



**Plan Integral de  
Control del Cáncer  
de la  
Comunidad de Madrid**



## Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid

Enero de 2007

 Índice

|    |                                      |
|----|--------------------------------------|
| 6  | Presentación.                        |
| 8  | Resumen ejecutivo.                   |
| 16 | Introducción.                        |
| 26 | Análisis de la situación.            |
| 50 | Objetivos para el periodo 2007-2008. |
| 66 | Cronograma.                          |
| 78 | Participantes.                       |

Las enfermedades oncológicas son algunas de las patologías más frecuentemente diagnosticadas en las sociedades avanzadas y desarrolladas, como la Comunidad de Madrid.

Sólo en nuestra Región se diagnostican más de 23.000 nuevos casos de cáncer al año y se registran alrededor de 12.000 muertes por este motivo.

Esta cifra convierte al cáncer en la segunda causa de mortalidad, después de las enfermedades del aparato circulatorio. De hecho, es responsable de los fallecimientos del 23,12% de las mujeres y del 33,5% de los varones, para quienes es la enfermedad que origina un mayor número de muertes.

Esta elevada morbi-mortalidad se mantendrá con seguridad en los próximos años, dado que la mayor esperanza de vida que disfrutamos hoy en día tiene como contrapartida el incremento inevitable de la incidencia de estas patologías.

Pero también es cierto que en los últimos tiempos hemos avanzado enormemente en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad, hasta el punto de que en la actualidad la tasa de supervivencia a los cinco años del diagnóstico se sitúa ligeramente por encima del 60%, con una evolución positiva y sostenida a lo largo de las últimas décadas.

Asimismo, hemos sido capaces de avanzar de forma muy significativa en la mejora de la calidad de vida de los enfermos, gracias a la aplicación de tratamientos menos agresivos.

A pesar de esos avances, es evidente que queda todavía un largo camino por recorrer, tanto en prevención como en asistencia, para conseguir diagnósticos más tempranos y garantizar en todo momento la aplicación de las terapias y protocolos más actuales.

Por este motivo, y debido también a la creciente complejidad de las actuaciones necesarias, el Gobierno de Madrid ha considerado necesario diseñar un marco que tome como punto de partida los importantes avances ya obtenidos y permita definir y ordenar claramente las acciones que debemos emprender en los próximos años para mejorar el abordaje de esta enfermedad.

El fruto de este esfuerzo, en el que han colaborado también un elevado número de profesionales del Sistema Sanitario y las principales sociedades científicas, es el Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid, que tiene usted ahora en sus manos.

Este nuevo Plan es un documento coherente, alineado con los planteamientos de las organizaciones internacionales y que se inserta en el marco de la estrategia definida por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con las particularidades y adaptaciones necesarias para nuestra Comunidad.

Por estos motivos, estoy plenamente convencida de que en los años venideros, conforme se vayan poniendo en marcha las acciones previstas, serán evidentes los nuevos e importantes avances en la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de los enfermos de cáncer.



**ESPERANZA AGUIRRE GIL DE BIEDMA**  
PRESIDENTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

## Introducción

Cada año, en la Comunidad de Madrid unas 23.000 personas son diagnosticadas de cáncer y otras 11.000 fallecen por esta enfermedad. Estas cifras podrían disminuir con una mejor prevención, una mejor detección precoz y un mejor tratamiento y cuidados.

El Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid (PICC) se formula alrededor de una planificación de cuidados asistenciales y está dirigido a mejorar el rendimiento de los servicios, con el fin de obtener una mayor eficiencia de los mismos. Interviene en la organización y en la gestión, con vistas a mejorar la efectividad de los actos médicos. Actúa, de esta forma, sobre los resultados que mejoran los niveles individuales de salud.

Por otro lado, refuerza y coordina las actuaciones que en materia de Salud Pública se vienen realizando en la prevención del cáncer. En este sentido, refleja y se ve influenciado por la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.

Este Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid es el primer abordaje integral que se realiza en nuestra región en este ámbito.

La andadura se inicia en forma de norma, con la publicación, el día 31 de marzo de 2006, en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, de la ORDEN 577/2006 de 14 de marzo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las directrices para la elaboración del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid y se crean el Comité Director y la Comisión Asesora.

Los objetivos definidos para el Plan son los siguientes:

- Reducir las disparidades en el riesgo de padecer la enfermedad y en el acceso a los servicios preventivos y clínicos de calidad.
- Lograr la mejor atención posible a los pacientes con cáncer.
- Rehabilitar, reinsertar socialmente y paliar el sufrimiento a quienes padecen la enfermedad.
- Fortalecer los sistemas de información sobre el cáncer. Mejorar la información a los pacientes, familiares, profesionales y gestores.
- Fomentar la investigación.

Para ello, define las siguientes Áreas de Intervención:

- Promoción de hábitos saludables y prevención de factores de riesgo.
- Detección precoz e identificación de personas con aumento del riesgo de padecer la enfermedad.
- Asistencia a los pacientes con cáncer.
- Rehabilitación y cuidados paliativos.
- Sistemas de información.
- Investigación.

## Situación actual

Sabemos que en las últimas décadas el impacto de la mortalidad por cáncer ha disminuido de forma considerable. En el hombre, los índices de mortalidad por cáncer de pulmón han disminuido, al igual que las tasas de fumadores. En la mujer, las tasas de mortalidad por cáncer de mama han dejado de crecer y parece que comienzan a disminuir, mientras el cáncer cervical se mantiene en unas cifras de mortalidad mínimas.

Como resultado de la actividad asistencial, las tasas de supervivencia en la Comunidad de Madrid para algunos cánceres mejoran los datos nacionales, en especial en el caso de los tumores infantiles.

Al igual que en otros países, esto suele justificarse como fruto de la mejora de los tratamientos, de los Programas de Detección Precoz, de la mejor educación sanitaria de la población y de la investigación, que nos ha proporcionando los argumentos para esta mejora continuada en todas estas áreas.

## Reduciendo el riesgo de desarrollar un cáncer: *Prevención y Promoción de la Salud*

Las acciones que formula el PICC contribuyen a desarrollar los objetivos específicos del Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo

2005-2007 que son: facilitar que los fumadores abandonen el hábito, reducir el número de los que lo adquieren y disminuir la proporción de población expuesta al aire contaminado por humo de tabaco. Para reforzarlos, diseña una nueva acción, que consiste en financiar el tratamiento farmacológico a la población que quiera dejar de fumar, según los criterios que defina la Consejería de Sanidad y Consumo.

Partiendo de lo que recoge el Plan Integral de Alimentación y Nutrición, que busca mejorar los hábitos alimentarios, la dieta y el estado nutricional de los madrileños por medio de acciones de ámbito comunitario, educativo, sanitario, empresarial y de carácter formativo e investigador, el PICC lo fortalece incorporando acciones para que la información y formación lleguen a las corporaciones locales, los medios de comunicación audiovisuales, los sectores sociales más desfavorecidos y los trabajadores de las empresas. Se programa, además, la elaboración de un diagnóstico de situación de presencia de máquinas expendedoras de alimentos en los centros escolares de la Comunidad de Madrid.

El PICC hace suyo el Plan Estratégico 2006-2009 de la Agencia Antidroga, que incluye como objetivo la eliminación o la reducción del consumo de alcohol en la población joven y la reducción del consumo de alcohol en la población adulta.

El problema creciente del sedentarismo en nuestra sociedad, unido a las limitaciones en los recursos existentes para su prevención y a la necesidad de una adecuada coordinación entre los organismos implicados en la promoción de la actividad física, llevan al PICC a plantear un Plan Regional de Promoción de la Actividad Física que mejore el abordaje de este problema, impulsando la implantación de programas de promoción de actividad física en los diferentes sectores clave (educativo, comunitario, sanitario y laboral), mediante la optimización de recursos y la creación de alianzas con responsables en estos ámbitos.

La prevención de contagios de los principales agentes relacionados con el cáncer (virus de la hepatitis B y C y virus del papiloma humano) en la Comunidad de Madrid se realiza por medio del control de la sangre y de los hemoderivados; la vacunación frente a la hepatitis B; la vigilancia y la disminución de los riesgos de accidentes biológicos; el control de los tatuajes y de perforaciones corporales; el programa de reducción de daños de usuarios de droga del Plan Estratégico de la Agencia Antidroga y la prevención de infecciones de transmisión sexual en los planes de Atención Sanitaria a la Sexualidad Juvenil y de Actuaciones Frente al VIH-SIDA en la Comunidad de Madrid.

En el apartado de prevención medioambiental del cáncer, el PICC ha priorizado aquellos elementos que incluye el Código Europeo Contra el Cáncer. En particular y respecto a la prevención del cáncer de piel, formula acciones para difundir información sobre el riesgo de exposición excesiva a los rayos ultravioleta y la necesidad de aumentar el control de los centros de bronceado.

Frente a la exposición a productos químicos carcinógenos, presenta actuaciones de información y formación; vigilancia y control de la distribución y uso de preparados peligrosos; y valoración de la exposición de la población general. El PICC considera también relevante estudiar la exposición al radón de la población, su peso en la aparición del cáncer de pulmón en la Comunidad de Madrid y la utilidad de las medidas de protección existentes frente al mismo.

En cuanto a los trabajadores expuestos a sustancias carcinógenas, el PICC arbitra medidas para conocer su número, mejorar el seguimiento de su salud, realizar acciones de promoción de la misma y, específicamente, favorecer el abandono del hábito tabáquico.

Como acción transversal a todos los factores considerados, el PICC llevará a cabo la difusión del Código Europeo Contra el Cáncer entre la población general.

### **Detectando el cáncer de forma temprana: Diagnóstico precoz**

Los procesos oncológicos que se han determinado como susceptibles de ser diagnosticados precozmente, de acuerdo con el conocimiento científico actual, son el cáncer de mama, el de cervix o cuello de útero y el de colon y recto. Éstos deben contar con actuaciones específicas de diagnóstico precoz e identificación de personas con aumento del riesgo de padecer la enfermedad.

Se establecerán acciones específicas dirigidas a la población que presenta una predisposición genética a padecer cáncer.

Se facilitará la detección temprana del cáncer de mama en las mujeres de la Comunidad de Madrid, garantizando la existencia de programas de cri-

bado con carácter poblacional y su continuidad en el tiempo, para las mujeres de entre 50 y 69 años de edad, sobre la base de una mamografía bilateral en doble proyección y con una periodicidad bienal, con el objetivo de lograr una participación del 70% de la población invitada.

De igual manera, se facilitará un seguimiento específico e individualizado a toda mujer que o bien presente sospecha de patología mamaria o bien tenga un riesgo aumentado de padecerla, determinado por los procedimientos y criterios que se establezcan en razón de la evidencia científica y cumpliendo con la necesidad de justificación razonada de la utilización de pruebas diagnósticas radiológicas.

Se establecerán criterios específicos de seguimiento particular para aquellas mujeres con antecedentes de Hiperplasia Epitelial Atípica (HEA) o Carcinoma Lobulillar in Situ (CLS).

El PICC contempla adecuar las actividades de prevención en cáncer de cuello de útero al conocimiento científico del momento, actualizándolas y mejorando su efectividad y cobertura. Presenta como objetivos específicos el garantizar a la población femenina programas organizados en función del riesgo personal, que detecten tempranamente lesiones premalignas o malignas en el cuello de útero, y asegurar que el 80% de la población femenina entre 40 y 50 años tenga una citología realizada en los últimos 5 años.

Dentro de las actividades de detección precoz de cáncer de colon y recto, el Plan propone priorizar las acciones que permitan la agilización del diagnóstico precoz de los pacientes con síntomas sospechosos y la atención y seguimiento de las familias con riesgo. Esta prioridad no implica que no se deban organizar de forma controlada programas específicos dirigidos a la población sana, pero siempre deberán encuadrarse en el marco definido de programas piloto muy controlados.

En relación al cáncer hereditario-consejo genético, el PICC tiene como objetivo disminuir la incidencia y la mortalidad por cáncer en aquellas personas con una predisposición genética a padecer cáncer hereditario, mediante la identificación de tales individuos antes de que se desarrolle la enfermedad. Se trata de facilitarles un programa completo de prevención, detección precoz, tratamiento y seguimiento en tiempo adecuado. Las acciones deberán ir encaminadas a implantar sólidamente el Programa de Detección y Asesoramiento en cáncer familiar, de forma general e idéntica en

toda la Comunidad. A lo largo del año 2007 se establecerán las bases generales de implantación de dos Unidades de Referencia y la evaluación de todos los procesos relacionados con el cáncer de mama y colon y recto hereditarios. Posteriormente se irán incorporando las otras patologías.

### **Mejorando los servicios de diagnóstico y tratamiento: Asistencia sanitaria**

El PICC enfatiza la necesidad de normalización asistencial y trabajo multidisciplinario como ejes determinantes que garanticen la equidad en la Asistencia Sanitaria para los ciudadanos. Para ello, considera que los pacientes deben recibir asistencia sanitaria mediante la aplicación de guías clínicas o protocolos de diagnóstico y tratamiento, aplicados por Comités de Tumores y en centros que cuenten con Registros de Tumores. Finalmente, el proceso de alta debe ser acompañado de un informe global del tratamiento recibido, enmarcado dentro de un proceso de asistencia continuada e incluyendo los aspectos específicos de los cuidados de enfermería.

En este mismo sentido, el PICC contempla la necesidad de analizar los procesos asistenciales que garanticen el criterio de "puerta de entrada" en los centros con internamiento y crea la figura del gestor de casos, muy involucrado en la información al paciente.

Simultáneamente, el PICC propone que los centros que tratan enfermos oncológicos desarrollen un sistema de evaluación de resultados que les permita conocer los logros obtenidos, con vistas a introducir la mejora continua en su asistencia.

En la asistencia de niños y adolescentes, el PICC introduce el criterio de asistencia en unidades específicas acreditadas, lo cual permite introducir una nueva forma organizativa que garantiza la asistencia homogénea y que es una magnífica herramienta de desarrollo y calidad. Así, se considera como objetivo fundamental en este ámbito que la atención a los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer se realizará en Unidades Multidisciplinares de Oncología Pediátrica (UOP).

Finalmente, el PICC propone que para los tipos tumorales más frecuentes se establezcan mapas de procesos que garanticen unos tiempos máximos de asis-

tencia en todas las fases del diagnóstico y tratamiento, de cumplimiento en toda la Comunidad y que garantice una asistencia continuada de la mejor calidad.

El conjunto de estos aspectos parece que justifican la necesidad de que cada centro hospitalario, bajo la responsabilidad de su Dirección Gerencia, defina la política oncológica global del centro, dentro de los criterios y normas generales determinadas por el Servicio Madrileño de Salud.

### **Viviendo con el cáncer: Rehabilitación y cuidados paliativos**

El PICC propone que la atención sanitaria tiene que implantar actuaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida durante todo el proceso asistencial, tanto desde el punto de vista físico como desde una perspectiva psicosocial y emocional en su entorno familiar, facilitando, además, a las familias el apoyo que precisen. Este tipo de asistencia debe incluir los Cuidados Paliativos específicos de su enfermedad, dentro de lo determinado en el campo de la asistencia integral, asegurando una asistencia domiciliar y hospitalaria continuada, con una atención específica para el caso de los niños y los adolescentes.

Es necesario satisfacer el evidente deseo de los ciudadanos, y en particular de los pacientes con cáncer, de recibir información sólida, actualizada y basada en la evidencia científica sobre los diferentes aspectos que afectan a la enfermedad y a sus cuidados.

Los cuidados paliativos constituyen un capítulo preferente en la atención global dispensada a los pacientes. El plan concreta la organización de este tipo de cuidados, en razón de las necesidades específicas de los pacientes oncológicos y haciendo especial hincapié en la normalización de los tratamientos paliativos y su generalización en el sistema.

### **Conociendo el presente: Sistemas de información**

Dado que en la Comunidad de Madrid disponemos de una información diversa y abundante pero dispersa, se comprende la necesidad de acometer

con decisión el desarrollo del sistema de información oncológico denominado Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer de la Comunidad de Madrid (SIDC), en la línea definida por la Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo de 26 de octubre de 2005 y cuyas bases están centradas en la red de registros de tumores de los hospitales públicos y en otras diversas fuentes de información, así como su integración con otros sistemas de información ya en funcionamiento y cuya complementariedad es evidente.

Así, el desarrollo del SIDC y su integración con los sistemas existentes en los diferentes ámbitos asistenciales es considerado como una actividad prioritaria para permitir, por una parte, la propia evaluación continua del Plan y, por otra, un conocimiento más completo del problema del cáncer en la Comunidad de Madrid.

### **Preparando el futuro: Investigación**

Por su carácter horizontal, el área de investigación debe ejercer interacciones directas con todas y cada una de las otras áreas de intervención del Plan Integral de Control del Cáncer. Por eso, su importancia es fundamental. El PICC concluye que la consideración y coordinación conjunta de las diferentes líneas de investigación en cáncer se deben concretar en la puesta en marcha de unidades de investigación integrada en los hospitales, que permitan una interacción funcional y efectiva entre los investigadores y las labores investigadoras a nivel clínico y básico.

Esto debe hacerse favoreciendo el diseño y puesta en marcha de un Plan de Investigación en Biomedicina que incluya el ámbito específico de la Oncología e integrado en el Plan Regional de Investigación Científica y Técnica (PRICYT), de tal manera que permita la consolidación de grupos de investigación estables, no atomizados.

Para el desarrollo de este Plan de Investigación en Biomedicina deberían cumplirse algunos aspectos de los que el más específico es el de la creación de un contexto en que la investigación básica, clínica y epidemiológica estén conectadas y no separadas, constituyendo las Unidades de Oncología de Traslación (UOT). Esto, a su vez, implica la potenciación de redes de centros y/o grupos de calidad en investigación del cáncer que estén interconectados de una manera real y funcional.

El abordaje de un problema de salud tan complejo como el cáncer es difícil y debe realizarse de acuerdo con criterios de continuidad y de mejora. En la Comunidad de Madrid, el cáncer ha sido en 2005 la primera causa de muerte entre los hombres y la segunda entre las mujeres. El conocimiento sobre el proceso oncológico aumenta y se modifica permanentemente, lo que posibilita nuevos tipos de intervención, que han producido en los últimos años un notable aumento de las curaciones y un alargamiento de la supervivencia, a pesar del simultáneo aumento de la incidencia y del número absoluto de muertes.

La repercusión social de este conjunto de enfermedades es indiscutible. Sabemos que nuestra sociedad ha alcanzado logros muy importantes en este ámbito: se han puesto en marcha nuevas actuaciones preventivas y se ha introducido en nuestra actividad asistencial el abordaje multidisciplinar del proceso asistencial.

La mejora de la salud es, sin duda, el principal objetivo de un sistema de salud. Así, aprovechando el valioso acervo de los trabajos anteriores, se trata de acrecentar estos logros, facilitando la armonización de los enfoques particulares que sean complementarios entre sí, intentando concretar esta coordinación de las acciones y actividades. Para ello, se crea una nueva forma de abordaje del problema que asume el concepto de "vía de entrada". Con esto se facilita el acceso del paciente a la resolución de su patología, siempre mediante una aproximación integral a la misma, basada en el trabajo en equipo como herramienta necesaria.

Este marco estratégico trasciende del tradicional interés profesional por el bienestar físico y mental del paciente y adopta una perspectiva mucho más amplia e integradora. Este nuevo marco proporciona un conjunto de instrumentos poderosos e innovadores que pueden ayudar a mejorar los resultados, comprender los factores que los determinan – mejorándolos - y respondiendo así a las necesidades y a las expectativas de salud de la población a la que servimos.

Este gran proyecto deberá perfilar nuestras acciones, ordenar nuestros esfuerzos y alinear nuestros recursos, para dar cumplimiento al precepto constitucional del derecho de todos a la salud.

## Antecedentes

La Comunidad de Madrid siempre ha estado en primera línea en la atención al cáncer. No en vano, el primer centro que integró en su estructura la atención y la investigación del cáncer en los años 20 del siglo XX estuvo ubicado en nuestra Comunidad. Con posterioridad, la numerosa red de hospitales públicos ha desarrollado un excelente nivel de atención sanitaria, al cual contribuyen los centros de investigación básica ubicados en nuestro territorio. En 1989, la Asamblea de Madrid aprobó la recomendación de desarrollar el Plan Regional de Acciones Sanitarias Contra el Cáncer, que ponía en marcha una cierta coordinación entre las dos redes sanitarias existentes en aquel momento en lo relacionado con la oncología. De estos acuerdos se deriva la creación de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica de la Comunidad de Madrid en el año 1992.

La intensidad y el nivel de la acción planificadora dependen en gran parte del modelo sanitario que se adopta. Así, en el caso de la Comunidad de Madrid, el modelo es determinado por la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid de 2001, quedando claramente definido con la fusión del Instituto Madrileño de Salud y el Servicio Madrileño de Salud en el año 2005.

De acuerdo con ello, debemos recordar que una de las más importantes responsabilidades de la administración sanitaria actual reside en establecer orientaciones, determinar fines y definir objetivos hacia los cuales deban tender las acciones sanitarias a desarrollar. Así, mediante la herramienta de la planificación, se ordena el conjunto de acciones que hacen posible lograr los fines que previamente se han propuesto.

## Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid

En general, un Plan es la expresión de la política intersectorial a desarrollar por cualquier organismo gubernamental. La situación actual que presenta la integración en el Servicio Madrileño de Salud de todos los recursos

asistenciales públicos, unidos a la ya existente capacidad normativa y de dispositivos de Salud Pública, exige que las acciones que se quieran desarrollar deban tener una orientación común y coherente, siendo necesario que estos criterios sean transformados en objetivos posibles, bien especificados, coordinados y finalmente evaluados. Para ello, es absolutamente necesario que se produzca una coincidencia de criterios e intereses entre los encargados de la planificación, los gestores y los profesionales.

El Plan Integral de Control del Cáncer en la Comunidad de Madrid debe plantearse con objetivos orientados al ciudadano necesitado de asistencia sanitaria, tal y como se determina en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Así, cualquier mejora producida en los cuidados sanitarios de los diferentes estados de la enfermedad cancerosa se refleja en una mejora de los niveles de salud de la Comunidad.

Si estamos centrados en el ciudadano, únicamente lograremos un alto grado de satisfacción de las personas y el mejor nivel de salud posible si determinamos el grado de bondad del proceso asistencial, incluyendo los resultados medidos tanto en términos de salud individual como en términos de la calidad de los cuidados en sí mismos y en la percepción que de ellos tiene el ciudadano.

Metodológicamente, el abordaje se ha realizado mediante el modelo diseñado por la División de Control del Cáncer, Prevención y Promoción de la Salud del Centro de Control de Enfermedades y Prevención de los Estados Unidos de América del Norte, que resumidamente se identifica con el nombre de The Harmonized Model. Éste se basa en cuatro pasos: 1º) El ajuste de los objetivos necesarios; 2º) La determinación de las estrategias posibles; 3º) La planificación de las estrategias factibles; y 4º) La realización de estrategias eficaces.

### **Fase 1. El ajuste de los objetivos necesarios: ¿Qué deberíamos hacer?**

Se deben determinar unos objetivos adecuados, fundamentalmente en razón de la información disponible. Se deben definir basándose en la necesaria valoración de las cargas que produce la enfermedad, de los factores de riesgo prevalentes y de la capacidad de análisis e información que poseemos en el momento inicial.

Así, un objetivo inicial puede ser el de garantizar la identificación muy precoz de todos los elementos existentes (programas, actividades, etc.) en el ámbito de la enfermedad para facilitar su coordinación e integración.

Para ello, se deben obtener los datos de las necesidades, de los recursos y de cuál es el nivel de los sistemas de información que poseemos. En consonancia con esta información, se debe proporcionar en esta fase un inventario de necesidades y de las lagunas encontradas en servicios y en datos.

Esta primera fase debe tener, al menos, tres áreas de actividad principales:

- a) Establecer las relaciones y los grupos de trabajo.
- b) Identificar los datos disponibles.
- c) Analizar las cargas de la enfermedad, identificar a las poblaciones bajo riesgo, determinar los factores de riesgo responsables, identificar los déficit en los servicios y en los sistemas de información.

### **Fase 2. La determinación de las estrategias posibles: ¿Qué podríamos hacer?**

Se deben determinar las estrategias posibles para obtener los objetivos determinados en la fase anterior, fundamentalmente basándonos en el conocimiento. En general, el plan debe constar de programas e intervenciones bien definidas, pero también puede constar de mejoras en las infraestructuras o dotaciones y el desarrollo de modelos de obtención de nuevos datos.

Esta fase debe ser influenciada de forma determinante por el conocimiento científico y derivada del estado del arte médico y de las ciencias de la conducta.

Esta fase debe trabajar de acuerdo con dos actividades principales:

- a) Revisar la información de la investigación relativa a los factores de riesgo, educación para la salud e intervenciones en la comunidad.
- b) Revisar la información de la investigación relativa a la eficacia, coste-efectividad y demás factores que puedan determinar la calidad de las posibles intervenciones.

### Fase 3. La planificación de las estrategias factibles: ¿Qué puede hacerse?

En este momento, y de acuerdo con lo conocido mediante las dos fases anteriores, se planifican las estrategias que pueden realizarse. Esta fase es fundamental, pues es la plasmación práctica y real del Plan. No se debe caer en el error de proponer actividades inalcanzables o imposibles de cumplir por parte del Sistema Sanitario.

Todas las actividades propuestas deben ser económicamente realizables. Al mismo tiempo, los papeles y las responsabilidades de cada cual deben estar claramente definidas. Todo ello mediante la valoración previa de las capacidades, de los medios, de la experiencia y de los programas o actividades existentes, lo que finalmente define la capacidad de la organización para llevar adelante el papel que se le adjudica en el Plan.

En este sentido, se utilizarán cinco líneas de actividad generales:

- a) Determinar prioridades con criterios posibilistas.
- b) Revisar todos los programas existentes.
- c) Identificar recursos adicionales.
- d) Definir las funciones y las responsabilidades, organizando los abordajes coordinados.
- e) Determinar, si es preciso, la necesidad de nuevos recursos.

### Fase 4. La realización de estrategias eficaces: ¿Qué hemos logrado?

Finalmente, una vez que las funciones y responsabilidades han sido aclaradas, llega el momento de concretar las actividades específicas de intervención, las mejoras estructurales y el desarrollo de los sistemas de información. Este proceso debe ser determinado a la luz de los resultados, es decir, las actividades deben ser conducidas por la necesidad de buenos resultados. La monitorización y la evaluación de las actividades desarrolladas son absolutamente necesarias, para así poder conocer si hemos logrado los resultados que deseábamos.

Para desarrollar estrategias eficaces debemos realizar las siguientes actividades:

- a) Seleccionar las intervenciones adecuadas.
- b) Adaptarlas a la población diana.
- c) Dirigirlas.
- d) Monitorizar y evaluar los resultados.
- e) Este ciclo se repite constantemente, evaluando los progresos, ampliando los programas y su cobertura, si es necesario.

Así pues, el Plan debe definir las áreas prioritarias de actuación y seleccionar las necesidades, formulando objetivos para programas y proyectos concretos que se llevarán a cabo en un tiempo definido de antemano. Por lo tanto, y una vez analizado el estado de la situación, se debe proceder a la definición de los objetivos estratégicos en forma de Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid para, a continuación, pasar a concretar los objetivos tácticos en forma de actuaciones concretas en las áreas definidas.

El Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid se formula alrededor de una planificación de cuidados asistenciales y está dirigido a mejorar el rendimiento de los servicios. Todo ello con el fin de obtener una mayor eficiencia de los mismos, mediante la intervención en la organización y en la gestión, con vistas a mejorar la efectividad de los actos médicos. Actúa, de esta forma, sobre los resultados que mejoran los niveles individuales de salud. Por otro lado, refuerza y coordina las actuaciones que en materia de Salud Pública se vienen realizando en la prevención del cáncer.

Este tipo de documento incluye una estrategia que tiene como objetivo el disminuir el número de nuevos casos de cáncer y reducir la severidad del desarrollo de la enfermedad, mejorando los niveles de calidad de vida de los que padecen cáncer y disminuyendo la probabilidad de morir por esta enfermedad. Todo ello por medio de una aplicación consistente y efectiva del conocimiento existente o bien mediante la generación de nuevos conocimientos por medio de la investigación.

Existen algunas premisas que deben ser conocidas para su utilización en la elaboración de este documento:

- Las estrategias que inciden sobre el cribado, el diagnóstico y el tratamiento reducen la morbilidad y la mortalidad en el corto plazo.

- Facilitar el acceso de los pacientes a los programas de cuidados paliativos producirá un aumento de la calidad de vida sin impacto sobre la mortalidad.
- Las estrategias preventivas pueden lograr una disminución de la incidencia en el largo plazo.
- La investigación mejorará progresivamente los resultados de todas las estrategias de control del cáncer en el medio y largo plazo.

Siguiendo el ejemplo del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña y de la Estrategia Canadiense de Control del Cáncer, se pueden hacer algunas recomendaciones previas:

- El diagnóstico, el tratamiento, la investigación y la formación deben realizarse en centros dedicados específicamente al cáncer.
- Es muy beneficioso el efectuar una concentración de los medios de tratamiento y de los especialistas en un número limitado de centros.
- En estos centros especializados se debe producir un abordaje integral y multidisciplinar de los tratamientos y cuidados.
- Debe existir un sistema de vigilancia del proceso y una monitorización de los resultados, mediante la creación de registros de tumores en todos los centros.

Quedan así definidas las recomendaciones genéricas que deben conformar el espíritu del trabajo. Éstas clasifican claramente al Plan Integral de Control del Cáncer como una herramienta específica para un ámbito determinado, que forma parte de un conjunto mayor pero que tiene sentido también por sí solo, en virtud de la magnitud del problema que abordamos.

De acuerdo con todo esto, el día 31 de marzo de 2006 se publica en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid la ORDEN 577/2006, de 14 de marzo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las directrices para la elaboración del Plan Integral del Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid y se crean el Comité Director y la Comisión Asesora.

## Estructura del Plan

El Plan se articula por medio de la definición de unos objetivos generales que se abordan mediante unas áreas de intervención. Estas áreas temáticas se desarrollan por medio de grupos de trabajo específicos, denominados subcomisiones, donde quedan definidas las acciones que se llevarán a cabo.

Para la realización de esta actividad, la ORDEN 577/2006 prevé la existencia de tres órganos que dependen de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud: el Comité Director del Plan Integral de Control del Cáncer, la Oficina de Coordinación Oncológica y la Comisión Asesora. El Comité Director y la Comisión Asesora tienen naturaleza de órganos colegiados.

Los objetivos del Plan son:

- Reducir las disparidades en el riesgo de padecer la enfermedad y en el acceso a los servicios preventivos y clínicos de calidad.
- Lograr la mejor atención posible a los pacientes con cáncer.
- Rehabilitar, reinserir socialmente y paliar el sufrimiento a quienes padecen la enfermedad.
- Fortalecer los sistemas de información sobre el cáncer y mejorar la información a los pacientes, familiares, profesionales y gestores.
- Fomentar la investigación.

Para ello, define las siguientes Áreas de Intervención:

- Promoción de hábitos saludables y prevención de factores de riesgo.
- Detección precoz e identificación de personas con aumento del riesgo de padecer la enfermedad.
- Asistencia a los pacientes con cáncer.
- Rehabilitación y cuidados paliativos.
- Sistemas de información.
- Investigación.

El Comité Director, como órgano encargado de la dirección y coordinación del Plan, es el responsable de aprobar la propuesta del Plan elaborada por la Comisión Asesora y elevar la misma al órgano competente para su aprobación definitiva. Con posterioridad, realizará la evaluación y el seguimiento de los objetivos y acciones aprobados.

La Comisión Asesora, por su parte, tiene como función elaborar una propuesta de Plan Integral de Control del Cáncer en la Comunidad de Madrid. Esta Comisión Asesora es un órgano de participación, donde están representados miembros de la propia Consejería de Sanidad y Consumo, miembros de Sociedades Científicas implicadas en la oncología y representantes de los pacientes.

En total, han participado en la elaboración de este documento seis subcomisiones y seis grupos de trabajo específicos, lo que significa la implicación de 160 personas y más de 30 reuniones presenciales.

## Descripción del documento

El objetivo de este documento es definir de forma clara el marco de actuación general del Plan, con unos estándares e indicadores de evaluación que aseguren a los pacientes una adecuada prevención, asistencia y seguimiento en cualquiera de las fases de la enfermedad oncológica.

Para ello, se han determinado unos criterios generales de forma consensuada y a partir de ellos se han elegido unos objetivos claros y concretos que deben dar lugar a unas acciones. Por último, se incluyen - cuando es posible - unos indicadores que permiten su evaluación y seguimiento.

Como indica la Orden 577/2006, el Plan se concreta en seis áreas de intervención que han sido desarrolladas por seis diferentes subcomisiones que han trabajado autónomamente, lo que supone, lógicamente, diferentes estilos de abordaje. La labor de estas subcomisiones se concreta finalmente en los objetivos y en las acciones determinadas para el periodo 2007-2008. Es importante destacar que, por su propia concepción, el Plan debe considerarse en permanente adaptación a las circunstancias de cada momento.

Los conceptos generales del Plan se concretan en unos objetivos, que son metas a alcanzar. Por su parte, los puntos críticos son problemas o situaciones que pueden dificultar el alcance de los mismos. Finalmente, las acciones son actividades generales que deben llevarse a cabo. Estas últimas están sujetas a los cambios del tiempo y al avance del conocimiento y, por lo tanto, deben ser actualizables.

Para cada área se han definido unos estándares que deben tender a alcanzarse; unos objetivos generales y otros operativos, así como acciones a realizar, con un calendario determinado que se acompaña con sus respectivos indicadores.

Esta primera versión del Plan Integral de Control del Cáncer es, pues, un punto de partida desde la situación con la que contamos y en el futuro obligará a determinar objetivos de mayor compromiso, más ambiciosos, en busca del incremento constante de la calidad de la atención sanitaria.

## Introducción

En la Comunidad de Madrid (CM), el cáncer es un serio problema de salud. En 2005 ha sido la segunda causa de muerte entre la población de ambos sexos y la primera en el caso de los hombres. Las tendencias observadas indican un aumento de la incidencia y un cierto descenso de la mortalidad, debido en gran medida a las mejoras en los tratamientos médicos alcanzadas en los últimos años, que han determinado un notable aumento de las curaciones y un alargamiento de la supervivencia.

## Evolución demográfica

A lo largo del siglo XX la Comunidad de Madrid ha ido consolidando las tendencias que suponen su papel central dentro del conjunto de España. Así, se ha producido un aumento constante de su peso poblacional dentro del conjunto del Estado, de forma más acusada en los últimos años del siglo pasado y en los transcurridos del actual. Este aumento se ha acelerado de forma notable desde el año 2000. El 31 de diciembre de 1997, la población ascendía a 5.091.336 habitantes, mientras que el 31 de diciembre de 2004 llegaba a los 5.964.143 habitantes.

Desde la óptica intrarregional, este fenómeno de crecimiento ha venido acompañado de un fenómeno inverso, pues el municipio de Madrid ha perdido peso dentro del conjunto regional, pasando de concentrar el 70% de la población en el año 1900 a representar el 53% de la población en el año 2004.

Las proyecciones de población para el año 2017 realizadas por Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid muestran que se espera una recuperación de la población infantil menor de 15 años, una reducción de la población joven entre los 15 y los 30 años, un crecimiento significativo de los adultos entre 40 y 60 años y por último un incremento sustancial de la población anciana. Así, la proporción de personas mayores de 60 años llegará al 21,5% del total, mientras que en 2005 alcanzaba el 18,88%. Este dato adquiere una gran importancia, si tenemos en cuenta que el cáncer aumenta su incidencia de forma muy notable con la edad.

## Incidencia

En la actualidad, al igual que ocurre en España, no se dispone de datos sobre la incidencia de cáncer en la CM. No obstante, se puede estimar que en nuestra Comunidad se producen unos 23.000 casos nuevos al año. Como ejemplo de distribución de la incidencia, las cuatro primeras localizaciones en hombres son: pulmón, colon y recto, próstata y vejiga, mientras que las cuatro primeras en mujeres son: mama, colon y recto, cuello de útero y cuerpo de útero.

En los hombres, el pulmón, con el 15% de la incidencia, es la localización tumoral más incidente, seguido de los tumores del colon y recto, con el 13% de la incidencia, y la próstata, con el 12%, mientras que la vejiga representa el 10% de los casos.

En las mujeres, la localización más incidente es la mama, que representa casi una tercera parte del total de los casos registrados. Los tumores del colon y recto se encuentran en segundo lugar, representando un 10% del total, y por último se sitúan el cuello del útero, con el 3,9%, y el cuerpo del útero, con el 3,4%.

## Mortalidad

En nuestra Comunidad, el número de defunciones por cáncer de residentes se ha incrementado en los últimos años, pero no así la mortalidad general por todas las causas en tasas brutas, ni ha descendido la esperanza de vida, de modo que este aumento de las defunciones por cáncer es claramente un efecto del propio proceso de envejecimiento de la población.

La tendencia de la tasa bruta de mortalidad por cáncer en la CM es estable o ligeramente descendente desde finales de los años 80, pero dentro de un tasa general de mortalidad más claramente descendente (Tabla 1).

**Tabla 1. Evolución de la Tasa Bruta de Mortalidad por todas las causas en la Comunidad de Madrid. 1996-2005. Ambos sexos.**

|                   | Tasa Bruta(*) | Edad media defunción |         | Esperanza de vida |         | Defunciones por todas las causas |         |         |
|-------------------|---------------|----------------------|---------|-------------------|---------|----------------------------------|---------|---------|
|                   |               | Hombres              | Mujeres | Hombres           | Mujeres | Total                            | Hombres | Mujeres |
| 1996              | 7,29          | 68,69                | 77,68   | 75,06             | 82,69   | 36.811                           | 19.371  | 17.440  |
| 1997              | 7,03          | 69,79                | 78,36   | 75,81             | 83,12   | 35.691                           | 18.695  | 16.996  |
| 1998              | 7,37          | 70,74                | 79,15   | 75,97             | 83,31   | 37.710                           | 19.623  | 18.087  |
| 1999              | 7,36          | 71,34                | 79,35   | 76,69             | 83,63   | 38.076                           | 19.601  | 18.475  |
| 2000              | 7,15          | 71,27                | 79,34   | 76,94             | 84,06   | 37.837                           | 19.614  | 18.223  |
| 2001              | 7,07          | 71,36                | 79,90   | 77,19             | 84,53   | 38.529                           | 20.089  | 18.440  |
| 2002              | 6,98          | 71,57                | 80,01   | 77,58             | 84,73   | 39.265                           | 20.243  | 19.022  |
| 2003              | 7,19          | 71,77                | 80,04   | 77,51             | 84,36   | 41.424                           | 21.115  | 20.309  |
| 2004              | 6,85          | 71,94                | 80,20   | 78,26             | 84,89   | 40.288                           | 20.417  | 19.871  |
| 2005 <sup>1</sup> | 6,80          | 72,73                | 80,60   | **                | **      | 40.925                           | **      | **      |

(1) Datos Provisionales. (\*) Muertes por 1.000 habitantes. (\*\*) Datos no disponibles.

Fuente: Instituto de Estadística.

La tasa ajustada por edad de mortalidad por tumores malignos en la CM en el año 2004 fue de 229,3 muertes cada 100.000 habitantes en varones y de 106,02 en las mujeres, lo que nos sitúa en una posición intermedia en el conjunto nacional.

Las defunciones totales en ambos sexos de residentes en la Comunidad de Madrid en el año 2004 fueron de 40.288. De ellas, 20.417 (el 50,67%) fueron hombres y 19.871 (el 49,32%) fueron mujeres.

Los fallecimientos por tumores malignos en ambos sexos ascendieron a 11.434 en el año 2004, lo que supuso el 28,38% de la mortalidad total. Esto significa que se trata de la segunda causa de muerte, por detrás de las enfermedades cardiovasculares (30,9%).

Si se estratifican los datos por sexo, en hombres los tumores malignos destacan desde hace varios años como la primera causa de muerte. Analizando las defunciones por edad, sexo y causa, en el mismo año 2004, el cáncer es la causa de muerte más frecuente en hombres y mujeres en los grupos de edad entre 20 y 79 años.

La razón hombre/mujer de mortalidad por cáncer estandarizada para el año 2004 es de 2,5. Esta misma razón, estratificada por grupos de edad, se

mantiene por encima de la unidad, excepto entre los 10 y los 19 años, y aumenta de forma notable desde los 50 años hasta alcanzar el máximo entre los 75 y 84 años, donde supera el 3.

Si se analiza la mortalidad por localización tumoral, en el año 2004 vemos que en el hombre las principales causas de muerte (Tabla 3) son: pulmón (25,95% de las muertes por tumores malignos), colon y recto (12,14%) y próstata (7,49%).

**Tabla 2. Porcentaje de muertes por localizaciones tumorales más frecuentes. Año 2004.**

|               | Hombres     |       | Mujeres     |       |
|---------------|-------------|-------|-------------|-------|
|               | Defunciones | %     | Defunciones | %     |
| Todos tumores | 6.839       | 100   | 4.595       | 100   |
| Pulmón        | 1.775       | 25,95 | 714         | 15,54 |
| Colon y recto | 830         | 12,14 | 698         | 15,19 |
| Próstata      | 512         | 7,49  | 356         | 7,75  |
| Vejiga        | 401         | 5,86  | 259         | 5,64  |
| Hígado        | 365         | 5,34  | 222         | 4,83  |

Fuente: Instituto de Estadística.

Para el periodo 1998-2004, la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de pulmón ha descendido en hombres y ha aumentado ligeramente en las mujeres (Tabla 3).

En cuanto a la mortalidad de las mujeres madrileñas, las dos localizaciones de mayor incidencia son también las de mayor mortalidad. El cáncer de mama supuso por sí solo en el año 2004 el 15,53% de las muertes por tumores malignos en las mujeres de la CM.

Esta mortalidad tiene, en el periodo 1998-2004, una tendencia descendente, al igual que en el resto de España y en los países más desarrollados (Tabla 3).

Después del cáncer de mama, los cánceres del colon y recto ocupan la segunda posición como causa de muerte por cáncer entre las mujeres (15,19% del total de muertes por tumores malignos entre las mujeres), con un incremento en los últimos años que es mayor en la mujer que en el hombre (Tabla 3).

**Tabla 3. Mortalidad ajustada por causas más frecuentes. Periodo 1998-2004.**

|          |         | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  |
|----------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| COLÓN    | Total   | 16,12 | 15,34 | 15,28 | 16,90 | 14,75 | 14,88 | 13,74 |
|          | Hombres | 22,92 | 20,72 | 20,77 | 22,86 | 20,47 | 20,66 | 21,04 |
|          | Mujeres | 11,87 | 11,87 | 11,69 | 12,35 | 11,10 | 10,92 | 9,54  |
| RECTO    | Total   | 5,66  | 5,18  | 4,77  | 4,24  | 5,45  | 5,11  | 4,73  |
|          | Hombres | 8,91  | 7,60  | 7,52  | 6,29  | 7,94  | 7,05  | 6,21  |
|          | Mujeres | 3,61  | 3,56  | 2,98  | 2,94  | 3,71  | 3,78  | 3,72  |
| PULMÓN   | Total   | 34,79 | 33,55 | 34,00 | 34,51 | 32,17 | 32,53 | 28,77 |
|          | Hombres | 73,51 | 68,72 | 69,70 | 70,76 | 64,22 | 65,48 | 59,26 |
|          | Mujeres | 7,34  | 7,33  | 7,78  | 7,88  | 8,36  | 8,05  | 8,76  |
| MAMA     | Total   | **    | 11,92 | 12,04 | 11,84 | 11,02 | 11,72 | 9,77  |
|          | Hombres | **    | 0,51  | 0,28  | 0,30  | 0,46  | 0,22  | 0,20  |
|          | Mujeres | 23,95 | 20,78 | 20,90 | 20,78 | 19,35 | 20,78 | 16,72 |
| PRÓSTATA | Hombres | 25,51 | 22,02 | 22,60 | 21,15 | 19,62 | 19,60 | 16,58 |

Fuente: Instituto Estadística. Elaboración propia.

El cáncer de pulmón, que es el tercero en mortalidad en la mujer con un 7,75%, muestra una evolución preocupante en la CM, porque en la mujer muestra un incremento pequeño, cuando en el hombre comienza a decrecer.

En cuanto a otras localizaciones, continuamos con una baja mortalidad en el cáncer de cuello uterino, mientras preocupa el cáncer de páncreas que, asociado con una alta mortalidad, presenta una tendencia ligeramente creciente en los años 1998-2004.

## Supervivencia

De acuerdo con los datos de los registros de tumores hospitalarios de la Comunidad de Madrid, en el periodo 1992-2005 la supervivencia específica para el conjunto de los tumores es del 81,73% al año, del 66,87% a los tres años y del 60,11% a los cinco años del diagnóstico (Tabla 4).

**Tabla 4. Supervivencia específica general y por sexo al año, tres años y cinco años del diagnóstico. Periodo 1990-2005.**

|         | Casos  | 1 año | 3 años | 5 años |
|---------|--------|-------|--------|--------|
| General | 81.736 | 82%   | 67%    | 60%    |
| Hombre  | 40.961 | 77%   | 60%    | 53%    |
| Mujer   | 40.768 | 87%   | 75%    | 68%    |

Fuente: Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer. Registro Central de Tumores.

Las mujeres que son diagnosticadas de cáncer tienen una supervivencia mayor que los hombres, siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,0001$ ).

Con respecto a la localización tumoral más letal dentro de los tumores más relevantes, la probabilidad de supervivencia más baja corresponde al esófago, pues a los cinco años es solamente de un 12,43%, seguida del páncreas y el hígado (Tabla 5).

En cuanto a los que más probabilidad de supervivencia presentan, debemos destacar entre los más relevantes a la mama, la próstata, el cérvix y el cuerpo de útero, con cifras superiores al 74% a los cinco años (Tabla 5).

**Tabla 5. Supervivencia específica por localizaciones tumorales más relevantes al año, tres años y cinco años del diagnóstico. Periodo 1990-2005.**

|                    | Casos  | 1 año | 3 años | 5 años |
|--------------------|--------|-------|--------|--------|
| Esófago            | 762    | 47%   | 20%    | 12%    |
| Estómago           | 3.558  | 59%   | 40%    | 34%    |
| Colon y recto      | 9.144  | 81%   | 62%    | 53%    |
| Hígado             | 1.309  | 49%   | 27%    | 17%    |
| Vesícula biliar    | 691    | 49%   | 30%    | 26%    |
| Páncreas           | 878    | 39%   | 19%    | 16%    |
| Laringe            | 2.032  | 91%   | 73%    | 64%    |
| Pulmón             | 7.265  | 51%   | 24%    | 19%    |
| Leucemias          | 2.707  | 86%   | 73%    | 66%    |
| Linfomas           | 4.282  | 86%   | 73%    | 66%    |
| Mama femenina      | 18.244 | 97%   | 89%    | 81%    |
| Cérvix             | 1.730  | 94%   | 85%    | 80%    |
| Cuerpo útero       | 1.481  | 93%   | 81%    | 76%    |
| Ovario             | 1.108  | 83%   | 60%    | 53%    |
| Próstata           | 5.271  | 94%   | 83%    | 74%    |
| Vejiga             | 4.975  | 90%   | 76%    | 69%    |
| Encéfalo           | 1.867  | 68%   | 51%    | 46%    |
| Otros excepto piel | 14.432 | 84%   | 72%    | 66%    |

Fuente: Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer. Registro Central de Tumores.

Si desagregamos por sexo y comparamos, observamos que a los cinco años del diagnóstico la supervivencia es superior en las mujeres en general (Tabla 6).

**Tabla 6. Supervivencia específica por localizaciones tumorales más relevantes a cinco años del diagnóstico. Hombres y mujeres. Periodo 1990-2005.**

|                    | Hombres |        | Mujeres |        |
|--------------------|---------|--------|---------|--------|
|                    | Casos   | 5 años | Casos   | 5 años |
| Esófago            | 677     | 12%    | 85      | 13%    |
| Estómago           | 2.170   | 32%    | 1.387   | 37%    |
| Colon y recto      | 4.966   | 52%    | 1.176   | 55%    |
| Hígado             | 943     | 14%    | 365     | 25%    |
| Vías biliares      | 254     | 23%    | 436     | 27%    |
| Páncreas           | 480     | 14%    | 398     | 20%    |
| Laringe            | 1.954   | 64%    | 78      | 77%    |
| Pulmón             | 6.412   | 18%    | 853     | 25%    |
| Leucemias          | 1.566   | 66%    | 1.139   | 67%    |
| Linfomas           | 2.439   | 66%    | 1.842   | 67%    |
| Mama               | 108     | 71%    | 18.135  | 81%    |
| Cérvix             |         |        | 1.730   | 80%    |
| Cuerpo útero       |         |        | 1.480   | 76%    |
| Ovario             |         |        | 1.108   | 52%    |
| Próstata           | 5.271   | 74%    |         |        |
| Vejiga             | 4.174   | 69%    | 801     | 72%    |
| Encéfalo           | 1.608   | 43%    | 799     | 49%    |
| Otros excepto piel | 8.476   | 63%    | 5.956   | 72%    |

Fuente: Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer. Registro Central de Tumores.

## Tumores infantiles

Cuando hablamos de cáncer infantil, nos solemos referir a todos aquellos tumores que se diagnostican en niños y adolescentes con menos de 15 años de edad, aunque en otros ámbitos se aconseja considerar los 18 años como edad límite. Sin embargo, a pesar de los enormes avances clínicos realizados en este grupo de tumores, los tumores infantiles son la segunda causa de muerte entre los menores de 15 años, por detrás de los accidentes.

Aproximadamente entre el 1% y el 3% de todos los casos de cáncer diagnosticados en la Comunidad de Madrid afectan a niños menores de 15 años.

Desde el 1 de enero de 1995 hasta el 31 de diciembre de 2004, se han diagnosticado un total de 2.860 casos nuevos de cáncer en menores de 18 años, de los cuales el 57,2% se diagnosticaron en varones y el restante 42,8% en mujeres. Como media, cada año se diagnostican en nuestra Comunidad 283 casos nuevos, con una tendencia decreciente. De este conjunto de casos, el 53,7% residían en la Comunidad de Madrid y el restante 46,3% lo hacían en otras Comunidades Autónomas.

El tipo de tumor más frecuentemente diagnosticado se corresponde con el grupo de las leucemias, con el 24,1% de los casos diagnosticados, seguidos de los tumores del sistema nervioso central e intraespinal, con el 18,4%. La agrupación de linfomas y leucemias representan el 39,7% del total de los tumores infantiles (Tabla 7).

**Tabla 7. Distribución de la incidencia acumulada de cánceres infantiles en el periodo 1995-2004. Según los grupos de la International Classification of Childhood Cancer. Comunidad de Madrid. Ambos sexos.**

|                          | Frecuencia   | Porcentaje   |
|--------------------------|--------------|--------------|
| Leucemias                | 689          | 24,1         |
| Linfomas                 | 447          | 15,6         |
| SNC                      | 526          | 18,4         |
| SN Simpático             | 253          | 8,8          |
| Retinoblastomas          | 139          | 4,9          |
| Tumores renales          | 104          | 3,6          |
| Tumores hepáticos        | 40           | 1,4          |
| Tumores óseos            | 235          | 8,2          |
| Sarcomas tejidos blandos | 214          | 7,5          |
| Tumores germinales       | 96           | 3,4          |
| Carcinomas               | 112          | 3,9          |
| Inespecíficos            | 4            | 0,1          |
| Desconocidos             | 1            | 0,0          |
| <b>Total</b>             | <b>2.860</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Registro Regional de Tumores Infantiles.

La edad media a la que son diagnosticados estos tumores es de 6,55 años para ambos sexos.

Por grupo de edad y grupo tumoral, las leucemias, los retinoblastomas, los tumores del SNC simpático, los tumores renales, los tumores hepáticos y los sarcomas de tejidos blandos son más frecuentes entre los niños de 1 a 4 años, en números absolutos. Los linfomas, los tumores óseos, los tumores germinales y los carcinomas son más frecuentes entre los 10 y 14 años de edad. Los tumores del sistema nervioso simpático (SNS) son los más frecuentes entre los 5 y los 9 años. En conjunto, casi el 42% de los tumores son diagnosticados entre niños menores de 5 años.

Si exceptuamos las leucemias y los linfomas que, en general, son considerados como diseminados en el momento del diagnóstico, la mayoría de los tumores son diagnosticados con una extensión confinada al órgano de origen (Tabla 8).

**Tabla 8. Extensión tumoral al diagnóstico del total de los casos, exceptuando las leucemias y los linfomas.**

| Extensión tumoral | Frecuencia   | Porcentaje   |
|-------------------|--------------|--------------|
| Localizado        | 1.077        | 62,5         |
| Regional          | 355          | 20,6         |
| Diseminado        | 286          | 16,6         |
| Desconocido       | 6            | 0,3          |
| <b>Total</b>      | <b>1.724</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Registro Regional de Tumores Infantiles.

La mortalidad ha experimentado un descenso en la mayoría de los tumores en este grupo de edad, observándose una disminución relativa del 41% (46% en hombres y 33% en mujeres) entre las tasas estandarizadas de mortalidad por todos los tumores malignos de los años 1977 y 2001 en la CM, a expensas sobre todo de los tumores malignos mal definidos (reducción del 78%), linfomas no Hodgkin (58%) y tumores malignos encefálicos (45%). La disminución ha sido menor en leucemias (38%) y tumores malignos osteoarticulares (19%).

Mientras la incidencia de tumores infantiles se mantiene estable o aumenta ligeramente, la mortalidad de tumores infantiles ha sufrido un importante descenso durante las últimas décadas, relacionado sobre todo con las mejoras en los tratamientos.

La supervivencia específica general de los 2.860 casos registrados, a los cinco años del diagnóstico, es del 74,88%, similar a lo expresado por el informe SEER Cancer Statistic Review 1975-2000, que muestra una supervivencia del 75,8% (Tabla 9).

**Tabla 9. Supervivencia específica general de todas las localizaciones a los cinco años desde el diagnóstico. Periodo 1995-2004.**

| Supervivencia en el periodo | Acumulada | Error estándar |
|-----------------------------|-----------|----------------|
| Primer año                  | 90,38     | 0,0057         |
| Segundo año                 | 91,86     | 0,0075         |
| Tercer año                  | 95,30     | 0,0084         |
| Cuarto año                  | 96,37     | 0,0090         |
| Quinto año                  | 98,20     | 0,0094         |

Fuente: Registro Regional de Tumores Infantiles.

La supervivencia desagregada, de acuerdo con los grupos de la Internacional Classification of Childhood Cancer (ICCC), indica que los mejores resultados se corresponden con el Grupo V de los Retinoblastomas y el peor resultado al Grupo III de los tumores del Sistema Nervioso Central e Intraespinal (Tabla 10).

**Tabla 10. Supervivencia transcurridos cinco años desde el diagnóstico, desagregada según los grupos ICCC y comparada con los resultados del SEER. Periodo 1995-2004.**

|                         | Supervivencia Acumulada | SEER Cancer Statistic |
|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Grupo I Leucemias       | 74,35                   | 70,7                  |
| Grupo II Linfomas       | 86,80                   | 84,9                  |
| Grupo III SNC           | 62,99                   | 68,1                  |
| Grupo IV SN Simpático   | 76,28                   | 65,4                  |
| Grupo V Retinoblastomas | 96,61                   | 94,8                  |
| Grupo VI Renales        | 90,52                   | 89,8                  |
| Grupo VII Hepáticos     | 79,08                   | 49,9                  |
| Grupo VIII Óseos        | 63,66                   | 65,3                  |
| Grupo IX Sarcomas T. B. | 66,88                   | 70,8                  |
| Grupo X Germinales      | 76,77                   | 89,6                  |
| Grupo XI Carcinomas     | 80,05                   | 89,5                  |

Fuentes: Registro Regional de Tumores Infantiles. Surveillance Epidemiology and End Results. National Cancer Institute. USA.

El análisis por centro hospitalario muestra que dos centros juntos tratan más niños que los cinco restantes (Tabla 11).

**Tabla 11. Comparativa de la demanda de casos nuevos asistidos en los hospitales públicos. Periodo 1995-2004.**

|                           | Número de casos | Porcentaje del total |
|---------------------------|-----------------|----------------------|
| Hospital Niño Jesús       | 815             | 28,5                 |
| Hospital La Paz           | 714             | 25,0                 |
| Hospital 12 de Octubre    | 445             | 15,6                 |
| Hospital Gregorio Marañón | 265             | 9,3                  |
| Hospital Ramón y Cajal    | 184             | 6,4                  |
| Hospital San Carlos       | 104             | 3,6                  |
| Centros privados          | 127             | 4,4                  |

Fuente: Registro Regional de Tumores Infantiles.

En determinadas áreas del tratamiento, como la Oncología Radioterápica, algunos centros que no aparecen en este listado colaboran con ellos en determinadas formas de tratamientos complejos (Hospitales La Princesa y Hospital Puerta de Hierro).

Debemos remarcar que un porcentaje significativo, cercano al 50%, de los pacientes que son tratados en nuestra Comunidad provienen de otras Comunidades Autónomas, siendo en su mayoría pacientes de una alta complejidad terapéutica.

### Demanda asistencial

La población que demanda producto sanitario público en la Comunidad de Madrid es la que reside en la CM y posee Tarjeta Sanitaria. En noviembre de 2006, el número era de 6.195.574 usuarios, a los cuales se unen aquellos no residentes que por cualquier circunstancia son atendidos por la red pública.

En la Comunidad de Madrid durante 2005 fueron dadas de alta 32.653 personas en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud con un diagnóstico principal de tumor maligno.

Sólo en el área de Oncología Médica, en este mismo periodo la actividad ambulatoria se cifró en 18.449 Primeras Consultas y 215.913 Consultas Sucesivas.

En el ámbito de la Radioterapia, la actividad ha sido de 9.460 pacientes nuevos tratados mediante radioterapia externa, así como 1.526 tratamientos mediante braquiterapia (Tabla 12).

Tabla 12. *Actividad hospitalaria. Pacientes nuevos y revisiones. Año 2005.*

|                                  | Pacientes nuevos | Revisiones | Revisiones/Nuevos |
|----------------------------------|------------------|------------|-------------------|
| Oncología Médica                 | 18.968           | 216.445    | 11,41             |
| Oncología Radioterápica          | 9.460            | 54.005     | 5,70              |
| Desglose por tipo de tratamiento | Cobaltoterapia   | Acelerador | Otras             |
|                                  | 1.154            | 6.648      | 1.658             |

Fuente: Servicio Madrileño Salud.

En el área de los cuidados paliativos, se produjeron 1.129 ingresos en el año y los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) realizaron 10.172 visitas domiciliarias.

Como una aproximación al perfil de los tratamientos que reciben los pacientes oncológicos, los datos proporcionados por el Registro Central de Tumores muestra que un 65% de los pacientes son tratados con cirugía, un 35% reciben quimioterapia y un 27% radioterapia como tratamiento inicial curativo, sin considerar las posibles recidivas.

### Recursos asistenciales

En la Comunidad de Madrid existen 22 centros sanitarios con internamiento que han sido considerados en los trabajos iniciales del Plan Integral de Control de Cáncer de la Comunidad de Madrid. De ese conjunto, 17 son hospitales públicos y los restantes son hospitales privados que colaboran con el Servicio Madrileño de Salud en determinadas actividades terapéuticas. Un total de nueve centros, todos ellos públicos, tienen capacidades de diagnóstico y tratamiento, investigación y docencia integradas, lo que les transforma, al menos estructuralmente, en centros capaces de considerarse como Teaching Hospital Cancer Program (THCP), según el esquema de acreditación de la American Joint Committee on Cancer.

### Oncología Radioterápica

En la CM, en general, la atención sanitaria oncológica se realiza en la red pública, a pesar de contar con un importante núcleo de actividad privada que constituye casi el 30% del total de las dotaciones en equipamiento pesado de radioterapia (Tabla 13).

**Tabla 13. Dotaciones en equipos de radioterapia. Servicio Madrileño de Salud. Hospitales Públicos. Noviembre de 2006.**

| Hospital               | Unidades Co. 60 | Aceleradores Lineales |
|------------------------|-----------------|-----------------------|
| Gregorio Marañón       | 0               | 3                     |
| La Princesa            | 0               | 2                     |
| Ramón y Cajal          | 1               | 2                     |
| La Paz                 | 1               | 2                     |
| Puerta de Hierro       | 1               | 2                     |
| Clínico San Carlos     | 0               | 1                     |
| 12 de Octubre          | 1               | 4                     |
| <b>Subtotal SERMAS</b> | <b>4</b>        | <b>16</b>             |
| Fundación Jiménez Díaz | 0               | 2                     |
| Gómez Ulla             | 0               | 2                     |
| <b>TOTAL</b>           | <b>4</b>        | <b>20</b>             |

Fuente: Oficina Regional de Coordinación Oncológica.

También se cuenta con cinco centros privados en pleno funcionamiento (Clínica San Francisco, Ruber Internacional, MD Anderson, Clínica La Luz y Clínica La Milagrosa) y en el futuro cercano está previsto que se añada otro centro privado (Clínica Quirón) (Tabla 14).

**Tabla 14. Dotaciones en funcionamiento. Radioterapia. Centros Privados. Noviembre de 2006.**

| Hospital              | Unidades Co 60 | Aceleradores Lineales |
|-----------------------|----------------|-----------------------|
| Clínica San Francisco | 1              | 1                     |
| Ruber Internacional   | (Gammaknife) 1 | (1 ciberknife) 3      |
| MD Anderson           | 0              | 2                     |
| Clínica La Luz        | 0              | 1                     |
| Clínica La Milagrosa  | 0              | (1 Tomoterapia) 2     |
| <b>TOTAL</b>          | <b>2</b>       | <b>9</b>              |

Fuente: Oficina Regional de Coordinación Oncológica.

En los últimos años, las dotaciones han aumentado y se han sustituido equipos antiguos. En el año 2006, se ha incorporado el Hospital Clínico San Carlos. (Tabla 15).

**Tabla 15. Dotaciones en equipos de radioterapia. Comparativa 1995-2006.**

|                              | 1995      | 1997      | 2002      | 2006      |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ALP (*) públicos             | 9         | 12        | 14        | 20        |
| UTC (**) públicos            | 8         | 7         | 6         | 4         |
| <b>Subtotal públicos</b>     | <b>17</b> | <b>19</b> | <b>20</b> | <b>24</b> |
| ALP (*) privados             | 2         | 5         | 8         | 9         |
| UTC (**) privados especiales | 5         | 3         | 1         | 2         |
| <b>Subtotal privados</b>     | <b>7</b>  | <b>8</b>  | <b>9</b>  | <b>11</b> |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>24</b> | <b>27</b> | <b>29</b> | <b>35</b> |

(\*) Aceleradores Lineales de Partículas. (\*\*) Unidades de Tele cobaltoterapia.

Fuente: Oficina Regional Coordinación Oncológica.

En total, en los 14 servicios de Oncología Radioterápica hay 35 equipos de radioterapia externa, de los cuales 29 son Aceleradores Lineales (Tabla 16).

**Tabla 16. Dotaciones de equipos de radioterapia externa. Hospitales públicos, concertados y privados. Noviembre de 2006.**

| Equipos      |           | Públicos | Concertados | Privados         | Total |
|--------------|-----------|----------|-------------|------------------|-------|
|              | Co 60     | 4        | 0           | (1 Gammaknife) 2 | 6     |
| ALP          | 18        | 2        | 9           | 29               |       |
| <b>TOTAL</b> | <b>22</b> | <b>2</b> | <b>11</b>   | <b>35</b>        |       |

Fuente: Oficina Regional de Coordinación Oncológica.

Todos los centros de radioterapia están ubicados en el municipio de Madrid (Tabla 17).

**Tabla 17. Radioterapia. Distribución de equipamiento por Centros, Áreas y Municipios. Noviembre de 2006.**

| Centro                 | Área | ALP       | UTC            | Condición  | Municipio |
|------------------------|------|-----------|----------------|------------|-----------|
|                        |      |           |                | Patrimonio |           |
| Gregorio Marañón       | 1    | 3         | 0              | Publico    | Madrid    |
| La Princesa            | 2    | 2         | 0              | Publico    | Madrid    |
| Clínica San Francisco  | 2    | 1         | 1              | Privado    | Madrid    |
| Ramón y Cajal          | 4    | 2         | 1              | Público    | Madrid    |
| MD Anderson            | 4    | 2         | 0              | Privado    | Madrid    |
| La Paz                 | 5    | 2         | 1              | Público    | Madrid    |
| Ruber Internacional    | 5    | 3         | (Gammaknife) 1 | Privado    | Madrid    |
| Puerta de Hierro       | 6    | 2         | 1              | Público    | Madrid    |
| Clínico San Carlos     | 7    | 1         | 0              | Público    | Madrid    |
| Clínica La Luz         | 7    | 1         | 0              | Privado    | Madrid    |
| Clínica La Milagrosa   | 7    | 1         | 0              | Privado    | Madrid    |
| Fundación Jiménez Díaz | 7    | 2         | 0              | Privado    | Madrid    |
| 12 de Octubre          | 11   | 4         | 1              | Público    | Madrid    |
| Gómez Ulla             | 11   | 2         | 0              | Público    | Madrid    |
| <b>TOTAL</b>           |      | <b>29</b> | <b>6</b>       |            |           |

Fuente: Oficina Regional de Coordinación Oncológica.

En estos mismos Servicios, se dispone de 21 equipos de braquiterapia.

De acuerdo con la población residente a 31 de diciembre de 2004, los ratios de máquina y población continúan con una tendencia a mejorar (Tabla 18).

**Tabla 18. Razón de población por máquina. Comparativa 1995-2005.**

|                      | 1995       | 1997       | 2002       | 2005       |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|
| Máquinas             | 24         | 27         | 29         | 35         |
| Población            | 5.036.172  | 5.063.754  | 5.527.152  | 5.964.143  |
| Ratios de población* | 209.840,50 | 187.546,44 | 190.591,45 | 170.404,08 |

(\*) Habitantes por máquina funcionante.

Fuente: Padrón continuo. Instituto de Estadística CM. Elaboración propia.

## Oncología Médica

En la CM se contabilizan 22 Servicios de Oncología Médica en el ámbito hospitalario. Estos Servicios cuentan con 313 puestos en Hospital de Día y un alto número de camas de internamiento, que supera las 321 (Tabla 19).

**Tabla 19. Hospital de Día Oncológico y camas. Hospitales públicos, privados concertados y privados. Agosto de 2006.**

|                         | H. Públicos | H. Concertados | H. Privados |
|-------------------------|-------------|----------------|-------------|
| Puestos Hospital de Día | 280         | 6              | 27          |
| Camas de internamiento  | 296         | 25             | A demanda   |

En varios centros, la enfermería de planta o del Hospital de Día está atribuida al cómputo general del hospital y no al Servicio de Oncología Médica. Además, es frecuente que el Hospital de Día sea compartido entre Oncología Médica y Oncohematología.

## Oncohematología

En la mayoría de los hospitales, las neoplasias del Sistema Hematopoyético son tratadas en los Servicios de Hematología Oncológica u Oncohematología, en especial en el caso de los menores de 15 años. En total, 19 centros reconocen que tiene este servicio. De ellos 12 con la categoría de Servicio y 7 con la categoría de Sección.

## Farmacia Oncológica

El coste total previsto para la atención del cáncer en medicamentos y tratamientos coadyuvantes en 2006 ascendió a 127.834.918 euros.

El coste de la terapia antineoplásica, factores estimulantes de eritropoyesis (FEE) y factores estimulantes de colonias (FEC) en pacientes no ingresados en los hospitales se desglosa de la siguiente forma:

- Coste de terapia antineoplásica: 57.422.425 euros, lo que representa el 12,11% con respecto al total del consumo de farmacia de hospital.
- Coste FEE: 11.383.168 euros, lo que representa el 2,40% con respecto al total del consumo de farmacia de hospital.
- Coste FEC: 5.211.305 euros, lo que representa el 1,10% con respecto al total del consumo de farmacia de hospital.

El gasto a través de recetas de los antineoplásicos y de la terapia endocrina en Oncohematología en 2006 fue de 53.818.020 euros.

El coste de los medicamentos utilizados en los pacientes ingresados, así como el de los utilizados en el tratamiento del dolor y en los cuidados paliativos no se puede determinar por el momento.

## Anatomía Patológica

De acuerdo con la información facilitada por los propios hospitales, en el área de la Anatomía Patológica trabajan 154 médicos y 274 sanitarios (Tabla 20).

**Tabla 20. Dotaciones de personal sanitario. Médicos y Técnicos. Agosto de 2006.**

|                       | Número |
|-----------------------|--------|
| Médicos               | 154    |
| Enfermería            | 21     |
| Técnicos              | 166    |
| Citotécnicos          | 55     |
| Auxiliares de Clínica | 23     |
| Otros sanitarios      | 9      |

Fuente: Oficina Regional de Coordinación Oncológica.

## Programas específicos en funcionamiento

Dentro del enfoque integral, ya se ha venido generando una actividad que se adapta a los objetivos y las áreas del Plan, concretándose en los siguientes hechos:

### Promoción de hábitos saludables y prevención de factores de riesgo

*Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo en la Comunidad de Madrid 2005-2007*, cuyas actividades cuentan con tres líneas estratégicas:

- Programa de prevención de inicio al consumo.
- Programa de ayuda al fumador para favorecer la cesación tabáquica.
- Programa de protección de la salud de la población respecto del aire contaminado por humo de tabaco.

*Plan Integral de Alimentación y Nutrición*, que pretende definir una estrategia global que sirva para coordinar todas las iniciativas relacionadas con la alimentación desde la perspectiva de la salud pública y que tiene validez hasta el año 2008.

La prevención del consumo excesivo de alcohol en la CM se enmarca en la lucha contra el consumo de drogas que coordina la Agencia Antidroga. Esta Agencia ha publicado recientemente su Plan Estratégico 2006-2009.

### Detección precoz e identificación de personas con aumento del riesgo de padecer la enfermedad

*Programa Regional de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid*. Presenta las siguientes características:

- Población diana: Mujeres sanas con Tarjeta Sanitaria de entre 50 y 69 años de edad.
- Método diagnóstico: Mamografía bilateral en doble proyección, cráneo caudal y oblicua media lateral.
- Periodicidad: Bienal.
- Sistema de reclutamiento: Citación personalizada mediante carta, con día y hora de la exploración.
- Unidades de exploración mamográfica: Unidades Fijas y Móviles, acreditadas y con aplicación de las guías de garantía de calidad de la mamografía de cribado EUREF 2001 (versión en castellano).

Mediante este Programa, se han explorado en el periodo 1999-2004 un total de 449.003 mujeres, sobre las 1.323.777 invitadas, lo que representa una participación del 33,92%.

En el momento del diagnóstico, la mayoría de los casos se estadificaron en las fases iniciales del desarrollo (Tabla 21).

**Tabla 21. Distribución de la estadificación de los casos detectados por el DEPRECAM. Según sus características histológicas y la clasificación TNM. Periodo 1999-2004.**

|   | Número  | Porcentaje      |
|---|---------|-----------------|
| Mujeres exploradas                              | 449.003 | 100             |
| Cánceres detectados                             | 2.001   | 4, 46 por 1.000 |
| In situ   | 315     | 15,74           |
| Invasivos                                       | 1.643   | 82,11           |
| Desconocido                                     | 43      | 2w,15           |
| Cánceres invasivos                              |         |                 |
| Tmic y T1ab                                     | 611     |                 |
| Porcentaje sobre el total de cánceres           |         | 30,53           |
| Porcentaje sobre el total de cánceres invasivos |         | 37,19           |
| T1c   | 501     |                 |
| Porcentaje sobre el total de cánceres           |         | 25,04           |
| Porcentaje sobre el total de cánceres invasivos |         | 30,49           |
| T2 o mayor                                      | 511     |                 |
| Porcentaje sobre el total de cánceres           |         | 25,54           |
| Porcentaje sobre el total de cánceres invasivos |         | 31,10           |
| Desconocido                                     | 63      | 3,83            |
| Cánceres invasivos con N negativo               | 1.095   | 66,65           |
| Cánceres invasivos con N positivo               | 478     | 29,09           |
| Cánceres invasivos con N desconocido            | 70      | 4,26            |

Fuente: Oficina Regional de Coordinación Oncológica.

En el año 2005, un total de 98.152 mujeres han participado en el Programa, de las cuales 244 han sido consideradas como posiblemente patoló-

gicas y 10.040 han precisado de algún tipo de exploración complementaria o seguimiento a corto plazo.

*Programa Integral de Detección y Asesoramiento de Cáncer Familiar en la Comunidad de Madrid.* Puesto en marcha a finales de 2005, ha permitido reorganizar las actividades que se venían realizando desde el año 2001 en colaboración con el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. En este Plan se consolidan dos Unidades de Referencia en las que se pueden realizar el diagnóstico y el seguimiento de las personas que poseen una predisposición genética a desarrollar determinados tipos de cáncer. Durante el año 2006 en este programa se han atendido a más de 500 familias.

#### Asistencia a los pacientes con cáncer

*Plan Especial para la Reducción de la Espera en Mamografías.* Iniciado a finales de 2005, garantiza la pronta asistencia de las mujeres que necesitan una exploración mamográfica indicada de acuerdo con el Protocolo de Recomendaciones sobre la Indicación de la Mamografía, consensuado por el Servicio Madrileño de Salud con las Sociedades Científicas (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Española de Diagnóstico e Intervencionismo de la Mama, Sociedad Española de Oncología Médica).


#### Rehabilitación y Cuidados Paliativos

*Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008.* Su objetivo es "establecer un modelo organizativo y asistencial que permita un abordaje integral e integrado, acorde a las necesidades de los pacientes y sus familiares".

Este Plan supone un aumento sustancial en las dotaciones de personal y formación de los profesionales sanitarios del ámbito, con un cronograma y una dotación presupuestaria definida.

#### Sistemas de información

Independientemente de las mejoras generales previstas en los Sistemas de Información Generales, así como en los sistemas corporativos específicos de gestión clínica de los tratamientos oncológicos, existe un aspecto muy importante que es la creación del sistema de información específico para la Oncología (Orden de 26 de octubre de 2005, de la Consejería de Sanidad y



Consumo, por la que se crea el Sistema de Información Oncológica de la Comunidad de Madrid, denominado Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer en la Comunidad de Madrid).

Este sistema consta actualmente de dos subsistemas en funcionamiento y en vías de integración. Por una parte, la red de Registros de Tumores Hospitalarios instalada en los Hospitales y centros sanitarios con internamiento pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud - que actualmente cuenta con 11 hospitales - y el aplicativo del Programa Regional de Detección Precoz de Cáncer de Mama.

Estas bases de datos permiten llevar a cabo análisis de la calidad de los procedimientos asistenciales, evaluar el grado de normalización de la asistencia oncológica, así como todo tipo de estudios epidemiológicos.

## Promoción de hábitos saludables y prevención de factores de riesgo

Reducir la exposición de la población de la Comunidad de Madrid a los factores de riesgo de cáncer de mayor peso epidemiológico: tabaquismo, alimentación no saludable, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, agentes infecciosos, factores medioambientales y factores ocupacionales; a partir del desarrollo de los planes de promoción de la salud de la Consejería de Sanidad y Consumo ya existentes y del diseño y realización de nuevas intervenciones.

### Objetivos específicos

#### Tabaquismo

Los del Plan Regional de Prevención y Control de Tabaquismo, que son:

- Disminuir la prevalencia de fumadores en la población adulta y joven.
- Retrasar la edad media de inicio en el consumo diario de tabaco.
- Aumentar la proporción de abandono de la dependencia al tabaco, especialmente en profesionales sanitarios, educadores y empleados públicos.
- Reducir la proporción de población expuesta al aire contaminado por humo de tabaco.
- Diseñar acciones que promuevan el abandono del hábito tabáquico en profesionales de grandes empresas cuya actividad implique la utilización de cancerígenos.

#### Alimentación no saludable

Los del Plan Integral de Alimentación y Nutrición, y adicionalmente:

- Arbitrar mecanismos para facilitar la accesibilidad de las acciones propuestas en el Plan de Alimentación de la Comunidad de Madrid a las capas sociales más desfavorecidas.

#### Consumo excesivo de alcohol

- Los relacionados con el consumo de alcohol del Plan Estratégico 2006-2009 de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

#### Sedentarismo

- Elaborar un Plan Regional de Fomento de la Actividad Física.

#### Agentes infecciosos

Los del Plan de Atención Sanitaria a la Sexualidad Juvenil, los del Plan de actuaciones frente al VIH-SIDA y los relacionados con la reducción de daños en usuarios de droga por vía parental del Plan Estratégico de la Agencia Antidroga y adicionalmente:

- Realizar acciones para aumentar la seguridad en la realización de tatuajes y "piercing" y mejorar el conocimiento de la población sobre los riesgos de estas prácticas.

#### Factores medioambientales

- Reducir en la población general la exposición excesiva a la radiación ultravioleta procedente del sol y de fuentes artificiales.
- Poner en marcha mecanismos concretos destinados a la reducción de la exposición de la población a productos químicos carcinógenos.
- Establecer la carga de mortalidad por cáncer de pulmón atribuible al radón en la Comunidad de Madrid y conocer la evidencia disponible sobre la efectividad de las medidas para reducir la exposición.
- Realizar un estudio de radiactividad en el agua de consumo de la Comunidad de Madrid.

#### Factores ocupacionales

- Crear una fuente de información que permita estimar el número de trabajadores potencialmente expuestos a los siguientes cancerígenos laborales: amianto, aminas aromáticas, arsénico, benceno, berilio, biscloro-metil éter, cadmio, cloruro de vinilo monómero, cromo VI, formaldehído, hidrocarburos aromáticos policíclicos, níquel, polvo de madera, radiaciones ionizantes.
- Diseñar la matriz empleo-exposición que relacione carcinógenos con actividades económicas concretas.
- Evaluar la idoneidad de los reconocimientos médicos efectuados en los trabajadores expuestos a: amianto, benceno, cadmio y polvo de madera.

- Crear el dispositivo que permita realizar, desde el sistema público de salud, una vigilancia específica para los trabajadores con historia de exposición laboral a amianto.
- Diseñar acciones encaminadas a la promoción de la salud en las empresas que manejan cancerígenos.

### Detección precoz e identificación de personas con aumento del riesgo de padecer la enfermedad

#### Cáncer de mama

##### Objetivo general DP1

Garantizar la existencia y continuidad en el tiempo de programas de cribado con carácter poblacional para mujeres entre 50 y 69 años, sobre la base de una mamografía bilateral en doble proyección y con una periodicidad bienal.

##### Objetivos específicos DP1

- Alcanzar una participación de al menos el 70% de las mujeres invitadas a participar.
- Asegurar la equidad en el acceso de los diferentes grupos socio-económicos.
- Proporcionar un nivel de calidad adecuado en las técnicas mamográficas de cribado.
- Desarrollar una coordinación adecuada entre los distintos niveles asistenciales, con circuitos de seguimiento de los casos detectados.
- Minimizar los efectos adversos del cribado, como la ansiedad, y disminuir las dosis de radiación.
- Evaluar con regularidad semestral el programa y devolver la información a los distintos niveles asistenciales.

##### Objetivo general DP2

Garantizar un seguimiento específico e individualizado de toda mujer que o bien presente sospecha de patología mamaria o bien tenga un riesgo aumentado.

##### Objetivos específicos DP2

- Facilitar una exploración mamográfica en un tiempo no superior a 40 días.
- Proporcionar un nivel de calidad adecuado en las técnicas de imagen.
- Desarrollar una coordinación adecuada entre los distintos niveles asistenciales, con circuitos de seguimiento de los casos detectados.
- Definir subgrupos de población en función del riesgo atribuido.
- Utilizar los dos programas de actuación específicos de esta área que existen en nuestra Comunidad:
  - Programa Poblacional de Detección Precoz de Cáncer de Mama.
  - Plan de Actuación en Mamografía de la Comunidad de Madrid.
- Para el año 2007, las acciones de mejora se implantarán al menos en dos áreas sanitarias, para que esto permita, tras su evaluación, difundir las líneas de mejora de forma progresiva al resto de la Comunidad.

#### Cáncer de cérvix

##### Objetivo general DP3

Disminuir la mortalidad por cáncer de cérvix y mejorar la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas, mediante la detección temprana de la infección por VPH y de los carcinomas en estadios iniciales. Asegurar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento correctos de los casos en un tiempo adecuado, realizando al mismo tiempo estudios epidemiológicos sobre los factores de riesgo.

##### Objetivos específicos DP3

- Organizar programas de prevención de cáncer de cérvix basándose en las recomendaciones de organismos internacionales y sociedades científicas.
- Establecer criterios consensuados para toda la Comunidad de Madrid sobre población diana, método y frecuencia de realización del cribado.
- Optimizar los recursos empleados en la realización de las citologías que se realizan con carácter oportunista.
- Detectar los subgrupos de población con riesgo elevado de desarrollar cáncer de cérvix.
- Garantizar el seguimiento de todas las mujeres de la población diana.

- Asegurar la equidad en el acceso de los diferentes grupos socio-económicos.
- Desarrollar una coordinación e información adecuadas entre los distintos niveles asistenciales, con circuitos de seguimiento de los casos detectados.
- Evaluar con regularidad semestral el programa de prevención de cáncer de cérvix.
- Proporcionar un nivel de calidad adecuado en las técnicas citológicas.
- Realizar estudios controlados sobre la efectividad de nuevas técnicas diagnósticas en cribado poblacional y en grupos de riesgo.
- Diseñar y llevar a cabo un estudio piloto en dos áreas de salud, siguiendo los criterios establecidos previamente y antes de su generalización a toda la Comunidad de Madrid.

## Cáncer de colon y recto

### Objetivo general DP4

Disminuir la mortalidad por cáncer de colon y recto, mediante la identificación precoz de la población con riesgo aumentado, de tal manera que se incremente la detección de tumores en estadios iniciales. Asegurar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento correctos de los casos detectados y en un tiempo adecuado, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

### Objetivos específicos DP4

- Realizar estudios controlados de cribado poblacional en dos áreas de salud, mediante el test de sangre oculta en heces, con el fin de valorar si es efectivo, factible y estratégicamente viable la implantación de un programa de estas características en la Comunidad de Madrid.
- Garantizar la puesta en marcha, en dos áreas de salud, de programas de actuación especial en pacientes con síntomas, para facilitar la rapidez del diagnóstico y el tratamiento de esta patología.
- Favorecer el acceso y el seguimiento de los pacientes con antecedentes de riesgo a las unidades especializadas donde se evalúe el riesgo individual y familiar.

## Cáncer familiar

### Objetivo general DP5

Disminuir la incidencia y la mortalidad por cáncer en aquellas personas con una predisposición genética a padecer cáncer hereditario, mediante la identificación de tales individuos antes de que se desarrolle la enfermedad, facilitándoles un programa completo de prevención, detección precoz, tratamiento y seguimiento en un tiempo adecuado.

### Objetivos específicos DP5

- Garantizar que cualquier persona con sospecha de presentar - o de estar en riesgo de presentar - un cáncer hereditario tenga acceso al mejor diagnóstico, realización de estudio, consejo genético y tratamiento, mediante una atención normalizada, independientemente del centro que le corresponda por demarcación geográfica dentro de la Comunidad de Madrid.
- Dar respuesta a la demanda de información por parte de la población que presenta una incidencia repetida de cáncer en su familia, aportando educación sobre beneficios, riesgos y limitaciones del test genético recomendado.
- Suministrar educación básica permanente sobre genética en cáncer para los profesionales que atienden a estas familias.
- Analizar los recursos existentes en la Comunidad para el diagnóstico y seguimiento.
- Asegurar los recursos en diagnóstico y tratamiento, creando dos unidades de referencia para evaluar y dimensionar la demanda ocasionada.
- Crear un registro de cáncer familiar que permita el análisis del impacto de las acciones sobre la supervivencia y la calidad de vida obtenida, posibilitando la investigación de nuevas modalidades de cribado.
- Suministrar apoyo psicológico a los pacientes y sus familiares.
- Realización de estudios sobre fuentes de información que identifiquen grupos de alto riesgo o formas hereditarias.
- Evaluar con regularidad semestral el programa y los criterios de derivación entre los distintos niveles asistenciales que constituyen el Programa.
- Iniciar estudios controlados sobre efectividad de nuevas técnicas diagnósticas y test genéticos en subgrupos de riesgo.

## Asistencia a adultos, niños y adolescentes

### Asistencia a adultos

#### Objetivo AA1

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

#### Acciones

- Establecer criterios clínicos de sospecha fundada de cáncer de mama junto con la prueba diagnóstica de referencia y el circuito prioritario de realización de dicha prueba diagnóstica.

#### Objetivo AA2

Se desarrollarán proyectos piloto cuyo objetivo principal sea conseguir que se inicie el proceso diagnóstico en los 15 días siguientes al establecimiento de la sospecha fundada de cáncer.

#### Acciones

- Establecer criterios clínicos de sospecha fundada de cáncer para los principales tumores, junto con la prueba diagnóstica de referencia y el circuito prioritario de realización de dicha prueba diagnóstica.

#### Objetivo AA3

Los pacientes diagnosticados de cáncer serán tratados en el marco de un equipo multidisciplinario e integrado, que cuente con un profesional que actúe como referente para el paciente a lo largo del proceso de atención hospitalaria.

#### Acciones

- Elaborar guías de práctica clínica que incluyan el proceso diagnóstico y el terapéutico, mediante el consenso con los profesionales y las Sociedades Científicas y basándose en la mejor evidencia disponible. Esta elaboración deberá contar con el apoyo de la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria y de la Dirección General de Farmacia y deberá tener en cuenta las experiencias previas desarrolladas en este ámbito.
- Todo hospital que ofrezca tratamiento de cáncer deberá contar con protocolos adaptados a las características y circuitos de dicho hospital, basados en las guías de práctica clínica de la Comunidad de Madrid correspondiente a cada tipo de tumor. Estos protocolos deberán ser públicos e incluirán los tiempos máximos aceptables entre cada procedimiento diagnóstico o terapéutico.

#### Objetivo AA4

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

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

#### Objetivo AA5

Los centros hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pondrán en marcha Comités de Tumores que planteen la decisión terapéutica previa al tratamiento y establezcan un plan terapéutico global, en el que participen los profesionales implicados en el proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer, siguiendo las guías clínicas marco de la Comunidad de Madrid.

#### Acciones

- Establecer unos Comités de Tumores en cada centro, caso de no existir, que evaluarán todos los casos diagnosticados y/o tratados en el centro, con la participación de todos los especialistas implicados en el proceso

terapéutico oncológico correspondiente. Los intervalos terapéuticos entre tratamientos deberán ser evaluados anualmente por el Comité.

- En los centros de referencia será obligado el tener, al menos, Comités específicos para los tumores más prevalentes, tales como cáncer de mama, colon y recto, pulmón y próstata.

### Objetivo AA6

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

### Acciones

- Establecer los mecanismos de recogida de datos y la metodología de evaluación de resultados clínicos para los indicadores seleccionados. Al final del período de vigencia de este plan se planteará una auditoría de historias clínicas para evaluar demoras terapéuticas. Para ello se utilizarán los datos contenidos en los Registros Hospitalarios de Tumores y el sistema de información oncológica denominado Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer de la Comunidad de Madrid (SIDC).

## Asistencia a niños y adolescentes

### Objetivo AN1

La atención a los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer se realizará en Unidades Multidisciplinares de Oncología Pediátrica (UOP).

### Acciones

- Estas Unidades de Oncología Pediátrica deben constituirse de acuerdo con los siguientes criterios:

- Proporcionar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento por medio de un equipo multidisciplinario que garantice un tratamiento integral y una continuidad asistencial.
- Esta Unidad, que tiene un carácter funcional, debe estar integrada en una organización hospitalaria que facilite la comunicación y coordinación con los nuevos métodos de tratamiento. También debe estar dotada de capacidad docente reconocida y de actividades de investigación, contando con un Registro de Tumores Infantil integrado en el Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer de la Comunidad de Madrid.
- Esta Unidad debe estar situada en un centro hospitalario que cuente al menos con un Comité de General de Tumores, siendo aconsejable que posea Comités específicos para los grandes grupos tumorales.
- Establecer que las UOP, por su naturaleza, actúan como unos Comités de Tumores Pediátricos en los centros que las posean.
- Estos Comités de Tumores facilitarán un Plan Terapéutico personalizado, aplicando las guías clínicas específicas y teniendo en cuenta que deben, a su vez, favorecer la atención psicosocial y educativa desde el momento del diagnóstico, de tal manera que los niños puedan continuar su desarrollo madurativo y su educación.
- Esta Unidad debe estar en conexión directa con la Atención Primaria y con otros hospitales, garantizando en todo momento la continuidad asistencial.
- Informar a los responsables de los servicios y áreas sanitarias de la necesidad de atender a los niños y adolescentes de 0 a 18 años de edad diagnosticados de cáncer de forma multidisciplinar en Unidades de Oncología Pediátrica.
- Establecer criterios y protocolos de derivación a las Unidades de Oncología Pediátrica.
- Diseñar un modelo de características de las Unidades de Oncología Pediátrica (UOP).
- Iniciar la acreditación del funcionamiento de las UOP de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

### Objetivo AN2

Los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer serán tratados en el marco de un equipo multidisciplinario e integrado y con un profesional que actúe como referente para el paciente a lo largo del proceso de atención hospitalaria.

### Objetivo AN3

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

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

### Acciones

- Elaborar guías de práctica clínica que incluyan el proceso diagnóstico y el terapéutico, mediante el consenso con los profesionales y las Sociedades Científicas y basándose en la mejor evidencia disponible. Esta elaboración deberá contar con el apoyo de la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria y de la Dirección General de Farmacia y deberá tener en cuenta las experiencias previas desarrolladas en este ámbito.
- Todo hospital que ofrezca tratamiento de cáncer deberá contar con protocolos adaptados a las características y circuitos de dicho hospital, basados en las guías de práctica clínica de la Comunidad de Madrid correspondiente de cada tipo de tumor. Estos protocolos deberán ser públicos e incluirán los tiempos máximos aceptables entre cada procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Los intervalos terapéuticos entre tratamientos deberán ser evaluados anualmente por el Comité.

### Objetivo AN4

Los centros hospitalarios con UOP pondrán en marcha Comités de Tumores y Registros de Tumores que, por una parte, planteen la decisión terapéutica previa al tratamiento y establezcan un plan terapéutico global, en el que participen los profesionales implicados en el proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer y, por otra, que permitan una evaluación de los resultados de los procesos asistenciales.

### Acciones

- Establecer unos Comités de Tumores en cada centro, caso de no existir, que evaluarán todos los casos diagnosticados y/o tratados en el centro con la participación de todos los especialistas implicados en el proceso terapéutico oncológico correspondiente. Los intervalos terapéuticos entre tratamientos deberán ser evaluados anualmente por el Comité.

### Objetivo AN5

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

### Acciones

- Establecer los mecanismos de recogida de datos y la metodología de evaluación de resultados clínicos para los indicadores seleccionados.

## Rehabilitación y Cuidados Paliativos

### Atención integral y calidad de vida

### Objetivo RCP1

Establecer, siguiendo el modelo del Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, la integración de los Cuidados Paliativos infantiles.

### Acciones

- Crear un Equipo de Soporte Hospitalario (ESH), como parte integrante de una Unidad Multidisciplinar de Oncología Pediátrica, de acuerdo con lo determinado en el objetivo 1 de la subárea de intervención de Asistencia a Niños y Adolescentes.
- Garantizar la asistencia a todos los pacientes que lo necesiten de los cuidados paliativos en domicilio y hospital, de acuerdo con lo determinado en el Plan Regional de Cuidados Paliativos.

## Objetivo RCP2

Mejorar la calidad de vida de los pacientes, desde la fase de prediagnóstico hasta el final del proceso, en los aspectos relacionados con su estado físico, psicosocial y emocional, así como en su entorno familiar, facilitando, además, a las familias el apoyo que precisen.

### Acciones

- Mejorar la ayuda al paciente para recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia, mejorando su calidad de vida general, tanto en el aspecto físico como en los aspectos psicosociales.
- Mejorar la atención al estado físico en todos los aspectos que vayan apareciendo durante el proceso oncológico.
- Mejorar la atención psicológica y emocional del paciente y su familia en las distintas etapas del proceso oncológico.
- Garantizar la autonomía del paciente en la toma de decisiones sobre su enfermedad, respetando los deseos del mismo y adecuando la información a los deseos que manifieste.
- Apoyar a los profesionales sanitarios en la atención que prestan a los pacientes oncológicos, a fin de prevenir las posibles claudicaciones derivadas del enfrentamiento diario al deterioro físico, el sufrimiento y la muerte.

## Sistemas de Información

### Objetivo SI1

Garantizar que el SIDC posee la información suficiente que permita la evaluación del Plan en su conjunto, así como de los indicadores propuestos para cada una de las grandes áreas de intervención.

### Acciones

- Establecer los procedimientos normalizados de recogida de datos y la metodología de la evaluación de los resultados para los indicadores seleccionados.

- Poner en marcha los mecanismos que permitan la integración de y con el Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer de la Comunidad de Madrid, de todas las fuentes de información corporativas útiles para el análisis del proceso oncológico.
- Desarrollar el marco de colaboración y coordinación adecuado para el apoyo mutuo entre los diversos componentes del sistema de información.
- Favorecer la incorporación a este Sistema de la información sobre factores de riesgo cuya asociación con el cáncer haya sido confirmada científicamente.
- Los centros hospitalarios que traten pacientes con cáncer establecerán una metodología de evaluación de los procesos y resultados clínicos de los pacientes tratados total o parcialmente en dicho centro, que permita evaluar los indicadores definidos en el Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid.
- Promover que, a la hora de desarrollar los sistemas de recogida local de datos, se tenga en cuenta la compatibilidad, tanto de criterios técnicos como tecnológicos, en los procesos de informatización clínica de los diversos ámbitos asistenciales.

### Objetivo SI2

Todos los hospitales de la red del Servicio Madrileño de Salud y los concertados tendrán un Registro de Tumores, de acuerdo con el modelo definido por el Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer de la Comunidad de Madrid (SIDC).

### Acciones

- Promover el desarrollo de los mecanismos que permitan al sector sanitario acceder a la información de causas de muerte de manera individualizada.
- Favorecer la incorporación de un código de identificación único, que sea general para todas las fuentes de información en cáncer y que facilite la integración de información en el Sistema.
- Desarrollar un método de evaluación de la calidad del Sistema de Información, de forma que se facilite su mejora continua.
- Promover la mejora de la cobertura y exhaustividad de los registros de tumores hospitalarios, de forma que permitan cubrir, con suficien-

te calidad y representatividad, aquellos aspectos y territorios deficitarios en el momento actual.

- Estandarizar la información de los Registros de Tumores, mediante la utilización por parte de todos ellos de los mismos cuestionarios de recogida de datos y sistemas de clasificación de enfermedades y procedimientos, con vistas a garantizar la comparabilidad de la información.
- Acometer de forma consensuada el diseño y puesta en marcha de la recogida codificada de datos diagnósticos y terapéuticos en pacientes oncológicos no hospitalizados (en consultas externas hospitalarias y consultas ambulatorias), de forma que se complemente la información procedente de los pacientes ingresados.
- Promover el uso de un único sistema de clasificación y codificación de los diagnósticos anatomopatológicos en todos los hospitales, así como en todos los laboratorios de anatomía patológica situados fuera de los hospitales.

## Investigación del cáncer

### Objetivo IC1

En Atención Especializada, favorecer la creación y consolidación de grupos de investigación estables, sólidos e integrados, potenciando la asignación de espacios y recursos específicos para desarrollar su labor. En Atención Primaria, favorecer la creación de unidades/grupos que realicen investigación sobre aspectos epidemiológicos, de comunicación y de cuidados del cáncer.

### Acciones

- Puesta en marcha de unidades/grupos de investigación integrada del cáncer, al menos en los hospitales que ofrezcan atención completa e integral del cáncer, con el fin de permitir una interacción funcional y efectiva entre los investigadores y las labores investigadoras a nivel clínico, básico y epidemiológico.
- Establecer una estructura de investigación en red sobre el cáncer en la Comunidad de Madrid que cuente con mecanismos de financiación, evaluación periódica y reglas definidas de funcionamiento e

intercambio de recursos, infraestructuras y personal. Esa estructura debe estar enmarcada en una línea estratégica que englobe todo el ámbito de la investigación en la Comunidad de Madrid y que podría tener la forma de Plan.

- De particular importancia a este respecto es el mantenimiento y desarrollo de algunas de las líneas verticales y programas horizontales de investigación de la RTICCC: formación, bancos de tumores, registros de tumores, bioestadística y epidemiología, genómica y proteómica, diagnóstico molecular, métodos no invasivos, modelos animales, nuevas terapias.
- Con relación a la puesta en marcha de unidades/grupos de investigación integrada del cáncer, proponemos el modelo de Unidades de Oncología Traslacional (UOT), basadas en la colaboración de Centros de Investigación y de Unidades Clínicas de Investigación en centros asistenciales.

## Promoción de hábitos saludables y prevención de factores de riesgo

### A finales de 2008

- Financiar el tratamiento farmacológico a la población que quiera dejar de fumar, según los criterios que defina la Consejería de Sanidad y Consumo.
- Arbitrar mecanismos para facilitar la accesibilidad de las acciones propuestas en el Plan de Alimentación de la Comunidad de Madrid a las capas sociales más desfavorecidas.
- Elaborar un Plan Regional de Fomento de la Actividad Física.
- Realizar acciones para aumentar la seguridad en la realización de tatuajes y "piercing" y mejorar el conocimiento de la población sobre los riesgos de estas prácticas.
- Reducir en la población general la exposición excesiva a la radiación ultravioleta procedente del sol y de fuentes artificiales.
- Poner en marcha mecanismos concretos destinados a la reducción de la exposición de la población a productos químicos carcinógenos.
- Establecer la carga de mortalidad por cáncer de pulmón atribuible al radón en la Comunidad de Madrid y conocer la evidencia disponible sobre la efectividad de las medidas para reducir la exposición.
- Realizar un estudio de radiactividad en el agua de consumo de la Comunidad de Madrid.
- Crear una fuente de información que permita estimar el número de trabajadores potencialmente expuestos a los siguientes cancerígenos laborales: amianto, aminas aromáticas, arsénico, benceno, berilio, biscloro-metil éter, cadmio, cloruro de vinilo monómero, cromo VI, formaldehído, hidrocarburos aromáticos policíclicos, níquel, polvo de madera, radiaciones ionizantes.
- Diseñar la matriz empleo-exposición que relacione carcinógenos con actividades económicas concretas.
- Evaluar la idoneidad de los reconocimientos médicos efectuados en los trabajadores expuestos a: amianto, benceno, cadmio y polvo de madera.
- Crear el dispositivo que permita realizar, desde el sistema público de salud, una vigilancia específica para los trabajadores con historia de exposición laboral a amianto (vigilancia de post-ocupacionales).

- Diseñar acciones encaminadas a la promoción de la salud en las empresas que manejan cancerígenos.
- Diseñar acciones que promuevan el abandono del hábito tabáquico en profesionales de grandes empresas (de más de 250 trabajadores que tienen servicios de prevención de riesgos laborales propios) cuya actividad implique la utilización de cancerígenos.

## Detección precoz e identificación de personas con aumento del riesgo de padecer la enfermedad

### Cáncer de mama

#### A finales de 2007

- Garantizar la existencia de un programa de cribado, con carácter poblacional y con continuidad en el tiempo, para mujeres entre 50 y 69 años, sobre la base de una mamografía bilateral en doble proyección y con una periodicidad bienal.
- Garantizar un seguimiento específico e individualizado de toda mujer que o bien presente sospecha de patología mamaria (antecedentes de hiperplasia epitelial atípica / carcinoma lobulillar in situ) o que tenga riesgo aumentado.

### Cáncer de cérvix

#### A finales de 2007

- Organizar programas de prevención de cáncer de cérvix con carácter piloto, basándose en las recomendaciones de organismos internacionales y Sociedades Científicas.
- Establecer criterios consensuados para toda la Comunidad de Ma-

drid sobre población diana (rango de edades, grupos de riesgo específico) y método y frecuencia de realización de cribado.

### **A finales de 2008**

- Optimizar los recursos empleados en la realización de citologías con carácter oportunista.
- Detectar subgrupos de población con riesgo elevado para el cáncer de cérvix.
- Desarrollar la coordinación e información adecuada entre los distintos niveles asistenciales con circuitos de seguimiento de los casos detectados.
- Realizar estudios controlados sobre efectividad de nuevas técnicas diagnósticas en cribado poblacional y en grupos de riesgo.

## **Cáncer de colon y recto**

### **A finales de 2008**

- Realizar estudios controlados de cribado poblacional mediante el test de sangre oculta en heces que permita valorar si es efectivo, factible y estratégicamente viable la implantación de un programa de estas características en la Comunidad de Madrid.
- Garantizar la puesta en marcha de programas de actuación especial en pacientes con síntomas, que faciliten la rapidez del diagnóstico y tratamiento de esta patología.
- Favorecer el acceso y seguimiento de pacientes con antecedentes de riesgo a unidades especializadas donde se evalúe el riesgo individual y familiar.

## **Cáncer familiar**

### **A finales de 2008**

- Garantizar que cualquier persona con sospecha de presentar - o de estar en riesgo de presentar - un cáncer hereditario tenga acceso al

mejor diagnóstico, realización de estudio y consejo genético y tratamiento, mediante una atención normalizada, independientemente del centro que le corresponda por demarcación geográfica dentro de la Comunidad de Madrid.

- Dar respuesta a la demanda de información por parte de la población que presenta una incidencia repetida de cáncer en su familia, aportando educación sobre beneficios, riesgos y limitaciones del test genético recomendado.
- Crear un registro de cáncer familiar que permita el análisis del impacto de las acciones sobre la supervivencia y la calidad de vida obtenida, posibilitando la investigación de nuevas modalidades de cribado.
- Iniciar estudios controlados sobre efectividad de nuevas técnicas diagnósticas y test genéticos en subgrupos de riesgo.

## **Asistencia a adultos y niños y adolescentes**

### **Asistencia a adultos**

#### **A finales de 2008**

- En los pacientes con sospecha clínica fundada de cáncer de mama se iniciará el proceso de confirmación diagnóstica en los 15 días siguientes al establecimiento de la sospecha.
- Se desarrollarán estudios controlados cuyo objetivo principal sea conseguir la misma demora para el cáncer de colon (15 días desde la sospecha fundada de cáncer hasta el inicio del proceso diagnóstico).
- Los pacientes diagnosticados de cáncer serán tratados en el marco de un equipo multidisciplinario e integrado y con un profesional que actúe como referente para el paciente a lo largo del proceso de atención hospitalaria.
- El tiempo transcurrido desde la decisión terapéutica hasta el inicio efectivo del tratamiento se ajustará progresivamente a las siguientes recomendaciones:
  - Tratamiento quirúrgico: recomendable 2 semanas.

- Quimioterapia: recomendable una semana.
- Radioterapia: recomendable 4 semanas (incluyendo el proceso de planificación).
- Los centros hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pondrán en marcha Comités de Tumores que planteen la decisión terapéutica previa al tratamiento y establezcan un plan terapéutico global, en el que participen los profesionales.
- Los centros hospitalarios que traten pacientes con cáncer establecerán una metodología de evaluación de resultados clínicos de los pacientes tratados total o parcialmente en dicho centro, que permita evaluar la supervivencia según estadio en el diagnóstico, el porcentaje de recidivas y la mortalidad quirúrgica a los 30 días o dentro del mismo ingreso hospitalario.

## Asistencia a niños y adolescentes

### A finales de 2007

- Establecer criterios y protocolos de derivación a las Unidades de Oncología Pediátrica (UOP).
- Diseñar un modelo de características de las Unidades de Oncología Pediátrica (UOP).
- Iniciar la acreditación del funcionamiento de las UOP de los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

### A finales de 2008

- La atención a los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer se realizará en Unidades Multidisciplinares de Oncología Pediátrica (UOP). Los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer serán tratados en el marco de un equipo multidisciplinario e integrado y con un profesional que actúe como referente para el paciente a lo largo del proceso de atención hospitalaria.

## Rehabilitación y Cuidados Paliativos

### Atención integral y calidad de vida

#### A finales de 2008

- Establecer, siguiendo el modelo del Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, la integración de los Cuidados Paliativos infantiles.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes, desde la fase de prediagnóstico hasta el final del proceso, en los aspectos relacionados con su estado físico, psíquico, emocional y social, así como en su entorno familiar, facilitando, además, a las familias el apoyo que precisen.
- Crear un Equipo de Soporte Hospitalario (ESH), como parte integrante de una Unidad Multidisciplinar de Oncología Pediátrica, de acuerdo con lo determinado en el objetivo 1 del área de intervención "Asistencia a Adultos y Niños y Adolescentes".
- Mejorar la ayuda al paciente para recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia y para mejorar su calidad de vida general, tanto en el aspecto físico como en los aspectos psicológico y social.
- Garantizar la asistencia a todos los pacientes que lo necesiten de los cuidados paliativos en domicilio y hospital, de acuerdo con lo determinado en el Plan Regional de Cuidados Paliativos.

## Sistemas de Información

### A finales de 2008

- Garantizar que el SIDC posee la información suficiente que permita la evaluación del Plan en su conjunto, así como de los indicadores propuestos para cada una de las grandes áreas de intervención.
- Todos los hospitales de la red del Servicio Madrileño de Salud y los concertados tendrán un Registro de Tumores, de acuerdo con el modelo definido por el Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer de la Comunidad de Madrid (SIDC).

## Investigación del cáncer

### A finales de 2008

- Favorecer la creación y consolidación de grupos de investigación estables, sólidos e integrados, potenciando la asignación de espacios y recursos específicos para desarrollar su labor.
- En los Centros de Salud, favorecer la creación de unidades/grupos que realicen investigación sobre aspectos epidemiológicos, de comunicación y de cuidados del cáncer.
- Puesta en marcha de unidades/grupos de investigación integrada del cáncer, al menos en dos de los hospitales que ofrezcan atención completa e integral del cáncer, para permitir una interacción funcional y efectiva entre los investigadores y las labores investigadoras a nivel clínico, básico, epidemiológico y asistencial.

Tabla cronograma de los principales objetivos del Plan Integral de Control del Cáncer. 2007-2008.

| PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES Y PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO |  |        |      |
|--|--|--------|------|
| CAPÍTULO   | OBJETIVO   | INICIO | FIN  |
| TABAQUISMO   | Los del Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo. Adicionalmente, financiar el tratamiento farmacológico a la población que quiera dejar de fumar, según criterios que defina la Consejería de Sanidad y Consumo.  | 2007   | 2008 |
| ALIMENTACIÓN NO SALUDABLE  | Los del Plan Integral de Alimentación y Nutrición. Adicionalmente arbitrar mecanismos para facilitar la accesibilidad de las acciones propuestas a las capas sociales más desfavorecidas   | 2007   | 2008 |
| COSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL   | Los del Plan Estratégico de la Agencia Antidroga.  | 2007   | 2008 |
| SEDENTARISMO   | Elaborar un Plan Regional de Fomento de la Actividad Física.   | 2007   | 2008 |
| AGENTES INFECCIOSOS  | Los del Plan de Atención Sanitaria a la Sexualidad Juvenil, los del Plan de Actuaciones frente al VIH-SIDA y los del Plan estratégico de la Agencia Antidroga. Adicionalmente, realizar acciones para aumentar la seguridad en la realización de tatuajes y "piercing" y mejorar el conocimiento de la población sobre los riesgos de estas prácticas. | 2007   | 2008 |
| FACTORES MEDIO-AMBIENTALES   | Disminuir la exposición a la radiación ultravioleta y a los productos químicos cancerígenos  | 2007   | 2008 |
|  | Conocer el impacto de la exposición al radón sobre la mortalidad por cáncer de pulmón en la CM.  | 2007   | 2008 |
|  | Conocer la radioactividad del agua de consumo.   | 2007   | 2008 |
| FACTORES OCUPACIONALES   | Crear los procedimientos que permitan estimar la exposición a carcinógenos laborales en los trabajadores que desempeñan su actividad en la CM.   | 2007   | 2008 |
|  | Crear un programa específico de detección precoz de patología relacionada con la exposición a ciertos cancerígenos, así como se habrá logrado disminuir la exposición sinérgica al tabaco en el medio laboral.   | 2007   | 2008 |
|  | Diseñar acciones encaminadas a la promoción de la salud en las empresas que manejan cancerígenos.  | 2007   | 2008 |

| DETECCIÓN PRECOZ E IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CON UN AUMENTO DEL RIESGO DE PADECER LA ENFERMEDAD |  |        |      |
|--|--|--------|------|
|  | OBJETIVO   | INICIO | FIN  |
| CÁNCER DE MAMA   | Garantizar la existencia de un programa de cribado con carácter poblacional y con continuidad en el tiempo para mujeres entre 50 y 69 años, sobre la base de una mamografía bilateral en doble proyección y con una periodicidad bienal.   | 2007   | 2007 |
|  | Garantizar un seguimiento específico e individualizado de toda mujer que o bien presente sospecha de patología mamaria (antecedentes de Hiperplasia epitelial atípica / carcinoma lobulillar in situ) o bien tenga riesgo aumentado.   | 2007   | 2007 |
| CÁNCER DE CÉRVIX   | Organizar programas de prevención del cáncer de cérvix con estudios controlados, basándose en las recomendaciones de organismos internacionales y Sociedades Científicas.  | 2007   | 2007 |
|  | Establecer criterios consensuados para toda la Comunidad de Madrid sobre población diana (rango de edades, grupos de riesgo específico) y método y frecuencia de realización de cribado.   | 2007   | 2007 |
|  | Optimizar los recursos empleados en la realización de citologías con carácter oportunista.   | 2007   | 2008 |
|  | Detectar subgrupos de población con riesgo elevado para el cáncer de cérvix.   | 2007   | 2008 |
|  | Desarrollar la coordinación e información adecuada entre los distintos niveles asistenciales con circuitos de seguimiento de los casos detectados.   | 2007   | 2008 |
|  | Realizar estudios controlados sobre efectividad de nuevas técnicas diagnósticas en cribado poblacional y en grupos de riesgo.  | 2007   | 2008 |
| CÁNCER DE COLON Y RECTO  | Realizar estudios controlados de cribado poblacional mediante el test de sangre oculta en heces que permita valorar si es efectivo, factible y estratégicamente viable la implantación de un programa de estas características en la Comunidad de Madrid.  | 2007   | 2008 |
|  | Garantizar la puesta en marcha de programas de actuación especial en pacientes con síntomas, que faciliten la rapidez del diagnóstico y tratamiento de esta patología.   | 2007   | 2008 |
|  | Favorecer el acceso y seguimiento de pacientes con antecedentes de riesgo a unidades especializadas donde se evalúe el riesgo individual y familiar.   | 2007   | 2008 |
| CÁNCER FAMILIAR  | Garantizar que cualquier persona con sospecha de presentar o de estar en riesgo de presentar un cáncer hereditario tenga acceso al mejor diagnóstico, realización de estudio y consejo genético y tratamiento, mediante una atención normalizada e independientemente del centro que le corresponda por demarcación geográfica dentro de la Comunidad de Madrid. | 2007   | 2008 |
|  | Dar respuesta a la demanda de información por parte de la población que presenta una incidencia repetida de cáncer en su familia, aportando educación sobre beneficios, riesgos y limitaciones del test genético recomendado.  | 2007   | 2008 |
|  | Crear un registro de cáncer familiar que permita el análisis del impacto de las acciones sobre la supervivencia y la calidad de vida obtenida, posibilitando la investigación de nuevas modalidades de cribado.  | 2007   | 2008 |
|  | Iniciar estudios controlados sobre la efectividad de nuevas técnicas diagnósticas y test genéticos en subgrupos de riesgo.   | 2007   | 2008 |

| ASISTENCIA A ADULTOS Y NIÑOS Y ADOLESCENTES   |   |   |      |
|---|---|---|------|
| CAPÍTULO  | OBJETIVO  | INICIO  | FIN  |
| ADULTOS   | En los pacientes con sospecha clínica fundada de cáncer de mama se iniciará el proceso de confirmación diagnóstica en los 15 días siguientes al establecimiento de la sospecha.   | 2007  | 2008 |
|   | Se desarrollarán estudios controlados cuyo objetivo principal sea conseguir la misma demora para el cáncer de colon (15 días desde la sospecha fundada de cáncer hasta el inicio del proceso diagnóstico).  | 2007  | 2008 |
|   | Los pacientes diagnosticados de cáncer serán tratados en el marco de un equipo multidisciplinario e integrado y con un profesional que actúe como referente para el paciente a lo largo del proceso de atención hospitalaria.   | 2007  | 2008 |
|   | El tiempo transcurrido desde la decisión terapéutica hasta el inicio efectivo del tratamiento se ajustará progresivamente a las siguientes recomendaciones:<br>- Tratamiento quirúrgico: recomendable 2 semanas.<br>- Quimioterapia: recomendable una semana.<br>- Radioterapia: recomendable 4 semanas (incluyendo el proceso de planificación). | 2007  | 2008 |
|   | Los centros hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pondrán en marcha Comités de Tumores que planteen la decisión terapéutica previa al tratamiento y establezcan un plan terapéutico global, en el que participen los profesionales.   | 2007  | 2008 |
|   | NIÑOS Y ADOLESCENTES  | Establecer criterios y protocolos de derivación a las Unidades de Oncología Pediátrica. | 2007 |
| Diseñar un modelo de características de las Unidades de Oncología Pediátrica (UOP).   |   | 2007  | 2007 |
| Iniciar la acreditación del funcionamiento de las UOP de los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud.  |   | 2007  | 2007 |
| La atención a los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer se realizará en Unidades Multidisciplinares de Oncología Pediátrica (UOP). Los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer serán tratados en el marco de un equipo multidisciplinario e integrado y con un profesional que actúe como referente para el paciente a lo largo del proceso de atención hospitalaria. |   | 2007  | 2008 |



### REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS

| OBJETIVO  | INICIO | FIN  |
|---|--------|------|
| Establecer, siguiendo el modelo del Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, la integración de los Cuidados Paliativos infantiles.   | 2007   | 2008 |
| Mejorar la calidad de vida de los pacientes, desde la fase de prediagnóstico hasta el final del proceso, en los aspectos relacionados con su estado físico, psíquico, emocional y social, así como en su entorno familiar, facilitando, además, a las familias el apoyo que precisen. | 2007   | 2008 |
| Crear un Equipo de Soporte Hospitalario (ESH), como parte integrante de una Unidad Multidisciplinar de Oncología Pediátrica, de acuerdo con lo determinado en el objetivo 1 del área de intervención "Asistencia a Adultos y Niños y Adolescentes".                                   | 2007   | 2008 |
| Mejorar la ayuda al paciente para recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia y para mejorar su calidad de vida general, tanto en el aspecto físico como en los aspectos psicológico y social.   | 2007   | 2008 |

### INVESTIGACIÓN DEL CÁNCER

| OBJETIVO  | INICIO | FIN  |
|---|--------|------|
| Favorecer la creación y consolidación de grupos de investigación estables, sólidos e integrados, potenciando la asignación de espacios y recursos específicos para desarrollar su labor.  | 2007   | 2008 |
| En los Centros de Salud, favorecer la creación de unidades/grupos que realicen investigación sobre aspectos epidemiológicos, de comunicación y de cuidados del cáncer.  | 2007   | 2008 |
| Puesta en marcha de unidades/grupos de investigación integrada del cáncer, al menos en dos de los hospitales que ofrezcan atención completa e integral del cáncer, que permitan una interacción funcional y efectiva entre los investigadores y las labores investigadoras a nivel clínico, básico, epidemiológico y asistencial. | 2007   | 2008 |

### SISTEMAS DE INFORMACIÓN

| OBJETIVO  | INICIO | FIN  |
|---|--------|------|
| Garantizar que el SIDC posee la información suficiente que permita la evaluación del Plan en su conjunto, así como de los indicadores propuestos para cada una de las grandes áreas de intervención.                                  | 2007   | 2008 |
| Todos los hospitales de la red del Servicio Madrileño de Salud y los concertados tendrán un registro de tumores, de acuerdo con el modelo definido por el Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer de la Comunidad de Madrid (SIDC). | 2007   | 2008 |

## Miembros que integran los Comités, Comisiones y Subcomisiones del Plan Integral de Control del Cáncer

### Comité Director

Presidenta: **Ilma. Sra. Doña Almudena Pérez Hernando**,  
Directora General del Servicio Madrileño de Salud.

Vocales: **Doña Belén Zorrilla Tomás**  
**Don José Jover Ibarra**  
**Don Miguel Ángel Soria Milla**  
**Don Francisco González Sanz**

Secretario: **Don Andrés González Navarro**

### Comisión Asesora

Presidenta:

**Ilma. Sra. Doña Almudena Pérez Hernando**  
Directora General del Servicio Madrileño de Salud.

Vocales Asesores de Consejero de Salud y Consumo:

**Don Hernán Cortés Funes**  
**Don Eduardo Díaz-Rubio González**  
**Don Eduardo Lanzos González**  
**Don Felipe Calvo Manuel**  
**Don Manuel González Barón**

Vocales de las Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad:

**Doña Mónica Ausejo Segura**  
**Don Ángel Rodríguez Laso**  
**Doña Isabel Corella Monzón**  
**Doña Elena Andradás Aragonés**  
**Doña Rosa de Andrés de Colsa**  
**Ilma. Sra. Doña Elisa Borrego García**

Vocales de las Sociedades Científicas y de Asociaciones de Pacientes:

**Doña Purificación García de Miguel**  
**Doña Ana Mañas Rueda**  
**Doña Ana Pastor Rodríguez-Moñino**  
**Doña Manuela Monleón Just**  
**Don Juan Carlos Lacal San Juan**  
**Doña Beatriz García-Lomas Uhagón**

Secretario:

**Don Andrés González Navarro**

## Subcomisiones y Grupos de Trabajo

### *Promoción de hábitos saludables y prevención de factores de riesgo*

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Segura Martín, Elena                  | AECC   |
| García-Abad Fernández, Miguel Ángel   | SEMAP  |
| Gámez Cabero, Isabel                  | SMMFYC   |
| Belmonte Cortés, Susana               | D. G. Salud Pública y Alimentación                                   |
| Pérez Escutia, M <sup>a</sup> Ángeles | Hospital 12 de Octubre   |
| Sánchez Suárez, José Luis             | SERMAS   |
| Cámara Díez, Enrique                  | D. G. Salud Pública y Alimentación                                   |
| Estrada Ballesteros, Carmen           | Instituto Salud Pública  |
| Franco Fernández, Marta               | Agencia Antidroga  |
| Ortiz Marrón, Honorato                | D. G. Salud Pública y Alimentación                                   |
| Zimmermann Verdejo, Marta             | D. G. Salud Pública y Alimentación                                   |
| García Crespo, M <sup>a</sup> Pilar   | Ayuntamiento de Madrid   |
| Limia Sánchez, Aurora                 | D. G. Salud Pública y Alimentación                                   |
| Ramírez Cano, Gregorio                | Federación Madrileña de Municipios                                   |
| Rodríguez Laso, Ángel                 | D. G. Salud Pública y Alimentación.<br>Coordinador de la Subcomisión |

## DetECCIÓN PRECOZ E IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CON AUMENTO DEL RIESGO DE PADECER LA ENFERMEDAD

### *Grupo de Trabajo de Cáncer de Mama*

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| Méndez Rubio, Santiago                  | AECC                                |
| Pérez Rivas, Javier                     | SEMAP                               |
| Marcos de Paz, Lourdes                  | SEDIM                               |
| Ayuso Sevilla, M <sup>a</sup> Luisa     | Hospital de Getafe                  |
| Sancho Cuesta, José Félix               | H. Central de la Defensa Gómez Ulla |
| Lara Álvarez, Miguel Ángel              | Hospital Severo Ochoa               |
| Herranz Crespo, Rafael                  | Hospital Gregorio Marañón           |
| Román Santamaría, José M <sup>a</sup>   | Hospital Clínico San Carlos         |
| Vidart Aragón, José Antonio             | Hospital Clínico San Carlos         |
| Gutiérrez Teira, Blanca                 | SMMFYC                              |
| Valentín López, Beatriz                 | Agencia Laín Entralgo               |
| González Hernández, M <sup>a</sup> José | SERMAS. Coordinadora del Grupo      |

### *Grupo de Trabajo de Cáncer de Colon y Recto*

|   |  |
|---|--|
| Ramírez Armengol, José Andrés           | Hospital Clínico San Carlos              |
| Méndez Rubio, Santiago                  | AECC                                     |
| Pérez Rivas, Javier                     | SEMAP                                    |
| Morillas Sainz, Juan Diego              | Hospital 12 de Octubre                   |
| Herranz Crespo, Rafael                  | Hospital Gregorio Marañón                |
| Arenas de Pablo, Ángel Emilio           | SERAM                                    |
| Gutiérrez Teira, Blanca                 | SMMFYC                                   |
| Valentín López, Beatriz                 | Agencia Laín Entralgo                    |
| Feliu Batlle, Jaime                     | Hospital La Paz                          |
| Pérez Gisbert, Javier                   | Asociación Española de Gastroenterología |
| González Hernández, M <sup>a</sup> José | SERMAS. Coordinadora del Grupo           |

### Grupo de Trabajo de Cáncer de Cervix

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| Miranda Serrano, Pilar                  | Hospital de Fuenlabrada        |
| Álvarez Fernández, Emilio               | Hospital Gregorio Marañón      |
| Méndez Rubio, Santiago                  | AECC                           |
| Pérez Rivas, Javier                     | SEMAP                          |
| Gutiérrez Teira, Blanca                 | SMMFYC                         |
| Valentín López, Beatriz                 | Agencia Laín Entralgo          |
| Vidart Aragón, José Antonio             | Hospital Clínico San Carlos    |
| González Hernández, M <sup>a</sup> José | SERMAS. Coordinadora del Grupo |

### Grupo de Trabajo de Cáncer Familiar

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| Pérez Segura, Pedro                     | Hospital Clínico San Carlos    |
| Robles Díaz, Luis                       | Hospital 12 de Octubre         |
| Jara Sánchez, Carlos                    | Hospital Fundación Alcorcón    |
| Méndez Rubio, Santiago                  | AECC                           |
| Pérez Rivas, Javier                     | SEMAP                          |
| Gutiérrez Teira, Blanca                 | SMMFYC                         |
| Valentín López, Beatriz                 | Agencia Laín Entralgo          |
| Feliu Batlle, Jaime                     | Hospital La Paz                |
| Urioste Azcorra, Miguel                 | CNIO                           |
| Benítez Ortiz, Javier                   | ASEICA                         |
| Pérez Gisbert, Javier                   | AEG                            |
| González Hernández, M <sup>a</sup> José | SERMAS. Coordinadora del Grupo |

### Asistencia a adultos y niños y adolescentes

#### Asistencia a Adultos

|   |  |
|---|--|
| González San Segundo, M <sup>a</sup> Carmen | AECC   |
| Monleón Just, Manuela                       | SEMAP  |
| Valdés Llorca, Carmen                       | SEMERGEN   |
| Mendieta Lázaro, José Manuel                | D. G. RESUUP   |
| Ausejo Segura, Mónica                       | D. G. Farmacia y Productos Sanitarios                |
| Pardo Hernández, Alberto                    | D. G. Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección |
| Álvarez Fernández, Emilio                   | Hospital Gregorio Marañón                            |
| Carreras Delgado, José Luis                 | Hospital Clínico San Carlos                          |
| Martín Jiménez, Miguel                      | Hospital Clínico San Carlos                          |
| García Olmos, Damián                        | Hospital La Paz                                      |
| Espinosa Arranz, Enrique                    | Hospital La Paz                                      |
| Casado Sáenz, Enrique                       | Hospital La Paz                                      |
| Gracia San Román, Javier                    | Agencia Lain Entralgo                                |
| De las Heras González, Manuel               | Hospital Clínico San Carlos                          |
| Calzas Rodríguez, Julia                     | Hospital de Fuenlabrada                              |
| González Navarro, Andrés                    | SERMAS. Coordinador Grupo                            |

## Asistencia a Niños y Adolescentes

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>González Herradas, Teresa</b>      | ASION  |
| <b>García de Miguel, Purificación</b> | FESEO  |
| <b>Ausejo Segura, Mónica</b>          | D. G. Farmacia y Productos Sanitarios                |
| <b>Mendieta Lázaro, José Manuel</b>   | D. G. RESUUP   |
| <b>Pardo Hernández, Alberto</b>       | D. G. Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección |
| <b>Álvarez Fernández, Emilio</b>      | Hospital Gregorio Marañón                            |
| <b>Carreras Delgado, José Luis</b>    | Hospital Clínico San Carlos                          |
| <b>López-Ibor, Blanca</b>             | Hospital San Rafael                                  |
| <b>Prados Losa, Rosa</b>              | Hospital 12 de Octubre                               |
| <b>Gracia San Román, Javier</b>       | Agencia Lain Entralgo                                |
| <b>Tovar Larrucea, Juan Antonio</b>   | Hospital Infantil La Paz                             |
| <b>Santos Miranda, Antón</b>          | Hospital Gregorio Marañón                            |
| <b>López Pérez, Jesús</b>             | Hospital 12 de Octubre                               |
| <b>Escribano Ceruelo, Eva</b>         | SERMAS   |
| <b>González Navarro, Andrés</b>       | SERMAS. Coordinador del Grupo                        |

## Rehabilitación y Cuidados Paliativos

|   |  |
|---|--|
| <b>Tójar Crisolía, M<sup>a</sup> Teresa</b>   | AECC                                   |
| <b>García Pérez, César</b>                    | SEMAP                                  |
| <b>De Miguel Sánchez, Cristina</b>            | SMMFYC                                 |
| <b>Lobo Álvarez, Miguel Ángel</b>             | D. G. Atención al Paciente             |
| <b>Brezmes Delgado, Ana</b>                   | D. G. RSUUP                            |
| <b>Sánchez Sobrino, Magdalena</b>             | Hospital Clínico San Carlos            |
| <b>Murillo González, M<sup>a</sup> Teresa</b> | Hospital 12 de Octubre                 |
| <b>Die Trill, María</b>                       | Hospital Gregorio Marañón              |
| <b>Luis-Yagüe Sánchez, José Ramón</b>         | Viceconsejería de Asistencia Sanitaria |
| <b>Pérez Segura, Pedro</b>                    | Hospital Clínico San Carlos            |
| <b>Calcerrada Díaz-Santos, Nieves</b>         | Agencia Lain Entralgo                  |
| <b>Vilches Aguirre, Yolanda</b>               | Hospital San Rafael                    |
| <b>Ausejo Segura, Mónica</b>                  | D. G. Farmacia y Productos Sanitarios  |
| <b>Gándara del Castillo, Álvaro</b>           | Clínica Ruber-Clínica Sear             |
| <b>Núñez Olarte, Juan Manuel</b>              | Hospital Gregorio Marañón              |
| <b>Valentín Maganto, Vicente</b>              | Hospital 12 de Octubre                 |
| <b>Madero López, Luis</b>                     | Hospital Niño Jesús                    |
| <b>Isac Pérez, Dolores</b>                    | Hospital Gregorio Marañón              |
| <b>Morales Lozano, Piedad</b>                 | Hospital Gregorio Marañón              |
| <b>Aguilera Guzmán, Marta</b>                 | SERMAS. Coordinadora del Grupo         |

## Sistemas de Información

|   |  |
|---|--|
| <b>González San Segundo, Carmen</b>       | AECC   |
| <b>Pollán Santamaría, Marina</b>          | ASEICA   |
| <b>Ávila de Tomás, José Francisco</b>     | SMMFYC   |
| <b>Aréjula Torres, José Luis</b>          | SEMAP  |
| <b>Serrano Rodríguez-Caro, Amalia</b>     | D. G. Atención al Paciente                           |
| <b>Sevilla Alonso, Santiago</b>           | D. G. Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección |
| <b>Caballero Guerra, Pastora</b>          | Hospital 12 de Octubre                               |
| <b>Díez-Gañán, Lucía</b>                  | D. G. Salud Pública y Alimentación                   |
| <b>Morente Páez, Manuel</b>               | CNIO   |
| <b>Biéznobas López, César</b>             | D. G. Informática y Comunicaciones                   |
| <b>Redondo Sánchez, Andrés</b>            | Hospital La Paz                                      |
| <b>Gracia San Román, Francisco Javier</b> | Agencia Laín Entralgo                                |
| <b>Mataix San Juan, Ángel</b>             | D. G. Farmacia y Productos Sanitarios                |
| <b>Lobo Álvarez, Miguel Ángel</b>         | D. G. Atención al Paciente                           |
| <b>Castelo Fernández, Beatriz</b>         | Hospital La Paz                                      |
| <b>Gómez García, F. Javier</b>            | Prensa SERMAS  |
| <b>González Navarro, Andrés</b>           | SERMAS. Coordinador del Grupo                        |

## Investigación del Cáncer

|  |   |
|--|---|
| <b>Alegre Amor, Adrián</b>                   | AECC                                    |
| <b>Perona Abellón, Rosario</b>               | ASEICA                                  |
| <b>Santamaría García, José M<sup>a</sup></b> | SEMAP                                   |
| <b>Pastor Rodríguez-Moñino, Ana</b>          | SMFYC                                   |
| <b>Negro Vega, Eva</b>                       | D. G. Farmacia y Productos Sanitarios   |
| <b>Sánchez Gómez, Luis M<sup>a</sup></b>     | Agencia Laín Entralgo                   |
| <b>De Castro Carpeño, Javier</b>             | Hospital La Paz                         |
| <b>De las Heras González, Manuel</b>         | Hospital Clínico San Carlos             |
| <b>Lacal San Juan, Juan Carlos</b>           | Instituto de Investigaciones Biomédicas |
| <b>Belda Iniesta, Cristóbal</b>              | Hospital La Paz                         |
| <b>Peña Sánchez, Carmen</b>                  | Hospital 12 de Octubre                  |
| <b>Piris Pinilla, Miguel Ángel</b>           | CNIO                                    |
| <b>Pestaña Vargas, Ángel</b>                 | Instituto Investigaciones Biomédicas    |
| <b>González Navarro, Andrés</b>              | SERMAS. Coordinador del grupo           |
| <b>Palau Beato, Enrique</b>                  | SERMAS. Coordinador del grupo           |

**Plan Integral de  
Control del Cáncer  
de la  
Comunidad de Madrid**