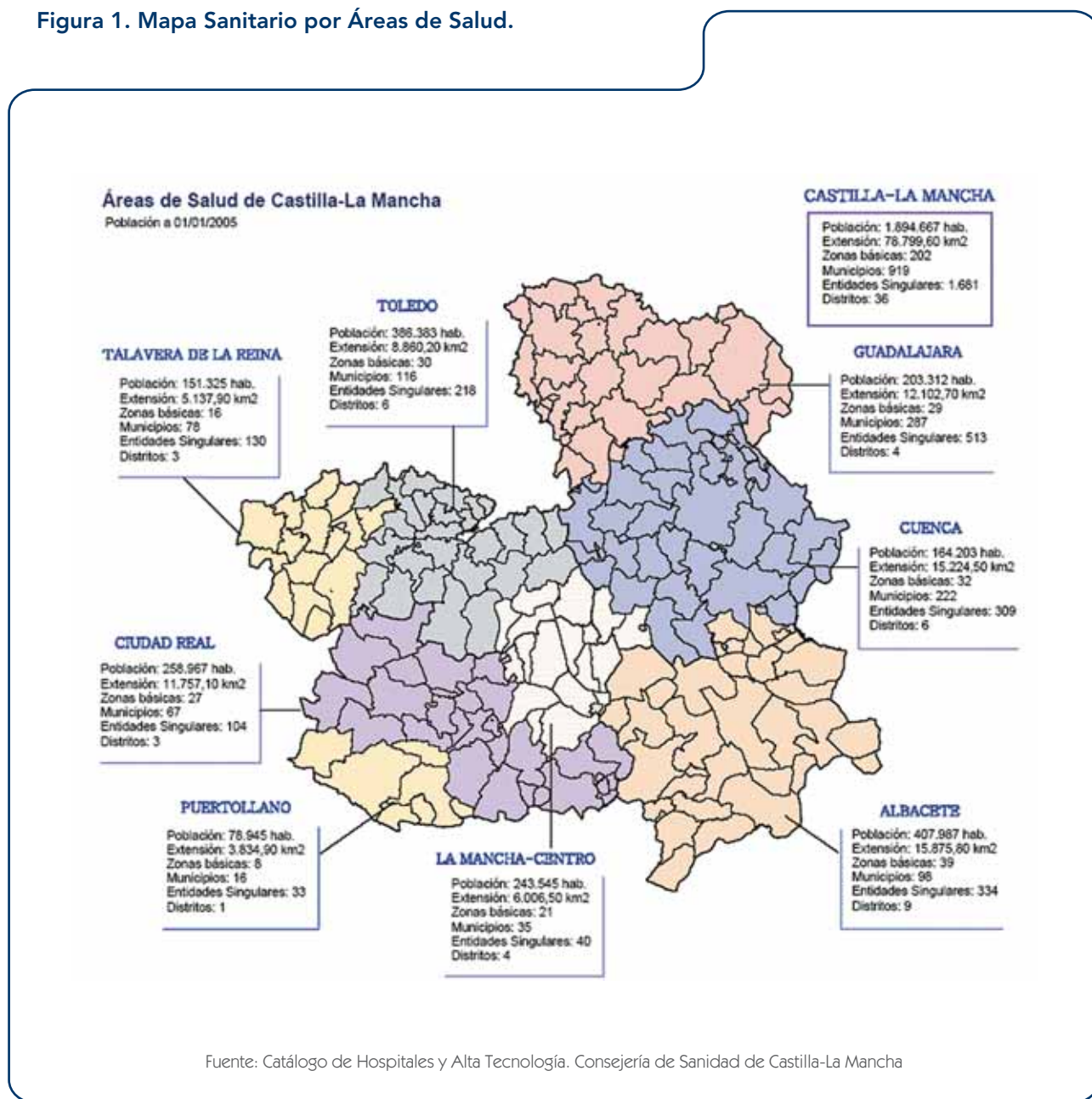


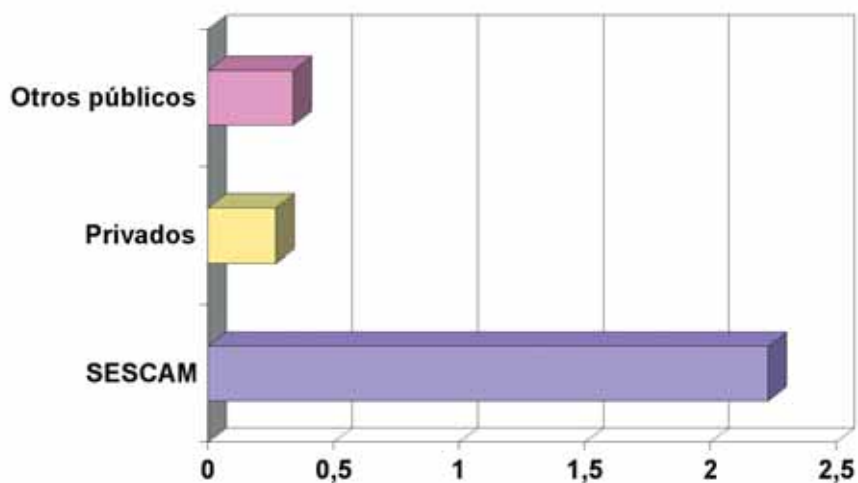


Tabla 4. N° de hospitales y camas instaladas según dependencia funcional.

DEPENDENCIA FUNCIONAL	N° DE HOSPITALES	N° DE CAMAS INSTALADAS
SESCAM	18	4.301
Privados	11	509
Otros públicos	5	650
Total Castilla-La Mancha	31	5.460

Fuente: Elaboración propia. Catálogo Hospitales y Alta Tecnología Castilla-La Mancha 2006

Gráfico 24. Número de Camas por 100.000 habitantes



Fuente: Elaboración propia. Catálogo Hospitales y Alta Tecnología Castilla-La Mancha 2006



Los recursos humanos del SESCAM

Desde que se recibieron las transferencias sanitarias en 2002 se han incorporado más de 6.700 profesionales sanitarios, lo que ha supuesto un incremento del 42% de la plantilla del SESCAM. Los datos publicados en la memoria del SESCAM para el año 2005 cifran en 20.003 el total de profesionales asistenciales y de gestión adscritos al SESCAM. El ratio de médicos / personal de enfermería en atención primaria es de 76,2 médicos y 66,8 personal de enfermería por cada 100.000 habitantes, siendo en España de 70 y 60, respectivamente. Durante este año se prevé incorporar unos 1.300 profesionales más, lo que supondrá duplicar la plantilla de profesionales sanitarios en cinco años de gestión de la asistencia sanitaria (2002–2007).

En el apartado siguiente se describen los recursos especializados y la actividad que se desarrolla en atención oncológica en las diferentes Áreas de Salud y en los distintos centros del SESCAM.

Los recursos especializados, tecnología y la demanda atendida en oncología

La situación y recursos de oncología médica y de radioterapia han mejorado sustancialmente desde que en 2002 se recibieran las transferencias de la asistencia sanitaria.

En los hospitales del SESCAM, actualmente desempeñan su actividad, 42 oncólogos médicos, 8 radioterapeutas y 14 radiofísicos hospitalarios. En las unidades de Anatomía Patológica, 52 facultativos trabajan en centros del SESCAM. En la mayoría de los hospitales, las neoplasias del Sistema Hematopoyético pueden ser tratadas en los Servicios de Hematología Oncológica u Oncohematología, en coordinación con los servicios/unidades de oncología, en especial en el caso de los tumores en niños y adolescentes.

En los diferentes hospitales se dispone, actualmente de siete Unidades de Oncología Médica especializada que dan cobertura a todas las áreas de salud. Existe una unidad de Oncología Radioterápica en el Hospital General Universitario de Albacete. La previsión de este Plan, es que durante su periodo de ejecución se amplíe el acceso al tratamiento de radioterapia oncológica a todas las provincias.

Además este hospital cuenta con una Unidad de Radiocirugía y Radioterapia Estereotáxica Fraccionada, que pretende abordar unos 230 casos al año una vez concluya el periodo de rodaje, aunque en 2007 ya se asistirán cerca de 50 tumores cerebrales con un tratamiento menos agresivo y de mayor calidad, que evitará sufrimientos innecesarios a los pacientes.

Los Complejos Hospitalarios de Albacete y Toledo cuentan con una Unidad de Oncología Infantil. Se cuenta con 4 unidades de mama en los siguientes hospitales: H.G.U. Albacete, H.G.U. Guadalajara, H.G. Ciudad



Real, C.H. de Toledo, el plan prevé que en los próximos 3 años se implementen las unidades de mama de tal forma que se cuente con una unidad por cada área de salud.

Tabla 5. Unidades asistenciales de atención al cáncer y otros servicios clínicos de diagnóstico y tratamiento relacionados.

- Complejos Hospitalarios
- Hospitales

		C.H. ALBACETE	C.H. CIUDAD REAL	C.H. MANCHA CENTRO	C.H. TOLEDO	H. GRAL. UNIV. GUADALAJARA	H. GRAL VIRGEN DE LA LUZ	H. NTRA. SRA. DEL PRADO	H. STA. BÁRBARA	H. P. DE LA MISERICORDIA	H. C. DE HELLÍN	H. GUTIÉRREZ ORTEGA
U77	Anatomía patológica	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
U66	Atención sanitaria domiciliaria	•			•							
U74	Bioquímica clínica	•	•	•	•	•		•	•		•	•
U43	Cirugía general y digestivo *	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
U45	Cirugía maxilofacial	•	•			•	•					
U67	Cuidados paliativos	•	•	•	•	•	•	•				
U62	Foniatría				•	•						
U78	Genética				•							
U26	Ginecología *	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
U79	Hematología clínica	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
U65	Hospital de día	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
U75	Inmunología	•	•	•								
U80	Lab. de hematología	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
U37	Medicina intensiva	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
U13	Medicina interna *	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
U87	Medicina nuclear		•				•					
U19	Oncología médica	•	•	•	•	•	•	•				
	Oncología infantil	•			•							
U88	Radiodiagnóstico	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
U86	Radioterapia	•	•									
U6	Tratamiento del dolor	•	•		•	•	•					
U68	Urgencias	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•

* Se incluyen: Cirugía general y digestivo y sus especialidades quirúrgicas; Ginecología general y sus especialidades quirúrgicas; Medicina Interna general.

Fuente: Memoria de la Consejería de Sanidad 2005.



Todos los hospitales del SESCAM cuentan con unidad de hematología y en la mayoría de ellos se realizan tratamientos oncohematológicos. En el conjunto de la comunidad autónoma se dispone de nueve Hospitales de Día con un total de 103 puestos para pacientes oncológicos y con otras patologías.

Unidades de Cuidados Paliativos

En la Comunidad Autónoma se dispone actualmente de 12 unidades de cuidados paliativos de titularidad pública o concertadas por el SESCAM.

Dotación de Alta Tecnología por Provincia y Dependencia Funcional

En la tabla siguiente se describe el equipamiento de alta tecnología de los hospitales de Castilla-La Mancha. Una gran parte de la alta tecnología útil para el diagnóstico y tratamiento de la patología oncológica.

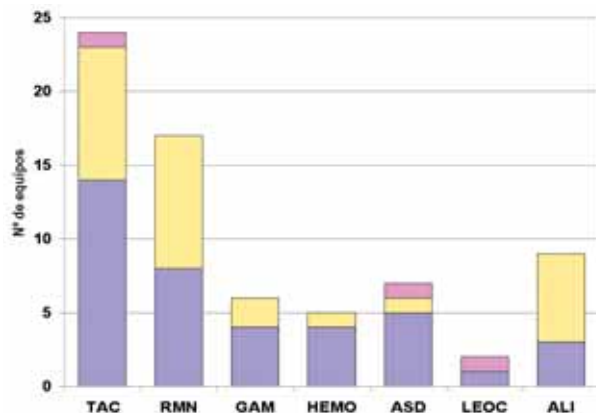
Tabla 6. Equipamientos de alta tecnología de los hospitales de Castilla-La Mancha.

SIGLAS	EQUIPO	TOTAL
ALI	Acelerador lineal de partículas	3
ASD	Angiógrafo por sustracción digital	7
BQT	Equipo de braquiterapia	1
DIAL	Equipos de hemodiálisis	82
DO	Densitómetro óseo	4
ELF	Sala de electrofisiología	6
GAM	Gammacámara	6
HEMA	Sala de hemodinámica de adultos	5
LEOC	Litotriptor extracorpóreo por ondas de choque	2
MAMc	Mamógrafo convencional	15
MAMd	Mamógrafo digital	1
P	Planificador	2
RMN	Resonancia magnética nuclear	17
RVI	Radiología vascular intervencionista (terapéutica)	3
SM	Equipo simulador de radioterapia	1
TAC	Tomógrafo axial computerizado	24

Fuente: Equipos instalados o en funcionamiento a fecha 31 de diciembre de 2006. Elaboración propia y Catálogo de hospitales y Alta Tecnología de Castilla-La Mancha. Dirección General de Evaluación e Inspección. Consejería de Sanidad



Gráfico 25. Número de TAC, RMN, GAM, HEMO, ASD, LEOC y ALI según su dependencia funcional 2006



D. funcional	TAC	RMN	GAM	HEMO	ASD	LEOC	ALI
SESCAM	14	8	4	4	5	1	3
PRIVADOS	9	9	2	1	1	-	6
O. PÚBLICOS	1	-	-	-	1	1	-

■ SESCAM ■ PRIVADOS ■ O. PÚBLICOS

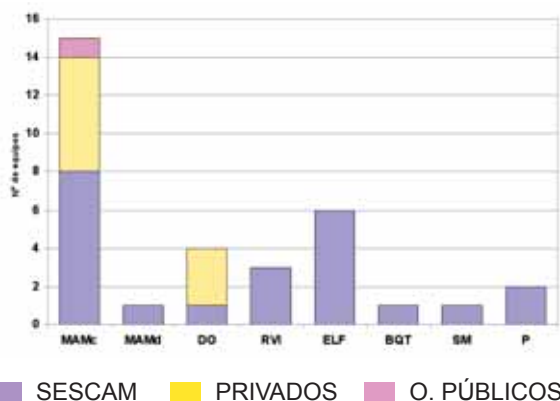
Fuente: Elaboración propia y Catálogo de hospitales y Alta Tecnología de Castilla-La Mancha.
Dirección General de Evaluación e Inspección. Consejería de Sanidad

Tabla 7. Número de equipos por 100.000 habitantes 2006 Total en Castilla-La Mancha.

TAC	RMN	GAM	HEMO	ASD	LEOC	ALI
1,27	0,90	0,32	0,26	0,37	0,11	0,47



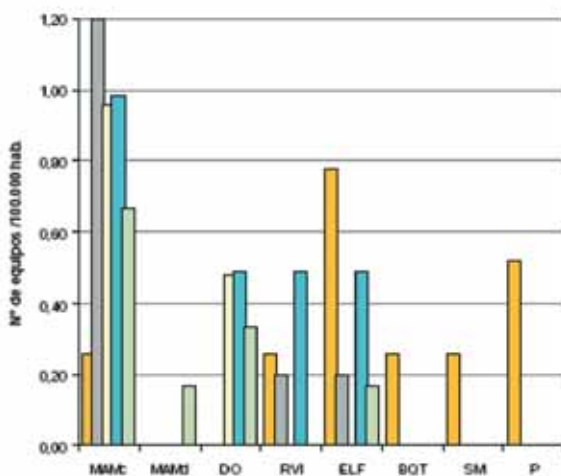
Gráfico 26. Número de MAMc, MAMd, DO, RVI, ELF, BQT, SM y P según su dependencia funcional 2006.



D. funcional	MAMc	MAMd	DO	RVI	ELF	BQT	SM	P
SESCAM	8	1	1	3	6	1	1	2
PRIVADOS	6	-	3	-	-	-	-	-
O. PÚBLICOS	1	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia y Catálogo de hospitales y Alta Tecnología de Castilla-La Mancha. Dirección General de Evaluación e Inspección. Consejería de Sanidad

Gráfico 27. Número de equipos por 100.000 habitantes 2006.



Provincia	MAMc	MAMd	DO	RVI	ELF	BQT	SM	P
AB	0,26	0	0	0,26	0,78	0,26	0,26	0,52
CR	1,20	0	0	0,20	0,20	0	0	0
CU	0,06	0	0,48	0	0	0	0	0
GU	0,08	0	0,40	0,40	0,40	0	0	0
TO	0,67	0,17	0,33	0	0,17	0	0	0

Total en Castilla-La Mancha

MAMc	MAMd	DO	RVI	ELF	BQT	SM	P
0,79	0,05	0,21	0,16	0,32	0,05	0,05	0,11



SIGLAS	EQUIPO
ALI	Acelerador lineal de partículas
ASD	Angiógrafo por sustracción digital
BQT	Equipo de braquiterapia
DIAL	Equipos de hemodiálisis
DO	Densitómetro óseo
ELF	Sala de electrofisiología
GAM	Gammacámara
HEMa	Sala de hemodinámica de adultos

SIGLAS	EQUIPO
LEOC	Litotriptor extracorpóreo por ondas de choque
MAMc	Mamógrafo convencional
MAMd	Mamógrafo digital
P	Planificador
RMN	Resonancia magnética nuclear
RVI	Radiología vascular intervencionista (terapéutica)
SM	Equipo simulador de radioterapia
TAC	Tomógrafo axial computerizado

Demanda asistencial debida al cáncer

En este apartado se presenta el análisis de la demanda asistencial debida a la atención a las enfermedades oncológicas a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)¹⁰ de Castilla-La Mancha.

Para intentar dar una idea de la carga asistencial que supone la atención sanitaria al cáncer se ha utilizado la información procedente del CMBD correspondiente a la actividad asistencial realizada en los centros y servicios del SESCAM durante el año 2005.

En el Sistema Nacional de Salud, todavía hoy, no disponemos de información homogénea para estudiar la eficacia y eficiencia del sistema asistencial en cuanto a capacidad de diagnóstico precoz, tiempos de demora en el diagnóstico, y en intervenciones terapéuticas; además esto es inviable siempre que no se homogenicen los criterios y procedimientos clínicos basados en la mejor evidencia disponible, para poder empezar a evaluar la adecuación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en este momento se están utilizando. Ante esta situación, y reconociendo que hay algún proyecto de investigación multicéntrico en el que voluntariamente los servicios de oncología comparten la información que generan, poner en marcha registros de cáncer hospitalarios podría ser una buena fuente de información para la investigación clínica en oncología (*Estrategia en Cáncer del SNS*).

¹⁰ El CMBD es una base de datos hospitalaria que contiene un registro por cada episodio de ingreso hospitalario en el que constan información referida al alta y al paciente, entre otras variables, el sexo, la edad y los diagnósticos y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos realizados durante el ingreso o estancia del paciente en el hospital. La información es codificada en base a la modificación clínica de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC). En base a esta codificación los tumores malignos corresponden a los códigos CIE 140–208. Este registro incluye todas las altas hospitalarias producidas en los centros sanitarios, tanto público como privados de la comunidad autónoma.

Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España.



Tabla 8. Actividad Asistencial Oncológica.

HOSPITAL	ONCOLOGÍA	HOSPITAL DÍA ONCOLÓGICO	ONCOLOGÍA INFANTIL
1ª consultas	3.706		
2ª consultas	50.729		
Estancias	23.015		479
Altas	2.228		121
Estancia Media	10,33 (9,88–10,77)		3,96 (3,01–4,91)
Pacientes ttdos Quimio (CIE.9–99.25)	1.153		121
Total tratamientos		50.008	
Pacientes/mes		4.167	

Fuente: SESCOAM 2005

Actividad ambulatoria

Según la información disponible, referida al año 2005, la actividad asistencial en oncología médica, radioterapia fue la siguiente.

Actividad hospitalaria según CMBD

En el año 2000 fueron dados de alta en los centros sanitarios de Castilla-La Mancha, tanto públicos como privados, un total de 4.989 pacientes adultos, hombres y mujeres, en los que en el alta consta un código correspondiente a tumores malignos en el diagnóstico principal o en el diagnóstico secundario. Esta cifra incluye también los pacientes hospitalizados para tratamientos por radioterapia o quimioterapia por neoplasia maligna así como los de cuidados paliativos.

Considerando estos mismos criterios, en el año 2005 el número de pacientes dados de alta fue de 6.938. Se observa, por tanto, en estos seis años un incremento de un 39,07% en el número de altas hospitalarias relacionadas con procesos neoplásicos.



Este incremento no debe relacionarse con aumentos en la incidencia de la enfermedad sino más bien con incrementos en la prevalencia por una mayor la eficacia de los tratamientos oncológicos. Los datos epidemiológicos disponibles confirman esta tesis.

En relación al tipo de tumor se observa, igualmente, que en el periodo estudiado se ha producido un incremento importante en los cánceres de piel y en especial en el melanoma, que se cifra en un 186,67% y en un 99,25% respectivamente.

El cáncer de mama experimenta, igualmente, un aumento del 32,79%. En el año 2000 fueron dadas de alta 735 mujeres con este diagnóstico, frente a 976 el año 2005.

El cáncer de próstata ha experimentado también en este periodo un incremento del número de altas del 32,64%. El año 2000 se produjeron por esta causa 288 altas, mientras que el año 2005 ha generado 382.

Los cánceres de recto y colon han experimentado también un aumento en el número de altas del 26,7% y del 20,04%, respectivamente.

Por último y por lo que respecta al cáncer de pulmón, el año 2000 produjo 1.091 altas y el año 2005 1.213, con un incremento del 11,18%.

En la tabla siguiente aparece recogida esta evolución.

**Tabla 9. Número total de altas hospitalarias.
Procesos neoplásicos.**

	2005	Δ % (2000–2005)
Colon	764	26,70
Recto	551	20,04
Pulmón	1.213	11,18
Melanoma	86	186,67
C. piel	267	99,25
Mama	976	32,79
Próstata	382	32,64
Otros	2.699	63,67
TOTAL	6.938	39,07

Fuente: Servicio de Información y Estadísticas Sanitarias D.G. de Evaluación e Inspección.
Consejería de Sanidad. Comunidad de Castilla-La Mancha.



Analizada esta misma información según sexo y por lo que respecta a los hombres, el número total de altas producidas en el periodo 2000–2005 ha experimentado un incremento del 41,96%.

Las altas por cáncer de colon han aumentado en estos años un 44,77% y las de cáncer de recto del 20,42%. Por lo que respecta al melanoma cutáneo en hombres el incremento ha sido de un 152,63% y de un 88,76% para otros tipos de cáncer de piel.

En la Tabla 10 se recogen las altas producidas en el periodo estudiado, según tipo de tumor, y el incremento porcentual observado.

Por lo que respecta a las mujeres, el incremento en el número de altas en el periodo analizado ha sido de un 34,03%. El año 2000 se produjeron 1819 altas frente a 2.438 el año 2005.

Sobresale la evolución de los cánceres de piel, observándose que las altas por melanoma cutáneo han aumentado un 245,45% y para otros cánceres de piel un 120%. El cáncer de pulmón ha supuesto un incremento en el número de altas del 27,84%.

Se ha calculado también el *número anual de altas por 100.000 habitantes*. Este indicador puede considerarse una aproximación al cálculo de la “tasa bruta” y específica del número de altas, ya que en el numerador se contabilizan las altas de los pacientes hospitalizados en la región, incluidos los desplazados de otras Comu-

Tabla 10. Tasa de Altas estandarizadas por 100.000 habitantes.

	2005	Δ % (2000–2005)
Colon	40,32	15,96
Recto	29,08	9,86
Pulmón	64,02	1,76
Melanoma	4,54	162,43
C. piel	14,09	82,28
Mama	103,42	22,91
Próstata	40,17	20,05
Otros	142,45	49,82
TOTAL	438,09	26,51

Fuente: Servicio de Información y Estadísticas Sanitarias Dirección General de Evaluación e Inspección. Consejería de Sanidad. Comunidad de Castilla-La Mancha.



nidades Autónomas, no recogiendo las altas de los residentes en la Comunidad hospitalizados fuera de la misma. Como denominador se ha utilizado la población de la Comunidad publicada por el Instituto Nacional de Estadística a fecha 1 de enero del año correspondiente.

Considerando este indicador, la evolución experimentada en el periodo 2000–2005 ha sido, a nivel global, un incremento del 26,51%. Los mayores aumentos se observan en melanoma cutáneo, cáncer de piel, cáncer de mama y próstata y cáncer de colon.

En hombres la tasa de altas por 100.000 habitantes se ha incrementado en un 27,61%. Los mayores incrementos se observan en melanoma cutáneo, otros cánceres de piel, colon y próstata. La tasa para el cáncer de pulmón disminuye en este periodo un 0,85%.

Tabla 11. Altas estandarizadas/100.000 habitantes en Hombres.

	2005	Δ % (2000–2005)
Colon	45,68	28,50
Recto	36,59	3,42
Pulmón	114,51	–0,85
Melanoma	5,05	128,51
C. piel	17,67	70,89
Mama	–	
Próstata	40,17	20,05
Otros	212,62	54,43
TOTAL	472,29	27,61

Fuente: Servicio de Información y Estadísticas Sanitarias Dirección General de Evaluación e Inspección. Consejería de Sanidad. Comunidad de Castilla-La Mancha.

En mujeres el incremento en la tasa de alta por 100.000 habitantes ha sido de un 24,8%.

El cáncer de mama se incrementa en un 22,91%. De forma similar se aprecia un incremento de los ingresos en los cánceres de piel.



Tabla 12. Altas mujeres/100.000 habitantes.

	2005	Δ % (2000–2005)
Colon	34,02	0,06
Recto	21,51	10,53
Pulmón	13,14	18,38
Melanoma	4,03	219,84
C. piel	10,49	103,69
Mama	103,42	22,91
Próstata	–	
Otros	71,74	35,08
TOTAL	258,35	24,08

Fuente: Servicio de Información y Estadísticas Sanitarias D.G. de Evaluación e Inspección. Consejería de Sanidad. Comunidad de Castilla-La Mancha.

Asistencia sanitaria hospitalaria niños / adolescentes

Según la información obtenida de este registro CMBD, el año 2005 se han producido 213 altas de niños/adolescentes con procesos neoplásicos. El mayor porcentaje corresponde a pacientes atendidos en los hospitales de Albacete y Toledo. (Tabla 13).

Por lo que respecta a los tumores infantiles, según localización de tumor, la mayor incidencia en altas se observa para las leucemias linfoides, leucemia mieloide, Enfermedad de Hodgkin, y tumores del ojo y sistema nervioso central.

En la tabla siguiente se expresa el porcentaje de altas originadas en los hospitales de Albacete y Toledo en relación al total de altas producidas para el mismo diagnóstico en el conjunto de la Comunidad.

Según la información obtenida de este registro CMBD, el año 2005 se han producido 213 altas de niños/adolescentes con procesos neoplásicos. El mayor porcentaje corresponde a pacientes atendidos en los hospitales de Albacete y Toledo.



Tabla 13. Porcentaje de neoplasias atendidas en los Hospitales de Albacete y Toledo en relación con total de diagnósticos en la Comunidad.

TUMOR (CIE-9-MC)		H. ALBACETE	H. TOLEDO
140	Labio, C. oral y faringe		
150–159	Org. Digestiv. y peritoneo		
160–165	Orgn. Resp.e intratorc.		
170	Neo malig.hueso y cartílago		100
171	Neo. mag tej. cnec.y otros tej. b		90,91
172, 173	Melanoma y otros c. piel	50	
179–189	Órganos genitourinarios	46,67	46,67
190, 191–192	Ojo y SNC		
193, 194	Tiroides/o.gl End.y est.r.	8,33	91,67
195–199	Otros sitios/sitios m.def.		
200	Linfosarcoma/reticulosarcoma		
201	Enfermedad de Hodgkin	9,52	90,48
202	O.neo. M. Tej. Linfo./ histc		100
204	Leucemia linfoide	37,04	62,96
205	Leucemia mieloide		100
208	Leucemia sin e.tipo célula		100
	Otros	17,86	39,29

Fuente: Servicio de Información y Estadísticas Sanitarias D.G. de Evaluación e Inspección.
Consejería de Sanidad. Comunidad de Castilla-La Mancha.



Así, se observa que más del 90 por ciento de los cánceres de tejidos conectivos (CIE.- 170), de tiroides y otras glándulas endocrinas y estructuras relacionadas (CIE.-179-189), así como de Enfermedad de Hodgkin (CIE.-210) son atendidos en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

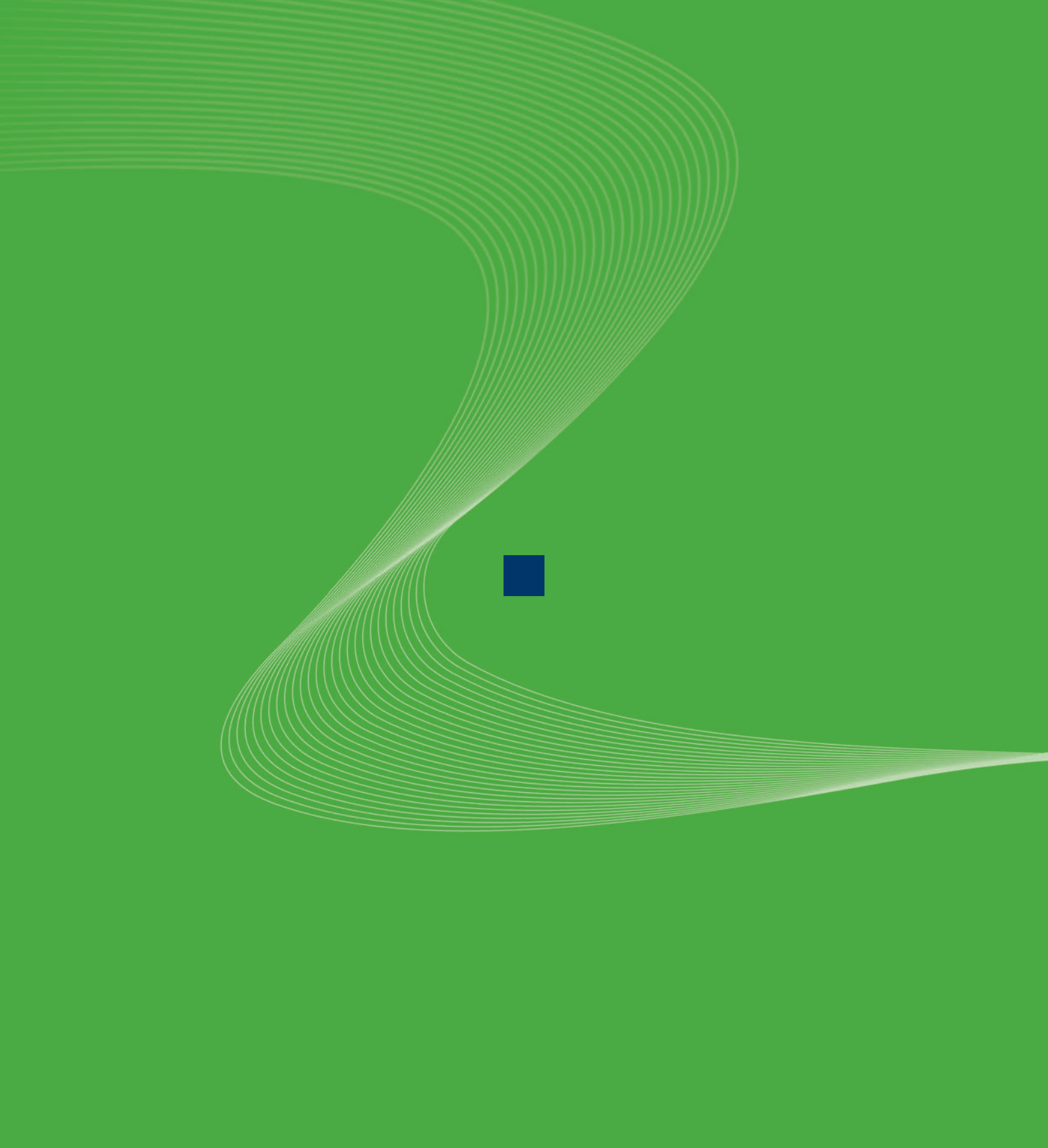
Actividad asistencial en cuidados paliativos

La información disponible corresponde a pacientes incluidos en los protocolos de atención a pacientes terminales, inmovilizados y seguimiento de alta hospitalaria del SESCAM. En la siguiente tabla se refleja el número de pacientes incluidos en el protocolo mencionado.

Tabla 14. Pacientes incluidos en los protocolos de atención a pacientes terminales, inmovilizados y seguimiento de alta hospitalaria.

PROTOCOLO	Nº PACIENTES
Terminales	297
Inmovilizados	4.785
Evaluación de duelo	179

Fuente: SESCAM 2006



CAPÍTULO CUATRO



DESARROLLO DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN, OBJETIVOS Y RECOMENDACIONES



4_DESARROLLO DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN, OBJETIVOS Y RECOMENDACIONES

El Plan Oncológico de Castilla-La Mancha, 2007–2010, se articula en 6 Líneas de Acción y cada una se despliega en varios objetivos generales y específicos y un conjunto de recomendaciones técnicas necesarias para alcanzarlos.

LÍNEAS DE ACCIÓN	ÁREAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS
1. Fomento de estilos de vida saludables y prevención primaria del cáncer.	<ul style="list-style-type: none"> – Tabaco. – Alcohol. – Alimentación saludable y fomento de la actividad física. – Radiaciones ionizantes y ultravioletas. Exposición solar.
2. Prevención secundaria: Diagnóstico precoz del cáncer.	<ul style="list-style-type: none"> – Cáncer de mama. – Cáncer de cuello de útero. – Cáncer colon– recto. – Cáncer de próstata. – Cáncer hereditario. Consejo Genético.



LÍNEAS DE ACCIÓN	ÁREAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS
3. Impulsar una asistencia oncológica integral y de excelencia	<ul style="list-style-type: none">– Orientación e integración de los recursos.– Mejorar la continuidad de cuidados y la seguridad del paciente.– Atención oncológica en la infancia.– Cuidados paliativos en la enfermedad oncológica
4. Formación y docencia	
5. Sistemas de información	
6. Investigación	

4.1 Línea de Acción 1: FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER

Justificación

El cáncer es una enfermedad prevenible y evitable, con el esfuerzo de todos.

El cáncer engloba más de 100 patologías de entidad biológica común, pero con marcadas diferencias en relación con los factores de riesgo conocidos, medidas de detección precoz, estrategias terapéuticas, supervivencia y patrones de distribución por edad, género y estatus socioeconómico.

La epidemiología del cáncer ha acumulado suficiente información y conocimiento avanzado sobre el comportamiento de un importante número de factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de diversos tipos de cáncer.

En orden de importancia por su repercusión directa (incremento de incidencia de cáncer) se considera que el consumo de tabaco, los factores nutricionales, la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol, la



exposición a las radiaciones ionizantes, la exposición a factores medioambientales, y últimamente la transmisión hereditaria son los factores de riesgo que han sido considerados con un mayor nivel de consenso en la epidemiología del cáncer. En numerosos estudios se ha concluido que las variaciones en los factores de riesgo conocidos se acompañan de variaciones en su incidencia.

El principal factor etiológico del cáncer es el tabaco. Los hombres en España presentan tasas de incidencia y mortalidad altas para los tumores relacionados con este hábito, fundamentalmente el cáncer de pulmón, laringe, estomago. Hasta ahora las mujeres españolas mantenían una baja incidencia y mortalidad para este tipo de tumores, pero el aumento en el consumo de tabaco entre las españolas se ha traducido en la década de los 90 en un incremento del cáncer de pulmón y las previsiones para el futuro son poco optimistas.

La dieta es el segundo factor etiológico del cáncer. Los países del sur de Europa han mostrado tradicionalmente patrones nutricionales más saludables. Es importante concienciar y educar a la ciudadanía para lograr mantener los patrones dietéticos propios de la dieta mediterránea (baja ingesta en grasas y alta ingesta de verduras y frutas). Es necesario combatir el sobrepeso y la obesidad, epidemia reconocida de los países desarrollados, y fomentar la práctica de actividad física diaria.

El análisis de la distribución del cáncer, su incidencia y mortalidad, así como las diferencias observadas entre países, regiones o comunidades autónomas y/o entre grupos sociales, ponen de manifiesto la existencia de grupos de alto riesgo o de mayor vulnerabilidad – sanitaria y social– en función de la edad, el género, hábitos de vida, factores medioambientales, la ocupación y el estatus socioeconómico.

Las estrategias de prevención primaria, tienen por finalidad disminuir la incidencia de la enfermedad mediante la reducción de la exposición individual y social a los factores de riesgo que intervienen en el origen y evolución de una determinada enfermedad, en el caso que nos ocupa de las enfermedades oncológicas.

Las estrategias de prevención primaria del cáncer son eficaces cuando logran reducir la incidencia en la población susceptible de desarrollar la enfermedad, mediante la reducción de la prevalencia de los factores de riesgo (*Borrás, JM 1997*).

La investigación aplicada ha puesto de manifiesto la complejidad de la evaluación de la efectividad e impacto de las medidas preventivas y de educación sanitaria ya que suponen una modificación en los hábitos y estilos

Borrás JM, Obrador A.; Espinas JA: Factores de riesgo y prevención del cáncer. *Gastroenterología Hepatol* 1997; 20: 222–230



de vida de la población, visibles y medibles a largo plazo en términos de resultados en salud. Además requieren para su modulación del esfuerzo coordinado de las personas, los gobiernos y la sociedad en su conjunto, lo que puede implicar –como en el caso del tabaco y el alcohol, y la seguridad alimentaria–, de un marco legislativo y normativo, y de una serie de actuaciones intersectoriales, eficaces y mantenidas en el tiempo que cuenten con el necesario apoyo, a diferentes niveles, de las autoridades sanitarias, educativas, económicas.

Existe una baja conciencia ciudadana sobre la relación entre el estilo de vida individual y el mantenimiento de la salud. La investigación psicosocial aporta información sobre la percepción subjetiva del riesgo y la conducta sobre como cada persona afronta las situaciones adversas de la vida, entre otras la aceptación e interiorización de una enfermedad como el cáncer, lo que obliga a diseñar estrategias más personalizadas y de consejo asistido.

Se hace necesario, por tanto, orientar los esfuerzos hacia:

- Reforzar la información y las estrategias de prevención primaria a lo largo del ciclo vital, con especial énfasis en los niños y en los grupos de riesgo más vulnerables sobre los diferentes factores de riesgo relacionados con el desarrollo del cáncer.
- Aumentar la concienciación de la población sobre la necesidad de adoptar estilos de vida saludables, capaces de influir en una disminución de la incidencia del cáncer.
- Emitir mensajes positivos para romper con el arraigado «mito de invulnerabilidad» en la sociedad respecto al cáncer, que genera actitudes de miedo y negación ante la enfermedad. *“El cáncer es hoy una enfermedad prevenible y evitable con el esfuerzo de todos”*.

De acuerdo a las recomendaciones del Código Europeo contra el Cáncer se proponen objetivos e intervenciones en los siguientes ámbitos:

- Tabaco.
- Alcohol.
- Alimentación saludable y actividad física.
- Riesgos medio–ambientales: Radiaciones ionizantes y ultravioleta.
- Exposición solar.
- Riesgos laborales.



4.1.1 Tabaco

“No fume; si fuma, abandone este hábito. Si no consigue dejar de fumar, no fume en presencia de no fumadores”.

(Código Europeo contra el Cáncer)

No existe, por tanto, controversia epidemiológica sobre las importantes implicaciones que el consumo de tabaco tiene en el aumento de la probabilidad de riesgo de padecer un cáncer a lo largo de la vida de la persona fumadora. E incluso, lo que es más importante, sobre los riesgos de aquellas otras que están expuestas “de forma pasiva” al humo del tabaco. La exposición pasiva al humo ambiental del tabaco (humo de segunda mano o tabaquismo pasivo) es un factor de riesgo en población no fumadora y especialmente en niños y adultos, no sólo para el cáncer sino para un conjunto importante de enfermedades (enfermedades respiratorias, bronquitis y otitis infantiles de repetición, entre otras). (IARC, 2002).

Desde finales de los años 30, numerosos estudios han demostrado la asociación causal del consumo de tabaco en la patología oncológica, con mayor contundencia en el cáncer de pulmón. El tabaco es el principal factor responsable en el cáncer de pulmón (del que se estima que en un 90% de los casos es provocado por el tabaco), además de otras localizaciones como la cavidad oral, laringe, faringe, esófago, páncreas, vejiga urinaria y riñón (Schottenfield, 1996).

El riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón está relacionado con la edad de inicio de consumo habitual de tabaco, el número de cigarrillos consumidos, el tiempo acumulado del hábito tabáquico, y el tipo de tabaco que se consume. A pesar de las creencias populares, el tabaco “Light” (bajo contenido en nicotina y alquitrán), o el tabaco emboquillado, no reducen significativamente el riesgo de desarrollar un cáncer.

Dejar de fumar reduce significativamente el riesgo de cáncer de pulmón, si bien, existe una interacción de este factor con la edad a la que se produce el abandono del hábito tabáquico, siendo menos significativo la reducción del riesgo cuando se deja de fumar en edades más avanzadas.

IARC C. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, vol 83, Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon: IARC, 2002

Schottenfeld D; Fraumeni J, eds. Cancer Epidemiology & Prevention. New York Oxford University Press, 1996 pp. 1180–1206



La investigación ha demostrado que los consecuencias no sólo individuales sino que tienen importantes repercusiones económicas y sociales. Según una reciente estimación del Banco Mundial para el conjunto de los países desarrollados, el gasto relacionado con el tabaco se situaría hoy entre 6 y el 15 % del gasto global en salud.

En España, según un estudio de costes del consumo de tabaco realizado en la Universidad Pompeu i Fabra cada año cientos de miles de pacientes son atendidos por el sistema público de salud por enfermedades relacionados directamente con el consumo de tabaco.

El gasto sanitario causado sólo por seis enfermedades relacionadas con el tabaco (en total son 29) se sitúa en 7.000 millones de euros anuales, cifra muy próxima a lo recaudado en impuestos en 2006 (a esto hay que añadir costes sociales por jubilaciones prematuras, pérdidas de productividad, y cuidados informales no remunerados). En España, el colectivo de trabajadores que fuma tiene un promedio de bajas por enfermedad de 6,16/año mientras que entre la población ocupada que no fuma es de 3,86/año.

Según datos aportados de Banegas y Banegas, en diferentes artículos publicados en 1998, 2001, y 2005, a partir del 2002, comienza a descender en nuestro país la mortalidad atribuible al tabaquismo. En 2001 el tabaquismo ocasionó 54.233 muertes (49.366 en hombres y 4867 en mujeres). Esta cifra supone un descenso global respecto a 1998 (51.431 en hombres y 4.182 en mujeres), que supuso el 14% de la mortalidad por todas las causas. Además una cuarta parte de las muertes atribuibles al tabaquismo son muertes prematuras ocurridas en ambos sexos, en el grupo de edad de 35 a 65 años. No obstante esta imagen optimista derivada del probable cambio de tendencia en la mortalidad atribuible al tabaquismo no debe ocultar que el descenso observado es muy moderado, y que la carga de mortalidad asociada al consumo de tabaco en nuestro país sigue siendo muy alta. Además los autores confirman que es preocupante el incremento moderado y constante del consumo de tabaco entre las mujeres, según el Plan Nacional de Drogas si en 1997 fumaba el 27 por ciento de las mujeres, en 2003 lo hacía el 31,3 por ciento.

En Castilla-La Mancha, durante 1998 se produjeron un total de 17.141 muertes, de estas 2454 son atribuibles al hábito de fumar. Tomando como referencia la estimación de Banegas para 1998 un 14,3 % del total de defunciones en la región son atribuibles al tabaco.

Banegas y Banegas JR, Díez Gañan, L., Rodríguez Artalejo F. Cada vez son más: 56.000 muertes atribuibles al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc) 2001; 117: 692-4).

Banegas y Banegas, JR., Díez gañan, L., Gonzalez Enriquez; La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Med Clin 2005; 124 (20): 769-771.



Tomando como referencia esta estimación podría considerarse que de los 17.577 fallecimientos ocurridos en el año 2002 en Castilla-La Mancha, casi 2.500 son atribuibles al tabaco.

Según los datos de la evolución del consumo de tabaco en España, reflejados en la publicación sobre los Indicadores de Salud en Europa y en España, el consumo de tabaco en los hombres alcanzó su máximo valor alrededor de 1975, estabilizándose durante una década. Se aprecia una tendencia a la baja en el consumo de tabaco en los hombres. Sin embargo en las mujeres, el patrón de difusión del tabaquismo es diferente. Hasta los años 70 mantiene prevalencias muy bajas de consumo (en comparación con los hombres). A partir de entonces el consumo de tabaco en mujeres no ha cesado de aumentar. (Fernández et al., 2003).

El consumo habitual de tabaco en población mayor de 16 años en Castilla-La Mancha según datos de las dos Encuestas de Salud realizadas en los 2002–2006, un 30,8 % de personas consumen a diario tabaco, aumentando en casi 8 puntos en el caso de los hombres (38,6%) y disminuyendo en las mujeres (23,1%). La mayor prevalencia de consumo diario se da en el grupo de 25 a 44 años (44,9%).

Entre los hombres el grupo de edad donde hay más fumadores activos es entre los 25 y 44 años, declaran ser fumadores diarios el 53,4% de los entrevistados, seguidos con un porcentaje similar de los varones entre 45 y 64 años (38,7% de fumadores diarios) y el de los más jóvenes, entre 16 y 24 años (37,9% son fumadores diarios).

Entre las mujeres, el mayor porcentaje de fumadoras diarias está entre las mujeres más jóvenes, en el grupo de 16 a 24 años declaran ser fumadoras diarias el 38,4%, seguido de las mujeres que tienen entre 25 y 44 años, donde declaran fumar diariamente el 35,7% de las entrevistadas. La edad media a la que los fumadores habituales comenzaron a consumir tabaco es los 16,5 años, sin claras diferencias según sexo (16,2 años en hombres y 16,9 años en mujeres). El 14,6% de la población ha dejado de fumar en los últimos años.

Las evidencias epidemiológicas han sido de tal contundencia que han generado una preocupación creciente en los sistemas sanitarios, en los profesionales, y en la sociedad civil, que han llevado a elaborar medidas de carácter legislativo y normativo que acompañen y enfatizen las acciones de salud pública que se llevan desarrollando durante años.

Fernández E, Schiaffino A, et al. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 – 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. Med. Clin. (Barc) 2003 120 (1); 14–6



La OMS desde 1994 trabaja en la elaboración y adopción por los países miembros de un Tratado Internacional de Lucha contra el Tabaco (OMS, 2002), así como un Convenio Marco de Lucha contra el Tabaco (OMS, 2003). En la mayoría de los países de nuestro entorno se han formulado estrategias de prevención y reducción del consumo de tabaco en los planes de salud y/o en planes específicos de lucha contra el consumo de tabaco, si bien es en las últimas dos décadas, cuando se establece este tipo de medidas legislativas como el Real Decreto 192/88 y RD 1079/2002 en España. Asimismo, la Unión Europea ha desarrollado una amplia normativa (directivas de julio 1998, de junio 2001 y diciembre 2002, entre otras).

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó en 2003 el Plan Nacional de Prevención y Control Antitabaco (2003–2007) cuyo objetivo es coordinar las diversas acciones (legislativas, planes de salud y otras) de la lucha contra el consumo de tabaco en nuestro país. Se crea el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) integrado por 42 asociaciones profesionales y sociedades científicas, que se ha propuesto como uno de los principales objetivos reclamar que parte de los impuestos del tabaco se detraigan para pagar las cargas sociales y sanitarias que conlleva el consumo de tabaco.

El Sistema Nacional de Salud, ha creado el Observatorio de Prevención del Tabaquismo¹¹, organismo que tiene como objetivos la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco en España, evaluar la aplicación y seguimiento de la Ley de Prevención del Tabaquismo, además de fomentar la investigación sobre las consecuencias en la salud del consumo de tabaco.

La aceptación social y el grado de cumplimiento de este tipo de normativa es desigual entre países (*Gilmore et al., 2002*), poniendo de manifiesto, una vez más, la dificultad que estas decisiones tienen en las que no siempre prevalece el sentido sanitario sobre otras consideraciones, aún reconociendo el papel de agente económico (impuestos, producción, empleo) que, sin duda, el sector del tabaco tiene en nuestro país y en otros.

¹¹ El Observatorio de Prevención del Tabaquismo, está representado por las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas; la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP); los Ministerios de Educación y Ciencia, Trabajo y Asuntos Sociales, y Economía y Hacienda; el Instituto de Salud Carlos III; los sindicatos UGT y CC.OO; la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE), y sociedades científicas y médicas implicadas en la prevención y control del tabaquismo.

Gilmore A, Nolte E, McKee M, Collins J (2002). Continuing influence of tobacco industry in pharmacy. *Lancet* 360: 1225–6.



De los resultados de las evaluaciones del impacto de las diferentes medidas en términos tanto de disminución del número de fumadores como de mejoras en resultados en salud se desprende que, las que inciden sobre la demanda a través del alza de los precios, supresión de la publicidad y prohibiciones específicas son las que mejores resultados ocasionan. De forma bastante elocuente, se estima que un aumento global de un 10% en el precio podría traducirse en el ahorro de más de 10 millones de muertes (*Jha et al., 2000*).

Como la experiencia ha puesto de manifiesto, son siempre más eficaces las estrategias englobadas en planes completos (intersectoriales) de actuación antitabaco con programas específicos que abarquen la mayoría de los elementos vulnerables (inicio del hábito, jóvenes, ayuda al fumador, prohibición de espacios...) y que cuenten con financiación sostenida en el tiempo, que las medidas legislativas (*M. Siegel, 2002*).

Las estrategias de aplicación de métodos de ayuda para dejar de fumar (consejo, consulta monográfica), así como la administración de sustitutos de la nicotina, presentan resultados muy aceptables de coste–efectividad cuando se comparan con otras medidas sanitarias (*C. Silagy et al., 1999 y 2002*).

Además existe consenso sobre que el espacio terapéutico de la consulta en atención primaria (médico y enfermería) es el lugar recomendado por los expertos y valorado por los pacientes como el adecuado para emitir mensajes de prevención del consumo y ofrecer estrategias de deshabituación tabáquica.

Tanto el Plan de Salud de Castilla-La Mancha que establece acciones orientadas a la prevención y reducción del consumo de tabaco (*Objetivos en Salud 5.1.12*) como el Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo de Castilla-La Mancha 2003–2010 establecen un conjunto de objetivos y líneas de acción encaminadas a la prevención y reducción del consumo de tabaco en diferentes entornos de intervención: la familia, la escuela, el ámbito laboral y los espacios públicos y de ocio.

Recientemente se ha aprobado el Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2007–2010 que actualiza estos objetivos centrando sus intervenciones es:

Jha P. Chaloupka (eds) (2000) Tobacco. Control in developing countries. Oxford. Oxford University Press.

Siegel M. (2002). The effectiveness of state level tobacco control intervention: a review of program implementation and behavioural outcomes. *Annu Rev Public Health* 23:45–71

C. Silagy. Stead LF (2003) Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: updated software.



- El desarrollo de hábitos de vida saludables y habilidades para la toma de decisiones responsable, desde la infancia y a lo largo de todo el ciclo vital.
- La implicación de la sociedad en el afrontamiento de los problemas derivados del consumo y abuso de sustancias (incluidas el tabaco).
- La protección y el respeto a la población que no fuma, de acuerdo con la Ley del Tabaco (28/2005, de 26 de diciembre), creando espacios libres de humos, lugares en los que ya está restringido el consumo de acuerdo con la normativa vigente, como en otros espacios públicos.

Y en el ámbito asistencial, se propone:

- Mejorar los niveles de cobertura asistencial de los problemas de salud asociados al abuso y/o dependencia de tabaco y alcohol (y otras drogas ilegales).
- Reforzar el papel que ya vienen desarrollando los equipos de atención primaria, en la atención terapéutica del hábito tabáquico –detección precoz y tratamiento de la comorbilidad asociada–; así como la mejora desde la atención primaria, de manera que se garantice la información, apoyo y consejo a todas las personas fumadoras que acudan a las consultas.
- Revisar y actualizar las estrategias de prevención selectiva y derivación dirigida hacia Unidades de Tratamiento Especializado en Tabaquismo existentes actualmente en Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Toledo, Alcázar de San Juan, Talavera de la Reina y Puertollano.

En este escenario de política sanitaria de Castilla-La Mancha las actuaciones que se establecen en el Plan Oncológico de Castilla-La Mancha, 2007–2010, se orientan a impulsar y reforzar la convergencia y transversalidad del conjunto de intervenciones sanitarias públicas programadas de lucha contra el tabaquismo con el fin de optimizar los recursos sanitarios, la participación de profesionales sanitarios y de otros ámbitos, agentes sociales, las organizaciones sociales y la ciudadanía. Todo ello contribuirá, sin duda, a una mejor respuesta a las necesidades y mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

OBJETIVO GENERAL

Reducir la prevalencia de consumo de tabaco en la población de Castilla-La Mancha de todas las edades, con especial énfasis en los grupos más vulnerables: adolescentes y jóvenes, mujeres y personas con enfermedades crónicas.



Objetivos específicos

- Acompañar y reforzar los objetivos y acciones de prevención y reducción de consumo de tabaco en todas las edades, previstos en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001–2010, así como en el Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006–2010, con especial énfasis en los grupos más vulnerables: jóvenes, mujeres y personas con patologías crónicas.
- Acompañar y reforzar las acciones de información y comunicación social sobre los riesgos asociados al consumo de tabaco y su impacto negativo en la salud individual y colectiva, específicamente como factor de riesgo en el cáncer.
- Reforzar las actividades de información, consejo y ayuda para dejar de fumar a los fumadores y fumadoras que acudan a las consultas de enfermería y/o médicas, de atención primaria y/o especializada.
- Aumentar la cobertura y accesibilidad a los programas de deshabituación tabáquica, de manera progresiva, en colectivos de especial referencia social: profesionales sanitarios y personal docente.
- Aumentar la cobertura y accesibilidad a los programas de deshabituación tabáquica en colectivos de especial riesgo: personas con enfermedades crónicas, personas con antecedentes familiares de cáncer, mujeres gestantes.
- Reforzar e impulsar la coordinación de las Unidades de Tratamiento Especializado en Tabaquismo con Atención Primaria estableciendo protocolos de derivación para pacientes de especial riesgo.
- Impulsar programas de formación continuada sobre el impacto y consecuencias del consumo del tabaco en la patología oncológica.

4.1.2 Alcohol

Si bebe alcohol, ya sea cerveza, vino o bebidas de alta graduación, modere el consumo a un máximo de dos consumiciones diarias, si es hombre, o a una, si es mujer.

(Código Europeo contra el Cáncer)

El consumo de alcohol es un factor de riesgo conocido que interviene, junto con el tabaco en el desarrollo de ciertos tumores, como el de cavidad oral, faringe, esófago y laringe. El riesgo aumenta con el consumo, estableciéndose una relación dosis/respuesta, siendo aproximadamente el doble que en las personas que



no consumen alcohol. La asociación del consumo de alcohol y tabaco aumenta significativamente el riesgo de padecer algún tipo de cáncer del tramo superior de las vías respiratorias y digestivas.

El alcohol está reconocido como el principal factor de riesgo para la cirrosis hepática y el carcinoma hepatocelular, incrementando su riesgo en un 50%; igualmente se asocia con cáncer de mama y colon-recto. Además el consumo excesivo de alcohol es responsable del 12% de las muertes prematuras y la discapacidad en los hombres y del 2% entre las mujeres, ocupando el tercer lugar después del tabaco y la hipertensión arterial. En la UE y en España es la primera causa de mortalidad entre los jóvenes además del daño que puede causar daños a terceras personas. El tratamiento especializado del alcoholismo es eficaz, y la mayoría de las personas, consiguen una recuperación parcial o total.

La prevención del consumo excesivo de alcohol puede contribuir a reducir la mortalidad por cáncer entre un 3 – 4%.

Como en el caso del tabaco, las medidas de prevención y educación para salud son necesarias pero no suficientes; también son necesarios cambios en el ambiente social, económico y legal que afectan al consumo.

En general, la ciudadanía tiene una baja percepción de los riesgos asociados al consumo de drogas, en general, pero es todavía menor cuando se habla del alcohol. Especialmente preocupante es el fenómeno del consumo excesivo e inmoderado de alcohol por parte de la población juvenil, especialmente en lo que se ha venido a llamar el “fenómeno del botellón”. Un fenómeno que pone de manifiesto un cambio en el patrón de consumo, con un incremento en el porcentaje de población juvenil bebedora y una disminución progresiva en la edad de inicio. El consumo de alcohol se inicia cada vez a edades más tempranas, situándose en estos momentos en los 13,7 años. Así, un 46% de los escolares manifiesta haberse emborrachado alguna vez, con un promedio de 2,7 borracheras al mes.

Por todo lo anterior las actuaciones relacionadas con el consumo de alcohol, tanto como problema de salud, en general, así como factores de riesgo asociados al cáncer no sólo deben limitarse a la detección y tratamiento de los bebedores excesivos, sino también a la reducción de las prevalencias de consumo en todas las edades y, especialmente en edades tempranas.

El Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001–2010, establece objetivos de prevención del consumo excesivo de alcohol (Objetivos en salud 5.1.13), y de forma monográfica el Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006–2010 aprobado por Consejo de Gobierno el 12 de sep-



tiembre de 2006, recoge estas orientaciones y estructura sus objetivos en cuatro áreas de intervención: prevención, asistencia e incorporación social, participación, formación e investigación. Específicamente, en el Área de Prevención se establece como Objetivo “Reducir el consumo de todo tipo de drogas, incluidas tabaco y alcohol, en el conjunto de la población y especialmente la edad de inicio en adolescentes y jóvenes”.

OBJETIVO GENERAL

Reducir la prevalencia de consumo de alcohol en la población de Castilla-La Mancha, de todas las edades, con especial énfasis en los grupos más vulnerables: adolescentes y jóvenes, población adulta y personas con patologías crónicas.

Objetivos específicos

- Acompañar y reforzar para la consecución de los objetivos y acciones de prevención y reducción de consumo de alcohol en todas las edades, previstas en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001–2010, así como en el Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006–2010.
- Acompañar y reforzar las acciones de información y comunicación social sobre los riesgos del consumo de alcohol para la salud individual y colectiva, específicamente, como factor de riesgo asociado a diversos tipos de cáncer.
- Aumentar la cobertura y accesibilidad a los programas de deshabituación alcohólica en colectivos de especial riesgo: personas con enfermedades crónicas, personas con antecedentes familiares de cáncer, mujeres embarazadas.
- Reforzar las actividades de información, consejo y ayuda para prevenir y reducir el consumo excesivo entre los y las pacientes que acudan a las consultas de enfermería y/o médicas, de atención primaria y/o de especializada.
- Impulsar programas de formación continuada sobre el impacto y consecuencias del consumo de alcohol en la patología oncológica.



4.1.3 Alimentación saludable y fomento de la actividad física

“Fomentar una alimentación sana y equilibrada como hábito de vida saludable es una estrategia efectiva y muy eficiente en la prevención primaria y secundaria de diversas enfermedades crónicas, y entre ellas el cáncer”.

“Aumente su ingesta diaria de frutas, verduras y hortalizas variadas: coma al menos cinco raciones al día. Limite el consumo de alimentos que contienen grasas de origen animal”.

“Evite la obesidad”.

(Código Europeo contra el Cáncer)

Las recomendaciones de carácter preventivo sobre la alimentación se han centrado en torno a tres aspectos:

- El riesgo asociado al consumo de grasa animal y carne roja.
- El beneficio asociado al consumo de vegetales y fruta fresca.
- El efecto protector de los alimentos ricos en fibra.

Diferentes estudios que analizan la asociación entre dieta y cáncer aportan indicios sólidos que relacionan aspectos relacionados con la alimentación, los estilos de vida y determinados procesos neoplásicos. Existen, igualmente, evidencias sobre el factor protector de la actividad física sobre la salud, en general y algunos tipos de cáncer.

Se ha estimado que entre el 30 – 40% de todos los tumores en los hombres y el 60% en las mujeres están relacionados con la dieta (*Doll & Peto, 1996; Harvard Report, 1997*). Con diferente nivel de evidencia se relaciona el efecto protector de las dietas ricas en verduras y frutas con diversos tipos de cáncer (faringe, esófago, pulmón, estómago, colon y recto, mama). Especialmente se relacionan las dietas pobres en fibra con el cáncer de colon y recto.

Doll R, Peto R. The causes of cancer. Quantitative estimates of avoidable risk of cancer in United States. New York, NY Oxford University Press

Harvard Report on Cancer Prevention. Volume 1 and 2: 8 (suppl 1) Causes of Human Cancer. Cancer Causes and Control, 1997.



Algunos autores documentan que un elevado consumo de grasa animal, de carnes rojas y de leche entera, incrementa la incidencia de cáncer de mama, y llegan a decir que si las mujeres redujeran este consumo a un 20% del total de las calorías, y al mismo tiempo siguieran un estilo de vida sano se podría lograr una reducción de un tercio de los casos de cáncer de mama.

En diferentes encuestas de salud, de ámbito nacional y las dos encuestas de salud realizadas en Castilla-La Mancha, los años 2002 y 2006 se viene observando:

- a) Un progresivo incremento de la obesidad, lo que se asocia a un estilo de vida cada vez más sedentario y cambios en el patrón alimentario (comida fuera de casa, alimentos preparados, elevado consumo de snacks y embutidos).
- b) Un progresivo incremento de la obesidad infantil, ocio sedentario, bajo consumo de frutas y verduras y pescado e incremento en el consumo de productos ricos en ácidos grasos saturados y consumo excesivo de snacks y bollería industrial.

Como en relación con el tabaco, en el entorno del SNS se están adoptando medidas consensuadas por organismos internacionales, gobiernos y sociedades científicas, como la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS), puesta en marcha desde 2005, por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En Castilla-La Mancha, desde la Dirección General de Salud Pública se está desarrollando la Estrategia Regional NAOS, adaptando las medidas al contexto socioeconómico y sanitario de la región. Está en marcha el Plan Integral de Diabetes Mellitus 2007–2010, y está previsto elaborar el Plan Integral contra la Obesidad Infantil 2008–2011.¹²

OBJETIVO GENERAL

Reducir la prevalencia de exceso de peso en la población de Castilla-La Mancha, en todas las edades, con especial énfasis, en la infancia y adolescencia, las mujeres de 45 y más años, y las personas con patologías crónicas.

¹² Entre las prioridades de la Consejería de Sanidad se propone elaborar el Plan Integral contra la Obesidad Infantil 2008–2011

Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS).

Plan Integral de Diabetes Mellitus de Castilla-La Mancha 2007–2010. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.



Objetivos específicos

- Acompañar y reforzar los objetivos y acciones de prevención y control del exceso de peso, en todas las edades, previstos en la estrategia NAOS y el Plan Integral de Diabetes Mellitus de Castilla-La Mancha 2007–2010, con especial énfasis, en los grupos más vulnerables: infancia/adolescencia, mujeres de 45 y más años y personas con patologías crónicas.
- Impulsar y cooperar en el desarrollo de la Estrategia NAOS, a nivel nacional y regional que establece como objetivos:
 - Fomentar desde las edades más tempranas de la vida una “cultura de comer” basada en una dieta equilibrada y variada, rica en frutas y verduras.
 - Promover la educación nutricional en el medio familiar, escolar y comunitario.
 - Estimular la práctica de ejercicio físico regular, especialmente en escolares.
 - Difundir los beneficios de una alimentación saludable, en diferentes entornos de intervención: educación, familia, empresa, medios de comunicación social.
 - Sensibilizar a los profesionales sanitarios y educadores como referentes sociales sobre la prevención de la obesidad y el impacto y consecuencias en las enfermedades crónicas, en la infancia y la edad adulta.
 - Fomentar la coordinación entre administraciones y los agentes sociales, con especial referencia a las empresas del sector de alimentación, hostelería y restauración.
- Reforzar desde las consultas de enfermería y consultas médicas de atención primaria y/o especializada las actividades de información, consejo y ayuda para fomentar una dieta equilibrada y saludable y el mantenimiento del peso adecuado.

4.1.4 Radiaciones ionizantes y ultravioletas. Exposición solar

“Tome precauciones para evitar la exposición excesiva al sol. Es especialmente importante proteger a niños y adolescentes”.

“Las personas que tienen tendencia a sufrir quemaduras deben tomar medidas protectoras durante toda la vida”.

“Aplique de forma estricta la legislación destinada a prevenir cualquier exposición a sustancias carcinogénicas. Siga las instrucciones de seguridad y salud sobre el uso de estas sustancias que



pueden causar cáncer. Respete las normas dictadas por las oficinas nacionales de protección radiológica”.

(Código Europeo contra el Cáncer)

La ciudadanía europea ha consolidado una conciencia y preocupación social sobre el manteniendo y sostenibilidad medioambiental que se ha transformado en un potente argumento para el desarrollo de una extensa normativa europea que se ha plasmado en la Estrategia Europea de Salud Ambiental en la UE (Iniciativa SCALE)¹³, con el objetivo de «desarrollar un sistema comunitario que integre toda la información sobre el estado del medio ambiente, el ecosistema y la salud humana» (COM, 2003).

El proyecto europeo CAREX (Programa Europa contra el Cáncer: Base de datos de exposición de sustancias cancerígenas en el medio laboral) utilizando información de exposición disponible en los países nórdicos, estima que unos tres millones de trabajadores en España están en contacto con agentes medio-ambientales reconocidos como carcinógenos.

La contaminación de tipo profesional –evaluada en el proyecto CAREX– presente con más frecuencia en nuestro medio es la debida a las radiaciones solares, el humo ambiental del tabaco y a la sílice (Maqueda-Blasco, 1998), para las que ya existen diseñadas normas específicas de prevención y medidas de vigilancia epidemiológica (Kauppinen, 2000) .

¹³ Estrategia de Salud Ambiental de la UE: Iniciativa “SCALE”. La Dirección General de Medio Ambiente de la UE, en colaboración con la DGSANCO y la DG RTF han desarrollado un gran iniciativa sobre salud ambiental para los niños que responde al acrónimo en inglés “SCALE” (Ver documento 1. Ver documento 2)

Dichas iniciales responden a las siguientes ideas:

- Basado en la Ciencia (Science)
- Orientado hacia la infancia (Children)
- Destinado a fomentar la concienciación (Awareness)
- Utilizando los instrumentos jurídicos (Legal)
- En un proceso de evaluación continua (Evaluation)

Referencia en web: Estrategia de Salud Ambiental de la UE (en castellano. PDF) http://europa.eu.int/eur-lex/es/com/cnc/2003/com2003_0338es01.pdf

Maqueda, J. et al. CAREX. Occupational exposure to carcinogens in Spain in 1990–93. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 1998.

Kauppinen T, Toikkanen J, Pedersen D, Young R, Ahrens W, Boffetta P, Hansen J, Kromhout H, Maqueda Blasco J, Mirabelli D, de la Orden-Rivera V, Pannett B, Plato N, Savela A, Vincent R, Kogevinas M. Occupational exposure to carcinogens in the European Union. *Occup Environ Med.* 2000;57(1):10–8.



En relación con al exposición de trabajadores a agentes químicos, en España no disponemos de un diagnóstico de la situación del riesgo químico, se han ido usando inventarios de sustancias peligrosas utilizadas en el lugar de trabajo por sectores de producción (A. Calera et al, 2005).

En el litoral español, como consecuencia de un modelo de agricultura intensiva muy desarrollado, está siendo de especial interés en el estudio toxicológico y sanitario de la contaminación por agentes químicos y disruptores endocrinos que están afectado a poblaciones de trabajadores extranjeros (Olea 1998, 2002). Se están estudiando lesiones y tumores de piel (de tipo escamoso) que guardan una estrecha relación con el efecto acumulativo de exposiciones prolongadas, siendo pues más frecuentes en personas que trabajan expuestas al sol. Los basocelulares y melanomas se relacionan más con exposiciones intermitentes e historia de quemaduras solares repetidas.

La radiación solar y la exposición a radiaciones ultravioleta han merecido una especial consideración en la investigación del cáncer, dada su relación con el desarrollo de tumores cutáneos, pero la proporción de riesgos atribuibles a los diferentes tipos de cánceres de piel es relativamente baja, según la evidencia epidemiológica revisada.

Sin embargo, los expertos recomiendan estar alerta, pues la frecuencia de tumores cutáneos (melanomas y no melanomas) se ha duplicado en la última década en todos los países de la UE, lo que parece estar relacionado con el aumento de la exposición solar, por motivos socioculturales (cultura del bronceado) y por los efectos de las alteraciones en la capa de ozono atmosférico, y esto afecta especialmente a España y Castilla-La Mancha por su especial ubicación geográfica y horas de sol /día – tanto en relación con la exposición en el entorno laboral, como en el de ocio–.

De otra parte, la exposición excesiva a las radiaciones ultravioletas ha sido establecida como un factor de riesgo del fotoenvejecimiento de la piel y, en especial, del cáncer de piel (melanoma y no melanoma), cuya

Calera Rubio, A.; Roel Valdes, JM, Casal Lareo, A. et al. Riesgo químico laboral: Elementos para un diagnóstico en España. Rev. Esp. Salud Pública. 2005, vol. 79, no. 2 [citado 2007–10–29], pp. 283–295.

J Carreño¹, M Castillo , M Fernández, B Olmos, I Durán, MD Cruz, C Avivar, N Olea (Coord). Presencia de pesticidas organoclorados en la población masculina joven en el sureste peninsular. 1 Laboratorio Investigaciones Médicas. Hospital Clínico San Cecilio, Granada. 2 Unidad de Biotecnología. Hospital de Poniente, Almería. Grupo MADE. nolea@ugr.es

Olea N, Pazos P, Expósito J. (1998) Inadvertent exposure to xenoestrogens. Eur. J. Cancer Prev; 7 (Sup. 1): 517 – 523.



incidencia viene aumentando en los últimos años. En relación con este último se ha sugerido que el riesgo es mayor cuando hay exposiciones solares intermitentes e intensas. Estas circunstancias unidas a la introducción de lámparas de radiación ultravioleta (UVA), “sol artificial”, hacen previsible un incremento en la incidencia de cánceres asociados a este factor de riesgo en los próximos años.

No obstante, debe considerarse el efecto acumulativo en los tejidos de estas radiaciones, las múltiples fuentes naturales y artificiales de las mismas así como el uso creciente de tecnologías basadas o que emiten estas radiaciones en distintos entornos, y entre ellos el sanitario. Por ello, no cabe sino extremar las medidas de vigilancia para estas radiaciones y evitar así la aparición de cánceres relacionados con ellas.

Desde el propio Código Europeo, las distintas administraciones y sociedades científicas han establecido estrategias de difusión de las medidas preventivas encaminadas a disminuir el tiempo total de exposición a las radiaciones solares, así como el uso de protectores solares, particularmente en niños, en las personas de cabello y piel clara, como especialmente vulnerables.

OBJETIVOS GENERALES

Reducir el riesgo de exposición a radiaciones ionizantes y ultravioletas en la población, en todas las edades, con especial énfasis en la infancia, en las mujeres gestantes, fortaleciendo las estrategias de prevención y control de riesgos, la autoprotección y el control de fuentes artificiales de radiación.

Fortalecer y avanzar en las estrategias de control, inspección y vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo según sectores ocupacionales, desarrollando mecanismos de coordinación y cooperación con las empresas y los agentes sociales.

Objetivos específicos

Se formulan las siguientes acciones específicas en tres ámbitos:

- Intervenciones de salud pública.
- Entornos laborales.
- Entorno sanitario (prevención de riesgos de profesionales y pacientes).



En el ámbito de la salud pública

- Fortalecer las medidas de inspección, control y el sistema de notificación de alertas alimentarias relacionadas con aditivos alimentarios, pesticidas y residuos, así como los contaminantes químicos que puedan suponer riesgo oncológico para la población.
- Reforzar la información y educación sanitaria dirigidas a la población sobre los riesgos derivados de una exposición inadecuada a las radiaciones ultravioleta, UVA y quemaduras solares, especialmente durante la infancia como factor de riesgo del cáncer de piel.
- Desarrollar e implantar las previsiones contenidas en el Real Decreto 1002/2002, de 27 de septiembre, por el que se establecen medidas de control e inspección dirigidas a los equipos de radiaciones UVA y centros de bronceado.

En el entorno laboral:

- Reforzar las medidas de control y vigilancia en el ámbito de competencias comunitarias, Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos laborales relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante la jornada laboral.
- Impulsar convenios de colaboración con las empresas del sector para potenciar el control y la vigilancia medioambiental y la implantación de sistemas de análisis de riesgos y control de puntos críticos.
- Desarrollar campañas de información y educación sanitaria dirigidas a los sectores y colectivos de trabajadores más sensibles a los riesgos medioambientales.
- Desarrollar cursos de formación dirigidos a profesionales sanitarios de atención primaria sobre patología dermatológica, cáncer de piel y prevención frente a factores de riesgo medioambiental y ocupacional.
- Impulsar programas de formación continuada sobre el impacto y consecuencias de la exposición a radiaciones ionizantes y ultravioletas en la patología oncológica.

En los centros sanitarios:

- Reforzar las medidas de seguridad en el uso de radiaciones ionizantes, especialmente en entornos sanitarios (centros de salud, hospitales) y la vigilancia de riesgos laborales en el personal expuesto a radiaciones ionizantes.



- Establecer medidas internas en los centros sanitarios sobre seguridad de los pacientes y control de los efectos adversos por el uso de tecnologías (radiaciones medicina nuclear).
- Informar a la población general sobre la prevención y las normas de seguridad ante las exposiciones radiológicas y los riesgos para la salud.

Recomendaciones técnicas

- Es recomendable crear un registro regional de centros y equipos autorizados, del sector público y privado que incluya información a los usuarios sobre la autorización correspondiente del centro y los riesgos para la salud y los resultados de los controles establecidos.
- Controlar periódicamente la prohibición expresa, contenida en el Real Decreto 1002/2002, de utilización de estos aparatos en menores de 18 años.
- Es necesario incluir en los registros de cáncer poblacional y hospitalario, así como en la historia clínica de los pacientes un apartado específico relativo a su actividad laboral y las potenciales exposiciones a factores de riesgo.
- Se deben emprender acciones de coordinación entre los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Mutuas de Enfermedades Profesionales y Accidentes de Trabajo con el Sistema Sanitario Público, para introducir una cultura de prevención de riesgos laborales asociados al cáncer e introducir actividades de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo asociados al cáncer: tabaco, alcohol, dieta y actividad física.

4.2 Línea de Acción 2: PREVENCIÓN SECUNDARIA: DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER

El diagnóstico precoz del cáncer está permitiendo que un gran número de personas se beneficien de un tratamiento más temprano y logren una mejor calidad y expectativa de vida, lo que supone, además una reducción efectiva de la mortalidad por cáncer.

La finalidad de la prevención secundaria es lograr una disminución en la morbimortalidad del cáncer mediante su detección en una fase precoz, en la que, por tanto, los tratamientos son menos agresivos y altamente efectivos. Se hace necesario y exigible que se proceda a un análisis de los principios éticos de autonomía,



beneficencia y no maleficencia y de justicia, de forma que en la eventualidad de que no puedan satisfacerse se excluyan estos cribados del catálogo de prestaciones públicas.

Las pruebas de cribado distinguen a las personas sanas que probablemente padecen una enfermedad de aquellas que probablemente no la padecen. Las personas que resultan positivas o sospechosas deben ser derivadas a los servicios especializados para recibir el diagnóstico y el tratamiento. (OCDE Health Data File, 2004. Paris OCDE; 2005).

Es un hecho constatado que la población y los clínicos han interiorizado la cultura de la prevención que apuesta por que el diagnóstico temprano siempre resulta beneficioso. Son los servicios sanitarios y sus profesionales quienes ofrecen los cribados a poblaciones mayoritariamente sanas –exige un planteamiento ético–. Sin embargo, en algunos casos no tiene ningún efecto en la salud de la persona afectada; y en ocasiones un diagnóstico temprano puede resultar perjudicial para el individuo.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, los tumores candidatos a estudio de detección precoz en la población deben reunir las siguientes condiciones:

- a) El tumor debe ser frecuente, causante de un problema sanitario importante y sentido por la población, con una historia natural conocida, que permita elegir un grupo de riesgo por edad u otros factores y una detección en fase preclínica. El tratamiento en fase precoz debe aportar ventajas en relación con el diagnóstico clínico.
- b) Las pruebas de detección deben ser lo suficientemente sensibles y específicas, con un alto valor predictivo, y además seguras, inocuas, sencillas y baratas. Los programas deberán definir su cobertura y población diana, así como los estudios a realizar y su periodicidad.
- c) Los programas deben haber demostrado su efectividad, disponer de una dotación y estructura adecuada, tener previstos los estudios complementarios y asegurada la continuidad asistencial. Deben ser objeto de una evaluación periódica estricta, en lo que respecta a su metodología y resultados.

La Comisión de Expertos de la Unión Europea elaboró en 1991 sus primeras recomendaciones sobre detección precoz de cáncer para los países miembros, que incluían sólo el cáncer de mama y cuello uterino. Se han ido revisando hasta su última modificación (Viena, 2000), en la que se han propuesto nuevos estándares respecto de estos tumores, añadiendo además el colorectal.

OCDE Health Data File, 2004. Paris OCDE; 2005



En España, en 1993, un grupo de expertos reunido por el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó los primeros “Criterios generales y recomendaciones para la elaboración de programas de detección precoz de cáncer de mama y cáncer de cérvix uterino en España”, que fueron revisados en 1995 por la Agencia Española de Tecnologías Sanitarias. Recientemente el Consejo Interterritorial ha aprobado la “Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. 2006” en la que se proponen, entre otras cuestiones, estándares e indicadores y se aportan ejemplos de buenas prácticas para el diagnóstico precoz de algunos tumores.

En el ámbito sanitario, y en la práctica asistencial del día a día, los cribados poblacionales se llevan a cabo como parte de los programas comunitarios de prevención secundaria, como es el caso del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, en funcionamiento desde de 1990. Al mismo tiempo en el ámbito de atención primaria se sigue utilizando el cribado en sus dos acepciones como cribado oportunista y/o esfuerzo diagnóstico, intervenciones que cumplen con el objetivo de prevención primaria y secundaria o están relacionados con el control de enfermedades crónicas, en cierto modo también denominada prevención terciaria.

Las estrategias de cribado tienen eficacia variable dependiendo del tipo de tumor, así mientras el de mama y cuello uterino, si han demostrado su eficacia, otros tipos de cáncer, como el de colon–recto sus resultados en relación con el coste–efectividad e incluso de implicaciones éticas siguen en permanente controversia.

Cualquier estrategia de implantación de cribado poblacional está sujeta a implicaciones éticas que son distintas de las de la atención sanitaria con intención curativa o rehabilitadora y buscada por el principio individual. Como señala A. Segura *“la bondad del propósito, no es suficiente para conseguir un resultado beneficioso en términos de efectividad, seguridad, eficiencia y equidad, de manera que debe procederse a la valoración de las consecuencias que la aplicación de los mismos comporta y en particular, del impacto que tienen para la salud de las personas y sobre la organización y coste de los servicios sanitarios”* (Ref. A. Segura, *Gaceta Sanitaria*).

Criterios generales y recomendaciones para la elaboración de programas de detección precoz de cáncer de mama y cáncer de cervix uterino en España. Grupo de trabajo de detección precoz de cancer de mama y de cáncer de Cérvix. Rev. Esp. Salud Pública 1993; 67 (1): 23-27 CE.

Segura–Benedicto. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. Gac Sanit. 2006;20 (Supl 1):88–95



4.2.1 Cáncer de mama

Justificación

El cáncer de mama es el tumor más frecuente entre las mujeres en las sociedades occidentales. Los programas de detección precoz junto con los avances diagnósticos y terapéuticos se han traducido en un incremento de la supervivencia, que se sitúa por encima del 75% a los cinco años del diagnóstico.

En Europa la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama antes de los 75 años es de un 8%. La mortalidad ha perdido validez a la hora de estudiar a frecuencia de aparición de estos tumores, si bien sigue siendo el único indicador disponible para estudiar la variabilidad geográfica. En España no existe un patrón geográfico claro, destacando la provincia de Gran Canaria.

La investigación etiológica debe seguir siendo prioritaria ya que los factores de riesgo conocidos explican menos del 50% de los casos observados (*Johnson–Thompson, 2000*). Los antecedentes familiares suponen un considerable aumento del riesgo.

Aunque la mayoría de las mujeres con cáncer de mama no tienen factores de riesgo identificables, este tumor parece mostrar una gran influencia hormonal. Muchos de los factores de riesgo establecidos –menarquia temprana, menopausia tardía, nuliparidad, edad tardía del primer parto y obesidad en mujeres posmenopáusicas– suponen una mayor exposición de la glándula mamaria a los estrógenos circulantes. Otros factores de riesgo aliados como el consumo de carnes rojas e ingesta de grasas saturadas, el sedentarismo, el consumo de anti-conceptivos orales, el consumo de alcohol también han sido reconocidos pero con menor peso específico.

Los antecedentes familiares suponen un aumento del riesgo. Las mujeres con alteraciones en alguno de los dos principales genes de susceptibilidad, BRCA1, BRCA2, tienen una probabilidad entre 60% y 80% de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida, pero este factor tan sólo explica en torno al 10% de los cánceres de mama. Actualmente el cáncer de mama tiene bastante buen pronóstico, situándose en torno al 73% de supervivencia a los 5 años en los países desarrollados. Probablemente los adelantos técnicos en el tratamiento y los programas de screening contribuyen de manera importante en estos resultados.

El screening de cáncer de mama obtiene un elevado consenso y ha sido recomendado por diferentes organismos internacionales, y sociedades científicas. La mayoría de las CC.AA. tienen en marcha programas de cribado poblacional, siendo Castilla-La Mancha una de las pioneras en su puesta en marcha.

Johnson–Thompson MC, Guthrie J. Ongoing research to identify environmental risk factors in breast cancer. *Cancer* 2000; 88:1224-1229.



El Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001–2010, incorporó un conjunto de medidas orientadas a lograr la disminución de la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, entre ellas, el mantenimiento del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama en Castilla-La Mancha gestionado por la Dirección General de Salud Pública (Actuación 5.1.1.5, Objetivos de Salud).

Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de Castilla-La Mancha

El Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, se pone en marcha a finales del año 1992 en las áreas de salud de Talavera de la Reina y de Cuenca. En los siguientes años, ha extendido su actividad al resto de áreas de salud, incluyendo progresivamente, nuevos grupos de edad, y grupos de especial riesgo, siendo su umbral actual de 45 a 70 años.

La información disponible sobre cobertura y resultados alcanzados del programa desde su puesta en marcha, según los datos acumulados entre 2002 y 2006 avalan que desde que el programa está en marcha se han citado casi un millón de mujeres (927.746), se han examinado 649.399, que representa un índice de participación de las mujeres castellano–manchegas del 70%, y que se han detectado un 0,32% de diagnóstico de sospecha de tumor de mama y un 2,35% se derivaron a control intermedio (revisión anual).

Tabla 15. Datos de cobertura 2006.

Grupos de edad	Mujeres Citadas	Mujeres Examinadas	% Participación en el programa
45–49	27.242	16.706	61,31
50–54	21.367	13.390	62,67
55–59	20.092	12.902	64,21
60–64	19.101	12.716	66,57
65–69	17.266	11.059	64,05
45–68	105.068	66.770	63,54
Otros grupos	189	57	30,16
TOTAL	105.257	66.827	63,49

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad



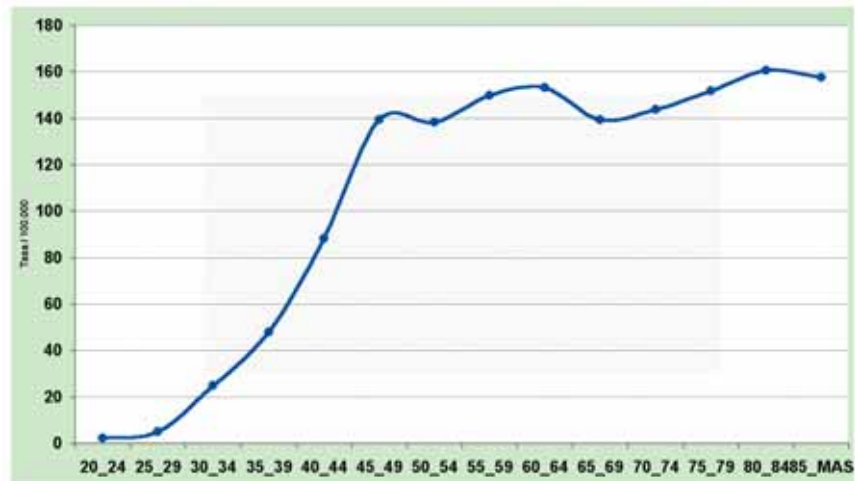
Datos de incidencia en Castilla-La Mancha

Según los casos registrados en 2004 en Castilla-La Mancha, se diagnosticaron 696 cánceres de mama, de los cuales 688 corresponden a mujeres y 8 corresponden a hombres.

El riesgo de padecer un cáncer de mama hasta los 65 años es de 3,71% en mujeres. Las mujeres desarrollan un mayor riesgo de padecer un cáncer de mama que los hombres, siendo además este riesgo más elevado que el de los hombres de padecer cáncer de pulmón. Entre los 0 los 79 años el riesgo es de 6,57%, que sigue siendo muy superior al resto de tumores.

La tasa truncada (35–64 años) es de 116,82 casos por 100.000 personas*año. Es la mayor entre las mujeres, el triple que la tasa truncada del cáncer útero.

Gráfico 28. Tasas específicas de incidencia de cáncer de mama. Castilla-La Mancha 1991–2002.





Las tasas específicas de incidencia de cáncer de mama en mujeres siguen un comportamiento singular respecto a otros tumores. Hasta la edad de 30 años las tasas son muy bajas (inferiores a 5/100.000), a partir de los 30 años comienzan a incrementarse de forma sostenida hasta el grupo de edad de 45–49 años (\approx 140/100.000), y a partir de esta edad las tasas se mantienen relativamente estables hasta las edades finales de la vida con el máximo en el grupo de 80 a 84 años de edad (160/100.000). En síntesis, el incremento de la tasa es del 84% en el grupo de edad de 35 a 39 años de edad (47,95/100.000) y en el de 40 a 44 años de edad (88,26/100.000).

De acuerdo con estas estimaciones el cáncer de mama es el tumor maligno de mayor incidencia en mujeres en la Comunidad Autónoma, y el tercero en el conjunto de la población (de ambos sexos) junto con el de próstata, después del cáncer de colon y recto y el de pulmón.

OBJETIVOS GENERALES

Continuar reduciendo la morbi–mortalidad por cáncer de mama en Castilla-La Mancha, aumentando la supervivencia y calidad de vida de las mujeres mediante la aplicación de tratamientos menos invasivos que permitan la conservación de la mama.

Reforzar las garantías de eficacia, seguridad y continuidad de cuidados en la atención sanitaria a las mujeres con cáncer de mama.

Objetivos específicos

- Reforzar las estrategias de coordinación del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Castilla-La Mancha con los profesionales de atención primaria para conjuntamente mejorar la captación y adhesión de las mujeres, especialmente, en aquellas áreas de salud en las que los resultados de la evaluación del programa haya detectado oportunidades de mejora en la participación y eficacia del mismo.
- Establecer y difundir las Guías de Práctica Clínica y recomendaciones sobre prevención y criterios de riesgo elevado de padecer cáncer de mama que incluyan: historia familiar, nuliparidad, menarquia prematura, edad avanzada y antecedentes personales de cáncer de mama (in situ o infiltrante).
- Desarrollar programas de formación continuada en patología de mama dirigidos a los profesionales del sistema sanitario público de Castilla-La Mancha, implicados en el proceso de atención al cáncer de mama.



- Realizar estudios de evaluación de la calidad del proceso de atención al cáncer de mama en Castilla-La Mancha, con el objetivo de mejorar la eficacia, seguridad y efectividad de las intervenciones sanitarias, potenciando la participación de las mujeres y profesionales implicados.
- Potenciar en los hospitales de Área la actividad y funcionamiento de las comisiones de tumores, a fin de coordinar actuaciones de los diferentes profesionales implicados en la atención a la patología de mama.

Recomendaciones técnicas

- Impulsar en el marco del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, un subprograma específico, o actividades específicas, el seguimiento y atención temprana de mujeres con riesgo elevado de desarrollar cáncer de mama.
- Implantar y asegurar la aplicación en tiempo adecuado, de los criterios de diagnóstico, de clasificación tumoral y de intervención terapéutica basados en la evidencia científica disponible en las Guías de Práctica Clínica; vías clínicas y recomendaciones de organismos internacionales y sociedades científicas.

4.2.2 Cáncer de cuello de útero

Justificación

En este epígrafe se incluyen el cáncer de cuello de útero y el cáncer del cuerpo del útero. Son dos tumores que afectan al mismo órgano pero con etiopatogenia y características clínicas diferentes. El primero, en líneas generales, es un cáncer de mujer joven y el segundo es más frecuente en la mujer madura después de la menopausia. Por ello, las tasas específicas de incidencia de cáncer de útero siguen un comportamiento particular.

Actualmente parece claro que el principal agente etiológico del cáncer de cuello de útero son los diferentes subtipos oncogénicos del papilomavirus humano (PVH), la promiscuidad y una higiene deficiente. La literatura indica, por ejemplo paridad elevada, hábito de fumar y uso de contraceptivos orales que probablemente modifican el riesgo de las mujeres infectadas por el PVH.

En España la incidencia y la mortalidad es una de las más bajas de Europa. La supervivencia del cáncer de cervix oscila entre el 74% en Estados Unidos y el 63% en Europa.

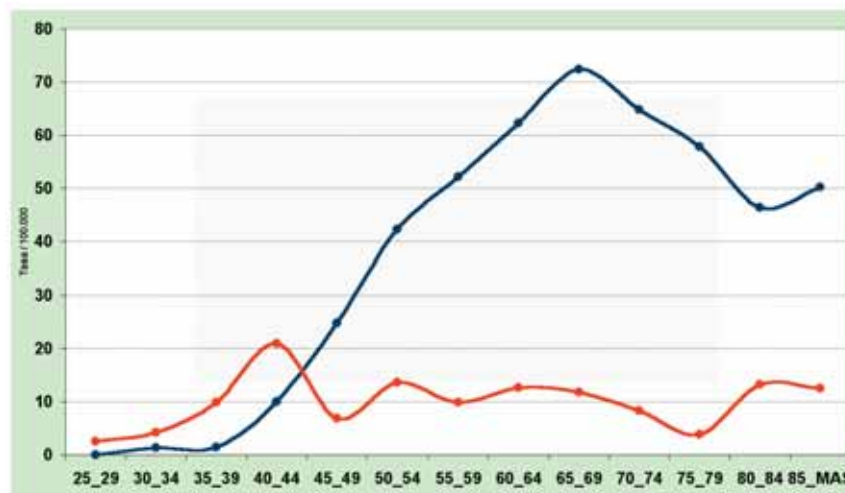


En Castilla-La Mancha, se ha estimado que en el año 2004 se habían diagnosticado 256 cánceres de útero. De acuerdo con estas estimaciones el cáncer de útero es el tercer tumor maligno de mayor incidencia en mujeres, después del cáncer mama y del cáncer de colon y recto.

La incidencia entre los 35–64 años es de 37,29 casos por 100.000 mujeres/año.

El riesgo acumulado de padecer un cáncer de útero antes de los 64 años es de 1,24%. Entre el nacimiento y los 79 años el riesgo es de 2,53%, dato que avala que el riesgo sigue siendo inferior al riesgo de cáncer mama y del cáncer de colon y recto.

Gráfico 29. Tasas específicas de incidencia de Cáncer de Útero. Castilla-La Mancha 1991–2002.



● CUELLO ● RESTO



Detección precoz del cáncer de cervix

El diagnóstico precoz del cáncer de cervix fue el primero en introducirse en la práctica médica, fundamentalmente por la alta incidencia de estos tumores a nivel mundial y en determinados países y grupos sociales. Se estima que se producen en el mundo 500.000 casos nuevos al año y 230.000 defunciones.

El cáncer de cervix es una de las neoplasias en la que más eficacia han demostrado los programas de diagnóstico precoz, ya que la realización de citologías cérvico–vaginales periódicas permite el diagnóstico y tratamiento de lesiones precancerosas, evitando su progresión a carcinomas invasivos.

La detección precoz se basa en el estudio citológico del frotis cervical (Prueba de Papanicolau). Es una prueba eficaz, sencilla e inocua, precisando de citólogos expertos y una infraestructura y costes que aconsejan una adecuada planificación de las intervenciones programadas.

Tradicionalmente en el conjunto del SNS las pruebas se han realizado en el ámbito de la atención primaria, como actividad de los programas de salud de la mujer y planificación familiar, de acuerdo a los criterios que recomendaba el primer documento de «cartera de servicios» de atención primaria elaborada por el INSALUD (Instituto Nacional de Salud) que incluía como norma técnica (206.1) que *«toda mujer entre 35 y 64 años deberá tener realizada y registrado el resultado en la historia clínica, dos citologías iniciales (exfoliativas con tinción de Papanicolau) consecutivas con un año de intervalo entre ellas, y posteriormente una citología cada cinco años desde los 35 a 64 años de edad»*

Según se expone en la publicación sobre *La Situación del Cáncer en España* (Instituto de Salud Carlos III, 2003), en España, no se desarrollan programas de cribado de carácter poblacional, pero se realiza un gran número de citologías vaginales, aunque se realizan muchas citologías en mujeres jóvenes y pocas en mujeres de mayor edad, y de nivel socioeconómico más bajo.

Sin embargo, las Comunidades Autónomas, en uso de sus competencias, han ido adoptando las recomendaciones de los organismos internacionales, especialmente las de la Unión Europea, para establecer programas

La Situación del Cáncer en España (Instituto de Salud Carlos III, 2003),
Agencia Española de Evaluación de Tecnologías, Informe de Evaluación nº 34, 2002



o protocolos de actuación con los profesionales sanitarios. Actualmente nueve Comunidades Autónomas disponen de programas o protocolos de diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero.

El Plan de Salud de Castilla-La Mancha, 2001–2010 explicita que es necesario elevar la cobertura de los Programas de Diagnóstico Precoz de cáncer de endometrio y de cervix desarrollados por los equipos de atención primaria, ofertando a todas las mujeres de entre 35 y 64 años la realización de citologías exfoliativas (con tinción de Papanicolau) con periodicidad quinquenal. Toda mujer incluida en el Programa tendrá realizadas dos citologías iniciales (con un intervalo de un año entre ellas).

El estudio más amplio realizado en Castilla y León en 1986, con citologías cada 3 años en mujeres entre 25 y 65 años, citadas por carta, con apoyo de atención primaria, aporta los siguientes resultados: participaron 56.953 mujeres (41,47% población diana), encontrándose un 0,57% de alteraciones morfológicas sospechosas, de las cuales un 5% eran carcinomas invasores o *in situ*.

No existe consenso en las recomendaciones en cuanto a edades e intervalo entre pruebas sobre la edad de inicio de realización de la citología. La mayoría de los programas incluyen mujeres de entre 35 y 65 años, algunos comienzan en edades más tempranas, desde el comienzo de las relaciones sexuales: Extremadura, Andalucía, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Navarra, País Vasco y Murcia. (*Agencia Española de Evaluación de Tecnologías, Informe de Evaluación n° 34, 2002*).

OBJETIVOS GENERALES

Disminuir la morbilidad y mortalidad de las mujeres de Castilla-La Mancha, reforzando las actuaciones de prevención primaria y secundaria frente al cáncer de cervix, especialmente, en los grupos de especial riesgo.

Incluir, a partir del 2008 en el calendario vacunal – y de forma progresiva – la vacuna contra el Virus del Papi-loma Humano entre las cohortes de niñas de 11 a 14 años.

Reforzar las garantías de eficacia, seguridad y continuidad de cuidados a las mujeres con cáncer de útero.

Objetivos específicos

- Realizar campañas informativas dirigidas a la población en general, y en especial a los grupos de riesgo difundiendo las recomendaciones generales de carácter preventivo como son: utilización de preservati-vo, vigilancia frente al VPH manteniendo el control y seguimiento desde atención primaria.



- Elaborar y difundir recomendaciones consensuadas por las Sociedades Científicas y grupos de expertos, para establecer indicadores del cribado del cáncer de cuello de útero.
- Reforzar el seguimiento desde atención primaria en mujeres con factores de riesgo de neoplasia cervical, que asegure el control de los factores de riesgo sobre los que existe investigación aplicada:
 - Inicio precoz de relaciones sexuales (menores de 15 años).
 - Múltiples compañeros sexuales.
 - Infecciones virales: Virus del Papiloma Humano (VPH) y herpes virus.
 - Inmunosupresión VIH.
 - Consumo excesivo de tabaco.
 - Antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial CIN/SIL/Displasia.
 - Anticoncepción hormonal actual.
- Asegurar que el inicio de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos en los tumores de cuello uterino se prioricen en función del grado de displasia, en tiempo óptimo, desde la confirmación diagnóstica e indicación quirúrgica.
- Asegurar que toda paciente tratada por lesiones intraepiteliales de cuello uterino sea evaluada cada 6 meses.
- Potenciar que los sistemas de registro al alta (historia clínica) incluyan en el diagnóstico definitivo la estadificación posquirúrgica.
- Definir el procedimiento de inclusión de la vacuna del VPH entre las niñas de 11 a 14 años.

Recomendaciones técnicas

- Las mujeres a partir de los 25 años de edad deben realizarse pruebas de detección precoz del cáncer de cuello de útero.
- Deben realizarse pruebas de detección y control a las mujeres portadoras de DIU, y mujeres con Terapia Hormonal Sustitutiva (THS), de acuerdo a los procedimientos de control de calidad establecidos en las "Guías Europeas para la Garantía de Calidad en el Cribado de Cáncer de Cuello de Útero".



- En las mujeres sin factores de riesgo de neoplasia cervical, se recomienda la realización de dos citologías anuales consecutivas y, en el caso de que sean normales, se efectuará una nueva citología cada cinco años.
- La realización de citología se efectúa en los programas de salud de la mujer en el ámbito de atención primaria. Ante un informe positivo la demora en la confirmación diagnóstica no debe superar los 10 días.
- Se debe asegurar la accesibilidad a las pruebas de confirmación diagnóstica, en un tiempo máximo de 10 días desde la sospecha citológica hasta la fecha de citación para las pruebas de confirmación.
- La iniciación de procedimientos quirúrgicos sobre cuello uterino en función del grado de displasia no debe exceder de los 2 meses, que es el límite en el que la evidencia marca una clara diferencia en cuanto al riesgo.
- La estadificación posquirúrgica definitiva deberá recoger diagnóstico definitivo, y estadio según las recomendaciones de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), así como los resultados de las exploraciones complementarias realizadas, propuesta de tratamiento complementario, si procede, periodicidad de las revisiones y cuidados posteriores.
- Según las recomendaciones de la FIGO, *“toda paciente que haya sido tratada por lesiones intrauterinas de cuello de útero (CIN I–II–II), debe ser evaluada a los 6 meses para descartar recidivas y/o complicaciones en el proceso”*.

4.2.3 Cáncer de colon–recto

Justificación

La mortalidad e incidencia del cáncer de colon en España son sustancialmente menores que la de los países del norte de Europa (Dinamarca, Luxemburgo y Alemania), situándose por debajo de las tasas promedio de la UE sin embargo España tiene una mortalidad superior a la de Francia, Italia y Reino Unido [WHO–IARC 2002].

Diferentes estudios epidemiológicos han encontrado correlación entre riesgo elevado de cáncer intestinal y patrones de consumo per cápita de carne roja, grasa (sobre todo animal). La inactividad física, la obesidad y la disposición abdominal de las grasas tienen gran influencia en el riesgo de cáncer de colon. La predisposición genética también es importante, estimándose que los factores hereditarios estarían presentes en un



10–15% de los casos. Tiene un pronóstico relativamente bueno con una supervivencia a los 5 años que oscila entre el 65% en Estados Unidos y el 54% en Europa Occidental.

En España, el cáncer de colon–recto es el tercer tumor en importancia por su incidencia y el segundo por su elevada mortalidad. Si se considera la globalidad de hombres y mujeres es el tumor más frecuente (25.600 nuevos casos al año en España), con un incremento anual de 2,6%.

Su incidencia y mortalidad son inferiores a la media de los países europeos, especialmente en comparación con los países del norte de Europa.

En el año 2004 se produjeron en España 12.939 defunciones atribuibles al cáncer de colon y recto, de las que 7.394 fueron hombres y 5.545 mujeres. La tendencia observada de estabilización de la mortalidad puede reflejar las mejoras terapéuticas obtenidas con un diagnóstico precoz, por tratarse de tumores bastante accesibles a la exploración con sigmoidoscopia y a la generalización de las colonoscopias completas en grupos de riesgo identificados.

La variabilidad provincial de la mortalidad por este tumor en España es muy baja y similar en ambos sexos, con un cierto patrón norte–sur más evidente en los hombres.

En 2004, Castilla-La Mancha se produjeron 531 fallecimientos por esta causa, de los que 297 fueron hombres y 234 mujeres y se estima que se diagnosticaron 902 cánceres de colon y recto de los cuales 485 corresponden a hombres y 417 corresponden a mujeres.

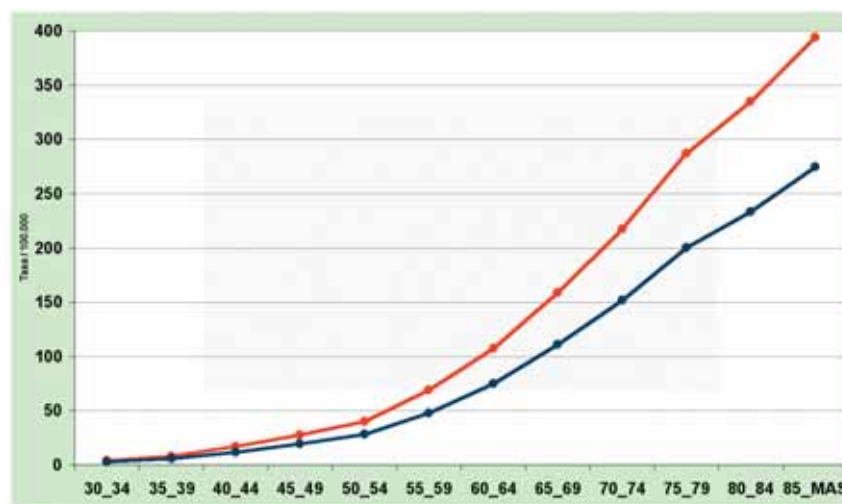
De acuerdo con estas estimaciones el cáncer de colon y recto es el tumor maligno de mayor incidencia en el conjunto de la población, el tercero en hombres, después del cáncer de pulmón y del cáncer de próstata, y el segundo en mujeres, después del cáncer de mama.

Después del cáncer de pulmón, el riesgo en hombres es el más elevado al de padecer cualquier otro tipo de tumor. El riesgo acumulado de padecer este tipo de tumor antes de los 64 años es de 1,18% en hombres y de 0,9% en mujeres. Hasta los 79 años el riesgo en hombres es de 5,88%, inferior al del cáncer de pulmón y al de próstata.

En las mujeres, el riesgo acumulado de padecer un cáncer de colon y recto antes de los 64 años es de 0,98% por debajo del riesgo de cáncer de mama y de útero. Sin embargo, entre los 0 los 79 años el riesgo es de 3,99%, tan sólo superado por el del cáncer de mama.



Gráfico 30. Tasas específicas de incidencia de cáncer de colon y recto. Castilla-La Mancha 1991–2002.



● VARONES ● MUJERES

La tasa truncada (35–64 años) ajustada en hombres es de 33,67 casos por 100.000 personas*año y de 28,59 personas*año en mujeres. La tasa truncada del cáncer de colon y recto en los hombres tan sólo es superada por la de los cánceres de pulmón y cavidad bucal. En mujeres se sitúa por debajo de los cánceres de mama y de útero.

Por debajo de los 45 años las tasas son relativamente bajas (menores de 17/100.000 en hombres y de 12/100.000 en mujeres). A partir de los 45 años experimentan un incremento constante en ambos sexos hasta alcanzar el máximo en el grupo de edad de 85 y más años de edad tanto en hombres como en mujeres.

La tasa en el grupo de edad de 85 y más años de edad es superior a la del cáncer de pulmón en ese mismo grupo de edad y tan sólo es superada por la tasa del cáncer de próstata. En mujeres desde el grupo de edad de 75 a 79 años las tasas específicas superan a las del cáncer de mama en esas mismas edades.



La tendencia de la tasa bruta de incidencia por cáncer de colon y recto en hombres sigue dos ciclos, en el periodo 1991–1998 sigue una tendencia ascendente con un IMA del 9,33% ($p < 0,05$) y en el quinquenio siguiente su pauta es descendente con un IMA del $-0,85\%$ ($p \geq 0,05$). En mujeres la tendencia es lineal en todo el periodo con un IMA del 3,43% ($p < 0,05$).

La tasa ajustada de incidencia por cáncer de colon y recto en hombres sigue una tendencia similar a la de la tasa bruta pero con diferente intensidad: en el periodo 1991–1999 es ascendente con un IMA del 6,24% ($p < 0,05$) y en el periodo 1999–2002 es descendente con un IMA del $-5,54\%$ ($p \geq 0,05$). En mujeres sigue una tendencia lineal en el conjunto del periodo con un IMA del 1,55% ($p < 0,05$).

Diagnóstico precoz

Entre los factores etiológicos conocidos están la predisposición genética y los factores dietéticos. La forma de cáncer colorrectal más frecuente es el de tipo esporádico (90%) existiendo casos con componentes hereditarios: la poliposis adenomatosa familiar (0,01%) y el cáncer colorrectal hereditario no-polipósico (5–10%) (*Schottenfeld 1996*).

El conocimiento del cáncer de colon, sus síntomas y las bases de su prevención, es todavía bajo entre la población. Aunque los resultados no son muy consistentes, se ha informado del consumo de alcohol, y en concreto del consumo de cerveza, como posible factor de riesgo (*Sharpe 2002*). Dos grandes estudios han demostrado el papel protector de practicar el ejercicio de forma regular, seguir una dieta equilibrada en frutas y verduras y rica en fibras (*Peters 2003, Bingham 2003*), reducir la ingesta de carnes rojas y grasas. Dada la influencia de la dieta en la génesis de este tumor, se han referido como factores protectores, el consumo de vegetales, fruta, fibra, calcio y aspirina (*Schottenfeld 1996*). Los datos de mortalidad en España sugieren unos hábitos dietéticos más saludables en las mujeres.

Schottenfeld D, Fraumeni J (eds) (1996). *Cancer Epidemiology and Prevention*. New York. Oxford University Press.

Sharpe CR, Siematycki J, Rachet B. Effects of alcohol consumption on the risk of colorectal cancer among men by anatomical subsite (Canada). *Cancer causes and control* 13 (5): 483-491, June 2002.

Peters U, Sinha R, Chatterjee N, Subar A, Ziegler RG, Kulldorff M, Bresalier R, Weissfeld JL, Flood A, Schatzkin A, Hayes RB, and the PLCO Project Team. Dietary fibre and colorectal adenoma in a colorectal cancer early detection programme. *The Lancet* 2003; 361:1491-1495.

Bingham, S. A., Day, N. E., Luben, R., Ferrari, P., Slimani, N., Norat, T., Clavel-Chapelon, F., Kesse, E., Nieters, A., Boeing, H., Tjønneland, A., Overvad, K., Martínez, C., Dorransoro, M., González, C. A., Key, T. J., Trichopoulou, A., Naska, A., Vineis, P., Tumino, R., Krogh, V., Bueno-de-Mesquita, H. B., Peeters, P. H. M., Berglund, G., Hallmans, G., Lund, E., Skeie, G., Kaaks, R. & Riboli, E. (2003). Dietary fibre in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. *Lancet* 361, 1496-1501.



El mecanismo patogénico postulado es la actuación de las bacterias intestinales sobre los ácidos biliares y grasas produciendo sustancias carcinógenas.

No existe una única prueba para el diagnóstico precoz. En función de su complejidad, coste y especificidad, las pruebas de diagnóstico precoz disponibles son: estudio de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia, enema opaco de doble contraste y colonoscopia, así como sus diferentes combinaciones.

En España se han desarrollado diferentes estudios piloto en diferentes comunidades, entre ellas la de Castilla-La Mancha, en las provincias de Albacete y Guadalajara. En L'Hospitalet de Llobregat se está evaluando la eficacia y viabilidad del cribado con la prueba de sangre oculta en heces, promovido por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Los expertos recomiendan que *“los hombres y las mujeres a partir de los 50 años de edad deberían someterse a pruebas de detección precoz de cáncer de colon. Ello debe hacerse dentro de programas que tengan integrados procedimientos de control de calidad.”*

En España, sólo tres de cada diez españoles mayores de 50 años se someten a pruebas de detección precoz del cáncer de colon, según se ha puesto de manifiesto con la campaña “cáncer de colon: disminuya su riesgo” organizada por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el 80% de los tumores podría curarse si se diagnosticara en su fase inicial.

Dado el impacto del cáncer colorectal tiene a nivel nacional y autonómico, se debe estar pendiente de los resultados de estas diferentes experiencias de investigación ya que pueden aportar información relevante, en un futuro próximo y en base a su aceptación y viabilidad se puede decidir incorporar progresivamente en la Comunidad Autónoma. (Pickhardt PJ., et al. 2003).

Pickhardt PJ, Choi JR, Hwang I, Butler JA, Puckett ML, Hildebrandt HA, Wong RK, Nugent PA, Mysliwiec PA, Schindler WR. Computed Tomographic Virtual Colonoscopy to Screen for Colorectal Neoplasia in Asymptomatic Adults. N Engl J Med 2003; 349:2191–2200.



OBJETIVOS GENERALES

Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer colorectal en la población de Castilla-La Mancha.

Reforzar las garantías de eficacia, seguridad y continuidad de cuidados en la atención a los y las pacientes con cáncer colorectal.

Diseñar y poner en marcha un Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de colon–recto.

Objetivos específicos

- Constituir un grupo de expertos, con participación de profesionales y en colaboración con las Sociedades Científicas que aporte conocimiento actualizado sobre los avances en detección precoz, diagnóstico y alternativas terapéuticas disponibles.
- Asegurar una atención integral a los pacientes desde el diagnóstico hasta el alta, de acuerdo a criterios que garanticen el tiempo de respuesta adecuado en cada fase del proceso (sospecha, confirmación diagnóstica, intervención y seguimiento del paciente).
- Implantar consultas de alta resolución en los hospitales de Área, en caso de sospecha de malignidad.
- Elaborar procedimientos de coordinación con atención primaria para el seguimiento clínico del paciente con colostomía, de acuerdo a sus necesidades y condiciones clínicas.

Recomendaciones técnicas

- El grupo de expertos elaborará informes técnicos sobre la atención al cáncer colorectal que incluyan, la evidencia científica disponible sobre efectividad de pruebas diagnósticas y alternativas terapéuticas, con la finalidad de disminuir la variabilidad en la práctica médica.
- Las Vías clínicas incorporarán las garantías de plazos de las intervenciones:
- La demora desde la petición de consulta y su realización no exceda de 15 días.
- La programación de intervenciones quirúrgicas no deberá exceder de 2 semanas.
- La revisión posquirúrgica se realice dentro de los 30 días siguientes a la intervención.



4.2.4 Cáncer de próstata

Justificación

El cáncer de próstata es la segunda causa de mortalidad tumoral en gran número de países de la Unión Europea (sin incluir los países recientemente anexados). En 1998 este tumor fue el segundo tumor maligno en incidencia (por detrás del de pulmón), siendo la tasa ajustada de 68 casos por 100.000 habitantes, existiendo importantes diferencias entre países. Con respecto a la media de la Unión Europea, las tasas de incidencia y mortalidad de España se encuentran entre las más bajas junto a Italia y Grecia. En Finlandia, Francia, Suecia y Alemania, el cáncer de próstata se ha convertido desde hace unos años en el tumor más frecuente en hombres.

En España, durante los últimos años, el cáncer de próstata se ha colocado en el tercer lugar como causa de muerte en hombres precedido del cáncer de pulmón y del cáncer colorectal. Las tasas de mortalidad son, sin embargo, considerablemente inferiores a las de incidencia.

En el año 2000 se produjeron en España 5.448 defunciones por este tumor, lo que supone una tasa específica por edad de 22,9 defunciones por 100.000 habitantes. No se aprecia un patrón geográfico claro por comunidades autónomas, con excepción de la mayor mortalidad observada en la provincia de Gran Canaria.

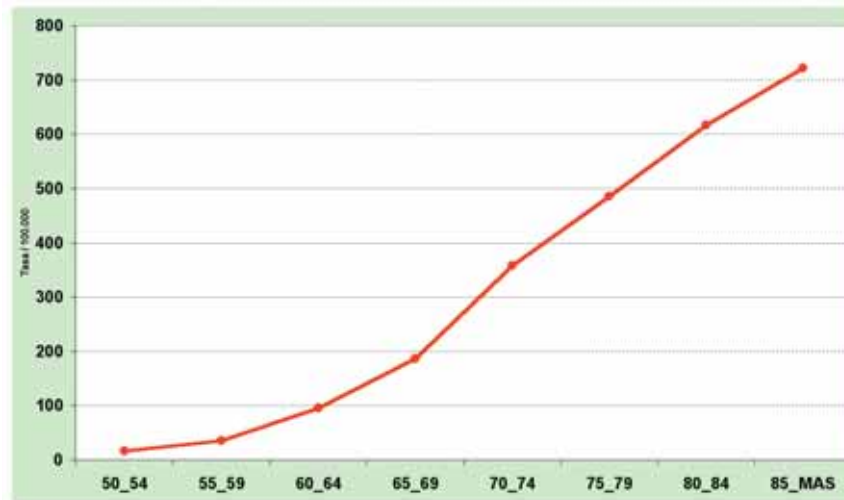
En España existirían 36.492 pacientes con cáncer de próstata a los que se les habría diagnosticado en los últimos cinco años. (IARC)

En Castilla-La Mancha, en el año 2004 se diagnosticaron 694 cánceres de próstata. De acuerdo con estas estimaciones el cáncer de próstata es el segundo tumor maligno de mayor incidencia en hombres, y el tercero en el conjunto de la población de ambos sexos siendo el de mama el de mayor incidencia en mujeres.

Según la edad la incidencia de cáncer de próstata es muy baja hasta los 50 años, a partir de esta edad aumenta de forma sostenida. A partir de los 60 años (96,1/100.000) se observa un crecimiento exponencial hasta el grupo de 85 y más años de edad en el que la tasa específica se sitúa en 721,7 casos por 100.000 habitantes, superando en ese grupo de edad incluso al cáncer de pulmón. No obstante, cabe destacar que el riesgo de incidencia se eleva al 8,58%, a partir de los 80 años, igualándose con la probabilidad de morir por cáncer de pulmón. La tasa truncada (35–64 años) ajustada en hombres es de 21,00 casos por 100.000 personas*año. El riesgo acumulado de padecer un cáncer de próstata hasta 64 años es de 0,77%, hasta los 79 años el riesgo alcanza un 1,69%.



Gráfico 31. Tasas específicas de incidencia de cáncer de próstata. Castilla-La Mancha 1991–2002.



Detección precoz

Existe controversia en torno a la eficacia de los programas de detección precoz del cáncer de próstata. Las pruebas diagnósticas más habituales son: el tacto rectal, el estudio de fosfatasa ácida prostática sérica, la determinación del antígeno prostático y la ecografía transrectal.

La etiología y los agentes que promueven la progresión hacia un tumor clínicamente manifiesto de próstata se desconocen, habiéndose propuesto diferentes factores de riesgo, entre los que se encuentran determinados patrones hormonales, antecedentes familiares, y la dieta [Ross 1996].

Ross RK, Schottenfeld D. Prostate cancer. En: Schottenfeld D, Fraumeni J, eds. Cancer Epidemiology and Prevention. New York: Oxford University Press, 1996. pp. 1180-1206.



Es un hecho aceptado la latencia del tumor de próstata: aproximadamente sólo un tercio de los que se descubren en autopsias se han manifestado clínicamente. La supervivencia relativa a los cinco años estimada para España es de un 65%, similar a la europea (66%).

El cáncer de próstata tiene un pronóstico relativamente bueno con una supervivencia del 87% a los 5 años en los Estados Unidos frente a un 45% en los países subdesarrollados, aunque esta diferencia está mediatizada por la detección precoz de tumores latentes con los programas de cribado. De hecho la tasa de mortalidad es un buen instrumento para medir la incidencia de cáncer invasivo. Parece que el cáncer de próstata está relacionado con ciertos factores medioambientales, especialmente la dieta, el consumo de tabaco, y el factor hereditario. Es un tumor que afecta a hombres en edad avanzada (el 96% de las defunciones ocurren con 65 años o más).

Aunque los programas de diagnóstico precoz son eficaces para diagnosticar tumores en situación inicial y mejorar el pronóstico de los pacientes observados siguen existiendo dudas sobre la efectividad y los aspectos éticos, de acuerdo a los principios de beneficencia y de precaución.

En el entorno del SNS la actitud clínica vigente es realizar, inicialmente, y como test de entrada, la determinación del antígeno prostático, opcionalmente asociado al tacto rectal y/o ecografía.

Algunos estudios ponen de manifiesto el bajo nivel predictivo de estas tres pruebas por separado. La Comisión de Expertos de la Unión Europea no recomienda la inclusión del diagnóstico precoz del cáncer de próstata entre las medidas de prevención de carácter generalizado, fundamentalmente por el bajo valor predictivo de las pruebas, los sesgos de duración y los costes. Sin embargo la Sociedad Americana del Cáncer recomienda realizar, con carácter anual, un tacto rectal a partir de los 40 años de edad y la determinación de antígeno prostático anual a partir de los 50 años.

OBJETIVOS GENERALES

Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer de próstata.

Reforzar las garantías de eficacia, seguridad y continuidad de cuidados en la atención a los pacientes con cáncer de próstata.

Objetivos específicos

- Constituir un grupo de expertos, con participación de profesionales y Sociedades Científicas que aporte conocimiento actualizado sobre los avances en detección precoz, diagnóstico y alternativas tera-



péuticas disponibles. Reforzar las intervenciones para el despistaje oportunista del cáncer de próstata en atención primaria.

- Elaborar vías clínicas en los hospitales que establezcan, indicaciones precisas y secuenciales para la realización de las pruebas diagnósticas, que eviten demoras y sobreutilización de recursos.
- Asegurar una atención integral a los pacientes desde el diagnóstico hasta el alta, de acuerdo a criterios que garanticen el tiempo de respuesta adecuado en cada fase del proceso (sospecha, confirmación diagnóstica, intervención y seguimiento del paciente).
- Implantar consultas de alta resolución en los hospitales de Área, en caso de sospecha de malignidad.

Recomendaciones técnicas

- Elaborar y difundir informes técnicos sobre la atención al cáncer de próstata que incluyan, entre otros aspectos, la evidencia científica disponible sobre eficacia de pruebas diagnósticas y alternativas terapéuticas, con la finalidad de disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Las vías clínicas incorporan las garantías de plazos de las intervenciones:
 - En las vías clínicas se deberán establecer las garantías de plazos de cada una de las actuaciones; tiempo óptimo desde la sospecha y confirmación diagnóstica, programación de intervención y seguimiento del paciente.
 - La programación de intervenciones quirúrgicas no deberá exceder de 60 días.
 - La revisión posquirúrgica se realizará dentro de los 30 días siguientes a la intervención.
 - Protocolizar el seguimiento para pacientes sometidos a tratamiento radiológico y bloqueo hormonal.



4.2.5 Cáncer hereditario. Consejo genético

En este apartado se argumentan las prioridades previstas en este Plan, referidas a las intervenciones sanitarias potenciales y factibles, de acuerdo con los avances en el campo de la investigación genómica y proteómica del cáncer, que están empezando a facilitar conocimiento y su aplicabilidad clínica para identificar y diagnosticar a aquellas personas que presentan mayor susceptibilidad genética familiar de enfermedad oncológica.

Como ya se ha comentado en apartados anteriores los factores de riesgo que influyen en la formación de una neoplasia se pueden diferenciar en factores exógenos, es decir, la exposición a factores medioambientales –incluido la exposición al humo tabaco; de riesgo laboral y conductas individuales– y en factores endógenos, que son los que se denominan alteraciones genéticas hereditarias.

Los avances en el campo de la genómica y la proteómica están empezando a facilitar nuevos enfoques en el diagnóstico precoz de los procesos neoplásicos, en la medida que cada día se están identificando nuevas alteraciones genéticas relacionadas con procesos tumorales. En la actualidad se han identificado unos 40 genes implicados en otros tantos síndromes de predisposición hereditaria al cáncer, para los que se están desarrollando las correspondientes técnicas de estudio y caracterización de sus mutaciones.

Recientemente se ha publicado un estudio realizado por el Dana–Farber Cancer Institute en Boston (EEUU), que constituye uno de los análisis más amplios realizados hasta el momento sobre mutaciones en los cánceres humanos. Se estima que sólo el 30% de los casos de cáncer tienen un componente genético hereditario, la transmisión a los miembros de la familia se realiza de acuerdo con distintos patrones de herencia. No obstante, aunque se ha avanzado mucho, hay que esperar a los resultados que aporte el gran estudio internacional del Atlas del Genoma del Cáncer, que aportará, sin duda, relevantes resultados en los próximos años.

El cáncer hereditario, se caracteriza –de forma similar a otras enfermedades crónicas– por la presencia de antecedentes familiares de la misma neoplasia y/o la alta incidencia de cáncer entre los miembros de una misma familia. La bibliografía especializada en este campo de la biomedicina indica que este tipo de cáncer suele ser más agresivo, debuta a edades más tempranas, y se expresa de forma multifocal (lesiones en los dos órganos cuando son pares o en varios órganos). Si bien, se debe tener en cuenta que la presencia del gen alterado no implica, causalmente, que la persona portadora del gen vaya a desarrollar un proceso neoplásico a lo largo de su vida. Lo relevante es, sin duda, que la atención sanitaria adopte una actitud de alerta, y de incorporación del conocimiento y práctica aplicada, con el objetivo de saber reconocer esta situación o condición individual y familiar para activar su capacidad de respuesta.



De todos los tipos de cáncer, los que la investigación genética ha reconocido con mayor riesgo hereditario son: el cáncer de mama, el de colon–recto y de origen endocrino.

El consejo genético en síndromes como herramienta clínica tiene como objetivo conocer la probabilidad de presentar neoplasia/s presente/s en la familia. Un elemento fundamental es la realización de un diagnóstico genético para lo que es imprescindible disponer de un test genético cuyos resultados puedan ser interpretados con fiabilidad y que tengan su traducción en el manejo clínico de la persona o en el de sus familiares afectados. El consejo genético permitirá, progresivamente, orientar y contribuir, siempre que sea posible, a un diagnóstico genético, valorar el pronóstico y establecer estrategias de detección precoz, y abordaje terapéutico del paciente y su familia. Finalmente, la identificación de familias con estas alteraciones genéticas abre un nuevo campo para la prevención secundaria, si bien se plantean algunas cuestiones de carácter ético en relación al consejo genético y sobre todo en las intervenciones quirúrgicas profilácticas.

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) recomienda que el diagnóstico genético en los *síndromes de predisposición hereditaria al cáncer* se realice siempre que la persona que consulta o se le diagnostique de cáncer a una edad más precoz de lo que sería esperable, y/o en su familia exista un número significativo de ese tipo de tumor u otros cánceres.

El consejo genético se define como el proceso por el cual los pacientes y/o familiares con susceptibilidad genética al cáncer deben ser informados de la probabilidad de transmitir la enfermedad a otras generaciones, del riesgo de padecerla, de la posibilidad de realizar un estudio genético que confirme o excluya la predisposición familiar y de las medidas de prevención, seguimiento y/o tratamiento disponibles para esta enfermedad. Todas las acciones deben estar guiadas por los principios éticos de privacidad y confidencialidad.

La introducción del consejo genético exige en los sistemas sanitarios un proceso gradual y planificado, dada la necesidad de contar con profesionales debidamente formados en estas técnicas y dotados del equipamiento preciso.

Por ello, se propone que, en una primera fase, se establezcan consultas de cáncer familiar en los hospitales dotados de Servicio o Unidad de Oncología, que forman parte de la Red de Hospitales del SESCAM, que se describe en el apartado correspondiente a la Línea de Acción 3 “Impulsar una asistencia oncológica integral y de excelencia”.

En una segunda fase se procederá a ampliar una de estas consultas, transformándola en una Unidad de Cáncer Familiar con Consejo Genético, que actuará como centro de referencia en la red sanitaria del SESCAM.



OBJETIVOS GENERALES

Elaborar y poner en marcha un Programa de Cáncer hereditario y Consejo genético a la población con riesgo hereditario de cáncer.

Asegurar que las personas con sospecha diagnóstica de síndromes de predisposición hereditaria al cáncer y sus familias tengan acceso a un diagnóstico genético, y a la continuidad en el seguimiento y tratamiento adecuado, progresivamente, en su hospital de referencia.

Objetivos específicos

- Constituir un grupo de expertos, con participación de profesionales y sociedades científicas, con la finalidad de elaborar un Programa de Cáncer Hereditario y Consejo Genético en el que se incluya la creación de unidades de referencia adscritas a la red de hospitales del SESCAM.
- Contribuir al desarrollo de protocolos de detección precoz, seguimiento y tratamiento preventivo y/o pre-sintomático que se generen en el contexto del SNS orientados a mejorar la calidad, la efectividad y eficiencia de las intervenciones futuras.
- Contribuir a mejorar el conocimiento aplicado sobre los problemas éticos que plantea la medicina personalizada y el consejo genético, trabajando de forma coordinada con los Comités de Ética Asistencial de los hospitales del SESCAM.
- Colaborar con grupos de investigación de referencia nacional e internacional y promover líneas de investigación (estudios epidemiológicos, clínicos e investigación básica), que permitan incorporar el conocimiento científico-técnico en el campo de la genética del cáncer y su aplicabilidad clínica a las enfermedades oncológicas.
- Desarrollar programas de formación continuada para profesionales que incorporen recomendaciones y herramientas de “consejo asistido” sobre el abordaje multidisciplinar de pacientes y familias en riesgo, incluyendo información relevante y clara sobre la valoración inicial del riesgo familiar; la probabilidad de transmisión hereditaria; y el abordaje terapéutico y seguimiento más apropiado en cada caso.

Recomendaciones técnicas

- Desarrollar e implementar un procedimiento clínico en síndromes de predisposición hereditaria al cáncer en los servicios de oncología de la red de hospitales del SESCAM que aporte:



- Criterios consensuados para la identificación, captación y registro de personas sanas con alto riesgo de padecer alguna neoplasia por proceder de una familia con historia de procesos oncológicos.
- Criterios de derivación a una unidad de referencia de Consejo Genético para la determinación de alteraciones genéticas y evaluación inicial del paciente portador.
- Establecer un programa de consejo genético que establezca criterios y procedimientos en relación con:
 - Captación y derivación de familias susceptibles de consejo genético.
 - Manejo de pacientes y familias de riesgo, incluyendo vigilancia médica periódica, quimioprevención y cirugía profiláctica.
 - Información a transmitir a las familias de riesgo, que incluya: la probabilidad de presentar una neoplasia; la probabilidad de transmitir a su descendencia la predisposición al cáncer y la probabilidad que tienen éstos de desarrollar neoplasias; y el pronóstico, las estrategias de cara a la detección precoz y el abordaje terapéutico más apropiado en cada caso.

4.3 Línea de Acción 3: IMPULSAR UNA ASISTENCIA ONCOLÓGICA INTEGRAL Y DE EXCELENCIA

Mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes oncológicos, de forma integral e individualizada, en todas las etapas de la enfermedad, garantizando su participación en las decisiones, el respeto a su dignidad y el derecho a su autonomía.

El avance sobre los tratamientos oncológicos está permitiendo un aumento constante de la supervivencia de los pacientes con cáncer de al menos un 50% y una mejora de la calidad de vida de los pacientes. Las propias características de la enfermedad oncológica hacen que desde los primeros síntomas hasta las etapas más avanzadas de la enfermedad, el contacto y la relación de los profesionales sanitarios con la población sea muy próxima e intensa.

La mayoría de los enfermos de cáncer, una vez que les ha sido diagnosticada la enfermedad, reciben un tratamiento en el que, muchas veces, participan diferentes especialistas, cuya actividad debe estar coordinada y responder a un plan adaptado específicamente a la situación de cada paciente. Además estos tratamientos deben prestarse por profesionales con la formación y habilidades necesarias. Aproximadamente el 60% de los pacientes son sometidos a una intervención quirúrgica y más de la mitad reciben radioterapia, quimioterapia, o ambos tratamientos.



La variabilidad en la práctica médica es un hecho bien conocido, que influye en la calidad de la atención que se presta al paciente y que repercute sobre las expectativas de curación del paciente. La disponibilidad y utilización de Guías Clínicas, Vías Clínicas y Protocolos, basados en la evidencia científica disponible, permiten disminuir esta variabilidad.

El paciente oncológico atraviesa una situación muy especial. Hay un antes y un después en su vida tras el diagnóstico del cáncer. La enfermedad conlleva, además de la patología orgánica, alteraciones emocionales y sociales, que transforman la vida del paciente y, muchas veces, la de sus familiares. Como en cualquier situación de riesgo vital se precisa un abordaje individualizado y continuo atendiendo no sólo las necesidades y demandas de cuidados estrictamente sanitarios sino también aquellos que requieran el bienestar emocional de los pacientes y sus familiares.

La ansiedad, angustia e incertidumbre de los pacientes están presentes en cualquier proceso oncológico, por ello es preciso considerar la información que se proporciona tanto al paciente como a las familias y que debe incluir una descripción lo más adecuada y sencilla de la enfermedad, de los tratamientos y alternativas disponibles, así como sobre los resultados esperados y los posibles efectos secundarios, hasta los recursos disponibles a nivel social.

Para ello se propone actuar en los siguientes ámbitos o áreas de actuación:

- Orientación e integración de los recursos asistenciales.
- Mejorar la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.
- Atención oncológica en la infancia.
- Cuidados Paliativos en la enfermedad oncológica.

4.3.1 Orientación e integración de los recursos asistenciales

La atención a los pacientes oncológicos es una de las actividades sanitarias en la que concurren con más intensidad múltiples especialidades médicas, exigiéndose además a sus profesionales un alto grado de capacitación y experiencia. Unas actividades que incluyen desde la prevención hasta la rehabilitación. Por ello, en el momento de orientar los recursos y organizar la atención oncológica, resulta fundamental considerar adecuadamente todas las especialidades que estarán implicadas en el proceso, con la finalidad de planificar adecuadamente su participación.



El papel de la radioterapia como estrategia terapéutica para conseguir el control de la enfermedad local es fundamental e indiscutible. La oncología radioterápica desarrolla su acción en el marco de la oncología, compartiendo con las demás especialidades relacionadas en el tratamiento del paciente con cáncer la responsabilidad y el desafío que supone un tratamiento integral, resultado de esa colaboración.

Desde distintos foros se vienen planteando diferentes alternativas sobre la forma de organización y el grado de concentración de los recursos asistenciales para que la atención oncológica alcance los mejores resultados. Por una parte, el tratamiento del cáncer requiere un alto grado de especialización, lo que aconsejaría concentrar los recursos en determinados centros, asegurando un volumen de actividad asistencial que permita adquirir y mantener la necesaria experiencia. Por otra parte, es necesario que exista un adecuado nivel de accesibilidad de los pacientes a estos recursos, con el fin de garantizar la equidad en este acceso y facilitar la continuidad asistencial.

Por ello, la alternativa que se plantea se articula en torno a tres principios básicos:

- *Descentralizar* la sospecha diagnóstica y la prevención, así como los tratamientos frecuentes, que se facilitarán desde recursos próximos al paciente.
- *Integrar* los recursos, la experiencia y la tecnología, designando centros de referencia regional para el diagnóstico y tratamiento de las patologías menos prevalentes y con mayor complejidad técnica.
- *Coordinar* todos los recursos disponibles para ofrecer un tratamiento integral y de la mayor calidad posible a los pacientes.

Castilla-La Mancha tiene un alto grado de dispersión territorial y cuenta con una amplia red de recursos públicos, que se complementa con recursos procedentes del sector privado mediante concierto.

Según la información disponible referida al año 2005 para prestar atención oncológica se cuenta con ocho Servicios de Oncología Médica, tal y como se ha analizado en el apartado "*Análisis de Situación*", ubicados en los hospitales de Área de Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, La Mancha Centro, Manzanares, Talavera y Toledo.

Se dispone de Servicio de Oncología Radioterápica en los Hospitales de Albacete y Ciudad Real. En el resto de las Áreas de Salud los pacientes reciben los tratamientos de radioterapia en centros concertados.

Pero avanzar en la mejora de la calidad asistencial exige también disminuir la variabilidad en la práctica clínica y establecer tratamientos globales, debidamente planificados y coordinados con los diferentes espe-



cialistas que intervienen en el proceso asistencial. Los Comités de Tumores son un instrumento esencial para ello, al igual que las Guías Clínicas, Vías y Protocolos.

OBJETIVOS GENERALES

Integrar en SESCOG la red de atención oncológica que asegure la accesibilidad de los pacientes a una atención oncológica de calidad y la coordinación de los dispositivos, recursos y profesionales.

Incorporar la experiencia y conocimiento existente en el sistema sanitario de Castilla-La Mancha, y el conjunto del SNS, así como la evidencia disponible para mejorar la efectividad disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica y ajustando la relación coste–efectividad de las intervenciones.

Objetivos específicos

- Potenciar y reforzar la red de atención oncológica de los hospitales de Área y otros servicios clínicos vinculados a esta patología: Hematología, Anatomía Patológica y Medicina Interna, entre otros.
- Potenciar los que ya existen y crear nuevos hospitales de día oncológicos en los hospitales de Almansa, Villarrobledo, Manzanares, que deberán ponerse en marcha, progresivamente, en función de las necesidades asistenciales.
- Desarrollar, progresivamente, en los hospitales de Área Bancos de Tumores, de acuerdo con los criterios y protocolos establecidos por el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas del Instituto de Salud “Carlos III” (CNIO).
- Desarrollar, progresivamente Unidades de Mama en los hospitales de Área que aseguren una atención completa a estos cánceres, incluyendo la reconstrucción mamaria a las mujeres que lo soliciten.
- Diseñar e implantar en las unidades de hospitalización oncológicas de los hospitales de Área protocolos de cuidados de enfermería personalizados para cada paciente y orientados a las distintas fases de la enfermedad. El protocolo incluirá cuestiones como:
 - Afrontamiento de la enfermedad.
 - Hábitos y estilo de vida.
 - Alimentación saludable.
 - Efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia.



- Autocuidados de la piel.
- Linfedema.
- Ostomías y sondajes.
- Alteraciones de la esfera sexual.
- Crear unidades de oncología pediátrica de referencia regional y establecer los procedimientos de derivación de pacientes a estas unidades u otras similares de otras comunidades autónomas.

Recomendaciones técnicas

- Los procesos neoplásicos se atenderán en los hospitales de Área desde donde se realizarán las derivaciones para diagnóstico, tratamiento o rehabilitación a otros centros de acuerdo a criterios de garantía de derechos del paciente y seguridad de los pacientes.
- Los servicios oncológicos de los hospitales de Área y los servicios oncológicos de referencia deberán coordinar la realización de procedimientos de elevada complejidad y baja frecuencia, tales como podrían ser:
 - Cirugía de cáncer de esófago.
 - Cirugía del cáncer pancreático.
 - Cirugía de las metástasis hepáticas.
 - Cirugía oncológica combinada de los órganos pélvicos.
 - Cirugía radioguiada.
 - Radiocirugía del sistema nervioso central y extracraneal.
 - Los tratamientos complejos de radioterapia y quimioterapia.
- La Comisión Científica–Asesora propondrá, de acuerdo a criterios científico–técnicos, informes de propuesta para su aprobación e implantación por parte del SESCAM. Se desarrollará:
 - Un proyecto de evaluación de los servicios de oncología integrados en la Red del SESCAM.
 - Una propuesta de indicadores clave: mortalidad hospitalaria, mortalidad a los 30 días de la intervención o tratamiento, índice de resecabilidad, supervivencia libre de recidivas y supervivencia según estadio en el momento del diagnóstico, entre otros.



- La creación de un centro de referencia para la realización de trasplantes de médula ósea y procedimientos complejos en Castilla-La Mancha (actualmente se realiza en el Hospital General Universitario de Albacete) y en otras comunidades autónomas.
- Los centros o servicios de radioterapia concertados colaborarán con los hospitales de Área en la aplicación de los tratamientos, asegurando en todo caso la coordinación entre ambos y adecuando las normas establecidas de seguridad de los pacientes.
- Elaborar y poner en marcha protocolos diagnósticos anatomopatológicos de cáncer en todos los hospitales de Área que incluyan el sistema de codificación preciso a fin de garantizar la calidad, homogeneidad y precisión del diagnóstico y estadiaje del tumor. Para obtener la máxima eficacia se impulsarán programas de formación específicos para los profesionales.

Con la finalidad de asegurar una atención integral y coordinada, todo paciente diagnosticado de cáncer en Castilla-La Mancha será tratado por equipos multidisciplinares, con participación de todos los servicios implicados en el proceso atención de cada hospital.

4.3.2 Mejorar la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente

El equipo de atención primaria es el primer punto de contacto de los pacientes con el sistema sanitario. Por su proximidad y conocimiento del paciente y de su entorno pueden actuar como facilitadores tanto para el diagnóstico de los procesos neoplásicos como para asegurar la continuidad de los tratamientos especializados, siempre que cuenten con la formación adecuada para ello y con la información clara, precisa y en tiempo real sobre el paciente y su proceso terapéutico–asistencial.

La descentralización de determinadas actividades diagnósticas y terapéuticas en los hospitales de Área y, al mismo tiempo, la concentración de otras de mayor complejidad en centros de referencia regional, exige la integración de recursos, profesionales y la articulación de procedimientos y criterios que permitan asegurar la coordinación de recursos y la continuidad de cuidados al paciente oncológico y a su familia.

La disponibilidad en Castilla-La Mancha de una potente infraestructura de tecnologías de la información y una red informática instalada, que permite intercomunicar todos los dispositivos asistenciales, es un reto y una oportunidad que debe ser aprovechada para aproximar las prestaciones y servicios a los ciudadanos y facilitar la transferencia de información clínica, el trabajo en equipo y la colaboración profesional.



La familia ocupa un papel fundamental en el cuidado de los pacientes con cáncer. El cuidador o cuidadores principales desarrollan una labor esencial en este sentido. Por ello, resulta básico que desde los servicios sanitarios se les preste todo el apoyo preciso.

La claudicación familiar en la atención a estos pacientes está relacionada, muchas veces, con la falta de una información adecuada, completa y comprensible sobre la posible evolución de la enfermedad y las necesidades del paciente que resultan fundamentales para velar por su autonomía y confianza como proveedora de los cuidados.

OBJETIVOS GENERALES

Ofertar una atención oncológica multidisciplinar, personalizada, de la mayor calidad posible, en base a las siguientes orientaciones:

- Potenciar la equidad en el acceso a la atención oncológica
- Asegurar una atención oncológica integral y de excelencia basada en la continuidad de los cuidados y en la seguridad del paciente.
- Reforzar los derechos de los pacientes y las garantías asistenciales.
- Atender las necesidades emocionales de los pacientes y familiares.

Asegurar la accesibilidad y garantías de plazos a las pruebas de confirmación diagnóstica, en un tiempo óptimo desde la sospecha diagnóstica, así como la intervención terapéutica y tratamiento oncológico, de acuerdo a los plazos que se establecen en la Ley de Garantías.

Reforzar la continuidad asistencial y garantizar la seguridad del paciente mediante una atención oncológica integral y coordinada, basada en las mejores prácticas profesionales que incluya el apoyo a las familias de los pacientes, en su labor de cuidadores del paciente.

Garantizar el máximo respeto a los valores y preferencias de los pacientes. Los profesionales sanitarios valorarán especialmente el derecho del paciente a ser informado sobre su proceso, y participar en las decisiones terapéuticas.

Potenciar y establecer cauces de colaboración de los hospitales de Área con asociaciones de ayuda mutua y entidades no gubernamentales, o similares, relacionadas con el cáncer, para prestar apoyo a los pacientes



oncológicos y cuidadores familiares, tanto en régimen de hospitalización como ambulatoria o en el domicilio y especialmente a los pacientes terminales.

Impulsar la potencialidad de las aplicaciones informáticas del SESCAM para intercomunicar los centros y servicios asistenciales y facilitar citas, ingresos, y seguimiento clínico del paciente.

Objetivos específicos

- Impulsar la actividad y el funcionamiento de los Comités Clínicos de Tumores, organizados, preferentemente, en base a órganos y tejidos afectados, en todos los hospitales de Área.
- Establecer circuitos preferentes para el despistaje clínico. En los casos en los que el paciente presente signos clínicos, analíticos, o de orden similar, que a juicio de su médico de atención primaria sean sugerentes de sospecha de cáncer, se remitirán con carácter preferente a los servicios de atención especializada de su hospital de Área para la posible confirmación diagnóstica.
- Establecer procedimientos para atender las necesidades de atención odontológica, o ayudas específicas, para los pacientes con enfermedad oncológica, que sufran pérdida de piezas dentales como consecuencia del tratamiento recibido.
- Incluir como prestación ortoprotésica específica para pacientes oncológicos efectos y accesorios destinados a paliar los efectos adversos de los tratamientos oncológicos que deterioran la imagen corporal, como es el caso de pelucas o sujetadores postmastectomía.
- Establecer circuitos que aseguren el acceso prioritario a rehabilitación inmediata a los pacientes intervenidos quirúrgicamente por problemas oncológicos, que puedan beneficiarse de este tipo de tratamiento, como por ejemplo las mujeres mastectomizadas para prevenir el linfedema.
- Elaborar e implantar vías clínicas en todos los hospitales del SESCAM, para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para los procesos neoplásicos más frecuentes que incorporen las indicaciones precisas y secuenciales para la realización de las pruebas diagnósticas, que eviten demoras y sobreutilización de las mismas.

Reforzar los derechos de los pacientes y las garantías asistenciales

- Ofrecer a todos los/as pacientes un Plan Terapéutico individualizado, propuesto por el Comité de Tumores del centro, en el que consten las posibles alternativas terapéuticas para el proceso específico



que padece, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica correspondiente y los protocolos establecidos en el centro.

- Facilitar a los pacientes el consentimiento informado y a quienes lo soliciten el ejercicio de su derecho a obtener una segunda opinión médica, en los términos establecidos en el Decreto 180/2005, de 2 de noviembre, de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha
- Ofrecer a los/as pacientes oncológicos en edad fértil, que vayan a ser sometidos a tratamientos de quimioterapia o radioterapia, la posibilidad de depositar gametos en los bancos autorizados para ello, para su utilización posterior mediante técnicas de reproducción humana asistida, en los términos previstos en la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.
- Asegurar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Potenciar la coordinación y continuidad asistencial con los equipos de atención primaria

- Implantar, con carácter piloto, consultas de oncología en dos centros de asistencia especializada (en las ciudades de Toledo y Albacete). En estos centros el oncólogo médico desarrollará funciones de especialista consultor, desarrollando su actividad en coordinación con los médicos de atención primaria. Esta experiencia será objeto de evaluación específica, al objeto de valorar su posible extensión a otros centros de asistencia especializada.
- Establecer interconsultas “on line” entre los equipos de atención primaria y los equipos oncológicos de los hospitales de Área, para la presentación y discusión de casos clínicos o la resolución de problemas derivados de la atención a los pacientes oncológicos.

Prestar apoyo eficaz a los cuidadores familiares

- Desarrollar protocolos de información y formación dirigidos a las familias y cuidadores principales basados en las necesidades de cuidados del paciente.
- Potenciar y establecer cauces de colaboración de los hospitales de Área y comarcales con asociaciones de ayuda mutua y entidades no gubernamentales, o similares, relacionadas con el cáncer, para prestar apoyo a los pacientes oncológicos y cuidadores familiares, tanto en régimen de hospitalización como ambulatoria o en el domicilio y especialmente a los pacientes terminales.



- Elaborar e implantar programas de enlace con salud mental que ofrezcan atención psicológica a los pacientes y a sus familias para abordar el proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y a su tratamiento.
- Establecer, en coordinación con los equipos de salud mental del área, procedimientos eficaces para el apoyo al paciente oncológico y a la familia, a fin de afrontar el proceso de la enfermedad y duelo definiendo los circuitos de activación y derivación.

Recomendaciones técnicas

- Los comités de tumores deberán:
 - Estar integrados por representantes de todos los servicios que intervengan en el diagnóstico y en el tratamiento de cada tumor (medicina interna, cirugía, ginecología, urología, dermatología, oncología médica, oncología radioterápica, anatomía patológica, hematología).
 - Proponer las posibles modificaciones o adaptaciones del plan terapéutico del paciente e informar sobre aquellos aspectos que puedan afectar a la calidad de la atención que se presta.
 - Orientar su actividad en aspectos clínicos, organizativos y de evaluación, relacionados con la calidad de la asistencia prestada.
 - Evaluar la situación individualizada de cada paciente, establecer las alternativas diagnósticas y terapéuticas y aprobar el Plan Terapéutico Individualizado de cada paciente
- En todos los hospitales del SESCAM se garantizará el máximo respeto a los valores y preferencias de los pacientes. Los profesionales sanitarios valorarán especialmente el derecho del paciente a ser informado sobre su proceso, y participar en las decisiones terapéuticas, así como su derecho a no recibir más información que la que desee conocer, usando el procedimiento verbal y escrito de consentimiento informado establecido por el SESCAM
- El Plan Terapéutico Individualizado deberá:
 - Aportar información global y personalizada tendrá en cuenta la evidencia científica disponible, la experiencia del centro y sus resultados en la atención al cáncer concreto del paciente.
 - Nominar a los profesionales o servicios que intervendrán en el diagnóstico (si procede), tratamiento y rehabilitación, así como los compromisos del centro en cuanto a los tiempos en los que se realizarán las diferentes intervenciones, que en todo caso estarán dentro de los siguientes márgenes establecidos por LEGASE y la Estrategia en Cáncer del SNS.



- Establecer la figura del Médico de Referencia del paciente. Cada paciente tendrá asignado un médico especialista, preferentemente oncólogo, que será el interlocutor principal del paciente y su familia durante todo el proceso asistencial, coordinará las diferentes fases de la atención y asegurará la continuidad asistencial.
- Revisar, y en su caso introducir las modificaciones necesarias en los procedimientos de gestión de los hospitales de Área, con la finalidad de reforzar la necesaria coordinación con la atención primaria. En particular:
 - Potenciando la participación de los profesionales de atención primaria en el seguimiento los pacientes.
 - Asegurando la remisión de los informes de alta de los pacientes oncológicos al médico de cabecera del paciente.
 - Estableciendo un sistema ágil de petición de ingresos, interconsultas o pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos para los pacientes oncológicos, con especial énfasis en el manejo del dolor.
- Se recomienda facilitar al paciente y a su familia una relación de las asociaciones de ayuda mutua (Asociación Española contra el Cáncer o similares) así como de los servicios sociales existentes en su localidad o en su área de salud, en la que se detalle los servicios que prestan, su horario de funcionamiento, su dirección y número telefónico de acceso.
- Las vías clínicas serán de aplicación a los centros concertados a los que deriven pacientes para diagnóstico o tratamiento e integran las tareas y responsabilidades asignadas a todos los profesionales que intervengan en la atención y cuidado del paciente oncológico (cirujanos, anestesistas, oncólogos, radio-terapeutas, enfermeras, profesionales de atención primaria).
- En las vías clínicas se deberán establecer las garantías de plazos de cada una de las actuaciones; tiempo óptimo desde la sospecha y confirmación diagnóstica, programación de intervención y seguimiento del paciente.

4.3.3 Atención oncológica en la infancia

El cáncer en edad infantil y adolescente es una patología relativamente poco frecuente, sin embargo es la segunda causa de muerte entre los menores de 15 años, en España, y en Castilla-La Mancha.

La epidemiología del cáncer infantil es esencialmente diferente de la epidemiología del cáncer en la edad adulta. Cuando se habla de cáncer infantil, nos referimos a todos aquellos tumores que se diagnostican hasta



los 15 años. Según las últimas estimaciones de incidencia la probabilidad de desarrollar un cáncer entre los 0 y 14 años de edad es de 0,29 en niños y 0,23 en niñas (Ferlay, 1999).

Los factores genéticos juegan un papel determinante en los tumores infantiles. Como ya se citó en el apartado de prevención de riesgos ambientales, la susceptibilidad genética y determinados factores medioambientales conocidos como, por ejemplo, la exposición a plaguicidas, y las radiaciones ionizantes y no ionizantes, incluidas algunas intervenciones médicas sólo explican un pequeño porcentaje de los casos.

Como medida de control y vigilancia en salud pública se debe seguir cumpliendo las recomendaciones sobre las medidas de protección, especialmente en trabajadores y trabajadoras expuestos a radiaciones ionizantes, a hidrocarburos aromáticos policíclicos y a metales pesados (Chow, 1996).

Incidencia de tumores infantiles

A nivel internacional la mejor fuente de información sobre tumores infantiles es la proporcionada por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer. En 1988, se publicó el primer volumen del International Incidence of Childhood Cancer, y el segundo ha sido publicado recientemente (Parkin, 1998).

En España en 1980 se crea el Registro Nacional de Tumores Infantiles a partir de la declaración voluntaria de las unidades de pediatría de los hospitales públicos, siendo su finalidad el estudio de la supervivencia de estos pacientes. Según esta fuente, para el periodo 1980–2001 se diagnostican en España 815 nuevos casos de cáncer infantil. Los cánceres pediátricos más frecuentes son leucemias, tumores de sistema nervioso central y linfomas. La supervivencia del cáncer infantil en España es superior al 70% (cifras comparables con las de los países de nuestro entorno).

Ferlay J, Bray F, Sankila R, Parkin DM. EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1997, version 4.0. IARC CancerBase N° 4. Lyon, IARC Press, 1999.

Chow WH, Linet MS, Liff JM, Greenberg RS. Cancers in children. En: Schottenfeld D and Fraumeni J, eds. Cancer Epidemiology and Prevention. New York: Oxford University Press, 1996. pp. 1331-1369.

Parkin DM, Stiller CA, Draper GJ et al. International Incidence of Childhood Cancer. Lyon, IARC Scientific Publications. No 87, 1988, 17–22.



Según el informe de la Situación del Cáncer en España elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005, se estima que la incidencia del cáncer infantil en el conjunto del país es de 14 casos por 100.000¹⁴, similar a otros países próximos como Francia e Italia. En el contexto epidemiológico, nacional y regional la incidencia de los tumores infantiles se mantiene estable o aumenta ligeramente en los últimos años. En Castilla-La Mancha, las tasas de incidencia media anual en los menores de 4 años oscilan entre 19,65 casos por 100.000 personas*año en niños y 21,10 casos por 100.000 personas*año en niñas. A partir de esta edad las tasas descienden y alcanzan el mínimo valor en la edad de 10 - 14 en niños y de 5 - 9 en niñas.

La atención sanitaria en el cáncer infantil

Los tumores infantiles difieren por su singularidad etiológica, epidemiológica y clínica de los tumores en adultos. En las últimas décadas los avances terapéuticos han mejorado el manejo clínico y terapéutico en los tumores infantiles, de aquí que hoy se consideren procesos graves pero de buen pronóstico. Según diversos estudios, la supervivencia a los cinco años es del 70% en niños diagnosticados de cáncer. La mortalidad es muy elevada en los países en vías de desarrollo, si bien la incidencia de tumores infantiles se mantiene constante en los países económicamente desarrollados. Los efectos a largo plazo del tratamiento oncológico a las neoplasias infantiles son todavía poco conocidos.

En comparación con los tumores en adultos, las estrategias de prevención y detección precoz todavía hoy no han supuesto grandes mejoras en el abordaje de los tumores infantiles y esta situación hace difícil identificar acciones preventivas eficaces encaminadas a disminuir su incidencia, como en el caso de las leucemias infantiles. No obstante, en los últimos años, la mortalidad disminuye, sobre todo en niños y niñas con leucemias y tumores del sistema nervioso central, debido al importante esfuerzo terapéutico. (Pollán, 1995).

En Castilla-La Mancha, según los datos del CMBD entre los años 2000 a 2005 se produjeron un total de 973 altas, siendo las leucemias linfóide, mielóide, el tipo de tumor más frecuente y la enfermedad de Hodgking. En el año 2005 se atendieron 213 niños/adolescentes. La actividad asistencial indicada no refleja la demanda real, dado que se derivan casos a otras Comunidades Autónomas, como Madrid y Valencia.

¹⁴ A pesar de su baja frecuencia se ha elaborado un análisis de la incidencia de tumores infantiles en Castilla-La Mancha para el periodo de estudio (1991-2002) acumulando los casos registrados por los registros poblacionales de cáncer existentes en Castilla-La Mancha.

Pollán M, López-abente G, Ruiz-Tovar M, Martínez Aragón MV. Childhood and adolescent cancer in Spain: mortality time trends 1956-1990. Eur J Cáncer 1995; 31A:1811-21



La atención al niño diagnosticado de cáncer debe ser realizada en el ámbito hospitalario, en una unidad especializada de oncología pediátrica, en la que personal médico y de enfermería garanticen una atención integral, tanto al enfermo como a su familia. Junto a la atención –estrictamente sanitaria– se les debe proporcionar una atención psicológica que tenga en cuenta los efectos del proceso de enfermedad sobre el desarrollo personal y aprendizaje escolar y social. Por ello es necesario que los hospitales con oncología pediátrica desarrollen programas de apoyo a la escolarización y a la atención psicológica del niño y la familia. Actualmente existen dos servicios de oncología infantil en los Complejos Hospitalarios de Albacete y Toledo. Progresivamente, se irán abriendo nuevas unidades, en el Hospital de Ciudad Real se han dado los primeros pasos para su puesta en marcha.

Existen experiencias en nuestro país que recomiendan una estructura asistencial para la atención a los niños y adolescentes con cáncer basada en los siguientes niveles y criterios:

- Nivel 1. Atención a los procesos oncológicos de menor complejidad. Equipos integrados por médicos y pediatras de atención primaria y especialistas de oncología de los hospitales de Área. Se asegurará que los profesionales de este nivel desarrollen su actividad en colaboración con otros servicios hospitalarios como cirugía infantil, radioterapia, oncología médica, radiodiagnóstico y farmacia entre otros.
- Nivel 2. Estará integrado por las Unidades Oncológicas Pediátricas de referencia que deberán disponer de servicio de oncohematología. Estas unidades adaptarán su infraestructura y funcionamiento a las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica.
- Nivel 3. Constituido por unidades de referencia de oncología pediátrica de carácter nacional. Las autoridades sanitarias establecerán las unidades designadas y los procedimientos para la derivación de pacientes

OBJETIVO GENERAL

Facilitar una atención integral y de excelencia a los niños y niñas con cáncer y a sus familias.

Objetivos específicos

- Desarrollar la red de atención oncológica infantil en la región en base a niveles de complejidad, creando equipo multidisciplinares y asegurando un funcionamiento coordinado.



- Potenciar que las unidades de Oncología Pediátrica formen parte o estén ligadas a una organización multidisciplinar nacional o internacional de oncología pediátrica, con el fin de facilitar la comunicación y coordinación de nuevos procedimientos terapéuticos.
- Potenciar la implantación de consultas de alta resolución en oncología pediátrica, con objeto de mejorar la calidad de vida y apoyar al niño y a su familia, agilizando el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento clínico.
- Elaborar e implantar procedimientos clínicos consensuados con las unidades de referencia que permitan asegurar una correcta atención a los niños y niñas con sospecha de cáncer.
- Integrar en estos procedimientos clínicos subprogramas de apoyo psicosocial y educativo en el proceso de atención a los niños y niñas con cáncer y a sus familias.
- Facilitar el acompañamiento del padre/madre o cuidador principal durante la hospitalización.

Recomendaciones técnicas

- Por parte de la Comisión Científica–Asesora en Oncología se propondrán los casos de neoplasias infantiles que podrán ser objeto de diagnóstico y tratamiento en los diferentes niveles de atención.
- Se propone consolidar como unidad de referencia de oncohematología en el nivel 2, la unidad existente en el Complejo Hospitalario de Toledo. Además se evaluará la oportunidad de implantar, progresivamente y en función de la incidencia del cáncer infantil, otras dos unidades más, una en el Complejo Hospitalario de Albacete y otra en el Complejo Hospitalario de Ciudad Real.
- Establecer protocolos para la derivación desde los centros y servicios de Nivel 1 a las unidades de referencia de Nivel 2, a fin de garantizar el acceso normalizado de los niños y adolescentes con cáncer a las unidades de este nivel.

En relación a la atención psicosocial se recomienda:

- El hospital ofrecerá, siempre que resulte posible, el alojamiento al familiar–acompañante en la misma habitación en la que se encuentre hospitalizado el niño.



- Prestar apoyo psicológico al niño y a su familia durante todo el proceso asistencial, facilitando, en caso necesario, su derivación a equipos de salud mental.
- Proporcionar a los pacientes y, especialmente a sus familiares, información sobre asociaciones de padres de niños con cáncer, o entidades similares, existentes en su localidad de residencia o en zonas próximas, a fin de facilitar la puesta en contacto con estos grupos de ayuda mutua.

4.3.4 Cuidados paliativos en la enfermedad oncológica

“Los cuidados paliativos tienen como objeto mantener o mejorar la calidad de vida del enfermo que padece una enfermedad incurable. Los cuidados deben estar basados en la necesidad, y orientados al alivio del sufrimiento y a una vida y muerte digna. Asimismo, se requerirá una exquisita atención durante el periodo agónico y una disponibilidad para el acompañamiento a los familiares en el proceso de duelo cuando sea necesario”.

El acceso a programas de cuidados paliativos de calidad dirigidos a pacientes oncológicos con un pronóstico vital limitado sigue siendo uno de los principales retos de la sociedad actual y de los sistemas sanitarios avanzados. Existe una demanda generalizada de una atención centrada en el ser humano, de calidad y a costes razonables, que permita una vida y una muerte dignas. Las prioridades de los pacientes son: *tener los síntomas aliviados, evitar una prolongación inapropiada de su situación, tener una sensación de control en la toma de decisiones, no ser una carga y estrechar los lazos con sus seres queridos*. La reflexión y dilemas éticos que se plantean al final de la vida adquieren una especial relevancia e integran diversas dimensiones de la vida (estado físico, emocional, espiritual) del paciente y de su entorno familiar y social.¹⁵

En el apartado de marco normativo del documento de Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS se expone la normativa básica que protege los derechos de la ciudadanía a una prestación de atención paliativa basada en estándares de calidad.

¹⁵ Para la elaboración de esta línea de acción se han revisado las conclusiones de las jornadas “Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud. Presente y Futuro” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005), la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (aprobada en mayo de 2007), y la bibliografía más reciente sobre experiencias y recomendaciones de bioética y práctica clínica avaladas por las principales sociedades profesionales y científicas relacionadas con este ámbito de la atención a la salud.



La atención a los pacientes en fase terminal es un derecho reconocido por organismos internacionales, y una prestación sanitaria básica reconocida desde la Ley General de Sanidad y el primer Decreto de Prestaciones Sanitarias 1991, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.¹⁶

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado a los Estados miembros establecer acciones para controlar el dolor relacionado con el cáncer mediante la provisión de cuidados paliativos, recomendando el uso y la disponibilidad de opioides, proponiendo estrategias para el control de síntomas, o revisando el tratamiento del dolor por cáncer en los niños.

Por su parte, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud ha aportado, en publicaciones recientes, revisiones de la evidencia que apoyan la puesta en marcha de programas de atención a pacientes en fase terminal, en población infantil y adulta.

El derecho a recibir atención al final de la vida ha sido abordado en diferentes resoluciones y recomendaciones europeas. Entre ellas, la Resolución 613 (1976)⁶⁵, sobre los derechos de los enfermos y moribundos, reclama el deseo de los enfermos terminales a morir en paz y dignidad; la Recomendación 779 (1976) considera que el médico debe hacer todos los esfuerzos para aliviar el sufrimiento; y la Resolución sobre

¹⁶ La Ley General de Sanidad estableció en su artículo 10º el derecho a que el paciente y sus familiares recibieran «información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento». Muchos de los principios que conforman la «autonomía del paciente» se convirtieron en derechos de todos los ciudadanos. Entre ellos, el respeto a la personalidad, la dignidad humana y la intimidad; la información sobre el proceso de la enfermedad; la libre elección entre opciones; la negación al tratamiento o la participación.

Documentos de referencia: WHO Regional Office for Europe. Cáncer Pain Relief with a Guide to Opioid Availability. 2nd. Geneva: WHO: 1996.

WHO Regional Office for Europe. Assuring Availability of Opioid Analgesics for Palliative

Care. Report on a WHO Workshop. Budapest. 2002 Feb. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e76503.pdf>. accessed [17/03/2007].

World Health Organization. Symptom Relief in Terminal Illness. Geneva:WHO. 1998.

World Health Organization. Cáncer Pain Relief and Palliative Care in Children. Geneva:

WHO: 1998

Resolución 613 (1976) del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y moribundos. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, adoptada el 29 de enero de 1976.

Recomendación Rec 779 (1976) del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y moribundos. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, adoptada el 29 de enero de 1976.



el respeto a los derechos humanos (1995) solicitaba a los Estados que concedan preferencia a la creación de establecimientos de cuidados paliativos.

En el ámbito del SNS la Ley de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud define las prestaciones del Sistema Nacional de Salud y entre ellas se incluye la atención al paciente terminal como una de las prestaciones básicas en el ámbito de atención primaria y especializada. Como complemento a la Ley de Cohesión y Calidad, y con la finalidad de desarrollar los contenidos de las prestaciones básicas, en el año 2006 se promulgó el «Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización». De nuevo, el contenido mínimo exigible para la atención a los pacientes terminales en todo el país quedaba reflejado en la normativa, y se garantizaba su provisión. Entre las prestaciones definidas por el Decreto 1030/2006, se describían la identificación, la valoración integral y frecuente de los síntomas, la información y la derivación a dispositivos especializados en casos de complejidad. El 10 de mayo de 2005, la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados aprobó una proposición no de Ley instando al Gobierno a evaluar la situación de los cuidados paliativos en España, a aplicar el documento *Bases para su desarrollo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos*, y a fomentar la creación de unidades de cuidados paliativos por parte de las Comunidades Autónomas, entre otras acciones.

En la última etapa de la vida, particularmente cuando la muerte próxima es previsible debido al padecimiento de una enfermedad en fase terminal, resulta especialmente relevante el respeto a la dignidad y a la autonomía del paciente. En esta situación, merecen ser analizados los derechos de *información y participación en el proceso de atención*. La Ley de autonomía del paciente aborda de forma específica el derecho a la autonomía personal y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Resolución (1995) sobre el respeto de los derechos humanos en la Unión Europea. Diario Oficial n.º C 132 de 28/04/1997 p. 0031.

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003, de 28 de mayo.

Boletín Oficial del Estado n.º 128 (29/5/2003).

Oficio del Senado comunicando la aprobación de una Moción sobre la elaboración de un Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Boletín Oficial de las Cortes Generales del Senado, Serie I, n.º 731 (13 septiembre de 1999).

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado n.º 222 (16/9/2006).



Atención sanitaria y cuidados paliativos oncológicos

La Organización Mundial de la Salud, define los cuidados paliativos como:

“Enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”. (Sepúlveda, 2002)

De acuerdo a la Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Fundación Avedis Donabedian, 2002 se define como paciente con enfermedad en fase avanzada / terminal:

- *Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.*
- *Pronóstico de vida limitado.*
- *Mínima o nula posibilidad de respuesta al tratamiento específico para su patología de base.*
- *Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.*
- *Intenso impacto emocional y familiar.*
- *Repercusiones sobre la estructura cuidadora.*
- *Alta demanda y uso de recursos.*

La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente recoge el derecho de información sanitaria y el respeto de la autonomía del paciente, la participación del paciente o de la persona en quién él o ella delegue en las decisiones, así como el imperativo moral y legal de su consentimiento informado.

Según datos aportados en el documento de la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS se estima que más del 50% de todos los tumores diagnosticados pueden llegar a curarse. Sin embargo aquellas situaciones en las que la intervención terapéutica ya no aporta eficacia o beneficio al paciente oncológico terminal generan una alta necesidad, carga social y demanda asistencial con implicación de todos los niveles asistenciales del sistema

Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrico A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspectiva. World Health Organization. Ginebra. J pain Symptom Manage 2002; 24 (2): 91-6.



sanitario. Estudios recientes han estimado que el 25% de todas las hospitalizaciones corresponde a pacientes en su último año de vida, presentando además costes hospitalarios elevados. (Higginson IJ, 1999).

Una vez superadas las posibilidades terapéuticas, las prioridades de estos pacientes son lograr el máximo bienestar y calidad de vida; garantizar el máximo respeto a su dignidad y el derecho a su autonomía, aliviar los síntomas de dolor, evitar una prolongación inapropiada de su situación abordando adecuadamente aspectos éticos como la limitación del esfuerzo terapéutico, alimentación e hidratación o sedación; y el consejo a sus familiares. (Singer et al, 1999).

Siguiendo el modelo de estimación de necesidades de cuidados paliativos de McNamara et al 2006.

Se estima que requieren cuidados paliativos, entre el 50–65% de las personas que fallecen tras una fase de enfermedad avanzada y terminal requieren atención paliativa, de estos un 20–25% son enfermos oncológicos, mientras que un 30–40% son debidos a otras patologías.

Los cuidados paliativos intentan dar una respuesta humana, profesional y científica a las necesidades de los enfermos en fase terminal y sus familias. Las recomendaciones de los expertos determinan que los objetivos fundamentales son (*National Consensus Project for Quality Palliative Care*):

- Atención al dolor y otros síntomas físicos y a las necesidades emocionales, sociales y espirituales de la persona enferma, además de otros aspectos relacionados con el apoyo a los cuidadores familiares.
- Información, comunicación y apoyo emocional, asegurando a la persona ser escuchado, participar en las decisiones, obtener respuestas claras y honestas y expresar sus emociones.
- Asegurar la continuidad asistencial a lo largo de su evolución de la enfermedad terminal, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados.

Higginson IJ. Evidence Based Palliative Care. BMJ 1999; 319:462–463.

Singer PA, Martin DK, Kelner MK. Quality end-of-life care. Patient's perspectives. JAMA 1999; 281:163–168.

McNamara B, Rosenwax LK, Colman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. J. Pain Symptom Mgmt 2006; 32:5–12

National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Executive summary. J Palliat Med 2004; 7 (5): 611–27.



La atención paliativa se articula en torno a los siguientes principios:

- *Respeto y protección de la dignidad y del principio de autonomía del paciente en situación terminal.*
- *Una atención integral y personalizada, accesible y equitativa cubriendo los cuidados físicos, psíquicos, sociales y espirituales.*
- *Actuaciones terapéuticas basadas en las mejores evidencias disponibles.*
- *Continuidad de la atención y coordinación de niveles asistenciales.*
- *El enfermo y su familia constituyen la unidad de cuidados, con atención tanto de las necesidades del enfermo como la asistencia social y ayuda a los familiares durante la enfermedad y el duelo.*
- *Importancia la reflexión ética, y el soporte emocional y la comunicación con el enfermo y familiares en la que se asegure la participación en la toma de decisiones.*
- *Trabajo en equipo interdisciplinar, formación en competencias profesionales en cuidados paliativos y estrategias de prevención y afrontamiento del estrés en los profesionales sanitarios.*

En España existe experiencia suficiente a nivel nacional y autonómico sobre modelos de atención, programas específicos de cuidados paliativos y herramientas de aplicación de principios bioéticos que han demostrado su utilidad y eficiencia. Un estudio multicéntrico en el que han participado 171 unidades de cuidados paliativos en España, ha demostrado una atención paliativa adecuada además de reducir las estancias hospitalarias y la atención en urgencias, reduce significativamente los costes de la asistencia. (Gomez Batiste, 2006).

Expósito J. y cols, 2005 establecen algunos aspectos determinantes en la planificación de los cuidados paliativos basados en el proceso asistencial.

- El nivel de atención primaria es el referente como gestor de la atención paliativa al paciente y a los familiares cuidadores.

Gómez Batiste X, Tuca A, Corrales E et al. Resource consumption and cost of palliative care services in Spain: A multicenter prospective study. *J. Pain Symptom Manage* 2006; 31: 522–532.

Expósito J, Escalera C, Sánchez F. Planificación de los cuidados paliativos basada en el proceso. *Andalucía. Med Pal* 2005, 12 (2): 88–91



- La atención integral de los pacientes en fase avanzada y terminal forma parte de la atención continuada al paciente y exige la actuación coordinada y complementaria entre todos los niveles y profesionales de referencia que están implicados incluyendo la intervención de equipos específicos ante situaciones de mayor complejidad (unidades de cuidados paliativos hospitalarios y/o domiciliarias).
- La familia desempeña un papel esencial en el cuidado del enfermo crónico, que se incrementa en el caso de los pacientes en situación terminal.
- Existe un amplio consenso en señalar la importancia de la comunicación y del consejo asistido al enfermo y la familia en la atención durante la fase terminal. Es necesario impulsar la Ley de Autonomía del Paciente y la normativa autonómica sobre voluntades anticipadas y su registro, basados en los principios de la bioética en la atención a las personas al final de la vida en los servicios sanitarios.
- Debe estar prevista la posibilidad de descanso para los familiares implicados en los cuidados paliativos. Así como el apoyo psicológico y, en su momento, la atención al duelo debe ser realizado por profesionales con formación especializada.

Finalmente, se debe considerar que los cuidados paliativos pediátricos tienen especiales características y deben planificarse, valorando las necesidades del menor y la familia, de acuerdo a protocolos específicos y consensuados con las diferentes profesionales y servicios implicados (neonatología, pediatría, oncología, neumología, cuidados intensivos).

Las sociedades científicas oncológicas han dedicado siempre una especial atención a los cuidados paliativos (Sociedad Española de Oncología Médica, la Sociedad Española de Oncología Pediátrica; Sociedad Española de Oncología Radioterápica, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología) desarrollan programas de docencia, de investigación, e información a pacientes y familiares.¹⁷

¹⁷ En el año 2000 la SEOM creó el Grupo de Cuidados Paliativos, cuyos objetivos eran realizar un análisis de la actividad paliativa de los servicios de Oncología Médica y planificar, desarrollar y potenciar los cuidados continuos dentro de la práctica clínica habitual, favoreciendo la comunicación, coordinación y formación con otras especialidades. La SEOR ha creado la Sección de Cuidados Continuos y de Soporte en el año 2005 entre sus objetivos se destaca establecer, establecer trabajos conjuntos con la Sociedad Europea (ESTRO) y Americana (ASTRO), potenciando la formación, asistencia e investigación en cuidados continuos dentro de la especialidad, y formación, información, divulgación y coordinación con otras especialidades que ayuden a eliminar las diferencias existentes entre los diferentes niveles asistenciales. La SEGG ha constituido el Grupo de Asistencia al Final de la Vida, que está elaborando documentos técnicos sobre geriatría y asistencia al final de la vida y sobre planificación avanzada al final de la vida.



OBJETIVO GENERAL

Mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención paliativa a los pacientes oncológicos en situación avanzada/terminal, promoviendo una atención integral basada en la continuidad de los cuidados y los principios bioéticos de actuación en la atención paliativa.

Objetivos específicos

- Asegurar la accesibilidad a los pacientes oncológicos a los cuidados paliativos y proporcionar una atención integral, eficaz orientada a preservar el derecho de autonomía del paciente y el apoyo psicológico al entorno familiar.
- Proporcionar a los pacientes oncológicos en fase avanzada/terminal una atención basada en las mejores prácticas mediante el uso de protocolos, guías de práctica clínica y recomendaciones de expertos.
- Crear un grupo de trabajo de ámbito regional y multidisciplinar con el objetivo de elaborar un modelo de atención a los cuidados paliativos oncológicos, de acuerdo a las recomendaciones de los expertos, y a la experiencia en el SNS y otros sistemas sanitarios.
- Diseñar e implantar un Plan Terapéutico de Cuidados Paliativos, de atención personalizada al paciente oncológico y su entorno familiar, que asegure los derechos del paciente y la integralidad y continuidad de los cuidados.
- Potenciar desde atención primaria programas de apoyo y descanso del cuidador familiar y la valoración y el seguimiento del duelo en el entorno familiar.
- Elaborar e implementar protocolos de actuación con participación de profesionales de atención primaria y especializada y los equipos de cuidados paliativos especializados, que incorporen normas y procedimientos de actuación en atención paliativa, de acuerdo a estándares de excelencia.
- Impulsar la aplicación de la Ley de Autonomía del Paciente y las Voluntades Anticipadas y su registro mediante campañas de información y sensibilización a la población general y profesionales sanitarios.
- Fomentar convenios o acuerdos de colaboración con entidades sociales, de ámbito estatal o autonómico, asociaciones de pacientes, grupos de autoayuda o entidades similares, con el objetivo de cooperar en la mejora de la calidad de vida y apoyo social a los pacientes y a sus cuidadores familiares.



- Realizar programas de formación especializada y continuada que desarrollen las competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) en cuidados paliativos oncológicos dirigidos a profesionales de atención primaria y especializada.
- Promover la investigación en cuidados paliativos en donde se prioricen los estudios multicéntricos y la colaboración en grupos de investigación de excelencia y la transferencia del conocimiento aplicado a las prácticas profesionales.

Recomendaciones técnicas

- En los protocolos de atención a cuidados paliativos oncológicos se deberán establecer criterios, normas y procedimientos sobre:
 - Traslado de pacientes oncológicos hospitalizados a unidades de cuidados paliativos.
 - Derivación de pacientes desde atención primaria hacia los equipos de cuidados paliativos.
 - Criterios consensuados entre los niveles asistenciales, ante el ingreso y alta hospitalaria, asegurando la privacidad y la confidencialidad.
- En el Plan Terapéutico y de Cuidados se informará de la situación clínica del paciente, los procedimientos terapéuticos disponibles, sus posibles efectos secundarios, y la información sobre las preferencias y necesidades del paciente y de sus cuidadores familiares que facilite al paciente una toma de decisiones informada.
- Se debe siempre facilitar la participación activa del paciente o persona en quien él delegue ante los dilemas éticos al final de la vida (limitación del esfuerzo terapéutico, alimentación e hidratación, sedación, lugar donde decide morir, sus voluntades anticipadas), en el marco de la normativa autonómica vigente. El proceso de decisión se registrará en la historia clínica.
- Los profesionales de cuidados paliativos, previa evaluación de la situación personal del paciente y de su contexto familiar y social, identificarán las preferencias y necesidades de cuidados y apoyo psicológico y social de las familias cuidadoras.
- Los programas de formación abordarán la prevención de los “riesgos emocionales” y las estrategias de afrontamiento de los profesionales que trabajan con enfermos en fase avanzada/terminal.
- La investigación aplicada en el ámbito de la atención paliativa es una prioridad en el sistema sanitario español, el comité de expertos que participó en la elaboración de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud avanzó las siguientes líneas de investigación:



- Epidemiología de la situación avanzada y terminal.
- Continuidad asistencial y modelos organizativos.
- Medicina paliativa.
- Evaluación de resultados y mejora de calidad.
- Cuidados paliativos y seguridad del paciente.
- Calidad de vida, aspectos emocionales y necesidades psicológicas y existenciales del paciente, familiares y profesionales, atención al duelo.
- Bioética en el final de la vida.
- Evaluación de costes de la atención y consumo de recursos.

4.4 Línea de Acción 4: FORMACIÓN Y DOCENCIA

“La formación es un instrumento eficaz para la mejora y actualización de prácticas profesionales”.

Un aspecto básico para asegurar una atención sanitaria eficaz y de calidad es la formación de los profesionales, en sus diferentes etapas o niveles, es decir tanto en el Pregrado, como en la formación Especializada o en la Formación Continuada o Desarrollo Profesional.

4.4.1 Formación de Pregrado

En Castilla-La Mancha, la formación de pregrado en Ciencias de la Salud se viene impartiendo en la Universidad de Castilla-La Mancha. Aunque su creación formal data del año 1982, es en octubre de 1985 cuando tiene lugar su efectivo nacimiento. Su implantación representó la vocación de la Comunidad Autónoma por dotarse de un sistema universitario propio, al servicio de más de millón y medio de ciudadanos asentados en los 80.000 km². de su territorio.

La Universidad de Castilla-La Mancha es una institución regional, que se encuentra estructurada en cuatro Campus: Albacete, Ciudad Real, Cuenca y Toledo, y extiende sus enseñanzas a las localidades de Almadén y Talavera de la Reina, así como a Puertollano. La provincia de Guadalajara y su Campus está adscrita a la Universidad de Alcalá de Henares.



Los cuatros Campus de la Universidad disponen de Escuelas Universitarias de Enfermería y de Facultad de Medicina en el de Albacete.

De otra parte, la Unión Europea puso en marcha el programa “Europa contra el cáncer”, publicado en el diario Oficial de las Comunidades Europeas el día 26 de febrero de 1987, con un plan de acción que se inicia con tres puntos:

- El primero: la prevención del cáncer, con la lucha contra el tabaquismo, la mejora de la alimentación, la protección contra los agentes cancerígenos y la detección precoz.
- El segundo: la información y educación sanitaria del público en general y del personal sanitario en particular.
- El tercero: un capítulo especial dedicado a la enseñanza de la Oncología en la Universidad, señalando que *“la formación oncológica está dividida entre el conjunto de la carrera médica, lo que no parece apropiado”*. Para mejorar esta situación en relación a los estudiantes: *“Los estados miembros deberán tener un profesor de Oncología en todos los centros de enseñanza médica que ofrezcan un programa extendido de cursos que vayan desde la epidemiología y los principios de la prevención, a la detección precoz, los tratamientos y los cuidados terminales. El programa debe consistir, en principio, en un mínimo de 30 horas lectivas y tratar de las 10 principales formas de tumor. Por último, deberá estar previsto un examen de Oncología en todos los programas de las escuelas y universidades de Medicina.”*

4.4.2 Formación de Especialistas

La formación de médicos especialista en España, se realiza a través del sistema MIR.

La formación técnica y científica, investigadora y humanística de médicos especialistas para la atención a pacientes oncológicos, se encamina a facilitar la adquisición por los residentes de los conocimientos, habilidades y actitudes, que les capaciten para prestar con eficacia funciones asistenciales de prevención y promoción y de educación sanitaria y de asumir su autoformación continuada.

En la “Guía de Formación de Especialistas” elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, se incorporan los programas actualizados para la formación médica especializada, aprobados por la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación el día 25 de abril de 1996. Estos programas, son un instrumento imprescindible para el desarrollo y la planificación de la formación sanitaria especializada en España, útil para conocer, con precisión los contenidos, finalidades y objetivos debidamente cuantificados.



La formación del especialista en Oncología se fundamenta en la enseñanza práctica y en la autoformación dirigida. Son especialmente útiles, además de la actividad clínica diaria, las sesiones anatomo-clínicas, las actualizaciones de temas monográficos y de investigación, las sesiones bibliográficas y las reuniones de las Comisiones de tumores hospitalarias.

La Comisión de Docencia del hospital es la responsable de la evaluación de los residentes. Anualmente recoge un informe razonado del Tutor, Jefe de Servicio o Sección, acerca de la suficiencia y nivel adquirido tras cada año de residencia ratificado por otro especialista de su Servicio, que traslada al Ministerio de Sanidad y Consumo a efectos de su consideración para la evaluación anual.

4.4.3 Formación Continuada y Desarrollo Profesional

El Comité de Educación Médica de la Unión Europea, recomienda la práctica habitual de la educación médica continuada, como garantía del ejercicio profesional médico.

La formación continuada en el campo del cáncer, reviste una importancia primordial para todas las categorías del personal sanitario, al objeto de que los profesionales adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para abordar las distintas fases de la historia natural de la enfermedad y mantenernos formados de los avances tecnológicos y científicos en esta área de salud.

El objetivo de la formación es conseguir profesionales técnicamente muy bien preparados, formados y entrenados, capaces de lograr una alta satisfacción del ciudadano.

En la línea de trabajo planteada de atención sanitaria de los pacientes de cáncer basada en la estructuración del proceso asistencial, el profesional deberá adquirir los conocimientos necesarios para su implantación, siendo uno de los componentes básicos en el proceso la definición de competencias necesarias de cada uno de los profesionales que lo integran, para realizar las actividades operativas y de soporte que cada proceso asistencial requiere.

OBJETIVO GENERAL

Impulsar mejoras en el ámbito de la formación y docencia de los profesionales de la salud con la finalidad de que dispongan de una formación específica en el ámbito de la oncología.



Objetivos específicos

- Impulsar mejoras en la formación de especialistas en oncología e impulsar la capacidad docente de los centros e instituciones de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.
- Facilitar la formación continuada de los profesionales sanitarios de Castilla-La Mancha.

Recomendaciones técnicas

- Promover la acreditación docente de los servicios de oncología médica y radioterápica para la formación de residentes.
- Posibilitar la rotación de los médicos de atención primaria en programas de formación continuada dentro de los servicios y/o secciones de oncología médica.
- Impulsar actividades de formación continuada de los profesionales en base a ese Plan de formación específico, de acuerdo con las necesidades detectadas.
- Fomentar la coordinación del SESCAM y de la Consejería de Sanidad con otros organismos que desempeñen funciones de formación continuada (Colegios de Médicos, Universidades, Institutos de Investigación).

4.5 Línea de Acción 5: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Muchos de los factores de riesgo son comunes para una variedad de enfermedades crónicas. La OMS desarrolla un plan global de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles de manera integrada, para conseguir mayor impacto y eficiencias. El sistema de vigilancia de enfermedades crónicas (no transmisibles) debe contemplar todo el proceso de salud y enfermedad, partiendo de la información disponible en fuentes primarias y secundarias, para conocer la carga de enfermedad.

La vigilancia de la incidencia reposa sobre los registros de cáncer poblacionales, que permiten conocer las tendencias temporales y variabilidad geográfica de la incidencia la prevalencia y la supervivencia. Además se deberá monitorizar e incentivar la investigación sobre las siguientes áreas:

- Análisis sistemático de la información procedente de los registros de mortalidad con el objeto de conocer la magnitud y la distribución del total del cáncer.



- Conocer la frecuencia y tendencias de hábitos y estilos de vida asociados a los cánceres frecuentes en la población de Castilla-La Mancha a través de la Encuesta de Salud 2006 y su próxima edición en el 2010.
- Realización de estudios monográficos sobre la demanda asistencial por tipo de cáncer a partir de los datos del CMBD de Castilla-La Mancha.
- Colaborar con el European Cancer Health Indicators Project (EUROCHIP), proyecto que pretende proponer una lista de indicadores de salud que describan la situación del cáncer en Europa para el estudio de:
 - Incidencia y prevalencia del cáncer.
 - Factores de riesgo o determinantes de salud, y su distribución en la población.
 - Discapacidad y necesidad de apoyo de los enfermos oncológicos.
 - Calidad de vida relacionada con la salud de los enfermos oncológicos.

La información actualmente disponible sobre cáncer está relacionada básicamente con los datos que se obtienen de diferentes fuentes, y que básicamente se refieren a la estructura, actividad y resultados de los servicios de asistencia sanitaria o a los programas preventivos. Esta información se complementa con la que se obtiene de determinadas encuestas sectoriales, como las encuestas de salud o los barómetros sanitarios, así como de las estadísticas de mortalidad del INE.

El diseño e implantación de un sistema de información específico sobre cáncer es un elemento básico para poder conocer la magnitud del problema del cáncer y evaluar la eficacia de las diferentes intervenciones preventivas o asistenciales.

Este sistema debe permitir integrar y explotar la amplia información que se genera en el dispositivo asistencial, desarrollar nuevas fuentes de información y prever la realización de estudios e investigaciones, sistemáticos y periódicos, que permitan obtener información adicional sobre las actitudes de la población sobre los factores de riesgo, utilización de servicios, hábitos y estilos de vida, o sobre su percepción en relación con la salud.

En el Sistema Nacional de Salud no existe, en la actualidad, un sistema de información sobre cáncer. La Estrategia en Cáncer del SNS 2006 prevé su puesta en marcha a medida que se desarrollen sus propuestas por parte de las administraciones sanitarias.



En el ámbito internacional existen como referentes las recomendaciones del III Plan de Acción de Europa contra el Cáncer para el período 1996–2000, a nivel de la Unión Europea. Asimismo, a la hora de establecer indicadores, se cuenta con la referencia de los incluidos en el proyecto EUROCHIP (European Cáncer Health Indicador Project), igualmente a nivel de Unión Europea.

Tomando en cuenta estas consideraciones se propone para esta área de intervención el siguiente

OBJETIVO GENERAL

Diseñar e implantar un Sistema de Información sobre cáncer que permita analizar la magnitud de los factores de riesgo y evaluar cada una de los grandes áreas de intervención.

Objetivos específicos

- Impulsar el desarrollo progresivo de los registros de cáncer hospitalarios.
- Impulsar el desarrollo de estudios y análisis de mortalidad e incidencia elaborados por la Red de Registros de cáncer de Castilla-La Mancha.
- Desarrollar otras fuentes de información para la monitorización y evaluación de las actuaciones previstas en este Plan.

Recomendaciones técnicas

- Implantar en todos los hospitales de la comunidad, tanto públicos como privados, un Registro de Cáncer de base hospitalaria, que recoja de manera continua, sistemática y exhaustiva el conjunto normalizado de datos básicos sobre la frecuencia y características de cánceres registrables en los pacientes atendidos en cada hospital, con independencia de su procedencia geográfica o del servicio o unidad en el que han sido tratados.
- Fomentar las actividades de coordinación y cooperación en las Comisiones de Tumores y Registros Hospitalarios, con objeto de facilitar la explotación de la información con fines de investigación y evaluación.
- Publicar con carácter periódico la información actualmente disponible sobre cáncer en la Comunidad de Castilla-La Mancha, así como los estudios y análisis que se realicen. En la medida que pueda disponerse de información adicional se procederá igualmente a su difusión.



- Diseñar y poner en marcha con carácter periódico estudios epidemiológicos dirigidos a analizar los factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles y a factores ambientales que pueden condicionar o favorecer el desarrollo de enfermedades neoplásicas.
- Desarrollar dentro del sistema de información una historia clínica única por paciente, que abarcará la actividad ambulatoria de atención primaria, atención domiciliaria y consultas externas de especializada. En los casos infantiles se incluirán, también, las variables e instrumentos de valoración específicos para la atención del niño con cáncer.

4.6 Línea de Acción 6: INVESTIGACIÓN

Para avanzar en el progreso de la atención de los procesos neoplásicos es prioritario el impulso y desarrollo de la investigación oncológica, desde la básica a la aplicada. “La investigación de hoy es la medicina de mañana”. OMS

Para el avance de la atención oncológica y la consiguiente mejora del pronóstico y de la calidad de vida de los pacientes, es prioritario la potenciación y el desarrollo de la investigación de esta materia. Para ello, es necesario facilitar la infraestructura necesaria para formar investigadores, promover su incorporación a los centros sanitarios e impulsar su trabajo en un entorno de colaboración y competitividad científica, así como impulsar proyectos dirigidos a lograr nuevos y más eficaces medios preventivos, diagnósticos y terapéuticos.

La investigación oncológica abarca desde la profundización en el conocimiento de los mecanismos del desarrollo del cáncer, hasta la búsqueda de las medidas que pueden ser útiles para el diagnóstico precoz, el seguimiento, la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Tradicionalmente ha existido una falta de conexión entre la investigación básica, la aplicada y la práctica clínica, lo que se traduce en una importante pérdida de sinergias y retrasos en la obtención de resultados aplicables en la atención sanitaria.

De ahí que la tendencia actual se centre en favorecer la transferencia bidireccional entre el laboratorio y la clínica mediante el desarrollo de proyectos cooperativos y en red.

A través del conocimiento y del avance en la biología molecular se está profundizando en los mecanismos responsables de la cancerogénesis y en la identificación de moléculas y vías de señalización que, nos están



facilitando el diseño de nuevas estrategias diagnósticas, pronósticas y terapéuticas, éstas últimas tanto preventivas como curativas.

La investigación clínica debe contemplarse como una oportunidad real de progreso y una inversión a largo plazo, que debe ser motor de bienestar y mejora de la atención sanitaria para todos los castellano-manchegos.

Este cambio produciría sin duda efectos beneficiosos de forma casi inmediata en varias direcciones:

- Permitiría a los investigadores del sistema sanitario de Castilla-La Mancha ocupar posiciones de ventaja en relación con otros investigadores españoles, habida cuenta de que los problemas de la investigación clínica están presentes en todo el Sistema Nacional de Salud.
- Favorecería la adquisición de tecnologías punta, al estar incluida en muchos proyectos de investigación
- Permitiría recuperar a equipos investigadores muy activos, que precisan apoyo e impulso.

Tomando en cuenta estas consideraciones se propone para esta área de intervención el siguiente

OBJETIVO GENERAL

Promover la investigación oncológica en Castilla-La Mancha.

De este objetivo se derivan los siguientes

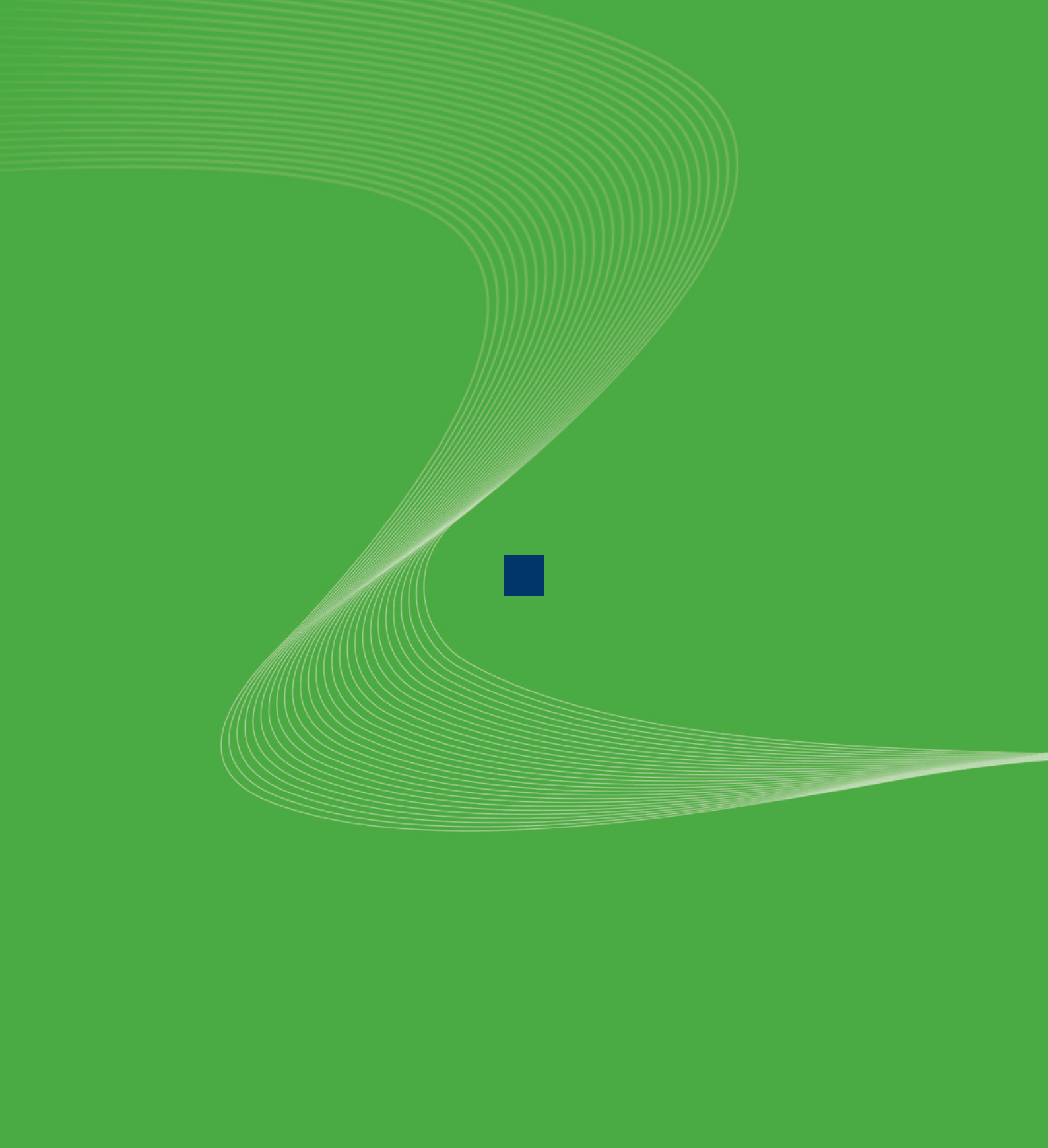
Objetivos específicos

- Potenciar la conexión e interrelación entre la investigación básica, clínica y epidemiológica.
- Ampliar la financiación para la investigación oncológica.
- Facilitar la coordinación y colaboración con otros centros de investigación del cáncer.
- Promover la investigación clínica de calidad con especial énfasis en la investigación multicéntrica, interdisciplinar e interinstitucional, que abarque los diferentes ámbitos de la atención oncológica.



Recomendaciones técnicas

- Promover la realización de estudios sobre la epidemiología y atención del cáncer, incluyendo la evaluación de las respuestas terapéuticas y estrategias diagnósticas.
- Impulsar la realización de programas de formación en investigación, que incluya aspectos metodológicos, epidemiológicos y de evaluación de resultados.
- Impulsar la participación en redes de centros y grupos de excelencia.
- Abrir nuevos cauces dirigidos a obtener fuentes de financiación adicionales para proyectos de investigación prioritarios para Castilla-La Mancha, incluyendo la iniciativa privada.
- Impulsar la coordinación y establecer convenios de colaboración con el Centro Nacional de Investigación del Cáncer (CIC) y del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) con el sistema sanitario de Castilla-La Mancha, especialmente en el área de diagnóstico genético y estudio del cáncer familiar, banco de tumores y programas de genómica y proteómica.



CAPÍTULO CINCO



CUADRO RESUMEN DE OBJETIVOS





5_CUADRO RESUMEN DE OBJETIVOS

LÍNEA DE ACCIÓN 1 - FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER

ÁREAS DE ACTUACIÓN: TABACO

Objetivo General	Objetivos Específicos
<p>Reducir la prevalencia de consumo de tabaco en la población de todas las edades, con especial énfasis en los grupos más vulnerables: adolescentes y jóvenes, mujeres y personas con enfermedades crónicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar y reforzar los objetivos y acciones de prevención y reducción de consumo de tabaco en todas las edades, previstos en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010, así como en el Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010, con especial énfasis en los grupos más vulnerables: jóvenes, mujeres y personas con patologías crónicas. • Acompañar y reforzar las acciones de información y comunicación social sobre los riesgos asociados al consumo de tabaco y su impacto negativo en la salud individual y colectiva, específicamente como factor de riesgo en el cáncer. • Reforzar las actividades de información, consejo y ayuda para dejar de fumar a los fumadores y fumadoras que acuden a las consultas de enfermería y/o médicas, de atención primaria y/o especializada. • Aumentar la cobertura y accesibilidad a los programas de deshabituación tabáquica, de manera progresiva, en colectivos de especial referencia social: profesionales sanitarios y personal docente. • Aumentar la cobertura y accesibilidad a los programas de deshabituación tabáquica en colectivos de especial riesgo: personas con enfermedades crónicas, personas con antecedentes familiares de cáncer, mujeres gestantes. • Reforzar e impulsar la coordinación de las Unidades de Tratamiento Especializado en Tabaquismo con Atención Primaria estableciendo protocolos de derivación para pacientes de especial riesgo. • Impulsar programas de formación continuada sobre el impacto y consecuencias del consumo del tabaco en la patología oncológica.



ÁREAS DE ACTUACIÓN: ALCOHOL	
Objetivo General	Objetivos Específicos
<p>Reducir la prevalencia de consumo de alcohol en la población, de todas las edades, con especial énfasis en los grupos más vulnerables: adolescentes y jóvenes, población adulta y personas con patologías crónicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar y reforzar para la consecución de los objetivos y acciones de prevención y reducción de consumo de alcohol en todas las edades, previstas en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010, así como en el Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010. • Acompañar y reforzar las acciones de información y comunicación social sobre los riesgos del consumo de alcohol para la salud individual y colectiva, específicamente, como factor de riesgo asociado a diversos tipos de cáncer. • Aumentar la cobertura y accesibilidad a los programas de deshabituación alcohólica en colectivos de especial riesgo: personas con enfermedades crónicas, personas con antecedentes familiares de cáncer, mujeres embarazadas. • Reforzar las actividades de información, consejo y ayuda para prevenir y reducir el consumo excesivo entre los y las pacientes que acuden a las consultas de enfermería y/o médicas, de atención primaria y/o de especializada. • Impulsar programas de formación continuada sobre el impacto y consecuencias del consumo de alcohol en la patología oncológica.
ÁREAS DE ACTUACIÓN: ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA	
Objetivo General	Objetivos Específicos
<p>Reducir la prevalencia de exceso de peso en la población, en todas las edades, con especial énfasis, en la infancia y adolescencia, las mujeres de 45 y más años, y las personas con patologías crónicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar y reforzar los objetivos y acciones de prevención y control del exceso de peso, en todas las edades, previstos en la estrategia NAOS y el Plan Integral de Diabetes Mellitus de Castilla-La Mancha 2007-2010, con especial énfasis, en los grupos más vulnerables: infancia/adolescencia, mujeres de 45 y más años y personas con patologías crónicas. • Impulsar y cooperar en el desarrollo de la Estrategia NAOS, a nivel nacional y regional que establece como objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar desde las edades más tempranas de la vida una “cultura de comer” basada en una dieta equilibrada y variada, rica en frutas y verduras. - Promover la educación nutricional en el medio familiar, escolar y comunitario. - Estimular la práctica de ejercicio físico regular, especialmente en escolares. - Difundir los beneficios de una alimentación saludable, en diferentes entornos de intervención: educación, familia, empresa, medios de comunicación social. - Sensibilizar a los profesionales sanitarios y educadores como referentes sociales sobre la prevención de la obesidad y el impacto y consecuencias en las enfermedades crónicas, en la infancia y la edad adulta. - Fomentar la coordinación entre administraciones y los agentes sociales, con especial referencia a las empresas del sector de alimentación, hostelería y restauración. • Reforzar desde las consultas de enfermería y consultas médicas de atención primaria y/o especializada las actividades de información, consejo y ayuda para fomentar una dieta equilibrada y saludable y el mantenimiento del peso adecuado.



ÁREAS DE ACTUACIÓN: RADIACIONES IONIZANTES Y ULTRAVIOLETAS. EXPOSICIÓN SOLAR

Objetivos Generales	Objetivos Específicos
<p>Reducir el riesgo de exposición a radiaciones ionizantes y ultravioletas en la población, en todas las edades, con especial énfasis en la infancia, en las mujeres gestantes, fortaleciendo las estrategias de prevención y control de riesgos, la autoprotección y el control de fuentes artificiales de radiación.</p> <p>Fortalecer y avanzar en las estrategias de control, inspección y vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo según sectores ocupacionales, desarrollando mecanismos de coordinación y cooperación con las empresas y los agentes sociales.</p>	<p><u>En el ámbito de la salud pública</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las medidas de inspección, control y el sistema de notificación de alertas alimentarias relacionadas con aditivos alimentarios, pesticidas y residuos, así como los contaminantes químicos que puedan suponer riesgo oncológico para la población. • Reforzar la información y educación sanitaria dirigidas a la población sobre los riesgos derivados de una exposición inadecuada a las radiaciones ultravioleta, UVA y quemaduras solares, especialmente durante la infancia como factor de riesgo del cáncer de piel. • Desarrollar e implantar las previsiones contenidas en el Real Decreto 1002/2002, de 27 de septiembre, por el que se establecen medidas de control e inspección dirigidas a los equipos de radiaciones UVA y centros de bronceado. <p><u>En el entorno laboral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las medidas de control y vigilancia en el ámbito de competencias comunitarias, Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos laborales relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante la jornada laboral. • Impulsar convenios de colaboración con las empresas del sector para potenciar el control y la vigilancia medioambiental y la implantación de sistemas de análisis de riesgos y control de puntos críticos. • Desarrollar campañas de información y educación sanitaria dirigidas a los sectores y colectivos de trabajadores más sensibles a los riesgos medioambientales. • Desarrollar cursos de formación dirigidos a profesionales sanitarios de atención primaria sobre patología dermatológica, cáncer de piel y prevención frente a factores de riesgo medioambiental y ocupacional. • Impulsar programas de formación continuada sobre el impacto y consecuencias de la exposición a radiaciones ionizantes y ultravioletas en la patología oncológica. <p><u>En los centros sanitarios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las medidas de seguridad en el uso de radiaciones ionizantes, especialmente en entornos sanitarios (centros de salud, hospitales) y la vigilancia de riesgos laborales en el personal expuesto a radiaciones ionizantes. • Establecer medidas internas en los centros sanitarios sobre seguridad de los pacientes y control de los efectos adversos por el uso de tecnologías (radiaciones medicina nuclear). • Informar a la población general sobre la prevención y las normas de seguridad ante las exposiciones radiológicas y los riesgos para la salud.



LÍNEA DE ACCIÓN 2 - PREVENCIÓN SECUNDARIA: DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER	
ÁREAS DE ACTUACIÓN: CÁNCER DE MAMA	
Objetivos Generales	Objetivos Específicos
<p>Continuar reduciendo la morbi-mortalidad por cáncer de mama, aumentando la supervivencia y calidad de vida de las mujeres mediante la aplicación de tratamientos menos invasivos que permitan la conservación de la mama.</p> <p>Reforzar las garantías de eficacia, seguridad y continuidad de cuidados en la atención sanitaria a las mujeres con cáncer de mama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las estrategias de coordinación del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de Castilla-La Mancha con los profesionales de atención primaria para conjuntamente mejorar la captación y adhesión de las mujeres, especialmente, en aquellas áreas de salud en las que los resultados de la evaluación del programa haya detectado oportunidades de mejora en la participación y eficacia del mismo. • Establecer y difundir las Guías de Práctica Clínica y recomendaciones sobre prevención y criterios de riesgo elevado de padecer cáncer de mama que incluyan: historia familiar, nuliparidad, menarquia prematura, edad avanzada y antecedentes personales de cáncer de mama (in situ o infiltrante). • Desarrollar programas de formación continuada en patología de mama dirigidos a los profesionales del sistema sanitario público de Castilla-La Mancha, implicados en el proceso de atención al cáncer de mama. • Realizar estudios de evaluación de la calidad del proceso de atención al cáncer de mama en Castilla-La Mancha, con el objetivo de mejorar la eficacia, seguridad y efectividad de las intervenciones sanitarias, potenciando la participación de las mujeres y profesionales implicados. • Potenciar en los hospitales de Área la actividad y funcionamiento de las comisiones de tumores, a fin de coordinar actuaciones de los diferentes profesionales implicados en la atención a la patología de mama.
ÁREAS DE ACTUACIÓN: CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO	
Objetivos Generales	Objetivos Específicos
<p>Disminuir la morbilidad y mortalidad de las mujeres a, reforzando las actuaciones de prevención primaria y secundaria frente al cáncer de cervix, especialmente, en los grupos de especial riesgo.</p> <p>Incluir, a partir del 2008 en el calendario vacunal - y de forma progresiva - la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano entre las cohortes de niñas de 11 a 14 años.</p> <p>Reforzar las garantías de eficacia, seguridad y continuidad de cuidados a las mujeres con cáncer de útero.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar campañas informativas dirigidas a la población en general, y en especial a los grupos de riesgo difundiendo las recomendaciones generales de carácter preventivo como son: utilización de preservativo, vigilancia frente al VPH manteniendo el control y seguimiento desde atención primaria. • Elaborar y difundir recomendaciones consensuadas por las Sociedades Científicas y grupos de expertos, para establecer indicadores del cribado del cáncer de cuello de útero. • Reforzar el seguimiento desde atención primaria en mujeres con factores de riesgo de neoplasia cervical, que asegure el control de los factores de riesgo sobre los que existe investigación aplicada: <ul style="list-style-type: none"> - Inicio precoz de relaciones sexuales (menores de 15 años). - Múltiples compañeros sexuales. - Infecciones virales: Virus del Papiloma Humano (VPH) y herpes virus. - Inmunosupresión VIH. - Consumo excesivo de tabaco. - Antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial CIN/SIL/Displasia. - Anticoncepción hormonal actual. • Asegurar que el inicio de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos en los tumores de cuello uterino se prioricen en función del grado de displasia, en tiempo óptimo, desde la confirmación diagnóstica e indicación quirúrgica. • Asegurar que toda paciente tratada por lesiones intraepiteliales de cuello uterino sea evaluada cada 6 meses. • Potenciar que los sistemas de registro al alta (historia clínica) incluyan en el diagnóstico definitivo la estadificación posquirúrgica. • Definir el procedimiento de inclusión de la vacuna del VPH entre las niñas de 11 a 14 años.



ÁREAS DE ACTUACIÓN: CÁNCER DE COLON-RECTO	
Objetivos Generales	Objetivos Específicos
<p>Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer colorectal en la población.</p> <p>Reforzar las garantías de eficacia, seguridad y continuidad de cuidados en la atención a los y las pacientes con cáncer colorectal.</p> <p>Diseñar y poner en marcha un Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de colon-recto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constituir un grupo de expertos, con participación de profesionales y en colaboración con las Sociedades Científicas que aporte conocimiento actualizado sobre los avances en detección precoz, diagnóstico y alternativas terapéuticas disponibles. • Asegurar una atención integral a los pacientes desde el diagnóstico hasta el alta, de acuerdo a criterios que garanticen el tiempo de respuesta adecuado en cada fase del proceso (sospecha, confirmación diagnóstica, intervención y seguimiento del paciente). • Implantar consultas de alta resolución en los hospitales de Área, en caso de sospecha de malignidad. • Elaborar procedimientos de coordinación con atención primaria para el seguimiento clínico del paciente con colostomía, de acuerdo a sus necesidades y condiciones clínicas.
ÁREAS DE ACTUACIÓN: CÁNCER DE PRÓSTATA	
Objetivos Generales	Objetivos Específicos
<p>Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer de próstata.</p> <p>Reforzar las garantías de eficacia, seguridad y continuidad de cuidados en la atención a los pacientes con cáncer de próstata.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constituir un grupo de expertos, con participación de profesionales y Sociedades Científicas que aporte conocimiento actualizado sobre los avances en detección precoz, diagnóstico y alternativas terapéuticas disponibles. Reforzar las intervenciones para el despistaje oportunista del cáncer de próstata en atención primaria. • Elaborar vías clínicas en los hospitales que establezcan, indicaciones precisas y secuenciales para la realización de las pruebas diagnósticas, que eviten demoras y sobreutilización de recursos. • Asegurar una atención integral a los pacientes desde el diagnóstico hasta el alta, de acuerdo a criterios que garanticen el tiempo de respuesta adecuado en cada fase del proceso (sospecha, confirmación diagnóstica, intervención y seguimiento del paciente). • Implantar consultas de alta resolución en los hospitales de Área, en caso de sospecha de malignidad.
ÁREAS DE ACTUACIÓN: CÁNCER HEREDITARIO. CONSEJO GENÉTICO	
Objetivos Generales	Objetivos Específicos
<p>Elaborar y poner en marcha un Programa de Cáncer hereditario y Consejo genético a la población con riesgo hereditario de cáncer.</p> <p>Asegurar que las personas con sospecha diagnóstica de síndromes de predisposición hereditaria al cáncer y sus familias tengan acceso a un diagnóstico genético, y tratamiento adecuado, en su hospital de referencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constituir un grupo de expertos, con participación de profesionales y sociedades científicas, con la finalidad de elaborar un Programa de Cáncer Hereditario y Consejo Genético en el que se incluya la creación de unidades de referencia adscritas a la red de hospitales del SESCAM. • Contribuir al desarrollo de protocolos de detección precoz, seguimiento y tratamiento preventivo y/o pre-sintomático que se generen en el contexto del SNS orientados a mejorar la calidad, la efectividad y eficiencia de las intervenciones futuras. • Contribuir a mejorar el conocimiento aplicado sobre los problemas éticos que plantea la medicina personalizada y el consejo genético, trabajando de forma coordinada con los Comités de Ética Asistencial de los hospitales del SESCAM. • Colaborar con grupos de investigación de referencia nacional e internacional y promover líneas de investigación (estudios epidemiológicos, clínicos e investigación básica), que permitan incorporar el conocimiento científico-técnico en el campo de la genética del cáncer y su aplicabilidad clínica a las enfermedades oncológicas. • Desarrollar programas de formación continuada para profesionales que incorporen recomendaciones y herramientas de “consejo asistido” sobre el abordaje multidisciplinar de pacientes y familias en riesgo, incluyendo información relevante y clara sobre la valoración inicial del riesgo familiar; la probabilidad de transmisión hereditaria; y el abordaje terapéutico y seguimiento más apropiado en cada caso.



LÍNEA DE ACCIÓN 3 - IMPULSAR UNA ASISTENCIA ONCOLÓGICA INTEGRAL Y DE EXCELENCIA

ÁREAS DE ACTUACIÓN: ORIENTACIÓN E INTEGRACIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES

Objetivos Generales	Objetivos Específicos
<p>Integrar en SESCAM la red de atención oncológica que asegure la accesibilidad de los pacientes a una atención oncológica de calidad y la coordinación de los dispositivos, recursos y profesionales.</p> <p>Incorporar la experiencia y conocimiento existente en el sistema sanitario de C-LM, y el conjunto del SNS, así como la evidencia disponible para mejorar la efectividad disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica y ajustando la relación coste-efectividad de las intervenciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar y reforzar la red de atención oncológica de los hospitales de Área y otros servicios clínicos vinculados a esta patología: Hematología, Anatomía Patológica y Medicina Interna, entre otros. • Potenciar los que ya existen y crear nuevos hospitales de día oncológicos en los hospitales de Almansa, Villarrobledo, Manzanares, que deberán ponerse en marcha, progresivamente, en función de las necesidades asistenciales. • Desarrollar, progresivamente, en los hospitales de Área Bancos de Tumores, de acuerdo con los criterios y protocolos establecidos por el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas del Instituto de Salud "Carlos III" (CNIO). • Desarrollar, progresivamente Unidades de Mama en los hospitales de Área que aseguren una atención completa a estos cánceres, incluyendo la reconstrucción mamaria a las mujeres que lo soliciten. • Diseñar e implantar en las unidades de hospitalización oncológicas de los hospitales de Área protocolos de cuidados de enfermería personalizados para cada paciente y orientados a las distintas fases de la enfermedad. El protocolo incluirá cuestiones como: <ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento de la enfermedad. - Hábitos y estilo de vida. - Alimentación saludable. - Efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia. - Autocuidados de la piel. - Linfedema. - Ostomías y sondajes. - Alteraciones de la esfera sexual. • Crear unidades de oncología pediátrica de referencia regional y establecer los procedimientos de derivación de pacientes a estas unidades u otras similares de otras comunidades autónomas.

ÁREAS DE ACTUACIÓN: MEJORAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivos Generales	Objetivos Específicos
<p>Ofertar una atención oncológica multidisciplinar, personalizada, de la mayor calidad posible, en base a las siguientes orientaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la equidad en el acceso a la atención oncológica - Asegurar una atención oncológica integral y de excelencia basada en la continuidad de los cuidados y en la seguridad del paciente. - Reforzar los derechos de los pacientes y las garantías asistenciales. - Atender las necesidades emocionales de los pacientes y familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar la actividad y el funcionamiento de los Comités Clínicos de Tumores, organizados, preferentemente, en base a órganos y tejidos afectados, en todos los hospitales de Área. • Establecer circuitos preferentes para el despistaje clínico. En los casos en los que el paciente presente signos clínicos, analíticos, o de orden similar, que a juicio de su médico de atención primaria sean sugerentes de sospecha de cáncer, se remitirán con carácter preferente a los servicios de atención especializada de su hospital de Área para la posible confirmación diagnóstica. • Establecer procedimientos para atender las necesidades de atención odontológica, o ayudas específicas, para los pacientes con enfermedad oncológica, que sufran pérdida de piezas dentales como consecuencia del tratamiento recibido. • Incluir como prestación ortoprotésica específica para pacientes oncológicos efectos y accesorios destinados a paliar los efectos adversos de los tratamientos oncológicos que deterioran la imagen corporal, como es el caso de pelucas o sujetadores postmastectomía. • Establecer circuitos que aseguren el acceso prioritario a rehabilitación inmediata a los pacientes intervenidos quirúrgicamente por problemas oncológicos, que puedan beneficiarse de este tipo de tratamiento, como por ejemplo las mujeres mastectomizadas para prevenir el linfedema. • Elaborar e implantar Vías Clínicas en todos los hospitales del SESCAM, para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para los procesos neoplásicos más frecuentes que incorporen las indicaciones precisas y secuenciales para la realización de las pruebas diagnósticas, que eviten demoras y sobreutilización de las mismas.



Asegurar la accesibilidad y garantías de plazos a las pruebas de confirmación diagnóstica, en un tiempo óptimo desde la sospecha diagnóstica, así como la intervención terapéutica y tratamiento oncológico, de acuerdo a los plazos que se establecen en la Ley de Garantías.

Reforzar la continuidad asistencial y garantizar la seguridad del paciente mediante una atención oncológica integral y coordinada, basada en las mejores prácticas profesionales que incluya el apoyo a las familias de los pacientes, en su labor de cuidadores del paciente.

Garantizar el máximo respeto a los valores y preferencias de los pacientes. Los profesionales sanitarios valorarán especialmente el derecho del paciente a ser informado sobre su proceso, y participar en las decisiones terapéuticas.

Potenciar y establecer cauces de colaboración de los hospitales de Área con asociaciones de ayuda mutua y entidades no gubernamentales, o similares, relacionadas con el cáncer, para prestar apoyo a los pacientes oncológicos y cuidadores familiares, tanto en régimen de hospitalización como ambulatoria o en el domicilio y especialmente a los pacientes terminales.

Impulsar la potencialidad de las aplicaciones informáticas del SESCAM para intercomunicar los centros y servicios asistenciales y facilitar citas, ingresos, y seguimiento clínico del paciente.

Reforzar los derechos de los pacientes y las garantías asistenciales

- Ofrecer a todos los y las pacientes un Plan Terapéutico individualizado, propuesto por el Comité de Tumores del centro, en el que consten las posibles alternativas terapéuticas para el proceso específico que padece, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica correspondiente y los protocolos establecidos en el centro.
- Facilitar a los pacientes el consentimiento informado y a quienes lo soliciten el ejercicio de su derecho a obtener una segunda opinión médica, en los términos establecidos en el Decreto 180/2005, de 2 de noviembre, de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha
- Ofrecer a los y las pacientes oncológicos en edad fértil, que vayan a ser sometidos a tratamientos de quimioterapia o radioterapia, la posibilidad de depositar gametos en los bancos autorizados para ello, para su utilización posterior mediante técnicas de reproducción humana asistida, en los términos previstos en la ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.
- Asegurar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Potenciar la coordinación y continuidad asistencial con los equipos de atención primaria.

- Implantar, con carácter piloto, consultas de oncología en dos centros de asistencia especializada (en las ciudades de Toledo y Albacete). En estos centros el oncólogo médico desarrollará funciones de especialista consultor, desarrollando su actividad en coordinación con los médicos de atención primaria. Esta experiencia será objeto de evaluación específica, al objeto de valorar su posible extensión a otros centros de asistencia especializada.
- Establecer interconsultas “on line” entre los equipos de atención primaria y los equipos oncológicos de los hospitales de Área, para la presentación y discusión de casos clínicos o la resolución de problemas derivados de la atención a los pacientes oncológicos.

Prestar apoyo eficaz a los cuidadores familiares

- Desarrollar protocolos de información y formación dirigidos a las familias y cuidadores principales basados en las necesidades de cuidados del paciente.
- Potenciar y establecer cauces de colaboración de los hospitales de Área con asociaciones de ayuda mutua y entidades no gubernamentales, o similares, relacionadas con el cáncer, para prestar apoyo a los pacientes oncológicos y cuidadores familiares, tanto en régimen de hospitalización como ambulatoria o en el domicilio y especialmente a los pacientes terminales.
- Elaborar e implantar programas de enlace con salud mental que ofrezcan atención psicológica a los pacientes y a sus familias para abordar el proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y a su tratamiento.
- Establecer, en coordinación con los equipos de salud mental del área, procedimientos eficaces para el apoyo al paciente oncológico y a la familia, a fin de afrontar el proceso de la enfermedad y duelo definiendo los circuitos de activación y derivación.



ÁREAS DE ACTUACIÓN: ATENCIÓN ONCOLÓGICA EN LA INFANCIA	
Objetivo General	Objetivos Específicos
<p>Facilitar una atención integral y de excelencia a los niños y niñas con cáncer y a sus familias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar la red de atención oncológica infantil en la región en base a niveles de complejidad, creando equipo multidisciplinarios y asegurando un funcionamiento coordinado. • Potenciar que las unidades de Oncología Pediátrica formen parte o estén ligadas a una organización multidisciplinaria nacional o internacional de oncología pediátrica, con el fin de facilitar la comunicación y coordinación de nuevos procedimientos terapéuticos. • Potenciar la implantación de consultas de alta resolución en oncología pediátrica, con objeto de mejorar la calidad de vida y apoyar al niño y a su familia, agilizando el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento clínico. • Elaborar e implantar procedimientos clínicos consensuados con las unidades de referencia que permitan asegurar una correcta atención a los niños y niñas con sospecha de cáncer. • Integrar en estos procedimientos clínicos subprogramas de apoyo psicosocial y educativo en el proceso de atención a los niños y niñas con cáncer y a sus familias. • Facilitar el acompañamiento del padre/madre o cuidador principal durante la hospitalización.
ÁREAS DE ACTUACIÓN: CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA	
Objetivo General	Objetivos Específicos
<p>Mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención paliativa a los pacientes oncológicos en situación avanzada/terminal, promoviendo una atención integral basada en la continuidad de los cuidados y los principios bioéticos de actuación en la atención paliativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la accesibilidad a los pacientes oncológicos a los cuidados paliativos y proporcionar una atención integral, eficaz orientada a preservar el derecho de autonomía del paciente y el apoyo psicológico al entorno familiar. • Proporcionar a los pacientes oncológicos en fase avanzada/terminal una atención basada en las mejores prácticas mediante el uso de protocolos, guías de práctica clínica y recomendaciones de expertos. • Crear un grupo de trabajo de ámbito regional y multidisciplinario con el objetivo de elaborar un modelo de atención a los cuidados paliativos oncológicos, de acuerdo a las recomendaciones de los expertos, y a la experiencia en el SNS y otros sistemas sanitarios. • Diseñar e implantar un Plan Terapéutico de Cuidados Paliativos, de atención personalizada al paciente oncológico y su entorno familiar, que asegure los derechos del paciente y la integralidad y continuidad de los cuidados. • Potenciar desde atención primaria programas de apoyo y descanso del cuidador familiar y la valoración y el seguimiento del duelo en el entorno familiar. • Elaborar e implementar protocolos de actuación con participación de profesionales de atención primaria y especializada y los equipos de cuidados paliativos especializados, que incorporen normas y procedimientos de actuación en atención paliativa, de acuerdo a estándares de excelencia. • Impulsar la Aplicación de la Ley de Autonomía del Paciente y las Voluntades Anticipadas y su registro mediante campañas de información y sensibilización a la población general y profesionales sanitarios. • Fomentar convenios o acuerdos de colaboración con entidades sociales, de ámbito estatal o autonómico, asociaciones de pacientes, grupos de autoayuda o entidades similares, con el objetivo de cooperar en la mejora de la calidad de vida y apoyo social a los pacientes y a sus cuidadores familiares. • Realizar programas de formación especializada y continuada que desarrollen las competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) en cuidados paliativos oncológicos dirigidos a profesionales de atención primaria y especializada. • Promover la investigación en cuidados paliativos en donde se prioricen los estudios multicéntricos y la colaboración en grupos de investigación de excelencia y la transferencia del conocimiento aplicado a las prácticas profesionales.



LÍNEA DE ACCIÓN 4 - FORMACIÓN Y DOCENCIA

Objetivo General	Objetivos Específicos
<p>Impulsar mejoras en el ámbito de la formación y docencia de los profesionales de la salud con la finalidad de que dispongan de una formación específica en el ámbito de la oncología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar mejoras en la formación de especialistas en oncología e impulsar la capacidad docente de los centros e instituciones de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. • Facilitar la formación continuada de los profesionales sanitarios de Castilla-La Mancha.

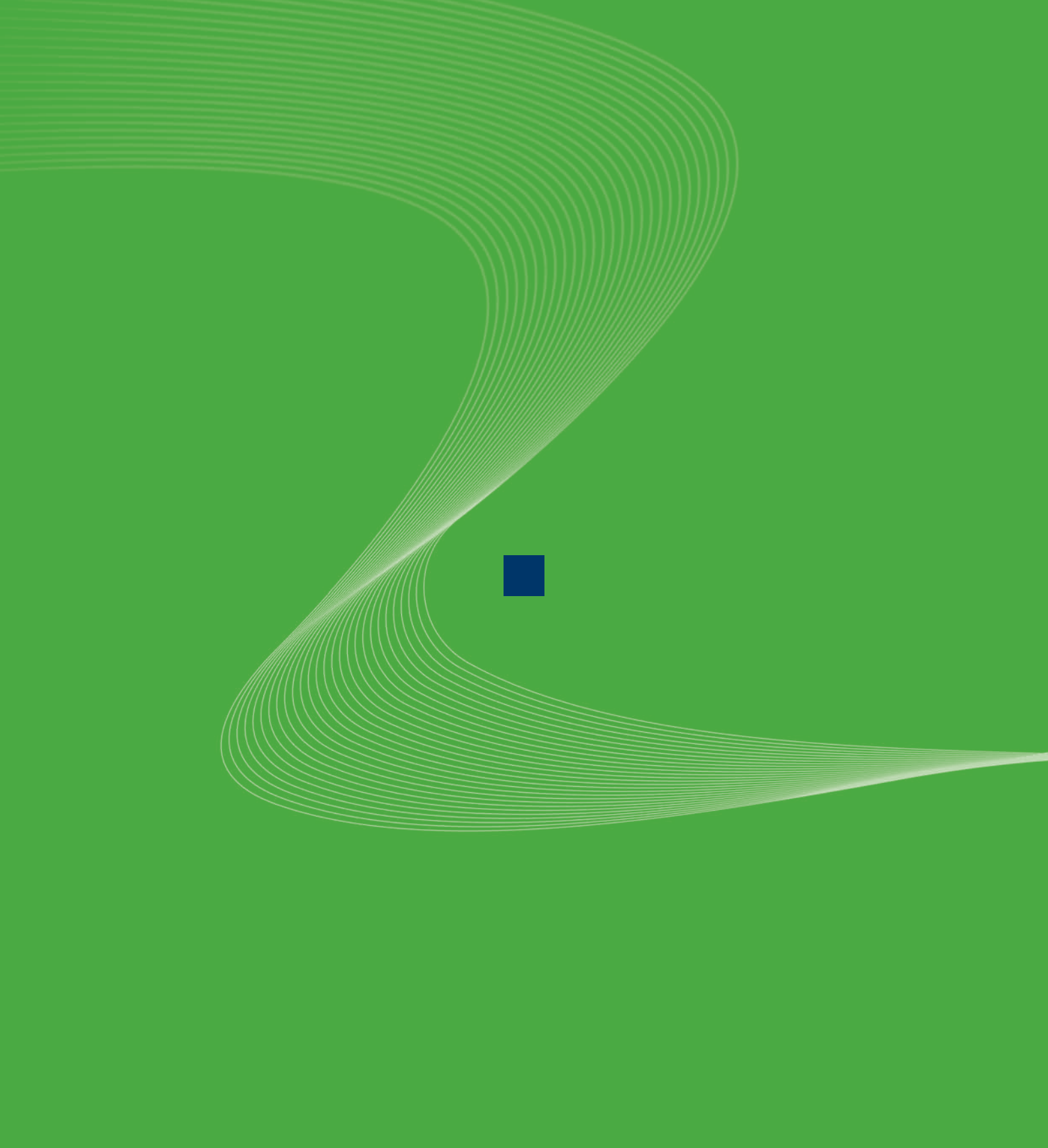
LÍNEA DE ACCIÓN 5 - SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Objetivo General	Objetivos Específicos
<p>Diseñar e implantar un Sistema de Información sobre cáncer que permita analizar la magnitud de los factores de riesgo y evaluar cada una de los grandes áreas de intervención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar el desarrollo progresivo de los registros de cáncer hospitalarios. • Impulsar el desarrollo de estudios y análisis de mortalidad e incidencia elaborados por la Red de Registros de cáncer de Castilla-La Mancha. • Desarrollar otras fuentes de información para la monitorización y evaluación de las actuaciones previstas en este Plan.

LÍNEA DE ACCIÓN 6 - INVESTIGACIÓN

Objetivo General	Objetivos Específicos
<p>Promover la investigación oncológica en Castilla-La Mancha.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la conexión e interrelación entre la investigación básica, clínica y epidemiológica. • Ampliar la financiación para la investigación oncológica. • Facilitar la coordinación y colaboración con otros centros de investigación del cáncer. • Promover la investigación clínica de calidad con especial énfasis en la investigación multicéntrica, interdisciplinar e interinstitucional, que abarque los diferentes ámbitos de la atención oncológica





CAPÍTULO SEIS



EVALUACIÓN Y COORDINACIÓN DEL PLAN





6_ EVALUACIÓN Y COORDINACIÓN DEL PLAN

Evaluación del Plan

Para la evaluación de los objetivos y actuaciones previstas se elaborará en el primer año de ejecución del Plan un panel de indicadores cuantitativos y cualitativos, en idoneidad a las necesidades de información y las fuentes de fuentes de información disponibles en el contexto del Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha.

Con carácter complementario podrán realizarse estudios de evaluación y seguimiento del plan, o de aquellas actuaciones específicas que así lo requieran.

Coordinación del Plan

Para desarrollar las actuaciones previstas en el periodo estimado – implantación, seguimiento y evaluación – el Plan deberá dotarse de una estructura de coordinación propia. Esta estructura de coordinación estará integrada por las siguientes comisiones y grupos de trabajo.



Comisión Asesora Científico-Técnica

A propuesta de SESCOAM y dependiendo de la Dirección del Plan se creará una Comisión Asesora Científico-Técnica como órgano de consulta y apoyo técnico, integrada por profesionales, Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes vinculadas con la atención de las enfermedades oncológicas.

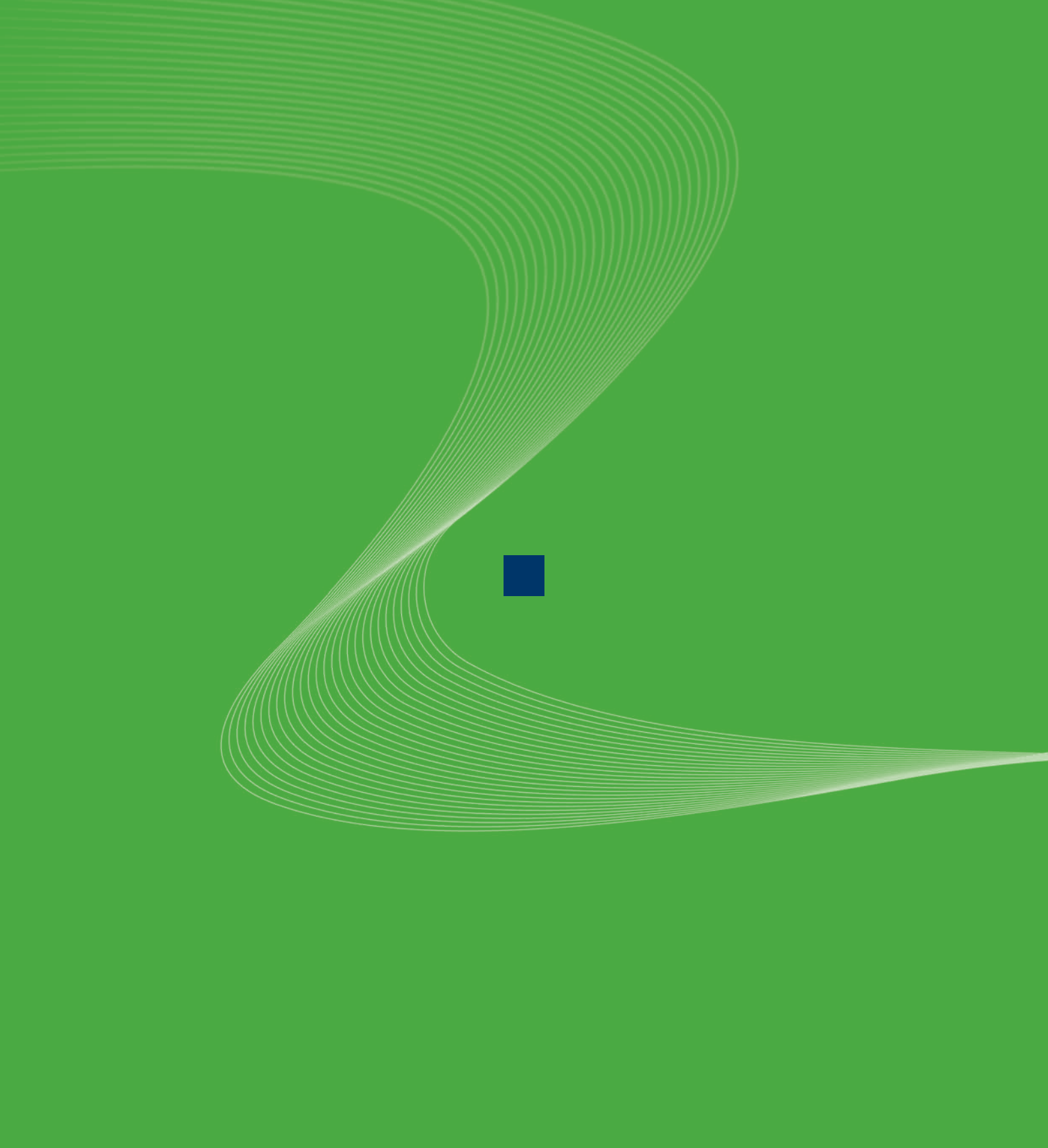
Comisiones Técnicas Oncológicas de Área

Las diferentes acciones planteadas deben tener una contextualización en el ámbito organizacional y social de cada área de salud, para garantizar el seguimiento y la evaluación de las mismas. Con este objetivo se crea la Comisión Técnica Oncológica de Área como espacio de participación de profesionales, pacientes y ciudadanía que deberá impulsar la puesta en marcha del plan, el seguimiento y evaluación de los objetivos en el ámbito de actuación del Área de Salud.

Esta comisión vinculada a la Gerencia de Área estará integrada por profesionales (medicina y enfermería) de los servicios clínicos más vinculados en el proceso de atención a las enfermedades oncológicas y a la continuidad de cuidados y responsables en la toma de decisiones en el área. Además se deberá incorporar una representación de las organizaciones de pacientes y asociaciones de voluntariado y ayuda mutua que trabajen en el área de salud.

Grupos de trabajo AD HOC

La Dirección del Plan, a través de la Comisión Asesora Científico-Técnica propondrá la creación de grupos de trabajo para el estudio, consulta y elaboración de proyectos concretos sobre aquellos temas que durante el periodo de vigencia del plan se consideren pertinentes.



A N E X O S



ANEXOS





ANEXO 1

GRUPO DE EXPERTOS

Adoración Arroyo Arroyo	Sección de Epidemiología de Enfermedades no Trasmisibles	Instituto de Ciencias de la Salud
Amaya Olaverri Hernández	Oncólogo Médico	H. Virgen de la Luz. Cuenca
Antonia Santos Azorín	Jefa de Sección Técnica. Servicio de Epidemiología	Dir. Gral. Salud Pública y Participación.
Antonio de Lucas Veguillas	Registro de Cáncer de Castilla-La Mancha	Unidad de Talavera
Antonio Fernández Aramburo	Oncólogo Médico	H. Gral. de Albacete
Antonio Mateos Ramos	Registro de Cáncer de Castilla-La Mancha	Unidad de Albacete
Begoña Pérez Garrido	Registro de Cáncer de Castilla-La Mancha	Unidad de Talavera
Carmen García Colmero	Registro de Cáncer de Castilla-La Mancha	Unidad de Toledo
Cristina Ramirez Córcoles	Registro de Cáncer de Castilla-La Mancha	Unidad de Albacete
Enrique Almar Marqués	Registro de Cáncer de Castilla-La Mancha	Unidad de Albacete
Esther Bermejo Ananz	Sección de Epidemiología de Enfermedades no Trasmisibles	Instituto de Ciencias de la Salud
Gonzalo Gutiérrez Ávila	Jefe de Servicio de Epidemiología	Dir. Gral. de Salud Pública y Participación



Inmaculada Moreno Alía	Jefe de Sección. Servicio de Epidemiología	Dir. Gral. de Salud Pública y Participación
Javier Cassinello Espinosa	Oncólogo Médico	H. G. U. deGuadalajara
Javier Espinosa Arranz	Oncólogo Médico	H. Gral. Ciudad Real.
Jesús M ^a Herranz del Molino	Registro de Cáncer de Castilla-La Mancha.	Unidad de Guadalajara
José García Rodríguez	Registro de Cáncer de Castilla-La Mancha	Unidad de Toledo
José María Díaz García	Registro de Cáncer de Castilla-La Mancha	Unidad de Cuenca
Juan Carlos Gómez García	Jefe de Servicio de Hematología	C. H. U. de Albacete
Luis Felipe Casado Montero	Servicio de Hematología	C. H. de Toledo
Luis Pérez Romasanta	Servicio de Oncología Radioterápica	H. Gral. de Ciudad Real
M ^a Rosario Jiménez Chillarón	Registro de Cáncer de Castilla-La Mancha	Unidad de Cuenca
Manuel Andrés Aguayo Marcos	Oncólogo Radioterapeuta	C. H. U. de Albacete
María Mar Muñoz Sánchez	Oncólogo Médico	H. Virgen de la Luz. Cuenca
Marta Sedano Valdivieso	Técnico. Servicio de Epidemiología	Dir. Gral. de Salud Pública y Participación
Matilde Chico Mena	Registro de Cáncer de Castilla-La Mancha	Unidad de Ciudad Real
Mauro Javier Oruezabal Moreno	Oncólogo Médico	C. H. La Mancha Centro
Miguel Ángel García Sánchez	Jefe de Servicio de Información Sanitaria	Dir. Gral. Evaluación e Inspección
Pilar Gregorio Moreno	Sección de Epidemiología de Enfermedades no Trasmisibles	Instituto de Ciencias de la Salud
Rosa Velasco Bernardo	Servicio de Pediatría	C. H. de Toledo
Sonia Humanes Aparicio	Asesora de Enfermería. Servicio de Epidemiología	Dir. Gral. Salud Pública y Participación



ANEXO 2

LISTADO DE ASOCIACIONES

ENTIDAD	DIRECCIÓN / C.P.	TFNO.	E-MAIL
Asociación Española contra el Cáncer. Junta de Toledo	C/ Duque de Lerma, 17 45004 - Toledo	925 22 69 88	toledo@aecc.es
Asociación Española contra el Cáncer. Junta de Cuenca	C/ Antonio Maura, 1 - 2ºD Cuenca	969 21 46 82	cuenca@aecc.es
Asociación Española contra el Cáncer. Junta Provincial de Guadalajara	Plaza de Santo Domingo, 10 19001 - Guadalajara	949 21 46 12	guadalajara@aecc.es
Asociación Española contra el Cáncer. Junta Provincial de Albacete	C/ Alabarderos, 1 02004 - Albacete	967 50 81 57	albacete@aecc.es
Asociación Española contra el Cáncer. Junta Provincial de Ciudad Real	C/ Olivo, 11 bajo 13002 - Ciudad Real	926 21 32 97	ciudadreal@aecc.es
Representantes Asociación Española de Radioterapia y Oncología			
Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Castilla-La Mancha	Centro de Salud de Hellín 02400 - Hellín (Albacete)	967 30 03 63	maxalt10@terra.es
Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Castilla-La Mancha	Centro de Salud Zona VI 02006 - Albacete	967 21 93 66	aruizpe@ono.es



ENTIDAD	DIRECCIÓN / C.P.	TFNO.	E-MAIL
Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Castilla-La Mancha	Centro de Salud Zona VI 02006 - Albacete	967 21 93 66	aruizpe@ono.es
Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Castilla-La Mancha	Unidad de Medicina Paliativa. Hospital Universitario Ntra. Sra. Del Perpetuo Socorro. C/ Seminario, 4 02006 - Albacete	967 59 76 47 - 49	paliativos@lycos.es
Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Castilla-La Mancha	Unidad de Medicina Paliativa. Hospital Universitario Ntra. Sra. Del Perpetuo Socorro. C/ Seminario, 4 02006 - Albacete	967 59 76 47 - 49	paliativos@lycos.es
Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Centro Sede	C/ Dr. Mazuecos, 14 13600 - Ciudad Real	926 54 55 59	alcazardesanjuan. ciudadreal@aecc.es
Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Castilla-La Mancha	C/ Dr. Mazuecos, 14 13600 - Ciudad Real	926 54 55 59	alcazardesanjuan. ciudadreal@aecc.es
Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Junta Provincial AECC	C/ Olivo, 11 bajo 13002 - Ciudad Real	926 21 32 97	ciudadreal@aecc.es
Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Junta Provincial AECC	C/ Olivo, 11 bajo 13002 - Ciudad Real	926 21 32 97	ciudadreal@aecc.es
Cuidados Paliativos de Atención Domiciliaria al Enfermo Terminal. Hospital Virgen de la Luz	C/ Hermandad Donantes de Sangre 16002 - Cuenca	969 18 99 00 ext 2900	
Cuidados Paliativos de Atención Domiciliaria al Enfermo Terminal. Hospital Virgen de la Luz	C/ Hermandad Donantes de Sangre 16002 - Cuenca	969 18 99 00 ext 2900	
Cuidados Paliativos de Atención Domiciliaria al Enfermo Terminal. AECC-SESCAM. Hospital Virgen de la Salud	C/ Barcelona, s/n módulo 3 45004 - Toledo	925 26 92 00 ext 49681	
Cuidados Paliativos de Atención Domiciliaria al Enfermo Terminal. AECC-SESCAM. Hospital Virgen de la Salud	C/ Barcelona, s/n módulo 3 45004 - Toledo	925 26 92 00 ext 49681	
Asociación de Afectadas de Cáncer de Mama AMAC	C/ del Cura, 5 - 2º dcha. 02001 - Albacete	967 66 91 41	amacab@ono.com



ENTIDAD	DIRECCIÓN / C.P.	TFNO.	E-MAIL
Asociación de Familias de niños con Cáncer de Castilla-La Mancha AFANION	C/ Bernabé Cantos, 19 - 3º B 02003 - Albacete	967 51 03 13	
Asociación de Mujeres afectadas de cáncer de mama AMUMA	C/ Alarcos, 12, puerta 6 13002 - Ciudad Real	926 21 65 79	info@amuma.org
Asociación de mujeres afectadas de Cáncer de Mama "Santa Agueda"	C/ Cuesta, 16 13500 - Puertollano (Ciudad Real)	926 41 31 09	sagueda@gmail.com
Asociación Cáncer	Avda. Antonio Huertas, 11 13700 - Tomelloso (Ciudad Real)	926 51 12 90	
Asociación de Afectadas de Cáncer de Mama Rosae	Avda. 1º de julio, 46 apdo. correos 160 13300 - Valdepeñas (Ciudad Real)	926 31 01 18 615 112 169	rosae_org@terra.es
Asociación Española contra el Cáncer	Plaza Juan de Herrera, 2 45600 - Talavera de la Reina (Toledo)	925 81 66 48	
Asociación de apoyo a afectados por cáncer en la comarca de Sonseca	Apto. De Correos 116 45100 - Sonseca		





ANEXO 3

RELACIÓN DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

TABLAS

- Tabla 1. Número de habitantes según sexo España y Castilla-La Mancha (1 enero 2006)
- Tabla 2. Indicadores de envejecimiento España y Castilla-La Mancha (1 enero 2006)
- Tabla 3. Registro de Voluntades Anticipadas (RDVA)
- Tabla 4. Número de Hospitales y Camas Instaladas según dependencias funcional
- Tabla 5. Unidades asistenciales de atención al cáncer y otros servicios clínicos de diagnóstico y tratamiento relacionados
- Tabla 6. Equipamiento en alta tecnología de los hospitales de Castilla-La Mancha
- Tabla 7. Nº de equipos por 100.000 habitantes 2006. Total en Castilla-La Mancha
- Tabla 8. Actividad Asistencial Oncológica
- Tabla 9. Número total de altas hospitalarias. Procesos neoplásicos
- Tabla 10. Tasa de Altas estandarizadas por 100.000 habitantes
- Tabla 11. Altas estandarizadas/100.000 habitantes en Hombres



- Tabla 12. Altas mujeres/100.000 habitantes
- Tabla 13. Porcentaje de neoplasias atendidas en los Hospitales de Albacete y Toledo en relación con total de diagnósticos en la Comunidad
- Tabla 14. Pacientes incluidos en los protocolos de atención a pacientes terminales, inmovilizados y seguimiento de alta hospitalaria

FIGURAS

- Figura 1. Mapa Sanitario por áreas de salud de Castilla-La Mancha

GRÁFICOS

- Gráfico 1. Pirámide de población de Castilla-La Mancha a 1 de enero de 2006
- Gráfico 2. Evolución del índice de Rosset Castilla-La Mancha, 1971 – 2006
- Gráfico 3. Porcentaje de Defunciones y de PAVP por Grandes Grupos de Causas Castilla-La Mancha, 2002–2004 (Hombres)
- Gráfico 4. Porcentaje de Defunciones y de PAVP por Grandes Grupos de Causas Castilla-La Mancha, 2002–2004 (Mujeres)
- Gráfico 5. Tasa Bruta Anual de Mortalidad por Tumores. España y Castilla-La Mancha, 1980–2004 (Hombres)
- Gráfico 6. Tasa Bruta Anual de Mortalidad por Tumores. España y Castilla-La Mancha, 1980–2004 (Mujeres)
- Gráfico 7. Tasa Ajustada Anual de Mortalidad por Tumores España y Castilla-La Mancha, 1980–2004 (Hombres)
- Gráfico 8. Tasa Ajustada Anual de Mortalidad por Tumores España y Castilla-La Mancha, 1980–2004 (Mujeres)
- Gráfico 9. Tasas Específicas de Mortalidad por Tumores. Castilla-La Mancha, 1980–2004 (Hombres)
- Gráfico 10. Tasas Específicas de Mortalidad por Tumores. Castilla-La Mancha, 1980–2004 (Mujeres)



- Gráfico 11. Porcentaje del N° de Defunciones y de APVP por Tumores. Castilla-La Mancha, 2000–2004 (Ambos Sexos)
- Gráfico 12. Tasas Brutas por 100.000 Htes. de Incidencia de Tumores. Castilla-La Mancha, 1991–2002
- Gráfico 13. Tasas Específicas de Incidencia de Tumores Malignos según Sexo. Castilla-La Mancha, 1997–2001
- Gráfico 14. Tumores más frecuentes en ambos sexos
- Gráfico 15. Tumores más frecuentes en hombres
- Gráfico 16. Tumores más frecuentes en mujeres
- Gráfico 17. Tendencia de la Tasa Ajustada de Mortalidad por Cáncer de Mama, Castilla-La Mancha, 1980–2004 (Mujeres)
- Gráfico 18. Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama. Castilla-La Mancha y España, 2000–2004 (Mujeres)
- Gráfico 19. Tasas Ajustadas de Mortalidad por Cáncer de Mama. Castilla-La Mancha y España, 2000–2004 (Mujeres)
- Gráfico 20. Tasa Bruta Anual de Mortalidad por Cáncer de Colon y Recto. Castilla-La Mancha, 1980–2004
- Gráfico 21. Tasas de Mortalidad por Cáncer de Colon y Recto. Castilla-La Mancha, 2000–2004
- Gráfico 22. Tasas Específicas de Mortalidad por Cáncer de Próstata Castilla-La Mancha y España, 2000–2004
- Gráfico 23. Tasas de Mortalidad por Cáncer de Útero y Ovario. Castilla-La Mancha, 2000–2004
- Gráfico 24. Número de camas por 100.000 habitantes
- Gráfico 25. Número de TAC, RMN, GAM, HEMO, ASD, LEOC, ALI y BCO según su dependencia funcional
- Gráfico 26. Número de MAMc, MAMd, DO, RVI, ELF, BQT, SM y P según su dependencia funcional 2006.
- Gráfico 27. Número de equipos por 100.000 habitantes
- Gráfico 28. Tasas Específicas de Incidencia de Cáncer de Mama, Castilla-La Mancha, 1991 – 2002
- Gráfico 29. Tasas Específicas de Incidencia de Cáncer de Útero, Castilla-La Mancha, 1991 – 2002
- Gráfico 30. Tasas Específicas de Incidencia de Cáncer de Colon y Recto, Castilla-La Mancha, 1991 – 2002
- Gráfico 31. Tasas Específicas de Incidencia de Cáncer de Próstata, Castilla-La Mancha, 1991 – 2002





ANEXO 4

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- ABFyC:** Asociación de Bioética Fundamental y Clínica
- AECC:** Asociación Española Contra el Cáncer
- AEN:** Asociación Española de Neuropsiquiatría
- ASCAMPAL:** Asociación Castellanomanchega de cuidados paliativos.
- ASEICA:** Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer
- C-LM:** Castilla-La Mancha
- CNIO:** Centro Nacional de Investigación Oncológica
- ESR:** Sociedad Europea de Radiología
- FEPNC:** Federación Española de Niños con Cáncer
- FESEO:** Federación de Sociedades Españolas de Oncología
- FESNAD:** Federación de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- RECAS:** Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria
- SEAP:** Sociedad Española de Anatomía Patológica
- SECO:** Sociedad Española de Cirugía Oncológica



- SECPAL:** Sociedad Española de Cuidados Paliativos
- SEEO:** Sociedad Española de Enfermería Oncológica
- SEGG:** Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
- SEMERGEN AP:** Sociedad Española de los Médicos de Atención Primaria
- SEMFYC:** Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
- SEMI:** Sociedad Española de Medicina Interna
- SEMN:** Sociedad Española de Medicina Nuclear
- SEOM:** Sociedad Española de Oncología Médica
- SEOP:** Sociedad Española de Oncología Pediátrica
- SEOR:** Sociedad Española de Oncología Radioterápica
- SEPAR:** Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica
- SEPO:** Sociedad Española de PsicoOncología
- SERAM:** Sociedad Española de Radiología Médica
- SESCAM:** Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
- SNS:** Sistema Nacional de Salud
- SOCAM:** Sociedad Científico–Médica Oncológica Castellano–Manchega

