Programa de enfermedades oncológicas
Cancer programme

A. Arrázola[1], L. Gabilondo[2]

ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestra comunidad así como en el resto de sociedades desarrolladas del mundo. Según los últimos datos disponibles (1995 y 1996) al año se diagnostica algún tipo de cáncer a 2.230 personas y mueren por esa causa 1.220. Además, cada año se realizan otros 600 diagnósticos más de tumores de piel. El cáncer se da más en hombres (58% frente a 42%) y la edad al diagnóstico es mayor en los varones (66,8 frente a 64,8) que en las mujeres. El 47,1% de los enfermos diagnosticados es de esperar que estén vivos a los 5 años de ser diagnosticados, una vez ajustado por la esperanza de vida general. Este porcentaje varía mucho según la localización y tipo de tumor.

En 1999 el cáncer fue el motivo principal de 5.046 hospitalizaciones en los hospitales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, requiriéndose para su atención el equivalente de un hospital de 150 camas.

A la hora de asignar más recursos, el cáncer es considerado por la sociedad como problema prioritario, y la dimensión social de la enfermedad supera el peso cuantitativo que representa la atención oncológica en el total de la sanidad.

Actuaciones frente al cáncer y planes de salud

El Plan de Salud de Navarra de 1991, establecía 4 objetivos específicos en relación con el Cáncer. Tres dirigidos a reducir la mortalidad (cánceres de mama, estómago y pulmón) y uno a la mejora de la calidad de vida en cáncer de mama mediante la consecución del diagnostico en estadíos precoces. Además, el Plan de Salud esperaba mejorar resultados como consecuencia de actuaciones diversas tales como la mejora de la nutrición, las acciones antitabaco, reducción del consumo de alcohol y desarrollo de una sexualidad saludable. Por último, y dentro de la estrategia de mejora del sistema de cuidados de salud, se propugnaba la puesta en marcha de un programa de detección precoz de cáncer de mama originariamente dirigido a mujeres entre 45 y 65 años.

Transcurridos 10 años desde su aprobación formal, la mortalidad por cáncer en el hombre continúa aumentando, mientras que en la mujer se encuentra estabilizada. Los 10 años de desarrollo del programa de detección precoz de cáncer de mama han permitido diagnosticar aproximadamente a 1.000 mujeres, de las cuales el 67% lo fueron en estadios 1 ó previos, con muy buen pronóstico.

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 3): 103-125.

1. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios
2. Subdirección de Coordinación Hospitalaria. Servicio Navarro de Salud

Correspondencia:
D. Ander Arrázola
Sección de Planificación
Pabellón de Docencia
C/ Irunlarrea, 3
31008 Pamplona

Otros planes de salud elaborados en el Estado recogen con enfoques diferentes el peso del cáncer como problema de salud prioritario. Las propuestas de acción señaladas en los mismos son en general coincidentes y caracterizados por: pocas referencias explicitas sobre determinantes medioambientales; aspectos educativos y de cambio de comportamiento dirigidos principalmente al tabaquismo, con mención de acciones sobre dieta, radiación solar y alcohol; y prevención a través de la detección precoz o cribado del cáncer de mama, como programa de prevención mencionado casi en exclusividad.

En el ámbito asistencial los planes ponen el énfasis en la coordinación funcional de dispositivos; en la necesidad de planificar los centros y servicios de referencia; en controlar las demoras asistenciales; y en la creación de protocolos que mejoren la calidad y la coordinación de los recursos.

Los aspectos vinculados a la calidad de vida, los cuidados paliativos, el tratamiento del dolor y el soporte social a los enfermos, se mencionan también en casi todos los Planes.

Por último, se recogen propuestas de fomento de la formación y de la investigación, así como la creación o desarrollo de registros de cáncer, todas ellas consideradas como propuestas de apoyo a las estrategias preventivas.

Las oportunidades y las expectativas de mejorar resultados

Las evidencias disponibles señalan que varios tipos de cáncer pueden ser evitados y que las perspectivas de sobrevivir al cáncer continúan mejorando. Pero la capacidad de reducir la mortalidad por cáncer depende, en buena parte, de la existencia de recursos suficientes y de las condiciones de uso de los mismos.

La adquisición de tecnología frente al cáncer, tanto para la prevención como para la asistencia, no garantiza por si misma su correcta utilización, si bien posibilita a los servicios sanitarios mejorar sus resultados siempre que este avance tecnológico se acompañe de otros requisitos fundamentales para alcanzar el fin perseguido, esto es: una buena gestión del conocimiento y las condiciones organizativas requeridas para hacer eficaz y eficiente su uso.

Se estima que aproximadamente el 50 por ciento o más de cánceres se pueden prevenir mediante la cesación del hábito tabáquico, o mejorando los hábitos dietéticos tales como la reducción de la ingesta de grasa saturada y aumentando el consumo de fruta y verduras. Se sabe que algunos exámenes de salud preventivos y el control del peso también pueden contribuir a la prevención del cáncer.

Por otra parte, los resultados obtenidos en grandes colectividades de algunos países señalan altos índices de supervivencia e importantes incrementos en dichos índices a lo largo de los últimos decenios. Así, la supervivencia a los 5 años del diagnóstico para los menores de 15 años en los EEUU ha pasado del 56 al 74% en 20 años (1974-76 respecto a 1989-94). Considerada la población general y en nuestro medio, se puede afirmar que un tercio de las personas a las que se les ha diagnosticado un cáncer se ha curado y que nuestros indicadores señalan que año a año vamos mejorando.

La ciencia traslada a la sociedad el mensaje sobre el que estamos a las puertas de importantes cambios de cara a contar con nuevas herramientas para tratar el cáncer. Los grandes avances en el mundo de la genética en los años noventa van haciendo creíble la aplicación, en un plazo de tiempo no largo, de estas técnicas al tratamiento y prevención de las enfermedades oncológicas. El apoyo al desarrollo de la investigación de todo tipo, básico y aplicado, resulta crucial para todas las sociedades.

Las principales orientaciones a promover en la atención al cáncer

La búsqueda de los mejores resultados posibles, el promover una asistencia al enfermo con cáncer de gran calidad y contar con la confianza de los pacientes y de la sociedad respecto a la atención prestada al cáncer se configuran como los fines últimos de las actuaciones planteadas en este Plan de Salud en relación con el cáncer.

Los cambios a incorporar a la situación actual pueden resumirse en dos tipos de actuaciones: una va dirigida a la estructura sanitaria en la búsqueda de un trabajo más cooperativo entre los profesionales sanitarios. Entre todos los especialistas implicados en el tratamiento de un determinado tipo de cáncer y de estos con la atención primaria. Cada paciente con cáncer requiere la colaboración de muchos profesionales por lo que estos deberán organizarse por unidades de trabajo multidisciplinares, con criterios compartidos y un fin común: ofrecer al paciente la mejor atención disponible. La otra busca facilitar la implicación del paciente en la gestión de su propio proceso. Desde el máximo respeto a los valores y a las opciones en cada enfermo de cáncer, se pretende posibilitar una participación mayor de los pacientes, y por supuesto de las familias, en la toma de decisiones a lo largo del proceso asistencial. No sólo por el obligado respeto a la soberanía y voluntad del ciudadano, sino también desde el convencimiento de que una mayor implicación lleva consigo unos mejores resultados en el tratamiento. Las políticas de información a promover en los servicios sanitarios entre profesionales y pacientes, deben de recoger, evidentemente, la diversidad de posturas existente en la sociedad, incluida la de quien no quiere saber nada de su situación/diagnóstico.

IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO

Incidencia: los casos nuevos de cáncer

Tal como se recoge en el estudio realizado por el Instituto de Salud Pública de Navarra en relación con la incidencia y la mortalidad del cáncer en Navarra, desde 1980 a 1995, cada año se diagnostican en Navarra 2.750 casos nuevos de cáncer (Tabla 1). Exceptuando los tumores "in situ" y los cánceres de piel –no melanoma– los tumores malignos nuevos de localización primaria suman 2.100 casos al año. En relación con la población residente en Navarra, el cáncer se diagnostica en 4,75 hombres de cada mil y en 3,19 de cada 1.000 mujeres. El riesgo de padecer cáncer en nuestra Comunidad es 1,4 veces mayor para los hombres que para las mujeres.

Así mismo el cáncer es más frecuente con la edad, de tal forma que el 64% de los nuevos diagnósticos se dan en población mayor de 65 años. La edad media de diagnóstico en la actualidad es de 66,7 años en el hombre y de 65,4 años en la mujer. Aproximadamente cada quinquenio se incrementa en un año la edad media de los diagnosticados en el periodo.

Si nos atenemos a la progresión seguida por la incidencia en los últimos años comprobamos que el nº de casos en 20 años se ha doblado en los hombres y que se ha incrementado en un 75% en las mujeres. El crecimiento anual de la incidencia (expresada en tasa) desde 1980 a 1994 ha sido del 2,4% en los hombres y del 2,2% en las mujeres.

En los hombres las 5 localizaciones más frecuentes son las de pulmón, próstata, vejiga, colon y estómago. En las mujeres en cambio son: mama, cuerpo de útero, colon, tejido linfoide y estómago. Estas 5 causas suman el 55% de todos los tumores malignos en el hombre y el 56% en la mujer. En todas estas localizaciones la tendencia de la incidencia es ascendente con excepción del

Tabla 1. Evolución del nº de casos anuales por quinquenio y de la edad media al diagnóstico de los tumores malignos en Navarra (excepto piel no melanoma).

	73-77	78-82	83-87	88-92	93-94	95-96
Hombres						
Casos anuales	631	797	947	1.124	1.234	1.325
Edad media	63,7	64,1	65,2	66,2	66,7	66,8
Mujeres						
Casos anuales	498	578	675	813	840	907
Edad media	62,4	63,6	64,4	64,7	65,4	64,8

Fuente: Instituto de Salud Pública.

cáncer de estómago que presenta una reducción del 18% en hombres y del 26% en mujeres entre quinquenios (Tablas 2, 3 y Figs. 1, 2).

La incidencia de cáncer en nuestra comunidad en los hombres se asemeja a la observada en la C.A. País Vasco y en Asturias y algo superior que la observada en Granada y Tarragona. Respecto a los países de la Unión Europea, Navarra ocupa en los hombres una posición intermedia, parecida a varios registros italianos, pero más alta que la observada en países como Suecia, Noruega, Grecia o Portugal. En las mujeres, la incidencia global de cáncer declarada en el primer quinquenio de los 90 es la más alta de las declaradas por los registros españoles, pero respecto a Europa se encuentra entre las comunidades con los niveles de incidencia más bajos de cáncer.

Tabla 2. Variaciones en el nº de casos anuales entre quinquenios (en %). Navarra 1973-1996.

	78-82 /73-77	83-87/78-82	88-92/83-87	93-96/88-92	En el periodo
Hombres	5,3	3,8	3,7	3,1	102,9
Mujeres	3,2	3,4	4,1	1,7	75,5
Total	**4,36**	**3,59**	**3,88**	**2,48**	**90,8**

Fuente: Instituto de Salud Pública.

Tabla 3. Incidencia (por 100.000) de cáncer en Navarra 1980 a 1994. Localizaciones más frecuentes. Porcentaje de variación en el periodo 1980-1994.

Hombres	**1980-84**	**1985-89**	**1990-94**	**Variac.**	**Mujeres**	**1980-84**	**1985-89**	**1990-94**	**Variac.**
Pulmón (162)	39,1	40,1	48,1	23,0	Mama (174)	42,2	48,4	67,7	60,4
Próstata (185)	23,3	28,3	32,0	37,3	Colon (153)	8,4	12,8	12,1	44,0
Estómago (151)	27,8	26,9	22,7	-18,3	Estómago (151)	11,5	12,2	8,5	-26,1
Colon (153)	11,8	15,1	20,6	74,6	Encéfalo-SNC (191-2)	5,0	5,2	5,4	8,0
Vejiga (188)	23,5	24,9	26,7	13,6	Ovario (183)	6,8	8,5	8,0	17,6
Total (-173)	**251,0**	**268,4**	**287,3**	**14,5**	**Total (-173)**	**153,2**	**169,5**	**187,3**	**22,3**

Fuente: Instituto de Salud Pública.

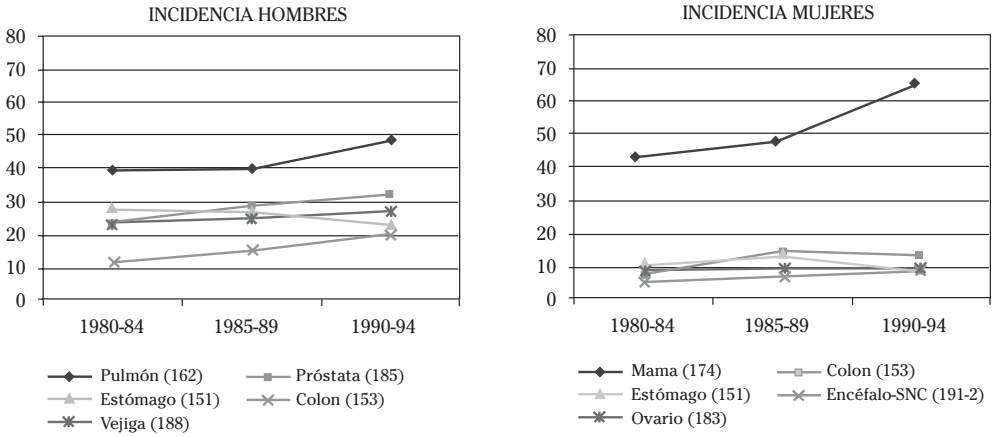

Figura 1. Incidencia del cáncer en hombres y mujeres.

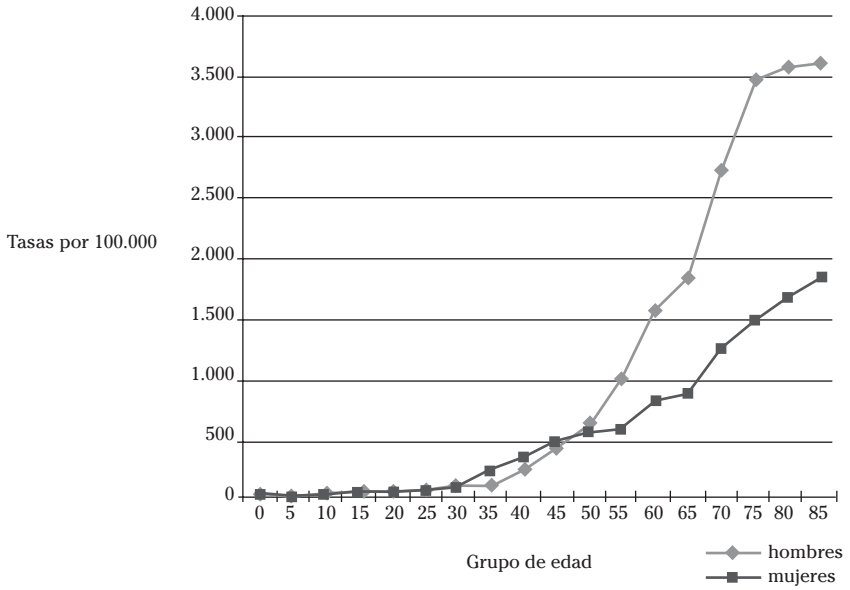

Figura 2. Tasas específicas por sexo y grupo de edad. Navarra 1995-96. Todas las localizaciones.

Incidencia de cáncer de origen laboral

A partir del registro de cáncer y siguiendo un criterio muy restrictivo respecto a la localización de los tumores malignos específicamente relacionados con cancerígenos, se conoce la existencia de 75 cánceres desde 1986 a 1996, de posible exposición laboral, con la distribución recogida en la tabla 4.

Mortalidad por cáncer

El riesgo de morir por cáncer entre las mujeres de Navarra es considerablemente más bajo que el riesgo entre los hombres, con un ratio hombre/mujer de 2,1 en Navarra frente al 1,7 a nivel de la Unión Europea.

La mortalidad por cáncer en Navarra en los hombres ha ido en aumento en los últimos años y se ha mantenido estable en las mujeres. Este continuo incremento en los hombres, unido al descenso de mortalidad atribuible a las enfermedades cardiovasculares, ha originado que en el año 1995, y por primera vez, el cambio en el orden de causas de mortalidad, pasando los tumores malignos a ocupar el primer lugar.

La mortalidad por cáncer en Navarra es ligeramente superior a la de España (un 1% en los hombres y un 5% en la mujeres). Respecto a Europa la mortalidad por cáncer presenta posiciones parecidas al de la incidencia (media en hombres y baja en mujeres).

Tabla 4. Cáncer ocupacional 1986-1996. Navarra.

	Hombres	**Mujeres**
Mesotelioma de pleura	23	23
Mesotelioma de peritoneo	7	6
Cáncer de senos nasales	11	4
Cáncer de escroto	1	–

Fuente: INSL, en base al Registro de tumores de Navarra - ISP.

En el hombre, las muertes más frecuentes se dan por los cánceres de pulmón, próstata, estómago, colon, vejiga e hígado, sumando todas ellas el 60% de la mortalidad por cáncer en el hombre. Entre las mujeres destacan por su frecuencia, las muertes por cáncer de mama, colon y estómago, particularmente el cáncer de mama que representa el 23% de las muertes por cáncer y el 5% de la mortalidad por todas las causas.

La mortalidad global por cáncer ha crecido a un ritmo anual próximo al 1% entre los varones de Navarra en el periodo 1981 - 1995, habiéndose observado incrementos parecidos en España. Mientras que en la Unión Europea, desde 1975 a 1995, la mortalidad por cáncer ha disminuido casi un 3%, en España en el mismo periodo el incremento ha sido del 6% (Tabla 5).

En Navarra han aumentado entre los varones las tasas de mortalidad por cáncer de colon, próstata, pulmón, vejiga y páncreas y han descendido por cáncer de estomago (Tabla 6, Fig. 3). En las mujeres las tasas de mortalidad para las principales localizaciones presentan en los últimos años una tendencia a la estabilización, al igual que en España. Así, el incremento de mortalidad por cáncer de mama observado en España y en Navarra en los últimos 15 años no ha modificado la estabilidad de la tasa global de mortalidad en las mujeres, incluso se ha dado un pequeño descenso en el caso de Navarra.

Por su importante participación en el conjunto de la mortalidad por cáncer se presenta para España y Unión Europea la situación en 1995 y su evolución desde 1988 de la mortalidad por cáncer de pulmón y de mama. Se observa que los índices son más bajos para España (Tabla 7). Pero mientras en Europa la tendencia en ambos casos es a la disminución, en España, en cambio, es al crecimiento.

Supervivencia

Recientes estudios internacionales permiten comparar nuestra situación con la de otros países europeos y americanos. En dichos estudios se utiliza el indicador de supervivencia relativa, que es el resultado de ajustar la supervivencia observada por la esperada en cada individuo diagnosticado de cáncer, expresado en porcentaje. Es una forma de eliminar el efecto de la mortalidad por otras causas que no sean el

Tabla 5. Mortalidad por tumores malignos en Navarra, España y Unión Europea. Tasa por 100.000 ajustadas a población europea.

				Unión Europea		
	Sexo	**Navarra**	**España**	**Media**	**Más baja**	**País**
Total Cáncer	H	264,4	268,1	256,7	190,9	Suecia
	M	130,9	121,5	145,4	114,7	Grecia
Cáncer de pulmón	H	64,1	72,3	71,7	33,6	Suecia
	M	3,2	5,2	16,2	5,6	España
Cáncer de estómago	H	20,1	17,5	20,1	9,8	Dinamarca
	M	10,2	8,1	8,2	4,5	Francia
Cáncer de mama	M	28,5	24,7	30,2	22,9	Grecia

Fuente: OMS. Whord Health Statistics 1.996. Geneve. Elaboración ISP de Navarra.

Tabla 6. Mortalidad por 100.000 por cáncer en Navarra 1981 a 1995. Localizaciones más frecuentes y porcentaje de variación en el periodo 1981-1995.

Hombres	**1981-85**	**1986-90**	**1991-95**	**Variac.**	**Mujeres**	**1981-85**	**1986-90**	**1991-95**	**Variac.**
Pulmón (162)	33,52	34,54	40,49	20,8	Mama (174)	15,46	17,8	18,51	19,7
Próstata (185)	12,19	14,46	16,31	33,8	Colon (153)	4,25	6,46	7,06	66,1
Estómago (151)	19,32	17,52	15,47	-19,9	Estómago (151)	8,2	8,64	5,85	-28,7
Colon (153)	6,46	9,83	12,36	91,3	Encéfalo-SNC (191-2)	3,99	2,31	4,12	3,3
Vejiga (188)	7,11	7,82	8,67	21,9	Ovario (183)	2,8	3,7	3,91	39,6
Total (-173)	**157,6**	**158,9**	**169,8**	**7,8**	**Total (-173)**	**81,3**	**81,4**	**78,8**	**-3,0**

Fuente: Instituto de Salud Pública.

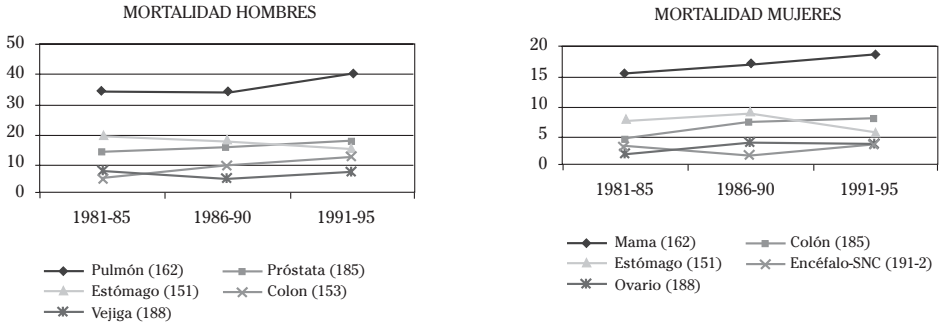

Figura 3. Mortalidad por cáncer en hombres y mujeres.

Tabla 7. Índice de mortalidad por cáncer de pulmón y de mama en 1995, UE (base 100) y España. Porcentaje de cambio entre 1988 y 1995.

	Cáncer de pulmón		**Cáncer de mama**	
	Índice 1995	% de Cambio	Índice 1995	% de Cambio
Unión Europea	100,0	-3,0	100,0	-4,0
España	89,3	11,0	81,0	3,7

Fuente: Ministerio de Sanidad.

cáncer y expresa la expectativa de vida del paciente (p. ej. a los 5 años) en lo que se refiere al cáncer concreto en estudio.

A la vista del primer estudio europeo sobre la supervivencia de los pacientes con cáncer y para el conjunto de las localizaciones tumorales, la supervivencia en Navarra a los 5 años (de los diagnosticados entre 1985 y 1989) era de 42,6% para los hombres y 53,3% para las mujeres (Tabla 8).

Tanto para los hombres como para las mujeres los valores observados se encuentran en torno a la media alta europea, donde el país con mejores resultados para ambos sexos fue Suecia con el 47,6% en hombres y 56,7% en mujeres. Hay importantes diferencias entre países y lógicamente entre las diferentes localizaciones tumorales.

Las estadísticas americanas referidas a 1996, publicadas por la SEER del *National Cancer Institute* ofrecen para los hombres, tras 5 años de seguimiento, valores de 58,4% y del 61,7% para las mujeres. Estas importantes diferencias (más presentes en la población de más edad) respecto a las observaciones europeas han sido estudiadas en un reciente trabajo en el que se concluye que más allá de las diferencias metodológicas (pequeñas), estos tres factores explicarían los mejores resultados en EEUU:

Tabla 8. Supervivencia relativa a los 5 años en Navarra, Europa y EEUU. Resumen para todos los cánceres (excepto piel 173).

Registro/País	**Hombres**	**Mujeres**
Navarra	42,6 (4.332 casos)	53,3 (3.097 casos)
España	39,4	49,2
Europa, media	35,0	47,5
Europa, país más alto	47,6 (Suecia)	56,7 (Suecia)
Europa, país 2º más alto	45,8 (Islandia)	55,7 (Francia)
EEUU Total	58,4	61,7

Fuente: IARC. The EUROCARE-2 study.

– Detección más precoz de los cánceres: especialmente relevante en localizaciones como mama y próstata.

– Mejor prognosis debido a mejor respuesta a tratamientos en estadios más precoces.

– Protocolos de tratamiento más agresivos o efectivos.

De la comparación internacional se concluye:

• Las localizaciones con potencial de mejora de supervivencia respecto a EEUU o a los mejores países europeos son: colon en ambos sexos y recto en el hombre; cuerpo uterino y ovario en la mujer; y enfermedad de Hodgkin en ambos sexos.

• En el cáncer urológico (próstata en hombre y vejiga en ambos sexos) la diferencia de resultados puede deberse a otros factores, ya que se da una gran diferencia de incidencia en el cáncer de próstata, 2,8 veces más en EEUU que en Europa y los problemas de clasificación en el caso de la vejiga pueden confundir la interpretación.

• Según el último estudio de supervivencia realizado por el Instituto de Salud Pública de Navarra (datos comunicados) para las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en el siguiente quinquenio (con la detección precoz en marcha), la supervivencia a los 5 años había alcanzado el 82%.

FACTORES DE RIESGO. PREVALENCIA

En el contexto de la epidemiología del cáncer se entiende por "causa" una exposición cuya reducción comporta la disminución de la incidencia de determinado cáncer. En oncología es bien conocida la multicausalidad de algunos tumores y la inespecificidad de los cancerígenos más comunes.

Para algunos tipos de cáncer, la expresión clínica de la enfermedad está ligada a un terreno de susceptibilidad aumentada a los cancerígenos, adquirida por el individuo o heredada de sus familias. Los trabajos de biología molecular están empezando a identificar lesiones genéticas altamente específicas, susceptibles de ser transmitidas hereditariamente y que pueden constituir los futuros marcadores de riesgo individual en el seno de las familias.

En la tabla 9 se presentan los principales cancerígenos ambientales conocidos con los consiguientes límites de certitud respecto a la fracción etiológica de cada uno.

La prevalencia de fumadores habituales en población mayor de 16 años en Navarra es de 39% en hombres y 26% en mujeres. Respecto a encuestas anteriores la principal diferencia se da en un incremento de la población exfumadora (Tabla 10).

Exposición laboral a cancerígenos

Según el sistema CAREX *(International Information System on Occupational Exposure to Carcinogens)* financiado por el programa europeo de lucha contra el cáncer, y una vez ajustado según la estructura de la mano de obra de cada país, calcula el porcentaje de la población activa expuesta a cancerígenos en los países europeos. En

Tabla 9. Principales causas de muerte por cáncer en el mundo occidental.

Factor de riesgo	Fracción atribuible de muerte por cáncer	
	Más probable (%)	Límites plausibles (Intervalo)
Tabaco	30	25-40
Dieta	35	10-70
Infecciones virales	10	1-13
Ocupación	4	2-8
Factores físicos	3	2-4
Alcohol	3	2-4
Polución ambiental	2	1-5

Fuente: Adaptado de Doll y Peto. *Journal of National Cancer Institute.*

Tabla 10. Prevalencia de consumo de tabaco por edad y sexo (%).

HOMBRES	16-24	25-44	45-64	65 y más	Total
Nunca he fumado	39	26	22	21	26
Exfumador	9	17	31	54	26
Fumador ocasional	12	11	7	6	9
Fumador habitual	41	46	40	19	39
MUJERES					
Nunca he fumado	34	35	53	87	52
Exfumador	4	24	17	4	14
Fumador ocasional	19	7	5	5	8
Fumador habitual	43	35	24	4	26

Fuente: Encuesta de Salud de Navarra, 2.000. Departamento de Salud.

el conjunto europeo este porcentaje oscila entre el 16,9% de Holanda y el 27,3% de Grecia, dando para España el valor del 25,3%. Si además tenemos en cuenta que el sector industrial en Navarra es 15% mayor que la media del Estado, el Instituto Navarro de Salud Laboral estima que en Navarra la población laboral expuesta a cancerígenos se situa entre 20.000 y 25.000 personas.

COSTES ASISTENCIALES Y SOCIALES

El cáncer es causa directa del 26,7% de las muertes de Navarra, el 29,9% en los hombres y el 23,0% en las mujeres (INE 1996). Hasta el año 1995 la tasa de mortalidad por cáncer ha ocupado el segundo lugar entre las causas de muerte, detrás de las enfermedades cardiovasculares en el hombre, pero desde ese año ocupa el primer lugar como consecuencia del continuo incremento de la mortalidad por cáncer (sobre todo de pulmón y colorrectal) y el fuerte descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los 15 años anteriores. En las mujeres sigue ocupando el segundo lugar.

El cáncer representa para ambos sexos aproximadamente el 30% de los años potenciales de vida perdidos –APVP– (calculados con la esperanza de vida), con una perdida de años por caso equivalente a 15,5 años.

Los estudios de costes realizados en el mundo vienen a coincidir en que los costes directos inputables al cáncer vienen a representar entre el 4,8 y el 5,5% del gasto sanitario total. Del total de los costes, una cuarta parte se realiza en el medio extrahospitalario, en contra de la imagen hospitalaria vinculada a la enfermedad, según un reciente estudio realizado en Cataluña (M. Mingot “El impacto del cáncer en Cataluña”).

El coste indirecto del cáncer, el atribuible a la pérdida o reducción de productividad atribuible a la enfermedad, es más del doble que el coste directo, sin incluir el impacto derivado de la morbilidad en el paciente y los familiares. El cálculo se realiza mediante una valoración de los años potenciales de vida perdidos y lógicamente el efecto que produce el cáncer en términos de mortalidad prematura queda bien reflejado.

Los costes directos atribuible al cáncer en Navarra, sin entrar a valorar las actividades preventivas, ni los fármacos dispensados, ni la atención ambulatoria o a domicilio, ni costes por ingresos en centros ajenos al SNS-O, es decir por estimación de la facturación por cáncer en los centros públicos representa entre 3.500 y 4.500 millones de pesetas. La distribución por centros hospitalarios del coste en función del número y de la complejidad de los pacientes hospitalizados sería como sigue: H. de Navarra 48,2%, H. Virgen del Camino 37,5%, C. Ubarmin 1,1%, H. García Orcoyen 3,5% y H. Reina Sofía 9,7%. El coste unitario por paciente con cáncer ingresado sería de 700.000 pts.

En la encuesta realizada por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra “La opinión pública y el sistema sanitario,

1999", y ante la pregunta de ¿a qué problema de salud piensa usted que se deben dedicar más recursos?, el 37% de la población encuestada daba prioridad al cáncer frente a otros problemas, el segundo problema más priorizado fue el de las enfermedades mentales con el 17%.

El porcentaje que representa la atención oncológica en el total de la sanidad es comparativamente bajo en relación a la dimensión social de la enfermedad.

IMPACTO EN EL SISTEMA DE CUIDADOS

El proceso asistencial en el enfermo de cáncer

Las enfermedades oncológicas son responsables de una importante parte de la actividad asistencial desarrollada en el sistema sanitario. En todo el sistema sanitario ya que los enfermos son atendidos tanto en los servicios de atención primaria como en los especializados. Las propias características de la enfermedad oncológica hacen que desde los primeros síntomas hasta las etapas avanzadas de la enfermedad, el contacto y la relación de los profesionales sanitarios con la población sea muy estrecha.

Las enfermedades oncológicas, con sus diferencias, pueden considerarse enfermedades crónicas desde el punto de vista de requerir periodos de seguimiento variables una vez superada la primera etapa. Con la particularidad de que están consideradas como enfermedades graves y con un estigma social, que en muchos de los casos no se corresponden con la realidad.

Para analizar la situación y el papel que desempeñan los servicios y profesionales sanitarios en la atención a las personas con cáncer, a continuación se va a presentar el proceso asistencial en tres etapas, para seguidamente pasar a describir la estructura asistencial y la asistencia dada a los enfermos, utilizando, allí donde hubiera, el sistema de información correspondiente.

Etapas del proceso asistencial

1. Desde el inicio de síntomas hasta la confirmación diagnóstica. En unos casos con alguna señal o signo de alarma (fractura patológica, sangrado,…) y en la mayoría de veces con sintomatología más o menos inespecífica, el enfermo reclama asistencia por medio de su médico de cabecera o por urgencias, dando comienzo a una cadena de pruebas diagnósticas que llevan a la postre a verificar la existencia o no de un tumor maligno. La evidencia anatomopatológica se convierte en la principal prueba objetiva.

No se dispone de información específica acerca del acceso de los pacientes con posible diagnostico de cáncer a los centros sanitarios. Por ahora se desconoce que papel juega la puerta de urgencia en el diagnóstico del paciente canceroso, ya sea indicando un ingreso u orientando al paciente a una consulta ambulatoria. En cualquier caso, existe el circuito para acceder desde atención primaria al especialista. Un circuito con poca agilidad para resolver situaciones de sospecha diagnostica de cáncer y que en condiciones normales generará retraso en el diagnostico del paciente. Este retraso deberá sumarse a los generados primero por el propio paciente (tiempo hasta consultar) y segundo por el médico de cabecera hasta haber generado la sospecha o al menos hasta haber establecido la necesidad de consultar con un especialista.

Además de mejorar el conocimiento de la población respecto a las situaciones en las que se debe de consultar con los profesionales sanitarios, existen experiencias internacionales que favorecen la transmisión por parte de los especialistas a la red de atención primaria de criterios y guías diagnósticas, para fundamentar sospechas de cáncer y favorecer una pronta y adecuada derivación a las unidades con capacidad para dirimir la sospecha.

Se deberá favorecer la realización de estudios que informen del acceso de los enfermos a los centros diagnósticos (tiempos, vías y condiciones de acceso).

Respecto a la confirmación diagnóstica, el Registro de Cáncer de Navarra infor-

ma que anualmente más del 90% de los casos nuevos de cáncer tuvieron confirmación histológica y que solamente un 3,2% de los casos se han conocido por medio del certificado de defunción. La verificación histológica y el estadiaje para cada localización tumoral forman parte de los requisitos básicos de una atención de calidad.

2. Decisión y aplicación del tratamiento convenido. La mayoría de los enfermos reciben más de un tratamiento tras ser diagnosticados. El 60% aproximadamente son intervenidos quirúrgicamente y más de la mitad reciben radioterapia o quimioterapia. En la mayoría de casos el paciente debe afrontar a la vez el diagnostico y el inicio de un recorrido por los servicios asistenciales que van a participar en su tratamiento.

Una vez confirmado el diagnóstico, se constatan importantes diferencias en las actuaciones de los servicios sanitarios. Diferencias atribuibles a planteamientos asistenciales diferentes, ya que un mismo tipo de cáncer puede ser atendido de forma diferente en función del hospital en que es atendido. No existe una cultura asentada de compartir protocolos.

Compartir es más una excepción que una norma, ya que únicamente existe formalizada en Navarra una dinámica de trabajo respecto al cáncer de mama, donde los especialistas que diagnostican (tanto en población de screening, como en población general), junto a los que actúan en el tratamiento deciden conjuntamente lo mejor para cada caso. En cada hospital existen formas propias de resolver situaciones similares a las que se ven en otros hospitales.

La estructura de especialistas y los medios con los que se trabaja en cada hospital no es igual y ello, sin ninguna duda, afecta al funcionamiento autónomo de cada centro. La proximidad física de especialistas oncólogos (radioterapeutas y oncólogos médicos) favorece el trabajo conjunto con aquellos quirúrgicos y clínicos de cada especialidad, pero la no presencia de especialistas oncólogos en cada centro no puede volverse en contra del paciente y ofrecer pautas de tratamiento diferentes a situaciones parecidas.

Deberemos buscar soluciones para garantizar en equidad tratamientos de calidad a la población y para ello habrá que poner en marcha mecanismos de complementaridad entre centros y servicios comarcales y los regionales.

Habrá que compartir conocimientos y habilidades en técnicas y manejo de tumores específicos. Poner a disposición de los pacientes la tecnología disponible en función de protocolos contrastados y compartidos y no en función de consideraciones geográficas o institucionales.

La coordinación de actuaciones entre profesionales y la comunicación de estos con el paciente se convierten en los elementos centrales para avanzar en una asistencia de calidad.

3. Seguimiento de los pacientes tras la primera fase del tratamiento. En la mayoría de veces es el especialista quirúrgico quien realiza el seguimiento de los pacientes, en busca de recidivas. No es infrecuente que otro especialista no quirúrgico realice también controles del paciente con cáncer. En esta etapa los médicos de cabecera retoman el cuidado de sus enfermos velando por los aspectos sanitarios generales y aportando los cuidados paliativos en el Centro de Salud o domicilio del enfermo, con la colaboración de la unidad de paliativos correspondiente.

También en esta fase se constatan déficits de coordinación y de comunicación entre los profesionales sanitarios; quién o cómo se realizan los controles de seguimiento; cómo se comparte información clínica entre los especialistas y éstos con la atención primaria.

Tras una primera valoración de la experiencia acumulada en los últimos 4 años en relación con la unidad de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios se considera que esta ha sido muy positiva. El doble circuito existente, uno del Hospital de Navarra (principalmente Servicio de Oncología) a la unidad de Cuidados paliativos del H. San Juan de Dios; y el otro de apoyo desde esa unidad de Paliativos a la red de atención primaria que lo solicite, se ha mostrado eficaz y bien valorada también por los familiares de los pacientes.

Anualmente más de 300 pacientes son atendidos en la Unidad de Paliativos, 200 provenientes de Oncología del Hospital de Navarra y el resto como consecuencia de la coordinación con los médicos generales. Quedan aspectos a valorar, como por ejemplo, la cobertura del servicio de paliativos respecto al conjunto de personas a domicilio que pudieran beneficiarse de sus servicios (¿atendemos todas las necesidades?). Avanzar en la colaboración entre la red general (primaria y especializada) y los "expertos" en cuidados paliativos parece conveniente para nuestros pacientes y sus familias.

Recursos implicados

Es difícil identificar qué parte de la estructura asistencial del sistema sanitario se dedica a la atención al cáncer porque en la inmensa mayoría de casos esta dedicación está compartida con otras labores asistenciales. Tanto el clínico que diagnostica o el quirúrgico que interviene no es exclusivo del cáncer. La especificidad del recurso dedicado en exclusiva al cáncer viene históricamente dado por el manejo de la tecnología vinculada al tratamiento. De ahí la existencia en los grandes centros sanitarios de Servicios de Radioterapia con los apoyos técnicos de físicos y otros. Más recientemente, en los últimos 20 años, se ha desarrollado otro perfil de oncólogo vinculado a la quimioterapia y a la valoración clínica del paciente, es el oncólogo médico, de muy reciente incorporación en nuestro entramado asistencial. En el Hospital de Navarra, el Servicio de Oncología – Radioterapia ha sido históricamente único, dotado hasta hace poco de especialistas radioterapeutas (excepto uno), y ha funcionado a modo de servicio central ya que ha recibido las derivaciones generadas desde todos los servicios especializados periféricos para la aplicación de tratamientos y desde la atención primaria / urgencias para la atención de hospitalización (incluido un importante papel de cuidados paliativos de primera fase). Con la reciente incorporación de nuevos oncólogos médicos se empieza a subsanar la falta de los mismos y se está en condiciones de afrontar nuevos trabajos cooperativos con otros especialistas y centros.

A la vista de los análisis poblacionales realizados por comités de expertos nacionales e internacionales, revisados por la Comisión de Infraestructura de la Asociación Española de Oncología y Radioterapia (AERO) en enero de 2001, la dotación en Unidades de Megavoltaje es escasa. En efecto, para una población de 500.000 habitantes se recomiendan tres y se dispone de dos. Además, el problema se agrava dada la obsolescencia de una de las Unidades, la superación de la vida media estándar por la otra y la falta de margen de maniobra ante paradas imprevistas. Por tanto, urge un plan de renovación tecnológica que incorpore las novedades que hayan mostrado ser coste-efectivas.

Resumen de los problemas en la atención al paciente oncológico

A. Escasa orientación al paciente de los servicios

- Insuficiente importancia dada, por parte de los profesionales sanitarios, a la información a proporcionar al paciente.
- Escasa participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su proceso.
- Insuficiente personalización del proceso asistencial.
- Malas condiciones de confort de las instalaciones, en particular en las zonas de tratamiento ambulatorio.

B. Lentitud del proceso hasta la confirmación diagnóstica

- Tiempos de espera acumulativos hasta la confirmación diagnóstica. (Consulta, exploraciones complementarias, etc.).

C. Deficiente continuidad de cuidados a lo largo del proceso asistencial

- Múltiples interlocutores sucesivos e inconexos.
- Variabilidad en la aplicación de pautas terapéuticas.

• Protocolos insuficientemente consensuados entre los distintos profesionales y centros del SNS-O.

• Duplicidad de controles tras el tratamiento inicial.

• Deficiente circulación de la información clínica.

D. Escasa innovación tecnológica

• Equipos de Radioterapia amortizados y tecnológicamente próximos a la obsolescencia.

• Carencia de tecnologías normalizadas en los últimos años, tales como la Braquiterapia.

• Retraso en la incorporación de nuevas tecnologías claves en el desarrollo del futuro, tales como la Biología molecular o la Inmunología.

E. Escaso desarrollo de la evaluación y de la investigación

• Muy limitada evaluación de las actuaciones.

• Carencia de Sistemas de Información orientados a la evaluación clínica permanente.

• Desarrollo insuficiente de la investigación oncológica.

• Insuficiente conexión entre el Registro de Tumores y los Servicios Clínicos.

Actividad asistencial

El sistema de información de las altas hospitalarias (CMBD) de los hospitales del Servicios Navarro de Salud Osasunbidea, aporta abundante información sobre los pacientes atendidos en régimen de hospitalización. No se dispone de información sobre asistencia dada en régimen ambulatorio, ni por el momento del trabajo desarrollado en atención primaria. Hay que señalar que al hablar de servicios hospitalarios utilizamos indistintamente alta e ingreso, cuando el CMBD realmente nos informa del último servicio, previo a la salida, en el que ha estado el paciente hospitalizado.

El año 1999, en los hospitales públicos de Navarra se dieron 5.000 altas a enfermos cuyo diagnóstico principal al alta era de cáncer (Tabla 11). Hospitalizaciones por procesos diagnósticos o terapéuticos en enfermos con cáncer (es decir con diagnóstico principal de cáncer, Clasificación Internacional de Enfermedades códigos entre 140 y 239, o tratamiento específico de Quimio o Radioterapia). Además de estas 5.000 hospitalizaciones, se dieron otras 2.000 cuya causa inmediata no era cáncer y que mayoritariamente se corresponden con complicaciones del cáncer. En todo lo que sigue se diferenciará entre casos provenientes de Diagnóstico Principal y casos con algún código de cáncer en algún diagnóstico diferente al principal (hay hasta 15 posibles campos diagnósticos en el CMBD).

La evolución desde 1997 muestra una tendencia ascendente de casos atendidos, con una mayor participación de los tumores con diagnóstico principal y menor de los ingresos para recibir tratamiento quimioterápico (Tabla 12).

Atendiendo al tipo de neoplasia, el 54% de los motivos de hospitalización por cáncer tuvo que ver con tumores malignos de localización específica (CIE 140 a 195), seguido con un 15% de ingresos por tumores benignos (la mitad de estos ginecológicos). Las hospitalizaciones por quimioterapia representaron el 11% y las metástasis (neoplasias secundarias) el 7%. La estancia media del conjunto fue de 10 días, destacando los cánceres del tejido linfático y hematopoyético con casi 18 días de estancia. Este tipo de tumores, es el que presenta una complejidad mayor para su manejo en el hospital, lo que queda reflejado en el peso medio más alto que el del resto. El

Tabla 11. Actividad de hospitalización y cáncer. Navarra 1999.

Altas por cáncer	Total Altas	Estancia Media	Peso Medio	Edad
Según diagnóstico principal	5.046	9,7	2,102	59,8
Según cualquier diagnóstico	7.061	9,7	1,956	61

Fuente CMBD del SNS-O 1999.

Tabla 12. Evolución de la hospitalización por cáncer. Navarra 1997-99.

ALTAS HOSPITALARIAS CON ALGÚN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER						
	1997		1998		1999	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diag. principal=cáncer (140-239)	3.962	60	4.348	64	4.480	63
Diag. principal=quimioterapia (V581)	783	12	596	9	556	8
Diag. principal=radioterapia (V580)	11	1	13	0	10	0
Diag. principal distinto a cáncer	1.763	27	1.897	27	2.015	29
Total	**6.519**	**100**	**6.854**	**100**	**7.061**	**100**

Fuente: CMBD del SNS-O.

conjunto de cánceres con valor promedio de 2,100 presenta un peso o complejidad superior a la media de hospitalizados por todos las causas (próximo a 1,350) (Tabla 13).

Desde 1997, el tipo de cáncer que más ha aumentado es el primario de localización específica, 500 más, explicable, sólo en parte, por la mejora del sistema de registro y codificación. En ese periodo también se constata el descenso de hospitalizaciones para la aplicación de quimioterapias. La estancia media y la complejidad de los casos se ha mantenido constante a lo largo de estos tres años.

En la tabla 14 se presenta la asistencia a los pacientes con cáncer dada en cada hospital del SNS-O en 1999, diferenciando la hospitalización con motivo principal de cáncer o por complicación (éstos con menor complejidad y mayor edad). Destacamos la concentración de hospitalizaciones en Pamplona, donde ingresa el 85% de los enfermos. La mayor complejidad la presenta el Hospital de Navarra a pesar de concentrar el ingreso para quimioterapia, proceso con menor peso. No se manifiestan diferencias reseñables en la estancia media entre centros, ni tampoco entre convalecientes y diagnosticados recientes.

El 60% de altas por cáncer se dan en servicios de carácter quirúrgico. Solamente los Servicios de Cirugía General, Radioterapia y de Urología concentran el 50% de las altas. En 11 servicios se dan el 90% de las altas (Fig. 4).

Los ingresos por complicaciones, lógicamente, se dan más en servicios no quirúrgicos; de los 2.000 ingresos por complicaciones el 75% lo hizo en servicios médicos.

El CMBD no identifica a los pacientes (ya que no dispone de la identificación unívoca de usuarios TIS). Por tanto hablamos de altas hospitalarias y no de enfermos. La numeración de la Historia clínica sirve para conocer los reingresos en el propio centro; así sabemos que en 1998 dos terce-

Tabla 13. Hospitalización por tipo de tumores. Navarra 1999.

DISTRIBUCIÓN DE LOS TUMORES POR TIPO. NAVARRA 1999					
CIE-9	**Literal**	**N**	**%**	**Estan. media**	**Peso medio**
140-195	N.M. Primarias de localización específica	2.728	54,1	11,0	2,219
196-198	N.M. Secundaria de localización específica	344	6,8	11,7	2,502
199	N.M. de localización inespecífica	25	0,5	11,3	1,947
200-208	N.M. Primaria tejido linfático y hematológicos	241	4,8	17,8	5,136
210-229	Neoplasias Benignas	772	15,3	6,4	1,424
230-234	Carcinoma “in situ”	107	2,1	5,1	1,342
235-238	Neoplasia comportamiento incierto	103	2,0	8,0	1,975
239	Neoplasia naturaleza no especificada	160	3,2	8,9	1,864
v58	Quimio y radioterapia	566	11,2	4,6	1,147
	TOTAL	**5.046**	**100**	**9,7**	**2,100**

Fuente: CMBD del SNS-O 1999. N.M. Neoplasias malignas.

Tabla 14. Hospitalización por cáncer según hospitales del SNS-O, según diagnóstico principal. Navarra 1999.

	Hombres	Mujeres	Total Casos	Estancia Media	Peso Medio	Edad
Hospital de Navarra	1.410	830	2.240	9,5	2,276	61,7
Hospital Virgen del C.	879	1.142	2.021	9,9	1,966	56,5
Clínica Ubarmin	36	26	62	9,3	1,648	45,9
Hospital García Orcoyen	90	107	197	11,6	1,917	62,0
Hospital Reina Sofía	274	242	516	8,9	2,008	65,0
Total	**2.694**	**2.352**	**5.046**	**9,7**	**2,102**	**59,8**
	RESTO DE DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER (NO PRINCIPAL)					
Hospital de Navarra	596	355	951	10,2	1,652	65,7
Hospital Virgen del C.	412	369	781	9,9	1,543	61,2
Clínica Ubarmin	13	18	31	9,6	1,654	58,8
Hospital García Orcoyen	44	19	63	7,9	1,702	75,6
Hospital Reina Sofía	107	92	199	8,5	1,494	66,1
Total	**1.167**	**848**	**2.015**	**9,7**	**1,590**	**64,0**

Fuente: CMBD del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

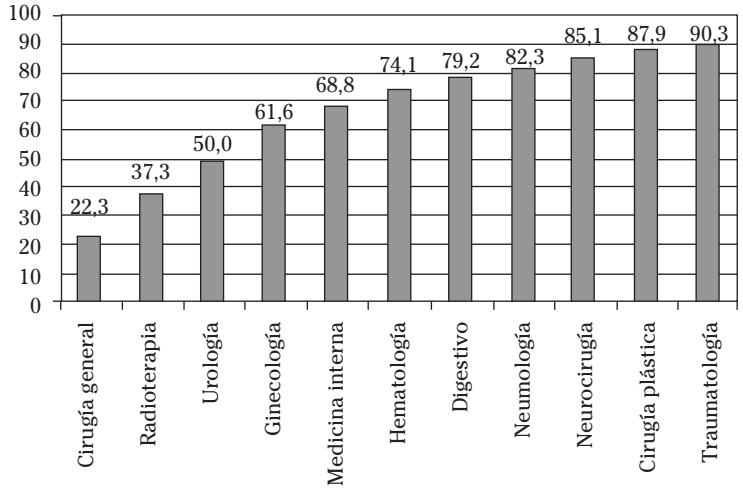

Figura 4. Cáncer, según servicio de alta. 1999. Porcentaje acumulado (N= 5.046).
Fuente: CMBD del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

ras partes de las hospitalizaciones fueron generadas por personas diferentes(con nº de historia clínica diferente) y que el tercio restante fue generado por un colectivo que en conjunto realizó tres hospitalizaciones de promedio.

A modo de ejemplo se presenta el análisis de la hospitalización por cáncer de pulmón en 1997. Ese año hubo 588 altas con diagnóstico principal de cáncer de pulmón. Esas hospitalizaciones fueron generadas por 294 pacientes diferentes (fechas de nacimiento diferentes), de los cuales 159 ingresaron una sola vez en el año, y el resto, 135, más de una vez (3,2 veces en promedio) hasta sumar entre todos las 588 hospitalizaciones.

Tabla 15. N.º de ingresos en pacientes con cáncer de pulmón como diagnóstico principal, en Navarra 1997.

Nº de ingresos	Nº de pacientes
1	159
2	63
3	30
4	19
5	10
6	9
7	1
8	2
10	1

Fuente: CMBD del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Cada hospital, en función de su estructura asistencial, atiende un volumen y tipo de cáncer específico.

Por su especificidad se ha estudiado con detalle la hospitalización en los servicios de hematología de Pamplona con el propósito de conocer la presencia de pacientes cancerosos en los mismos. El resumen se presenta en la tabla 16.

Tres de cada cuatro pacientes hospitalizados en los servicios de hematología lo está por un proceso canceroso, ya sea por un diagnóstico o tratamiento inicial o para ser atendido de una complicación.

En la tabla 17 se presenta la evolución observada en el número de altas por diagnóstico principal correspondiente a las localizaciones tumorales más frecuentes. La interpretación debe ser cauta ya que diversas circunstancias podrían explicar las variaciones observadas (cambios en los criterios de hospitalización o en los circuitos, en los sistemas de registro, etc.). En cualquier caso se evidencia una tendencia al incremento en las localizaciones de cáncer colorectal, pulmón y vejiga y estabilidad en el cáncer de mama.

A modo de información complementaria sobre tumores menos frecuentes y valorando la evolución de 1999 y los años anteriores, las localizaciones con frecuentación tendentes al incremento son: cuerpo de útero, de ovario y laringe. Los que aparecen estables: hígado, vesícula biliar, cerebro y esófago. Manifiestan tendencia al decremento: linfomas, tumores de tejido hematopoyéticos y las neoplasias de piel no melanoma.

Tabla 16. Hospitalización por cáncer en Hematología. SNS-O 1999.

	Hospital de Navarra	Hospital Virgen del Camino	TOTAL	%
Diagnóstico principal oncológico	126	55	181	32
Diagnóstico secundario oncológico	136	112	248	44
Total oncológico	262	167	429	76
Total en el Servicio de Hematología	331	235	566	100

Fuente: CMBD del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea 1999.

Tabla 17. Evolución de las altas con diagnóstico principal.

		1997	1998	1999
Decremento	Estómago	163	172	142
Incremento	Colon	176	194	229
	Recto, sigma y ano	139	131	192
	Pulmón y bronquios	250	275	342
	Vejiga	259	261	367
Estable	Mama femenina	299	300	314
	Próstata	95	124	123
	Total	**2.484**	**2.714**	**2.966**
	% de frecuentes / Total	55,6	53,7	57,6

Fuente: CMBD del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

PRIORIDADES Y RECOMENDACIONES INTERNACIONALES

Las posibilidades de intervención en cada tumor son específicas, y cada localización requiere un análisis específico.

Por otra parte, diversas localizaciones tumorales comparten factores causales, lo que permite establecer estrategias comunes. El tabaco, por ejemplo, siendo un factor determinante en el 90% de los tumores de pulmón, aparece implicado en otras localizaciones tales como esófago, laringe, vejiga, cavidad bucal, páncreas. Además, no es un factor ligado únicamente al cáncer sino a otros procesos patológicos relevantes en la morbimortalidad en nuestro entorno. Otros factores determinantes como el alcohol, la dieta, las infecciones, comparten esta misma carácteristica.

De la misma manera el conjunto de pacientes cancerosos, claro está que en diferente medida, requieren de cuidados especiales en las etapas finales de la vida. Dichos cuidados deben de organizarse y garantizarse para todos los enfermos.

La historia natural de cada tumor y nuestro conocimiento al respecto, hacen que las estrategias para la intervención sean solo curativas o también preventivas. Por desgracia, hay tumores muy letales, como el de páncreas, con baja eficacia terapéutica y sin posibilidades de aplicar a ese cáncer estrategias preventivas para evitarlo. Los resultados a medio plazo de los tratamientos frente al cáncer de pulmón presentan buenos resultados solo para pocos de los afectados y además dichos resultados son homogéneamente insatisfactorios en todo el mundo desarrollado. En este caso solo la prevención primaria se ha mostrado eficaz para reducir el problema, esa es la prioridad.

En la tabla 18 se presentan las prioridades de intervención frente a los cánceres más frecuentes en el mundo.

Utilizando dicho cuadro en una lectura vertical se ha realizado un análisis de las actuaciones en marcha en la actualidad en Navarra, del grado de aplicación de las estrategias de actuación (expresadas en actividades, servicios, etc.). En dicho análisis se han tenido en cuenta las informaciones reflejadas en el apartado de descripción de situación e impacto en el sistema de cuidados descritas anteriormente. Como resultado de todo ello existe un consenso en torno a que dos son las principales áreas en las que se interviene de forma insuficiente: prevención primaria, y de forma específica el poco efecto poblacional de las actuaciones frente al tabaco en los últimos 15 años, y el margen de mejora existente en el ámbito asistencial para diagnosticar y tratar mejor a los pacientes.

Es cierto que pueden y deben de incorporarse mejoras en detección precoz, impulsando o participando en nuevas actividades que se hayan mostrado efectivas (cáncer colorectal, grupos con especial riesgo…) o que los cuidados paliativos con especial atención a los tratamientos contra el dolor deben garantizarse a todos

Tabla 18. Prioridades y estrategias para los 8 tumores más comunes en el mundo.

Localización	Prevención Primaria	Detección precoz	Terapia curativa	Cuidados paliativos
Pulmón	++	-	-	++
Estómago	+	-	-	++
Mama	+	++	++	++
Colon y recto	+	+*	+	++
Cérvix	+	++	++	++
Cavidad bucal	++	+	++	++
Esófago	+	-	-	++
Hígado	++	-	-	++

(++ efectivo + parcialmente efectivo - inefectivo).

* Modificado del original: *National Cancer Control Programmes.* OMS Geneva 1995.

los enfermos, allí donde estén, pero todas estas mejoras en el contexto de actividades ya en marcha en Navarra, no llegan al grado de prioridad que si reclaman las dos primeras.

Instituciones internacionales

De las diferentes instituciones académicas, grupos de expertos y organismos gestores que han publicado sus recomendaciones, se presentan las elaboradas por el *National Cancer Policy Board* (NCPB) de EEUU, por la coherencia y globalidad del planteamiento. Por otra parte las recomendaciones documentadas vienen a coincidir en los aspectos fundamentales.

"Ensuring Quality Cancer Care", National Cancer Policy Board (NCBP, USA). *Institute of Medicine and the Commission on life sciencies, National Research Council, National Academy Press Washington,* D.C. 1999.

Condiciones para la excelencia en cuidados del cáncer desde el punto de vista del paciente

• Acceso a servicios integrales y coordinados.

• Confianza en la experiencia y preparación de los proveedores.

• Sentimiento de que los provisores le respetan, escuchan y le defienden.

• Posibilidad de hacer preguntas y emitir opiniones de forma confortable para participar plenamente en todas las decisiones relativas a los cuidados.

• Comprensión clara de su diagnóstico y acceso a la información para ello.

• Conocimiento de todas las opciones terapéuticas, sus beneficios y sus riesgos.

• Confianza en la adecuación del tratamiento recomendado, ofreciendo la mejor oportunidad de resultados conforme a sus preferencias.

• Plan terapéutico prospectivo y de cuidados paliativos.

• Existencia de profesional responsable y definido para la organización del plan de cuidados con la colaboración del paciente.

• Seguridad de encontrar los estándares nacionales de calidad en su lugar de atención.

Condiciones para un sistema ideal de cuidados del cáncer según el NCBP

• Objetivos definidos coherentes con esta visión de la calidad de cuidados en cáncer.

• Puesta en marcha de políticas para lograr dichos objetivos.

• Identificación de los obstáculos para la practica y recepción de cuidados de calidad y definición de objetivos para su eliminación.

• Máximo esfuerzo para la coordinación de los diversos sistemas ordinarios de cuidados.

• Aseguramiento de la formación adecuada en los provisores de cuidados.

• Puesta en marcha de mecanismos para la aplicación practica de las investigaciones.

• Evaluación permanente y aseguramiento de la calidad de cuidados.

• Promoción de la investigación necesaria para mejorar el conocimiento y efectividad de los cuidados.

Recomendaciones

Recomendación 1. Asegurar que los pacientes que padezcan procesos técnicamente complejos y asociados a alta mortalidad en patologías de bajo volumen, sean atendidos en servicios de amplia experiencia (es decir con muchos recursos). Ejemplos de tales procedimientos incluyen la extirpación total o parcial del esófago, la cirugía para el cáncer pancreático, la cirugía de órganos pélvicos y los tratamientos complejos de quimioterapia.

Recomendación 2. Utilización sistemática de protocolos de consulta para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y para los cuidados paliativos, desarrollados en base a la mejor evidencia disponible.

Recomendación 3. Evaluación continuada y control de la calidad de la atención prestada utilizando para ello un con-

junto de indicadores de calidad. La evaluación de la calidad de los cuidados del cáncer debe utilizarse para financiar a los provisores, incluyendo a los centros y a los propios médicos, responsables finales de demostrar que proporcionan y mejoran la calidad de la atención al cáncer.

Recomendación 4. Asegurar los siguientes elementos de calidad de cuidados para cada uno de los pacientes con cáncer:

– Que las recomendaciones sobre el manejo inicial del cáncer, que son críticas en la determinación de resultados a largo plazo, sean realizadas por profesionales experimentados.

– Un plan individualizado y consensuado de cuidados que defina los objetivos y metas de la atención a prestar al paciente.

– Completo acceso a los recursos necesarios para la ejecución del plan de cuidados.

– Acceso a ensayos clínicos de alta calidad.

– Desarrollo de políticas para asegurar el acceso completo a la información apropiada sobre opciones terapéuticas.

– Mecanismos para la coordinación de los servicios.

– Servicios de ayuda psicosocial y cuidados compasivos.

Recomendación 5. Asegurar la calidad de la atención en la etapa final de la vida, en particular en lo referente al manejo del dolor y a la prestación oportuna de servicios de cuidados paliativos y en su caso de internamiento en centros de cuidados intermedios.

Recomendación 6. Los financiadores públicos y privados de la investigación deben invertir en ensayos clínicos orientados al manejo y gestión de la atención al cáncer.

Recomendación 7. Debe desarrollarse un Sistema de Información del Cáncer capaz de proporcionar estándares de calidad para su uso por los distintos intervinientes en el sistema sanitario (financiadores, compradores y provisores).

Recomendación 8. Los financiadores públicos y privados de la investigación de la atención al cáncer deben apoyar estudios orientados a la evaluación de los modelos de cuidados y de los factores determinantes de la mejor atención a los pacientes con cáncer, usando para ello fuentes de información con el suficiente detalle sobre la atención a los individuos recientemente diagnosticados. Los patrocinadores de la investigación deben así mismo prestar apoyo financiero a la formación de provisores de cuidados del cáncer interesados en la investigación de los servicios médicos.

Recomendación 9. Debe asegurarse la adecuada y equitativa atención a todos los pacientes con cáncer, independientemente de su sistema de aseguramiento.

Recomendación 10. Son necesarios estudios orientados a descubrir por qué segmentos específicos de la población (por ejemplo miembros de ciertos grupos raciales, o étnicos, de ancianos, etc.) no reciben cuidados apropiados del cáncer. Estos estudios deben evaluar los factores asistenciales responsabilidad de los centros provisores, los factores personales como conocimientos, actitudes y creencias individuales, así como otras barreras potenciales en el acceso a los cuidados.

OBJETIVOS EN LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

Fines

- Contener el incremento de la incidencia de las enfermedades oncológicas en los tumores más prevalentes.
- Aumentar la supervivencia de los enfermos con tumores malignos.
- Reducir las tasas de mortalidad por enfermedades oncológicas y, en especial, la mortalidad prematura.

Estrategias

- Reducir el hábito tabáquico en la población de Navarra a través de estrategias poblacionales y de consejo individual.

■ Desarrollar programas de detección precoz en los cánceres con evidencia de efectividad.

■ Actuar prioritariamente sobre el proceso asistencial en los cánceres de pulmón, mama y colorectal.

■ Acortar los plazos de tiempo entre el diagnóstico de sospecha y la confirmación diagnóstica e inicio del tratamiento.

■ Garantizar atención personalizada en el proceso asistencial y la información que cada etapa y cada paciente requiera acerca de su estado clínico, de su pronóstico y de las alternativas terapéuticas existentes.

■ Garantizar que el tratamiento aplicado sea de una calidad uniformemente elevada en todo el territorio de la Comunidad Foral.

■ Hacer efectiva la continuidad de cuidados a lo largo de todas las etapas del proceso asistencial, desde la sospecha clínica hasta los cuidados paliativos.

Objetivos de intervención (■) e indicadores de seguimiento (⇒)

Intervención en Prevención Primaria y Vigilancia Epidemiológica

■ Incorporar y desarrollar el Plan Foral de acción sobre el tabaco, aprobado por el Gobierno Foral en Septiembre de 2000.

⇒Grado de implantación y de cobertura poblacional de los subprogramas: Prevención del inicio; Ayuda a dejar de fumar; y Espacios sin humo, del indicado Plan Foral.

■ Desarrollar programas de intervención poblacional y consejo individual a personas en riesgo de desarrollar cáncer.

⇒Número de centros de salud con formalización de la actividad de consejo individual de salud frente a riesgos específicos.

⇒Número de personas acogidas a consejo y porcentaje de su efectividad a corto plazo.

■ Conocer la exposición a cancerígenos en los puestos de trabajo.

⇒Existencia del registro de industrias y de trabajadores expuestos a cancerígenos conocidos.

⇒Número de empresas y trabajadores con riesgo.

Intervención en Detección Precoz

■ Aplicar la detección precoz sobre los cánceres de mama, cérvix y colorectal, siguiendo las normas establecidas en cada caso, basadas en la evidencia científica.

⇒Alcanzar el 90% de participación de la población acogida en el programa de cáncer de mama.

⇒Número y porcentaje de mujeres entre 25 y 64 años con al menos una citología de cérvix en los últimos 5 años.

⇒Tiempo promedio recomendado por los ginecólogos de los centros de Atención a la Mujer para las revisiones con citología, en mujeres sin patología cervical.

⇒Porcentaje de revisiones ginecológicas con citología según períodos de 1, 3 y 5 años.

⇒Para final del 2002 concluir los trabajos de la Comisión Técnica Asesora para el desarrollo de un programa de detección precoz de cáncer colorrectal. En el 2003, implantación del programa e inicio de actividades. Alcanzar los objetivos de cobertura que plantea el programa en el 2005.

Intervención en el proceso asistencial (Prevención Terciaria)

■ Establecer procedimientos específicos para agilizar la confirmación diagnóstica de tumores malignos y el inicio rápido del tratamiento.

⇒Existencia de protocolos de sospecha clínica y de derivación para los 10 tumores más frecuentes.

⇒En los tumores con actividades de detección precoz, número y porcentaje de confirmación diagnóstica de las sospechas dentro de los 15 días.

⇒Porcentaje de pacientes diagnosticados que inician el tratamiento dentro de las dos semanas siguientes a la confirmación diagnóstica.

⇒Porcentaje de mejora de la mediana de espera para el inicio del tratamiento.

■ Ordenar la cartera de servicio de los centros asistenciales siguiendo criterios de calidad técnica y de accesibilidad.

⇒Existencia formal de cartera para los hospitales de Pamplona, Tudela y Estella, referente a oferta de procedimientos diagnósticos y de tratamiento.

■ Elaborar guías de práctica clínica y protocolos consensuados por los equipos terapéuticos multidisciplinares para los cánceres de mayor prevalencia y de aplicación en toda la red.

⇒Existencia formal de guías de practica clínica y protocolos en Intranet, accesible a todos los profesionales, al menos, para los 10 tumores más frecuentes, y número y porcentaje de pacientes atendidos, según guía y protocolo.

⇒Número de actualizaciones (modificaciones) realizadas a cada guía o protocolo en los últimos 12 meses, para cada localización.

■ Establecer registros hospitalarios de cáncer y realizar análisis de los resultados terapéuticos.

⇒Existencia de procedimientos de recogida de información y de un plan de análisis de resultados clínicos.

⇒Grado de cobertura del registro respecto al conjunto de casos conocidos por el registro poblacional, por localización.

■ Asegurar la continuidad de cuidados y potenciar los programas de cuidados paliativos y de dolor para los pacientes con cáncer en todos los niveles asistenciales, tanto instituciones como domiciliarios.

⇒Porcentaje de pacientes diagnosticados de cáncer con especialista responsable asignado.

⇒Porcentaje de pacientes diagnosticados, con información accesible a los profesionales de ambos niveles.

⇒Evolución del número y porcentaje de enfermos sujetos a los cuidados paliativos, y atendidos por la atención primaria y por otras unidades específicaas (propias o concertadas).

Intervención en docencia e investigación

■ Impulsar líneas estables de investigación oncológica aplicada a la práctica clínica.

⇒Existencia de un programa específico de investigación en oncología aplicada. Evolución del número de proyectos.

■ Crear un banco de material biológico.

⇒Existencia de una normativa reguladora de utilización, y constitución de una Comisión Asesora Técnica.

⇒Existencia de protocolos elaborados, e instalación de equipos.

⇒Existencia de convenio de colaboración entre instituciones.

Intervención en organización y gestión

■ Reestructurar los recursos asistenciales siguiendo criterios de: Gestión clínica del proceso asistencial; integración de técnicas y especialidades; constitución de equipos de trabajo multidisciplinarios; auto-responsabilidad en el funcionamiento de las unidades.

⇒Publicación de Norma reguladora sobre gestión clínica del proceso asistencial.

⇒Existencia de equipos para decisiones terapéuticas y de seguimiento de casos y constitución de grupos técnicos de trabajo en 2001, sobre propuesta de reorganización.

■ Proceder a la renovación e innovación tecnológica necesarios para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermo oncológico, previa evaluación de las nuevas tecnologías y evitando la duplicidad de recursos.

⇒Existencia de un programa de renovación tecnológica para el cáncer y grado de aplicación del mismo en el período.

⇒Existencia de un programa de implantación de nuevas tecnologías.

■ Programar la adecuación presupuestaria a las necesidades de inversión y de gasto establecidas a medio plazo.

⇒Existencia de un plan de financiación y grado de aplicación presupuestaria.

■ Crear una Dirección única para la coordinación de los centros y servicios implicados, y el cumplimiento de los objetivos del Plan.

⇒Norma reguladora de creación de la Dirección del Programa oncológico.

⇒Incorporación de la Dirección dentro del año de implantación del Plan.

⇒Existencia de memorias anuales de actividades de la Dirección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atención Primaria y oncología. Tema monográfico. Revista Jano 16-22 Febrero 1996 vol. L Nº 1155.
- Berrino F et al. Survival of Cancer patients in Europe: the EUROCARE-2 Study, IARC Scientific Publications Nº 151, Lyon 1999.
- Cancer Database del IARC. Lyon. http://www.iarc.fr.
- Cangialose C et al. Purchasing Oncology Services. Summary Recommendations. Task Force of the American Cancer Society. Revista "Cancer" Junio 15, 2000/Vol 88 Nº 12.
- Código Europeo contra el cáncer. IARC. http://telescan.nki.nl/code/ sp_code.html.
- Cortés H. II Libro Blanco de la Oncología en España, editado por la FESEO (Federación de Sociedades Españolas de Oncología) 1995.
- Departamento de Salud. Encuesta de Salud 2000. Pamplona: Gobierno de Navarra. www.cfnavarra.es/salud.
- Departamento de Salud. La opinión pública y el Sistema Sanitario: ANALES Sist San Navarra, Monografía Salud Pública nº 3. Pamplona: Gobierno de Navarra, 1999.
- Ensuring Quality Cancer Care (1999), Institut of Medicine, Commission on Life Sciences. National Cancer Policy Board, Washington, D.C. 1999. http://books.nap.edu/books/0309064805/html/212.html.
- Gatta G et al. Toward a comparison of survival in american and european cancer patients. R Cancer 2000; 89: 893-900.
- Healthy People 2010, Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health. http://www.health.gov/healthypeople/.
- Improving the Quality of cancer services. NHS executive, HSC 2000/021. www.doh.uk/coinh.htm.
- Informe 2.000. Instituto de Salud Pública de Navarra. Pamplona, Setiembre de 2000.
- Instituto de Salud Pública de Navarra. Incidencia del Cáncer en Navarra. 1995-96.
- Inventario de recursos y servicios del cáncer en USA. Healthfinder. http://www.healthfinder.gov/HTMLGen/HFSrchFT.cfm?Keyword=135&ShowPg=ALL&Population=all&Resource=All www.cfnavarra.es.es/salud/anales/textos/textos12/saludsa.html.
- López Abente G et al. Tendencia temporal de la incidencia de cáncer en Navarra y Zaragoza. Gaceta Sanit 2000; 14: 100-109.
- López Abente G. Evaluación del objetivo 10 Lograr el control del cáncer . Informe SESPAS 2000. Monografía nº 30 EASP. Granada.
- Moreno C, Ardanaz A. El cáncer en Navarra. Incidencia, mortalidad y supervivencia. 1980-1995. Instituto de Salud Pública de Navarra. Mimeografiado.
- National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines.WHO. Geneve 1995.
- National Guideline Clearinghouse (NGC) Guideline sintesis. Screening for Colorectal cancer, screening for Prostate Cancer. MBE.
- Plan del Cáncer del NHS de Gran Bretaña. www.doh.gov.uk/cancer.
- Prevención del Cáncer. Grupo de expertos del PAPPS. SEMFYC. 1999. Revista Atención Primaria, Vol 24, Suplemento 1, Diciembre 1999.
- Programa CAREX (exposición laboral a carcinógenos) compiled by the Finnish Institute of Occupational Health, in collaboration with IARC www.occuphealth.fi/list/data/CAREX.
- Revisión de evidencia disponible respecto al cáncer colorrectal realizado por el Instituto Catala d'Oncología (ICO), Abril 2000.
- Systematic rewiews of relevant evidence del plan contra el cáncer elaborado por el National Health Service. Universidad de York. 2000. URL: www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm.
- Targets for Health. http://www.official-documents.co.uk/document/doh/ohnation/ohnch4a.htm www.ico.scs.es.
- The Surveillance, Epidemiology & End Results (SEER) Program, National Cancer Institut of USA. http://www.nci.nih.gov/cancerinfo/index.html.